

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO**

KÉZIA MARIA DA SILVA SPILLER

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense para o
desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Izete Soares da Silva
Dantas Pereira

**NATAL/RN
2009**

KEZIA MARIA DA SILVA SPILLER

FOLHA DE APROVAÇÃO

A monografia intitulada: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO**

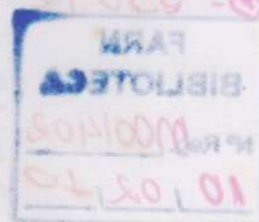
Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense para o
desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva
Dantas Pereira

CDU 610-008

RNFARN/BC



NATAL/RN
2009

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Spiller, Kezia Maria da Silva

Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero /
Kezia Maria da Silva Spiller. – Natal: FARN, 2009.
44f.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dr^a.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Câncer – Monografia. 2. Colo de Útero – Monografia. 3. Assistência de
Enfermagem – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-006



FOLHA DE APROVAÇÃO

A monografia intitulada: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

apresentada pela aluna Kézia Maria da Silva Spiller do 8º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte foi considerada aprovada pela Banca abaixo designada:

Natal, de novembro de 2009

Profª (Drª) Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Orientadora

Avaliadora Profª Ms Maria Cleia de O. Viana

Avaliador Profª Ms Cléia Maria da Costa Moreno

Dedico ao meu esposo por ele fazer presente em todos os momentos, e aos meus pais, que me deram a vida, ensinando-me a viver com dignidade.

Dedico ao meu esposo por se fazer presente em todos os momentos, e aos meus pais que me deram a vida, ensinando-me a viver com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter me escolhido para trilhar esse caminho.

A minha família em especial aos meus pais Joaquim e Beneditina, por acreditarem nos meus esforços.

A meu querido esposo Arne Spiller, pelo seu incentivo, carinho e compreensão durante toda esta jornada.

A minha orientadora, professora Izete Dantas, pela contribuição com seus conhecimentos científicos, os quais fizeram toda diferença, meus sinceros agradecimentos.

A todos que fizeram parte de uma maneira ou de outra durante estes quatro anos, em especial ao meu grupo de estudo o qual me proporcionou muitos momentos bons durante toda a graduação.

Em fim, a todos meu muito obrigado.

"Mesmo que você esteja no caminho certo, vai
ficar para trás se permanecer parado"

Autor: desconhecido

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por te me escolhido para trilhar esse caminho.

A minha família em especial aos meus pais Joaquim e Nenzinha, por acreditarem nos meus esforços.

A meu querido esposo Arne Spiller, pelo seu incentivo, carinho e compreensão durante toda essa trajetória.

A minha orientadora, professora Izete Dantas, pela contribuição com seus conhecimentos científicos, os quais fizeram toda diferença, meus sinceros agradecimentos.

A todos que fizeram parte de uma maneira ou de outra durante esses quatro anos, em especial ao meu grupo de estudo o qual me proporcionou muitos momentos bons durante toda a graduação.

Em fim, à todos meu muito obrigada!

Palavras chave: Câncer Uterino, Prevenção, Mulher

ABSTRACT

In order to highlight the situation of cancer of the uterine cervix as the third leading cause of female death it is important to consider that prevention depends not only on technical aspects, but other factors, including health education. The cervical cancer remains a public health problem in developing countries, because high rates of prevalence and mortality in women in the social economic and productive stage of their lives. These women, once patients occupy hospital beds, which undermines their roles in the labor market and deprives them of family, leading to considerable

RESUMO

Tendo em vista a situação de destaque do câncer de colo de útero sendo a terceira causa de morte feminina é importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas de outros fatores, dentre eles a educação em saúde. O câncer de colo uterino ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social economicamente baixo e em fase produtiva de suas vidas. Estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seus papéis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, acarretando um prejuízo social considerável. O diagnóstico precoce e o tratamento eficaz da doença são viáveis, pois esta doença apresenta etapas bem definidas e longo período para a evolução das lesões precursoras e facilidade de detecção das alterações na fase inicial, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer. Diante disto, este trabalho tem o objetivo principal avaliar a frequência da realização do exame de citologia oncótica das mulheres que realizaram o exame no primeiro trimestre de 2009 em uma unidade de saúde da família de Natal. Por meio de uma pesquisa de revisão bibliográfica e de campo com vista em avaliar a frequência da realização do exame de citologia oncótica realizado pelas mulheres neste período busca-se enfatizar o relevante papel da enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero. No entanto, foram obtidos resultados significativos que buscam refletir sobre o relevante papel desempenhado pela equipe de enfermagem na execução das ações primárias em saúde.

Palavras chaves: Câncer.Útero. Prevenção. Mulher

LIST ABSTRACT

In order to highlight the situation of cancer of the uterine cervix is the third leading cause of female death it is important to consider that prevention depends not only on technical aspects, but other factors, including health education. The cervical cancer remains a public health problem in developing countries, because high rates of prevalence and mortality in women of low social economic and productive stage of their lives. These women, once patients occupy hospital beds, which undermines their roles in the labor market and deprives them of family, leading to considerable social impairment. Early diagnosis and proper treatment are feasible, since this disease has defined milestones and long period for the development of premalignant lesions and easy detection of changes in the initial phase, which makes it one of the highest potential for the prevention and cure among all types of cancer. Before this work, has the objective of assessing the frequency of the examination of cytology for women who were examined in the first quarter of 2009 in a health family Christmas. Through a survey of literature review and field in order to assess the frequency of the examination of cytology performed by women in this period seek to emphasize the important role of nursing in preventing cancer of the uterine cervix. However, significant achievements have been seeking to reflect on the important role played by the nursing staff in the execution of primary health care.

Key words: Cancer.Úterus.Prevention. Women

LISTA DE GRÁFICOS

1	Faixa etária segundo os prontuários.....	34	
2	Frequência de realização segundo os prontuários.....	35	10
3	Estado civil das pacientes segundo os prontuários.....	36	13
4	Número de filhos das pacientes segundo os prontuários.....	37	17
2.1	ANATOMIA DO ÚTERO.....		18
2.2	FATORES DE RISCO.....		18
2.3	HPV.....		19
2.4	VACINA CONTRA O HPV.....		22
3	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....		24
3.1	ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.....		25
3.2	COLETA DO PAPANICOLAU.....		27
3.3	RESULTADOS ENCONTRADOS NO EXAME PAPANICOLAU.....		31
3.4	RESOLUÇÃO DO COPEN.....		31
4	HISTÓRIA DO PAPANICOLAU.....		32
5	RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....		34
6	CONCLUSÃO.....		37
	REFERÊNCIAS.....		39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	13
2.1	CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	17
2.2	ANATOMIA DO ÚTERO.....	18
2.3	FATORES DE RISCO	18
2.4	HPV.....	19
2.5	VACINA CONTRA O HPV	22
3	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	24
3.1	ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	25
3.2	COLETA DO PAPANICOLAOU.....	27
3.3	RESULTADOS ENCONTRADOS NO EXAME PAPANICOLAOU.....	31
3.4	RESOLUÇÃO DO COREN	31
4	HISTÓRIA DO PAPANICOLAOU.....	32
5	RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	34
6	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero representa um grave problema de saúde dentre a população feminina. No Brasil estima-se que seja a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres. No nosso meio, o problema do câncer de colo de útero é particularmente grave tendo em vista que a maior parte das mulheres acometidas é da faixa etária economicamente ativa. Associado ao fato de que a detecção tardia do câncer diminui as chances de cura, uma vez que a lesão do carcinoma invasor pode levar a óbito (INCA, 2008).

Segundo Linard; Silva (2002) a história natural do câncer de colo de útero inicia-se a partir de uma lesão intra-epitelial progressiva que pode evoluir para um câncer invasivo em um prazo de 10 (dez) a 20 (vinte) anos, caso não seja oferecido tratamento. Nesse período de evolução, a doença passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de prevenção e de cura.

Estudos epidemiológicos têm relacionado o desenvolvimento do câncer de colo uterino ou comportamento sexual das mulheres e à transmissão de agentes infecciosos como o papiloma vírus humano (HPV), considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o principal fator de risco para a doença. Outros fatores, como tabagismo, multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, más condições de higiene e alimentação e uso de contraceptivos orais, também têm sido associados ao surgimento da doença, cuja incidência predomina em mulheres pertencentes à faixa etária de 25 a 59 anos, em associação aos fatores de risco citados (FIGUEREDO, 2005).

