

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JÉSSICA CAMILLA GUILHERME MONTEIRO

**A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU: UMA
ABORDAGEM DO PAPEL DO ENFERMEIRO (A) FRENTE À SAÚDE PÚBLICA**

**NATAL, RN
2011**

JÉSSICA CAMILLA GUILHERME MONTEIRO

**A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU: UMA
ABORDAGEM DO PAPEL DO ENFERMEIRO (A) FRENTE À SAÚDE PÚBLICA**

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

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

NATAL, RN

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Monografia intitulada: A importância da realização do Exame de Papanicolaou: uma abordagem do papel do Enfermeiro (a) frente a Saúde Pública, apresentada pela aluna Jéssica Camilla Guilherme Monteiro foi considerada aprovada pela Banca Examinadora abaixo discriminada.

Natal (RN), 22 de novembro de 2011

Prof^a. Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas pereira

Orientadora FARN

Prof^a. Mariluce Oliveira de Araújo

Membro

Prof^a. Maria das Graças Nicolete

Membro

Dedico esta monografia aos meus pais pelo apoio irrestrito e incentivo para que fosse possível a concretização deste trabalho. A minha Mãe por se constituir diferentemente enquanto pessoa, admirável em essência, estímulo que me impulsionou a buscar vida nova a cada dia, minha eterna gratidão por ter aceitado se privar de minha companhia pelos estudos, concedendo-me a oportunidade de realizar meu Sonho. Vos amo muito!

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na hora da angústia. Louvo ao Senhor pelos milagres e bênçãos concedidas ao longo dessa caminhada, que me ajudou a não desistir diante das barreiras. Até aqui tem o Senhor me ajudado.

Ao meu pai, José Aldo Monteiro pela colaboração e por acreditar na minha capacidade de concretizar um sonho tão almejado. Sua participação na minha vida educacional como um professor foi um incentivo crucial, o qual me ensinou que o caminho para um futuro promissor é a dedicação aos estudos. De fato é gratificante quando considera-se que a maior herança que um pai pode deixar para um filho é a educação.

A minha mãe, Maria das Dores Guilherme Monteiro, guerreira, dedicada e amiga, obrigada por jamais ter me abandonado, por ter permanecido ao meu lado em horas tão difíceis não me deixando desistir, incentivando que sou capaz de chegar onde desejo. Ela que abnegou tantas oportunidades em sua vida para investir na minha história, sem dúvida foi quem me concedeu o maior incentivo para concluir esse trabalho. Quando eu crescer, quero ser igual a você!

A minha avó, Maria do Carmo Guilherme, por estar sempre torcendo e orando para que meus objetivos sejam alcançados, ao meu avô João Pastor (in memoriam), coração bondoso que dedicou toda sua vida a família. Sei que se estivesse aqui lhe seria motivo de orgulho.

As minhas amadas irmãs Netinha e Clarinha pelo carinho, ajuda, compreensão. Mais do que qualquer vínculo de parentesco, vocês são a essência da minha vida e sempre estiveram ao meu lado nos momentos de dificuldade.

Aos meus queridos tios Francisco Canindé Guilherme (Dadaí) e José de Arimatéia Guilherme (Ari) pelo fiel auxílio que foi fundamental para concretização do meu sonho. Jamais me esquecerei do seu gesto de amor e dedicação.

Aos amigos que moram comigo e irmãos por amor e consideração, pouco tempo talvez para escrever uma história, mas muito para preencher um capítulo importante que compõe minha vida. Obrigada pelo incentivo, motivação, alegria, por me fazer rir quando queria chorar. A vocês em especial: Carol, Thiago, Cayo, Cintia, Priscila e Sâmara.

Aos meus irmãos na Fé e amigos de coração: Ir. Raimundo, Ir. Ana, Ray e Day. Obrigada pelo carinho, companheirismo, amizade e pelas orações; família que mora em meu coração. Obrigada ainda pelas palavras de conforto e de ânimo. Ray, fiel escudeira, amiga-irmã que compartilha comigo a profissão, os sonhos, os planos de vida e alegrias! Você faz parte dessa história!

