

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

LESLLYE GOMES

**EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO UTERINO: uma proposta de
intervenção para a Estratégia Saúde da Família**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS
2014**

LESLLYE GOMES

**EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO UTERINO: uma proposta de
intervenção para a Estratégia Saúde da Família**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Aparecida Villa.

LESLLYE GOMES

**EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO UTERINO: uma proposta de
intervenção para a Estratégia Saúde da Família**

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^a. Dra. Eliana Aparecida Villa.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra Eliana Aparecida Villa (orientadora)

Prof^a. Dra Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 10/06/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e pela fé inabalável;

Minha mãe por ser meu porto seguro, por confiar e acreditar em mim em todas as etapas da minha vida;

Meu pai pelos conselhos sensatos;

Minhas irmãs Jenny e Mennitey, que sempre me apoiaram e torceram por mim;

Aos meus amigos que sempre fizeram a caminhada mais leve e

A minha orientadora Eliana Aparecida Villa por toda paciência e compreensão.

"É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta."

Montaigne

RESUMO

Considerando que o câncer de colo de útero é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, passível de detecção precoce e de cura quando realizado o diagnóstico precoce, busca-se compreender o que leva a mulher à não adesão ao exame citológico. Deste modo, o estudo tem como objetivos analisar os motivos que influenciaram as mulheres a não realização do exame Papanicolaou, mesmo após iniciarem a atividade sexual e elaborar uma proposta de intervenção que visa melhorar a adesão das mulheres na realização do exame citopatológico do colo do útero. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica narrativa, na qual se buscou evidenciar os benefícios do exame de Papanicolaou para as mulheres assistidas em Unidades Básicas de Saúde, bem como as consequências e as causas da não adesão a esse procedimento. Os resultados apontam como possíveis causas da não adesão ao exame: aspectos socioeconômicos e culturais, constrangimento, vergonha, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo. Como consideração final, o estudo permitiu ressaltar que somente através da educação e da informação as mulheres começarão a compreender a respeito da importância da realização do exame como medida de prevenção e aceitar a sua realização.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Colposcopia. Prevenção.

ABSTRACT

Whereas cervical cancer is a cancer that has a high incidence rate and mortality amenable to early detection and cure when early diagnosis is made, we seek to understand what leads women to non-adherence to cytological examination. Thus, the study aims to examine the factors that influencing a group of women have never done a cytological exam even after initiation of sexual activity and develop a proposal for intervention to improve adherence of women in this procedure. For this was made a narrative literature, which aimed to highlight the benefits of the cytological exam for women attended in Basic Health Units as well as the consequences and causes of non-adherence to this procedure was performed. The results point to possible causes of non-adherence to the examination: socio-economic and cultural aspects, embarrassment, shame, poor level of information about the severity of the condition and the importance of preventive screening, as well as the simplest way to achieve the same. As a final consideration, the study allowed emphasize that only through education and information women begin to understand about the importance of the examination as a preventive measure and accept their accomplishment.

Keywords: Cervical Cancer. Prevention. Information.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	17
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
4.1 Promoção da saúde e Prevenção do câncer do colo de útero.....	22
4.2 Enfermagem na Prevenção do câncer do colo de útero.....	24
4.3 Possíveis motivos da não adesão de mulheres ao exame preventivo... 	25
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, ocorreu uma propagação dos serviços de saúde para todas as camadas da sociedade, pautadas nos princípios e diretrizes de universalização, descentralização, integralidade e hierarquização.

Este novo sistema previa, em todas as partes do país, a articulação de redes e serviços, voltados para resolver os problemas de saúde e o atendimento das necessidades da população através de ferramentas epidemiológicas e pela participação popular.

No entanto, desde que foi implementado na década de 90, o SUS passou por vários problemas de operacionalização, entre os quais se destacam:

A dificuldade de acesso aos exames e às consultas especializadas, e a ausência de mecanismo de comunicação e integração da APS com os demais níveis de complexidade do SUS. Tais resultados demonstram a necessidade de reformular as organizações e os equipamentos de saúde do SUS, criando condições para que estes aproximem cada vez mais dos seus usuários e comunidades (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p.2076).

O Programa de Saúde da Família surgiu como uma estratégia assumida pelo Ministério da Saúde cuja finalidade foi reorganizar o modelo assistencial brasileiro, que durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população.

Em 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692, que veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: “o Programa Saúde da Família – PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade” (SANTANA; CARMAGNANI, 2001, p.37).

Em 1994 foi publicado o documento “Programa Saúde da Família: dentro de casa” revelando que a implantação do PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994, p.10).

Esse Programa apresenta como objetivos específicos:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1994, p. 10).

O documento buscou reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, objetivando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A partir da formulação do Programa Agentes Comunitários de Saúde- PACS, a família tornou-se a unidade de ação programática de saúde, e não mais o indivíduo. Viana e Dal Poz (2005, p.230) descrevem que:

PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Faria *et al.* (2008) destacam que o PSF teve início com a criação dos PACS e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre as comunidades e os serviços de saúde.

