

A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA EM UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

* Izaura Lopes de Godoy

RBEEn/10

GODOY, I.L. — A participação da enfermeira em um programa de prevenção de câncer cérvico-uterino. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 29 : 85-95, 1976.

1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui, ainda um grande desafio para as autoridades sanitárias. A prevenção, a cura e a reabilitação do enfermo dependem de inúmeros fatores, tais como, a possibilidade de prestação de serviços adequados, a colaboração dos recursos humanos devidamente treinados e o grau com que os indivíduos, as famílias e as comunidades, ao solicitar os serviços, o façam de maneira oportuna e conveniente, colaborando conscientemente na aplicação das medidas tendentes a elevar seus atuais níveis de saúde. O controle do câncer cervical muito especialmente, requer esforços contínuos e coordenados de muitos elementos da comunidade.

A enfermeira deve estar consciente de que o câncer exige, não somente conhecimentos técnicos, como também uma grande dose de compreensão para o que

ele representa no envolvimento da situação psicossocial.

As ações educativas relativas ao controle do câncer ginecológico devem ser orientadas de modo a estimular o envolvimento da população alvo no desenvolvimento do programa.

Estas considerações deverão ser analisadas anteriormente à implantação do programa, a fim de ajustar-se, como rotina nas atividades dos serviços de saúde, ao controle do câncer cérvico-uterino.

2. DESAFIOS DO CÂNCER

Providenciar uma melhor assistência ao controle do câncer, a fim de se evitar, quanto possível, a ocorrência dos processos neoplásicos malignos; contribuem para a reabilitação dos casos tratados, bem como tornar viável qualquer ajuda nos casos incuráveis — deverá constituir, para a enfermeira, um desafio extrema-

* Enfermeira Supervisora da Fundação Serviços de Saúde Pública, em Brasília — Distrito Federal.

mente gratificante tanto profissional como pessoalmente.

A enfermeira, face às funções que tem de desempenhar, deverá ter em sua formação básica sólidos conhecimentos que lhe possibilitem uma atuação positiva no campo de saúde pública. Esses conhecimentos se estendem, entre outros, às ciências sociais, técnicas de comunicação e princípios de didática aplicáveis na enfermagem de saúde pública.

A educação pública é uma grande defensora contra o câncer — não só contra o seu desenvolvimento sem que seja detectado como também contra o temor e a falta de compreensão os quais constituem um dos maiores obstáculos contra o tratamento.

Cada enfermeira passa a constituir-se em um membro oficial ou não oficial de um programa de controle de câncer da comunidade em que ela atua, servindo não somente como fonte de informação sobre a doença, como também influenciando seus pacientes, suas famílias e o público, tentando modificar atitudes e sua conduta a fim de motivá-los para um diagnóstico precoce e tratamento imediato.

3. AÇÕES EDUCATIVAS

De acordo com o que informa a Sociedade Americana do Câncer, pode-se admitir que, entre três pessoas com câncer, uma poderá ser curada.

Entretanto, muitas deverão morrer de câncer, desnecessariamente, porque os novos métodos de diagnóstico e tratamento, que poderiam salvá-las, não estarão ao seu alcance.

Observa-se que, através dos anos, tem-se evidenciado um número crescente de incidência e morte por câncer. Fatores que justificam esse aumento incluem o crescimento acelerado da população, ampliação da expectativa de vida, o aperfeiçoamento dos métodos de diagnósti-

cos e a elevação do padrão de vida da população à procura de recursos específicos.

As ações educativas relativas ao controle do câncer exigem esforços contínuos e coordenados da equipe de saúde e de elementos da comunidade. Muitos são os fatores humanos que interferem seriamente na abordagem desse problema, como as crenças e tabus em relação às causas do câncer, variando com o nível sócio-econômico e cultural da comunidade.

4. DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO

No Brasil, um país com grande dimensão territorial e com uma população feminina fértil que ultrapassa os 21% do total de habitantes, a magnitude do problema de combate ao câncer cérvico-uterino é de maior proporção que nos países desenvolvidos, em virtude dos poucos serviços especializados existentes e da carência de recursos humanos devidamente treinados.

