

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARÍLIA ALMEIDA ANTUNES

**CRIAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO EDUCATIVO NAS AÇÕES DE PREVENÇÕES
NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER REFERENTE AO CANCER DE MAMA E
COLO UTERINO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARÍLIA ALMEIDA ANTUNES

**CRIAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO EDUCATIVO NAS AÇÕES DE PREVENÇÕES
NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER REFERENTE AO CANCER DE MAMA E
COLO UTERINO**

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.

Prof. Orientador: Me. Inácio Alberto Pereira Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CRIAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO EDUCATIVO NAS AÇÕES DE PREVENÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER REFERENTE AO CANCER DE MAMA E COLO UTERINO** de autoria do aluno Marília Almeida Antunes 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.

Prof. Me. Inácio Alberto Pereira Costa
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por seu amor infinito e a minha família por ser minha fortaleza e a base de tudo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
3 MÉTODO.....	9
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICES E ANEXOS	16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.Descrição das dúvidas, medos e angústias observadas no grupo de mulheres.....	11
---	-----------

RESUMO

De acordo com o INCA a perspectiva para o ano 2014, sejam diagnosticados cerca de 580 mil novos casos de câncer no país. Sendo mais incidentes na população feminina: Pele não melanoma (182 mil), mama (57 mil); cólon e reto (33 mil) e colo do útero (16 mil). (INCA, 2014) Observada as fragilidades na prevenção ao câncer de mama e colo uterino, o estudo tem uma questão norteadora, as dúvidas, medos e angustias das mulheres a cerca da prevenção ao câncer de mama e colo uterino, para melhor descrever as dúvidas, medos e angustias das mulheres a cerca da temática: câncer de mama e colo uterino, na visão da enfermeira participante do grupo de mulheres. Este trabalho concentra-se em uma nova modalidade assistencial e os recursos tecnológicos utilizados foram às tecnologias do cuidado, de administração e educação. O método utilizado foi a pesquisa -ação, que permite a combinação entre os conhecimentos e esforços, entre o pesquisador e os sujeitos participantes, na condução, na interpretação dos resultados e na aplicação do que é apreendido, para a produção de uma mudança social. Os resultados apontam para a mudança de atitude das mulheres quanto as dúvidas, medos e angústias com relação a coleta de exame citopatológico e exame de mama, assim, ao expressarem seus sentimentos e a compartilhar de novos conhecimentos, passaram a entender a prevenção ao câncer como algo positivo, uma vez a detecção precoce pode contribuir para um melhor prognóstico futuro e reais chances de cura.

Palavras-Chave: Atenção Básica. Cuidado Integral. Saúde da Mulher.

1 INTRODUÇÃO

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A partir desta afirmação, pode-se afirmar que esta é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade territorial, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, além disso, tem-se a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

As mulheres estatisticamente são a maioria da população brasileira (50,77%) e conseqüentemente, as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando o serviço para si própria, acompanhando crianças, pessoas idosas, vizinhos e amigos (IBGE, 2010).

Considerando que a saúde da mulher uma das prioridades do Ministério da Saúde, que criou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, onde constam 14 linhas de cuidado, que tem como objetivos: Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e diversos grupos populacionais e Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (PNISM, 2004).

A partir destes preceitos, demonstram-se a importância do presente estudo, que aborda a atenção básica de saúde da mulher na prevenção do câncer de mama e colo uterino.

Observada as fragilidades da atenção na prevenção ao câncer de mama e colo uterino, o estudo tem uma questão norteadora, que concentram-se nas quais as dúvidas, medos e angustias das mulheres acerca da prevenção ao câncer de mama e colo uterino, quais são as práticas educativas implementadas pela enfermeira atuante na unidade básica de saúde para prevenção da doença.

Seu objetivo específico é descrever as dúvidas, medos e angústias das mulheres acerca da temática, na visão da enfermeira participante do grupo de mulheres. Contribuindo assim na reflexão do tema e posterior mudança comportamental na prevenção desse tipos de câncer.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Política de Atenção a Saúde da Mulher

O cuidado em saúde, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2005) demanda, principalmente uma visão integral do usuário em todos os aspectos. Esta assertiva abrange fundamentalmente, de um lado, a pessoa por inteiro impondo cinco aspectos básicos na atenção:

- a) *postura acolhedora* - que promova uma relação cidadã;
- b) *escuta atenta* - que subsidie uma definição da avaliação qualificada de cada situação;
- c) *olhar zeloso* - que fundamente o encaminhamento de uma adequada racionalização dos saberes e recursos;
- d) *estabelecimento de vínculo* - que possa prever respostas satisfatórias na produção do cuidado; e,
- e) *responsabilização* - que garanta o vínculo entre profissional e usuário assegurando a continuidade da assistência. De outro lado, impõe, também, uma visão global das dimensões da vida desses usuários que possibilitem respostas também mais globais, o que demanda um trabalho em equipe.