De acordo com Rafael (2009, p. 45) o principal objetivo da criação da Estratégia da Saúde da Família foi:

Reorientar a APS com base nas necessidades básicas da população. Para tanto a estratégia é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis por territórios definidos e população adscrita. Além disso, possui como foco a transformação das práticas e dos profissionais que atuam nesta área, integrando o cuidado ao indivíduo como um sujeito partícipe da família e do meio social que o cerca.

Nesse período, eram dois os modelos de assistência em vigência no SUS: o tradicional e o da família, associado ao dos agentes. Porém, com remuneração diferenciada para o segundo, visando pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes (BERTOLLI, 2008).

Em 1996, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, que definiu uma nova forma de financiamento da Agência de Previdência Social- APS e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB). A NOB/ 96 incentivou os municípios a aderirem a proposta e fortaleceu a ESF, ampliando a implantação de equipes de saúde da família em várias regiões do país (RAFAEL, 2009).

Em 2000, foi criado o Departamento de Atenção Básica (DAB) e em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), qualificando a APS e estruturando ainda mais a ESF. Este conjunto de ações demonstrou a importância que o MS vem dispensando à ESF, com mobilização das várias instâncias envolvidas na sua implantação (BERTOLLI, 2008).

Deve-se destacar que apesar dos entraves e desafios, a ESF permanece como norteadora da APS por favorecer a resolução dos problemas de acordo com as necessidades do território de abrangência (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, que define os valores de repasse do governo federal para o municipal, voltados para o incentivo da ESF. A Política propõe que as equipes sejam compostas minimamente pelos seguintes profissionais: quatro a doze agentes comunitários de saúde, um auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2006).

De acordo com Santos (2011, p.17) a Estratégia Saúde da Família:

Propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços da saúde, para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidades assistenciais. Assume o compromisso de prestar assistência, acima de tudo resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma apropriada.

Costa, Trindade e Pereira (2010, p.6) assinalam que:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida há alguns anos no setor, nascido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser um modelo assistencial com enfoque no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional, determinado pela produção do cuidado a saúde, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo e resolução, e orientando-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Ministério da Saúde recomenda que os serviços de saúde estejam organizados para disponibilizar uma unidade básica de saúde sob o modelo tradicional da assistência para cada 30.000 habitantes, enquanto que em unidades com a ESF, sejam cobertos até 12.000 pessoas. Esta proposta de assistência tem como objetivo oferecer serviços com mais qualidade e sob aspectos mais amplos (BRASIL, 2006).

Deve-se ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza a realização de educação permanente, com a finalidade de impactar de maneira positiva sobre os indicadores de saúde, transformando o fazer profissional, numa nova metodologia que visa à reflexão do profissional sobre sua própria prática, buscando sempre uma transformação através do processo participativo que deve ocorrer entre toda a equipe. Percebe-se, dessa maneira, as causas dos problemas, por meio da abordagem de múltiplas dimensões do processo de trabalho, como os aspectos organizacionais, técnicos e humanos, indo de encontro aos interesses coletivos e institucionais, respeitando tanto a singularidade dos sujeitos quanto o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006).

Dando continuidade às mudanças no setor saúde e, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade do governo, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos

direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

A situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, pela sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e por outras variáveis como: raça, etnia e situação de pobreza. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente (BRASIL, 2004).

A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos, pois segundo estudos verificou-se que:

Mulheres analfabetas e com até ensino fundamental incompleto representaram 70,9% da amostra estudada. Segundo uma revisão sistemática sobre os determinantes e cobertura do exame Papanicolaou, a não realização do exame, e consequentemente o não tratamento das lesões precursoras, esteve associada à baixa ou alta idade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e cor parda. A incidência do câncer do colo do útero é mais frequente em mulheres de classes sociais mais baixas e com menor nível de escolaridade, confirmando os achados deste estudo (MASCARELLO *et al.*, 2012, p. 420).

De acordo com Ponobianco *et al.* (2012) o INCA informa que, apesar de o acesso ao exame preventivo (teste de Papanicolaou) ter aumentado no Brasil, não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade devido ao câncer do colo do útero, porque em muitas regiões o diagnóstico ainda é feito em estádios avançados da doença.

As estratégias de prevenção e controle do câncer de colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a incidência, a mortalidade 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. Nesse sentido, o retardo no diagnóstico ocasiona tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e toda sua família, os custos com internações e utilização de medicamentos e, conseqüentemente, eleva os índices de mortalidade por esse tipo de câncer (PONOBIANCO *et al.*, 2012).

Para alcançar esses objetivos, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o Programa Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do Útero e Mama. Segundo Campos (2009) esse programa foi criado para impedir o avanço da doença no Brasil.

Ou seja, o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do Útero e de Mama foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004). As diretrizes e estratégias do Programa Viva Mulher foram:

- Articular e integrar uma rede nacional e consolidar uma base geopolítica gerencial do programa;
- Motivar a mulher brasileira a cuidar da sua saúde e articular uma rede de comunicação com a mulher;
- Reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde e redimensionar a oferta real de tecnologia para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero, definindo mecanismos de financiamento da rede; e
- Melhorar a qualidade de atendimento à mulher e informar, capacitar e reciclar recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer de colo do útero, de forma continuada nos diversos níveis (BRASIL, 2004, p.....).

Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2002).

