

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo

Control of cervical cancer: actions taken by nurses based on collective subject discourse

Control del cáncer cervicouterino: medidas adoptadas por enfermeras basadas sobre discurso del sujeto colectivo

Kelly Diogo de Lima Correio¹, Anne Ingrid Gomes Ramos², Rebeca Lídia Gomes dos Santos³, Magaly Bushatsky⁴, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros Correio⁵

ABSTRACT

Objective: to understand the process of the nurse's work in the Family Health Strategy - FHS controlling the uterine cancer in the city of Carpina-PE. **Method:** interpretative study with qualitative approach, performed by eleven nurses from the FHS. The data were collected through semi-structured interviews and processed using the technique of Collective Subject Discourse - CSD. It was approved by the ECR (Ethic Committee of Research) with CAAE (certificate of presentation for ethical consideration): 19630113.5.0000.5192. **Results:** after analysis, five themes were established: strategies for health education actions; calling the public to perform the cytopathological examination; recommendations about tracking; limitations on the tracking and tracing preventive and health care networks: forwarding and monitoring of users. **Conclusion:** the study's data reflect the local diagnosis' situation and stimulate reflections about the nurses from the FHS's assistance. **descriptors:** Neoplasms of the cervix, Primary health care, Qualitative research.

RESUMO

Objetivo: compreender o processo do trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no controle do câncer do colo do útero do município de Carpina-PE. **Métodos:** estudo interpretativo com abordagem qualitativa, realizado com onze enfermeiras da ESF. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e processados usando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Sendo aprovado pelo CEP com CAAE: 19630113.5.0000.5192. **Resultados:** após análise, foram estabelecidos cinco temas: estratégias para as ações de educação em saúde; convocando o público para realizar o citopatológico; recomendações acerca do rastreamento; limitações ao rastreamento e adesão ao exame preventivo e redes de atenção à saúde: encaminhamento e acompanhamento das usuárias. **Conclusão:** os achados do estudo refletem o diagnóstico situacional da região e impulsionam reflexões sobre a assistência prestada pelo enfermeiro da ESF. **Descritores:** Neoplasias do colo do útero, Atenção primária à saúde, Pesquisa qualitativa.

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de trabajo del enfermero de la Estrategia de Salud de la Familia en el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Carpina-PE. **Métodos:** estudio interpretativo con enfoque cualitativo que se llevó a cabo con once enfermeras. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi-estructuradas y procesadas mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo(DSC), siendo aprobado por el CEP con CAAE: 19630113.5.0000.5192. **Resultado:** tras el análisis, se establecieron cinco temas: estrategias de educación para la salud; invitación al público a realizar la citopatología (examen citopatológico); recomendaciones sobre detección; limitaciones para realizar el seguimiento y adhesión de examen preventivo y redes de atención de la salud: enrutamiento y el seguimiento de las usuarias. **Conclusión:** los resultados de este estudio reflejan el diagnóstico situacional de la región y avivan reflexiones por el enfermero de la ESF. **Descriptor:** Neoplasmas del cuello del útero, Atención primaria a la salud, Investigación cualitativa.

1 Enfermeira, Residente, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) 2 Enfermeira graduada pela Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças 3 Enfermeira graduada pela Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. 4 Enfermeira, Doutora, Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco / Professor da Escola Pernambucana de Saúde- Enfermagem, Brasil 5 Enfermeira, Mestra em Saúde coletiva pelo Programa de Pós Graduação Integrada em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento anormal de células que invadem tecidos e órgãos. O câncer do colo do útero, ou neoplasia do colo uterino, é caracterizado por essa “desordem” no epitélio que reveste o órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância.¹

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) aponta neoplasia do colo uterino como o terceiro de maior ocorrência na população feminina brasileira. Para o ano de 2014, estima-se 15.590 casos novos no Brasil, correspondendo a um risco de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. No Nordeste, esse risco aumenta para 18,79/100 mil e em Pernambuco para 20,47/100 mil, o que corresponde a 970 casos novos no estado para o ano supracitado.²

Através do conhecimento da história natural da doença, é possível aplicar ações preventivas tanto no período de pré-patogênese quanto no período de patogênese. As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer, mediante o controle da exposição aos fatores de risco, como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (rastreamento). As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de diagnóstico precoce. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de detecção precoce.³⁻⁴

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero⁵, o exame citopatológico (Papanicolaou), principal forma de rastreio, deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Sendo realizado a cada três anos, após dois exames normais realizados com um intervalo de um ano. Esse método permite identificar possíveis lesões precursoras da neoplasia, que são iniciadas, sobretudo, pela infecção pelo papilomavírus humano (HPV) oncogênico (16 ou 18).