Esta visão integral exige uma assistência que potencialize os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à necessidade do usuário.

O enfoque da integralidade, para o MS, requer de uma organização da assistência de saúde em linhas de cuidado da atenção integral, nesta coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo.

Nessa abordagem, por linhas de ação de cuidado da atenção integral à saúde da mulher, consideram-se as seguintes linhas:

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;

2. Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
5. Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina;
6. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
10. Promover a atenção à saúde da mulher negra;
11. Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão;
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008).

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero e Mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero e mama, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (INCA, 2012).

A Atenção oncológica no Brasil tem demonstrado sua importância epidemiológica devido aos elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama. Uma estimativa feita pelo INCA juntamente com o Ministério da Saúde, na publicação Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil revelou que para o ano 2014, sejam diagnosticados cerca

de 580 mil novos casos de câncer no país. Sendo os cânceres mais incidentes na população feminina: pele não melanoma (182 mil), mama (57 mil); cólon e reto (33 mil) e colo do útero (16 mil) (INCA, 2014).

As condições de acesso da população aos serviços de saúde, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade no tratamento fazem refletir para melhor estruturar a rede de serviços que garanta atenção integral à população, visando ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, assim como, tratamento e cuidados paliativos (MS, 2013).

Considerando tais aspectos, o ministério da saúde elaborou o Caderno de Atenção Básica- Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama, cujo objetivo é orientar os profissionais tecnicamente na tomada de conduta adequada em relação ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, dentro da rede de serviços regionalizada e hierarquizada (MS, 2013).

Visando a garantia do acesso da população à rede de serviços oncológicos, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada em todo o País e torna-se a principal porta de entrada e o contato preferencial do usuário ao sistema. A estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo ela descentralizada, mais próxima do usuário, atuando em territórios adstritos, prestando cuidado integral e longitudinal, mesmo quando se demanda por um serviço especializado ou de internação, a ESF é responsável pela articulação dos fluxos entre os diversos serviços que compõe a rede de atenção, portanto, tem sua fundamental importância no papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (MS, 2013).

2.2 O Câncer de Mama e de Colo Uterino

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008 in MS, 2013).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), conceitua-se o câncer de mama como um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas (INCA, 2014).

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao cancer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (Op. cit., 2014).

Os aspectos endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possui risco aumentado mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos (INCA, 2014).

Na medida em que as ações de rastreamento do câncer de mama forem expandidas na população-alvo, mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos, espera-se que a apresentação da doença seja cada vez mais por imagem e menos por sintoma, possibilitando intervenções conservadoras e prognóstico favorável. Destaca-se, no entanto, que as ações de detecção precoce do Câncer de mama devem ir além da mamografia, exigindo-se o acesso das mulheres à confirmação diagnóstica para os casos suspeitos e acesso ao tratamento oportuno e de qualidade (Op. cit., 2014).

De acordo com o INCA, o câncer do colo do útero, também chamado de cervical, demora muitos anos para se desenvolver. A principal alteração celular que pode desencadear esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos (INCA, 2014).

O câncer de colo uterino ainda constitui-se uma das principais causas de morte por câncer na população feminina. De acordo com os dados do Ministério da saúde no documento Caderno de Atenção Primária/ Rastreamentos, o principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras, e por isso, a importância de ser realizado periodicamente (BRASIL, 2010).

Estima-se que para 2014 sejam detectados cerca de 15.590 novos casos desse tipo de câncer no Brasil. A capacidade de realizar diagnóstico precoce tem avançado no país. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja, já no estágio mais agressivo da doença. Atualmente, de acordo com o INCA, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura (INCA, 2014).

O teste de Papanicolau, ou exame preventivo como é conhecido popularmente, requer uma estrutura de treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência da coleta do material. Além disso, requer do laboratório de referência um controle de qualidade, para que se possa minimizar as falhas de erro diagnóstico.

