

1 INTRODUÇÃO

O controle do câncer em nosso país representa um dos grandes desafios para a saúde pública. O câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres. (BRASIL, 2009).

O Instituto Nacional do Câncer divulgou que a mortalidade por câncer de colo de útero em 1999 atingiu a terceira colocação no Brasil, com o índice de 7,39 % das mortes; enquanto que no período de 1979 a 1999, essas taxas eram de 3,44 para 4,67 óbitos por 100 mil mulheres, o que significa que houve uma variação significativa de 35,7 % no período. No ano de 2008 a estimativa foi de 13,48 por 100 mil casos novos para o câncer de útero. Em 2010, são esperados 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por esse tipo de câncer por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como do tratamento das pacientes (BRASIL, 2009).

A principal medida de controle realizada para detecção precoce da doença se dá por meio de um exame simples, porém de fundamental importância que é o citopatológico de colo do útero (ou Papanicolaou). Esse exame indica a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas, sendo possível assim interromper a evolução dessas lesões (SÃO PAULO, 2004).

Estudos mostram que as mulheres mesmo conhecendo a importância da prevenção geralmente procuram fazer o exame preventivo somente na presença de algum sintoma. A maioria delas sente constrangimento em realizá-lo, por medo, vergonha em expor o corpo, não apresentando nenhum conhecimento sobre o corpo ou sexualidade, desconhecem sobre o exame e mencionam não ter recebido esclarecimentos sobre a realização do referido exame (DUAVY *et al.*, 2007).

As mais altas taxas de incidência do câncer do colo do útero são observadas em países pouco desenvolvidos, indicando uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (BRASIL, 2006).

Dentre todos os tipos, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos. Existe no Brasil, o Programa Viva Mulher, que desenvolve ações de detecção precoce, por meio do exame Papanicolaou, exames de confirmação diagnóstica e tratamento, com o objetivo de impedir o avanço da doença. O programa prioriza as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o percentual de exames de papanicolaou tem aumentado, ainda que de forma insatisfatória, uma vez que não refletiu na diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero, caracterizando diagnóstico tardio da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado com a dificuldade de acesso aos serviços e programas de saúde, com a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), com a capacidade do sistema público de saúde para absorver a demanda, com as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permite o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (BRASIL, 2006).

Para diminuir o diagnóstico tardio do câncer do colo uterino é necessária uma reestruturação no sistema público de saúde do Município e a efetivação da prevenção por meio do exame Papanicolaou. Dentre outras ações preventivas, a prevenção primária, ou seja, educação em saúde sobre o uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV (vírus do papiloma humano), vírus esse que tem um papel importante para o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras (BRASIL, 2006).

Na minha vivência tenho percebido que atenção à saúde da mulher em algumas regiões continua ainda centralizada na figura do médico. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) as ações vêm sendo progressivamente compartilhadas com os profissionais que compõem as equipes. Hoje na maioria das equipes de saúde da família quem realiza o preventivo de câncer de colo uterino são as enfermeiras. Quando tem um resultado não esperado, faz-se o encaminhamento ao médico.

O que me motivou a falar sobre o tema foi o fato de estar inserida em Estratégia de Saúde da Família desde a minha formação, de fevereiro de 2001 a dezembro de 2008. Durante este período, realizei inúmeros exames preventivos e exame clínico das mamas e também grupos operativos onde eram abordados os temas relativos à saúde da mulher dando-lhes oportunidade de exporem as suas dúvidas e preocupações e prestando os esclarecimentos necessários à medida que as dúvidas eram verbalizadas.

A angústia fez parte do meu cotidiano sempre que eu analisava as anotações e detectava que as mulheres que realizavam o exame anualmente eram as mesmas, outras realizavam uma única vez e não retornavam, e outras mulheres nunca realizavam mesmo sendo orientadas da importância da prevenção.

Mesmo realizando grupos operativos, e cobrando dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a busca ativa dessas pacientes, não se conseguia uma satisfação no serviço, e a cobertura era razoáveis do exame preventivo.