A persistência, e posterior progressão para lesões precursoras ou câncer, estão fortemente influenciadas pela genética; multiplicidade de parceiros sexuais; iniciação sexual precoce e comportamento sexual dos parceiros masculinos. Outros determinantes comportamentais aumentam o risco, como o tabagismo, o consumo de álcool e o uso de contraceptivo hormonal. Dessa forma, a prevenção da doença está relacionada à diminuição do risco de contaminação pelo vírus, e por outras infecções sexualmente transmissíveis, além de mudanças nos hábitos de vida.⁶⁻⁹

No papel estratégico para as ações de prevenção e detecção precoce, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel importante na linha de cuidados para o câncer no país. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a APS envolve “ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.”⁴

Nesse nível de atenção, as Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) se apresentam como espaços em que o enfermeiro atua como um importante integrante da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Enfermagem é uma das profissões cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde e desenvolvendo atividades administrativas, de prevenção de doenças, recuperação e reabilitação do bem-estar.¹⁰⁻¹

Portanto, pelo seu reconhecido papel enquanto profissional, dando suporte à área de atenção primária e por coordenar programas de controle às principais doenças e agravos que constituem importantes problemas de saúde pública, como o câncer do colo uterino, este estudo tem o objetivo de compreender o processo do trabalho do enfermeiro da ESF no controle do câncer do colo do útero do município de Carpina, Pernambuco, abordando suas experiências profissionais e práticas no planejamento de ações de controle do câncer do colo do útero.

MÉTODO

Trata-se de um estudo interpretativo com abordagem qualitativa cujo enfoque se apresenta como uma orientação cada vez mais difundida em estudos sobre as organizações de serviços e políticas de saúde. Esta última pode ser usada para desvelar processos sociais que não são receptivos à pesquisa quantitativa, com efeito de orientar possíveis reformas e mudanças organizacionais para a oferta de serviços de saúde do ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e/ou administradores.¹²⁻³

O estudo foi realizado em USFs do município de Carpina, localizado na zona da mata norte de Pernambuco cuja população está estimada em 74.858 habitantes distribuídos em uma área territorial de 144,931 km², que se encontra a aproximadamente 64 km da capital Recife.¹⁴

O local foi escolhido por ter sido, em 2012, cenário para um projeto de iniciação científica sobre o câncer de mama denominado “Ações de Prevenção ao Câncer de Mama nas Unidades de Saúde da Família no Município de Carpina, Pernambuco”, onde se percebeu a necessidade de uma continuação nas pesquisas relacionadas à saúde da mulher.

O projeto teve início após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa pelo complexo hospitalar HUOC/PROCAPE, com CAAE: 19630113.5.0000.5192, respeitando-se a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.¹⁵

A população do estudo foi composta por enfermeiras da ESF, provenientes de onze das quinze USFs existentes no município que de livre concordância aceitaram participar do estudo, estando presentes no dia marcado da coleta de dados, que ocorreu no mês de agosto de 2013, e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a)

efetivo(a) e/ou contratado (a) e ter no mínimo seis meses de atuação na equipe de saúde da família do município.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram realizadas entrevistas individuais gravadas e transcritas na íntegra para o programa *Word 2007* com respeito do sigilo e anonimato. Estas realizadas por meio de um questionário semiestruturado continham dados sobre a identificação, formação e experiência profissional dos entrevistados e os seguintes questionamentos: 1) Você realiza ações voltadas para a prevenção do câncer do colo do útero?; 2) Como você descreve seu processo de trabalho diante do rastreamento do câncer do colo do útero?; 3) De que forma aconteceria o encaminhamento de uma usuária que precisaria de outros serviços especializados de cuidados relativos ao câncer do colo uterino?; E nas contrarreferências, haveria um acompanhamento desta usuária pela USF?