Atualmente no Brasil o controle do câncer do colo do útero é considerado uma das prioridades em saúde pública. A Presidente da República, Dilma Rousseff, anunciou em 22 de março de 2011, o Plano para o Fortalecimento das ações de Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, tendo como

objetivos prioritários garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade para as mulheres de 25 a 64 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero (CORRÊA; RUSSOMANO, 2012).

Para que esses objetivos sejam alcançados realizou-se a atualização das diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esse documento resultou de um processo de cerca de um ano de trabalho, buscando-se evidências científicas válidas, com análise crítica e oficinas de trabalho com cerca de 40 especialistas vinculados a sociedades médicas, universidades e unidades públicas de saúde e de pesquisa, coordenados por representantes do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Associação Brasileira de Patologia do trato Genital inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (INCA, 2011).

As diretrizes recomendam que o planejamento das ações de intervenção e controle do câncer do colo de útero persista no rastreio citológico e, posteriormente, na confirmação diagnóstica, seguimento ou tratamento das lesões eventualmente encontradas (INCA, 2011).

Para Corrêa e Russomano (2012) no âmbito mundial, a OMS recomenda que a vacinação rotineira contra HPV seja incluída nos programas nacionais de imunização, contanto que a prevenção do câncer do colo do útero e de outras doenças relacionadas ao HPV represente uma prioridade em saúde pública.

A partir de março de 2014, a vacina contra o HPV entrou definitivamente no calendário nacional de imunizações e passou a ser ofertada às meninas de 11 a 13 anos. Até o momento parece ser uma unanimidade os benefícios da vacina que destina-se a prevenir o HPV, ligado à quase totalidade do câncer do colo do útero (COLLUCI, 2014).

A implantação da vacina seguirá o seguinte esquema:

Quadro 1- Implantação da Vacina HPV

ANO	POPULAÇÃO ALVO
2014	<ul style="list-style-type: none"> •Adolescentes do sexo feminino com idade entre 11 e 13 anos completos • Indígenas do sexo feminino com idade entre 11 e 13 anos

	completos
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes do sexo feminino com idade entre 9 e 11 anos completos • Indígenas do sexo feminino com idade entre 9 e 11 anos completos
2016 em diante	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes do sexo feminino com 9 anos completos • Indígenas do sexo feminino com 9 anos completos

Fonte: Brasil, 2013.

O objetivo da vacina não é substituir o exame de Papanicolaou e sim favorecer para o enfrentamento da situação. Os resultados da vacina só serão notados após alguns anos de utilização. O exame de Papanicolaou deve, portanto, ser uma prática constante oferecida às mulheres.

2 OBJETIVOS

Realizar uma revisão bibliográfica sobre as possíveis causas da não adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer de colo do útero

Elaborar uma proposta de intervenção que visa melhorar a adesão das mulheres na realização do exame citopatológico do colo de útero.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica narrativa, onde se buscou evidenciar os benefícios do exame de Papanicolaou para as mulheres assistidas em Unidades de Saúde da Família e também os malefícios da não adesão desse procedimento.

A pesquisa retrata a situação do câncer do colo do útero no país e no mundo, e busca conceituar a doença, como meio de se entender os males que um diagnóstico tardio pode proporcionar às mulheres acometidas.

O trabalho se direciona para a relação entre o câncer do colo do útero e o HPV, por isso, busca-se entender o desenvolvimento desse vírus, e também apresentar os novos meios de prevenção adotados pelo Ministério da Saúde.

O trabalho partiu de uma pesquisa bibliográfica criteriosa, onde se usou como descritores os seguintes termos: “Câncer do colo do útero”; “Prevenção”; “colposcopia”. Esses descritores foram utilizados como elementos de busca na consecução da pesquisa.

A pesquisa foi feita nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico e no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram rastreadas 50 obras. Destas, foram utilizadas no trabalho, apenas aquelas que apresentavam textos elucidativos em consonância com o objetivo deste estudo e atuais.

O plano de intervenção foi desenvolvido através de dados relacionados com a ESF e a prevenção do câncer do colo do útero, enfatizando o papel do enfermeiro nesta atividade.

O trabalho está todo voltado para a importância da prevenção do câncer do colo do útero e para o entendimento da não adesão de muitas mulheres ao exame preventivo. Enfatizando a prevenção do HPV, através do uso de camisinha, e da importância do exame de Papanicolaou.

4 REFERÊNCIAL TEÓRICO

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna, que fica localizado no epitélio da cérvix uterina, oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Isso pode ocorrer em um período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006 a).

O câncer do colo uterino apresenta-se como importante problema de saúde pública mundial, principalmente nas regiões menos desenvolvidas, as quais apresentam 83% dos coeficientes totais de incidência e 86% da mortalidade. Para o ano de 2015, são esperados em todo o mundo 320.000 novos casos, saltando para 435.000 em 2030 (MASCARELLO *et al.*, 2012).

Se não forem considerados os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região norte (24/100.000), seguido pelas regiões centro-oeste (28/100.000) e nordeste (18/100.000) onde ocupa a segunda posição, e pelas regiões sudeste (15/100.000) e sul (14/100.000) onde aparece na terceira e quarta posição, respectivamente, acompanhando o perfil socioeconômico de cada região (INCA, 2011).

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. 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 (10% dos casos) (INCA, 2011, p 1).