O ministério da saúde introduziu em março de 2014 a vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV), utilizada na prevenção de câncer de colo do útero. A partir deste mês diversas meninas que ainda não iniciaram a vida sexual, dentro da faixa etária de 9 a 13 anos, começaram a ser imunizadas contra quatro variáveis do vírus de HPV (6, 11, 16 e 18). Sendo dois deles, os sorotipos 16 e 18 responsáveis pela maioria dos casos de câncer.

O esquema vacinal, já incluído no calendário básico de imunização infantil, necessita de autorização dos pais ou responsáveis para que seja aplicada. É composto por três doses, sendo a segunda após um mês de aplicação da primeira e a terceira seis meses após a primeira.

2.3 Atuação das unidades básicas de saúde na prevenção e acompanhamento

Quando pensamos na atuação em câncer, esperamos por um diagnóstico precoce e eficaz atuação profissional para minimizar os riscos de estágios mais avançados. Por essa razão, a estratégia de saúde da família como foco da atenção básica, considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, tem sua importância na detecção precoce dos cânceres de mama e colo uterino. Assim, as unidades básicas de saúde sejam elas centros municipais de saúde, postos de saúde ou clínicas da família, devem incentivar a captação precoce de mulheres da comunidade para a realização dos exames de rastreamento. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e atentos para os sintomas e fatores de risco da população.

Além disso, a atenção básica tem o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, sendo responsável pela coordenação e articulação das ações dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elencando as necessidades de saúde de determinada população (MS, 2013).

O envolvimento dos profissionais para as ações em prevenção ao câncer se dá na medida em que, na atualidade, este se refere a um problema de saúde pública. Neste sentido, é indispensável o adequado preparo da equipe de enfermagem para as demandas do cuidar dessa clientela. Dessa maneira, o enfermeiro atua no processo educativo sendo de sua competência divulgar informações relativas ao câncer de mama e colo uterino à população, identificar os fatores de risco daquela comunidade, realizar ações de prevenção e detecção precoce, orientando hábitos saudáveis (BEGHINI, 2006).

O enfermeiro, como membro integrante da equipe de saúde da família, tem um importante papel na construção de atitudes preventivas, assim ele contribui para a prevenção do câncer de mama e de colo uterino, quando capta mulheres faltosas na visita domiciliar, capta aquelas que estão em atraso com suas consultas e/ou aquelas que nunca realizaram o exame papanicolau, por desconhecimento ou por descuido. Além disso, o enfermeiro realiza atividades de educação permanente aos agentes comunitários de saúde, explicando a importância do exame e reforçando a necessidade de divulgação das campanhas de preventivo na comunidade.

3 MÉTODO

Este trabalho concentra-se em uma nova modalidade assistencial e os recursos tecnológicos utilizados foram às tecnologias do cuidado, de administração e educação. Sendo assim, uma tecnologia convergente assistencial, objetiva para encontrar soluções para os problemas levantados pelos profissionais no seu cotidiano, com investigação do local de trabalho, propondo melhorias para a prática profissional por meio de mudanças e inovações.

Para (Denzin, et. al , 2006), a pesquisa-ação permite que haja a combinação entre os conhecimentos e esforços, entre o pesquisador e os sujeitos participantes, na condução, na interpretação dos resultados e na aplicação do que é apreendido, para a produção de uma mudança social. Explica que, este método permite o cruzamento, ou a ultrapassagem dos estudos, no contexto acadêmico à sociedade, como princípio básico de sua operacionalização.

Neste caso, o pesquisador participante do grupo de mulheres abordará as temáticas: dúvidas, medos e angústias a cerca do câncer de mama e de colo uterino, atuando como ouvinte e membro integrante do grupo facilitando no aprendizado e na mudança de atitude com relação à prevenção de tais cânceres e, sobretudo, na construção das categorias temáticas.

A coleta de dados será através da observação participante com aplicação da técnica Seminário, que consta de discussão dirigida por exposição dos assuntos, os quais abordarão o tema: dúvidas, medos e angústias a cerca do câncer de mama e colo uterino durante o grupo de mulheres.

O cenário do estudo é o Centro Municipal de Saúde da Área Programática 5.3 (AP 5.3) do Município do Rio de Janeiro, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa são as mulheres moradoras da área de abrangência.

Este Centro Municipal de Saúde funciona de segunda a sexta no horário, entre 7:00h e 18:00h e aos sábados de 8:00h as 12:00h, é composto por quatro equipes de saúde da família, compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico em saúde bucal, um auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. Atuam em território adscrito onde cada equipe é responsável por em media 3.000 mil habitantes.

