

Lesão intraepitelial cervical de alto grau: realidades e representações

High grade cervical intraepithelial lesion: realities and representations

Aláide Pereira Silva¹
Ana Paula Ferreira Holzmann²
Clara Cássia Versiani³
Luciana Barbosa Pereira³
Fabrícia Vieira de Matos³

¹Especialização em Avaliação e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ

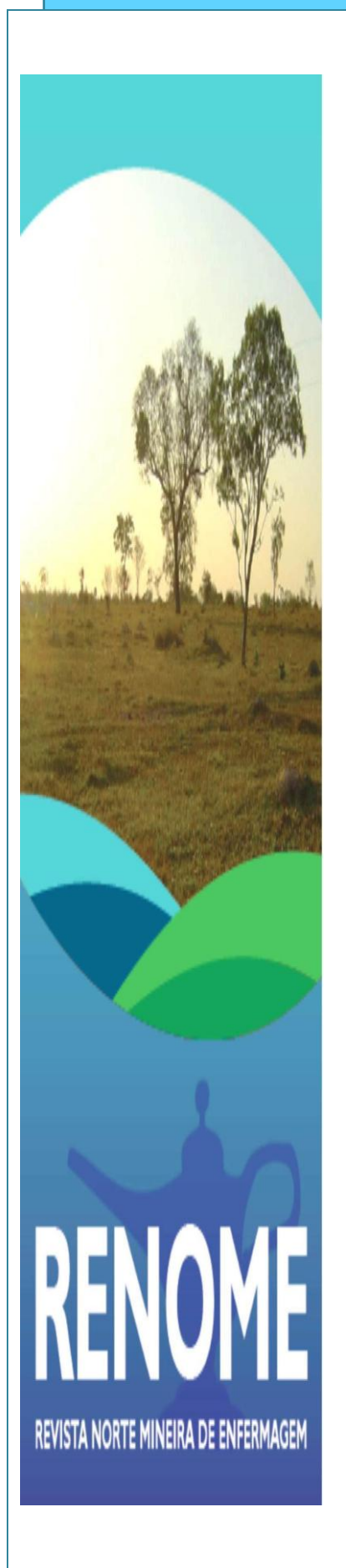
²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.

³Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

Autor para correspondência:

Aláide Pereira Silva
fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 Manguinhos, Rio de Janeiro
Rio de Janeiro– RJ, Brasil
CEP: 21040-900
E-mail: alaidepersil@yahoo.com.br

Resumo: Este estudo teve como objetivo conhecer as representações sociais de mulheres com HSIL e identificar suas dificuldades na busca pelo tratamento. Estudo descritivo, qualitativo, baseado na Teoria das Representações Sociais, realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um município norte-mineiro. Participaram deste estudo sete mulheres. A análise dos dados seguiu a proposta de Bardin. Identificou-se que as mulheres possuem baixo nível de conhecimento sobre a Neoplasia Intraepitelial Cervical e o seu principal fator de risco, o vírus HPV, trazendo sofrimento, medo da morte e do preconceito, dúvida e negação. A fé em Deus surge como refúgio. As dificuldades encontradas foram a



demora em receber os resultados de biopsia; pagamento por consultas e exames e falhas de comunicação dos profissionais de saúde. Há necessidade de intervenção preventiva, com maior enfoque em ações de educação em saúde e melhor gestão com planejamento voltado a prevenção, diagnóstico e tratamento da HSIL

Descritores: Lesões Intraepiteliais Escamosas de Alto Grau; Saúde da Mulher; Adaptação Psicológica; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract: This study aimed was to know the social representations of women with HSIL and to identify their difficulties in the search for treatment. It is a descriptive, qualitative study based on the Theory of Social Representations, carried out in a Family Health Unit of a northern Minas Gerais city. Seven women were included in the study. Data analysis followed Bardin's proposal. It was identified that women have a low level of knowledge about Cervical Intraepithelial Neoplasia and its main risk factor, the HPV virus, bringing suffering, fear of death and prejudice, doubt and denial. Faith in God comes as a refuge. The difficulties were: delay in receiving biopsy results, payment for medical examinations and exams and health professionals' communication failures. There is a need for preventive intervention, with a greater focus on health education actions and better management with planning aiming in prevention, diagnosis and treatment of HSIL.