Por fim, os dados foram processados usando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto, de um compartilhamento de ideias dentro de um grupo social, em que esses distintos argumentos podem ser mantidos em conjunto em um discurso por remeter praticamente a uma única ideia ou opinião.¹⁶

Metodologicamente, o DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtidos em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima. Para sua construção, seleciona-se, de cada resposta individual sobre uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A estas, correspondem Ideias Centrais, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-Chave. Com esse material, discursos-síntese são construídos, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, nos quais o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.¹⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por onze enfermeiras, com idades entre 22 e 49 anos. Quanto à formação acadêmica, quatro profissionais se graduaram em instituições públicas e sete em instituições privadas; nove tinham menos de 5 anos de formação e dez realizaram especializações do tipo *lato sensu*. Com relação ao ingresso das profissionais na ESF, onze tinham contrato temporário com o município. Onde a grande maioria, nove, atuava no município há menos de um ano.

Dos questionamentos, estabeleceram-se as seguintes ideias centrais. A partir da primeira questão: oportunidade para realização da educação em saúde. Da segunda questão: divulgação verbal como estratégia de convencimento para a realização do exame citopatológico; receio sobre as recomendações do rastreamento de câncer do colo uterino e

desconhecimento e mitos como fatores limitantes para o rastreamento. Da última questão: conhecimento da rede de atenção especializada e acompanhamento das usuárias.

Estratégias para as ações de educação em saúde

A educação em saúde constitui como um instrumento para a promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, superando o modelo biomédico e abrangendo multideterminantes do processo saúde-doença.¹⁸

No tocante às estratégias para as ações de educação em saúde, segundo as enfermeiras, constantemente são realizadas palestras sobre sexualidade, prevenção de ISTs/AIDS e do câncer do colo uterino no espaço físico da própria USF. E durante as consultas de enfermagem, as entrevistadas aproveitam o momento para elucidar dúvidas e orientar as usuárias.

Ideia Central: Oportunidade para realização da educação em saúde.

Geralmente eu faço palestras um dia na semana, no dia em que faço o preventivo [Citopatológico]. Então, eu aproveito o público que vai realizar o exame e abordo temas sobre DST/AIDS, câncer de colo do útero e o uso de preservativos masculinos e femininos. Também durante as consultas, um pré-natal, por exemplo, as usuárias fazem algumas perguntas e então converso e oriento de forma delicada abordando sobre a sexualidade e os cuidados. Porque na verdade o meu trabalho não é só direcionar a uma atividade específica, mas é de ver a paciente como um todo.
(DSC 1)

As atividades de educação em saúde devem abordar os riscos comportamentais passíveis de mudanças que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Embora o câncer cérvico-uterino não seja diretamente prevenível pelo uso de preservativos, já que o HPV é transmissível pelo contato íntimo com a pele do períneo, o controle as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) minimizaria o risco de desenvolvimento do câncer, pois se constituem como cofatores, que além de alterar a flora vaginal, provocam inflamação e/ou ulceração genital.^{4, 20}

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS) incorporou a vacina contra o HPV ao Sistema Único de Saúde (SUS). A vacina que está disponível na rede pública é a quadrivalente, usada na prevenção contra quatro tipos de HPV 6, 11 (não oncogênicos) e 16 e 18 (oncogênicos). Futuramente, a vacina pode tornar-se importante estratégia no controle do câncer do colo do útero, uma vez que tem eficácia comprovada para pessoas que ainda não iniciaram a vida sexual e que não tiveram nenhum contato com o vírus.²¹

Diante do enfrentamento das neoplasias e de outras doenças, a educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de

uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e usuário, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida.¹⁸

De acordo com o discurso, a palestra é uma das atividades referidas como a mais comumente utilizada pelas enfermeiras para a realização da ação educativa com as usuárias, o que representa uma ótima oportunidade de se construir um diálogo pedagógico mais aberto com as participantes. E no que se refere à abordagem individual, a consulta de enfermagem é utilizada como um espaço não apenas clínico e preestabelecido vinculado às normas e rotinas mas também é um espaço para o desenvolvimento da reflexão e empoderamento da mulher.²²

No entanto, a abordagem educativa direcionada ao público masculino parece ausente entre os relatos. Muitas vezes, a própria rotina dos programas realizados nas USFs não favorece a participação deste público. Na própria consulta de enfermagem - que se orienta, sobretudo, quanto à saúde da mulher e à saúde infantil - ao passo que são raros os programas ou atividades voltadas para a atenção aos homens, em particular os adultos jovens e em faixa etária reprodutiva, fato que coloca em risco a perspectiva da equidade do SUS.²³