Tendo a oportunidade neste momento de buscar na revisão de literatura, a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero nas Unidades Básicas de Saúde para subsidiar a minha prática na tentativa de aumentar o nível de adesão das mulheres ao exame.

2 OBJETIVO

Analisar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero junto às equipes de saúde da família, a partir de uma revisão de literatura.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Neste estudo trabalhou-se com a revisão bibliográfica utilizando-se como método a revisão narrativa que é uma dos tipos de revisão de literatura, pela possibilidade de acesso à experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto.

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema, coloca o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, sendo uma ação sobre material já produzido (MARTINS, 2001; GIL, 2004; MARCONI; LAKATOS, 2007).

Os trabalhos de revisão são definidos por Noronha e Ferreira (2000, p.191) como

Estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas idéias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

Desta forma segundo os autores, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras. A revisão literária é descrita por Gil (2004) como sendo uma ação sobre material já produzido, ou seja, artigos, livros, dissertações e teses. Possibilita ao pesquisador sumarizar as pesquisas já concluídas e obter suas conclusões a partir de um tema de interesse.

3.1 População e amostra

Este trabalho foi realizado mediante levantamento bibliográfico de textos, livros, periódicos, cartilhas que atenderam o objetivo do estudo e busca digital no banco de dado LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde).

Foram definidos os seguintes descritores para a busca dos artigos nos bancos de dados: Papanicolaou, exame preventivo, câncer do colo do útero.

A seleção foi realizada a partir de leitura criteriosa daqueles artigos que atendiam os critérios de inclusão definidos neste estudo que foram os artigos científicos obtidos na íntegra e no idioma português.

3.2 Análise dos dados

Inicialmente foi realizada a leitura crítica dos textos e artigos selecionados para o estudo dado a sua pertinência com o objetivo proposto. Em seguida foram compiladas as principais informações, depois foi realizada uma análise descritiva das mesmas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de esquematizar a apresentação da revisão da literatura, destacou-se especificamente o câncer de colo do útero, visto que a literatura define que o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2010).

Foi abordado também o Vírus Papiloma Humano (HPV) porque os vírus de alto risco têm maior probabilidade de provocar lesões persistentes e estar associados a lesões pré-cancerosas. A revisão da literatura se deu a partir da definição de eixos temáticos, a saber:

4.1 Câncer de Colo do Útero

No Brasil ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam aumentando, em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto que em 1999 a taxa subiu para 4,67/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 35,7% (BRASIL, 2010).

As estimativas, para o ano de 2010, no Brasil, serão válidas também para o ano 2011, ou seja, são esperados 18.430 casos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de mama e do colo do útero, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina. (BRASIL, 2009).

Segundo Almeida *et al.* (2005) o câncer é uma das doenças que mais causam temor na sociedade, por ter se tornado um estigma de incurável, de causa de mortalidade, de sofrimento e de dor para o paciente. De origem latina, a palavra câncer (*cancer*) significa “caranguejo” deve ter sido empregada em analogia ao modo de crescimento infiltrante, que pode ser comparado às pernas do crustáceo, que as introduz na areia ou lama para se fixar e dificultar sua remoção.

O câncer do colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso. A detecção precoce do câncer do colo do útero ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois

estima-se a redução em 80% da mortalidade se realizado rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o exame de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ"(BRASIL, 2010).

A efetividade do exame preventivo de Papanicolaou e a longa fase detectável pré-clínica do câncer do colo do útero fazem com que o diagnóstico precoce, por meio deste exame, seja a melhor estratégia para a sua prevenção.

4.2 Vírus Papiloma Humano (HPV)

Os HPV são vírus da família *Papillomaviridae*, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa. Na maior parte dos casos, as lesões têm crescimento limitado e habitualmente regridem espontaneamente. Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV. Eles são classificados em de baixo risco de câncer e de alto risco de câncer. Somente os de alto risco estão relacionados a tumores malignos (BRASIL, 2010).