A Saúde Pública pode contribuir de forma relevante na pesquisa e controle do câncer ginecológico através de atuação efetiva junto a população exposta ao risco, de modo a favorecer:

a) formação do hábito de visitar os Serviços de Prevenção para exames periódicos que determinarão melhores expectativas com relação as descobertas de casos;

b) o encaminhamento das pacientes para os serviços específicos;

c) a disponibilidade de meios para que seja exercida a vigilância ulterior ao tratamento, objetivando o combate e o controle a um mal que atinge significativa parcela da população.

O que é mais necessário é a disponibilidade de atenção médica incluindo os recursos de detecção precoce, pronto diagnóstico e tratamento da doença. Exames periódicos de toda população fe-

minina na faixa etária corespondente ao risco, constituem o melhor meio da descoberta de casos em estágio compatível com a cura.

A Divisão Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, já elaborou normas para uma boa conduta técnica, oferecendo toda assistência para sua aplicação.

A implantação desses serviços tem sido feita de formas variadas, de acordo com a filosofia do programa e com a disponibilidade de recursos técnicos e financeiros. Têm sido criados serviços especiais para a prevenção do câncer e, em muitos desses serviços, são incorporadas as ações educativas paralelas. Em outros serviços foram criados corpos de voluntários para coleta de informações da comunidade. Em muitos Hospitais e Unidades Sanitárias, médicos, enfermeiras e outros profissionais da saúde organizam palestras de informações para o público.

Em maio de 1975, mediante convênios, a Fundação Serviços de Saúde Pública iniciou um programa de combate e controle do câncer cérvico-uterino em 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde nos Estados de Pernambuco e Paraíba. Esse Programa encontra-se em plena execução e aguardando uma avaliação criteriosa para se implantar em outras Unidades da Federação.

5. CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA DETECÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO

A contribuição da Saúde Pública em um programa da amplitude do que se apresenta pode se traduzir da seguinte maneira:

a) a medida que se expandem os Serviços de Prevenção e Controle se evidenciará, de um modo geral, um aumento do número de casos detectantes de câncer do colo uterino;

b) após algum tempo, ocorrerá uma esperada mudança na proporção de lesões pré-cancerosas, câncer "in situ" e câncer invasivo;

c) quanto mais exames citológicos se realizarem, maior número de carcinomas "in situ" e lesões pré-cancerosas serão identificados e maior será o número de casos compatíveis com a cura e menores serão os problemas de natureza social, emocional e econômica porque menor será a proporção de carcinomas invasivos na comunidade.

6. ÁREAS DE CONTRIBUIÇÃO NA ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL

6.1 — Treinamento dos Recursos Humanos (vide anexo 1)

Todos os participantes do programa deverão receber treinamento e cursos específicos, para se ajustarem às peculiaridades da região, da instituição, às prioridades estabelecidas e os recursos disponíveis ao Programa a ser implantado.

Deve-se explicar a razão de ser do trabalho, a importância para a instituição. A aprendizagem é em essência uma ligação de novas experiências já existentes. Portanto, quanto melhor e mais sólidas as experiências já adquiridas, tanto melhor será o resultado do novo treinamento.

É um princípio importante, e a sua não observância leva a casos difíceis na prática. Quantos indivíduos executam mal suas tarefas e se rebelam contra novos treinamentos pelo fato de não ter sido devidamente treinado.

7. ETAPAS DA PROGRAMAÇÃO

Cursos intensivos e Treinamentos terão de ter seus programas organizados, através da Unidade de Ensino, sob a supervisão da Divisão Nacional de Câncer.

Portanto, deve-se procurar e determinar para cada indivíduo o melhor caminho de aprendizagem.

1. Médico

O médico, em algumas entidades, além de suas atribuições de rotina, acrescentará às suas atividades básicas, o controle do câncer cérvico-uterino, adotando o seguinte lema: "Todo consultório médico é um centro de detecção de câncer". A orientação dos médicos além da parte teórica específica, deverá constar de prática, estágio, supervisão e avaliação com uma carga horária compatível.

2. Enfermeira

Responsável pela programação e execução de Educação Sanitária, supervisão das atividades auxiliares, além das tarefas básicas de sua formação, sendo sua orientação teórica em decorrência da supervisão da colheita do material cérvico-uterino.

3. Citotécnico

Responsável pelo estudo e análise de lâminas de material cérvico-uterino com vistas ao diagnóstico citológico.