Aliado a isso, as representações masculinas de saúde-adoecimento (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor) denotam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. A caracterização do gênero nos serviços indica que estes costumam priorizar o modelo curativista, procurando apenas as unidades de saúde por motivo de doença, e que sua percepção sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço “feminilizado”, justificando sua escassa presença na USF nos grupos educativos.²³

Convocando o público para realizar o citopatológico

As participantes deste estudo informaram que há um dia próprio para a realização do citopatológico do colo do útero e que o mesmo é feito por livre demanda das mulheres. Quanto ao recrutamento do público-alvo, este é efetuado de forma verbal durante o cotidiano assistencial realizado na unidade. E ainda, a amostra destaca a importância da participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na divulgação do exame.

São refletidos os papéis do enfermeiro e do ACS como autores de estratégias que visam efetuar de forma eficaz a detecção precoce do câncer cervical por meio da convocação para a realização do citopatológico.

Ideia Central: Divulgação verbal como estratégia de convencimento para a realização do exame citopatológico.

Eu tenho um dia específico só pra fazer o Papanicolaou, mas não tem agendamento, quem quiser vem naquele dia. E a convocação é feita diariamente à medida que a mulher entra aqui no

consultório, que vem com a criança para puericultura ou falar com o médico. E quando eu faço uma visita domiciliar também já ofereço o convite. Onde eu encontro, eu abordo e peço as ACSs também. Os agentes comunitários de saúde é quem orientam a população. Aqui é assim... uma fala pra outra e desse modo elas estão vindo fazer o exame. (DSC 2)

Na APS, o exame Papanicolaou é atribuído ao enfermeiro, que pela sua formação acadêmica está habilitado a realizá-lo durante a consulta de enfermagem, sendo respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86.²⁴ Neste sentido, compreende-se a relevância do profissional pelo fato de ao atuar no primeiro nível de atenção à saúde pode desenvolver um papel de protagonista na mobilização e adesão das usuárias à prevenção de câncer do colo do útero.²⁵

No Brasil, o rastreamento do câncer do colo do útero é, na sua grande maioria, oportunístico, ou seja, as mulheres são quem procuram espontaneamente o exame e, conseqüentemente, a cobertura se torna baixa. Entretanto, o desafio é efetivar o rastreamento populacional a fim de alcançar pelo menos 80%, condição favorável à redução da morbimortalidade, por exemplo, através da busca ativa das mulheres na faixa etária do programa (25 a 64 anos) e principalmente as que nunca realizaram exame citológico.^{26,4}

Estratégias como lembretes (cartas-convite ou telefonemas), mostram-se eficazes, seja aumentando a adesão ao exame, seja elevando o número de retornos de mulheres com exames alterados. No caso dos profissionais, geralmente são utilizados lembretes gráficos no prontuário das pacientes para que os mesmos façam o rastreamento e reforcem a importância da realização do exame naquele momento.²⁷

Os enfermeiros atuantes na APS são constantemente desafiados a buscar meios que promovam a melhoria da assistência de enfermagem, entre eles o do controle do câncer cervical. Esses métodos devem ser planejados em consonância com a caracterização do público feminino assistido, respeitando-se os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos. Além disso, em seu processo de trabalho, é imprescindível a participação de uma equipe que conheça a importância da realização do exame citopatológico e que esteja em contato permanente com as famílias.

Na ESF, o papel do ACS constitui uma importante tática de aprimoramento e de consolidação da estratégia. Pode-se admitir que o sucesso do rastreamento depende do vínculo entre os profissionais da saúde e a população, e o agente desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Informações sobre a finalidade do exame e a identificação das mulheres-alvo que estão em atraso com a realização do exame seria uma tarefa prioritariamente executada pelos agentes na relação direta com sua clientela adscrita. Ainda que não seja tarefa dos ACS a coleta de material para o exame citopatológico, deve ser considerada como uma de suas atividades informar as mulheres sobre as condições ideais para realização desse exame, facilitando assim o seu acesso.²⁶

O discurso revela também que a USF dispõe de um momento específico para a realização do exame. Entretanto, o fato de que dentro da organização de atendimento das

equipes de saúde da família de uma USF exista apenas a disponibilidade de um expediente semanal para a realização da coleta, cria-se uma barreira para as práticas de prevenção. Cresce cada vez mais a procura das mulheres por trabalho fora de casa, almejando o ser sujeito ativo e participante da sociedade e, principalmente, querendo liberdade para ser autora de sua vida.

