

1 INTRODUÇÃO

Dentro do quadro das doenças crônico-degenerativas, o câncer merece abordagem diferenciada, devido a sua alta prevalência, por consumir grande volume de recursos financeiros no tratamento, por representar um grande ônus social, institucional, e ainda, por sua crescente relevância como causa de morte no Brasil, declara Kligerman (2001).

Hipócrates, em 500 a.C, foi o primeiro a descrever a palavra “carcinomas” e definir o câncer como uma doença de mau prognóstico. Desde aquela época, os pacientes já reagiam com medo e desespero ante o diagnóstico. A origem do câncer coincide com a história do próprio homem e a doença está fortemente relacionada aos seus hábitos de vida, cultura e exposição temporal a fatores ambientais (MOHALLEM e RODRIGUES, 2007).

Segundo Otto (2002), pesquisadores identificaram aproximadamente cem tipos diferentes de câncer. Os de maior incidência nas mulheres são respectivamente: câncer de mama, colo de útero, cólon, reto e pulmão.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o câncer de colo uterino corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres do mundo, sendo superado apenas pelo câncer de mama.

Camargo *et al.* (2007), afirmam que trata-se de uma doença lenta, com evolução de aproximadamente 10 a 20 anos, entre a lesão precursora e o câncer, sendo uma das raras moléstias malignas curáveis em 100% dos casos, quando diagnosticado precocemente.

De acordo com BRASIL (2006), dentre todos os tipos de câncer, o câncer de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, ocorrendo principalmente em mulheres de 40 a 60 anos de idade. Essas características, somadas a existência de um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo, o exame citopatológico, tornam possível a detecção de lesões precursoras, o que justifica esforços para se atingir, prioritariamente, essa faixa etária nos programas de rastreamento em massa (MARQUES *et al.* 2003).

O teste de Papanicolau é considerado internacionalmente como o instrumento mais adequado, mais sensível, de baixo custo e bem aceito pelas mulheres, podendo a coleta de

material ser feita, não apenas por médicos, mas também por outros profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), adequadamente treinados, afirma Paula (2006).

LINARD; SILVA DANTAS; SILVA MAGALHÃES (2001), descrevem o câncer cérvico-uterino como um problema de saúde pública no Brasil é, portanto, merecedor de grande atenção por parte dos profissionais de saúde e, em especial, da enfermagem, que pode contribuir para a prevenção da doença por meio das ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce da doença. Estas ações são realizadas nos serviços da rede de saúde, na prática cotidiana.

A relevância deste estudo tem como justificativa o fato do câncer de colo uterino representar cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial, superado apenas pelo câncer de mama. Nesse sentido, merece abordagem diferenciada, devido a sua alta prevalência, por consumir grande volume de recursos financeiros, por representar um grande ônus social, institucional, e ainda, por sua crescente relevância como causa de morte no Brasil.

Vale ressaltar a importância do enfermeiro na prevenção do câncer uterino, pois, como peça imprescindível na composição da equipe de saúde, tem a chance de participar ativamente na execução de medidas preventivas e de baixo-custo na luta contra o câncer feminino.

Considerando o enfermeiro como educador e integrante da equipe de saúde, optei em desenvolver este trabalho, objetivando descrever o que existe em publicações científicas acerca do papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino, o que, como fonte de informação, certamente trará contribuição para redução de novos casos da doença.

2. JUSTIFICATIVA

O câncer é uma das doenças mais desafiadoras desse século, devido à inexistência de cura e tratamento eficaz em muitos casos e ao efeito devastador que provoca no doente (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

O Ministério da Saúde define o câncer como:

Nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo provocar metástase. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa, simplesmente, uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de morte. (BRASIL, 2008, p. 1)

Segundo Lima (2004), câncer é uma palavra derivada do grego “karkinos”, que significa caranguejo, isso se deve a semelhança de conduta, pois este, através de seus tentáculos tem a capacidade de se aderir e infiltrar. Atualmente é utilizada para designar uma malignidade celular, cuja característica principal é a perda do controle normal da multiplicação e crescimento desta, levando à perda da diferenciação, crescimento desregulado e invasão de tecidos locais e a distância. O autor ainda ressalta que o câncer não é uma doença isolada, mas um espectro de doenças que podem se localizar em qualquer tecido do corpo humano e se difundir para outros órgãos. Cada tipo de câncer tem um padrão peculiar característico de crescimento, apresentação, bem como abordagem diagnóstica, permanência e tratamento.