Dentre todos os tipos de câncer, este apresenta altas possibilidades de prevenção e cura, principalmente quando diagnosticado precocemente.

A detecção da doença se dá por meio do simples exame de citologia do colo uterino (papanicolaou), que indica a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas sendo possível interromper a evolução dessas lesões (INCA, 2008).

A prevenção do câncer de colo uterino se dá por meio da redução da exposição aos fatores de risco e realização do exame de citologia oncológica para detecção do câncer *in situ* ou das lesões precursoras, tratáveis são curáveis em até 100% dos casos (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O exame preventivo do colo do útero é de fundamental importância, além de ser indolor é eficaz e sua realização periódica contribui para reduzir a mortalidade por câncer do colo uterino.

Os países que desenvolveram o programa, com identificação efetiva da população de risco, qualidade na coleta e na interpretação dos resultados quanto com tratamento e acompanhamento dos casos de risco, lograram redução significativa na incidência e na mortalidade por essa patologia (FEGUEREDO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) para que um programa de rastreamento do câncer de colo uterino cause impacto epidemiológico e necessário realizar uma cobertura superior a 80%, o que representaria um impacto de 50% na redução da mortalidade por essa doença, sendo que nos países em desenvolvimento, com o Brasil, a cobertura desse não alcançou níveis suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina sob maior risco de contrair a doença

Vale ressaltar que o exame de citologia oncótica (papanicololaou), tem sido utilizado em programas de rastreamento do câncer de colo uterino em todo o mundo, para interrompe o ciclo evolutivo da doença.

Segundo Horta (1979) cabe à enfermagem desenvolver atividades para a manutenção e promoção de saúde, bem como pará a prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade o diagnóstico e a intervenção de enfermagem. Seu objetivo é assistir as pessoas para atingirem seu potencial máximo de saúde.

Ao ingressa no curso de Enfermagem, adquiri-se embasamentos significativos para o subsídio na área de atenção a saúde, ensino e pesquisa em saúde. No qual pode-se identificar o importante papel do enfermeiro em relação a prevenção da saúde. Diante do alto índice de câncer de colo de útero, busca-se enfatizar a prevenção do câncer de colo de útero, que é um problema de saúde publica em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social baixo e em fase reprodutiva de suas vidas. Estas mulheres uma vez doentes ocupam leitos hospitalares, o que compromete seus papeis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, acarretando um prejuízo social considerável.

Diante de tudo isso este trabalho tem o objetivo principal avaliar a freqüência da realização do exame de cilotogia oncótica pelas mulheres que realizaram

preventivo no primeiro trimestre de 2009 em unidade de saúde da família de Natal/RN. Dessa forma, busca-se identificar a frequência de realização do exame de citologia oncótica; focalizar o procedimento de realização da coleta do material para o exame; enfatizar a responsabilidade da enfermagem na prevenção do câncer do colo uterino.

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e de coleta de dados com vista identificar e avaliar a frequência da realização do exame de citologia oncótica realizado pelas mulheres no primeiro trimestre de 2009, com objetivo de enfatizar o relevante papel da enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero. Sendo uma atividade com levantamentos de dados quantitativa e descritiva no qual Lakatos; Marconi (2004) afirma que os pesquisadores valem-se de amostra amplas e de informações numéricas. Sem ter interferência do pesquisador, isto é ele descreve o objeto da pesquisa. Procurar descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

Os dados foram colhidos em uma unidade de saúde da família do município de Natal/RN, onde foram retiradas informações contidas nos prontuários das pacientes que realizaram o exame preventivo no primeiro trimestre de 2009 nesta unidade. É importante ressaltar que um dos pontos principais é avaliar a frequência da realização dos exames citologia oncótica destas mulheres.

Com a análise dos dados e revisão bibliográfica pretendeu-se despertar a atenção dos profissionais de enfermagem para a melhoria da assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero.

O referido trabalho está estruturado da seguinte forma: o primeiro item é de contexto introdutório, no qual foram realizadas relevantes pesquisas bibliográficas que fundamenta o tema abordado, o segundo item deu-se ênfase a assistência de enfermagem diante a prevenção desta patologia, foi focado a história do papanicolaou, e em seguida está disposto o resultado e a discussão da pesquisa e por fim, a conclusão do trabalho.

2 O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

A Organização Mundial da Saúde considera a neoplasia do colo do útero um dos melhores exemplos de doença que pode ser prevenida por representar problema real de saúde pública, ter sua história natural conhecida, e dispor de métodos de rastreamento para identificação das lesões promissoras que são métodos baratos e aceitos pela população. Entretanto, por falhas nos diferentes níveis de ação, ainda persistem como o 2º ou 3º tumores mais freqüentes em todo o mundo.

O câncer de colo do útero é doença que evolui lentamente em fases bem conhecidas, é elevada sua freqüência na população feminina Brasileira e, quando diagnosticado precocemente, é curável (INCA 2008).

No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, superado pelo câncer de pele (não-melanoma) e pelo câncer de mama, sendo a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo do útero é o que apresenta potenciais mais altos de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos.

O câncer do colo do útero é um câncer com mortalidade elevada, que, mesmo com as campanhas e programas governamentais de prevenção, ainda continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil, embora já apresente conhecimentos de prevenção suficientes para fornecer um dos mais altos potenciais de cura (CANELLA, 2006 p.136).

Trata-se de enfermidade progressiva, mas potencialmente tratável e curável, é considerado uma doença silenciosa, com tendências a se desenvolver num período de 10 a 20 anos. É um dos maiores agravos na saúde pública, atingindo mulheres de todas as idades principalmente, as de classe sócio-econômicas mais baixas (INCA, 2002).

Segundo instituto nacional do câncer (INCA, 2008) o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável aproximadamente por 230 mil óbitos de mulheres pó ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, comparado com os mais

desenvolvidos. A incidência por câncer do colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Em países desenvolvidos a sobrevida média estimada em cinco anos, varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estágio relativamente avançado e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos.

No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, superado pelo câncer de pele (não-melanoma) e pelo câncer de mama, sendo a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo do útero é o que apresenta potenciais mais altos de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos. As estimativas da Incidência de câncer do colo de útero no Brasil em 2006 apontam à incidência de 19.260 novos casos (INCA, 2006).

Segundo o (OMS) no Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes no sexo feminino é o câncer de mama e de colo do útero, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo. No que se refere à estimativa para o câncer de colo do útero especificamente, o número de casos novos esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Norte, é o mais incidente; nas regiões Sul, Centro-oeste e Nordeste, ocupam a segunda posição na frequência, e na região Sudeste, a quarta posição.

O câncer de colo uterino se consolida, cada vez mais, como um problema de saúde pública. Sendo de um grupo heterogêneo de doenças que diferem em sua etiologia, frequência, manifestações clínicas e prognóstico. A sua incidência cresce progressivamente podendo ser evitados com ações de prevenção e detecção precoce (OLIVEIRA, 2006).

Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos. As estimativas da Incidência de câncer do colo de útero no Brasil em 2006 apontam à incidência de 19.260 novos casos (INCA, 2006).

O ápice da incidência do carcinoma invasor se dá entre os 45 e 55 anos e do carcinoma *in situ* entre os 25 e 40 anos (INCA, 2008).

No nosso meio, o problema do câncer de colo de útero é particularmente grave tendo em vista que a maior parte dos pacientes acometidos pela doença é de faixa etária ainda economicamente ativa, e associado ao fato de que uma detecção tardia da doença implicaria em aumento da mortalidade uma vez que o carcinoma invasor pode levar a óbito (PINHO, 2003 p. 95).

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvix uterina oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Isso pode ocorrer em períodos que variam de 10 a 20 anos (BARROS, et al 2006).

O câncer de colo raramente produz sintomas. Quando estão presentes eles podem passar despercebidos como uma fina secreção aquosa notada após as relações sexual. Quando ocorre secreção, sangramento irregular ou sangramento após a relação sexual, a doença pode estar avançada (ZMELTER, BARE, 2005).