Muitas possuem um dia a dia repleto de afazeres, que se somam às atividades de casa, ao papel de mãe e de trabalhadora. Assim, é necessário criar alternativas que garantam o exame a essas mulheres em um horário ampliado condizente ao contexto e as reivindicações das usuárias e assim promover a universalidade do acesso.

Recomendações acerca do rastreamento

As participantes deste estudo demonstram ter conhecimento sobre as diretrizes para o rastreamento do câncer do colo uterino, estabelecidos pelo MS. Porém, na prática, as entrevistadas tomaram decisões distintas com relação ao início e à periodicidade do rastreio das lesões precursoras do câncer.

No discurso, é mencionada uma precocidade da vida sexual entre meninas adscritas nas áreas de cobertura das USFs, além da preocupação com os altos índices de casos de neoplasia cervical na região.

Ideia Central: Receio sobre as recomendações do rastreamento de câncer do colo uterino.

A partir do momento que teve a primeira relação sexual, independentemente da idade, eu indico a todas que o exame tem que ser anual! Pelo Ministério da Saúde eu sei que é a cada três anos depois de dois exames negativos e se der tudo normal só de três em três anos, mas eu não deixo esse período não, eu tenho medo, eu prefiro pecar por excesso. Porque, às vezes elas nem lembram. E sabemos também que nossa região, é uma região com grande índice de câncer de colo uterino, e como a minha comunidade é muito precoce, então, eu recebo muitas meninas adolescentes de doze anos que já teve sua primeira relação sexual. Infelizmente é muito cedo, mas é a realidade. (DSC 3)

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. No Brasil, recomenda-se que o exame seja priorizado para mulheres de 25 a 64 anos, em um intervalo de tempo de três anos, logo após dois exames anuais negativos.¹⁹

Essas diretrizes se baseiam no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto-grau - HSIL ou NIC-2 e 3; e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas a tempo, impedindo a progressão para o câncer. Já a lesão intraepitelial escamosa de baixo-grau (LSIL ou NIC-1),

por ter maior probabilidade de regressão ou persistência do que de progressão, não é considerada uma lesão precursora da neoplasia cervical.^{7,19}

É fato que a prática do rastreamento no Brasil - realizada por médicos, ginecologistas e enfermeiros - não segue as normas do MS, visto que a periodicidade mais adotada é anual e têm sido rastreadas mulheres jovens abaixo do limite inferior do grupo etário definido como risco.²⁶

Diante do discurso construído, antecipar o início do exame se justifica com base na realidade vivenciada pelas participantes em seu trabalho, em que a iniciação sexual ocorre cada vez mais precoce e supostamente de forma desprotegida, o que deixa as jovens vulneráveis ao HPV e outras ISTs, favorecendo o aparecimento da neoplasia cervical precocemente.

Entretanto, o rastreio em mulheres com menos de 25 anos não é aconselhado devido à baixa incidência de câncer em mulheres jovens e ao fato dessa faixa etária não interferir nos indicadores de incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero. De fato, a prevalência das lesões de baixo grau é alta nas mulheres jovens. Todavia, há indícios de que mais de 90% das infecções por HPV na adolescência têm resolução espontânea e algumas causarão LSIL ou HSIL, mas raramente progredirão para o câncer cervical. Assim, mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre as práticas de sexo seguro, sem, necessariamente, serem incluídas nos programas de rastreamento.^{19, 28}

Sobre a periodicidade das coletas, para as entrevistadas, as mesmas devem ser realizadas anualmente justificando o “medo” de uma rápida progressão das lesões intraepiteliais neste período, o que favoreceria um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, um prognóstico ruim. No entanto, o risco de desenvolver uma HSIL no período de um ano é baixo, já que a cada três anos o risco é de 5%, aumentando para 20% em dez anos. E para isso, a mulher teria que desenvolver uma infecção persistente por HPV do tipo 16, e quando a infecção se dá por outro tipo de HPV oncogênico, esse risco reduz pela metade.¹⁹

Não obstante, o “medo” ainda se ancora nas estatísticas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino.