Descriptors: High Grade Scaly Intraepithelial Lesions; Women's Health; Psychological Adaptation; Access to Health Services.

Introdução

No Brasil, o câncer de colo uterino ou neoplasia cervical é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer¹.

De acordo com a última estimativa mundial, essa neoplasia foi responsável por 265 mil óbitos em mulheres em 2012, e 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. A última informação para mortalidade no Brasil aponta que ocorreram, em 2013, 5.430 mortes por câncer do colo do útero em mulheres, entretanto a sobrevivência em cinco anos para esse tipo de

câncer obteve melhora ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70% em todo o mundo¹.

Atualmente, está esclarecido o papel do papilomavírus humano (HPV) como o principal fator promotor da neoplasia cervical. A relação do HPV com a carcinogênese depende fundamentalmente do tipo viral (alto ou baixo risco oncogênico), da carga viral e de sua persistência e integração com a célula hospedeira. O HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais frequentes no mundo^{2,3}.

O exame Papanicolau pode detectar alterações morfológicas na fase pré-maligna, pela coleta de material cervico-vaginal na região escamo-colunar do colo uterino, e que ainda são curáveis. Esse controle pode reduzir o risco cumulativo de câncer do colo do útero em cerca de 84% das mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que se submetem ao exame preventivo a cada três anos⁴.

É consenso na literatura que, quanto mais precocemente forem detectadas as lesões intraepiteliais, maiores são as probabilidades de tratamento e de cura, reduzindo os níveis de incidência e de mortalidade por câncer do colo uterino. Sendo assim, todas as pacientes com citologia sugestiva de lesão de alto grau em unidades de Atenção Básica devem ser encaminhadas imediatamente para unidade de referência secundária para realização da colposcopia como conduta inicial. No entanto, a dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade promove interrupção na continuidade das linhas de cuidado, as quais visam à integralidade da atenção em saúde e implicam em adequada coordenação da atenção primária articulada à atenção especializada^{5,6}.

A partir de dados do informativo Detecção Precoce do INCA, verificou-se no Estado de Minas Gerais, baixo percentual de seguimento para mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau em 2010 e com seguimento em 2011. Nesse período, identificou-se que apenas 48,7% das pacientes encontravam-se em seguimento no Estado⁷.

Além das dificuldades de acesso aos serviços, o fato de se deparar com as possibilidades de alguma doença, principalmente quando essa remete ao temor da morte, pode gerar na mulher sentimentos e reações diversas. Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que auxiliem a mulher a passar por esse processo, favorecendo modificações psicossociais na vida da mulher e da sua família que também sofre com as suas repercussões. As formas de enfrentamento frente à ameaça de um câncer são variadas e precisam ser consideradas e compreendidas, especialmente pelo Enfermeiro, profissional importante na sensibilização desse

público quanto os cuidados com a saúde, principalmente no que se refere a prevenção do câncer do colo do útero e diagnóstico precoce, a fim de possibilitar o tratamento em fase inicial da doença e, conseqüentemente, diminuindo a morbimortalidade por este tipo de câncer⁸.

Pesquisas de representações sociais no campo da saúde pública evidenciam os saberes, os afetos, as condutas frente às enfermidades e o cuidado e seu tratamento, abrangendo questões psicossociais, e não apenas tangenciando a epidemiologia das doenças e as tecnologias ligadas aos processos de tratamento, tornando-se importante para que se possa adequar não só as condutas e procedimentos, mas também as ações de promoção à saúde frente à realidade de quem vivencia o problema⁹.

Nessa perspectiva, espera-se que este estudo possa impactar positivamente e propiciar mudanças, tanto dos profissionais de saúde durante o atendimento quanto da gestão dos programas de saúde da mulher com lesão intraepitelial de alto grau, por meio do conhecimento das representações sociais e suas realidades.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo descritivo e de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações sociais.

O cenário de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada em uma cidade norte - mineira. Os sujeitos do estudo foram mulheres residentes na área de abrangência dessa USF, que apresentaram citologia alterada com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau no período de 2012 a 2015.

