

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**JAIME CÉSAR RIBEIRO JUNIOR**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MG**

**2011**

JAIME CÉSAR RIBEIRO JUNIOR

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula Gonçalves Bicalho

JAIME CÉSAR RIBEIRO JUNIOR

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula Gonçalves Bicalho

Banca Examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula Gonçalves Bicalho (orientadora)  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte: 10/12/2011

Dedico este trabalho à minha orientadora Prof. Dr<sup>a</sup>. Paula Gonçalves Bicalho e todos os professores e tutores do NESCON pelos ensinamentos.

Aos meus pais, irmãos e em especial à minha companheira Alini e minha filha Alice, pelo incentivo e compreensão nos momentos que precisei.

A todos vocês muito obrigado!

## RESUMO

Este estudo foi realizado a partir de uma revisão narrativa da literatura sobre a Saúde da Mulher, em especial o câncer de colo do útero e também o de mama, com o objetivo de identificar limites e possibilidades de intervenção da equipe de saúde da família em especial o enfermeiro, na prevenção e detecção precoce do câncer do colo de útero e de mama. A partir da literatura analisada, confirmou-se a grande necessidade de se realizar o exame papanicolau como forma de detecção precoce do câncer de colo do útero, visto que a incidência deste tipo de câncer caiu significativamente desde que este exame foi introduzido. A pesquisa apresenta ainda que, mesmo confirmado o efeito terapêutico do exame preventivo, existe uma alta taxa de mortalidade causada por este tipo de câncer que, detectado precocemente, leva à cura em quase 100% dos casos. Por isso o estudo mostra a importância do enfermeiro atuar dentro da atenção básica de saúde, promovendo ações de controle e educação em relação ao câncer de colo do útero; a qualidade de vida, buscando diminuir esta neoplasia considerada hoje, um problema de saúde pública em nosso país e no mundo.

**DESCRITORES:** Câncer de colo do útero; câncer de mama; exame preventivo; saúde da mulher.

## **ABSTRACT**

This study was conducted from a narrative review of the literature on women's health, particularly cancer of the cervix and also the breast. From the literature review, confirmed the great need to perform Pap smears as a means of early detection of cervical cancer, since the incidence of this cancer has dropped significantly since the exam was introduced. The research shows that, even confirmed the therapeutic effect of screening, there is a high mortality rate caused by this type of cancer, early detection leads to cure nearly 100% of cases. The main objective is to identify limitations and possibilities of intervention of the family health team (FHT), especially nurses, prevention and early detection of cervical cancer and breast cancer. So the study shows the importance of nurses working within the primary health care, promoting education and control actions in relation to cancer of the cervix, the quality of life, seeking to reduce this cancer now considered a public health problem in our country and the world.

**KEY-WORDS:** Cervical cancer, breast cancer, family health strategy, preventive screening, women's health, prevention and nursing

.

## SUMÁRIO

	Páginas
1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	10
3. METODOLOGIA	11
4. DESENVOLVIMENTO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre as mais variadas formas de neoplasia que podem afetar a população feminina, tanto o câncer cérvico-uterino quanto o câncer de mama ressaltam-se pela alta incidência e estão entre aqueles com maior taxa de mortalidade nas mulheres com idade superior a 15 anos. Mesmo com as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce que têm sido realizadas em nosso país e no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que o câncer cérvico-uterino constitui-se na quarta causa de morte entre as mulheres dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, mesmo apresentando um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (BRASIL, 1994).

Segundo Pinho *et al.*(2003, p. 307):

Sem dúvida, de todos os cânceres é o que representa a maior possibilidade de prevenção, detecção precoce e cura, principalmente por já se conhecer os principais fatores de risco, como multiplicidade de parceiros sexuais, precocidade do início de relações sexuais, multiparidade, dietas nutricionais carentes de vitaminas e de outros antioxidantes, tabagismo e fatores socioeconômicos e culturais, associados às dificuldades de acesso da população aos serviços de detecção precoce ou que estabeleçam diretrizes objetivando os ensinamentos elementares e básicos à população leiga, criação de mais serviços de saúde que possam diagnosticar precocemente as lesões precursoras e as neoplasias em estágios clínicos iniciais, com capacidades amplas de cura, possibilidades do retorno das pacientes às suas atividades profissionais ou familiares habituais, otimizando e reduzindo o custo dos procedimentos médico-assistenciais e minimizando o surgimento de seqüelas e intercorrências clínicas.

Assim como o câncer de colo do útero, o câncer de mama é o responsável por uma parcela significativa da morbi-mortalidade das mulheres tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No caso do Brasil, o câncer de mama representa a primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres, chegando a atingir o percentual de 16,6%. Entre os anos de 2003 e 2004, triplicou o número de mulheres que ainda nem completaram 40 anos, mas já foram vítimas do câncer de mama. Esses dados são da

Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e mostram que, em 2003, a incidência desse tipo de tumor nas mais jovens era de 5,6% (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde apontou, no documento dos Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que a incidência da doença é consideravelmente maior após os 40 anos. Quando detectado no início da doença e tratado em tempo hábil, o índice de sucesso no tratamento chega a 90%. Ainda não há um mapeamento conclusivo sobre as causas do aumento de câncer de mama nas mulheres mais jovens. Todavia, os especialistas acreditam que o crescimento exorbitante estaria relacionado à mudança de hábitos do sexo feminino (BRASIL, 2004).

Esses dados nos remetem à constatação de que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce não tem sido efetivas para redução das taxas de morbimortalidade por essas neoplasias. O câncer de mama e de colo uterino continua a ser ameaça para as brasileiras. Tal fato poderia ser explicado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pela demanda reprimida, pela falta de oportunidade dada à mulher para que ela fale sobre si e sua sexualidade, assim como pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico (FERNANDES e NARCHI, 2002). Podemos afirmar que a detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama é efetivada respectivamente pelo exame colpocitológico e pelo auto exame das mamas, procedimentos de baixo custo e altamente eficazes, e também pela realização da mamografia.

Para a prevenção do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, é importante que a mulher modifique seus hábitos de saúde e participe ativamente no processo, reivindicando seu direito ao acesso e à cobertura dos programas governamentais relacionados à saúde da mulher (FERNANDES; NARCHI, 2002).

As equipes de saúde encontram dificuldade, por motivos diversos, em proporcionar às mulheres a possibilidade de realizar e/ou aprender sobre os exames de detecção precoce. Diante disso, a necessidade de desenvolver práticas de educação em saúde

configura como um problema de saúde pública. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde e, em muitas vezes, como o líder da mesma deve priorizar tal prática (FERNANDES; NARCHI, 2002).

Considera-se que uma das formas de colaborar em tal transformação é realizar investigações que busquem as lacunas de conhecimento das mulheres sobre o cuidado consigo mesmas, apontando caminhos que possibilitem a mudança desse quadro e, conseqüentemente, a promoção de programas de promoção à saúde. O trabalho educativo do enfermeiro nesta área torna-se cada vez mais importante, na medida em que as estatísticas apontam para um aumento cada vez maior desta patologia no universo feminino (PINHO *et al*, 2003).