Uma série histórica divulgada pelo MS que contempla dados que vão de 2000-2010 revela que no Brasil as duas principais causas de óbitos na população feminina foram por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Em Pernambuco, a neoplasia em estudo é o segundo câncer que mais acomete a população feminina. Em 2011, a taxa bruta de óbitos foi de cerca 5,6/100 mil mulheres no estado. Superando a ocorrência brasileira (4,5/100 mil) e mundial (5,1/100 mil) referentes ao mesmo período.^{29,30}

A mortalidade por câncer de colo de útero apresenta-se, portanto, como um importante indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. Assim, as altas taxas de mortalidade da doença permitem avaliar, entre outros fatores, possíveis falhas nos serviços de saúde ao realizar o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, seu tratamento e acompanhamento adequados.³¹

Limitações ao rastreamento e adesão ao exame preventivo

Embora o exame citopatológico seja um procedimento seguro, sua realização apresenta certa resistência por parte de algumas mulheres que não o fazem por diversas razões. De acordo com as enfermeiras, os motivos se resumem à falta de esclarecimento e aos sentimentos de vergonha, medo e dor.

Considerando que a aceitação e a procura para realizar o citopatológico se devem, especialmente, à compreensão por parte da mulher da importância deste ato para a manutenção da sua saúde, torna-se importante apreender a influência do comportamento social diante da prevenção do câncer cervical uterino.³²

Ideia Central: Desconhecimento e mitos como fatores limitantes para o rastreamento.

Há uma resistência pela falta de esclarecimento, pois não sabem a importância do exame, não sabe como é feito e porque elas têm a cultura de que pode doer. Às vezes uma informação não muito correta de uma vizinha que fala que foi constrangedor, que “bota o útero pra fora”. Falta de informação mesmo de alguns grupos. As gestantes, por exemplo, têm medo porque a coleta citológica pode não ser segura para seu bebê. E as mulheres que não tem mais seus esposos, nem relação sexual deixam de fazer por causa disso. E também a questão realmente da vergonha, que muitas mulheres tem. Ai eu tenho que mostrar que o exame é prático, simples, não machuca e não dói. (DSC 4)

Mulheres grávidas e na fase pós-menopausa devem ser submetidas ao rastreamento de acordo com as orientações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. O exame ginecológico faz parte da rotina de pré-natal preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo MS do Brasil. Este inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Durante o exame especular, além da inspeção que é feita a fim de detectar lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical, deve-se proceder à coleta de material do colo do útero apenas na ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes.³³⁻⁴

Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes, visto que a atenção pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde.³⁸

Este fato evidencia a necessidade de intensificar o processo educativo nesses grupos na tentativa de reduzir as falhas na cobertura do exame citológico e aumentar a adesão ao mesmo, resultando em melhorias da qualidade de vida da mulher.

Como relatado no discurso, o exame preventivo é citado pelas mulheres como um procedimento temido e vergonhoso. Para algumas, a posição ginecológica proporciona uma sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo. Além disso, a forma como as enfermeiras discursam sobre algumas mulheres que se manifestam ao terem que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas produzindo um sentimento de vergonha.³⁵

Visto que, ao sentir vergonha, a mulher pode deixar de realizar o exame e, neste sentido, é preciso que os profissionais de saúde procurem maneiras para tentar minimizar esse sentimento. Por isso, deve-se procurar demonstrar empatia e fazer com que a mulher se sinta o mais à vontade possível. Então, o atendimento dessas pessoas requer maior sensibilidade e compreensão. Portanto, muitas vezes, por vergonha, preconceito e medo de realizarem os exames ginecológicos de rotina, as mulheres colocam desnecessariamente sua saúde em risco.³⁵

Redes de atenção à saúde: encaminhamento e acompanhamento das usuárias

Por fim, a amostra mencionou que há uma garantia da continuidade do tratamento para pacientes que apresentam citologias alteradas através de um sistema de referência e contrarreferência das USFs para os serviços especializados que o município dispõe. Uma vez diagnosticados os casos avançados, estas seriam encaminhadas ao hospital de referência no tratamento do câncer.

Os discursos se referem à ideia de integralidade e enfatizam a resolutividade nos cuidados sobre a saúde entre os vários níveis de atenção e, em especial, nos cuidados com o câncer cervical.

Ideia Central: Conhecimento da rede de atenção especializada.