4. Auxiliar e Atendente

Responsável pela colheita de material, sendo devidamente treinados e mantidos sempre sob a supervisão do médico e enfermeira.

8. FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO, ADOTADO PELA DNC

8.1 — Colheita do material (vide anexo 2).

(Posto de colheita ou Clínica de Patologia Cervical).

— Preenchimento da Requisição,
— Colheita Tríplice (mostrar transferência).

— Fixação.

Remessa do material ao Laboratório de Cito-diagnóstico e Recebimento dos Resultados da Semana Anterior.

9. LABORATÓRIO DE CITO-DIAGNÓSTICO

9.1 — Recepção do material

a) identificação do material, correção da requisição, verificando o preenchimento dos itens: proveniência, natureza, dados clínicos e tipo do exame solicitado;

b) aspectos qualitativos dos esfregaços: espessura, fixação, presença de sangue, etc.;

c) aspectos quantitativos: número de lâminas e suficiência do material;

d) registrar em um livro apropriado e encaminhar ao Setor de Processamento.

10. ENCAMINHAMENTO DO MATERIAL AO SETOR DE PROCESSAMENTO (TÉCNICA CITOLÓGICA)

11. SETOR DE DIAGNÓSTICO

Os diagnósticos citológicos são emitidos com a recomendação da OPAS/OMS. (vide transparência).

12. NOMENCLATURA PARA OS DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS

No "Manual de Normas y Procedimientos para Diagnósticos del Cancer Culo Uterino", de 1972 da Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial de Saúde, é recomendado o emprego do sistema de nomenclatura da Organização Mundial de Saúde, enfatizando que esta adoção contribuirá para uma notificação uniforme que possibilitará parâmetros a fim de permitir a comparação nos dados em diferentes áreas

geográficas. No mesmo Manual é aconselhado seguir as denominações abaixo descritas, as quais se prendem a informações precisas sobre a ausência, presença ou suspeita de neoplasias maligna:

- Não diagnosticado
- negativo para células neoplásicas
- necessário repetir o exame após tratamento

Diagnóstico compatível com:

- displasias: leve, moderada ou grave
- carcinoma in situ
- carcinoma invasivo (epidermóide ou adenocarcinoma).

13. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICOS E OUTROS PROCEDIMENTOS

As pacientes com exame citológico sugestivos de displasias moderada ou ou grave, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo devem se submeter a procedimentos adicionais de diagnóstico. As pacientes que persistentemente apresentarem resultados citológicos não conclusivos estarão compreendidas neste grupo, a fim de descartar a presença de neoplasia.

RESUMO DOS PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E O RESULTADO DA 1.^a BIÓPSIA *

CITOLOGIA	1. ^a BIÓPSIA	INDICAÇÕES
Displasia Moderada	Negativa	Conização se persistirem os resultados citológicos; do contrário se repetirá citologia em intervalos regulares.
	Displasia leve ou Moderada	Seguimento da paciente com citologia de 3/3 meses.
	Carcinoma in situ Carcinoma invasivo	Conização. O Procedimento subsequente dependerá do resultado de conização. Tratamento Especializado.
Carcinoma in situ	Negativa ou displasia	Conização se persistirem os resultados citológicos; do contrário se repetirá a citologia em intervalos regulares.
	Carcinoma in situ	Conização. O procedimento subsequente dependerá dos resultados.
	Carcinoma invasivo	Tratamento Especializado.
Carcinoma invasivo	Negativa, displasia ou carcinoma in situ	Conização diagnóstica.
	Carcinoma invasivo	Tratamento Especializado.

* OPAS/OMS — 1972.