Os vírus de alto risco, com maior probabilidade de provocar lesões persistentes e estar associados a lesões pré-cancerosas são os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros. Já os HPV de tipo 6 e 11, encontrados na maioria dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade, apesar de serem encontrados em pequena proporção em tumores malignos (BRASIL, 2010).

Cerca de 95% dos casos de câncer de colo do útero são relacionados com o HPV, mas a doença poderá se desenvolver ou não, dependendo não só do tipo de HPV, mas também de outros fatores relacionados com o hospedeiro, como o estado imunológico, tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivo oral (BRASIL, 2006).

Como método preventivo recentemente foi liberada uma vacina para o HPV, mas que ainda não está disponibilizada na rede pública é encontrado nos laboratórios particulares por um preço, que não é acessível para a maioria da população. Entretanto está em estudo no Ministério da Saúde o seu fornecimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É importante

ênfatizar que esta vacina não protege contra todos os subtipos do HPV. Sendo assim, o exame preventivo deve continuar a ser feito mesmo em mulheres vacinadas (BRASIL, 2010).

A vacina tem o objetivo de prevenir a infecção por HPV e, dessa forma, reduzir o número de pacientes que venham a desenvolver câncer do colo do útero. Apesar das grandes expectativas e resultados promissores nos estudos clínicos, ainda não há evidência suficiente da eficácia da vacina contra o câncer do colo do útero (BRASIL, 2010).

Foram desenvolvidas duas vacinas contra os tipos mais presentes no câncer de colo do útero (HPV-16 e HPV-18). Mas o real impacto da vacinação só poderá ser observado após décadas. Há duas vacinas comercializadas no Brasil. Uma delas é quadrivalente, ou seja, previne contra os tipos 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer de colo do útero e contra os tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais. A outra é específica para os subtipos 16 e 18 (BRASIL, 2010).

O objetivo da vacina não é substituir o exame de Papanicolaou e sim favorecer para um enfrentamento da situação. Os resultados da vacina só serão notados após alguns anos de utilização. O exame de Papanicolaou deve ser uma prática constante oferecida às mulheres. A periodicidade preconizada para a realização deste exame é, inicialmente, uma vez por ano. No caso de dois exames normais seguidos (com intervalo de um ano entre eles), e sua alteração o exame deverá ser feito a cada três anos. Em caso de exames com resultados alterados a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (BRASIL 2000).

A fim de garantir a eficácia do resultado do exame preventivo, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disto, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado.

4.3 Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família

A educação em saúde deve ser entendida como um componente e um recurso a ser utilizado como estratégia no âmbito da promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 1993).

A definição da melhoria da qualidade de vida ganhou mais visibilidade após a carta de Ottawa 1986, resultante de um conjunto de fatores, dentre eles os sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos (BRASIL, 1993).

Desde a década de 1970, a educação em saúde tem sido repensada no sentido de distanciar-se das ações impositivas, características do discurso higienista (ALVES, 2005), mas, na realidade, as atividades de educação em saúde ainda são desenvolvidas de forma coercitiva e normativa (GAZZINELLI, 2005).

Para Queiroz; Jorge (2006) o modelo de educação tradicional centrado no saber profissional revela o distanciamento, dos serviços de saúde que não atende às reais necessidades dos usuários e dificulta as possibilidades de acesso e vínculo aos serviços de saúde, sem participação ativa da população.

Para o mesmo autor, o mundo atual sofre transformações rápidas e isso requer uma formação tanto individual quanto coletiva coerente com a realidade. Fica, portanto, a educação incumbida de transmitir fatos reais e coerentes com a evolução dos mesmos, norteando os indivíduos em suas ações.

A educação, diante de sua responsabilidade, deve organizar-se de tal forma que cada indivíduo utilize dos “ 04 pilares da educação”, aprendizagem fundamental que lhes darão suporte por toda a vida. Os pilares do conhecimento são: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. (DELORS, 1996).