O câncer de colo de útero avançando, aumento de forma gradual a secreção torna-se aquosa escurecida, devido à necrose e a infecção do câncer o odor é fétido. Esses sintomas podem ocorrer depois de um trauma. À medida que a doença evolui os sintomas se exacerbam (ZMELTER, BARE, 2005).

De acordo com Montenegro e Franco, (2006) o câncer é um crescimento desordenado e um progressivo acúmulo de células neoplásicas, acúmulo este que acaba sendo percebido como uma massa mais ou menos volumosa que recebe a designação de câncer. As células neoplásicas ou as células cancerígenas, à medida que crescem, produzem massas que deformam, comprimem ou, mesmo, dependendo da velocidade de crescimento, destroem o órgão do qual se originam. A causa da transformação neoplásica é uma modificação do genoma celular, ou seja, a célula neoplásica é uma célula mutante. A mutação, ao mesmo tempo em que permite que a célula se divida independentemente do controle ambientais, leva também a alterações da diferenciação que fazem com que ela se apresente com morfologia e função diferente da morfologia e da função da sua célula-mãe.

O diagnóstico do câncer uterino pode ser feito com base nos resultados anormais do esfregaço do exame de citologia oncótica (papanicolaou), seguido pelos resultados de biópsia.

Segundo Fernandes; Narchi (2007) as lesões epiteliais são diagnosticadas das seguintes formas: displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I), atualmente denominada lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau (LIBV), com baixo poder de malignização; Displasia moderada ou neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II), atualmente denominada lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (LIAG), com alto poder de malignização; Displasia acentuada ou carcinoma escamoso *insitu* ou neoplasia intra-epitelial servical grau (NIC III), também caracterizada como LIAG; O carcinoma escamoso invasor de três tipos: bem diferenciado (queratinizante), moderadamente diferenciado (não-queratinizante de grandes células) ou pouco diferenciado (não-queratinizante de células pequenas).

Nesse caso, a diferenciação citopatológica necessita de promoção histológica que irá determinar o grau de invasão e diferenciação das células tumorais.

No Brasil, as ações de controle do câncer ginecológico iniciaram-se de forma programática em 1983, época de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou uma ampliação do foco da assistência da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. No entanto, apesar das recomendações de implantação ou ampliação das atividades de diagnóstico do câncer cérvico-uterino e de atividades educativas com vistas à prevenção da doença, por mais de uma década as ações de combate a essa doença foram desenvolvidas no país de forma desarticulada, por iniciativa de apenas alguns estados e municípios (INCA, 2008).

Estágio II	O carcinoma estende-se para uma ou ambas as partes da vagina.
Estágio IIIa	Em 1996 o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o Programa Viva Mulher em âmbito nacional, objetivando a prevenção e o controle do câncer cérvico-uterino. Depois disso, foram definidos critérios para periodicidade, controle e seguimento das mulheres pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), cujas maiores dificuldades, no momento, estão relacionadas à continuidade da prevenção e à garantia de tratamento e acompanhamento das mulheres que apresentam alterações citológicas (FERNANDES; NARCHI, 2007 p. 125).
Estágio IIIb	
Estágio IV	Envolvimento clínico da mucosa da bexiga ou reto.
Estágio IVa	Disseminação do carcinoma para os órgãos adjacentes.
Estágio IVb	

Quando uma paciente é diagnosticada com câncer de colo cervical invasivo, o estadiamento clínico estima a extensão da doença de modo que o tratamento pode

ser planejado de maneira mais específica e o prognóstico seja de forma razoável (LOPES,2004). O sistema de estagiamento mais amplamente é a classificação do câncer relacionada ao estágio da lesão.

2.1 CLASSIFICAÇÃO DO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Segundo Smeltzer e Bare (2005) a classificação internacional do câncer de colo uterino relacionado ao estágio da lesão, tamanho e descrição é:

ESTÁGIO DA LESÃO	TAMANHO E DESCRIÇÃO
Invasivo:	Carcinoma estritamente confinado ao colo.
Estágio I	
Estágio Ia	Microinvasivo; identificado apenas por meios microscópios.
Estágio Ia1	Invasão não superior a 3 mm em profundidade e com largura não superior a 7 mm
Estágio Ia2	Invasão > 3 mm e não superior a 7mm.
Estágio Ib	Lesão clínica confinada ao colo ou lesão pré-clínica > estágio Ia.
Estágio Ib1	Lesões clínicas não superior a 4cm de tamanho.
Estágio Ib2	Lesões clínicas > 4cm de tamanho.
Estágio II	O carcinoma se estende além do colo, nas não para a parede pélvica.
Estágio IIa	Apenas extensão vaginal.
Estágio IIb	Extensivo paracervical com ou sem envolvimento vaginal.
Estágio III	O carcinoma estende-se para uma ou ambas partes as paredes pélvicas.
Estágio IIIa	Envolve o terço inferior da vagina.
Estágio IIIb	Não se estende para parede pélvica.
Estágio IV	Extensão do carcinoma além da pelve verdadeira
Estágio IVa	Envolvimento clínico da mucosa da bexiga ou reto.
Estágio IVb	Disseminação do carcinoma para os órgãos adjacentes.
	Disseminação para órgão distantes.

Fonte: Smeltzer e Bare, 2005

2.2 ANATOMIA DO ÚTERO

O útero é um órgão do sistema reprodutor feminino que abriga o embrião e no qual esse permanecer e se desenvolve até o nascimento. Tem em geral a forma de uma pêra invertida e fica envolvido pelo ligamento largo (Dangelo e Farttini, 2003).

Este órgão se distingue em quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix. A porção que fica acima se denomina fundo. Ela é ligada ao corpo, a principal porção do útero. O corpo comunica-se com as tubas uterinas e estende-se até uma região estreitada inferior chamada istmo. O istmo mede cerca de 1 cm apenas e a ele segue-se o cérvix (colo do útero) que faz projeção na vagina e se comunica com ela pelo o óstio do útero. O cérvix tem sua extremidade voltada para trás e para baixo. A forma, tamanho, posição, e estrutura do útero podem variar de pessoa á pessoa. (DANGELO e FARTTINI, 2003).

O útero apresenta três camadas. O endométrio é a camada interna que sofre modificações de acordo com as fases do ciclo menstrual e na gravidez, o miométrio ou parte média, constitui a maior parte da parede uterina e é formado por fibras musculares lisas. Outra camada é a camada externa ou perímetro, representada pelo peritônio. Mensalmente, a camada interna ou endométrio sofre varias modificações e se prepara para receber o ovulo fecundado, ou seja o novo embrião , se não houver fecundação esta camada do endométrio que se formou e se preparou para receber o embrião se descarna, com a hemorragia, e ocorre a eliminação sanguínea pela vagina, o que chamamos de menstruação(DANGELO e FARTTINI 2003).

O colo uterino projeta-se na vagina criando quatro bolsas ao fundo de saco anterior, posterior, lateral direito e lateral esquerdo. O útero e mantido em posição na pelve através de ligamentos de sustentação, o conjunto de ligamentos e em particular o ligamento largo, que é conhecido como paramétrios (ZMELTER, BARE, 2005).

2.3 FATORES DE RISCO

Vários fatores de risco são identificados para o câncer de colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida (INCA 2008).

Segundo Smeltzer e Bare (2005) embora todas as mulheres sejam consideradas em risco para desenvolver o câncer de colo de uterino, existem um perfil da população feminina mais vulnerável. São aquelas que estão expostas aos principais fatores de risco que estão associados à doença: Multiplicidade de parceiros sexuais; Único parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras sexuais; Início precoce da atividade sexual; Gestação em idade precoce; Tabagismo e álcool; Pouca instrução; menstruação precoce e menopausa tardia; Baixo nível socioeconômico; Higiene íntima inadequada; Uso de contraceptivo oral prolongados; Infecção cervical crônica; Deficiência nutricional; infecção por HIV; História familiar; Exposição ao papiloma vírus humano (HPV).