R E S U M O

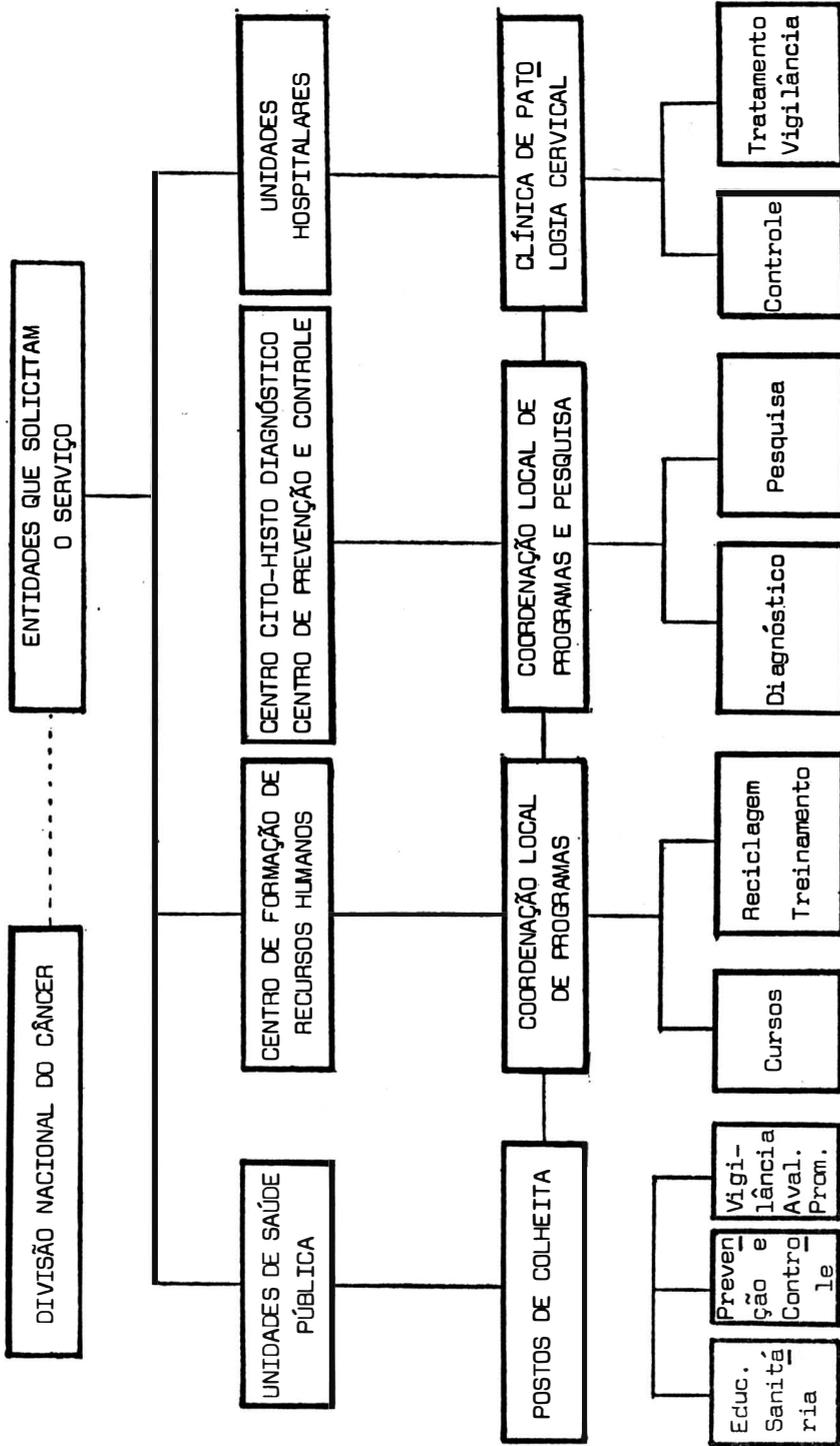
A autora tece considerações, sobre a atuação da enfermeira no controle precoce do câncer cérvico-uterino, contribuindo, assim para evitar ocorrência dos processos neoplásicos malignos.

Esclarece, ainda, que a enfermeira dentro de suas atribuições na saúde pública, deve considerar como rotina o controle do câncer cérvico-uterino, parte integrante das ações de saúde, das atividades das Unidades Sanitárias.