Aprender a conhecer nada mais é do que adquirir os meios instrumentais do conhecimento, incorporando a cultura geral e ampla existente no contexto e por meio de métodos simples buscar apreender o significado dos fatos para que possa servir de suporte para toda a vida;

Aprender a fazer significa colocar em prática o que aprendeu agir coerentemente com o meio, aquisição de competências, tanto profissionais quanto pessoais a fim de que se possa utilizar na prática seus conhecimentos, prontos para possíveis mudanças futuras no âmbito profissional, social;

Aprender a viver juntos, ou seja, compartilhar com outros em todos os âmbitos da atividade humana. Compreender as diferenças unindo idéias, somando esforços, respeitando a dignidade e individualidade de cada um;

Aprender a ser pressupõe o poder que cada um possui em construir a sua individualidade, para agir de forma autônoma e com discernimento, sem deixar de lado as idéias dos outros, mas com responsabilidade pessoal mediante suas ações.

Assim se forma um conjunto de ações educativas, dividido didaticamente a educação, mas que constitui um todo integrado. Há uma complementaridade de idéias com o objetivo de transformar o indivíduo em um ser capaz de enfrentar as intempéries do dia a dia. Notadamente é viável a utilização dos quatro pilares da educação para a formação de um ser capaz de compreender o mundo, o outro e o seu eu (DELORS, 1996).

A educação deve acontecer de tal forma que contribua para a evolução da humanidade, orientando, solidificando conhecimentos, acompanhando a evolução do mundo (VASCONCELLOS, 1999).

Diante da estagnação da educação em uma fase da vida, dos acontecimentos, o aluno/paciente não consegue acompanhar e aproveitar o máximo dos fatos favoráveis a ele. Nesta situação os métodos de ensino devem ser melhorados, tendo em vista a importância do seu papel social para com a sociedade e para o alcance de seus objetivos.

Diante da necessidade da educação em favorecer ao aluno/paciente, a capacidade de se tornar um cidadão crítico, capaz de identificar os problemas sociais e assim contribuir para a resolução dos mesmos, a metodologia da problematização traz em si o caminho a ser percorrido, onde através dela o indivíduo é capaz de enfrentar os problemas e as mais inesperadas situações do dia a dia. (DELORS, 1996).

Segundo o mesmo autor, o que dificulta a implementação desta pedagogia é a falta de conhecimento da forma de sua utilização, ou mesmo resistência de muitos educadores/profissionais em romper com a metodologia tradicional.

A metodologia tradicional está baseada na transmissão do conhecimento, onde o indivíduo recebe prontas as informações passadas pelo educador, torna-se incapaz de questioná-lo, pois passa a ser um indivíduo passivo, e que não traz consigo nenhuma informação, ou conhecimento anterior (VASCONCELLOS, 1999).

A estratégia de PSF apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e possui como objeto de trabalho a família com todas as características loco – regionais que ela possui (BRASIL, 1996). Traz em si a oportunidade de se trabalhar com a metodologia problematizadora, uma vez que possibilita conhecer o indivíduo como um todo, inserido em seu núcleo familiar.

É necessário buscar o conhecimento prévio, não considerando o indivíduo como uma página em branco, ele está inserido em uma comunidade, em uma família, culturalmente influenciado; traz consigo conceitos pré-formados que precisarão da habilidade profissional para ser trabalhados, não sob imposição, usando desta forma a problematização na introdução de novos conhecimentos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no início da década de 1990, para organizar a Atenção Básica e melhorar a qualidade do mesmo. A partir da Norma Operacional Básica- NOB- de 1996, este passou a ser considerada estratégia reestruturante de todo o sistema de saúde, expandindo-se no país. O PSF tem como desafios não só ampliar o acesso às ações de saúde, mas dar forma concreta a uma interpretação ampla de saúde e às idéias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de co-responsabilidades, humanização da assistência, e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada (SOUZA, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assumindo assim o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e

no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

O PSF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo na falta de compromisso e de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência (ANTUNES *et al.*, 2000).