As usuárias foram localizadas em documentos da própria Unidade de Saúde como cadernos de controle de coleta de colpocitologia oncótica e prontuários. Foram identificadas 11 mulheres com esse diagnóstico. Foram excluídas aquelas que não foram encontradas no domicílio após três tentativas e as que se mudaram da área de abrangência, restando, então, sete mulheres que participaram deste estudo.

A coleta de dados ocorreu na própria unidade de saúde com agendamento prévio, conforme disponibilidade da entrevistada, nos meses de novembro e dezembro de 2016, por meio da entrevista semiestruturada e audiogravada após autorização, contendo as seguintes questões norteadoras: Você sabe o que é HPV? Como surge/o que causa isso? Como foi desde o princípio a

busca por tratamento após receber o exame alterado? Você acha que o profissional te orientou adequadamente? O que significou para você receber o seu exame alterado?

A análise dos dados seguiu os passos propostos pelo modelo da Análise de Conteúdo de Bardin¹⁰: Pré-análise, Análise e Construção das categorias temáticas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob Parecer nº 1.792.179, em 26/10/2016. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo absoluto.

Com o intuito de garantir a fidedignidade na transcrição das informações e para manter o anonimato optou-se por usar a letra E acompanhada dos números de 1 a 7, de acordo com a sequência da entrevista.

Resultados e discussão

As entrevistadas encontravam-se na faixa etária entre 19 e 73 anos; a maioria possuía o Ensino Fundamental completo; eram casadas; donas de casa; eram católicas; não etilistas; não tabagistas; multíparas e utilizavam o método contraceptivo hormonal.

Quanto às representações sociais emergidas das entrevistadas consolidaram-se em duas categorias temáticas e em seis subcategorias apresentadas a seguir:

- **NIC/HPV: que bicho é esse?**

O aumento das taxas do câncer uterino entre as mulheres brasileiras permite concluir que todas são vulneráveis à doença, inclusive pelo fato de se tratar de patologia exclusiva do sexo feminino. Por essa razão, o conhecimento sobre o câncer de colo uterino e seus fatores de risco, assim como a percepção de vulnerabilidade pessoal pelas mulheres são tão importantes quanto necessários para que seja prevenida. As mulheres, ao serem questionadas sobre o que seria Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), sua possível origem ou causa, mostraram inadequado nível de conhecimento:

“Não, eu sei que parece que o NIC I é a mancha e que NIC II já tava dando a feridinha, né? Não sei como surge ...” (E1)

“Eles falam que é um câncer que dá no colo do útero, né? Eu só entendo isso”.(E3)

“Eu tenho noção assim que NIC I é uma doença que está num estágio menos agressivo e NIC II e III eu não tenho muita noção não. Só sei que eu peguei de um homem, mas o que aconteceu no meu organismo para dar essa reação, não sei não”.(E2)

O HPV tem alto poder oncogênico e é o principal agente desencadeador do processo de atipia celular que leva ao câncer de colo uterino, se não diagnosticado e tratado em tempo hábil. É transmitido principalmente pelas relações sexuais e está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero que, por esse motivo, chega a ser considerado como uma infecção sexualmente transmissível^{2,3}.

Neste estudo percebe-se que, embora as mulheres conheçam o significado da sigla HPV, a maioria delas não possui conhecimento específico sobre o vírus, sua forma de transmissão e relação com o câncer de colo uterino:

“Eu sei que pode causar o câncer, mas o que é mesmo não sei”.(E1)

“Sei que é uma sigla, não sei o que é...só sei que é um vírus transmitido pelo homem, mas o que faz no organismo da mulher, eu não sei”.(E2)

As dinâmicas de relacionamento desempenham um papel relevante nos ciclos de contaminação pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis. A estabilidade da união influencia no não uso do preservativo enquanto método de prevenção às IST, provavelmente devido às mulheres com relacionamentos estáveis não perceberem que o seu comportamento sexual é de risco, já que a confiança no parceiro permite uma desproteção nas relações íntimas, tornando-as vulneráveis¹¹. Essa relação entre confiança e o não uso do preservativo durante as relações sexuais foram evidenciadas nas falas das entrevistadas:

“...eu ficava com ele, com ex-marido, e às vezes a gente não prevenia e era uma pessoa que eu sabia que era só comigo...”(E4)