Segundo Frigato; Hoga (2003, p.213):

Cabe aos profissionais de saúde orientar à população feminina quanto à importância da realização periódica deste exame para o diagnóstico precoce da doença, pois isto possibilita o tratamento em fase inicial e, conseqüentemente, diminuição da morbimortalidade por este tipo de câncer.

Os profissionais da atenção básica à saúde (ABS) tem papel importantíssimo no controle desta patologia. Os enfermeiros atuantes na atenção primária, principalmente em comunidades onde há a estratégia de Saúde da Família possuem elevado potencial para planejar e realizar atividades que visem a prevenção e incentivem as mulheres na realização do exame preventivo para detecção precoce deste tipo de câncer.

Partindo desse conhecimento surgiu o interesse pelo presente trabalho que visa buscar evidências científicas acerca dos limites e possibilidades de intervenção da equipe de saúde da família (ESF), em especial o enfermeiro, na prevenção/detecção precoce do câncer do colo de útero e de mama.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Realizar uma revisão narrativa da literatura na busca de identificar limites e possibilidades de intervenção da equipe de saúde da família (ESF), em especial o enfermeiro, na prevenção e detecção precoce do câncer do colo de útero e de mama.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar uma breve revisão da literatura sobre a fisiopatologia do câncer do colo do útero e de mama, e seus aspectos epidemiológicos;
- Analisar os aspectos fundamentais para prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino e mama.
- Ressaltar a importância da consulta de enfermagem, do auto-exame das mamas e do exame Papanicolau na promoção da saúde da mulher.
- Discutir a importância da atuação do enfermeiro da ESF além da consulta de enfermagem.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS, Pubmed/MEDLINE, IBECs e biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre outras, assim como em livros e em publicações do Ministério da Saúde. Foram considerados seguintes itens:

- estudos científicos (artigos, teses, monografias), livros, e também, diretrizes, manuais e caderno de atenção básica do Ministério da Saúde;
- idioma limitador (português);
- relevância dos artigos ao objetivo proposto e sua relação ao tema a ser estudado;

A busca foi para documentos disponíveis gratuitamente na íntegra e resumos, utilizando como descritores os termos câncer de colo do útero; câncer de mama; estratégia de saúde da família; exame preventivo, saúde da mulher, prevenção e enfermagem.

Foram encontradas diversas publicações e então realizada a leitura dos títulos e resumos com o objetivo de averiguar a adesão aos objetivos propostos. Após esta etapa foram selecionadas as publicações que formam parte do desenvolvimento do presente estudo e eliminadas aquelas que não respondiam ao propósito deste trabalho. as desnecessárias.

Os dados dos estudos pesquisados foram separados nas seguintes categorias: o colo do útero; aspectos epidemiológicos; prevenção do câncer do colo do útero; tratamento; a consulta de enfermagem em ginecologia; descrição dos métodos de exame como medida preventiva; realização do exame papanicolau e orientações da enfermagem dadas às clientes antes de realizar o exame; o enfermeiro da Atenção Básica à Saúde na prevenção do câncer de colo do útero e evolução dos programas de atenção à saúde da mulher e o papel da atenção básica na prevenção do câncer de colo do útero; e o câncer de mama. Prevenção e detecção precoce do câncer de mama

## **4 DESENVOLVIMENTO**

### **O colo do útero**

O Colo do útero é a porção final do útero e localiza-se no canal da vagina. Ele apresenta duas porções: supra vaginal, a que está mais próxima do istmo, acima da inserção da cúpula vaginal e a porção vaginal. O colo do útero abre-se na vagina pelo óstio uterino de forma circular, nas nulíparas e em fenda transversa nas múltíparas (BASTOS, 1994).

Quanto à estrutura, o epitélio pavimentoso reveste a ectocérvice. A endocérvice estende-se do óstio uterino ao istmo uterino, sendo revestido na zona de transição e recebe o nome de junção do escamo colunar (BASTOS, 1994). A junção escamo-colunar é muito importante, pois é nesse nível que costumam ocorrer os fenômenos de metaplasia típica ou atípica (lesões intraepiteliais cervicais – NIC) (SOUZA, 2001).

### **Aspectos epidemiológicos**

O câncer, denominado também como “aquela doença” por muitos que não ousam pronunciar seu nome, foi reconhecida desde a antiguidade como uma doença invasiva com caracteres de malignidade (SOUZA, 2001).

Ainda segundo o mesmo autor, criaturas vivas têm sofrido de câncer desde o começo dos tempos. Traços de tumores têm sido encontrados em dinossauros da Era de Cretáceo. Múmias egípcias, da terceira à quinta dinastias, o que data de 3.000 a 2.500 a. C., mostram evidências de neoplasmas. São também encontradas indicações similares nos Incas, cronologicamente datado de 500 anos a.C. Desde a mais arcaica das civilizações a medicina já era praticada. Associada a poderes divinos e diretamente ligada às religiões, a medicina só ganhou ares de ciência na Grécia antiga com Hipócrates (460 a.C. – 380 a.C.). Desde a antiguidade existem relatos de casos de câncer. No séc. V a.C., na Grécia, aparecem as primeiras descrições sistemáticas do câncer. É na escola de Hipócrates onde aparece a palavra karcinos, que quer dizer "caranguejo".

Existem duas teorias para origem deste nome: uma relaciona as dores do doente às dores causadas pela picada do animal e a outra remete que o desenho dos vasos sanguíneos dilatados devido ao tumor, lembra as patas de um caranguejo. No séc. XVIII nasce o conceito

de metástase, que em grego quer dizer "mudança de lugar". O sangue e a linfa foram caracterizados como o meio através do qual a doença se disseminava. É este aspecto migratório que gera o sentimento de impotência frente à doença. Ainda neste período, o câncer era uma doença raramente diagnosticada. Pouco se tinha a fazer, pois não se dispunha de qualquer tratamento para combatê-la. A palavra câncer era tão ameaçadora que o médico só revelava o diagnóstico aos familiares, e não ao paciente, pois o mesmo estava associado à dor, à tumoração deformante e inevitavelmente à morte. No convívio social, ele era a doença a ser ocultada, pois gerava sentimentos de vergonha e medo (SOUZA, 2001).

Em relação ao câncer de colo do útero, em 1924, Hinselmann refletiu sobre o exame clínico cervical. Ele acreditou ser possível visualizar as lesões do câncer através do uso de lente de aumento e boa iluminação, assim nasceu a colposcopia (OLIVEIRA; LEMGGRUBER, 2001).

A colposcopia foi muito usada do final dos anos 20 e início dos anos 30, nos países da Europa. Já no Brasil o exame foi introduzido em 1934, por Arnaldo Moraes, sendo cultivada por Rieper, considerado o pai da colposcopia brasileira, porém só foi colocada em prática em 1940, no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No ano de 1958, colposcopistas brasileiros e europeus chegaram à conclusão da importância do tripé do diagnóstico (colposcopia, citopatologia e histopatologia), obtendo assim, um melhor resultado na eficácia do diagnóstico. Com isso, o Brasil continua a ter uma posição respeitada na colposcopia do mundo inteiro (OLIVEIRA; LEMGGRUBER, 2001).