O PSF torna-se assim uma nova proposta de assistência à saúde no setor primário. Segundo Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde – APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário. Para Millman (1993) a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. O acesso foi definido como o uso oportuno de serviços de saúde, visando o alcance de melhores resultados possível em saúde (MINAS GERAIS, 2008).

O princípio do primeiro contato visa facilitar o acesso, possibilitando que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não afetar e complicar um diagnóstico, e o manejo do problema de saúde (DONABEDIAN, 1973).

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (MINAS GERAIS, 2008).

O acesso à atenção é importante na redução da morbidade e mortalidade. Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e melhor resultados de saúde e custos totais mais baixos (MINAS GERAIS, 2008).

O princípio da longitudinalidade deriva da palavra longitudinal e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos nos grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002).

De acordo a mesma autora, é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema.

O princípio da integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Coordenação é um princípio definido como “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002.p.365).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas (MINAS GERAIS, 2009).

O princípio da abordagem familiar requer aquele olhar da equipe de saúde sobre os problemas de saúde dos membros da família. A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar, intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar (MINAS GERAIS, 2009).

Sendo assim a abordagem à mulher deve ser feita considerando o núcleo familiar em que está inserida. Pelosso *et al.* (2008) afirmam que as medidas educativas tornam-se de extrema importância , sendo a prevenção entendida como condição multifacetada, com influência

sócio-econômica, políticos e culturais, como responsabilidade da sociedade é a saída para a redução dos casos de câncer de colo de útero .

Segundo o mesmo autor, um número considerado de mulheres torna-se vulnerável, por apresentarem sentimentos de medo, vergonha. Há que se aprender uma nova forma de vivenciar estas questões, cabendo muitas vezes ao profissional de saúde, quebrar tabus, e agir como um facilitador do acesso ao conhecimento a essa população.

4.4 Assistência de Enfermagem

O câncer de colo é uma doença com alto potencial de cura desde que diagnosticado precocemente. A prática de sexo seguro, realizado através de uso de preservativo, pode ser considerado como forma primária de prevenção, neste sentido cabe ao enfermeiro enfatizar e conscientizar na educação para saúde da cliente e seus eventuais parceiros, a importância do uso de preservativos e explicar que é imprescindível fazer o exame preventivo anualmente pois a principal forma de detecção precoce se dá por meio do exame citológico do colo do útero (FIGUEREDO, 2001).

A Sistematização de Assistência de Enfermagem possibilita a assistência à mulher de forma integral, com oportunidade na educação e orientação junto à população feminina, esclarecendo dúvidas e incentivo a realização periódica do exame, contribuindo assim para uma redução no número de casos (TANNURE, 2008).

De acordo Tannure (2008) algumas ações são necessárias para sistematização da assistência, como:

- A Capacitação dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família sobre a necessidade do acompanhamento ativo das mulheres.
- A realização do levantamento das mulheres da faixa etária preconizada, com a participação dos ACS utilizando do método de arquivo rotativo com monitoramento mensal.
- A realização de busca ativa das mulheres na faixa etária preconizada, nas micro-áreas, através de visita domiciliar agendada pelo Agente Comunitário de Saúde;

- Levantamento sobre os fatores que poderão estar levando as mulheres a não realizarem o exame Papanicolaou.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde vêm demonstrar que a maior parte dos exames preventivos do colo do útero, é realizada em mulheres com menos de 35 anos, ocorrendo assim uma subutilização da rede, uma vez que, não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco. A identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, é o objetivo da captação ativa. As estratégias de captação devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros (BRASIL, 2006).

Ferreira (2009) realizou um estudo em um Centro de Saúde Escola - Botucatu (SP), para analisar os motivos que influenciaram um grupo de 20 mulheres com vida sexual ativa a nunca terem realizado o exame Papanicolaou. Os motivos que levaram essas mulheres a nunca ter realizado o exame foram: desconhecimento sobre o câncer de colo uterino, da técnica de coleta, da importância do exame preventivo, sentimento de medo na realização do exame, medo de se deparar com resultado positivo para câncer, sentimentos de vergonha e constrangimento, dificuldades para a realização do exame, dificuldades de acesso ao serviço e necessidade de modelo de comportamentos adequados à prevenção de saúde.