Cada equipe de saúde da família desenvolve ações de saúde nas areas: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde do idoso,

imunização e saúde da mulher. Esta última dividida em: planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, prevenção ao câncer de mama e colo de útero.

De acordo com o MS, uma das atribuições do enfermeiro na atenção básica é realizar atenção integral às mulheres; consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão (MS, 2006).

Sendo assim, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem com coleta de material citopatológico de colo uterino, exame clínico das mamas e solicitação de mamografia de rastreamento para a faixa etária preconizada.

Além das consultas, o enfermeiro atua nas ações de promoção da saúde, neste caso no grupo de mulheres, no qual são realizadas atividades: rodas de conversa, palestras sobre diversos temas relacionados a saúde da mulher, nutrição e atividade física, além de atividades recreativas. O grupo de mulheres funciona dentro e fora da unidade de saúde, conta com a participação da Igreja Evangélica local e da academia carioca para saúde, nas realizações de suas atividades.

A partir do levantamento dos dados pode-se construir material didático pedagógico, com as principais orientações de prevenção referente ao câncer de mama e colo uterino, embasada por diversos autores constantes na bibliografia assinalada neste estudo. Inicialmente, buscaram-se informações sobre as orientações gerais e cuidados importantes, referidos no primeiro tópico do manual.

O presente estudo não se trata de pesquisa e, portanto, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Acrescenta-se, também, que não foram utilizados dados relacionados aos pacientes e nem descrições sobre situações assistenciais, apenas a produção de um manual como tecnologia produzida.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A análise dos dados conduzirá a construção de material didático pedagógico que emergiram das discussões e da observação do pesquisador, apresentados no apêndice 01 e 02.

Tabela 01. Descrição das dúvidas, medos e angústias observadas no grupo de mulheres. Rio de Janeiro, 2014.

Tema	Dúvidas	Medos/angústias
Câncer de Mama	<ol style="list-style-type: none"> 1) Quais são os sintomas do câncer de mama? 2) A partir de que idade devo fazer mamografia? 3) O câncer de mama é hereditário? 4) Quem tem outros tipos de câncer pode ter câncer de mama ou de útero? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medo do diagnóstico. 2) Medo da morte. 3) Medo de pensar que podem ter que retirar a mama. 4) Medo do tratamento.
Câncer de Colo Uterino	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mulheres que tem sangramento vaginal podem ter câncer de útero? 2) A vacina do HPV vai evitar o câncer de útero? 3) Mulheres com HPV tem mais chance de ter câncer de útero? 4) Após ter passado pelo câncer de útero a mulher perde o apetite sexual? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medo da reação da vacina em suas filhas 2) Medo de depois da vacina suas filhas passarem a ter relação sexual. 3) Medo da cirurgia de retirada de útero, de ficarem “fouxas” ou “sem fundo”
Prevenção	<ol style="list-style-type: none"> 1) Como prevenir o câncer de mama e de útero? 2) Para que serve o exame de preventivo? 3) Quem pode tomar a vacina contra HPV? 4) A mulher que faz preventivo pode ter câncer de útero detectado? 5) A partir de que idade tem que se fazer o preventivo e a mamografia? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Angústia por terem que ficar nuas na frente do profissional. 2) Sentem constrangimento. 3) Vergonha do corpo na hora do exame preventivo. 4) Medo de serem machucadas pelo profissional na hora do exame. 5) Medo do resultado do exame.

As mulheres demonstraram não conhecerem os sintomas do câncer de mama, elas acreditam que apenas os caroços são sintomas de câncer. Em relação à hereditariedade do câncer, elas acreditam que este seja fator de risco considerável e por isso quando sabem de história familiar de câncer procuram mais precocemente o atendimento de saúde, no entanto, tiveram dúvida quanto ao grau de parentesco considerado como fator de risco.

Em relação a hereditariedade da doença houve o questionamento quanto a chance do aparecimento de câncer de mama quando havia o diagnóstico anterior por outro tipo de câncer já tratado.

O medo do resultado do exame diagnóstico, medo da morte, do tratamento quimioterápico e da cirurgia de retirada de mama, mastectomia, foram os tipos de medo mais abordados pelas mulheres sobre o câncer de mama.