“...eu fui casada um tempo com o meu primeiro marido e depois tive o meu segundo parceiro e eu não vi não que eles tinham alguma coisa. Não usava preservativo com nenhum dos dois”. (E5)

A incerteza e o receio das mulheres em relação ao câncer do colo do útero constituem um desafio ao longo de suas vidas, em decorrência da natureza crônica da doença, o que pode torná-las mais conscientes de sua vulnerabilidade. Nesse sentido, essa consciência, adquirida principalmente após o diagnóstico, pode fazer com que as mulheres passem a adotar padrões ou estilos diferenciados de vida, com maior ênfase no cuidado consigo mesma:

“Depois da CAF comecei a prevenir, porque na hora quem sofre mais é a gente, nós mulheres”.(E2)

“Quando acontece alguma coisa com você, abre sua mente, você passa a se cuidar”.(E4)

- **O resultado do exame e suas representações**

Para melhor compreensão das representações encontradas nessa categoria, optou-se por inseri-las em subcategorias, de acordo com as temáticas afins:

- **O Equívoco**

Notou-se unanimidade o fato das mulheres pensarem que o resultado do exame já seria o câncer de colo uterino propriamente dito e já instalado. O desconhecimento sobre o diagnóstico gera na mulher, com lesão precursora de câncer do colo de útero, sentimentos de dúvida, pavor e medo, que se tornam ainda mais intensos quando se associa a lesão com o câncer propriamente dito e, com isso, a possibilidade do fim da existência¹². Esse pensamento gerou uma ideia equivocada de morte:

“Nossa! Desespero, aí eu falei assim nossa eu tô com câncer, meu Deus do céu vou morrer agora. Eu não dormia, chorava o tempo todo....não fiquei boa não, comecei tomar antidepressivo. Ia lá na praça, só ficava chorando lá. Nossa senhora eu só ficava chorando mesmo”.(E3)

“Deu desespero e tristeza também, quando eu recebi a explicação lá que tinha dado câncer, aí eu fiquei desesperada, foi muito ruim, a sensação, o primeiro impacto foi desesperador. Na verdade eu pensei que já era um câncer a princípio...”(E2)

Resultado semelhante foi encontrado em estudo sustentado também na teoria das representações sociais, ao desvelar nas falas das entrevistadas os sentidos de câncer/doença grave/morte, atribuídos ao diagnóstico de lesão precursora do câncer cervical¹³.

O Inimigo Oculto

O câncer de colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso. Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intraepiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras acontece por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero. Essa patologia vai progredindo por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil¹⁴.

Tal afirmativa contraria a representação das entrevistadas que valorizam a sintomatologia como principal característica para determinar se estão ou não com a lesão precursora:

“O que eu achei mais estranho que meu resultado alterado e eu não tinha sintoma nenhum, por isso que no dia que ele falou que era um câncer, eu fiquei assustada, mas depois eu falei assim, mas eu não vou ficar assustada não, eu não tenho sintoma nenhum de câncer. A pessoa com câncer tem algum sintoma”.(E5)

“E quando a gente não sente nada a gente fica assim, ah! Eu não vou mexer com isso não e vai deixando, né!. Quando a gente sente alguma dor a gente corre logo pro médico e vai procurar e quando não sente nada o pessoal vai deixando, aí é aonde quando vai tratar não tem jeito, já passou”.(E6)

Os sentimentos de estranheza e incredulidade, provocados pela ausência de sintomas, também podem desencadear a negação como mecanismo de defesa, na qual o ego se utiliza para afastar um evento terrível e assustador que possa desestabilizá-lo, vinculando à ideia de que o

câncer atua como este elemento gerador de desordem, face ao estigma que ele carrega pelo fato de ser visto como enfermidade dolorosa e mortal¹⁵.

“Se eu te falar que eu tô acreditando que eu tô com câncer... eu minto pra você”. (E5)

“...como se diz: tá tudo bem, vou procurar médico pra quê?né!”.(E4)

Esses fatos ressaltam a necessidade da educação em saúde, superação das demandas da humanização do atendimento e mudanças no modelo de atenção à saúde, amenizando, assim, a vulnerabilidade dessas mulheres.