O exame papanicolau é um exame microscópico das células obtidas através da raspagem da mucosa do colo do útero e foi descrito em 1924 por George Nicolau, razão pelo qual recebeu esse nome (SOUZA, 2001). “O Papanicolau é um exame indolor, de baixo custo e eficaz, podendo ser realizado por qualquer profissional de saúde treinado adequadamente sem a necessidade de uma infra-estrutura sofisticada” (FERRIGNO; FARIA, 2001, p. 29).

O Exame Citopatológico, conhecido como Papanicolau, tem por objetivo realizar um estudo das células descamadas, no conteúdo vaginal, que serão removidas com a ajuda de uma escovinha e espátula (STIVAL *et al.*, 2005).

No início do século 20, dava-se maior ênfase para o diagnóstico e tratamento do câncer, não havendo muita preocupação com a prevenção, por falta de conhecimento sobre a doença. Durante o governo Getúlio Vargas (1930-1945), após reivindicações da sociedade civil, foi adotada uma política nacional voltada para o controle do câncer e como consequência, em 1937, foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência

Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), constituindo mais tarde o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BARRETO, 2005).

Com o advento da quimioterapia, mudou-se radicalmente o prognóstico de vários tumores. É através da combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, a depender do caso e do estágio em que se encontre a doença, que se atingem resultados positivos.

Na atualidade, o câncer é considerado uma doença crônica e absolutamente tratável, sendo que em muitos casos pode ser curada, principalmente quando diagnosticada precocemente. No entanto, ainda é uma doença bastante estigmatizada e carregada de preconceitos e mistérios.

O câncer de colo do útero é uma doença progressiva, podendo evoluir no período de 10 a 20 anos. Seu controle pode ser feito através da educação da população: ações com base na prevenção e diagnóstico precoce da doença (SAMPAIO, 2001).

Em 1983 foi implantado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de implantar ou ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer, atendendo a mulher de forma integral e promovendo ações educativas na prevenção da doença (PINHO *et al*, 2003).

Em 1996, foi implantado pelo INCA o Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino-Viva Mulher, que abrangia a detecção e o controle deste tipo de câncer, prestando um serviço rápido, eficiente e capaz de atender as mulheres. Neste serviço as mulheres eram incentivadas a se submeterem aos exames preconizados na prevenção e detecção da doença, sendo o programa consolidado em 1999, após a realização de campanhas e com a assessoria do Cancer Care Internacional (CCI), um órgão Canadense (BARRETO, 2005).

Em 2002, O Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino já tinha sido nacionalmente implantado, considerado eficaz e atuante, tanto gerencial como operacionalmente, em todos os estados brasileiros (BARRETO, 2005).

Com relação aos fatores de risco para adquirir o câncer de colo do útero, alguns deles estão relacionados ao estilo de vida que a mulher leva, dentre eles: o início da atividade sexual precoce, multiparidade de parceiros, gestação precoce, exposição ao HPV, infecção por HIV, baixo nível sócio econômico, deficiência nutricional e infecção cervical crônica (SMELTZER; BARE, 2002).

Evidências mostram a incidência do câncer de colo do útero na camada da população de baixa renda, que frequentemente inicia sua vida sexual muito cedo, associado ao fato de que no decorrer de sua vida sexual as jovens mudam frequentemente seu parceiro, ficando expostas a fatores de risco para o câncer de colo do útero (GOLLNER *et al.*, 2002).

Dentre os co-fatores de risco do câncer de colo do útero estão: alterações das condições imunológicas, alterações nutricionais, fumo, exposição ao sêmen contaminado e uso de contraceptivos orais (CARVALHO; TONANI ; BARBOSA, 2005).

O HPV é considerado atualmente, um fator importante na transmissão do câncer de colo do útero. Os estudos atuais indicam a presença do HPV, em mais de 50% dos casos de câncer. Existem mais de 70 tipos de HPV descritos (CAMARGOS; MELO, 2001). Alguns dos principais tipos de HPV são considerados causadores do câncer colo de útero. Os tipos de baixo risco são 6,11,42 e 44 e os tipos de alto risco incluem 16,18,31 e 33 (CAMARGOS; MELO, 2001).

Ainda Camargos; Melo (2001) apresentam os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento pelo câncer pelo HPV:

- Idade: a maior incidência de carcinoma *in situ* é verificada entre 20 e 30 anos. Com o passar da idade aumenta sua incidência.
- Raça e nível sócio econômico: a raça negra americana apresentou duas vezes maior incidência do que a população branca. Considerando os aspectos sócios econômicos, essa associação não é tão evidente.
- Tabagismo: o risco aumenta duas vezes entre as fumantes, além de uma relação direta com a duração e a intensidade do tabagismo. Foram encontradas nicotina e cotinina, metabólicos de cigarro, no muco do canal cervical.
- História sexual: evidências epidemiológicas sugerem que o câncer de colo do útero se comporta como uma doença sexualmente transmissível (DST) e está relacionada a atividade sexual precoce, devido múltiplos parceiros.
- Contraceptivos orais e métodos de barreira: relaciona-se ao uso prolongado de contraceptivos orais a um maior risco de desenvolver câncer de colo do útero, porém essa associação parece incerta. Muitas mulheres não fazem o uso dos métodos de barreira o que a faz ter uma maior exposição ao HPV.
- História reprodutiva: apesar de essa associação ser incerta, sugere que a imunossupressão ou mudanças hormonais durante a gravidez, aumenta a suscetibilidade ao HPV, ou a sua capacidade oncogênica. Outro fator está ligado à idade precoce do primeiro parto.
- Citologia oncótica cervical: mulheres que não realizam o exame, ou que não o fazem durante um longo período.

- HIV: essa associação entre o HIV e o câncer de colo do útero é complexa, a soropositividade parece predispor a neoplasia do colo, além de relacionar-se desfavoravelmente com o prognóstico.

O risco do câncer de colo do útero consideravelmente dobra entre as mulheres de 30 a 40 anos de idade e, a cada década, seu risco aumenta ainda mais. Mulheres após essa faixa etária precisam ter maiores preocupações em relação à doença, realizando o exame preventivo periodicamente (PEREIRA, 2005).

Pesquisas mostram que a faixa etária das mulheres que são atendidas para a realização do exame preventivo situa-se em torno de 25 a 34 anos (faixa etária reprodutiva), devido à busca de serviços pré-natal e planejamento familiar. Isto mostra que grande parte da população feminina que deveria realizar o exame, principalmente aquela cuja faixa etária varia de 35 a 60 anos, não o faz, mostrando assim a ineficácia da cobertura do exame (BRASIL, 2006).