Prosseguindo, ainda de acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011, p.1):

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

“O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais” (INCA, 2011, p.2).

A infecção pelo HPV é muito comum e a incidência anual é de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero. Conclui-se, portanto, que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino (INCA, 2010).

A carcinogênese induzida por HPV é um processo multifatorial envolvendo vários estágios sequenciais de expressão aberrante de genes celulares e virais. Na infecção por HPV produtiva, o DNA viral permanece em estado episomal e há repressão da atividade das duas oncoproteínas mais importantes, E6 e E7. Nas lesões pré-neoplásicas e no câncer, o DNA viral se integra ao genoma da célula humana. Com a integração do DNA viral ao genoma do hospedeiro, o vírus reprograma o DNA das células infectadas desencadeando a produção de oncoproteínas virais (RODRIGUES; MELO, 2012, p. 530).

Os fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como: baixas condições socioeconômicas, atividade sexual precoce, pluralidade de parceiros sexuais, tabagismo, infecção sexualmente transmitida; como papiloma vírus humano, hábitos de higiene precários, entre outros; são alguns fatores de risco, para o desenvolvimento de lesões intra-epiteliais e carcinomas invasivos (PESSINI; SILVEIRA, 2006).

Quanto mais rapidamente for diagnosticada a doença, maior é a chance de recuperação da mulher e menores serão as complicações no tratamento. A principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo HPV está presente em 90 % dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença (INCA, 2008).

O controle do câncer de colo do útero depende essencialmente de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce da doença, e para tal, a educação em saúde funciona como pedra angular sobre a qual se apoiam todas essas ações (BRASIL, 2006).

Para o controle do câncer do colo do útero, o direito à informação e a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde são questões centrais, a serem garantidas mediante ações intersetoriais que elevem o nível de escolaridade e a renda da população, bem como qualifiquem o Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2011).

Dessa maneira, o amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada território deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis. O INCA desenvolve ações de informação e comunicação em saúde, que podem subsidiar os enfermeiros na elaboração de iniciativas nesta área.

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010) quando a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) não for adequadamente tratada, torna-se um forte fator de risco para o desenvolvimento da patologia que é também associada a outros cofatores como, por exemplo; exposição ao agente infeccioso da *Chlamydia trachomatis* e da imunodeficiência adquirida, tabagismo, uso de contraceptivos orais por longo tempo e a multiparidade.

De acordo com Carvalho e Queiroz (2010) para que o exame de Papanicolaou traga benefícios no que diz respeito à prevenção do câncer do colo de útero, devem ser observados várias etapas e procedimentos a ele relacionados, desde a coleta do material até os resultados e encaminhamentos.

A gestão da qualidade e eficiência do exame deve obedecer a um rigoroso controle laboratorial, treinamento permanente de profissionais e sistema de comunicação do resultado, visando o impacto positivo esperado. Deve-se ressaltar que o diagnóstico precoce é fundamental, porém, conforme atestam Melo *et al.*, (2012, p.390):

Tem como entraves a baixa capacitação dos profissionais, dificuldades de absorção da demanda e das gestões na definição do fluxo assistencial hierarquizado em diferentes níveis de atenção e sistemas de referência.

Além disso, a doença e as reações à cirurgia, quimio e radioterapia muitas vezes comprometem física e psicologicamente a mulher, agredindo-a, fragilizando-a e levando-a a distorções da sua identidade e imagem femininas, trazendo também sofrimento a seus familiares em virtude da insegurança e temor, decorrentes da condição vivida. Dessa maneira, quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas (MELO *et al.*, 2012).

4.1. Promoção da Saúde e prevenção do câncer de colo de útero

Rouquayrol; Goldbaum (1999) definem prevenção em Saúde Pública como uma ação antecipada, que tem por objetivo interceptar ou anular a evolução da doença. Estes autores ainda apresentam a prevenção como ações abrangentes, no sentido de que estas ações, antes de serem técnicas, educativas, deveriam se dar no palco das decisões político-econômicas, por entenderem que as ações dos profissionais de saúde se tornam mais eficientes a partir do momento em que as situações sociopolítico-econômicas estejam de acordo com as necessidades das comunidades envolvidas.

A prevenção do câncer de colo do útero deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou. Os programas de prevenção clínica e educativa podem esclarecer sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, sobre as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida, não só para esse tipo de câncer, como para os demais (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005)

No que diz respeito à vacina contra HPV até o momento foram desenvolvidas e registradas duas vacinas. Esse tipo de vacina previne contra a infecção por HPV. Uma dessas vacinas é quadrivalente, ou seja, previne contra quatro tipos de HPV: o 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero, e o 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais. A outra é bivalente, específica para os subtipos HPV 16 e 18 (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde adotou para a vacinação de 2014, a quadrivalente, que confere proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. A vacina funciona estimulando a produção de anticorpos específicos para cada tipo de HPV. A proteção contra a infecção vai depender da quantidade de anticorpos produzidos pelo indivíduo vacinado, a presença destes anticorpos no local da infecção e sua persistência durante um longo período de tempo (BRASIL, 2014).

