

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA VIRGÍNIA EVANGELISTA DE MENDONÇA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO DE MULHERES QUANTO
À IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA VIRGÍNIA EVANGELISTA DE MENDONÇA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO DE MULHERES QUANTO
À IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Aridiane Alves Ribeiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO/REPROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO DE MULHERES QUANTO À IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU** de autoria da aluna **ANA VIRGÍNIA EVANGELISTA DE MENDONÇA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ms. Aridiane Alves Ribeiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	13
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE.....	21

RESUMO

O câncer de colo uterino tem sido considerado um sério problema de saúde pública, decorrente da sua alta incidência, do seu progresso na taxa de morbimortalidade. Estudos revelam que as campanhas de prevenção dessa patologia não têm sido bem sucedidas, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira. Cabendo ao enfermeiro atuante em programas de prevenção, trabalhar as ações que contribuam para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa doença. Este estudo apresenta uma tecnologia de concepção, que compreende a elaboração de um plano de intervenção para sensibilizar mulheres quanto à importância da realização do Papanicolau, após identificação dos motivos pelos quais estas evitam fazê-lo e qual o entendimento que as mesmas têm sobre o câncer de colo do útero. O planejamento do plano considerará o contexto de atuação do Centro de Saúde Escola Meireles, no município de Fortaleza-Ceará e será desenvolvido em duas etapas. A primeira compreende a escuta ativa de mulheres quanto ao entendimento a cerca do câncer de colo do útero. As impressões colhidas a partir da escuta orientarão a elaboração da segunda etapa, que diz respeito à sensibilização destas para a importância da realização do exame Papanicolau através da utilização do material educativo que será construído para ser utilizado na sala de espera da Unidade de Saúde. Espera-se que o material produzido a partir das colocações das mulheres entrevistadas possa esclarecer quanto aos fatores de risco relacionados à doença, sua alta taxa de morbidade e mortalidade, quanto à importância da realização do exame Papanicolau e sua detecção precoce.

Palavras chaves: Educação em Saúde, Papanicolau, Câncer de Colo de Útero

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino tem sido considerado um sério problema de saúde pública, decorrente da sua alta incidência, do seu progresso na taxa de morbidade e mortalidade. Com uma incidência em todo o mundo de aproximadamente meio milhão de casos por ano, principalmente em países em subdesenvolvimento, como o Brasil, este câncer permanece como um dos mais terríveis e danosos cânceres da mulher (FREITAS, et al., 2006).

De acordo com Otto (2002), o câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais invadindo órgãos e tecidos.

O câncer de colo do útero desenvolve-se a partir de lesões potencialmente precursoras da doença conhecida como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC). São classificadas operacionalmente como NIC I (Displasia leve), NIC II (Displasia Moderada) e NIC III (Displasia Grave e carcinoma in situ). Pesquisas indicam que quase todo câncer invasor progride de uma neoplasia intraepitelial cervical. Em média, um terço delas regride, um terço permanecem estacionários e apenas um terço evolui para câncer in situ, ou seja, invasor do colo uterino (KURMAN, 1997; BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que toda mulher com vida sexual ativa deve submeter-se a exame preventivo periódico, dos 20 aos 60 anos de idade. O exame preventivo do câncer do colo uterino, conhecido popularmente como exame de Papanicolau, pode ser realizado por qualquer profissional da saúde treinado adequadamente, em qualquer local, sem a necessidade de uma infraestrutura sofisticada. Deve ser obrigatória como um dos exames de rotina da assistência pré-natal (BRASIL, 2000, 2001).

Com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade por essa neoplasia, desde 1988 o Ministério da Saúde do Brasil adota como norma a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame citológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres de 25-59 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual.

Dentro de uma perspectiva epidemiológica, a literatura mostra que existe íntima relação entre o câncer de colo de útero, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. Nestes termos, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

assinala os fatores sociais, ambientais e hábitos de vida como os de maior incidência para essa patologia, destacando-se as baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, precárias condições de higiene e uso prolongado de contraceptivos orais.

Outro fator de risco de grande significância é a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente na exposição ao vírus papiloma humano (HPV), cujos estudos vêm demonstrando papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerígenas. Estando o HPV presente em 99% dos casos de câncer de colo de útero, a idade é tida como fator de risco, sendo a faixa etária de maior incidência a de 35-49 anos de idade, com destaque para aquelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau (INCA, 1996).