### **Prevenção do câncer de colo do útero**

Os profissionais de saúde devem saber orientar suas clientes quanto à prevenção do câncer de colo do útero, por ele apresentar altas taxas de morbimortalidade e devido a baixa cobertura dos serviços de saúde (ROBLINS, 2000). Dentre estes profissionais os enfermeiros são profissionais chave, no processo de prevenção e detecção precoce do câncer. É de grande importância conhecer os fatores de risco do câncer do colo do útero, assim como as medidas preventivas, o tratamento e as modificações dos hábitos de vida da população, pois desta forma será possível trabalhar com mais eficácia na redução e no aumento da sobrevivência (SÁ, 2004).

Algumas ações de promoção da saúde e de prevenção devem ser desenvolvidas como o combate ao tabagismo, álcool, grupos de direitos reprodutivos, dentre outros. É de competência do enfermeiro atuar na promoção e prevenção da saúde, visando à melhoria da saúde, previsto na lei n 7498/86 (BRASIL, 1986).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Controle do Câncer, destacamos algumas como: estimular projetos de pesquisa, ações de prevenção e detecção precoce, desenvolver programas em escolas, ambiente de trabalho, procurando dar assistência mais adequada à população feminina (SÁ, 2004).

A principal estratégia para prevenção do câncer de colo do útero é a realização do sexo seguro, através do uso do preservativo (PINHO *et al*, 2003).

Por mais que a cobertura do exame preventivo tenha aumentado, muitas mulheres deixam de realizar, por medo, vergonha, dificuldades de acesso e transporte, burocracia, tempo gasto na marcação da consulta. Diante desta realidade, é muito importante que haja uma reorganização na assistência clínico-ginecológica, com qualidade, e continuidade das ações de prevenção, estabelecimento de intervenções mais humanizadas, eliminando barreiras para utilização e maior cobertura nos serviços de saúde (PINHO *et al*, 2003).

O câncer de colo do útero quando diagnosticado precocemente, obtêm um índice de cura de 100% mas 70% das mulheres apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta, diminuindo a possibilidade de cura. Apesar de tecnologia simples e do baixo custo para prevenção do câncer, apenas 10% das unidades públicas do país realizam atividades para a prevenção e controle, sendo disponíveis a poucas mulheres da população (SOUZA, 2001).

A partir dos 18 anos, todas as mulheres devem realizar anualmente o exame ginecológico, principalmente aquelas que já mantêm relação sexual a despeito da idade. A cliente merece toda atenção emocional e física associadas ao exame. Por ser, de certa maneira, “invasivo” na intimidade, muitas mulheres ficam embaraçadas. O enfermeiro deve explicar todo procedimento para a cliente, fazendo com que a mesma se sinta à vontade (SMELTZER; BARE, 2002).

Deve ser explicado que toda mulher, que tem vida sexual ativa deverá realizar o exame preventivo periódico, a cada ano. Passará a ser realizado a cada três anos, após dois exames anuais negativos para displasia ou neoplasia (BASTOS, 1994). Nas áreas onde o programa de detecção precoce do câncer de colo do útero é realizado, há uma diminuição da morbidade e mortalidade, de acordo com os vários estudos epidemiológicos. É importante ressaltar que a realização irregular da coleta do material citopatológico ou a não realização, são as principais circunstâncias para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (SILVA; SILVA, 2004).

## **Tratamento**

O tipo de tratamento é dependente do estado da doença e tamanho do tumor. As terapêuticas mais comuns, do câncer de colo do útero, são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (PEREIRA, 2005).

Segundo Oliveira; Lemgruber (2001), a quimioterapia é um tratamento realizado através da administração de produto químico, a fim de obter cura ou a interrupção do progresso do tumor, ou seja, é a utilização de substâncias química definida para o combate específico de agentes patogênicos vivos com o mínimo de efeitos tóxicos para o hospedeiro. As drogas quimioterápicas provocam efeitos colaterais, e tem resposta como: redução dos glóbulos brancos e vermelhos, anemia, dentre outros.

O tratamento cirúrgico oferece muitas vantagens. Dentre elas o estadiamento clínico que possibilita o estadiamento cirúrgico de alguns tumores como do ovário e endométrio, determina grupos de melhor ou pior prognóstico proporcionando uma melhor terapêutica. A exeresse cirúrgica ainda previne ou minimiza outras complicações (OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001).

No tumor do colo do útero, a cirurgia é utilizada como um procedimento conservador à radioterapia, possibilitando assim a preservação dos ovários e da integridade do terço médio e distal da vagina (OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001).

A radioterapia procura reduzir o tamanho do tumor ou destruir as células cancerosas que possam ter restado. A radioterapia integra o tratamento multiterapias na maioria dos tumores ginecológicos, como procedimento paliativo ou adjuvante da cirurgia e da quimioterapia. A radioterapia é realizada de acordo com as indicações técnicas para cada localização anatômica (LINHARES; FONSECA; PINOTTI, 1999).

### **A consulta de enfermagem em ginecologia**

A partir da lei 7.498, aprovada em 1986 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem os enfermeiros vêm empreendendo esforços no sentido de concretizar os preceitos legais (SOUZA, 2002).

Mais recentemente, a Resolução do COFEN 272/2002 dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras, e considera que a SAE, é uma atividade inerente ao enfermeiro, serve de método e estratégia de trabalho científico para a identificação da condição de saúde/doença, dando subsídio de ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. E isso se aplica inclusive ao atendimento à saúde da mulher (SILVA; TEIXEIRA, 2002).

O enfermeiro, em sua formação acadêmica está habilitado para realizar o exame citopatológico durante a consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e permite o exercício de sua autonomia. Deve possibilitar a assistência à mulher de forma integral, além de ser uma excelente oportunidade para educá-la no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, para buscar espontaneamente os serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sintomas (BARROS, MARIN; ABRÃO, 2002, p. 422).

O enfermeiro, embasado na legislação vigente, deve atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo o grau de complexidade, desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de enfermagem, educação comunitária e profissional, envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, dando contribuições à saúde no sentido de favorecer a promoção e recuperação da saúde do indivíduo.

É importante enfatizar, que o enfermeiro é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção tanto da saúde da paciente, como da comunidade assistida, a sua ação deve ser integral e participativa, sendo que em sua rotina de trabalho, deve estar voltado para o desenvolvimento das ações em saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer (BRASIL, 2004).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, tendo como objetivo proporcionar condições para melhoria da qualidade de vida da mulher (SMELTZER; BARE, 2002). Cabe ao profissional de enfermagem, acima de tudo, orientar a clientela assistida, fazendo do momento da consulta de enfermagem, também um momento de educação em saúde.

O enfermeiro poderá realizar coleta de material para a colpocitologia oncótica, teste de Shiller, tratamento das DST's conforme abordagem sindrômica, encaminhamento a colposcopia conforme orientação padronizada, exame clínicos das mamas, coleta de material para exame citológico das mamas em caso de secreção presente fora do período previsto, encaminhamento ao mastologista conforme orientação padronizada (BRASIL, 2004).

Os enfermeiros estão se tornando cada vez mais capacitados nos cuidados preventivos, fornecendo informações e ensinando sobre a saúde e doença da mulher. Este profissional deve identificar a história de saúde da cliente e seus antecedentes, como também os aspectos psico afetivos (SMELTZER; BARE, 2002).