Em todo o mundo, 12% das mortes são provocadas por câncer. Para os pacientes com tumores diagnosticados e tratados em seus estágios iniciais os anos de sobrevida aumentaram, mas para os casos em que a doença já se encontrava em metástase, o prognóstico praticamente não se alterou (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

No Brasil, o câncer constitui a segunda causa de morte, atrás apenas das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, sendo os tipos com maior índice de letalidade os de pulmão, estômago, fígado, cólon e mama (BRASIL, 2008).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2006), os tumores mais incidentes para o sexo masculino, foram o câncer de pele não melanoma, próstata, pulmão, estômago, cólon e reto. Para o sexo feminino destacam-se os tumores de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão.

As neoplasias são mais frequentes nos muitos jovens ou nos idosos, mas, em geral, a incidência de câncer aumenta com a idade. Mais de 60% de todos os cânceres ocorrerão em pessoas acima de 65 anos [,,]. A sobrevivência é geralmente maior para mulheres do que para os homens (SPENCE e JOHNSTON, 2003, p.13).

Para Faria (1999), vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, gravidez precoce, multiparidade, ao tabagismo, a higiene íntima inadequada, infecções sexualmente transmissíveis, imunossupressão, radioterapia e, ainda, uso prolongado de contraceptivos orais.

A análise da associação entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero ainda não é conclusiva. Com o uso dos contraceptivos orais, a maioria das mulheres sexualmente ativas deixa de utilizar métodos de barreira, sendo por isto mais exposta ao risco de contrair o papilomavírus humano (HPV). Em compensação, essas mulheres comparecem mais ao ginecologista, tendo maior possibilidade de serem rastreadas para o câncer de colo uterino (NASCIMENTO *et al.* 2007).

Segundo Camargo *et al.* (2007), a infecção pelo vírus do HPV, representa o principal fator de risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Conforme Souto; Falhari; Cruz (2005), os HPV são um grupo heterogêneo de vírus e sua transmissão para o trato genital, geralmente ocorre por via sexual. As análises de sequência de DNA têm possibilitado a identificação de mais de cem tipos virais.

Estudos que utilizam métodos de hibridização têm mostrado que em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero, estão associados a alguns tipos de HPV, sendo o HPV 16 responsável pela maior proporção de casos (50%), seguido do HPV 18 (12%), HPV 45 (8%) e HPV 31(5%) (CAMARGO *et al.* 2007).

Existem ainda circunstâncias que favorecem a proliferação viral ou causam uma diminuição da imunidade local, tais como uso crônico de corticosteróides, Diabetes mellitus, Síndrome

da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Lupus Eritematoso Sistêmico. Mulheres portadoras dessas patologias que já tiveram alterações citopatológicas ou clínicas compatíveis com HPV ou com alterações citopatológicas de baixo grau de malignidade devem ser consideradas como de risco (BRASIL, 2001).

Segundo Harper (2008), duas vacinas contra o HPV estão em processo de revisão ou foram recentemente aprovadas no mundo todo para prevenção do câncer do colo do útero: Cervarix, da GlaxoSmithKline e Gardasil, da Merck & Co. Essas vacinas contêm proteína L1 do capsídeo viral, produzida através de tecnologia recombinante para a obtenção de partículas análogas às virais dos dois tipos oncogênicos mais comuns de HPV. A autora ainda ressalta que, nenhuma das duas vacinas cura as mulheres que apresentam infecção relacionada ao HPV ou que apresentam Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Elas são seguras em geral, imunogênicas, efetivas na prevenção de infecções pelo HPV e de precursores do câncer de colo do útero, mas mesmo com a ampliação da proteção cruzada não são capazes de abolir o câncer de colo uterino e não substituem o exame Papanicolau. Além dos fatores predisponentes a este tipo de câncer, estudos epidemiológicos sugerem também a deficiência em alguns micronutrientes, destacando-se a vitamina C, betacaroteno e folato (DUAVY *et al.* 2006).

O câncer cérvico-uterino é uma das doenças crônico-degenerativas mais temidas, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção se for diagnosticado inicialmente (DUAVY *et al.* 2006). De acordo com o autor, o câncer de colo uterino é definido como o crescimento anormal de células do colo do útero na sua parte inferior. Quando não descobertas e tratadas a tempo, essas células anormais podem se tornar pré-cânceres e posteriormente se tornarem células cancerosas. A evolução desse câncer, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis.