Estudos realizados por especialistas revelam que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce dessa patologia não têm sido bem sucedidas, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira. Diversas causas podem ser pontuadas para explicar esse fenômeno, como por exemplo: a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolau, a demanda reprimida, a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, como também, pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e ideias preconceituosas sobre a mulher.

Somando-se a tudo isto, existe a realidade das infraestruturas das instituições, em particular as públicas, associada 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 (OLIVEIRA; LOPES, 2003).

Durante minha atuação na assistência, quando trabalhava como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde da Família, realizava o exame Papanicolau e percebia durante a consulta e anamnese da maioria das pacientes um receio em estar fazendo o exame. A grande maioria delas relatava ter medo de fazê-lo, pois temiam ter uma “doença ruim” - as mesmas se recusavam a pronunciar o nome “câncer”- e sempre adiavam o exame para não detectarem esse diagnóstico.

Diante da realidade, cabe, portanto, ao enfermeiro atuante em programas de prevenção e controle do câncer de colo de útero, trabalhar as ações que contribuam para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Diante disto, esse profissional deve estar alerta para a captação de mulheres integrantes do grupo de risco e daquelas na faixa etária de maior incidência preconizada pelo MS.

Nesse sentido, é importante a implementar um plano de intervenção, cujo foco é realidade assistencial local. Tendo em vista a situação de destaque que o câncer de colo de útero ainda ocupa no país e no de Fortaleza-Ceará, cuja incidência tem demonstrado aumento significativo em todas as camadas sociais e regiões geoeconômicas, este estudo tem como objetivo geral apresentar um projeto de intervenção para sensibilização de mulheres atendidas no Posto de Saúde Escola Meireles, no município de Fortaleza-Ceará quanto à importância da realização do Papanicolau.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Fernandes et al. (2001) as primeiras iniciativas para implantar a prevenção do câncer do colo uterino ocorreram no final da década de 60, com progressos limitados ao longo da década de 70.

Em meados da década de 80, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando aumentar a cobertura e a resolutividade dos serviços de saúde na execução das ações preventivas do câncer de colo uterino.

Em seguida começou a municipalização da saúde e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1997, foi instituído pelo INCA o projeto “Viva Mulher”, que tratava de um projeto piloto cujo objetivo era avaliar a baixa eficácia dos programas de prevenção existentes (FERNANDES et al., 2002).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e do de mama. Por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.

Para impedir o avanço da doença no Brasil, o Programa Viva Mulher desenvolve ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (através de exame Papanicolau e exames de confirmação diagnóstica) e tratamento necessário de acordo com cada caso.

A introdução do Viva Mulher foi um avanço para o controle do câncer ginecológico, já que durante muitos anos a realização do exame citopatológico, no Brasil, ocorreu fora do contexto de um programa organizado, não havendo qualquer mecanismo que estimulasse a procura e garantisse o acesso das mulheres aos serviços de saúde, especialmente aquelas que se encontravam sob maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero (BRASIL, 2000).

De acordo com Pinelli (2002) a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as probabilidades de cura sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer como para os demais.

A prevenção primária pode ser realizada através do 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), que tem papel importante no desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras.

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 a cura pode chegar a 100% e, em grande número de vezes, a resolução ocorrerá ainda em nível ambulatorial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

Segundo o Programa Viva Mulher, a principal estratégia utilizada para a detecção precoce dessa doença no Brasil é o rastreamento, que significa realizar o exame preventivo (Papanicolau) em mulheres sem sintomas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser mais eficaz. O exame preventivo é dirigido a mulheres de 25 a 59 anos, que devem submeter-se ao exame periodicamente. A periodicidade preconizada para a realização desse exame é, inicialmente, um exame por ano. No caso de dois resultados normais seguidos (com intervalo de um ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada três anos. Em caso de exames com resultados alterados, a mulher deve seguir as orientações do médico que a acompanha.

A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (OMS, 2008).

O exame Papanicolau pode ser realizado em postos ou unidades de saúde, próximos à residência da mulher, que tenham profissionais de saúde treinados para essa finalidade. É fundamental que os serviços de saúde orientem o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (OMS, 2008)

O câncer de colo uterino ainda é um problema de saúde pública nos 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 seu papel no mercado de trabalho, privando-as do convívio familiar e acarretando um prejuízo social considerável (BRENNAN, et al., 2001).

O câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva, iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasias (leve, moderada, acentuada). Atualmente, essas lesões são classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais tipo I, II, III (NIC I, II, III) sendo que a NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma in situ (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 1998).

Possuindo etapas bem definidas e de lenta evolução, o câncer de colo de útero pode ser interrompido a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos (DAVIM, et al., 2006). Durante os últimos 20 anos, esse tipo de neoplasia invasiva diminuiu de 14,2 casos por 100.000 mulheres para 7,8 casos por 100.000 mulheres. Essa redução nos casos se deu devido à detecção precoce da doença por meio de exames preventivos (SMELTZER e BARE, 2002).

O diagnóstico é, predominantemente, clínico. A coleta periódica do exame citopatológico do colo do útero (também chamado de exame pré-câncer ou Papanicolau) possibilita o diagnóstico precoce, tanto das formas pré-invasoras (NIC), como do câncer propriamente dito. No exame ginecológico rotineiro, além da coleta do citopatológico, é realizado o Teste de Schiller (coloca-se no colo do útero uma solução iodada) para detectar

áreas não coradas, suspeitas. A colposcopia (exame em que se visualiza o colo do útero com lente de aumento de 10 vezes ou mais) auxilia na avaliação de lesões suspeitas ao exame rotineiro, e permite a realização de biópsia dirigida (coleta de pequena porção de colo do útero), fundamental para o diagnóstico de câncer (BRASIL, 2002).

Mesmo assim, os índices são alarmantes. A cada ano, são diagnosticados 500.000 casos desse câncer, que, mundialmente, consiste na segunda principal causa de morte por câncer em mulheres (HUH; BRISTOW; TRIMBLE; 2006).

O Ministério da Saúde orienta quanto à importância de mudar a estratégia no combate ao câncer, combinando ações preventivas, de promoção e proteção à saúde, utilizando medidas diagnósticas e terapêuticas especialmente as de diagnóstico precoce. Os três níveis de atenção devem ser observados, desde o primário ao terciário, com suas estruturas de saúde próprias, uma vez que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer envolvem todo o complexo do setor saúde, seja público ou privado (BRASIL, 2002).

O sistema de atendimento necessário para a execução da ação se estrutura na forma de uma rede que opera em níveis de atendimento que possibilitam a integração e racionalização dos serviços, conferindo-lhe maior presteza e eficiência. Os níveis, de acordo com O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, são estruturados da seguinte forma: no nível Primário deve ser realizado o exame clínico ginecológico e a coleta de material para o exame citopatológico. Nesta ocasião, serão prestadas informações sobre promoção de saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, na perspectiva multidisciplinar. No nível secundário é possível realizar o diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão detectada por meio da colposcopia e da Cirurgia de Alta Frequência (CAF), quando indicada. No nível terciário/quaternário é realizado o tratamento de lesões cirúrgicas que não podem ser tratadas no nível secundário (BRASIL, 2001).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a realização do exame citopatológico de Papanicolau é reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (HUH; BRISTOW; TRIMBLE; 2006).

De acordo com os dados da PESMIC 3 (3ª. Pesquisa de Saúde Materno Infantil do Ceará – 1994), o câncer de mama e de colo uterino são as neoplasias mais comuns em mulheres, dependendo do diagnóstico precoce para seu controle. Entre mulheres de 35 a 49 anos, do interior, 45% nunca fizeram um exame Papanicolau na vida, comparada com uma taxa de 13% em Fortaleza (SESA, 1998).

O câncer de colo é o mais frequente da área genital em países em desenvolvimento, sendo que em algumas nações ultrapassa todos os tumores que ocorrem na mulher. Já em países desenvolvidos, o câncer de corpo uterino é um dos mais frequentes, apenas superado pelos de mama e de cólon (DUNCAN, et al., 2006).

Estudos epidemiológicos e experimentais têm demonstrado a associação entre o papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo uterino. O HPV está implicado em 99,7% dos casos de carcinoma cervical no mundo todo (BURD, 2003).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2010) no Brasil, as estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

Ainda de acordo com o INCA, em 2010, são esperados 253.030 casos novos de câncer para o sexo feminino. Estima-se somente para o câncer de colo do útero 18 mil. O número de casos novos de câncer de colo do útero é de 860 casos novos no Estado do Ceará e de 260 na capital.