Aos amigos da faculdade, alguns mais próximos, outros nem tanto, mas que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui, em particular aqueles que são muito mais que amigos: Edvânia, Liliane, Clésia e Jadson! Obrigada por todos os momentos que passamos durante esses quatro anos de faculdade. Sem vocês essa trajetória não teria sido tão prazerosa.

A prof^a. Adalva Barbosa, pela sua competência, simpatia e preciosa colaboração como profissional com graduação em Letras que obteve o cuidado de realizar a correção ortográfica e gramatical de toda a minha monografia.

A minha orientadora Izete Dantas, por sempre estar disponível para me atender, pela sua responsabilidade; carinho; dedicação; respeito e acima de tudo por acreditar em minha capacidade. Seu incentivo fez toda diferença.

A todos os professores da Faculdade Natalense para desenvolvimento do Rio Grande do Norte e a instituição como um todo que somaram para nosso crescimento. Obrigada pelo conhecimento transmitido. Quanta sabedoria, quanta bagagem, espero que se orgulhem de nós.

Aqueles que direta e indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A todos o meu carinho e eterna gratidão. Grande Beijo!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASCUS/AGUS- Atipias de Significado Indeterminado de Células Escamosas e Glandulares.

CAF- Cirurgia de Alta Frequência

CCU- Câncer do Colo do Útero

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CONPREV- Coordenação de Prevenção e Vigilância

DARAO- Divisão de Atenção à Rede de Atenção Oncológica

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DES- Dietilestilbestrol

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FOSP- Fundação Oncocentro de São Paulo

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Papilomavírus Humano

IBCC- Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

INCA- Instituto Nacional de Câncer

JEC- Junção Escamocolunar

LIEAG- Lesões Intraepiteliais de Alto Grau

LIEBG- Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS- Ministério da Saúde

NICs- Neoplasias Intraepiteliais Cervicais

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNCCCU- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

PNI- Programa Nacional de Imunização

SAS- Secretaria de Atenção a Saúde

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCOLO- Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero.

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICAMP- Universidade de Campinas

E, tudo quanto fizerdes, fazei-o de todo o coração,
como ao Senhor e não aos homens (Colossenses 3:
23).

RESUMO

O exame citopatológico, também chamado de Papanicolaou ou exame preventivo do câncer de colo do útero, analisa células obtidas por raspagem do colo do útero (ectocérvice e canal endocervical) com as quais é realizado esfregaço sobre uma lâmina de vidro. As características morfológicas das células são observadas ao microscópio. Quando alteradas, ou seja, diferentes daquelas consideradas normais, sugerem tratar-se de processo pré-neoplásico ou neoplásico. Atualmente, o exame citopatológico é o método de rastreamento para câncer do colo uterino mais utilizado em todo mundo. A pesquisa tem como objetivo identificar fatores preponderantes para adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou; considerando as ações de enfermagem na prevenção e promoção a saúde; fornecer subsídios para a promoção e prevenção a saúde, relacionada ao controle dos fatores de riscos de acordo com as estratégias da saúde pública. Este estudo constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica na Base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), considerando a produção publicada a partir de 2001 até 2010, utilizando-se os descritores Exame de Papanicolau, enfermagem, saúde pública no período de março a outubro 2011. Foram analisadas 65 referências por exclusão que constituíram a amostra final. Concluí-se que os aspectos epidemiológicos do câncer do colo do útero no Brasil, com elevados índices de incidência e mortalidade, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle desta doença, que pode ser prevenida se detectada em sua fase pré-maligna, através do exame citopatológico cervico-vaginal. Chama-se a atenção para a importância que o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero assume através do profissional Enfermeiro (a) no sentido de incentivar a população feminina para a realização do exame como forma de prevenir e tratar a doença.