A vacina contra HPV tem eficácia comprovada para proteger mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual e, por isso, não tiveram nenhum contato com o vírus. A vacina estará disponível nos postos da rede pública durante todo o ano, como parte da rotina de imunização. O Ministério da Saúde, no entanto, está incentivando as secretarias estaduais e municipais de saúde que promovam, em

parceria com as secretarias de educação, a vacinação em escolas públicas e privadas. Para orientar esta mobilização, já foi distribuído informe técnico aos estados e municípios e, em fevereiro, inicia a capacitação a distância aos profissionais de saúde e professores (BRASIL, 2014).

O exame preventivo ou Papanicolaou é uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico (BRASIL, 2006).

Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical (BRASIL, 2006).

As células do material coletado são colocadas em uma lâmina transparente de vidro, fixadas com álcool a 96% (considerado mundialmente como o melhor fixador para os esfregaços citológicos), coradas e levadas a exame ao microscópico, na qual, o profissional capacitado poderá distinguir entre o que são células normais, pré-malignas e malignas (BRASIL, 2006).

Para a realização do exame e garantia de qualidade dos resultados a mulher deve ter como recomendações:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame; e
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguarda o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada (BRASIL, 2006).

Observa-se que uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação (BRASIL, 2006).

4.2. A Enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes (ROCHA;ALMEIDA, 2000, p.97).

A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (CAVALCANTI, 2004).

As ações preventivas em saúde devem basear-se em princípios que norteiam toda a elaboração de programas preventivos em saúde. Esses princípios devem ser adotados por profissionais de qualquer área da saúde que atuam na assistência à mulher, a criança e os adultos. Em enfermagem, esses princípios estão diretamente relacionados às atividades assistenciais, educativas e de pesquisa exercida pelo enfermeiro (TAVARES; PRADO, 2006).

A prevenção do câncer de colo do útero está baseada no rastreamento da população, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento. Esta população é constituída por todas as mulheres que apresentam probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelo exame citológico (TAVARES; PRADO, 2006). Desse modo, um elemento essencial neste aspecto é a questão da cobertura da população em relação à prevenção.

Muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por diversas razões, como será visto adiante, neste sentido, a enfermagem possui um papel importante na educação das mulheres no que diz respeito à adesão ao exame preventivo, como processo de autocuidado e prevenção em saúde (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Para Pinho (2003), o sucesso do rastreamento do câncer uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades de acesso e utilização dos serviços preventivos.

Em países como o Brasil, onde os recursos financeiros são restritos, a solução não está na implementação de técnicas avançadas, mas, sim, na medicina preventiva, ou seja, educação em saúde. Ou seja, as ações de prevenção não recebem atenção que as caracterizem como ações educativas, isso se deve à falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e à falta de definições dos serviços de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado (INCA, 2008).

A prevenção do câncer de colo de útero é uma atividade inerente às equipes de Saúde da Família, definida como estratégica no Pacto pela Vida, publicado através da Portaria nº 399/06 do Ministério da Saúde e assumida formalmente por gestores municipais (BRASIL, 2006).

Educar o paciente e sua família é parte integrante e fundamental do tratamento do câncer, e outras patologias, em especial considerando-se os bolsões de pobreza e miséria, acompanhados de níveis precários de educação escolar, que levam à desinformação e à dificuldade de acesso a serviços de saúde em muitas regiões do Brasil (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

É importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas de outros fatores, dentre eles a educação em saúde. A Estratégia Saúde da Família conta com o profissional enfermeiro atuando não somente na colheita citológica, mas, especialmente, na promoção da saúde. O enfermeiro é um educador em saúde por excelência e está preparado para atuar na dimensão do cuidar, incluindo aí, a prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero (INCA, 2008).

4.3. Possíveis motivos da não adesão de mulheres ao exame preventivo

A atitude da mulher em relação à realização do exame preventivo é determinante para a incidência do câncer cervical. Muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por algumas possíveis razões: aspectos socioeconômicos e culturais, constrangimento, vergonha, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Dados interessantes a respeito da não adesão das mulheres ao exame preventivo podem ser encontrados nas pesquisas de Greenwood, Machado e Sampaio (2006) que se voltaram para os motivos que levaram algumas mulheres a não retornarem às unidades de saúde para buscar o resultado do exame Papanicolaou. Este se constitui como um grave problema, pois além do desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, o objetivo do Papanicolaou, ou seja, a prevenção do câncer do colo uterino, não é alcançado. Neste estudo as autoras concluem que os motivos podem ser construídos em três categorias: motivos relacionados à mulher, motivos relacionados ao profissional e motivos relacionados ao serviço. Nos motivos relacionados à mulher podem ser destacados: dificuldades financeiras e de locomoção; o esquecimento ou a falta da ficha de retorno e motivos de viagem.

No que diz respeito aos motivos relacionados ao profissional destaca-se a falta de atenção do médico e dos demais profissionais de saúde. Por isso enfatizam que:

A maneira como o profissional atende a paciente deve ser constantemente avaliada. Portanto, é importante que a mulher que recebe o atendimento expresse suas percepções em relação a ele, disponibilizando subsídios para que essa avaliação ocorra. Estabelecer relacionamentos com os pacientes concorre para desenvolver sentimento de responsabilidade no profissional de saúde, bem como aprimorar os resultados do tratamento e a adesão a ele, elevando, assim, o grau de satisfação do paciente e a realização do profissional (GREENWOOD, MACHADO; SAMAPAI, 2006, p. 507).