Para Davim (2005), o câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva, caracterizada por alterações intraepiteliais cervicais e que pode se desenvolver para um estágio invasivo ao longo de uma a duas décadas. Possuindo etapas bem definidas e de lenta evolução, permite sua interrupção a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos.

O câncer de cérvix é o segundo tipo de câncer mais frequente em mulheres no mundo, sendo superado apenas pelo câncer de mama, sendo mais comum em países em desenvolvimento onde ocorrem 78% dos casos desta neoplasia (FIGUEIREDO, 2000).

O Ministério da Saúde considera que, embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir o exame de Papanicolau para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública, portanto, seu controle foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

O câncer de colo uterino ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seus papéis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, acarretando um prejuízo social considerável (BRENNAN *et al.* 2001).

Nos países em desenvolvimento a constância das altas taxas de prevalência e mortalidade deve-se à baixa qualidade e cobertura do exame de Papanicolau (PINHO, FRANÇA-JUNIOR, 2002). Já nos países desenvolvidos um declínio contínuo na incidência e mortalidade por câncer do colo uterino tem sido observado nos últimos 50 anos. Esse declínio é atribuído principalmente à detecção precoce usando o teste de Papanicolau (POLLOCK *et al.* 2006).

Nos países desenvolvidos que possuem programas de rastreamento organizados com significativa cobertura, a morbi-mortalidade pelo câncer de colo de útero, tem mostrado diminuição no seu quadro, o que não ocorre naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Nesses países, encontram-se casos de até 80% de óbitos por esse tipo de neoplasia, por se tratar de uma patologia que acomete em especial as mulheres com baixo nível de escolaridade e pouco acesso aos serviços de saúde (DAVIM, 2005).

O câncer de colo do útero é, depois do câncer de mama, a segunda localização anatômica mais frequente de neoplasia nas mulheres do Brasil, sendo responsável por 15% das ocorrências de tumores malignos. (FRIGATO; HOGA, 2003). “A incidência deste evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos.” (BRASIL, 2009).

Estudos revelam consistente associação entre o câncer cérvico-uterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. Os grupos vulneráveis concentram-se onde existem as maiores barreiras de acesso à rede de serviços, para detecção e tratamento precoce da patologia e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e

geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (DUAVY *et al.* 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até 2020, 15 milhões de novos casos sejam diagnosticados anualmente. Consideradas as condições socioculturais atuais, cerca de 70% destes novos casos deverão acontecer em países menos desenvolvidos, dos quais somente 5% apresentam condições para realizar o controle adequado da doença (SIMÃO, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), 18.430 mulheres no Brasil, vão descobrir a doença em 2010 e outras 4.812 morreram vitimadas por esse câncer em 2008. Através de dados dos registros hospitalares de câncer, em 70% das mulheres com o câncer uterino, a descoberta da doença ocorreu tardiamente, quando a lesão estava até o limite do útero; embora o rastreamento dessa doença seja de fácil acesso, de baixo custo e rápida execução (BRASIL, 2002).

Na nação brasileira existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau), faixa etária de maior incidência de casos positivos de câncer do colo do útero (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Estima-se para o Brasil no ano de 2010, uma incidência de 18 novos casos de câncer cérvico-uterino anuais por 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Itabirinha - MG enfrenta-se o desafio de ampliar a cobertura do exame preventivo nas mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos de idade. As mulheres que fazem o exame são quase sempre as mesmas e o trabalho de busca ativa não está sendo efetivo. De acordo com a meta pactuada deveria ter realizado nos últimos 4 anos, 2.369 exames entre as mulheres de 25 a 59 anos, no entanto só realizamos 2.157 exames. Na TAB 1 pode-se visualizar o quantitativo de mulheres que realizaram o exame preventivo nos últimos anos.

Tabela 1- Meta anual de exames citopatológicos na faixa etária de 25 a 59 anos, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Itabirinha – MG e o quantitativo de exames preventivos realizados. Itabirinha. 2011.

ANO	Meta anual de exames citopatológicos na faixa etária de 25 a 59 anos	Nº de exames preventivos realizados	%
2008	600	415	69,1
2009	600	534	89,0
2010	564	502	89,0
2011 (até 11/2011)	605	706	116,7
Total	2.369	2.157	91,0

Fonte: Siscam/www.vivamulher.com.br em 15/12/2011

Percebe-se que houve um aumento no número de exames realizados no período de 2008 para 2011, bem como a porcentagem entre os anos também foram aumentando mas mesmo assim as metas não foram alcançadas entre 2008 e 2010.