Se eu achar alguma coisa que mereça ser investigada, como um NIC 2 ou 3, eu solicito a colposcopia e dependendo do resultado, direciono e encaminho para o especialista ginecologista do município e ele daria andamento para o local de referência que fosse necessário para que essa paciente seja reavaliada e tratada de acordo com a necessidade que ela tenha. Mas com certeza essa paciente não ia ficar perdida não “visse”. Se ela precisar de hospitais de base no tratamento do câncer, então geralmente será referenciada para Recife [capital]. Nesse caso, como o município não dispõe desse serviço, então ele oferece o transporte para levar e buscar essa paciente. (DSC 5)

Ideia Central: Acompanhamento das usuárias.

Quando a paciente faz tratamento em outro lugar, eu pergunto qual o hospital, qual a conduta do médico, se vai fazer cirurgia, se não vai?! E deixo anotado no prontuário dela e peço pra ela sempre me procurar. Às vezes o próprio agente [ACS] me dá informação. Assim sabemos se ela está dando continuidade ao tratamento ou não. (DSC 6)

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde humanizados que permitem ofertar uma atenção contínua e integral no tempo e lugar certos, com qualidade e com responsabilidades sanitárias e econômicas para determinada população.³⁶

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é constituído pela Atenção Primária à Saúde (APS), que deve cumprir três funções primordiais: a função resolutiva, de dar respostas efetivas a, pelo menos, 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função de coordenação, de ordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários por todos os níveis da atenção à saúde; e a função de responsabilização, de responsabilizar-se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja.³⁶

É sabido que para o controle do câncer cervical é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção no seu cuidado facilitando não só o acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde e a capacidade do SUS para absorver a demanda que chega às unidades como também é indispensável que gestores municipais e estaduais estabeleçam um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.³⁷

Coerentemente com isso, os discursos revelam o estabelecimento de ações, orientadas pelas enfermeiras, que permitem o seguimento das mulheres que apresentam lesões precursoras do câncer ou daquelas que já possuem o cancro cervical para diferentes níveis de atenção à saúde. Ressaltando a importância de acompanhá-las mesmo quando já estão sendo assistidas em outros serviços de cuidados.

De posse do resultado, o profissional da APS orienta, coordena e dá seguimento à conduta de acordo com o resultado. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de andamento qualificado, com os dados relevantes sobre a usuária, o quadro clínico e resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher verificando a adesão ao tratamento.¹⁹

Como a equipe da APS coordena o cuidado, ela deve assistir as usuárias durante todo o tratamento avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo. Deste modo, esta equipe tem papel relevante na assistência tanto de indivíduos sob tratamento (controle das reações adversas do tratamento) quanto de indivíduos em estágio terminal da doença (suporte multidimensional) e mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo seguimento dos usuários, prevenindo assim recidivas.^{19,4}

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o enfermeiro que está inserido na atenção primária tem o papel de gerente e provedor da assistência à saúde e como função primordial o rastreamento desta neoplasia por intermédio das consultas individuais e coleta do exame citopatológico.

Os achados da pesquisa refletem o diagnóstico situacional da região e impulsionam reflexões sobre a assistência prestada pelo enfermeiro da ESF, que junto com as políticas e

programas de controle do câncer do colo uterino, possibilita o direito à mulher aos serviços de saúde na atenção primária.

A responsabilidade do enfermeiro é de contribuir com a compreensão da realidade em todas as suas dimensões, dispendo a romper com as ações do modelo “queixas-condutas” para que a realidade seja compreendida em sua integralidade.

Entre as suas ações, o processo de educação em saúde serve para subsidiar a adesão satisfatória das usuárias aos serviços, facilitando o entendimento e sensibilizando-as à realização do exame preventivo, bem como para mudanças de comportamento que viabilizem uma vida saudável e de boa qualidade.

Desse modo, recomenda-se que gestores locais invistam em educação permanente com profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, com o propósito de preencher lacunas do perfil em saúde pública no âmbito da qualidade da assistência, promoção da saúde e prevenção da doença, singularmente, no pertencente à saúde da mulher, foco deste trabalho. Além de um rastreamento populacional efetivo pelos enfermeiros, detentores de uma assistência longitudinal e por serem os profissionais que estão em mais contato com as usuárias, visto que são gerentes e cuidadores.