No tocante aos motivos relacionados ao serviço, destacam-se: greve de funcionários; dificuldade em conseguir novo atendimento, quando, por algum imprevisto, a mulher não pode comparecer na data marcada; a longa espera para o atendimento ou marcação de uma consulta e a indisponibilidade de recursos materiais e humanos; falha na comunicação entre funcionário do serviço de saúde e paciente. Dessa maneira, de acordo com Greenwood, Machado e Sampaio (2006, p.508):

É importante que o serviço de saúde reflita sobre sua realidade de atendimento, a fim de promover estratégias que aperfeiçoem a qualidade e, conseqüentemente, a resolutividade de sua atuação. Nesse processo, é imprescindível que haja constante reavaliação do atendimento oferecido, e não somente ordens a serem cumpridas.

Thum *et al.* (2008) apontam que os motivos apresentados para a não realização do exame são: vergonha ao expor seu corpo, fazendo com que a mulher se sinta constrangida por ter seu órgão genital exposto e manipulado; medo de sentir dor e desconforto; medo de receber resultado positivo para o câncer; dificuldade de marcação de consulta; não apresentar queixas ginecológicas; o exame não ser solicitado pelo médico; descuido por parte da mulher e ainda por desconhecerem a respeito da importância do exame. Essas problemáticas vivenciadas pelas mulheres, muitas vezes, independente da classe social, grau de instrução e idade, contribuem para elas não considerarem o exame como um procedimento rotineiro e necessário.

Ferreira (2009) conclui seus estudos pontuando que as mulheres não aderem ao exame preventivo pelos seguintes motivos: desconhecimento do câncer de colo uterino, da técnica e da importância do exame preventivo; sentimento de medo na realização do exame; medo de se deparar com resultado positivo para câncer; sentimentos de vergonha e constrangimento; dificuldades para a realização do exame (dificuldades de acesso ao serviço- para pessoas que moram longe das unidades de saúde).

Fernandes *et al.* (2009) assinalam em sua pesquisa que, muitas são as barreiras para a realização do exame Papanicolaou, onde se destacam: o medo, o desconforto, a desinformação a cerca do exame e da doença. Entretanto, segundo os autores algumas estratégias podem ser utilizadas na tentativa de melhorar a adesão ao exame, como por exemplo a reorganização dos serviços de saúde para melhor atendimento às mulheres, a prestação de atendimento humanizado e individualizado e o oferecimento de informação de qualidade sobre o câncer do colo de útero e sua prevenção.

De acordo com Moura *et al.* (2010) tratando-se de ESF, vários estudos revelam que a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou está diretamente relacionada com o vínculo das mesmas com a equipe de saúde. Por isso, o profissional enfermeiro, deve manter uma postura constante de sensibilização e acolhimento para com as mulheres, pois só assim elas continuarão procurando fazer o exame.

Os estudos de Jorge *et al.* (2011) apresentam os seguintes resultados em relação à não-adesão das mulheres ao exame preventivo: muitas mulheres o consideram um exame que causa incômodo, vergonha e medo; um exame que

causa expectativa quanto ao resultado, pois o câncer ainda é uma doença que tem conotações negativas. Os autores complementam que:

Esses sentimentos podem ser externados e vivenciados pela mulher de forma singular, conforme a visão de mundo de cada uma, podendo ser apreendidos como uma sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o corpo que a própria posição ginecológica proporciona (JORGE *et al.*, 2011, p.2.444).

Jorge *et al.* (2012) em pesquisa desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF), de Caio Prado, distrito de Itapiúna, Ceará-Brasil concluíram que as mulheres deste estudo possuíam baixa escolaridade e baixa renda familiar, fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino. De acordo com os autores:

As falas evidenciaram que os fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou estavam relacionados à preferência por ervas medicinais, aos aspectos sociais e individuais, percebendo, portando, a necessidade de intervenção dos gestores e profissionais na comunidade, a fim de desmistificarem, através da educação em saúde tais barreiras que interferem na realização do exame, contribuindo para a redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino (JORGE *et al.*; 2012, p. 611).

Para Oliveira *et al.* (2012), apesar da maioria das mulheres saberem qual a doença que o exame Papanicolaou previne, nota-se uma ausência preocupante de conhecimento sobre vários aspectos da doença, tal fato pode estar relacionado com o diagnóstico tardio, por isso, a importância do diagnóstico precoce deve ressaltada e tendo maior probabilidade de ocorrer, se houver conhecimento prévio sobre o assunto, principalmente no que diz respeito às chances de cura da doença. Muitas mulheres têm medo de receber um diagnóstico de câncer, por não saberem que em estágio primitivo, o câncer pode ser curável.

Observa-se que grande parte dos autores pesquisados tem os mesmos resultados em relação a não adesão de muitas mulheres ao exame: medo, insegurança, desconhecimento, constrangimento, vergonha, etc. Acredita-se que esse é um problema cultural e educativo.

De acordo com Souza e Borba (2008), as características socioculturais interferem na realização do exame citológico. Fatores como o preconceito, crenças e tabus que permeiam a prática do exame podem dificultar a adesão das mulheres ao exame.