Martins *et al.* (2009) realizou também um estudo para identificar os fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical, em duas cidades brasileiras (Fortaleza e Rio de Janeiro). Identificaram que as maiores razões de prevalência para a não realização do exame pelas mulheres foram: mulheres com baixa escolaridade, de menor renda per capita, com maiores faixas etárias e solteiras.

Estes estudos vieram reforçar a importância do enfermeiro conhecer os motivos da não adesão das mulheres ao exame preventivo, pois a partir dos resultados, do contexto real, ele apropria do conhecimento para planejar estratégias para atender as mulheres em sua individualidade, através da consulta de enfermagem e visita domiciliar ou coletivamente através de grupos operativos. Existe uma real necessidade de intervenção. As ações educativas são os instrumentos de trabalho do enfermeiro de fundamental importância para facilitar o

diagnóstico precoce e também o acesso aos serviços para garantir os métodos de diagnóstico e tratamento adequados.

A motivação das mulheres para a realização do exame ginecológico segundo Rodrigues *et al.* (2001), é de fundamental importância porque apesar da compreensão da importância da realização do exame, as mulheres expressam sentimento de medo, vergonha e nervosismo durante a realização do exame. As autoras ressaltaram que as mulheres necessitam de uma assistência mais voltada para os aspectos educativos, com vistas a adotar comportamentos favoráveis às medidas de promoção e do autocuidado.

Algumas ações são importantes, no que tange a prevenção do câncer do colo: a realização de agendamento das mulheres para atendimento na Unidade Básica de Saúde para o rastreamento do câncer de colo de útero, assim como o estabelecimento de que todas as mulheres agendadas sejam acolhidas pela enfermeira, onde passará pela consulta de enfermagem com realização do Exame Clínico das Mamas e a coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora.

Para Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres, são estratégias utilizadas com os objetivos de reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de câncer.

Ainda esclarece que desde 1988, o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos de idade, com vida sexual ativa, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Enfatizando que a efetividade do diagnóstico precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%.

Essa recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (BRASIL, 2006, p.58).

Estudos mostram que as principais atividades realizadas pelos enfermeiros são: prevenção do câncer de colo do útero, assistência ao pré-natal de baixo risco, planejamento familiar e educação em saúde. Em relação à prevenção do câncer de colo do útero, podemos analisar que ela é a principal atividade executada, o que demonstra preocupação por parte dos enfermeiros com esse tipo de câncer, já que é uma neoplasia comum em mulheres (PRIMO *et al.*, 2008).

Segundo os mesmos autores a educação em saúde figura como uma prática prevista para todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família para a prevenção em saúde.

No entanto, analisando o significado da prevenção do câncer de colo de útero, ficou evidente que as mulheres, em idade em realizar o exame têm pouca clareza do seu significado, pois para ela somente o exame de papanicolaou foi visto como método preventivo. Ficando claro que os profissionais inclusive os enfermeiros, não estão adotando estratégias que possibilitam repassar informações de prevenção primária em relação ao câncer cervical (THUM *et al.*, 2009).

No que se refere ao saber sobre a realização da citologia oncológica, apesar da existência de programas e campanhas periódicas para a realização do exame é considerável o número de mulheres que desconhecem o exame e/ ou a realização deste. Estudo evidenciou a importância da realização da citologia oncológica tanto para a detecção de doenças, dentre elas o câncer, quanto uma medida de prevenção (BRITO *et al.*, 2007).

Portanto, os profissionais de saúde que realizam a citologia oncológica, ao atenderem as mulheres, deveriam ir ao encontro do que elas pensam e esperam da realização desse exame, buscando alcançar medidas preventivas, baseadas no desenvolvimento de uma consciência crítica, com vistas a mudanças no quadro epidemiológico de morbimortalidade feminina. (BRITO *et al.*, 2007).