Assim sendo, espera-se que este estudo contribua para uma satisfatória adesão ao exame preventivo nas unidades de saúde, incluindo a desmistificação do exame e do uso de preservativos, o que resultaria em um rastreamento eficaz e a inserção no cotidiano da educação em saúde a fim de um combate ao câncer de colo do útero, bem como no nível de assistência oferecido pelo enfermeiro nestas unidades.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). O que é o câncer? [Internet]. Brasília; 2013 [acesso em 2013 jul 04]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impresao.asp?op=cv&id=322>
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [acesso em 2014 abr 19]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>
3. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Introdução à Epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2006.
4. Parada R; Assis M, Silva RC, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. Política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev. APS. 2008 abr-jun;11(2):199-206.
5. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Programa nacional de controle do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2013. [acesso em 2013 jul 04]. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio

6. Ferraz LC, Santos ABR, Discacciati MG. Ciclo celular, HPV e evolução da neoplasia intraepitelial cervical: seleção de marcadores biológicos. *J Health Sci Inst.* 2012;30(2):107-11.
7. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Silva FR, Silva BR, et al. Human papillomavirus and cervical neoplasia. *Cad. saúde pública.* 2009 May;25(5):953-64.
8. Mendonça VG, Guimarães MJB, Lima Filho JL, Mendonça CG, Martins DBG, Crovella S, et al. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. *Rev bras ginecol obstet.* 2010;32(10):476-85.
9. Rafael RMR. Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino: uma análise mediada pelo Modelo de Crenças em Saúde e sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estácio de Sá; 2009.
10. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev bras cancerol.* 2012;58(3):389-98.
11. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev latinoam enferm.* 2000;8(6):96-101.
12. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Brasil. Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(3):575-86.
13. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3^o ed. Porto Alegre (RS): Artimed; 2006.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil Municipal - Carpina [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2012 [acesso em 2013 jul 16].; Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=260400&search=pernambuco|carpina|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>
15. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União;* 2013 jun 13.
16. Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In *Anais do 8^o Congresso Nacional de Educação;* 2008; Curitiba (PR), Brasil. Curitiba (PR): PUC; 2008. p. 2215-17.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2^a ed. Caxias do Sul: Educus, 2005.
18. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Enferm UERJ.* 2010; 18(1):55-60.
19. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília; 2013.
20. Cardoso SCR. Flora vaginal e neoplasia intra-epitelial do colo do útero [Dissertação]. Covilhã, Portugal: Universidade da Beira Interior; 2011.
21. Portal da Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2013 [acesso em 2013 nov 20]. Prevenção do câncer: MS incorpora vacina contra HPV ao SUS; [aproximadamente 1p.]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11613/162/ministerio-da-saude-incorpora-vacina-contra-hpv-ao-sus.html>

22. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):288-95.
23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface comun saúde educ*. 2010 Apr-June;14(33):257-70.
24. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 26 jun. 1986.
25. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge RJB, Silva RM, Linard AG, Vieira NFC. Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária. *Rev RENE*. 2011 abr-jun;12(2):261-70.
26. Ferreira TXAM, Tavares SBN, Rezende IR, Manrique EJC, Guimarães JV, Zeferino LC, et al. Capacitação do agente comunitário de saúde visando reorganização do rastreamento do câncer do colo do útero. *Rev APS*. 2013 jan-mar;16(1):75-82.
27. Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FET, Pinheiro AKB. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. *Rev. latinoam. enferm.* [periódico na Internet]. 2011 mar-abr [acesso em 2013 out 30];19(2):[08 telas]. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_28.pdf
28. Campos LRF, Marotta HMOM, Marski HS, Anjos ICD, Andrade LZ, Monteiro DLM. Conduta conservadora em adolescentes com lesão intraepitelial cervical de alto grau. *Rev FEMINA*. Dez 2010, vol 38 | nº 12.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. 1ª ed. Brasília (DF); 2012.
30. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Atlas da Mortalidade* [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [acesso em 2013 jul 20]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>
31. Mendonça VG, Lorenzato, FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev bras ginecol obstet*. 2008;30(5):248-55.
32. Nascimento LC, Nery IS, Silva AO. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. *Rev enferm UERJ*. 2012 out-dez;20(4):476-80.
33. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(5):2501-10.
34. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco*. 1ª ed. Brasília; 2012.
35. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 abr-jun;13(2):378-84.
36. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
37. Panobianco MS, Pimentel AV, Almeida AM, Oliveira ISB. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. *Rev bras cancerol*. 2012;58(3):517-23.

Recebido em: 24/05/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/10/2014
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Kelly Diogo de lima
Av. Gomes Taborda, 340, Cordeiro, Recife-PE.
E-mail: k.diogolima@gmail.com