Palavras-Chave: Exame de Papanicolaou, Papel da enfermagem, Saúde pública

ABSTRACT

The cytopathological examination also called a Pap smear or the cervix cancer preventing examination, analyzes cells obtained by scraping the cervix (ectocervix and endocervical canal), which is performed with the smear on a glass slide. Morphological characteristics of cells are observed under the microscope. When such characteristics are altered, i.e. different from those considered normal, one believes it concerns about pre-neoplastic or neoplastic process. Nowadays, the Pap smear is the most commonly used screening method for cervical cancer all over the world. This research aimed to identify important factors for women's adherence to the Pap smear by considering nursing actions in prevention and health promotion and providing subsidies for health promotion and prevention related to the control of risk factors accordingly to public health strategies. This study consisted of a literature research on the basis of the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) by considering the works published from 2001 to 2010 and using the descriptors Pap test, nursing and public health between March and October of 2011. Sixty-five references have been analyzed and they constituted the final sample after some exclusion. It was concluded that the epidemiological aspects of cervical cancer in Brazil, characterized by high incidence and mortality, justify the implementation of effective strategies to control this disease which can be prevented if detected in its early pre-malignant phases through the cervico-vaginal Pap smears. Re points out the importance assumed by the National Program of Control of Cervical Cancer through the nursing professionals to encourage the female population to be submitted to the test as a way to prevent and treat such disease.

Keywords: Pap smear, Role of Nursing Professionals, Public Health

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
2- O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	18
2.1- FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	20
2.2- A INFECÇÃO PELO VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HUMAN PAPILLOMAVIRUS- HPV)	21
2.3- PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	23
2.4- O EXAME DE PAPANICOLAOU	28
2.5- COLETA DO EXAME DE PAPANICOLAOU	29
3- PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	33
4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	41
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6- REFERÊNCIAS	49

1. INTRODUÇÃO

O exame citopatológico, também chamado de exame de Papanicolaou ou exame preventivo do câncer de colo do útero, analisa células obtidas por raspagem do colo do útero (ectocérvice e canal endocervical) com as quais é realizado esfregaço sobre uma lâmina de vidro. As características morfológicas das células são observadas ao microscópio. Quando alteradas, ou seja, diferentes daquelas consideradas normais, sugerem tratar-se de processo pré-neoplásico ou neoplásico. Atualmente, o exame citopatológico é o método de rastreamento para câncer do colo uterino mais utilizado em todo mundo (MONTEMOR, et al., 2006).

De acordo com Horta (2000) a citologia esfoliativa diagnóstica data da metade do século passado quando Pouchet, em 1847, descreveu as alterações morfológicas encontradas em células vaginais durante as fases do ciclo hormonal feminino. Com Papanicolaou, a partir de 1930, várias publicações surgiram, descrevendo o aspecto citológico normal em esfregaços vaginais e as aberrações celulares encontradas em diversas condições patológicas, particularmente em lesões neoplásicas. O colo do útero se transformou por seu simples acesso para obtenção de material e sua fácil visualização, no impulso dos estudos citológicos sobre carcinogênese.

Geórgio Papanicolau foi um médico grego que dedicou sua vida aos estudos sobre a citologia vaginal e da cérvice. Em 1917, Papanicolaou descobriu como ocorria o processo de ovulação. Esse fato levou-o a descobrir que existiam variações de padrões e sequências citológicas diferentes que determinavam o ciclo ovariano e menstrual. Por volta de 1920, elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e do colo uterino, conhecida como método de citologia esfoliativa, técnica utilizada até os dias atuais no combate ao câncer de colo uterino. Este estudioso iniciou as coletas citológicas em sua esposa, pois, como se sabe, as mulheres naquela época, eram restritas ao lar, consideradas como incapazes para a sexualidade e apenas tinham a função de maternar e serem esposas; por isso, seus corpos não deveriam ser expostos em nenhuma hipótese. Somente com o passar do tempo, Papanicolaou conseguiu realizar exames em algumas grávidas e pós-menopáusicas, podendo, então, definir o ciclo sexual da mulher por esfregaços vaginais e do colo (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