Atualmente o câncer de colo de útero tem sido relacionado ao comportamento sexual das mulheres e à transmissão de agentes infecciosos como o papiloma vírus humano (HPV), considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o principal fator de risco para a doença. Outros fatores, como tabagismo, multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, más condições de higiene e alimentação e uso de contraceptivos orais, também têm sido associados ao surgimento da doença. Além disso, outros fatores com situação de imunossupressão, com diabetes, lúpus, corticoterapia e Aids e a alimentação pobre em folatos, vitaminas A e C e betacaroteno (FERNANDES; NARCHI, 2007 P.220).

Em todas as regiões do mundo, o câncer de colo de útero apresenta característica semelhante associada com o baixo nível socioeconômico, e em grupos com maiores barreiras de acesso à rede de serviços para a detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviço e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (INCA, 2008)

2.4 HPV

A associação existente entre o papilomavírus humano (HPV) e o carcinoma escamoso cervical está sendo investigado há muitos anos. Hoje se sabe do papel central deste vírus na carcinogênese cervical e que não existe câncer do colo sem que o HPV se faça presente (PINTO et al., 2002).

A infecção do HPV foi reconhecida como a principal causa de câncer do colo uterino pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 1992.

Naud et al. (2000), Alvarenga et al. (2000) e Novaes et al. (2002) definem o HPV como um vírus DNA pertencente ao grupo do papilomavírus, da família *Papillomaviridae*. É um vírus pequeno com cerca de 55 nm de diâmetro e apresenta tropismo pelo epitélio escamoso, como pele e mucosas, acometendo também o epitélio cilíndrico.

O período de incubação é extremamente variável, de 2 semanas até cerca de 8 meses, com média de 3 meses. Em alguns casos, o período de latência pode chegar a anos indefinidamente (NAUD et al., 2000).

A infecção pelo HPV no colo do útero ocorre pelo contato direto é geralmente um quadro assintomático (ALVARENGA et al., 2000) e pode ocorrer em três fases distintas: clínica, subclínica e latente. Na grande maioria dos casos há desaparecimento espontâneo do vírus dos locais de infecção.

A classificação ocorre pela capacidade do vírus (potencial oncogênico) de se interagir ao genoma celular (FERNANDES et al., 2004). Naud, et al. (2000) classificam como baixo risco, risco intermediário, alto risco e risco intermediário.

Bagarelli; Oliani (2004) classificam em baixo, médio e alto risco e ambos relatam mais de 100 tipos diferentes de vírus, sendo que aproximadamente 1/3 infectam o trato genital.

Carneiro et al. (2004) citam mais de 120 tipos já identificados e juntamente com Fernandes, et al. (2004) e Novaes et al. (2002) classificam em baixo e alto risco.

Outros autores como Jordão et al. (2003), Bigio, et al. (2002), classificam em baixo, alto e risco intermediário. O HPV tipos 16 e 18 são os mais comumente associados ao câncer cervical.

Segundo Bagarelli ; Oliane (2004) e Alvarenga et al. (2000), quando o HPV infecta a célula, pode haver interação do seu genoma ao da célula hospedeira imatura, impedindo a diferenciação e maturação celular. A célula transformada contém o DNA viral. Infecção persistente por 10 a 20 anos permite o desenvolvimento de alterações genéticas adicionais e progressão de lesões de baixo, moderado e alto grau para câncer invasor.

Novaes et al. (2002) relatam que o resultado da inserção do vírus ao genoma celular é a imortalização das células, ou seja, estas células adquirem a capacidade de reprodução contínua e com número de vezes teoricamente indefinido.

A infecção do HPV foi reconhecida como a principal causa de câncer do colo uterino pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992.

Uma característica desse vírus é que ele pode ficar instalado no corpo por muito tempo sem se manifestar, entrando em ação, em determinadas situações como gravidez ou em uma fase de estresse, quando a defesa do organismo fica abalada.

De acordo com INCA (2009), Papilomavirus humano são vírus da família *Papoviridae*, existindo mais de 200 subtipos diferentes dos quais cerca de 40 tipos já foram isolados do epitélio onco-genital. Os tipos que podem causar o câncer de colo de uterino são conhecidos como HPV oncogênicos ou de alto risco, e os mais frequentes em pacientes com carcinoma do colo uterino são dos tipos 16, 18, 45, 31, 33, 52 e 35. O espectro de HPV encontrado no carcinoma do colo uterino é semelhante ao encontrado na população feminina em geral.

O HPV é uma família de vírus que alguns deles, causam verrugas comuns no corpo, outros infectam a genitália, causando lesões que, se não tratadas, se transformam em um câncer de colo do uterino (RANOS, 2006).

De acordo com o INCA (2008) a infecção clínica mais comum causada pelo o HPV na genital são as verrugas genitais ou condilomas acuminados, conhecidos popularmente como crista de galo. Já algumas lesões sub-clínicas, se não tratadas, podem evoluir para o câncer de colo do útero.

Segundo Parellada (2006) Quando um indivíduo é infectado pelo vírus do HPV o organismo pode reagir de três maneiras: A maioria dos indivíduos, consegue eliminar o vírus naturalmente em cerca de 18 meses, sem que ocorra nenhuma manifestação clínica. Em um pequeno número de casos, o vírus pode se multiplicar e então provocar o aparecimento de lesões, como as verrugas genitais (visíveis a olho nu) ou "lesões microscópicas" que só são vistas através de aparelho com lente de aumento, a lesão "microscópica" é chamada de lesão subclínica. Sabe-se que a verruga genital é altamente contagiosa e que a infecção subclínica tem menor poder de transmissão, porém esta particularidade ainda continua sendo muito estudada. O vírus pode permanecer latente, dentro da célula por vários anos, sem causar nenhuma manifestação clínica e/ou subclínica. A diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação de lesões clínicas e/ou subclínicas.

A transmissão do papiloma vírus humano se dá pelo contato sexual, afetando a área genital tanto de homens como de mulheres (INCA, 2008).

Não se pode descartar a possibilidade de contaminação através de toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários usados por portadores do HPV (PARELLADA, 2006).

De acordo com INCA (2008) na maioria dos casos de infecção pelo HPV em mulheres sexualmente ativas principalmente as mais jovens, o sistema imune desenvolve anticorpo que combater e eliminam o vírus, levando à cura, porém, nem sempre essa defesa consegue uma eliminação completa do vírus. Na maioria das vezes a infecção pelo HPV não apresenta qualquer sintomatologia, em seu estágio inicial, as lesões causadas pelo HPV podem ser tratadas com sucesso, em 90% dos casos, porém quando não tratadas precocemente podem progredir para um câncer cervical.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima cerca de 30 milhões de novos casos/ano mundo (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

A infecção pelo HPV é bastante freqüente em mulheres jovens, pois esta é uma doença que afeta a mulher em plena vida reprodutiva e na fase de maior atividade sexual. Com o aumento da incidência de infecção pelo HPV em adolescentes sexualmente ativas, o surgimento de lesões intraepiteliais neoplásicas podem progredir mais rapidamente devido à imaturidade da cérvix (CARNEIRO, et al., 2004)

Naud,et al. (2000) citam que as taxas de incidência da infecção pelo HPV podem alcançar cerca de 30% a 40% em pacientes abaixo de 20 anos; depois dos 35 anos, a prevalência diminui para cerca de 10% e a infecção pelo HPV de alto risco para cerca de 5%; enquanto a infecção pelo HPV diminui com a idade, a incidência de câncer cervical aumenta.

Na população em geral, a prevalência da infecção pelo HPV está entre 0,5% a 2,5% com múltiplas variações regionais (BRINGHENTI, 2001).

2.5 VACINA CONTRA O HPV

A vacina contra o papiloma vírus, que estará à disposição em clínicas particulares, previne mulheres que nunca foram infectadas de quatro tipos de HPV: 16, 18, 6 e 11. Os dois primeiros estão relacionados ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, a maior preocupação dos médicos, e foram encontrados em 94% dos casos. A doença é a terceira que mais mata mulheres no Brasil. A vacina foi

desenvolvida principalmente para adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual e será aplicada em três doses, em um espaço de seis meses (INCA, 2008).