BIBLIOGRAFIA

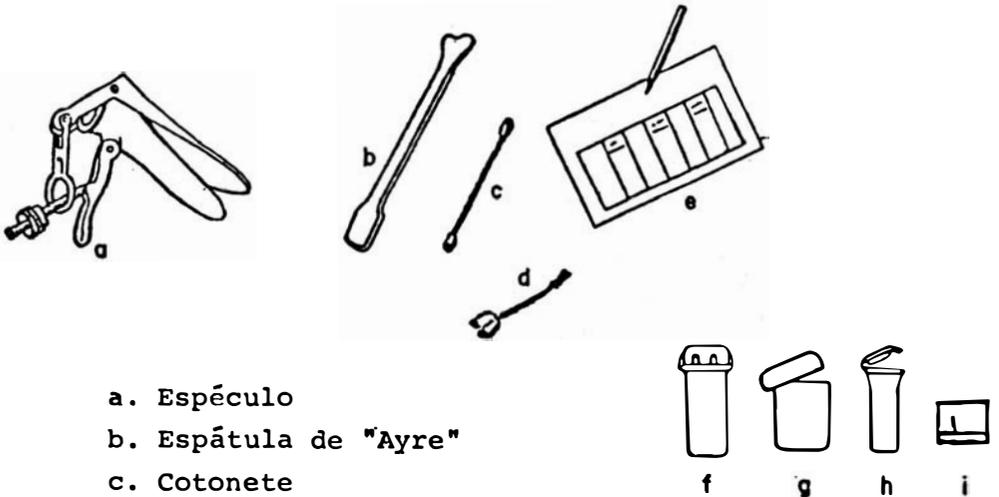
1. American Cancer Society — 1973.
A Guide Book for nurses.
2. Manual de Procedimentos Técnicos para Controle de Câncer Cérvico-Uterino — M. S. DNC — FSESP — 1975.
3. Cunha, Mercês Pontes e outras — Normas e Instruções para Colheita do Material Cérvico-Uterino — M.S. — DNC — 1975.
4. Essentials of Cancer Nursing — Published By The American Cancer Societe, INC — Library Of Congress Catalog Card Numbem — 63 — 17011.
5. Salgado, Clóvis — Colposcopia — 2.ª edição Ministério da Educação e Cultura — FENAME — 1973.

ÁREAS DE CONTRIBUIÇÃO NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



PROGRAMA PILOTO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NA FSESP/DNC — COLHEITA (TRÍPLICE) — MATERIAL CÉRVICO-UTERINO

A. MATERIAL



- a. Espéculo
- b. Espátula de "Ayre"
- c. Cotonete
- d. Pinça de Cheron
- e. Lâminas/Lápis
- f. Recipiente com bolas de algodão
- g. Recipiente com fixador (álcool a 95%)
- h. Recipiente com soro fisiológico ou água destilada
- i. Caixa com clips

B. DESEMPENHO DA TAREFA

Fases

1. Verificar a numeração das lâminas.
2. Colocar à mão todo o material necessário.
3. Abrir o pacote individual e dispor sobre ele, o material na ordem de uso.
4. Chamar a paciente, colocá-la em posição ginecológica.

Pontos Importantes

- colocando o número nas fichas correspondente às mesmas e um clips para não atritar uma com as outras.
- protegendo-a com lençol e forrando de baixo das nádegas com um campo individual (podendo ser papel manilha).

5. Colocar o espéculo vaginal de modo que permita a visualização completa do colo uterino.

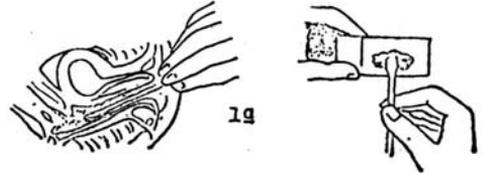
— tendo o cuidado de não lubrificar o espéculo, porque atribui-se que o lubrificante poderá mascarar o resultado da lâmina.

Fases

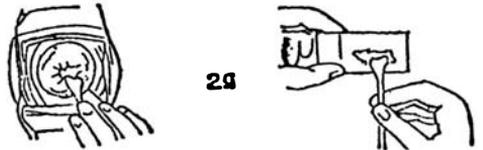
Pontos Importantes

6. Montar o cotonete na pinça de Cheron.

7. Tomar a lâmina numerada e a espátula de "ayre", com a extremidade romba, colher o material do fundo de saco e colocá-lo na lâmina.



8. Colher com a outra extremidade da espátula (reentrância) em movimento rotativo (ângulo de 360°), o material da JEC (Junção escamo-colunar) e colocá-lo na lâmina sobre a amostra do fundo de saco.



9. Introduzir o cotonete, com movimento rotativo no orifício do colo uterino, colocando o material coletado sobre as duas amostras na lâmina.

— umidecendo-o levemente em soro fisiológico ou água destilada.