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre Estados e capitais do país; o que fica em evidência ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (INCA, 2010).

Os dados epidemiológicos referentes à incidência, prevalência, sobrevida e mortalidade por câncer podem não estar corretos no Brasil. Primeiro, devido à subnotificação; segundo, porque na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) existe um código para câncer de corpo (C54), outro para câncer de colo (C53) e um terceiro para câncer de útero (C55), gerando confusão (DUNCAN, et al., 2006).

O carcinoma do colo é o câncer predominantemente de células escamosas (10% são adenocarcinomas). Ele é menos comum que outrora por causa da detecção precoce das alterações celulares por esfregaços de Papanicolau. O câncer cervical ocorre mais amiúde nas mulheres com 30 a 45 anos de idade, porém pode ocorrer tão precocemente quanto aos 18 anos de idade. Os fatores de risco incluem os múltiplos parceiros sexuais, a idade precoce no primeiro coito, o intervalo curto entre a menarca e o primeiro coito, o contato sexual com homens cujas parceiras tiveram câncer de colo, exposição ao vírus HPV e tabagismo (SMELTZER; BARE, 2005).

Também foi constatado que o número de parceiros sexuais, alta paridade, a idade precoce da primeira relação sexual, o uso e o tempo de duração de contraceptivos orais estavam fortemente associados ao maior risco para câncer de colo do útero de acordo com Pinotti, Fonseca e Bagnoli (2005), que ainda afirmam que o tabagismo, entre outros males, aumenta de duas a sete vezes, o risco para câncer de colo do útero. Esse hábito danoso vem crescendo na população feminina, principalmente nas de menor grau de instrução, mais indefesas aos argumentos da propaganda do tabaco.

Além dos fatores citados anteriormente, segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (1998), o câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado também com: história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por Papilomavírus humano (HPV 16, 18, 31, 35, etc.) e Herpes vírus tipo 2; baixo nível sócio-econômico, e carências nutricionais, como hipovitaminose A (SESA-CE, 1998).

Deficiências vitamínicas têm sido relacionadas com maior incidência de câncer. No colo do útero, a vitamina A parece ser um importante fator na manutenção da integridade do

epitélio escamoso. A carência desta vitamina está associada à maior incidência de neoplasia do colo, e os níveis séricos de vitamina A e C tendem a ser progressivamente mais baixos à medida que a doença se torna mais avançada (PINOTTI; FONSECA; BAGNOLI, 2005).

Pinotti, Fonseca e Bagnoli (2005) ainda afirmam que todos esses fatores são mais prevalentes nas mulheres de nível socioeconômico mais baixo, o que, somando às dificuldades de acesso aos meios de diagnósticos e tratamento precoce, confere a esta população uma alta incidência de câncer de colo do útero. Existem também evidências de maior incidência de câncer de colo do útero em usuárias de contraceptivos orais, porém isto pode dever-se não só aos efeitos da pílula, mas provavelmente também ao comportamento sexual deste grupo de mulheres.

Mais de 200 tipos de HPV foram identificados através da análise da sequência de DNA, e 85 genótipos do HPV foram bem caracterizados até agora. Estes diferentes tipos virais variam no seu tropismo tecidual, associações com diferentes lesões e potencial oncogênico (JUNG, et al., 2004). Cerca de 35 tipos diferentes de HPV infectam o trato genital, e pelo menos 20 destes estão associados ao câncer de colo do útero (HO, et al., 2005). Os HPVs genitais podem infectar o epitélio escamoso e as membranas mucosas da cérvix, da vagina, da vulva, do pênis e da região perianal, podendo induzir ao aparecimento de verrugas anogenitais (condiloma acuminado), lesões intra-epiteliais escamosas pré-cancerosas ou cânceres (BURD, 2003).

Estudos epidemiológicos indicam atualmente a infecção persistente pelo HPV como o precursor biológico mais importante na carcinogênese cervical. O DNA do HPV é encontrado em 50% a 80% das lesões epiteliais cervicais de alto grau e em mais de 90% das amostras de tecidos de pacientes com carcinoma de células escamosas do colo do útero, sendo o HPV 16, o tipo mais encontrado (50% dos casos) seguido do HPV 18 (PINOTTI; FONSECA; BAGNOLI, 2005).