A citologia evoluiu para uma aplicação prática imediata com a utilização clínica de aspiração do conteúdo vaginal para diagnóstico de lesões cervicovaginais. Naquela ocasião trabalhava-se com células descamadas, obtidas por aspiração com pipeta e pêra do material contido no fundo-de-saco posterior da vagina. Posteriormente foi padronizada a utilização de colheita com espátula, sendo mais frequentemente usada a espátula de Ayre, visando à raspagem da parede vaginal e da ectocérvice com cada uma de suas extremidades. A colheita de canal cervical é atualmente realizada com escova, conforme proposto por Campos da Paz. A função principal de uma perfeita colheita é alcançar a junção escamocolumnar (JEC) para obter material da chamada zona de transformação, áreas de maior incidência de neoplasias. O esfregaço de Papanicolaou é empregado para detectar o câncer cervical, uma vez que antes de sua introdução nos anos 1930, o câncer cervical era a causa mais comum de morte por câncer nas mulheres, mediante a sua eficácia como um método de triagem o câncer de colo de útero tornou-se menos comum que o câncer de mama e de ovário. Atualmente, seguindo uma tendência bastante difundida, tem-se dado muita ênfase ao achado de células cilíndricas cervicais como valioso índice de informação quanto à qualidade do material colhido (HORTA, 2000).

O câncer cérvico-uterino há décadas vem sendo alvo de atenção da comunidade científica por ocupar lugar de destaque nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre a população feminina, especialmente nos países em desenvolvimento, nos quais esse tipo de câncer relaciona-se ao perfil epidemiológico das mulheres, à frequência dos fatores de riscos e, sobretudo, ao grau de implementação de ações efetivas de curto e longo prazos em todos os níveis de atenção (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A história natural do câncer cérvico-uterino inicia-se a partir de uma lesão intra-epitelial progressiva que pode evoluir para um câncer invasivo em um prazo de 10 a 20 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. É o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Deve-se enfatizar também que são registrados aproximadamente 500 mil novos casos por ano no mundo, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres anualmente. No Brasil, para 2011, são esperados 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres.

Sabe-se hoje que o surgimento do câncer do colo do útero está associado à infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV (Papilomavírus Humano). Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este câncer a partir do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como do tratamento das pacientes (INCA, 2009).

Nesse contexto, estudos epidemiológicos têm relacionado o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino ao comportamento sexual das mulheres e à transmissão de agentes infecciosos como o HPV, considerado pela Organização Mundial de 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, bem como o uso de contraceptivos orais, também tem 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 (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Sabe-se ainda, que há incidência de câncer de colo de útero em mulheres entre 40 e 60 anos, destacando assim a fase do climatério e aliando a assistência de enfermagem no incentivo a realização do exame de Papanicolaou na terceira idade (BRASIL, 2002).

Os objetivos que nortearam a elaboração do presente trabalho foram: caracterizar fatores preponderantes para adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou; fornecer subsídios para a promoção e prevenção à saúde, relacionada ao controle dos fatores de riscos de acordo com as estratégias da saúde pública; transcrever o conhecimento acerca do exame de Papanicolaou no que diz respeito à técnica, fortalecendo o autoconhecimento do corpo e da sexualidade, familiarizando a mulher ao exame e minimizando sentimentos negativos como o medo, a vergonha, o nervosismo e o constrangimento, que por vezes as impedem de aderir ao programa; destacar a necessidade da assistência de enfermagem no contexto humanizado e ético na perspectiva de valores e atitudes da mulher em relação à saúde e auto-cuidado.

Este estudo constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica considerando a relevância da realização do Exame de Papanicolaou na prevenção do câncer de colo do útero, enfatizando o papel do Enfermeiro em conjunto com a Saúde Pública.

De acordo com Vieira e Hossne (2001) uma revisão bibliográfica deve mostrar a evolução de conhecimentos sobre o tema, apontando falhas e acertos, fazendo críticas, elogios e resumindo o que de fato é importante sobre o tema.

Gil (1999), explica que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. Apesar de praticamente todos os outros tipos de estudo exigirem trabalho dessa natureza, há pesquisas exclusivamente desenvolvidas por meio de fontes bibliográficas.