Para a vacina funcionar, também é preciso nunca ter entrado em contato com o papiloma. E cerca de 75% das pessoas já tiveram contato com o vírus, entre homens e mulheres. O HPV é fácil de pegar, e difícil de tratar. A transmissão acontece por meio da pele, no simples contato com a região infectada e por meio de microlesões – comuns em qualquer relação sexual (BRASIL, 2006).

A vacina para o HPV. No momento está em estudo no Ministério da Saúde o uso pelo SUS. É importante enfatizar que esta vacina não protege contra todos os subtipos do HPV. Sendo assim, o exame preventivo deve continuar a ser feito mesmo em mulheres vacinadas. Saiba mais sobre HPV (INCA, 2008).

Segundo Saslow, D; et al (2007) tecnologia de recombinação genética permitiu o desenvolvimento de vacinas profiláticas para o HPV, formuladas com proteínas do capsídeo viral (L1), que são altamente imunogênicas e capazes de se rearranjar espontaneamente, formando partículas semelhantes ao vírus, destituídas de seu DNA (*virus like particles* – VLP). Diversos estudos de fase 1, 2 e 3 revelaram que a injeção intramuscular das VLP dos HPV 6, 11, 16 e 18 são capazes de estimular resposta de anticorpos muitas vezes superior à encontrada após a infecção natural, e que o uso de vacinas formuladas com essas VLP mostrou-se seguro em animais e humanos. Dessa forma, foram desenvolvidas duas vacinas profiláticas para o HPV: uma vacina bivalente (HPV 16, 18), produzida pelo laboratório Glaxo Smith Kline (GSK) e uma vacina quadrivalente (HPV 6, 11, 16, 18), produzida pelo laboratório Merck Sharp & Dohme.

Foi licenciada nos EUA a primeira vacina contra HPV. Em 2006 essa vacina foi aprovada pela ANVISA no Brasil já se encontra disponível em clínicas privadas. O licenciamento da vacina teve como base estudos de fase I, II e III, que demonstraram que a vacina quadrivalente é segura e efetiva na prevenção de lesões pré-cancerígena do colo do útero e verrugas genitais (Gardasil, 2009).

O esquema de vacinação é de três doses, por via intramuscular, com intervalo de 2 e 6 meses. É recomendável a vacinação na pré-adolescência, antes da infecção natural.

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem, foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizada.

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta, desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem levou a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia. Essa mesma autora define o processo de enfermagem, como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.

As campanhas de coleta do exame citopatológico, desenvolvidas pela equipe de enfermagem nas ações primárias em saúde, visam diminuir o alto índice do câncer do colo de útero que está relacionado com o início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, infecções por papilomavírus (HPV) e herpesvírus, baixo nível sócio-econômico, hábito de fumar e carências nutricionais (GERK, 2002).

Todas essas variáveis caracterizam o grupo de maior risco para o câncer do colo de útero e devem ser consideradas na determinação da população alvo. Ao lado dessas variáveis é importante considerar a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado (BRASIL, 2006).

O câncer configura-se e se consolida, cada vez mais, como um problema de saúde pública. Ele é um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em sua etiologia, frequência, manifestações clínicas e prognóstico. A sua incidência cresce progressivamente e muitos óbitos poderiam ser evitados com ações de prevenção e detecção precoce (MARTINS, 2005).

O enfermeiro pode atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo grau de complexidade, desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de enfermagem, educação comunitária e profissional, envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, contribuindo com pesquisas no sentido de favorecer a promoção e

recuperação da saúde, para desenvolver seu trabalho de prevenção, promoção e proteção na saúde da mulher, a equipe multidisciplinar deverá considerar o meio em que atua, fatores sócio econômico, cultural e religioso, auxiliando no desenvolvimento da cidadania (BRASIL, 2002).

Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos. Contudo, apesar de estas estratégias serem utilizadas para a prevenção e o controle do câncer de colo de útero ainda é um desafio para os países em desenvolvimento (INCA 2004).

Segundo o INCA (2004) abordagem ampla e políticas públicas que enfatizam o controle de comportamentos de risco são apontadas como preconizadas no enfrentamento do problema para o controle das doenças e agravos não transmissíveis. Os fatores de risco são identificados, têm sua magnitude quantificada e sua distribuição pela população é estabelecida, enfrentando o desafio de que as ações desenvolvidas e avaliadas tenham controle/custo efetivos.

A ação educativa em saúde, por ser um dos componentes das ações básicas de saúde, deve ser entendida como uma postura, um compromisso com a realidade de saúde da população da área de abrangência do profissional e como um compromisso de qualidade no atendimento (KAWAMOTO, 2000).

É importante enfatizar que o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e da comunidade, a sua ação deve ser integral e participativa, na sua rotina de trabalho, deve estar voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

3.1 ATIVIDADES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

A saúde é direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO, 1988).

Afirma Figueiredo (2003), que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde.

Sendo assim, não pode-se entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Educação em saúde nada mais é do que o exercício da Construção da cidadania.

Segundo Starfiel (2002) a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral permanente e onipresente do sistema formal em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais". A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram a educação em saúde(ELISABETH, SAITO,2008).

A prevenção primária do câncer de colo uterino passa por cuidados e informações sobre o uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV (vírus do papiloma humano), vírus esse que tem um papel importante para o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras (INCA, 2008).

Ao nível secundário de prevenção está o exame ginecológico periódico. O quadro clínico de pacientes portadoras de câncer de colo uterino pode variar desde ausência de sintomas (tumor detectado no exame ginecológico periódico) até quadros de sangramento vaginal após a relação sexual, sangramento vaginal intermitente, secreção vaginal de odor fétido e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados da doença (FIGUEREDO, 2003).

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer, estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo e parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

Por essas razões, as práticas educativas devem sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa para a realização do exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações, orientando quanto aos cuidados para a realização do exame e sobre dúvidas quanto aos resultados, utilizando meios de comunicação eficazes e mensagem adequada para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material do papanicolau (INCA, 2008).

De acordo com INCA (2006) é fundamental a orientação pelos profissionais sobre o que é e a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pelo câncer do colo do útero na população de risco. O Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar o exame preventivo, tanto voltadas para a população quanto para os profissionais da saúde.

Segundo Morais (2006) o exame preventivo, também chamado de papanicolaou ou exame preventivo do câncer de colo de útero, o qual analisar células obtidas por raspagem do colo uterino (ectocervice e canal endocervical) com as quais é realizado a análise.

A abordagem mais efetiva para o controle do câncer de colo de útero é o rastreamento por meio da citologia oncológica, conhecido popularmente como papanicolaou. Este procedimento, barato e eficaz e pode ser realizado pelo enfermeiro, sem necessidade de uma infra-estrutura sofisticada (INCA, 2008).

A citologia oncológica ou Papanicolaou é um método manual realizado por profissionais da saúde seja ele enfermeiros ou médicos que permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas, através de coloração multicromática de lâminas contendo células cervicais esfoliadas.

3.2 COLETA DO PAPANICOLAOU

De acordo com o manual da coleta de citologia oncológica do Ministério da Saúde (2008) o procedimento consistir das seguintes etapas: criar um ambiente acolhedor. Comportar-se com cortesia e respeitar a privacidade da mulher, é postura esperada de todo profissional; observar as informações da ficha de requisição e explicar o significado e os procedimentos que serão realizados ajuda a diminuir a ansiedade; muitas mulheres se confundem com o que deve ser feito após o exame. Umam acham que "basta retirar o material e tudo estará resolvido", outras associam

todo o resultado anormal ao diagnóstico de câncer; orientar a mulher para que venha retirar o resultado de seu exame; tenha sempre em mente que um clima descontraído, construído pôr uma relação de respeito e compreensão, cercado de informações simples e objetivas, é fundamental para a efetivação do Programa e para que se consiga uma amostra ideal e o cumprimento de todas as orientações.

Ainda nesse contexto, deve mencionar a importância do preenchimento do formulário de requisição de citologia oncológica, bem como da identificação do exame. Falhas na identificação podem acarretar troca de exames, comprometendo pôr completo o trabalho.

É obrigatório o uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca. O uso de lâmina sem extremidade fosca dificulta sua identificação, requerendo lápis diamante ou marcador de azulejo, o que torna esta rotina pouco prática; não usar caneta hidrográfica, esferográfica e etc., pois leva á perda da identificação do material. Estas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas; não realizar o exame com a mulher menstruada. Preferencialmente, aguardar o 5º.