A produção viral ocorre nas lesões de baixo grau, estando restrita às células basais. Nos carcinomas, o DNA viral está integrado ao genoma da célula hospedeira, e nenhuma produção viral é observada (SCHOELL; JANICEK; MIRHASHEMI, 1999). As lesões decorrentes da infecção pelo HPV geralmente provocam alterações morfológicas

características, detectáveis pela citologia dos raspados cérvico-vaginais. O exame citopatológico de Papanicolau tem sido recomendado como método de rastreamento de grandes populações, a fim de detectar lesões pré-malignas e malignas (JANICEK; AVERETTE, 2001).

De acordo com Ramos (2006) uma das características desse vírus é que ele pode ficar instalado no corpo por muito tempo sem manifestar, entrando em ação, em determinadas situações como na gravidez ou em uma fase de estresse, quando a defesa do organismo fica abalada.

Embora o exame citopatológico seja reconhecido como a razão primária para a drástica redução do câncer cervical, ele apresenta limitações com relação à sensibilidade para a detecção das lesões pré-malignas (HWANG, 2003). Além disso, a grande maioria das infecções por HPV genital é assintomática e autolimitada. Somente 10 a 20% das mulheres HPV-positivas apresentam anormalidades citológicas (GROSS; BARRASSO, 1999). Atualmente, existe grande preocupação com a melhoria do diagnóstico das infecções por HPV, visto que, em países em desenvolvimento, a triagem citológica vem falhando em promover a redução na incidência de câncer cervical (VINCE, 2001).

A evolução para a forma invasiva é relativamente lenta, sendo, na maioria dos casos, precedida de uma fase intra-epitelial. Isso acontece a partir do momento em que células neoplásicas ultrapassam a membrana basal, atingindo o estroma. Está caracterizada a forma invasora, ou seja, o câncer de colo do útero. A passagem da doença intra-epitelial para a forma invasora ocorre em um período médio de 14 anos (PINOTTI; FONSECA; BAGNOLI, 2005).

Com relação ao crescimento, Pinotti, Fonseca e Bagnoli (2005) afirmam que o câncer de colo do útero desenvolve-se por contiguidade, atingindo estruturas próximas como vagina, corpo uterino, paramétrios, ligamentos uterossacros, bexiga, uretra e parede anterior do reto.

A prevenção da malignidade, ou sua detecção precoce é o principal meio de prevenção do câncer de colo uterino. O principal objetivo das ações do controle do câncer

cérvico-uterino é: prevenir o carcinoma invasivo, através de detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras (SESA-CE, 1998).

Diante desse cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 METODOLOGIA

O presente estudo apresenta uma tecnologia de concepção (REIBNITZ et al, 2013), que compreende a elaboração de um plano de intervenção para sensibilização de mulheres quanto à importância da realização do Papanicolau, após identificação dos motivos pelos quais estas evitam fazê-lo e qual o entendimento que as mesmas têm sobre o câncer de colo do útero. Para tanto realizou-se revisão bibliográfica, que incluiu o levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema, com o objetivo de servir como embasamento teórico e produção do plano de ação.

O planejamento do plano de intervenção considerou o contexto de atuação do Centro de Saúde Escola Meireles, no município de Fortaleza-Ceará. O Centro de Saúde Escola Meireles, é uma unidade ambulatorial da Secretária da Saúde do Estado do Ceará. Tem funcionamento de segunda a sexta, com atendimentos médicos, consultas de enfermagem, assistência social, odontologia, psicologia, ginecologia, exames laboratoriais e diversos procedimentos ambulatoriais.

Ao longo de sua trajetória é uma instituição de saúde de referência no Estado, promovendo ações de formação de recursos humanos das diversas instituições de ensino superior e técnico através da disponibilização dos seus campos de estágio para os alunos realizarem as atividades práticas dos estágios curriculares obrigatórios.

Com uma ampla estrutura a instituição de saúde funciona com os seguintes setores: recepção, lanchonete, ambulatório, sala de vacina, teste rápido, sala para consulta, prevenção das DSTs, sala de procedimentos com aerossol e medicações, sala de consulta pré-natal e ginecológica, sala para realização de USG, sala de ECG, sala de laboratórios de análises clínicas e consultas de enfermagem dos hipertensos e diabéticos.