Conforme proposto pelo projeto de revisão bibliográfica, a coleta de dados consistiu em reunir o material bibliográfico disponível consultando os Bancos de dados informatizados. Foram realizadas pesquisas na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), considerando as referências a partir de 2001 até 2010, utilizando-se as palavras do descritor Exame de Papanicolaou, Papel da Enfermagem e Saúde Pública no campo palavras do título, correspondente ao período de março a outubro 2011.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que fizeram parte desta pesquisa foram aqueles que abordaram a temática em estudo, ou seja, que estão em consonância com o conteúdo do presente trabalho. A análise do material foi realizada por meio da leitura do título e/ou resumo a fim de aproximar-se com maior familiaridade da temática em investigação e, posteriormente, do texto na íntegra. O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos se deu no momento em que identificou-se a saturação dos dados e assim apreendeu-se o objeto desse estudo.

As sessenta e cinco referências obtidas por exclusão junto ao LILACS e que constituíram esta amostra foram catalogadas e analisadas por categorias e ano de publicação. É salutar considerar que embora haja um número pequeno de publicações no decorrer dos últimos dez anos a respeito da temática deste estudo foi possível levantar um embasamento teórico que concedesse respaldo ao desenvolvimento do presente trabalho.

Este trabalho está dividido em cinco partes, considerando-se a introdução com enfoque no exame de Papanicolaou, além de especificar os objetivos e metodologia que fundamentaram a elaboração do mesmo. Além disso, na segunda parte destaca-se uma breve discussão sobre o Câncer de Colo do Útero propriamente dito

mediante o conceito, fatores de risco, prevenção e controle por meio do Exame de Papanicolaou, bem como a explanação da técnica de coleta durante a realização do procedimento. Na terceira parte enfatiza-se o papel do Enfermeiro frente à Saúde Pública, ratificando a importância da realização do exame de Papanicolaou como principal forma de controlar e tratar achados anormais, inclusive o câncer cérvico-uterino. Na quarta e quinta parte respectivamente, apresenta-se os resultados-discussão avaliados em categorias considerando o ano de publicação, representadas e organizadas em tabela e por fim, as considerações finais.

2. O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer de colo uterino nas últimas décadas tem sido um desafio para a saúde pública, decorrente da alta incidência, evolução mórbida e elevada taxa de mortalidade. Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos (INCA, 2002).

Deve-se ressaltar que o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se 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. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2010).

O útero é um órgão muscular em formato de uma pêra, tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura em sua parte superior. Suas paredes têm cerca de 1,25 cm de espessura. Está localizado entre a bexiga urinária e o reto. Divide-se em três partes: o fundo, que é a região superior em forma de cúpula, situado acima da entrada das tubas uterinas; o corpo, que é a região central; e o colo, a região inferior estreitada que se abre na vagina (SMELTZER et. al, 2009. HERLIHY; MAEBIUS, 2002).

A superfície do colo uterino que se exterioriza para o canal vaginal chama-se ectocérvice e está revestida por epitélio escamoso, estratificado, não queratinizado. O canal cervical, ou endocérvice, está revestido por epitélio cilíndrico, também chamado de glandular ou colunar simples, que secreta muco. A linha de encontro desses dois epitélios é conhecida como junção escamocolunar, e sua localização pode variar, apresentando-se na ectocérvice ou no canal cervical. A JEC pode se deslocar para a ectocérvice por estímulo hormonal, levando, para fora do canal cervical, o epitélio glandular. Denomina-se a isto ectrópio (eversão de borda ou de margem) (MONTEMOR, et. al, 2006).

Nesta situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nesta região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. Portanto é nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero (INCA, 2002).

Quando se trata de cérvix uterina, estabeleceu-se o conceito de neoplasia intra-epitelial Cervical (NIC) subdividida em três graus, que se mantém para os diagnósticos histológicos. A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, Estados Unidos. Essa classificação incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos, que resumidamente são o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às fortes evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões intra-epiteliais de baixo e alto grau, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora, e a introdução da análise da qualidade do esfregaço. Essa classificação foi revista em 1991 e 2001, porém sem mudanças estruturais (INCA, 2006).