10. Misturar todo o material (as 3 amostras) sobre a lâmina distendê-lo de maneira delicada e rápida para que o esfregaço se apresente uniformemente distribuído e fino, colocar a lâmina rapidamente no recipiente com álcool a 90° de modo a ficar submersa, para não dessecar o material.

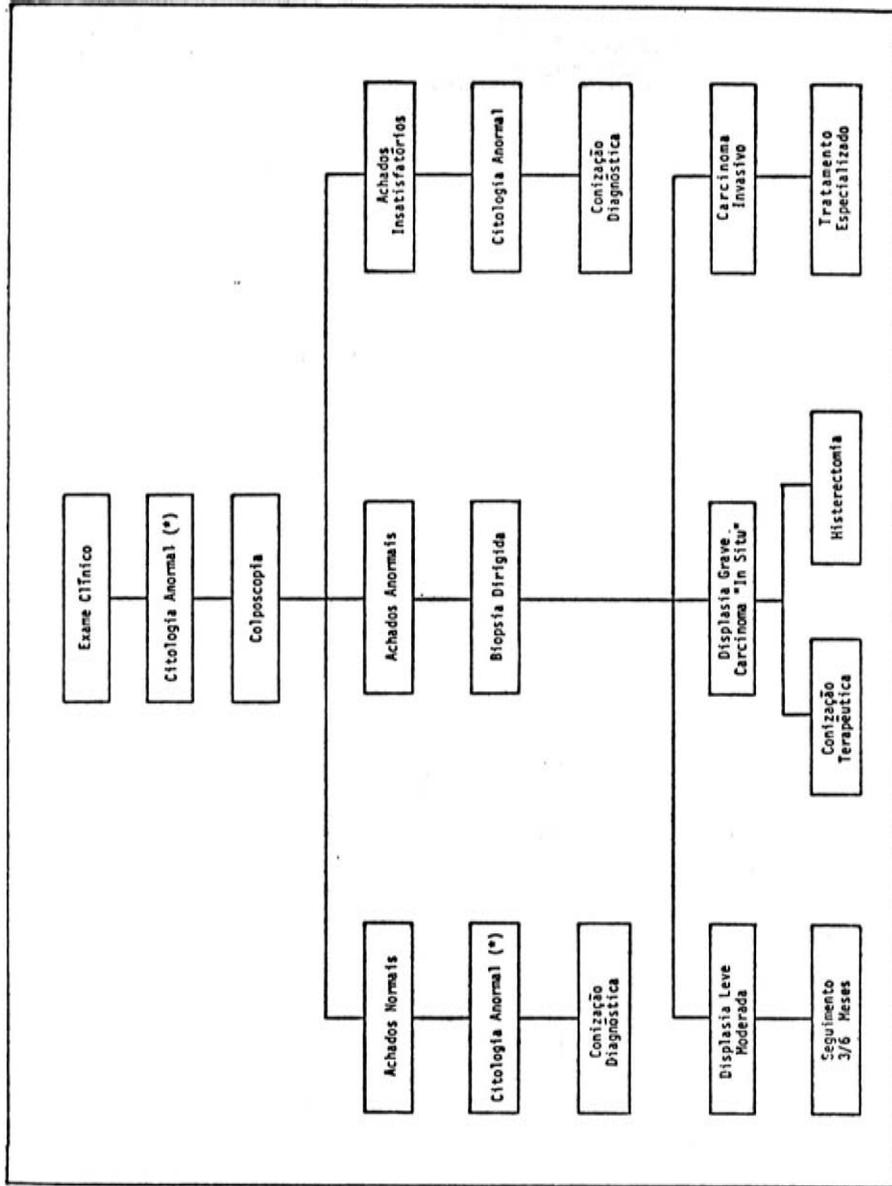


— observando se a mesma está montada com o clips.

11. Retirar o espéculo cuidadosamente. — colocando-o juntamente com a pinça, em um recipiente com solução desinfetante.
12. Retirar a paciente da posição ginecológica.
13. Fazer as anotações na ficha.
14. Lavar o material, preparar os pacotes e colocar para esterilizar.

NOTA: — Chamar o médico se houver necessidade de sua intervenção.

SEGUIMENTO DAS PACIENTES COM CITOLOGIA ANORMAL



(*) Corresponde a displasia moderada, displasia grave ou carcinoma "in situ".