Como integrante fundamental na luta da prevenção do câncer de colo do útero, o enfermeiro precisa de conhecimentos, para melhor atuar na detecção precoce. A realização de

programas educacionais voltados para o cuidado, como o auto-exame das mamas e ginecológico são competência do enfermeiro, sendo de responsabilidade do mesmo, alertar quanto aos fatores de risco, método de rastreamento e detecção precoce (PEREIRA, 2005).

Para garantir a qualidade das informações perante o exame, é preciso que se explique para a cliente o que é o exame e como será realizada a coleta de material. A consulta de enfermagem não deve se restringir somente a coleta de dados, devendo ter um momento de interação mútua entre profissional-cliente, na busca da promoção da saúde (SMELTZER; BARE, 2002).

Cabe enfatizar que, não deixando de considerar o direcionamento técnico e científico da consulta de enfermagem, é essencial que seja considerada a possibilidade, bem como a necessidade do profissional enxergar a paciente como ser humano. Desta forma, tal consulta deve ser técnica, científica e acima de tudo humana. A enfermagem deve então olhar a paciente não apenas como objeto do assistir, e sim como sujeito que merece a oportunidade de recorrer ao profissional de enfermagem, para auxiliá-la em suas dúvidas, medos e ansiedades, tendo a responsabilidade sobre si e seu corpo, assumindo seu próprio destino (SMELTZER; BARE, 2002).

### **Descrição dos métodos de exame cérvico-uterino como medida preventiva**

A escova é o melhor método da coleta da endocérvice. Dificilmente outro dispositivo fornecerá melhor quantidade e qualidade de células endocervicais do que a escova (ALVES; MELLO, 1994).

Outro exame que pode ser realizado é o exame histopatológico que é realizado em amostras retiradas de uma superfície com suspeita da presença de malignidade, reunindo as lesões intra-epiteliais escamosas, denominadas NIC I, II, III, conforme o grau da lesão. A retirada do material para a histologia geralmente é guiada pela colposcopia (STIVAL *et al.*, 2005).

A colposcopia, por sua vez, é realizada através de um aparelho conhecido por colposcópico que permite visualizar melhor o colo do útero, aumentando-o de 10 a 40 vezes o campo visual. Os resultados deste exame são descritos como achados colposcópicos normais, anormais, suspeitos de câncer invasor e achados insatisfatórios (STIVAL *et al.*, 2005).

## **Realização do exame papanicolau e orientações da enfermagem dadas às clientes antes de realizar o exame**

Primordialmente, a coleta de material para o exame papanicolau deverá ocorrer em ambiente acolhedor e o profissional deve estabelecer uma relação de empatia com o cliente. O profissional deverá elogiar a iniciativa da cliente para realização do exame, deixando-a a vontade. Deve sempre ser levado em conta a individualidade da cliente com respeito às suas crenças e valores. A consulta deve iniciar com uma anamnese completa da mulher e também deve ser preenchida a requisição do exame, anotando todas as informações necessárias.

Cabe ressaltar que o material a ser utilizado deverá ser preparado antecipadamente, para que não haja perda de tempo do profissional e constrangimento da cliente, que no momento do exame merece respeito e consideração. A cliente deverá permanecer em posição ginecológica, sendo coberta por lençol. Deve-se considerar que a inspeção da genitália externa deve ser realizada detalhadamente, com o intuito de rastrear doenças sexualmente transmissíveis, lembrando que a paciente deve ser informada a respeito das etapas do procedimento.

Com a finalidade de garantir uma boa qualidade dos esfregaços para a realização do exame papanicolau, o enfermeiro deve orientar a mulher previamente, quanto a alguns cuidados como: não fazer uso de medicamentos como cremes vaginais ou duchas vaginais, pois estes podem prejudicar a visualização das células durante as 48 ou 72 horas que precedem o dia da coleta. Além disso a mulher deve ser orientada a evitar relações sexuais nas 24 horas antecedentes ao exame e não comparecer no período menstrual. Nos casos de hemorragia, a coleta do material deverá ser feita desde que adicione a solução aquosa de ácido acético a 2% (BRASIL, 2004).

“O ácido acético tem como função coagular as proteínas citoplasmáticas do epitélio alterado. Portanto, quanto mais proteínas, maior o esbranquiçado da lesão, escondendo a congestão do tecido conjuntivo” (OLIVEIRA; LEMGGRUBER, 2001, p. 137).

De acordo com o INCA, após dois exames normais no intervalo de um ano, a periodicidade indicada do exame é de três anos. Todavia, no Brasil não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames, estimativas realizadas por meio de

estudos nacionais e locais, demonstram aumento da cobertura ao longo do tempo, porém tal aumento é inferior ao necessário a uma cobertura satisfatória.

Apesar de todos os esforços realizados na tentativa de prevenir o câncer de colo de útero, as ações preventivas têm-se mostrado ineficazes quanto ao número de coletas do citopatológico, ao aumento da morbidade pela doença e principalmente a deficiência da educação em saúde. O controle da enfermidade depende especialmente de ações nas áreas de promoção, proteção específica e diagnóstica precoce.

### **O enfermeiro da Atenção Básica à Saúde na prevenção do câncer de colo do útero**

É importante ressaltar o papel do enfermeiro da atenção básica, este profissional como membro da equipe de saúde, desempenha papel fundamental na prevenção deste tipo de câncer. Na maioria das UBS (Unidades Básicas de Saúde), este profissional além de desenvolver atendimento à população adscrita de sua área de abrangência, também gerencia os serviços e programas desenvolvidos na UBS e deve investir no acolhimento de mulheres, incentivar nelas para que realizem as consultas de rotina através de divulgação e busca ativa para a realização do exame de papanicolau além de trabalhar intensamente em ações educativas e preventivas à população alvo.

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. Na consulta de enfermagem ginecológica, o enfermeiro além da realização do exame físico e ginecológico deverá orientar a mulher sobre hábitos saudáveis na vida sexual (uso de preservativos, sexo seguro, higiene corporal e íntima, exames periódicos, retardo do início da vida sexual, e outros), enfatizando os riscos de câncer de colo-uterino e de doenças sexualmente transmissíveis.

As ações de controle do câncer colo do útero e de mama são um dos pilares básicos da consulta de enfermagem à mulher. A abordagem no atendimento à mulher, através da detecção precoce do câncer ginecológico, embora tenha permitido melhorar o acesso aos serviços de saúde, têm limitado os problemas de saúde aos órgãos reprodutivos.

O enfermeiro como membro da equipe de saúde deve realizar atenção integral às mulheres; realizar 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; realizar atenção domiciliar, quando necessário; supervisionar e coordenar

o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe de enfermagem; manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações do controle do câncer cérvico uterino; realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006).

(...) identificar necessidades de mudanças na abordagem da mulher como sujeito integral pelos serviços de saúde. A consulta ginecológica deve abranger não só a realização do exame de Papanicolaou, mas também assistência integral, na qual, todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da sua saúde (ARAÚJO ; REGIANINI; RAIMONDO *et al*, 2009, p.45).