Em relação ao câncer de colo uterino, as angústias foram além dos mesmos medos do câncer de mama, o medo do desprezo pelo parceiro na relação sexual, devido a cirurgia de retirada de útero, histerectomia, por acreditarem que isso influenciará no desejo sexual e no seu próprio orgasmo.

A falta de conhecimento acerca dos sintomas de câncer de colo uterino e de outras patologias ginecológicas demonstraram a insegurança das mulheres com relação a qualquer sangramento vaginal, acreditando ser uma patologia por câncer.

O desconhecimento acerca do objetivo do exame de preventivo, mostra uma baixa procura pelo atendimento de saúde. Nota-se, que o fator idade influencia na procura pela coleta de preventivo. As mulheres mais novas, em geral, procuravam a consulta para saber sobre algum tipo de doença sexual, já mais velhas procuravam porque o médico havia orientado ou porque já fazia parte de sua rotina.

As mulheres referem constrangimento e incômodo quando realizam a coleta de preventivo, destacando a confiança no profissional um fator contribuinte para diminuir o medo de serem machucadas durante a execução do exame.

Outra angústia com relação ao câncer de colo de útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), pois acreditam que uma vez contraído o HPV a chance de se desenvolver o câncer de colo uterino seria maior do que se não tivessem contraído o mesmo.

A falsa crença que após a vacinação contra o HPV as meninas passariam a iniciar a vida sexual mais precocemente, devido ao fato de já terem recebido a proteção para o HPV, foi uma angústia observada entre as mulheres que são mães no grupo.

No entanto, a principal angústia das mulheres foi em relação à consequência da retirada do útero numa cirurgia (histerectomia total), pois acreditam que ficarão “frouxas” ou “sem fundo”, o que poderia acarretar na mudança do apetite sexual e do próprio orgasmo feminino ou de não satisfazer seus parceiros.

Após as explicações e discussões feitas no grupo, notamos que as mulheres se sentiram mais convencidas da importância da realização dos exames de rastreamento para câncer de mama e colo uterino, entendendo sua periodicidade, assim como, da prevenção através da imunização pelo HPV na faixa etária preconizada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica dirigida a atenção ao câncer de mama e colo uterino tem sua importância principalmente por ser primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Assim, se faz importante as campanhas de prevenção, por meio das quais se realizam os exames citopatológico de colo uterino, exame clínico das mamas e mamografia de rastreamento.

Neste estudo, notamos a fragilidade da população feminina quanto ao desconhecimento acerca do assunto. As maiores dúvidas foram quanto aos sintomas do câncer de mama e de colo do útero, quanto a modo de prevenção, hereditariedade e fatores de risco dessas doenças.

As angústias mais apresentadas foram em relação ao receio de contrair o vírus do HPV e a certeza de que, ao contraí-lo estariam mais expostas a terem câncer de colo de útero. Os medos mais expressados foram em relação ao diagnóstico de câncer de mama e a possibilidade da cirurgia de retirada das mamas e o tratamento quimioterápico.

Após as discussões sobre os assuntos abordados, observamos que as mulheres se sentiram mais aliviadas ao terem suas dúvidas sanadas. Manifestaram entusiasmo ao saberem que poderiam contar com a equipe de saúde da família para prevenção e encaminhamentos, se necessário. Nota-se que as angústias somente foram compartilhadas entre as mulheres, após se estabelecer um ambiente acolhedor, para pudessem expressar os sentimentos com a garantia de privacidade dentro do grupo.

O papel do enfermeiro como membro participante do grupo de mulheres torna-se essencial na construção de atitudes preventivas, assim ele contribui também nas atividades de educação permanente aos agentes comunitários de saúde, explicando a importância do exame e reforçando a necessidade de divulgação das campanhas de prevenção ao câncer de mama e colo do útero na comunidade.

REFERÊNCIAS

BEGHINI, Alessandra Bonato; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. **Adesão das Acadêmicas de Enfermagem à Prevenção do Câncer Ginecológico: Da Teoria à Prática**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 637-44.

Brasil. Ministério da Saúde. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília 2004 e 2007 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 de set.2008.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, R.. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1995.

IBGE - **Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 2 de out. de 2008.

THIOLENT, M. **Metodologia Pesquisa-Ação**. 14. a. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16ª edição: São Paulo; Cortez Editora, 2008.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES 01

Material diadático acerca do câncer de mama

1) Definição do câncer de mama

O câncer de mama resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor. (MS, 2013)

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação - fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção - fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão - caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. (MS, 2013)

2) Fatores de risco

Primeira menstruação precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos, tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade.

Mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença.

3) Sinais e sintomas de alerta.

Quanto antes se estabelecer um diagnóstico precoce na área oncológica, principalmente se tratando de câncer de mama, a possibilidade de terapias mais simples e efetivas é melhor. Portanto torna-se importante reconhecer os sinais e sintomas da doença: nódulo mamário,

assimetria, retração da pele, recente retração do mamilo, descarga papilar sanguinolenta, alterações eczematosas na aréola.

4) Rastramento e Detecção Precoce

O rastreamento é a detecção de uma doença na população assintomática. As formas mais eficazes para rastreamento e detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico das mamas (ECM), capaz de detectar tumor de até um centímetro, se superficial, preconizado para mulheres a partir de 40 anos. E a mamografia que permite a detecção precoce do câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (medindo milímetros). Deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos. (MS, 2013)

A periodicidade segue o esquema:

Mulheres de 40-49 anos: ECM anual e, se estiver alterado, mamografia;

Mulheres de 50-69 anos: ECM anual e mamografia de dois em dois anos;

Mulheres de 35 anos ou mais, com risco elevado: ECM e mamografia anual.

APÊNDICES 02

Material didático acerca do câncer de colo do útero

1) Definição do câncer de colo do útero

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância (MS, 2013).

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (MS, 2013).

2) Fatores de Risco

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no caderno de atenção básica do controle dos câncer de útero e mama, a infecção pelo HPV é muito comum entre as mulheres sexualmente ativas que poderão adquiri-la ao longo de suas vidas. Na maioria das vezes a infecção pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (MS, 2013).

No entanto o desfecho final de casos efetivamente de câncer de colo de útero nas mulheres portadoras do HPV, estão mais relacionados a infecção pelos tipos 16, 18 ou ambos, sorotipos considerados mais invasores. A dedução é que a infecção pelo HPV seja um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (MS, 2013).

Um pequeno número de casos nos quais a infecção persiste é causada por um tipo viral oncogênico, podendo ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequado possibilitará a prevenção da progressão para o carcinoma cervical invasivo (MS, 2013).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à idade, imunidade, à genética, estilo de vida e ao

comportamento sexual podem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou cancer (MS, 2013).

As mulheres com câncer identificadas pelo rastreio têm, em média, 10 anos de idade a mais que as mulheres com lesões precursoras, indicando que a eventual progressão dessas lesões para câncer ocorre lentamente (MS, 2013).

3) Sintomas

Na maioria das vezes, a infecção pelo HPV apresenta-se de forma assintomática, com lesões subclínicas (inaparentes) visíveis apenas após aplicação de reagentes, como o ácido acético e a solução de Lugol, e por meio de técnicas de magnificação (colposcopia). (MS, 2013)

As lesões clínicas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável, planas ou exofíticas sendo as localizações mais frequentes são a vulva, o períneo, a região perianal, a vagina e o colo do útero. Menos comumente em áreas extragenitais como conjuntiva, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, as lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (MS, 2013).

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico, confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico (MS, 2013).

No estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal espontâneo, seja após o coito ou esforço, leucorréia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (MS, 2013).

No exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (MS, 2013).

4) Rastreamento/ exame citopatológico de colo uterino

O exame preventivo deve ser feito por mulheres sexualmente ativas a partir dos 25 anos de idade. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, recomenda-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (MS, 2013).

As recomendações prévias ao exame são: evitar utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico. Vale lembrar que exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas antes da coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor (MS, 2013).

A recomendação de abstinência sexual prévia ao exame, embora usual, só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica (MS, 2013).

O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se esperar o quinto dia após o término da menstruação para realizar a coleta de preventivo. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta pode ser realizada, se indicada (MS, 2013).

5) Prevenção

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, o que conseqüentemente, inclui o uso de preservativos (camisinha feminina ou masculina) durante a relação sexual com penetração protegendo parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal (MS, 2013).

Atualmente há duas vacinas aprovadas e disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, já instituída no calendário básico vacinal, a qual protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus. Ou seja, antes do início da vida sexual. Por isso, recomenda-se que a adoção das vacinas anti-HPV não elimina a necessidade da prevenção secundária, ou seja, por meio do rastreamento com exame citopatológico de colo uterino, pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros tipos virais oncogênicos (MS, 2013).