O Silêncio

O medo do pré-julgamento dos indivíduos gera no portador do agravo preocupações não somente com o impacto em sua saúde, mas também com as repercussões no relacionamento afetivo e com a própria família¹⁶, como pode ser observado a seguir:

“Escondi, porque fiquei com medo do povo ficar esparramando, eu só falei com meu marido... porque quando a gente comenta com outro, nossa! Você já está com câncer, cada um fala uma coisa diferente, que vai ter que tirar o útero”. (E3)

O apoio e a atuação do profissional, principalmente da Enfermagem, são muito importantes para o enfrentamento desse problema, não somente por meio do aconselhamento familiar, mas também através das ações de educação em saúde para a população em geral, que visem o esclarecimento sobre o assunto, assim como o combate ao estigma, preconceito e discriminação.

A Fé

Outro aspecto foi o fato das depoentes encontrarem no suporte espiritual uma estratégia para o enfrentamento desse momento difícil, alcançando uma expectativa de cura e de que Deus irá tirar esse “mal” que as afligem:

“Mãe levou meu nome para um ciclo de oração e recebeu uma revelação que eu já estava sendo curada”.(E2).

“Deus é maior Deus vai me curar. Deus vai tirar isso do meu útero”.(E3)

Observou-se que a confiança em Deus e a oração compõem a força dessas mulheres para o enfrentamento da doença, considerada uma estratégia positiva para superar as situações de crise vivenciadas como o medo da morte, visto que muitas já se achavam portadoras do câncer propriamente dito:

“...eu senti aquela confiança, eu senti que Deus tava lá comigo, eu senti aquela força, eu não entrei em desespero, eu não chorei, eu sorria, era uma coisa assim normal...eu falei assim: oh doutora, eu tenho fé em Deus”. (E4)

A utilização da religiosidade como estratégia de enfrentamento das situações difíceis deve ser valorizada, sobretudo quando isso já faz parte do cotidiano das pessoas como forma de melhorar o seu bem estar geral.

As Pedras do Caminho

O tempo de espera é um indicador incompatível com a ideia de estar com alguma doença, especialmente quando existe a incerteza quanto ao seu prognóstico. No entanto, a espera parece ter sido companheira constante na trajetória dessas mulheres:

“Eu recebi o exame (biopsia), que demorou três meses e meio para chegar... fiz a CAF em outubro e em fevereiro fiz a prevenção de controle”. (E5)

“Demorou uns sete a oito meses do momento que recebi o resultado de NIC II e NIC III até fazer o CAF”.(E2)

“Do momento que recebi o resultado de prevenção alterado até a cirurgia (conização) demorou mais ou menos nove meses”.(E7)

Situações semelhantes foram evidenciadas em estudo realizado no Ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital de Base do Distrito Federal ao identificar a diversidade nas

condutas clínicas; demora na liberação dos resultados; barreiras no acesso às consultas de especialidades e exames de apoio diagnóstico, levando-as a recorrer à rede privada, dificultando o acesso ao tratamento completo das lesões precursoras¹⁷.

Outro estudo avaliativo realizado no maior centro de referência em saúde do nordeste paulista encontrou realidade bem diferente, com resultados de exames disponíveis entre 15 a 20 dias após sua realização e entrada no nível secundário de atenção entre uma e duas semanas, a partir do resultado alterado na citologia oncótica¹⁸.

Ainda em relação à questão da acessibilidade, as mulheres revelaram a possibilidade do atendimento mais rápido mediante pagamento, em laboratórios ou clínicas particulares, o que foi buscado por algumas a fim de otimizar o tratamento, visto que na rede pública a espera era longa:

“...pediu um ultrassom e falou pra fazer particular porque não dá tempo de esperar pelo SUS. Aí este médico me pediu uma ressonância, na época eu pedi dinheiro emprestado para fazer”.(E5)

O acesso aos exames de apoio diagnóstico é reforçado como ponto de estrangulamento da rede de serviços, tendo em vista que há uma diferença de tempo de entrega de resultados, entre a rede pública e a rede privada. Enquanto a primeira leva em média 60 dias para a entrega dos resultados, a segunda o faz em oito dias. Salienta-se a lacuna ocupada pela rede complementar no apoio diagnóstico e a baixa cobertura da rede pública, levando os próprios profissionais a indicarem esse caminho para acelerar o tratamento¹⁷.