Dia após o término de menstruação; a presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa; não usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais (ultrassonografia) pôr 2 dias antes do exame; não manter relações sexuais 48 horas antes da coleta.

É impossível realizar análise de amostra que contenha grande quantidade de sangue ou esteja contaminada pôr creme vaginal, vaselina e outros. Verificar se a paciente é Virgem. Se for, não colher. Só o médico poderá fazê-lo; Perguntar se já teve filhos pôr parto normal (via vaginal). Se não, usar espéculo pequeno; Perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical; Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º2, acomodando-a na mesa de apoio, para em breve, receber o material colhido; Deixar o fixador próximo á lâmina já identificada.

Orientar a paciente sobre o desenvolvimento do exame, procurando deixá-la menos ansiosa; Solicite á paciente que esvazie a bexiga; Em seguida que ela retire a parte inferior da roupa, dando-lhe o avental ou um lençol para que se cubra, indicando o biombo para a troca da roupa ou outro local reservado; Solicite que ela deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame; Cubra-a com o lençol; Inicie a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser

examinada vulva se há lesões esbranquiçadas ou hiperocrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, na vagina examinar aspecto, a existência de lesões, pólipos, verrugas e corrimentos. A vulva e vagina também desenvolvem câncer, e uma forma eficiente de diagnosticá-lo precocemente é verificar a existência de lesões suspeitas nestas localizações durante a coleta do Papanicolaou. Identificadas quaisquer alterações, solicitar a presença do médico.

Escolha Escolha o espécúlo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente; A dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do espécúlo; O espécúlo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal), muito jovens, menopausadas e em mulheres muito magras; O espécúlo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres multiparas e para as obesas. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.

Colo Não lubrifique o espécúlo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina; No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espécúlo com soro fisiológico ou solução salina; Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado; Iniciada a introdução faça uma rotação de 90 °, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécúlo fique na posição horizontal; Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza; Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

Dever Sugira que a paciente tussa, não surtindo efeito tente manobra de manipulação delicada com os dedos para afastar as paredes vaginais; Se mesmo após essas manobras não conseguir visualizar o colo, não insista peça auxílio ao médico; A paciente pode ter sofrido alguma intervenção cirúrgica no colo ou uma histerectomia.

Condi Lembre-se o colo uterino não é igual em todas as mulheres, seu tamanho, forma e posição podem variar; Devido a sua localização e função, está sujeito a traumatismos por parto, abortos e curetagens, assim como processos inflamatórios e infecciosos diversos; O orifício interno do colo uterino das mulheres que nunca tiveram parto vaginal é puntiforme, e das que já tiveram é em fenda transversa; A coleta é triplíce: do ectocervice, fundo de saco vaginal e do canal cervical; As amostras são colhidas separadamente.

Proceda á coleta da ectocérvice utilizando a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância; Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360.º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra; Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação.

Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 1/5 da parte transparente da lâmina, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.

Utilize a escova de coleta endocervical; Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360 º; Ocupando o 1/5 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova na lâmina.

Coleta de fundo de saco utilize, agora, a extremidade oposta da espátula; Recolha material, raspando suavemente o fundo de saco vaginal; Estenda o material na lâmina paralelamente ao primeiro esfregaço

A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera. Visa conservar o material colhido, mantendo as características originais das células, preservando-as de dessecação, o que impossibilitará a leitura do exame; São três as formas de fixação. O uso de Polietilenoglicol é a mais recomendada.

Polietilenoglicol: pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar, ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.

Álcool á 95%: a lâmina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol: borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm Concluindo o Procedimento feche o espéculo; Retire-o delicadamente; Auxilie a paciente a descer da mesa; Solicite que ela se troque; Oriente a paciente para que venha retirar o exame conforme a rotina da sua Unidade de Saúde.

3.3 RESULTADOS ENCONTRADOS NO EXAME PAPANICOLAOU

Segundo INCA (2008) um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo uterino foi o estudo de Papanicolaou, que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço da secreção vaginal. Assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino. É fato que a lenta evolução deste câncer possibilita o seu diagnóstico na fase intra-epitelial, (não invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura.

A Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) é uma lesão precursora, que dependendo de sua gravidade, poderá ou não evoluir para câncer.

NIC I é a alteração celular que acomete as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero (displasia leve). Cerca de 80 % das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea.

NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada).

NIC III é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente.

As lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) são encontradas com maior frequência na faixa etária de 35 a 49 anos, especialmente entre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico (Papanicolau). Desde 1993, a nomenclatura citológica nacional, aderiu às atípicas de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e em células glandulares (AGUS). Recomenda-se neste caso a repetição do exame citopatológico (Papanicolau) após 6 meses (BRASIL, 2002).

4 HISTÓRIA DO PAPANICOLAOU

3.4 RESOLUÇÃO DO COFEN

Segundo Roberto (1993), o Dr. Nicolas Papanicolaou desenvolveu o exame de

Segundo a Resolução do COFEN - 272/2002 no uso das suas atribuições legais e regimentais, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde Brasileiras, considerando que a (SAE) sendo atividade privativa do enfermeiro utiliza método e estratégia de trabalho científica

para identificação das situações de saúde / doença subsidiando ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Artigo I - Ao enfermeiro incumbe a consulta de enfermagem, exame físico diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e a evolução de assistência de enfermagem.

Artigo II - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda a instituição da saúde pública ou privada. (Anexo I) Conforme a Coordenação Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, de 21 de fevereiro de 2007, considera que o enfermeiro em sua formação acadêmica está habilitado para realizar o exame citopatológico durante a realização da consulta de enfermagem a mulher é respaldada pela Lei do exercício profissional 7499/86 e o Decreto 94406/97 e portaria 1721/MEC de 15/12/1994 que confere ao enfermeiro a habilitação necessária para o exercício desta função. (Anexo II)

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

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deve dar mais importância as práticas educativas, levando em conta o contexto cultural da população, fazendo com que a própria população apresente comportamento de prevenção a partir da participação no processo de prevenção adquirido, e com esses conhecimento passe a avaliar fatores de risco retirando suas dúvidas e receios (FIGUEREDO, 2003).

4 HISTÓRIA DO PAPANICOLAOU

Segundo Roberts (1993), o Dr. Nicolas Papanicolau desenvolveu o exame de esfregaço após uma observação serendípica que fez em 1923, em um artigo breve intitulado "O novo diagnóstico do Câncer", que ele expôs em uma conferência em *Battle Creek*, Michigan. Esse artigo foi posteriormente publicado em um jornal chamado *Growth*.

A classe médica não deu muita importância a esta reportagem, no entanto até que foi notada pelo Dr^o. Joseph C. Hinsey, que em 1940, era diretor da faculdade de medicina da Universidade de *Cornell*, incentivou o "Dr^o Pap" a prosseguir com sua pesquisa sobre câncer uterino em um laboratório deixando a sua disposição em *Cornell*. Em 1943, um artigo escrito com o Dr. Herbert F. Traust, intitulado "Diagnóstico do Câncer uterino, através do exame de esfregaço vaginal", finalmente suscitou o interesse da comunidade médica.

Em 1948, o Dr. Charles S. Cameron, diretor médico e científico da Sociedade Americana do Câncer, promoveu uma conferência em Boston. Depois disso o exame de Papanicolau foi gradualmente adotado em todo o mundo. Dr. Pap começou em trabalho com cobaias; essa pesquisa levou a um artigo com o Dr. Stockard, em 1917, que descrevia as mudanças celulares observáveis no tecido vaginal durante os diferentes estágios do cio da cobaia.

A fim de descobrir se uma mudança celular comparável na vagina de fêmea humana era característica do ciclo menstrual, Dr. Pap empreendeu, em 1923, um estudo sistemático de citologia (biologia celular) do fluido da vagina humana; seu trabalho foi efetuado em pacientes do Hospital da Mulher de Nova Iorque. Uma amostra foi obtida de uma mulher com câncer no útero. Graças a sua faculdade de observação o Dr. Pap reconheceu as anormalidades estruturais das células cancerígenas no esfregaço do muco vaginal.