Portanto, para que a consulta de enfermagem seja efetiva, é preciso receber a mulher, realizando uma consulta direcionada às suas necessidades, não fazer juízo de valor, garantir conforme o Código de Ética da enfermagem, privacidade e confidencialidade. Cabe destacar que é de extrema importância instrumentalizar a cliente, respeitando suas escolhas.

Todos os profissionais de saúde engajados na área da saúde da mulher deverão estar envolvidos no combate ao câncer cérvico-uterino, estar atentos para o atendimento integral à saúde. A partir das políticas de saúde e do compromisso dos profissionais pode-se melhorar os índices dos múltiplos fatores que interferem nas ações de controle. É importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar.

Para que o atendimento seja realizado de uma forma integral, é necessário que a equipe de saúde, e todos os profissionais de enfermagem conheçam e realizem suas atribuições no atendimento à mulher, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), como conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama; planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; realizar ações de controle do câncer que acomete à saúde da mulher (principalmente colo de útero e de mama) com vistas à promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle do câncer.

Além das atribuições citadas acima, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) descreve que é necessário aos profissionais da equipe de saúde, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade; acolher as

usuárias de forma humanizada; valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito; trabalhar em equipe, integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações; prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado ao longo do tempo; identificar as usuárias que necessitam de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e corresponsabilizar-se, comunicando aos demais componentes da equipe; realizar e participar das atividades de educação permanente, relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras; desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas (BRASIL, 2006).

Vale destacar que as atividades educativas em saúde não devem ficar voltadas apenas ao campo individual, cabendo ao enfermeiro planejar, executar e avaliar programas de promoção à saúde e de prevenção primária voltadas para a comunidade e/ou grupos sociais específicos.

“É preciso desmistificar o câncer e informar sobre as possibilidades de evitá-lo. A inclusão das ações preventivas na rotina do atendimento à mulher é importante para obter resultados positivos durante a consulta” (SILVA, 2008, p.22).

A detecção precoce é a primeira ação que deve ser implantada na tentativa de se descobrir o mais cedo possível esta doença. Esta detecção precoce é possível através do exame Papanicolau . Entretanto, faz-se necessário uma série de ações para o sucesso na consulta de enfermagem ginecológica, como: agendamento com atendimento humanizado, preenchimento correto de formulário específico para o encaminhamento das lâminas a serem enviadas ao laboratório de análises clínicas, proporcionar um ambiente tranquilo e manter a privacidade durante a realização do exame. É preciso, também, demonstrar segurança, confiabilidade, e respeito durante a consulta. É essencial ouvir as queixas e orientar as mulheres de forma clara e precisa.

Para Derossi (2001), a prevenção primária do câncer de colo uterino passa por cuidados e informações sobre o uso de preservativos durante a relação sexual. Ao nível secundário está o exame ginecológico periódico.

### **Evolução dos programas de atenção à saúde da mulher e o papel da atenção básica na prevenção do câncer de colo do útero**

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde – ABS constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL/MS, 2002). O exercício da ABS se dá por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL 2004 apud FARIA *et al*, 2010, p.37).

Dessa forma, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

Em relação à saúde da mulher, esta foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2007).

Devido dificuldades para implementação da política de saúde da mulher, em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o

processo de regionalização da assistência, fortalecendo a gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001).

O processo de municipalização e reorganização da Atenção Básica e principalmente a implantação do Programa de Saúde da Família, propicia um maior contato da população da área de abrangência com os profissionais de saúde, e o processo de mapeamento e territorialização de cada equipe de PSF cria um maior vínculo dos profissionais com a população adscrita, facilitando uma melhor adesão das mulheres alvo aos programas de prevenção do câncer de colo do útero.

A Organização Mundial de Saúde (2002) ressalta que para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao câncer do colo do útero e da mama, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce.

O Ministério da Saúde descreve ainda que as estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006).

Para alcançar esses objetivos, no Brasil, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, como citado anteriormente, dentre elas o *Programa Viva Mulher* - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. Em 2004, um processo de avaliação identificou a necessidade de revisão da estrutura e das estratégias do *Programa Viva Mulher*, de forma a se construir novos meios que permitissem alcançar os objetivos preconizados descritos anteriormente. Tais constatações motivaram a construção de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil (BRASIL, 2006).

Quando o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS sabia que seriam grandes os desafios, na defesa da vida com qualidade, além de garantir o direito à saúde. Sem dúvida, a postura e a prática nas ações de atenção nas Unidades de Saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes (BRASIL, 2006).

Segundo a OMS, é preciso esclarecer a todas as mulheres, independentemente da escolaridade, que as mudanças nas condições de vida, hábitos e costumes acompanham o processo de industrialização e urbanização no Brasil e no mundo. Essas mudanças somadas ao aumento progressivo da expectativa de vida, são determinantes da exposição da população feminina a fatores ambientais de risco, sendo passíveis de modificações, já que um terço dos casos de câncer pode ser evitado com prevenção primária (BRASIL, 2006).

Portanto, para reforçar, a prevenção do câncer cérvico-uterino deve-se tomar por base o rastreamento da população, o diagnóstico preciso do grau da lesão e o tratamento adequado. A população a ser rastreada constitui-se em todas as mulheres que apresentem probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelo exame citológico.

No entanto, para que uma alta porcentagem da população seja rastreada e, desta forma, realmente beneficiada pelo programa de prevenção ao câncer cérvico-uterino, é fundamental que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade e que as mulheres, por sua vez, manifestem o comportamento preventivo em saúde.

Para que os programas de atenção à saúde da mulher sejam efetivos, é necessário a efetivação das ações da atenção básica, o que depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político (FARIA *et al*, 2010).

## **O câncer de mama**

O câncer de mama envolve desde carcinoma *in situ* até carcinoma invasor. É diagnosticado pelo achado de nódulos mamários palpáveis ou pela mamografia, através da detecção de microcalcificações, nódulos não palpáveis ou distorções arquitetural (CAMARGOS; MELO, 2001).

No Brasil, o câncer de mama ocorre em mais de 30.000 mulheres por ano. Sendo que as taxas de mortalidade mostram-se maiores nas regiões com maior desenvolvimento sócio-econômico. Mais de 90% das pacientes descobrem o próprio tumor e procuram o tratamento adequando (BASTOS, 1994). Para o ano de 2008 era esperado cerca de 49000 novos casos de câncer de mama no Brasil, equivalente a 51 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL 2007 *apud* COELHO e PORTO, 2009).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama será responsável por aproximadamente 15% das causas de mortes por câncer no Brasil (BRITO *et al*, 2004).

O câncer de mama ocorre em qualquer lugar do órgão. Mas a maior parte é encontrada no quadrante superior externo, onde se localiza a maior parte do tecido mamário. Suas lesões são geralmente indolores, são fixas, as bordas são endurecidas e regulares (SMELTZER; BARE, 2002).