Obtivemos a mesma porcentagem no ano de 2009 e 2010, entretanto a quantidade de exames realizados foi menor (meta pactuada com SES em 2010 foi menor que em 2009).

As equipes de saúde sentem a necessidade de melhorar esses números, foram criadas estratégias que trouxeram resultados positivos no ano de 2011 como: campanhas educativas, por meio de palestras com posterior realização de exames; descentralização do serviço, dividindo a responsabilidade/meta entre os profissionais e as equipes, e a criação de fichário rotativo ainda em fase de implantação.

Não resta dúvida que a atuação da enfermagem é de suma importância para realizar medidas educativas para ampliar a adesão de mulheres a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. Na prática vem sendo o profissional enfermeiro que faz a coleta do material cérvico uterino para o exame de Papanicolau nas mulheres cadastradas na UBS onde existe equipe de saúde da família.

Por essa sinalização justifica-se a realização deste estudo para identificar ações que possam ser implantadas para melhorar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero junto às mulheres do território da equipe de saúde da família.

3 OBJETIVOS

Pesquisar na literatura nacional as publicações que tratam das ações do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero.

Implantar ações que visem melhorar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero no território da unidade básica de saúde.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho optei por fazer uma revisão bibliográfica sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero.

A pesquisa dos artigos foi feita na BVS e em manuais do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: Enfermagem. Prevenção. Câncer do colo do útero. Exame Papanicolau.

O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2011, exceto legislação e outras publicações básicas anteriores.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Ações do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino

A Coordenação Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, considera que o enfermeiro em sua formação acadêmica está habilitado para realizar o exame citopatológico durante a realização da consulta de enfermagem à mulher, sendo respaldado pela Lei do exercício profissional 7499/86 e o Decreto 94406/97 e portaria 1721/MEC de 15/12/1994 que confere ao enfermeiro a habilitação necessária para o exercício desta função (CAMARGO *et al.* 2007). A autora ainda reforça que os auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem estão respaldados legalmente na Lei do Exercício Profissional 7498/86 para realizarem a coleta de exames laboratoriais, como é o caso do exame citopatológico do colo do útero, cabendo ao profissional enfermeiro o treinamento e a supervisão dos referidos profissionais, devendo essa ação ser garantida pelas Secretarias Municipais de Saúde.

5.2 A enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino

A saúde é direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 99).

O profissional de enfermagem atua com competência, de acordo com os princípios da ética e bioética na sua integridade, na promoção de saúde, prevenção de doenças, na área curativa desde o domicílio à hospitalar, na área de reabilitação, investigação epidemiológica e do ensino de enfermagem (BRASIL, 2007).

O câncer é um desafio para a equipe de enfermagem a partir do momento em que se torna um problema de saúde pública, devido à sua elevada morbimortalidade e alto custo social e econômico. A equipe deve estar preparada para lidar com esta modalidade de doença, cabendo desta forma ao enfermeiro treiná-la, orientando o paciente, a família e a comunidade sobre os fatores de risco do câncer e sobre as formas de prevenção (CAMARGO *et al.* 2007).

Prevenção, por sua vez, é considerada como toda medida tomada antes do surgimento de dada condição mórbida ou de um seu conjunto, com vistas à que tal situação não ocorra com pessoas ou coletividades, ou pelo menos se vier a ocorrer que isso se dê de forma mais branda ou menos grave. Sendo assim, a atitude preventiva ao câncer cérvico-uterino deve ser abrangente, a fim de evitar o processo de cancerização ou mesmo a interrupção da evolução de uma lesão pré-maligna, para isso utilizando-se de todos os recursos diagnósticos disponíveis (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os métodos preventivos são hierarquizados em níveis de atenção à saúde. A prevenção primária baseia-se na redução da exposição a fatores de risco, ou seja, à criação de barreiras para evitar a contaminação pelo vírus HPV incentivando o sexo seguro, a adoção de um estilo de vida saudável, eliminando o tabagismo, aumentando o consumo de frutas, verduras e legumes e preterindo a ingestão de alimentos gordurosos. A prevenção secundária seria a detecção do câncer *in situ* ou de lesões precursoras através do exame citopatológico, onde pode-se atingir cura em 100% dos casos. No nível terciário é implementado o tratamento cirúrgico das lesões neoplásicas que não podem ser cuidadas no nível secundário (SANTOS; GICO, 2005).