Embora o exame citopatológico tenha sido introduzido no Brasil, na década de 50, ainda é considerado um grande problema em saúde pública. A primeira mobilização nacional para a detecção precoce da doença ocorreu em 1998, onde foram colhidos 3 milhões de exames, dos quais 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade, onde foram detectados 60 mil exames com algum tipo de alteração, foram acompanhadas e tratadas 77% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer (BRASIL, 2002).

Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS, 2000) oferece o exame citopatologia (Papanicolaou) como método de rastreamento do câncer do colo do útero há mais de duas décadas. No entanto, as ações de rastreamento foram organizadas e implementadas a partir de 1998, em nível nacional, por meio do Programa Viva Mulher.

Este programa tem por objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero na mulher brasileira, por meio

da oferta de serviços para prevenção e detecção de suas lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, bem como do tratamento e reabilitação. Contudo, dados de hospitais brasileiros com Registro Hospitalar de Câncer (RHC), para o período de 1995 a 2002, mostraram que 45,5% das mulheres portadoras da doença foram diagnosticadas nos estágios mais avançados da doença.

Esta estratégia de saúde da família foi implantada em outubro de 2003, com cobertura total da área, sendo dividida em quatro equipes que são caracterizadas por cores sendo amarelo, azul, vermelho e verde e as mesmas são subdivididas em cinco microáreas.

Foi observado 100 prontuários das mulheres que realizaram o exame de citologia oncológica no primeiro trimestre de 2009 nesta unidade de saúde da cidade de Natal. Sendo que dos 100 prontuários observados sendo utilizados 40%, devido à dificuldade quando as informações contidas nos prontuários das pacientes, nos quais não é preenchida a sistemática de atualização de diagnóstico oncológico (SAE) sendo sendo a ausência de informações correspondente ao diagnóstico oncológico no SAE de atualização a informação não é preenchida, mesmo no diagnóstico oncológico em vista que este se trata de um documento legal.



Gráfico 1 Prontuário segundo a idade.

Demonstra-se, dividido em quatro faixas etárias, com distribuição relativa a idade das mulheres que realizaram o exame no primeiro trimestre pertencentes a esta de abrangência desta unidade. Pode-se observar que a maioria das mulheres que realizaram o exame nesta trimestre estava na faixa etária de 41 a 50 anos, ou seja, numa faixa etária onde a doença já pode estar em evolução.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta dos dados foi realizada em uma unidade de saúde da família pertencente ao município de Natal-RN situada no distrito Oeste da cidade, da qual foi colhido dados de toda a área de abrangência da ESF, que segundo censo do ano de 2006, a população é de 11.436 habitantes, onde há um predomínio da população feminina sobre a masculina.

Esta estratégia de saúde da família foi implantada em outubro de 2003, com cobertura total da área, onde foi dividido em quatro equipes que são caracterizadas por cores sendo, amarela, azul, vermelha e verde e as mesmas são subdivididas em cinco microáreas.

Foram observados 100 prontuários das mulheres que realizaram o exame de citologia oncológica no primeiro trimestre de 2009 nesta unidade de saúde do distrito leste da cidade de Natal. Sendo que dos 100 prontuários observados sendo utilizados 40%, devido à dificuldade quando as informações contidas nos prontuários das pacientes, nos quais não é preconizada a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sendo sentido a ausência de informação correspondente da construção do mesmo, vale ressaltar a importância do SAE no prontuário do paciente tendo em vista que este se trata de um documento legal.

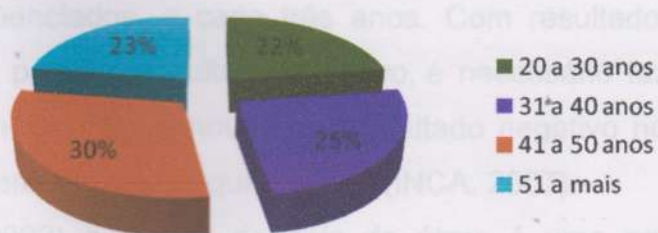


Gráfico 1 Prontuário segundo a idade.

Demonstra-se, dividido em quatro faixas etárias, com distribuição relativa a idade das mulheres que realizaram o exame no primeiro trimestre pertencentes a área de abrangência desta unidade. Pode-se observar que a maioria das mulheres que realizaram o exame neste trimestre estava na faixa etária de 41 a 50 anos, ou seja, numa faixa etária aonde a doença pode já estar em evolução.

O ministério da Saúde implantou o programa nacional de combate ao câncer de colo de útero, tendo como publico alvo mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), o câncer de colo de útero ocorre na faixa etária de 30 a 40 anos, podendo ocorrer também de forma precoce em faixas etárias mais jovens.

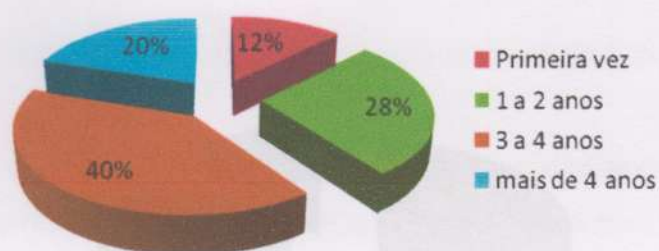


Gráfico 2 Prontuário seguindo a frequência

De acordo com o gráfico 2, pode-se observar que a maioria das mulheres que realizaram o exame no primeiro trimestre de 2009 nesta unidade de saúde (US) apresentaram um intervalo acima do preconizado pelo o ministério da saúde (MS), como também pode-se observar aquelas que realizaram o exame pela primeira vez.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as mulheres devem realizar o exame citológico periodicamente, inicialmente um exame ao ano ou, no caso de dois exames normais seqüenciados, a cada três anos. Com resultado, Negativo para câncer: se esse for o primeiro resultado negativo, é necessário fazer novo exame preventivo daqui a um ano. Se já houver um resultado negativo no ano anterior, o exame preventivo deverá ser feito daqui a 3 anos (INCA, 2007).

Para Barros (2002) o câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna localizada no epitélio da cérvix uterina, originada de alterações celulares que atípicas estas evoluem de modo imperceptível terminada em carcinoma cervical invasor em um período que varia de 10 a 20 anos. Sendo uma das raras moléstias malignas curáveis quando diagnosticada e tratada precocemente.

É importante enfatizar que exame de Papanicolau é uma técnica de coleta citológica de baixo custo que permite a prevenção e a detecção precoce do câncer cérvico-uterino e suas lesões precursoras, através de uma técnica simples e acessível que pode ser realizada na Unidade de Saúde da Família (USF).

No Brasil a principal estratégia utilizada para detecção precoce dessa doença é realizar o exame preventivo Papanicolau em mulheres sem os sintomas da doença, tendo como objetivo identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase inicial, onde o tratamento é mais eficaz. Na prevenção secundária é importante a realização periódica do exame ginecológico (INCA, 2008).



Gráfico 3 Prontuário segundo o Estado Civil

O gráfico 3 demonstra o estado civil das mulheres que realizaram o exame neste primeiro trimestre de 2009, no qual temos 50% casadas, 37% solteiras e 13% outros, podendo-se perceber a importância da realização do exame citologia oncológica quando à existência de parceiro sexual.

Segundo o INCA (2008) a multiplicidade de parceiros, é representada como fator de risco para o desenvolvimento do câncer, uma vez que, vários parceiros geram o aumento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) que possivelmente desencadeiam o câncer de colo de útero.

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade (INCA, 2008).

Brasil (2002), afirma que a contaminação por alguma DST, principalmente o contágio pelo HPV (Vírus Papiloma Humano), principal fator de desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, quando não tratado precocemente, colabora de forma considerável para o desenvolvimento da neoplasia cervical.