As mulheres também devem ficar atentas quanto ao aspecto de casca de laranja no seio. Isso ocorre devido a obstrução da circulação linfática na camada térmica. A mama com o tumor apresenta aspecto bocelada, podendo atingir grande volume. Em caso de câncer de mama maligno, elas possuem caráter típico. Os nódulos não são de limites bem definidos, raramente acompanhados de dor, escoamento sanguinolento pela papila; podem traduzir simples papiloma, também pode traduzir sinal maligno (BASTOS, 1994).

Os fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama são: história familiar, hiperplasia atípica, menarca precoce, ter filhos em idade avançada, ter mais de 50 anos, idade crescente, nuliparidade, ter filhos antes dos 20 anos, menopausa tardia após 55 anos, obesidade, terapia hormonal e ingestão de álcool (SMELTZER; BARE, 2002). Entretanto, que o maior risco para o câncer de mama é a idade, sua incidência, também é muito alta em mulheres jovens, por não se fazer o diagnóstico precoce. Geralmente elas procuram o serviço de saúde quando o câncer está numa fase avançada (MEDEIROS, 2005).

O rastreamento de mulheres assintomáticas para diagnóstico precoce do câncer de mama segundo o Instituto Nacional do Câncer, deve ser feito através do exame clínico das mamas anualmente em mulheres acima de 40 anos, devendo ser realizado na mulher em todas consultas clínicas, independentemente da idade. A mamografia deve ser feita em mulheres entre 50 e 69 anos com intervalo máximo a cada dois anos (BRASIL, 2007 *apud* COELHO e PORTO, 2009).

O método diagnóstico mais usado para o câncer de mama em programas populacionais de rastreamento da doença é a mamografia, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce. O exame clínico das mamas e o auto-exame constituem componentes importantes das atividades de rotina (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2006).

A mamografia, tem como objetivo a redução da mortalidade por câncer de mama. Feito o rastreamento entre mulheres de 50 a 69 anos, a redução de mortalidade por câncer de

mama é de 25 a 30%, 10 a 12 anos após o rastreamento. Mulheres de 40 a 49 anos, a redução é de 17%. Ocorrem 15 anos depois do início do rastreamento (BASTOS, 1994).

Atualmente existem mamógrafos de alta resolução que possuem a possibilidade de detecção de lesões mamárias pequenas, ainda não palpáveis favorecendo a prevenção de morte por este tipo de câncer (BRASIL, 2007 *apud* COELHO e PORTO, 2009)

As mulheres com risco elevado de desenvolver câncer de mama como “história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau, diagnóstico de câncer de mama, antes de 50 anos de idade, história de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária, história familiar de câncer de mama masculino, diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*” deve realizar o exame clínico das mamas e a mamografia anualmente a partir de 35 anos (BRASIL, 2007 *apud* COELHO e PORTO, 2009).

O enfermeiro na consulta ginecológica deve identificar aspectos da história de vida e saúde da família da cliente, orientar sobre prevenção do câncer, envolvendo a família nos cuidados da saúde da mulher, além de realização de campanhas de prevenção, apresentação e esclarecimento sobre os tratamentos disponíveis (BRITO *et al*, 2004).

A enfermagem deve encorajar e ensinar as mulheres a realizarem o auto-exame das mamas, durante a consulta ginecológica, pois este exame permite a mulher a participar do controle de sua saúde e identificar precocemente as alterações das mamas (MEDEIROS, 2005).

As lesões descobertas pelo auto-exame geralmente são menores (aproximadamente 0,6 cm em média) do que aquelas encontradas de maneira acidental, mas infelizmente, menos de 50% das mulheres realizam o auto-exame das mamas periodicamente, dificultando uma diminuição na taxa de mortalidade com o uso do auto-exame que pode diagnosticar precocemente a lesão e favorecer a cura (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2006).

A palpação das mamas pode ser executada pela própria mulher ou por um profissional capacitado. Quando executada pela paciente, é recomendado que este auto-exame seja feito no sétimo dia do ciclo menstrual ou em um mesmo dia do mês escolhido pelas mulheres que já passaram da menopausa. É importante que o profissional motive a mulher a realizar o auto-exame mensalmente. O sucesso deste procedimento, necessita de motivação e o reconhecimento que o câncer de mama é um perigo em potencial. O ensinamento sobre estas técnicas pode contribuir para alertar as mulheres sobre os potenciais riscos do câncer de mama (MITTRA I, 1995 *apud* DALBEN *et al*, 2003)

No Brasil, a maioria dos diagnósticos de câncer de mama são feitos quando a mulher já está em estágios mais avançados da doença, diminuindo então a sobrevivência das mulheres, sendo que o exame clínico e o autoexame das mamas contribuí muito para o diagnóstico precoce da doença e diminuir a taxa de mortalidade. E essas medidas devem ser estimuladas por todas as equipes de saúde (COELHO e PORTO, 2009).

O exame clínico das mamas é indispensável em toda consulta da mulher, sendo que a equipe de saúde deverá sempre questionar às mulheres se têm o hábito de realizar o autoexame das mamas mensalmente ou se já realizou o exame clínico por um profissional no último ano (COELHO e PORTO, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo, podemos observar que o câncer de colo de útero e mama, na visão de diversos autores, ainda é considerado um problema de saúde pública, capaz de provocar diversos óbitos em vários países inclusive o Brasil.

Com a descoberta do exame preventivo, estudos mostram que a morbidade pelo câncer de colo do útero reduziu, mas ainda acomete milhares de mulheres em todo o Brasil. Isto mostra que apesar da eficácia do exame preventivo para detecção precoce deste tipo de neoplasia, considerável parcela da população alvo, desconhece ou ignora a importância de se submeter a este tipo de rastreamento.

Portanto, cabe aos gestores e profissionais da Atenção Básica de Saúde, desenvolver estratégias que visem também a redução da exposição das mulheres aos fatores de risco para desenvolvimento destas neoplasias. Trabalho que é de suma importância para o controle dessas doenças.

Para o enfermeiro como sujeito ativo na equipe de saúde fica a atribuição de realizar a coleta para o exame colpocitológico, ensinar a realização do auto exame das mamas, realizar trabalhos de educação para a saúde, intensificando as ações básicas em relação às doenças, divulgando a necessidade de realizar o exame preventivo, o auto-exame das mamas e a mamografia. Outro importante papel evidenciado é o de promover a educação em saúde, orientando sobre os fatores de risco, e realizando busca ativa, na perspectiva de detectar casos novos. É de suma importância uma mobilização no sentido de levar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde. Cabe também a este profissional realizar a consulta de enfermagem acolhendo a mulher de forma integral, analisando também condicionantes para desenvolvimento do câncer de colo do útero e mama como os aspectos sócio-econômicos-culturais.