O Retrocesso

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de dar continuidade aos tratamentos, cuidados necessários na rede de saúde¹⁸, entretanto, pelas falas se percebe que essa responsabilização não estava sendo efetivada, uma vez que a busca ativa das mulheres não parece estar sendo realizada por parte dos serviços:

“...aí deu uma alteração NIC II e NIC III edepois eu fiz a biopsia e depois de uns meses eu fiz o CAF, só que eu fiquei de retornar lá um mês depois só que eu não retornei”.(E2)

“...aí ele pediu pra voltar depois de três meses. Voltei lá, aí ele disse que não tem mais nada falou pra voltar de 6 em 6 meses, mas depois disso não fui nele mais não”. (E3)

Essa despreocupação em relação aos retornos após tratamento pode estar também relacionada às dificuldades ou falhas na comunicação entre profissional de saúde e usuária, o que pode comprometer a compreensão e o envolvimento ativo da mulher em seu tratamento, como se percebe nos seguintes discursos:

“Ela (médica) me falou lá que tinha dado um probleminha, mas não explicou o que que é”.(E7)

“Ninguém nunca me explicou nada direitinho”.(E3)

“...essa alteração aí ele(médico) nunca falou comigo que era uma doença sexualmente transmissível”.(E5)

As potencialidades e fragilidades no cuidado às mulheres que tiveram resultado do exame preventivo alterado nos remete à proposta do acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde. Ele acontece na relação usuário-serviço como um dispositivo para propiciar o acesso, o vínculo entre equipe-população, desencadear o cuidado integral e modificar a clínica, em um processo mediado pela capacidade dos trabalhadores de recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar¹⁹.

O momento de interação usuária-profissional possibilita obter informações relevantes à prevenção e ao tratamento, fundamentais para que a mulher entenda seu processo terapêutico e com isso tenha maior aderência ao tratamento.

Observa-se que os locais de atendimento para onde estas mulheres eram encaminhadas, no nível secundário, são também campos de aprendizagem para futuros médicos e mesmo assim, foram encontradas falhas de comunicação e educação em saúde, focando no modelo curativista:

“Agora no CAF eu fiz com estagiários, aí eles não me deram muita informação não, só me deram orientação sobre o procedimento, marcou retorno e só”.(E2)

“O médico me entregou o resultado da biopsia, mas não explicou muito não, porque tava cheio de estagiário com ele, aí quem me explicou foi o estagiário. Eles ficaram lendo pra eles lá, mas explicou pra mim não o que estava acontecendo, quase endoidou”. (E3)

A formação médica, centrada na cura e não no cuidar traz a este futuro profissional da saúde sentimentos de onipotência, com pensamentos de poder acerca da sua atuação no cuidado em saúde²⁰.

Para combater a formação de profissionais de saúde com esse perfil, é preciso que as instituições de ensino trabalhem alinhadas às diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, que preconizam formar profissionais críticos e reflexivos com habilidades e competências que os tornem aptos a atuar em qualquer nível de atenção à saúde e numa dimensão para além dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, considerando também as características sociais, históricas, econômicas, ambientais e culturais do meio em que se vive.

As limitações do presente estudo incidem sobre o reduzido número de entrevistadas, talvez pela subnotificação de casos no caderno de registros de colpocitologia oncótica da USF e não foi objeto de pesquisa, além do foco em apenas um cenário.

Considerações finais

Os resultados encontrados permitiram identificar que as mulheres possuem baixo nível de conhecimento sobre a neoplasia intraepitelial cervical e o seu principal fator de risco, que é a infecção pelo HPV, o que pode ter contribuído para torná-las vulneráveis ao desenvolvimento de lesões precursoras. Essa vulnerabilidade torna-se maior quando as mulheres associam a existência de parceiros fixos como segurança na relação sexual, principalmente nos relacionamentos mais duradouros.

Percebeu-se que o diagnóstico mal compreendido representou sofrimento, medo da morte e do preconceito, dúvida e negação pela ausência de sintomas. A fé em Deus surgiu como refúgio, trazendo esperança e alento às mulheres em relação ao seu prognóstico.