Perante essa premissa, vê-se a relevância da educação em saúde como a principal aliada das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na prevenção do câncer do colo do útero em prol de mudanças de atitudes das mulheres frente a esse sério problema de saúde pública. Por isso a ESF vem desenvolvendo ações de prevenção e promoção à saúde do indivíduo e comunidade, tendo em suas atividades a educação como referência.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

A seguir será apresentado um Plano de Intervenção voltado para o esclarecimento das mulheres que usam as Unidades de Saúde, sobre a importância da prevenção do câncer de colo de útero. Para tanto, elaborou-se um plano operativo com ações específicas e prazos.

Quadro 1 – Plano operativo: ações específicas e prazos

Operações/ projetos	Produto	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Facilitar o entendimento da população feminina da importância do rastreamento do câncer do colo do útero.	Disponibilizar o grupo após as consultas para orientar sobre o rastreamento da doença	Implantar o grupo de orientações sobre o rastreamento do câncer do colo do útero	Todos os membros da equipe	Janeiro 2014
Capacitar toda a equipe sobre as informações a respeito do rastreamento.	Treinamento dos Agentes Comunitário de saúde sobre como orientar a população a respeito da prevenção do câncer do colo do útero.	- Estruturar práticas educativas sobre o exame preventivo ou papanicolaou; -Elaborar roteiro para discussão sobre o tema com ACS, buscando a participação destes, de modo a expressarem o seu conhecimento sobre o tema; Complementar a discussão com apresentação em multimídia sobre os aspectos a serem destacados. - Discussão em grupo com	Enfermeiro e médico	Fevereiro 2014

		esclarecimento de dúvidas.		
	Treinamento do Técnico de enfermagem sobre como orientar a população feminina para o exame preventivo.	Elaborar roteiro para discussão junto ao técnico de enfermagem sobre o tema: exame papanicolaou; -Complementar a discussão com apresentação em multimídia sobre os aspectos a serem destacados. - Discussão e esclarecimento de dúvidas.	Enfermeiro e médico	Fevereiro 2014
Conscientizar a população sobre a importância do controle e precaução do HPV na prevenção do câncer do colo do útero	Orientação sobre importância do controle do HPV nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde	- Orientar a população da importância do controle e prevenção do HPV e as consequências do mesmo; -Entregar material explicativo para a população sobre a prevenção e cuidado do HPV.	ACS	Fevereiro a Dezembro 2014
	Orientação sobre os perigos do HPV para a saúde.	- Estruturar práticas educativas para mulheres e homens sobre o HPV; Confeccionar cartazes com os aspectos serem destacados; - Exposição dos cartazes na unidade de saúde.	-Enfermeiro e médico	Março 2014
Encorajar a população feminina a realizar	Discussão e Orientação sobre a	- Discussão em grupo de no máximo 10 pessoas sobre dúvidas e dificuldades		Abril 2014

exame de Papanicolaou	importância do exame para a detecção do câncer do colo do útero em estágio precoce, o que facilita o prognóstico de cura.	encontradas para realização do exame de Papanicolaou; - Apresentar vídeo informativo sobre os benefícios do exame; - Fazer discussão para tirar dúvidas e atualizar novos conhecimentos.	Enfermeiro e médico	
Elaborar e apresentar práticas educativas que estimulem as adolescentes a tomarem a vacina anti-HPV	Discussão e Orientação sobre os benefícios do uso da vacina.	- Apresentação em multimídia sobre o uso da vacina, para a saúde da mulher. - Fazer discussão para tirar dúvidas e atualizar novos conhecimentos.	Enfermeiro e médico	Maio 2014

Deve-se destacar que todo Plano de Intervenção requer monitoramento e avaliação. Pois, por meio do monitoramento, pode-se fazer uma coleta sistemática e uma análise da informação de como o Plano está progredindo. Ou seja, é um poderoso auxílio na manutenção do trabalho em sua linha geral, além disso, possibilita que sejam identificadas as possíveis mudanças que o Plano possa vir a requerer.

Já a avaliação é a comparação do real impacto do projeto em relação ao planejamento estratégico. Apura o que foi formulado para ser realizado com o que foi feito e como isso foi alcançado. Para este tipo de Plano pode-se adotar a avaliação formativa, isto é, aquela que vai sendo elaborada ao mesmo tempo em que o projeto ocorre, objetivando a melhoria da estratégia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou conhecer, por meio da literatura, os motivos que influenciam as mulheres a não realizarem o exame preventivo do câncer de colo de útero, uma vez que ao conhecer esses fatores pode-se começar a definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da população feminina.

Observou-se que a transformação só será possível por meio das mudanças no modo de vida e de pensar de muitas mulheres. Para tanto, as medidas educativas são extremamente importantes, para que a prevenção do câncer do colo do útero seja fundamenta para a qualidade de vida das mulheres.

Constatou-se também que a não adesão das mulheres ao exame preventivo está ligado a fatores como a vergonha, o medo, a ansiedade, o desconhecimento, etc. Esses fatores contribuem como obstáculos para um comportamento preventivo dificultando o estabelecimento de ações eficazes no sentido da prevenção.