Com relação ao câncer de colo, diferentemente do câncer de mama, pode e deve ser prevenido com ações de fácil execução e baixo custo. Cabe, portanto, um trabalho educativo que pode e deve ser administrado pelo profissional de enfermagem. Não basta intensificar a oferta dos exames preventivos na atenção básica, é importante também que haja uma mobilização no sentido de levar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde. No Brasil, constata-se que o maior número de mulheres que realizam o

exame Papanicolau pertence à faixa etária abaixo dos trinta e cinco anos, enquanto o risco da doença aumenta a partir dessa idade.

As evidências encontradas na literatura demonstram aos profissionais enfermeiros as possibilidades de atuação na atenção à saúde da mulher tanto em nível individual, enquanto profissional de saúde quanto em nível de atuação coletiva, na equipe de saúde da família e na equipe multiprofissional.

Desta forma, a presente investigação contribui para subsidiar o trabalho e auxiliar na reflexão cuidadosa em relação a assistência de enfermagem prestada. Observou-se que o enfermeiro é de suma importância para atuar na prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico e de mama por meio de uma assistência sistematizada e personalizada à mulher.

Portanto, é de fundamental importância para que estas neoplasias deixem de configurar como um problema da saúde pública que o conhecimento seja difundido a todos os profissionais que atuam na área de saúde. Os profissionais de saúde devem seguir sempre na busca do melhor entendimento do que se refere à saúde da população, e neste caso específico, da saúde da mulher, como forma de promoção da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A.L.L Almeida, G.M. de; MELLO, V. L. Uso de uma espátula de Ayres. Modificada para coleta colpocitológica. **Revista Brasileira de Ginecologia**, v. 21, n.6, 1999.

ARAÚJO, M. D. M.; REGIANINI, L.; RAIMONDO, M. L. Atuação de Profissionais Enfermeiros durante o Processo de Assistência Clínico-Ginecológica à Mulher em Unidades Básicas de Saúde. **VI Semana de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.jornadaead.com.br>. Acesso em: 06 set 2009.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a História da Oncologia no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 5, n. 3, , p. 267-274. 2005

BARROS, S. M. MARIN, H. F; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial**. São Paulo, Roca, p.419.2002.

BASTOS, A. C. **Noções de Ginecologia**. 9 ed. São Paulo: Atheneu; 1994.

BRASIL. Lei 7.498, de 1986. **Diário Oficial da União**, Brasília (D.F), 1986, Seção 1:9273-5.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Colo Uterino**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002 59 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 82 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes, Série C**. Projetos Princípios e Relatórios, Brasília – D.F. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Brasília: 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. **O controle do Câncer Cérvico-uterino e da mama- normas e manuais técnicos**. 3 ed. rev. Rio de Janeiro, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação** – Brasília, 2001.

BRITO *et al.* Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.2. Brasília. mar./abr. 2004.

CAMARGOS, A. F; MELO, V. H. de. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed. 2001.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de Enfermagem para Combate ao Câncer Desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde de um Município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n.3, Rio de Janeiro p. 297-303, 2005.

COELHO e PORTO. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed,2009. 115p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

DALBEN *et al.* Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.2: 185-190, abr./jun. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16215.pdf>> Acesso em 22 fev. 2010.

FARIA, H. P. *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Unidade Didática 1- Belo Horizonte : Editora UFMG, 2008. 64p.

FERNANDES, R. A. Q., NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.2: p. 223-230, abr./mai./jun. 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbcn\\_48v02pdfartigo2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbcn_48v02pdfartigo2.pdf)> Acesso em 21 out. 2010.

FERRIGNO. R.; FARIA, S. L. C. A. Prevenção do Câncer Cérvico Uterino. Perfil das mulheres com câncer invasor. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 38, n.1: p. 29-30, 2001. Disponível em: <[bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?)> Acesso em 13 abr. 2010

FIGUEIREDO, A. M. N. **Ensinado a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Difusão 2003. p. 31.

FREITAS JUNIOR *et al.* Conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.52, n.5: p. 337-341, set./out. 2006. Disponível e <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a22v52n5.pdf>> Acesso em 17 mai. 2010.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4: p. 209-214, 2003. Disponível em:< [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2010.

GOLLNER, *et al.* **1 Curso de Atualização em Prevenção e Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Assistência Oncológica**. Promoção: UNIMED – Juiz de Fora. Diretoria de Saúde,

Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (DSSDA) e Departamento da Mulher. Juiz de Fora 2002.

LINHARES, I. M.; FONSECA A. M.; PINOTTI J. A. **Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher Incluindo Aids**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p. 49-52.

MEDEIROS, V. C. R. D. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 4: p. 227-231, 2005. Disponível em <[http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac\\_37\\_04/rbac3704\\_07.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_07.pdf)> Acesso em 12 abr. 2010.

OLIVEIRA, H. C. LEMGRUBER. **Tratado de Ginecologia: Febrasgo**. Princípios da Cirurgia Oncológica. Rio de Janeiro: Revinter, Vol. II, 2001. p. 1203

PEREIRA, C. A. **Câncer do Colo do Útero: papel do enfermeiro junto a paciente**. (Monografia) – Escola de Enfermagem, UNIPAC, Juiz de Fora, 2005.

PINHO et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n.19: p. 303-313, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2010.

**Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama -Viva Mulher**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 12 mar 2009.

**Reconhecimento dos Direitos das Mulheres como Direitos Humanos**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda\\_mulher\\_capa.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_mulher_capa.pdf). Acesso em: 22 ago. 2008.

ROBLINS, S.L.R. et al. **Patologia estrutural e funcional**. 6 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 80.

SÁ, A.F.R. **Assistência de enfermagem no tratamento e prevenção do câncer de colo do Útero**. (Monografia) – Escola de Enfermagem, UNIPAC, Juiz de Fora, 2004.

SAMPAIO, J. G.; DIÓGENES, M. A. R.; RODRIGUES, D. P. Prevenção do câncer ginecológico: fatores que interferem na sua realização. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6: p. 37-42, 2001.

SILVA, A. T. **O Enfermeiro Enquanto Agente de Promoção e Prevenção da Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Faculdade São Camilo, 2008. 38p.

SILVA, C. A. & TEIXEIRA, G. L. **RESOLUÇÃO COFEN-272/2002** que dispõe sobre atribuições do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 13 out 2010.

SILVA, C. R. L. & SILVA, R. C. L. **Dicionário de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Copyrigt, 2004. p.528-535.

SMELTZER, S. C. & BARE, B.G. **Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v. I, p. 15-1215.

SOUZA, A. B. Q. **A consulta de Enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero e de mama em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora**. (Monografia) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2001.

SOUZA, A. B. Q. *et al.* **Protocolo das Ações do Enfermeiro Desenvolvidas nos Serviços de Atenção Primária e Secundária**. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Juiz de Fora, agosto 2002.

STIVAL, C. O. et al. Avaliação comparativa da citologia positiva, colposcopia e histopatologia: destacando a citopatologia como método de rastreamento do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 4: p. 215-218, 2005. Disponível em: < [http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac\\_37\\_04/rbac3704\\_04.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_04.pdf)> Acesso em 21 dez. 2009.

TAVARES, W. **Manual de antibióticos e quimioterápicos antinfeciosos**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 800-880.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n.4, p. 227, 2003.