As maiores dificuldades encontradas durante o caminho percorrido desde o diagnóstico foram a demora em receber os resultados de biopsia; agendamento da Cirurgia de Alta

Frequência; a necessidade de pagar por consultas ou exames para ter acesso rápido ao tratamento e as falhas de comunicação dos profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento.

Recomenda-se a necessidade de intervenção preventiva, com maior enfoque em ações de educação em saúde e melhor gestão, com planejamento voltado a prevenção, diagnóstico e tratamento da lesão intraepitelial cervical de alto grau.

Acredita-se que este estudo possa oferecer subsídios para organização da atenção à saúde da mulher com lesão intraepitelial de alto grau, fortalecendo os processos de trabalho das equipes de saúde da família, a gestão dos serviços de saúde ligados à saúde da mulher na atenção secundária e, principalmente, aproximar usuárias e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Acesso em: 05 dez 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
2. Moura MRP, Costa ACM. Prevalência de HPV em mulheres HIV positivas atendidas no centro de referência em DST/ AIDS. Rev Enferm UFPI. 2014; 3 (2):33-41.
3. Bicca GLO, Silveira MF, Silva SM, Silva KRS, Barros FCLF. Prevalência de infecção por HPV de alto risco em mulheres utilizando captura híbrida na prevenção do câncer do colo do útero no sul do Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2013; 25 (2):109-14.
4. Türkmen IC, Bassullu N, Orkmaz PK, Gunenc B, Baykal CM, Guducu N *et al.* Patients with epithelial cell abnormality in PAP smears: correlation of results with follow up smears and cervical biopsies. TurkPatolojiDerg. 2013; 29 (3):179- 84.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Utero. 2.ed. Rio de Janeiro: Brasil, 2016.
6. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev. Adm. Pública. 2013; 47(4): 1021-39.

7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama [Internet]. Informativo Detecção Precoce. 2012 jan/mar. Acesso em 2017 dez 05; vol.3(1):1-8. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_detecprecoce_1.2_2012.pdf
8. Mattos CTD; Silva GSV; Oliveira TS; Tavares & Souza MM. Percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero – subsídios para o cuidado de Enfermagem. Revista Pró-univerSUS. 2014 Jan./Jun.; 05 (1): 27-35
9. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, Pinheiro AKB, Oliveira SHS. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. Rev Esc Enferm USP · 2015. Acesso em : 2017 dez 05; vol.49(3):364-372. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103212/101626>
12. Melo RO, Moreira RCR, Lopes RLM. Lesões precursoras de câncer cervical: significado para mulheres em um centro de referência no Brasil. J. res.: fundam. care. online 2015 out./dez.. Acesso em: 2017 dez 06; vol.7(4):3327-3338. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3993/pdf_1715
13. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Moura MAV. Imagens sociais de mulheres com lesões precursoras do câncer cérvico uterino: estudo de representações sociais. Revenferm UERJ. 2014; 22(3):383-8.
14. Santos AMR, Holanda JBL, Silva JMO, Santos AAP, Silva EM. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza. 2015 abr./jun. Acesso em: 2017 dez 06; vol.28(2):153-159. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?bh15041>
15. Machado MX; Soares DA; Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2017. Acesso em: 2017 dez 06; vol.27[3]:433-451. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2017.v27n3/433-451/pt>

16.Veloso LC; Silva AC; Silva CLLB. HPV: percepção das portadoras em relação ao diagnóstico da doença. R. Interd.2013 out/dez.Acesso em: 2017 dez 06;v.6, n.4, p.1-10.Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/187>

17.Göttems LBD; Santos NRC; Souza SFO et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. Revista Eletrônica Gestão &Saúde.Ano 2012;vol.03, nº. 02

18.Albuquerque ZBP. Mulheres com lesões precursoras ou invasivas de do útero: a realidade do atendimento do Sistema Único de Saúde. [Tese]. Góias: UFG; 2011.

19.Carvalho BG; DomingosCM;Souza LeiteFS.Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino:visão das usuárias com alteração na citologia oncológica.Rev.Saúde Debate. Rio de janeiro. 2015 jul-set Acesso em 2017 dez 06; v.39 n.106; p.707-717.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00707.pdf>

20.Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA *et. al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(supl. 1): 1457-65.