De acordo com o INCA (2008), o desenvolvimento da neoplasia do colo uterino a partir do epitélio escamoso normal ocorre seguindo fases bem definidas. Na fase pré-invasora a doença está restrita ao epitélio escamoso cervical, não ultrapassando a sua membrana basal. Esta fase compreende do ponto de vista histopatológico, os três graus iniciais das chamadas NICs. Embora denominadas neoplasias, as intra-epiteliais são lesões reversíveis se devidamente reconhecidas e tratadas.

- NIC I: lesão intra-epitelial de baixo grau (anormalidades do epitélio em um terço proximal da membrana).
- NIC II: lesão intra-epitelial de alto grau (que compromete até dois terços da espessura do epitélio).
- NIC III: lesão intra-epitelial de alto grau (alterações de quase toda a espessura do epitélio, poupando as células mais superficiais) e carcinoma in situ.

Segundo Smeltzer et. al (2009), existem vários tipos diferentes de câncer de colo de útero. Muitos cânceres originam-se nas células escamosas, enquanto o restante consiste em adenocarcinomas ou carcinomas adenoescamosos mistos. Os adenocarcinomas começam nas glândulas produtoras de muco e, com frequência, decorrem da infecção por HPV. Muitos cânceres cervicais quando não detectados e tratados, espalham-se para os linfonodos pélvicos regionais, e a recidiva local não é incomum. O câncer cervical inicial raramente produz sintomas. Quando os sintomas estão presentes, eles podem passar despercebidos como uma fina secreção vaginal aquosa, frequentemente observada depois da relação sexual ou da ducha. Quando os sintomas como a secreção, sangramento irregular, dor ou sangramento depois da relação sexual acontecem, a doença pode estar avançada. No câncer cervical avançado, a secreção vaginal aumenta gradualmente e torna-se aquosa e, por fim, escura e com odor fétido a partir da necrose e infecção do tumor. À medida que a doença evolui, o sangramento pode persistir e aumentar, além de dor nas pernas, disúria, sangramento retal e edema dos membros.

Vale salientar que a progressão do câncer leva-o a invadir os tecidos externos ao colo, incluindo as glândulas linfáticas anteriores ao sacro. Sendo assim, pode afetar o fundo-de-saco em que os nervos nessa região são comprometidos produzindo dor excruciante na região lombar e nas pernas, a qual é aliviada apenas por agentes analgésicos opióides. Contudo, enfatiza-se que os sintomas citados são perceptíveis tão somente quando as lesões características no colo do útero evoluem para carcinoma de colo uterino, ou seja, o câncer propriamente dito é sintomático.

2.1. FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Para Oliveira e Almeida (2009) o surgimento do câncer de colo de útero, apresenta como condição a infecção pelo HPV, sendo que aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um de seus 15 tipos oncogênicos. Entre os fatores de risco para o surgimento do câncer cervical uterino e de suas lesões precursoras, a infecção cervical por tipos oncogênicos do papilomavírus humano-HPV tem sido estabelecida dentro dos critérios de causalidade. O desenvolvimento do câncer cervical é menos provável na ausência

da infecção pelo HPV e de fatores coexistentes que favorecem a persistência da infecção, entre os quais: atividade sexual: múltiplos parceiros sexuais, idade precoce (menos de 20 anos) no primeiro coito (expõe o colo jovem vulnerável aos vírus potenciais de um parceiro); multiparidade com reprodução precoce; antecedentes de doenças venéreas; infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) além de outras causas de imunodeficiência; infecção cervical crônica; história familiar de câncer cervical; exposição ao dietilestilbestrol (DES) in útero; tabagismo e etilismo; baixa escolaridade e nível socioeconômico; deficiências nutricionais (os níveis de folato, beta-caroteno e vitamina C são menores nas mulheres com câncer cervical que nas mulheres sem ele); uso de contraceptivos orais por mais de 10 anos; higiene íntima inadequada.