O enfermeiro atua em diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo o grau de complexidade, desenvolvendo ações de coordenação e de execução, incluindo a assistência de enfermagem, educação em saúde, envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, contribuindo com pesquisas no sentido de incentivar a promoção e recuperação da saúde. Com relação ao seu trabalho junto a saúde da mulher, a equipe multidisciplinar deverá considerar alguns aspectos importantes como a comunidade em que atua, fatores socioeconômicos, culturais e religiosos (CAMARGO *et al.* 2007).

A principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer de colo uterino no Brasil é a realização do exame Papanicolau em mulheres assintomáticas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase prodrômica, já que essa patologia tem alto potencial de cura desde que diagnosticado precocemente (CARDOSO e LIPPAUS, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas, voltadas tanto para a população quanto para os profissionais da saúde no intuito de conscientizar sobre a importância da realização do exame preventivo (BRASIL, 2011).

É imprescindível a orientação pelos profissionais sobre o que é, e a importância do exame Papanicolau, pois, a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pelo câncer de colo uterino na população (BRASIL, 2008).

Na tentativa de promover a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, é de vital importância o envolvimento de todos os profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, como conhecedor dos fatores de risco, da epidemiologia e dos sintomas inerentes ao câncer de colo de útero (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2003).

Os enfermeiros são profissionais chaves na prevenção e detecção do câncer de colo uterino (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2003), pois, disponibilizam ações a serem desenvolvidas com o objetivo de garantir a toda mulher o acesso a exames preventivos de diagnóstico e tratamento nos serviços especializados (CAMARGO *et al*, 2007).

De acordo com Beghini (2006), o enfermeiro presta importante contribuição na prevenção do câncer de colo uterino, destacando-se, dentre outras, sua participação no controle de fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e do exame Papanicolau, influenciando para um maior e melhor atendimento à demanda, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentem alterações citológicas.

A captação das mulheres por busca ativa ou demanda espontânea para a realização do exame Papanicolau, deve contar com a colaboração de instituições e grupos presentes na comunidade, tais como associações de moradores e de mulheres, clubes de mães em escolas, igrejas e outros, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações (CAMARGO *et al*. 2007).

O enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e da comunidade, sua ação deve ser integral e participativa em sua rotina de trabalho, estando voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer (CAMARGO *et al*. 2007).

Para Fernandes e Narchi (2002), as ações educativas devem ser realizadas com os usuários durante consultas, visitas domiciliares e em trabalhos de grupo, visando a autonomia individual em relação à prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

As atividades educativas são de suma importância, uma vez que por seus valores e cultura, muitas mulheres, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, desmotivação, falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo e parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo (CAMARGO *et al.* 2007).

De acordo com Peloso; Carvalho; Higarashi (2004), para muitas mulheres, o sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a sexualidade, com os tabus relacionados a este tema juntando-se ao fato de a mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana. Esse sentimento avassalador, de menos valia e de constrangimento e ansiedade, compromete o trabalho preventivo.

A vergonha é a não aceitação decorrente do processo psicológico de ser pego em flagrante e fora dos padrões aceitos e valorizados. A presença do outro, insinuada como testemunha, fiscal, juiz, avaliador, é determinante do sentir vergonha. Não se trata de uma dor ou de um simples incômodo em outras partes do corpo, trata-se dela (mulher) diante do outro ser humano que, dependendo da forma de interação, pode instigar diferentes sentimentos em relação ao próprio exame (DUAVY, 2006). A autora ainda ressalta outro fator que impede a realização do exame e causa constrangimento à mulher é a exposição de seu corpo ao profissional de saúde do sexo masculino.

Outros estudos ressaltam que, médicos que não examinam direito, longo tempo para as consultas, a maior idade, baixa escolaridade, além de dificuldades sociais e econômicas, estão relacionados com a adesão ou não das mulheres ao exame, sendo utilizados como justificativa para a não realização periódica do mesmo (LUCARINI e CAMPOS, 2007).

Fatores como distância, ausência de pessoas com quem deixar os filhos, somados à problemas financeiros, extensa jornada de trabalho, falta de atenção e cuidado com o próprio corpo, falta de noção da necessidade de prevenção nas diferentes fases da vida e dificuldade de acesso ao serviço de saúde são situações encontradas também. Esses fatores, somados à dificuldade de acesso à desorganização dos serviços de saúde, impedem às mulheres chegar precocemente aos serviços de prevenção (BRASIL, 2001).