A proposta será desenvolvida na instituição de saúde citada que atende toda a população do Estado que busca consultas de forma espontânea ou que seja referenciado das Unidades Básicas de Saúde do Município e de todo o Estado. Não há equipes da Estratégia da Saúde da Família e nem PACS para acompanhamento das famílias da área de abrangência, ou seja, não é uma demanda programada.

O plano de intervenção será desenvolvido em duas etapas. A primeira compreende a escuta ativa de mulheres sobre o câncer de colo do útero. As impressões colhidas a partir da

escuta orientarão a elaboração da segunda etapa, que diz respeito à sensibilização para realização do exame Papanicolau.

Para desenvolvimento da intervenção serão observados os preceitos e condutas éticas. O presente estudo não oferecerá nenhum tipo de despesa aos usuários do serviço de saúde e nem aos profissionais da atenção básica. Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para a sensibilização de mulheres atendidas no Centro de Saúde Escola Meireles, no município de Fortaleza-Ceará quanto à importância da realização do Papanicolau, primeiramente haverá a identificação dos motivos pelos quais estas evitam fazê-lo e qual o entendimento que as mesmas têm sobre o câncer de colo do útero.

Este plano de intervenção pretende ter uma abordagem em que a mulher é entendida como um ser fragmentado. Considerar-se-á o ambiente em que ela vive e o contexto social no qual está inserida, pois ainda são muitos os tabus, preconceitos e distorções transmitidas que funcionam como barreiras na atenção precoce dessa patologia.

Desse modo, o plano de cuidado será desenvolvido em duas etapas:

1ª ETAPA

O objetivo dessa fase é identificar dos motivos pelos quais as mulheres evitam realizar o exame citológico, bem como identificar o entendimento das mesmas sobre o câncer de colo do útero por meio da escuta ativa. Entende-se como escuta ativa aquela que

pode ser construída como um processo transparente, através de uma rede de conversação em que abrimos questões, compartilhamos aspirações, questionamos e aprendemos, interagimos com o todo e buscamos a pluralidade de ideias (DURÃES-PEREIRA et al. apud MARIOTTI, 2007, p.466).

Desse modo escuta ativa em saúde pode ser entendida com uma “proposta de acolhimento que se apoia no reconhecimento das relações entre as pessoas no momento do atendimento como uma das questões-chave, e em especial a relação trabalhador-usuário” (MATUMOTO, 2002, p.2).

O público alvo serão mulheres que procurarão o Centro de Saúde Escola Meireles, no município de Fortaleza-Ceará, para realizar o exame de Papanicolau durante os meses de julho e agosto de 2014.

O convite às mulheres para realização da escuta ativa será por meio de contato direto à medida que as mesmas ao comparecerem ao Centro de Saúde para realizarem qualquer procedimento. Elas serão informadas sobre os objetivos da intervenção. Procurar-

se-á identificar as motivações para não realização do exame. Para tanto, será utilizado um Roteiro de escuta ativa (APENDICE 1). Procurar-se-á conversar com as mulheres que tenham idade entre 25 e 59 anos. Esta etapa será realizada durante os meses de julho e agosto de 2014 e ocorrerá na sala de espera, antes da realização dos procedimentos ou consultas.

2ª ETAPA

A segunda etapa compreenderá o desenvolvimento de atividades para sensibilização das mulheres atendidas no Centro de Saúde quanto à importância da realização do exame Papanicolau por intermédio de ações de educação em saúde. A estratégia utilizada será escolhida a partir das impressões colhidas mediante a escuta ativa. Pretende-se desenvolver esta etapa nos meses de outubro a dezembro de 2014.