Baseando-se nas pesquisas foi montado um plano de ação com o objetivo de criar mecanismos que possam facilitar o acesso dessas mulheres a esse tipo de procedimento, através da informação, educação e quebra de tabus.

Acredita-se que cabe ao profissional de enfermagem ser um facilitador, atuando com envolvimento, com respeito à privacidade, á intimidade, ao direito da mulher, levando-a conhecer e poder conversar sobre o câncer do colo de útero e sobre a importância da sua prevenção.

Conclui-se que as ações educativas são imprescindíveis para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

REFERÊNCIAS

BERTOLLI, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BRASIL- Fundação Nacional de Saúde **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília. Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. 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**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer - INCA. Custo efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.

_____. Portal Brasil. Campanha de Vacinação contra HPV. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministro-da-saude-faz-pronunciamento-sobre-vacinacao-contrahpv>. Acesso em: 16 de maio de 2014.

CAMPOS, S. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher** (2009). Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/24919>. Acesso em: 15 de maio de 2014.

CARVALHO, M.C.M.P.; QUEIROZ, A.B.A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.14, n.3, p. 617-24, 2010.

CAVALCANTI, S. M. B. **A atuação do enfermeiro da estratégia da saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino**. 2004. 74p. Monografia (especialização em saúde da família)- Escola de formação em saúde da família- Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral CE. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/michele_ispo.pdf#search=%22jun. Acesso em: 12 agosto de 2014.

COLLUCI, Cláudia. **Os senões da vacina contra o HPV** (2014). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2014/01/1403702-os-senoos-da-vacina-contrao-hpv.shtml> Acesso em: 7 de maio de 2014.

CORRÊA, F.M; RUSSOMANO, F.B. Novas Tecnologias de Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Quem de Fato se Beneficia? **Revista Brasileira de Cancerologia** v.58, n.3, p. 525-527 525, 2012.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M A.N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**. v. 11, n. 11, p. 27 – 33, 2010.

CRUZ, L.M. B; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.** v.17, n.2, p. 120-31, 2008.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Publ.** v. 43, n. 5, São Paulo: 2009.

FERREIRA, M.L.S. Motivos que influenciam a não-realização do Exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres.**Rev Enferm** v. 13, n.2, p. 378-84. 2009.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO; M.F.A.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber resultado de exame Papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem** .v.14, n.4, p.503-9, 2006.

HACKENHAAR, A; CESAR, J; DOMINGUES, M. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev bras epidemiol.** v. 9, n.1, p.103-11, 2006.

HEIMANN, L. S. ; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.*et al.* **Saúde e Democracia-História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 628 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Câncer no Brasil**: dados dos registros de base populacional, vol. IV. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 487 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- (Brasil) **Programa Nacional de controle do câncer do colo do útero.** (2010) Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF Acesso em: 15 de maio de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

JORGE, R.J.B. et al. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.5, p. 2443-2451, 2011.

JORGE, R.J.B. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. **Rev Rene**. v. 12, n. 3, p. 606-12, 2011.

MARTINS, L; THULER, L; VALENTE, J. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 27, n.8, p. 485-92, 2005.

MASCARELLO, K.C et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 3, p. 417-426, 2012.

MELO, M.C.S. et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n.3, p. 389-398, 2012.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.8, p. 2071-2085, 2012.

MOURA, A. D. A et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista RENE**. v., 11, n. 1, p. 94-104, 2010.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. (01/04/00) Disponível em: www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm. Acesso em 20 de abril de 2014.

OLIVEIRA, M., et al. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer de colo do útero na concepção de usuárias da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae . Acesso em: 19 de abril de 2014.

OLIVEIRA, M.A. et al. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. **Rev. Enf. Ref.** v. serIII n.7 Coimbra jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)- OPAS. **Carta de Ottawa**. Brasília: 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2014.

PESSINI, S; SILVEIRA, G. Câncer Genital Feminino. In: DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.: GIUGLIANI, E., editores. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006.

PINHO, A. A. Cobertura e motivos para a realização do teste de Papa Nicolau no município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 303-313, 2003.

PONOBIANCO, M.S. et al. Mulheres com Diagnóstico Avançado do Câncer do colo do útero: Enfrentando a Doença e o Tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n.3, p. 517-523 517, 2012.

RAFAEL, R.M.R. **Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino**: uma análise mediada pelo Modelo de Crenças em Saúde e sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Tereza Miranda Soares de Moura. Rio de Janeiro 2009.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

RODRIGUES, A.N; MELO, A.C. Perspectivas no Tratamento do Câncer do Colo do Útero: explorando o Bloqueio da Sinalização. **Revista Brasileira de Cancerologia** v. 58, n.3, p. 529-532, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z. & GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5^a ED. RIO DE JANEIRO: MEDSI, 1999. 660 p.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. v. 10, n. 1, p.33-53, 2001.

SANTOS, E.P. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

SOUZA, A.B.; BORBA, P.C. Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia saúde da família do município de Assaré. **Cad. Cult. Ciênc**. v.2, n. 1, -p. 36-45, 2008.

TAVARES, C; PRADO, M. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n.4, p. 578-86, 2006.

THUM, M.; et al. Câncer do colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saúde**. v. 7, n. 4, out./dez. Maringá: 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.225- 264, 2005.