Associados a estes fatores, existe a realidade as questões ligadas a infraestrutura das instituições, em particular as públicas, somados à postura dos profissionais de saúde, que interferem na análise da cobertura do exame preventivo, justificando o fato, à baixa demanda das mulheres. Neste caso, esses profissionais, entendendo que o exame é indolor, de baixo custo, rápido e gratuito, o consideram como uma obrigatoriedade da mulher em realizá-lo, exercendo dessa forma, uma assistência preventiva de forma autoritária. Por meio dessa compreensão, não percebem que a ação de prevenir não envolve apenas a vontade de quem o realiza, mas a sua importância. O fato é que a mulher, na maioria das vezes, percebe o exame preventivo como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como rotina preventiva (DAVIM, 2005).

Por razões como essas, as ações educativas devem sensibilizar as mulheres ativas sexualmente, para a realização do exame e para a importância de tornarem-se agentes que possam transmitir informações e orientações quanto aos cuidados para a realização do preventivo e sobre as dúvidas quanto aos resultados, utilizando meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material do Papanicolau. Como são os homens que transmitem o vírus HPV para as mulheres, eles também devem ser alvo da educação preventiva (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

Sendo o enfermeiro o elemento da equipe de saúde que tem mais contato com os usuários seu papel é fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças, a sua função de acompanhamento próximo e frequente junto das pessoas (doentes ou não) deve privilegiar a educação em saúde, a aquisição de hábitos saudáveis, a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento (BRANCO, 2005).

O enfermeiro é um ser considerado facilitador do processo de comunicação com os clientes, referindo serem as mensagens desse profissional de impacto considerável no âmbito da prevenção (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006). De acordo com esses autores, o enfermeiro como educador, tem o papel de visualizar a mulher como um ser humano e redefinir sua forma de agir e superar expectativas. Juntos poderão promover a saúde com o estímulo ao autocuidado, redução das incertezas e desenvolvimento de ações que transmitam segurança.

Afirmam Cardoso e Lippaus (2006), que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não se pode entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos

de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Educação em saúde nada mais é do que o exercício da Construção da cidadania.

Guedes *et al.* (2004), ressaltam ainda que a educação em saúde é uma estratégia direcionada para as ações básicas de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Assim, deve facultar aos cidadãos conhecimentos não só para manter sua saúde sob controle, mas também para identificar as causas do adoecimento, compreendendo que sua ocorrência não é somente falta do seguimento de orientações ou ensinamentos dos profissionais de saúde. A educação em saúde implica, pois, uma alternativa de mudança coletiva da sociedade na busca de caminhos passíveis de redescobrir e valorizar a atenção primária, transpondo a terciária, tão valorizada e presente nos dias atuais (GUEDES *et al.* 2004).

Segundo Basch (1990) apud Starfield (2002, p. 31), *“a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral permanente e onipresente do sistema formal em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”*. A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram a educação em saúde.

Nesse sentido, os projetos educativos em saúde deveriam ser direcionados, pois há necessidade de divulgar não somente a importância e o objetivo do exame Papanicolau como também o uso de preservativos pelos casais e o controle dos parceiros sexuais (FERNANDES e NARCHI, 2002).

A abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo do útero continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo de Papanicolau, sendo este rápido, relativamente de baixo custo e efetivo para a sua detecção precoce (MARTINS, 2005).

A realização do exame citopatológico de Papanicolau tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (BRASIL, 2002).

O exame citopatológico foi introduzido no Brasil, na década de 50. A primeira grande campanha nacional para a detecção precoce da doença ocorreu em 1998, onde foram colhidos 3 milhões de exames, dos quais 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade, e detectados 60 mil exames com algum tipo de alteração, destas foram

acompanhadas e tratadas 77% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer. Dentre os diversos métodos que podem ser utilizados na detecção precoce do câncer cérvico-uterino, o exame citopatológico é empregado em cerca de 80% das mulheres assintomáticas, por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo e indolor, além de bem aceita (BRASIL, 2002).

5.3 Periodicidade da realização do exame preventivo

Duavy (2006) enfoca que a mulher geralmente só procura fazer o exame de prevenção quando surgem os sintomas. Essa realidade pode ser vivenciada por mulheres que muitas vezes não tem informações necessárias quanto a sua importância. Algumas o vivenciam com medo, apreensão e constrangimento por expor o próprio corpo quando muitas não o conhecem e tampouco da sua sexualidade.