2.2. A INFECÇÃO PELO VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HUMAN PAPILLOMAVIRUS – HPV)

O papilomavírus humano é a patologia infecciosa do trato genital feminino, de transmissão sexual, mais prevalente entre as mulheres de vida sexual ativa no período reprodutivo. Apresenta-se como um vírus epiteliotrófico, capaz de manter-se em forma latente sendo detectado apenas, por técnicas de biologia molecular. Esse vírus apresenta manifestações subclínicas, que são detectadas através de colposcopia, citologia ou histologia ou ainda infecção clínica. A infecção persistente por tipos oncogênicos de papilomavírus humano tem sido descrita como fator causal para o desenvolvimento do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Historicamente, a associação do vírus HPV com o câncer de colo de útero começou em 1949, quando o patologista George Papanicolaou introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença: o exame Papanicolaou. Esse exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-maligna, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo de útero. No entanto, somente na década de 70, o conhecimento acerca da etiologia da doença teve considerável avanço. Estudos constataram que a referida associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão

sexual. Harold zur Hausen, um infectologista alemão, constatou que o Papiloma Vírus Humano (vírus HPV) poderia ser esse agente estabelecendo inicialmente a relação do vírus com as verrugas e condilomas. Somente anos mais tarde, o vírus foi relacionado com o desenvolvimento do carcinoma de colo de útero (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Existem mais de 80 cepas, algumas das quais estão associadas a anormalidades cervicais, incluindo a displasia e o câncer. As cepas mais comuns de HPV, 6 e 11, geralmente provocam condilomas (crescimentos verrucosos) na vulva. Com frequência, esses são visíveis ou podem ser palpáveis pelas pacientes. Os condilomas raramente são pré-malignos, porém constituem uma manifestação externa do vírus. As cepas 6 e 11 estão associadas a um baixo risco para o câncer de colo de útero. Algumas cepas de HPV (16, 18, 31, 33 e 45) podem não causar condiloma, mas afetam o colo, resultando em esfregaços de Papanicolaou anormais e podem ser observadas na colposcopia. Essas cepas estão associadas a um risco mais elevado de câncer de colo de útero; onde metade de todos os cânceres de colo cervical são causados pelo HPV 16 e 18 (SMELTZER et. al, 2009).

Segundo INCA (2009), estudos no mundo comprovam que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas, serão infectadas por um ou mais tipos de HPV em algum momento de suas vidas. Porém, a maioria das infecções é transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imune, principalmente entre as mulheres mais jovens. Logo qualquer pessoa infectada com HPV desenvolve anticorpos (que poderão ser detectados no organismo), todavia nem sempre estes são suficientemente competentes para eliminar os vírus. A transmissão dar-se por contato direto com a pele infectada. Os HPV genitais são transmitidos por meio das relações sexuais, podendo causar lesões na vagina, colo do útero, pênis e ânus. Também existem estudos que demonstram a presença rara dos vírus na pele, na laringe (cordas vocais) e no esôfago. Já as infecções subclínicas são encontradas no colo do útero, o desenvolvimento de qualquer tipo de lesão clínica ou subclínica em outras regiões do corpo é bastante raro. As infecções clínicas mais comuns na região genital são as verrugas genitais ou condilomas acuminados, popularmente conhecidas como "crista de galo". Já as lesões subclínicas não apresentam nenhum sintoma, podendo progredir para o câncer do colo do útero caso não sejam tratadas precocemente.

Em outubro de 2005, foram anunciados os resultados de um estudo clínico multinacional de uma vacina para o HPV, indicando que a vacina é muito efetiva na prevenção da transmissão de duas cepas de HPV (HPV-16 e HPV-18). A discussão sobre a incorporação da vacina contra HPV no Brasil foi feita de forma integrada, levando em consideração as sugestões e recomendações elaboradas pelo grupo de trabalho anterior, designado com este objetivo em dezembro de 2006 através da Portaria Nº 3.124/GM8. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS): a vacina quadrivalente (Gardasil, Merck) contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente (Cervarix, Glaxo-Smith-Kline) contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para a mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações (PNI) está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero. A imunização não substituirá outras estratégias importantes na prevenção do HPV ou quanto a necessidade de triagem do câncer de colo do útero (INCA, 2011).