Conforme o autor acima citado, estudo possibilitou à enfermagem o poder de vislumbrar ampla atuação na área de prevenção do câncer de colo, a partir do desenvolvimento de ações que levem em consideração as necessidades das mulheres, criando condições para que estas possam repensar os significados que atribuem ao seu corpo e aos seus direitos e deveres com relação a sua saúde.

Sendo assim Brito *et al.* (2007) infere que a citologia oncótica para prevenção do câncer de colo de útero e de outras patologias deve ser valorizada pelos profissionais de saúde, priorizando ações que levem em consideração as necessidades das mulheres, considerando-as ativas e responsáveis pelo cuidado com sua saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito da relevância de se realizar efetivamente a prevenção.

Pode se dizer que o enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação à usuária. As especificidades, necessidades, altas e recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares (BARBOSA, *et al.*, 2008). O enfermeiro bem capacitado torna-se um profissional ímpar para atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de ações de planejamento, execução, assessoria, avaliação, controle e supervisão de programas de prevenção do câncer de colo de útero.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a elaboração e implementação de ações efetivas relacionadas ao controle do câncer do colo do útero, que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

Neste sentido é imprescindível a humanização por parte dos médicos e enfermeiros para criar uma empatia e assim compartilhar dos sentimentos e sensações das mulheres durante o exame Papanicolaou sem, contudo, deixar de utilizar o aparato tecnológico necessário à realização do exame, mas possibilitar um momento mais acolhedor e menos constrangedor para as mulheres.

Outro aspecto importante e fruto deste trabalho foram a constatação da importância da capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde para aproveitar as oportunidades quando da vinda das mulheres à UBS, para informá-las da importância da realização do exame preventivo do câncer de colo do útero.

Os estudos mostraram que para diminuir a mortalidade das mulheres e melhorar a cobertura dos exames é necessário que o enfermeiro com a colaboração dos ACS realize um rastreamento das mulheres que nunca fizeram o exame de preventivo ou que o realizam com baixa frequência, para diagnosticar a ausência das mesmas aos exames, pois o conhecimento dos fatores da não adesão vai contribuir para direcionar a criação de estratégias de enfrentamento da questão, direcionando para a elaboração de um plano de ação.

Ressaltam ainda a importância de ações educativas, cabe ao enfermeiro enfatizar e conscientizar a cliente e seus eventuais parceiros, a importância do uso de preservativos e explicar que é imprescindível fazer o exame preventivo anualmente, pois a principal forma detecção precoce se dá por meio do exame citológico do colo do útero e também a divulgação para a população sobre a necessidade de realizar o exame de prevenção do câncer.

Algumas ações realizadas pelo enfermeiro são importantes para o controle da doença, como o encaminhamento de mulheres portadoras de lesões cervicais pré-invasoras para o tratamento,

a frequência das campanhas de coleta do exame cito patológico e o incentivo às mulheres para a consulta ginecológica de rotina.

Além disso, fica cada vez mais evidente a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero, atuando não só tecnicamente, mas como facilitador do acesso da população aos serviços de prevenção, com ênfase igualitária as outras ações como, por exemplo, as educativas. A prática educativa como atuação da enfermagem é uma estratégia efetiva na prevenção do câncer apontado por vários autores.

O enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família deve sistematizar a assistência de enfermagem traçando algumas ações incluindo a capacitação dos ACS sobre a necessidade do acompanhamento ativo das mulheres, realização do levantamento das mulheres da faixa etária preconizada, com a participação dos ACS, através de visita domiciliar, Levantamento sobre os fatores que poderão estar levando as mulheres a não realizarem o exame Papanicolaou.

A enfermagem tem um papel imprescindível na prevenção do câncer de colo de útero, identificando as populações de alto risco, desenvolvendo ações de planejamento, controle e supervisão de programas de educação e prevenção, e assim contribuindo para um diagnóstico precoce da doença.