Em 1988, o Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), realizou uma reunião de consenso, com a participação de diversos órgãos internacionais, representantes das sociedades científicas e das diversas instâncias ministeriais e definiu que, no Brasil, o exame Papanicolau deveria ser realizado em mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos de idade, ou que já tivessem tido atividade sexual mesmo antes deste período, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos (BRASIL, 2002).

Apesar das estratégias utilizadas para ampliar o rastreamento precoce de novos casos de câncer de colo uterino, os resultados não tem sido satisfatórios, já que, no país, as taxas de incidência e de mortalidade permanecem em patamares ainda muito elevados (MARTINS, 2005).

Para Novaes *et al.* (2006) e Martins *et al.* (2005), uma explicação deste resultado não satisfatório, pode estar relacionada a outros fatores, que podem vir a determinar a adesão ou não das mulheres ao exame preventivo, além da disponibilidade do serviço nos sistema de saúde.

A condição socioeconômica tem sido apontada como um dos fatores que mais influenciam o comportamento preventivo feminino. Estudos apontam que as mulheres que pertencem aos

seguimentos de maior renda e com maior escolaridade tem maior probabilidade de realizarem os exames preventivos (CÉSAR *et al.* 2003).

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), há outros fatores que também podem contribuir para a adesão ou não das mulheres, a realização do exame preventivo: a situação conjugal, número de filhos, a vida ocupacional, ter ou não seguro de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde, residir na área urbana ou rural, dentre outros.

O medo relacionado ao resultado do exame e ao profissional examinador, a vergonha e o esquecimento relacionado ao agendamento também são considerados como principais barreiras. (RAFAEL; MOURA, 2010)

Segundo MARTINS (2005), poucos são os estudos sobre a cobertura do exame de Papanicolau no Brasil. A maioria concentra-se nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste do país. Além da escassez, existe pouca padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres a serem investigadas, o que dificulta a comparação entre si.

O rastreamento de mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos de idade deve ser uma atividade de rotina de todos os profissionais da equipe de saúde da família, mas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais na busca dessas mulheres para que as mesmas não deixem de fazer o exame quando agendado e ainda, busquem o resultado após o exame.

Os estudos analisados destacam a importância das ações do profissional enfermeiro desde as aquelas ligadas a promoção da saúde de âmbito coletivo como aquelas realizadas individualmente, como por exemplo, a própria coleta do material para realização do exame preventivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica nos mostrou que existe um volume expressivo de publicações sobre o câncer do colo do útero, mas os relacionados a atuação do enfermeiro ainda são incipientes, considerando ser esse profissional o que realiza essa atividade na rede básica de saúde há muitos anos.

A literatura reforça que o principal método de detecção precoce do câncer do colo uterino é o exame de Papanicolau, por ser considerado, rápido, relativamente de baixo custo e efetivo.

Dentro desse contexto, a equipe de enfermagem por estar mais próxima ao paciente desempenha papel fundamental na prevenção do câncer do colo do útero, através de ações educativas, captação das mulheres para a realização do exame Papanicolau e trabalho conjunto com a comunidade em igrejas, escolas, associação de bairros e outros locais.

Além do conhecimento, fica a expectativa de sensibilizar as mulheres quanto a importância da realização do exame preventivo, tornando-o rotina e melhorando assim sua qualidade de vida.

Ao concluir este trabalho espera-se contribuir com o conteúdo técnico-científico para os profissionais de saúde, na busca de uma melhor compreensão sobre a função e importância do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BEGHINI, A. B. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática: **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol.15, n.4, out./dez. 2006.

BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto & Contexto –Enfermagem**, Abr-Jun. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle do câncer do colo do útero**. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Brasília. Secretaria Executiva, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero**. Manual técnico-profissionais de saúde. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Colo do útero**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uter0>. Acesso em: 23 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Detecção Precoce**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uter0/deteccao_precoce>. Acesso em: 15 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero: atualização 2011**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/efa9768045bab4d7ad78bd7e2af56357/Diretrizes+Brasileiras+para+o+Rastreamento+do+C%C3%A2ncer+_Atualiza%C3%A7%C3%A3o+2011_09Fev2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=efa9768045bab4d7ad78bd7e2af56357>. Acesso em: 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 23 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é câncer?** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Resolução (311) **Conselho Federal de Enfermagem**. COFEN: Rio de Janeiro. 2007.