O planejamento e coordenação das duas fases do plano de intervenção serão de responsabilidade da autora, conjuntamente a equipe do Centro de Saúde Escola Meireles.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os autores pesquisados, fica clara a importância de se exercer educação em saúde na atenção primária, principalmente, se tratando da prevenção do câncer de colo uterino. Cabe aos profissionais exercerem melhor o seu papel de educador, informando e conseqüentemente, acolhendo mais mulheres para a realização do Papanicolau. Existem vários fatores de risco que podem desencadear este câncer, porém, dentre os vários tipos existentes, este apresenta elevadas chances de prevenção e cura. Considerando que o câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna muito comum no Brasil e responsável ainda por um número elevado de óbitos dentre a população feminina, espera-se que o material produzido a partir das colocações das mulheres entrevistadas possa esclarecer quanto aos fatores de risco relacionados à doença, sua alta taxa de morbidade e mortalidade, quanto à importância da realização do exame Papanicolau e sua detecção precoce.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Normas e Recomendações do Instituto Nacional de Câncer/MS**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 46, n. 1, 23-33, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. **Controle do Câncer de Colo do Útero**. 2001. Disponível na internet: <http://www.saude.org.br>. Acesso em: 19 de Julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de organização de serviços de atenção básica à saúde do adolescente e do jovem**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer do colo do útero**. Disponível na Internet: <http://www.saude.gov.br/programas/cancer/estrategias.html>. (13.mar.2010)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível na internet: <http://www.scribd.com/doc/3382905/Caderno-de-Atencao-Basica-Utero-e-Mama>. (13.mar.2010)

BRENNA, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C. et al. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino**. Cad Saúde Pública, 17 (4): 909-914, 2001.

BURD, E. M. **Human papillomavirus and cervical cancer**. Clin Microbiol Rev, 16 (1): 1-17, 2003.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DURÃES-PEREIRA, M.B.B.B.; NOVO, N.F.; ARMOND, J.E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.465-76, 2007.

FREITAS, F. et al. **Rotina em ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HO, C-M. et al. **Detection and quantitation of human papillomavirus type 16, 18 and 52 DNA in the peripheral blood of cervical cancer patients**. Gynecol Oncol, 99: 615-621, 2005.

INCA. Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 1996. Disponível na internet: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf. (13.mar.2010).

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010. Disponível em: www.inca.gov.br. (13.mar.2010).

JANICEK, M. F.; AVERETTE, H. E. **Cervical cancer: prevention, diagnosis and therapeutics**. CA Cancer J Clin, 51: 92-114, 2001.

JUNG, W. W. et al. **Strategies against human papillomavirus infection and cervical cancer**. J Microbiol, 42 (4): 255-266, 2004.

KURMAN, R. J. D. **O sistema bethesda para relato de diagnostico citológico cervicovaginal**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100050&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2007.

REIBNITZ, K. S. et al. **Módulo X: Desenvolvimento do Processo de cuidar**. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2013.

SCHOELL, W. M.; JANICEK, M. F.; MIRHASHEMI, R. **Epidemiology and biology of cervical cancer**. Semin Surg Oncol, 16 (3): 203-211, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero. **Protocolos de Prevenção à saúde da Mulher**. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Guia para a Prestação de Serviços em Saúde Reprodutiva**. Fortaleza: 1998.

OLIVEIRA, C. M. S., LOPES, R. L. M. **Prevenção do câncer de colo e participação feminina no Viva Mulher**. Rev. Baiana Enfermagem, 2003; 18(1/2):19-28.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2002.

PINELLI, F. G. S. Promovendo a saúde. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002.

PINOTTI, J. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. **Tratado de Ginecologia** - Condutas e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo: Revinter, 2005.

RAMOS, S. P. **HPV e o câncer de colo uterino**. Disponível em: <http://www.gineco.com.br/hpv.htm>. Acesso em: 05.07.2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

APÊNDICE I:**ROTEIRO DE ESCUTA ATIVA****1 – CARACTERIZAÇÃO DA PACIENTE**

1.1 Idade: _____ anos

1.2 Estado civil: Casada () Solteira () Viúva () Estável ()

1.3 Nível de escolaridade: Não alfabetizada () Fundamental () Médio () Superior ()

1.4 Renda familiar: 1 SM () 2 SM () 3 SM () 4 SM ()

1.5 Início de vida sexual: _____ anos

1.6 Número de partos:

1.7 Fumante: Sim () Não ()

2 – QUESTÕES SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAU

2.1 Qual a importância da realização do exame Papanicolau?

2.2 Com que frequência você realiza este exame?

De 6 em 6 meses () Anualmente () De 2 em 2 anos () Raramente () Nunca realizou ()

2.3 O que você entende por câncer de colo do útero?

2.4 Na sua opinião, porque algumas mulheres se recusam a realizá-lo?