Fica evidente a importância do atendimento da enfermagem às mulheres, buscando encorajá-las a realizarem com frequência o exame preventivo, orientando-as sobre os fatores de risco, ressaltando as vantagens da detecção precoce da doença, esclarecendo possíveis dúvidas sobre o exame de Papanicolaou, visando assim, romper certa “dificuldade” que ainda existe por parte de algumas mulheres.

Espera-se que com a elaboração e implantação um plano de ação possa solucionar os “nós” críticos, ou seja, os fatores dificultadores à realização do exame, o cumprimento de metas na UBS quanto à realização do exame de Papanicolaou nas mulheres na faixa de 25 a 59 anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Revista Química Nova**, v.28, n.1, p.118-129, 2005

ALVES V.S.A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic Saúde Educ.** v.9, n.16, p.39-52. 2005

ANTUNES, M. J. M.; Egry, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107. jan./mar. 2000.

BARBOSA, L. R; MELO, M. R. A. da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.61, n.3, p. 366-370.2008.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões. Minas Gerais; 2009.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa_view.asp?ID=5

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.98 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estruturação das Atividades de Educação em Saúde no âmbito do SUS;** Brasília: FUNASA; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro, 2009, p. 98.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: normas e manuais técnicos. **Caderno de Atenção Básica** n. 13. Brasília: 2006.

BRITO, C. M. S. de; NERY, I. S. e TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. **Rev. bras. enferm.**, v.60, n.4, p. 387-390. 2007 0034-7167.

DELORS, Jaques. **Educação um tesouro a descobrir . Os quatro pilares da Educação.** Lisboa. Ed. ASA, 1996.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requiremnts for health care.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

DUAVY, L. M ; BATISTA, F. L.R; BESSA, M. S; SANTOS , J. B. F.dos. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.12, n.3, p. 733-742. 2007

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.2, pp. 378-384. ISSN 1414-8145.

FIGUEIREDO N. M. A. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirurgias.** 6. ed. São Caetano do sul, SP: Difusão, 2001.

GAZZINELLI MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. **Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):200-06.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: atlas, 2004.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6ª ed, São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G; THULER, L. C. S.. Fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical em duas capitais brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v.43.n.2.p.318-325.2009 Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 11 mai. 2010.

MILLMAN, M. **Acess to health care in America.** Washington, DC: National Academy press, 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina II – Análise da Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina VI – Abordagem Familiar.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

NORONHA, Daisy Pires; FERREIRA, Sueli Mara S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, Bernadete Santos; CONDÓN, Beatriz Valadares; KREMER, Jeannette Marguerite (orgs.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PRIMO, C.C; BOM, Maráiza; SILVA, Pablo Cordeiro da. Atuação do Enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família . **Rev. enferm.** UERJ;v.16, p. 76-82, jan.-mar. 2008.

PELLOSO, S.; CARVALHO, M.; HIGARASHI, I. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino** - DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i2.1582. **Acta Scientiarum. Health Science**, Brasil, 26 mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1582/935>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

QUEIROZ M.V, Jorge, MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface - Comunic Saúde Educ**.v. 10, n.19. p.117-30. 2006

RODRIGUES, D. P; FERNANDES, A.F.C; SILVA,R.M. da. **Percepção de algumas mulheres sobre o exame papanicolaou**. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. v.5, n.1. p. 113-118. Abril. 2001 Disponíveis em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 07 nov. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Coleta do Papanicolaou e ensino do autoexame da mama**. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2004.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30. dez. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANNURE C M, Gonçalves P M A **SAE - Sistematização e Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

THUM, M.; HECK, R.; SOARES, M.; DEPRA, A. **Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção** - DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v7i4.6659. **Ciência, Cuidado e Saúde**,Brasil,7mar.2009.Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6659/3917>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

VASCONCELLOS M. M. M. **Aspectos Pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização**. In: Berbel. N.A.N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações** . Londrina: UEL. p.29-42.1999.