BRENNNA, S. M.F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.17. nº. 4. p. 1-5. Jul/Ago. 2001.

CAMARGO, E. F. F. *et al.* **O papel do enfermeiro frente à prevenção do câncer de colo uterino na saúde coletiva**. [S.L.: s.n.]. 2007.

CARDOSO, E. J. F.; LIPPAUS, R. **A enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero**. [S.L.: s.n.]. 2006.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.51, n.4, p.297-303, jul./2003.

CÉSAR, J. *et al.* Fatores associados à não realização de exames citopatológicos de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, set-out, 2003.

DAVIM, Rejane Maria Barbosa *et al.* Conhecimento das mulheres de uma unidade básica da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Revista Escolar Enfermagem USP**, p.296-301. 2005.

DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciências & Saúde Coletiva**, p.733 -741, 2006.

FARIA, J. Lopes de. **Patologia Especial: com aplicações clínicas**. 2. ed., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol.48, n.2, p.223-230, abr/mai/jun/2002.

FIGUEIREDO, S. R. **Estudo da incidência de câncer de colo de útero nas regiões da grande Florianópolis e sul do estado de Santa Catarina e análise da metodologia**

utilizada para realização do exame. Disponível em:

<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=159>.

Acesso em: 08/07/11.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol.149, n.4 , p.209-214,Jul/2003.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C.; **Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil.** São Paulo: Nursing, 2004.

HARPER, D. M. Vacinas Profiláticas contra papilomavírus humano para prevenção do câncer de colo de útero: revisão dos estudos fase II e III: **Revista Future Medicine**, Hanover, p.307-323, 2008.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol.47,n.2. ,p.1 – 3.Abr/Mai/Jun, 2001.

LIMA, M. J. **O que é Enfermagem.** São Paulo: Brasiliense, 2004.

LINARD, A. G.; SILVA, A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol.48, n.4, p.493-498, Out./2001.

LUCARINI, A. C. B. S.; CAMPOS, C. J. G. **Representações Psicossociais e Culturais da Citologia Oncótica: um estudo clínico-qualitativo.** [S.L:s.n.], 2007.

MARTINS, L. F. L.; Fatores associados à não realização do exame de Papanicolau: estudo transversal de base Populacional em duas capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.52, n.6, p.197. Nov./Dec. 2005.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica.** Barueri: Manole, 411 p. 2007.

MARQUES, J. F.; MIRANDA, M. G. O.; BOSCO FILHO, J. **A mulher e o serviço público de prevenção do câncer cérvico- uterino e de mama.** [S.L.: s.n.]. 2003.

NOVAES, H.; BRAGA, P.; SCHOUT, D. **Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003.** São Paulo. [s.n.]. 2006.

NASCIMENTO, F. K. S. *et al.* **Incidência do câncer de colo uterino entre as mulheres de 40 á 70 anos de idade, no centro de saúde da mulher, criança e adolescente, de Janeiro de 2005 a Julho de 2007.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Vale do Rio Doce, 2007.

OLIVEIRA, M. M.; SILVA, A. A.; BRITO, L.; COIMBRA, L. **Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão.** Maranhão, [s.n.]. 2006

OTTO, S. E. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PAULA, A. F. Câncer cérvico-uterino: uma ameaça (IN) evitável? **Revista de Enfermagem UFRJ**, vol.14.n., p.123-127, Jan/Mar 2006.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá**, vol.26, n.2, p.319-324, 2004.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I. **Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau.** São Paulo, [s.n.]. 2002.

POLLOCK, R. E. *et al.* **UICC manual de oncologia clínica.** 8.ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. **Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu,** Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, [s.n.]. 2010.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. C.. Interação enfermeira-cliente em obstetrícia. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 2, p. 232-8, abr/jun, 2006.

SANTOS, J.; GICO, V. V. **Câncer do colo do útero e a política de prevenção.** [S.L.: s.n.]. 2005.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. **Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo de útero.** [S.L.: s.n.]. 2005.

SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON, P. G. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SIMÃO, A. B. *et al.* Desigualdades raciais na saúde da mulher em Belo Horizonte: perfis de acesso à contracepção, acompanhamento ginecológico e diagnóstico de câncer de colo uterino. In: XII Seminário sobre a Economia Mineira, 2006, Belo Horizonte. **Anais.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

SOUTO, R. M. S.; FALHARI, J. P. B.; CRUZ, A. D. O papilomavírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, vol.12, n.2, p.155-60, maio/2005.

STARFIEL, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.