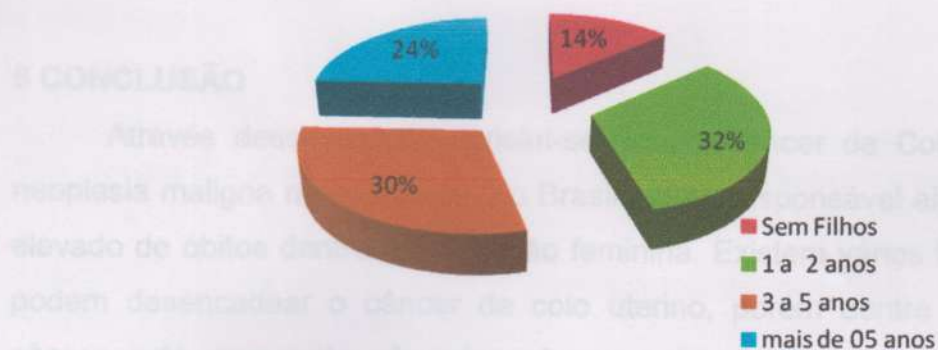


Gráfico 4 Prontuário segundo o número de Filhos

O gráfico 4 demonstra o número de filhos das mulheres que realizaram o exame neste trimestre, podemos observar que as mulheres com filhos realizam com maior frequência o exame do que as mulheres sem filhos.

6 CONCLUSÃO

Através desse estudo concluí-se que o Câncer de Colo de Útero é uma neoplasia maligna muito comum no Brasil sendo responsável ainda por um número elevado de óbitos dentre a população feminina. Existem vários fatores de risco que podem desencadear o câncer de colo uterino, porém dentre os vários tipos de câncer este apresenta elevadas chances de prevenção e cura. É importante ressaltar que a prevenção não depende somente de aspectos técnicos, mas também da educação em saúde, que deve permear todo o âmbito das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino. A Estratégia Saúde da Família apresenta-se de forma primordial no planejamento e realização de tais ações, visto que sua atenção está centrada na família, percebida a partir de sua realidade local. Aos profissionais de saúde faz-se necessário o desenvolvimento de práticas de educação em saúde que destaquem as medidas preventivas, considerando crenças e valores das mulheres, para sua sensibilização, transformando o exame de citologia oncológica em uma prática rotineira. O enfermeiro é um profissional que tem conhecimento científico, para desenvolver programas educativos de prevenção e esclarecimento deste tipo de câncer. Esperamos que cada vez mais o enfermeiro desenvolva este papel, colaborando para a diminuição ou erradicação deste tipo de câncer. Diversos estudos têm sido realizados acerca da atuação do enfermeiro na prevenção do câncer, ficando cada vez mais comprovada a sua importância nos programas de prevenção junto à população, atuando não só tecnicamente, mas também como, facilitador do acesso da população aos serviços de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero.

Foi de grande importância a realização deste trabalho tanto para nosso desenvolvimento profissional, quanto pessoal, pois ele nos trouxe conhecimento e mostrou caminhos pelos quais, o enfermeiro deve e pode percorrer, cabendo a ele assumi-los.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 2. São Paulo: Atheneu, 2003.

Elizabete, C. O.; Bado, R. S. Saúde da Família. São Paulo: Martinari, 2003.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, G. C. et al. Papilomavirus humano e carcinogênese no colo do útero. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 12, 2000.
- BARROS, AJS; LEHFELD, NAS. **Fundamentos de metodologia científica**. 2º Ed. Pearson Education do Brasil, 2000.
- BRASIL**, Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Projeto de promoção da saúde. 2002.
- Brasil pesquisa vacina contra HPV.** Disponível em <<http://www.dstfacil.hpg.ig.com.br>> acesso em 02 fev. 2006.
- BAGARELLI, L. B.; OLIANI, A. H. Tipagem e estado físico de papiloma vírus humano in situ em lesões intra-epiteliais do colo uterino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, p. 59-64, jan./fev. 2004.
- BRINGHENTI, M. E. Z. et al. HPV na gênese de lesões cérvico-uterinas- Métodos diagnósticos Citopatologia – Tipagem viral. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 33, n. 3, p. 117-120, 2001.
- CRUZ, Luciana Maria Brito; Lourenço, Regina Pimentel. 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 e sociedade**. São Paulo. V,17 n 2 , jun/2008.
- CARNEIRO, S. C. et al. HPV e câncer do colo uterino. **Revista de Patologia Tropical**, v. 33, n. 1, p. 01-20, jan./jun. 2004
- CARVALHO. M.G. **Enfermagem em Ginecologia**. São Paulo: EPU. 1996.
- Constituição da República Federativa do Brasil. **Saúde – art. 196**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura. 1988. p.219.
- DANGELO, J. G; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 2. São Paulo: Atheneu , 2003.
- Elizabeth, C.O. Satio, R.S. **Saúde da Família**. São Paulo. Martinari. 2008.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2006.

FERNANDES, R.A.Q. NARCHI, N. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: manole, 2004.

FIGUEREDO, M. A. **Práticas de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: yendis, 2005.

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

GERK, M. A. de S. **Prática de enfermagem na assistência ginecológica**. São Paulo. Roca , 2002.

HORTA, Wanda. **Processo de enfermagem**. São Paulo; EPU,1979.

INCA-Instituto nacional do câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. 2008, acesso em 26 fev. 2009.

Instituto Nacional do Câncer (INCA), "**A Situação do câncer no Brasil**". Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_canceruterio.pdf. Acesso em 06 jun. 2008.

JORDÃO, A. V. et al. Importância da aplicação de critérios morfológicos não clássicos para o diagnóstico citológico de papilomavírus humano. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 81-89, jan.-mar. 2003.

LOPES, M. B. M. **Enfermagem na Saúde da Mulher**. Goiânia: AB, 2006.

MARTINS, L. F. L; THULER, L. C. S; VALENTE, J. G Cobertura do exame Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: Uma revisão da literatura. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.** v.27. n.8. p. 485-492, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. INCA; 2008.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva. **Metodologia Científica**. 4. São Paulo: Atlas, 2004.

Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro Acesso 23 mar 2008. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer.

MONTENEGRO, Mario; FRANCO, Marcello. **Patologia Processos Gerais**. 4. São Paulo: Atheneu, 2006.

NAUD, P. et al. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). **Revista HCPA**, v.20, n.2, p. 138-142, ago. 2000.

NOVAES, L. C. G. et al. Biologia Molecular dos papilomavirus humanos e sua participação na carcinogênese. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v. 3, n. 3/4, p. 29-36, jul./dez. 2002.

POSSARI, Dias. **Sistematização da assistência de Enfermagem**. São Paulo; 2002.

PARELLADA, C. **Prevenção de câncer- HPV**. Disponível em file:/ documentos. Acesso em: 03. 04.09.

PINHO, Adriana de Araujo and FRANCA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2003, vol.3, n.1, pp. 95-112. ISSN

RAMOS, Aline da Silva, et al . Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em núcleo de saúde da família, quanto á realização do exame preventivo papanicolaou. **Rev. Latino-am . Enfermagem** vol.14, n 2 abril,2006.

SMELTZE, Susana; BARE, Brenda. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenação Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico. São Paulo, resposta ao mesmo 48/07 da SEPI/9ª RS de 21 de Fevereiro de 2007.

SILVA, D. W. et al. Cobertura e fatores associados com a relação do exame papinicolau. **Rev., Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** V 28, jan, 2006.

Saslow D, Castle PE, Cox JT, Davey DD, et al. **American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors.** CA Cancer J Clin 2007.

POSSARI, Dias. **Sistematização da assistência de Enfermagem.** São Paulo; 2002.

SMELTZE, Susana; BARE, Brenda. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Condutas do Instituto Nacional do Câncer: câncer do colo do útero.** Neoplasia intra-epitelial cervical – NIC". Ver **Bras Cancerol**, 2000.

KAWAMOTO E.E., SANTOS H.C.M., MATTOS M.T. **Enfermagem Comunitária .** São Paulo: EPU, 2000.

MANUAL DE COLETA DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL. Ministério da Saúde, Disponível em WWW.Saude.Gov.br

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

ROBERTS, R.M. **Descobertas acidentais em ciências.** Campinas: Papirus. 1993. p.169-71

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2002.** Rio de Janeiro: INCA; 2002.

STARFIEL B. **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO. M.G. **Enfermagem em Ginecologia.** São Paulo: EPU. 1996. Constituição da República Federativa do Brasil. **Saúde – art. 196.** Rio de Janeiro: Expressão e Cultura. 1988.