2.3. PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

De acordo com o INCA (2010), o câncer de colo uterino, depois do câncer de pele, apresenta grande potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. Isso ressalta a importância das ações de educação em saúde para a prevenção da ocorrência desses tumores, bem como o estímulo a realização do exame colpocitológico, o conhecido Papanicolau.

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino, e que tinha

Arthur Campos da Paz em sua direção. Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país. Em 1968, José Aristodemo Pinotti iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para Campinas e região, com base na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). No início dos anos 1970, João Sampaio Goes iniciou programa semelhante atingindo vários municípios do Estado de São Paulo com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia – hoje designada Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) – e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). Outras iniciativas em menor dimensão ocorreram em outros locais do Brasil. Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS (INCA, 2011).

As ações de controle do câncer ginecológico teve início de forma programática em 1983, época de implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que representou uma ampliação do foco de assistência à 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. Somente a partir de 1996 o Ministério da Saúde, em parceria com o INCA, implantou o Programa Viva Mulher em âmbito nacional, objetivando a detecção precoce e o controle do câncer cérvico-uterino. Logo após, foram definidos critérios para periodicidade, controle e seguimento das mulheres pelo PNCC, cujas maiores dificuldades, no momento, estão relacionadas à comunidade da prevenção e à garantia de tratamento e acompanhamento das mulheres que apresentam alterações citológicas (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) instituído em 1998 foi estruturado com a meta de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais por esse câncer, através da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação. O Programa elegeu como método rastreador o exame de

Papanicolaou (colpocitologia oncológica) bem como a cirurgia de alta frequência (CAF) como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau, priorizando as mulheres com idades entre 35 e 49 anos e aquelas que nunca haviam realizado o exame preventivo, considerando assim na Primeira Campanha Nacional de Rastreamento. Em 2002, durante os meses de março e abril, foi realizada a Segunda Fase de Intensificação do Programa, sendo desenvolvida uma campanha de mídia nacional para mobilização das mulheres alvo. Pretendia-se, nesta fase, atingir a meta de 2.511.581 mulheres. No entanto, o programa superou as expectativas, alcançando um total de 3.856.650 mulheres examinadas (CORRÊA; VILLELA, 2008).

Após esses dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos Estados e Distrito Federal, com destaque para alguns avanços como: padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Com a publicação das Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero passa a compor os planos de saúde estaduais e municipais, como uma das metas prioritárias inseridas no termo de compromisso de gestão, envolvendo as diferentes esferas na responsabilização do controle desse câncer (MS, 2006; INCA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde a prevenção do câncer do colo de útero é uma atividade inerente às equipes de Saúde da Família, definida como estratégica no Pacto pela Vida e respaldada através da Portaria nº 399/06 do Ministério da Saúde e assumida formalmente por gestores municipais. Via de regra, essa tem sido uma atividade desenvolvida praticamente apenas pelo enfermeiro. A meta estabelecida pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero é de que pelo menos 80% das mulheres com idade entre 25 e 59 anos e que já tiveram atividade sexual realizem o exame de Papanicolaou periodicamente, da seguinte forma: inicialmente um exame por ano; no caso de dois exames normais seguidos (com intervalo de um ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada três anos. Nos casos de resultados alterados a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (INCA, 2011).

Para Souza e Borba (2008), o câncer cérvico-uterino é tido como um significativo problema de Saúde Pública que atinge uma parcela considerável da população feminina, quando um exame que possibilita efetiva prevenção e detecção precoce está disponível e razoavelmente acessível à grande maioria das mulheres, através da Estratégia de Saúde da Família. Nessa perspectiva a organização do Serviço de Saúde é fundamental para o alcance das metas estabelecidas, porém, razões relacionadas a aspectos sócio-econômicos e culturais, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia, importância do exame preventivo bem como os procedimentos para sua realização podem estar contribuindo para a baixa adesão de mulheres à realização do exame citológico. Sabe-se que a descentralização do exame de Papanicolau realizado em Unidade de Saúde da Família (USF) facilitou o acesso da população feminina para a realização do mesmo. Apesar dessa facilidade, muitas mulheres ainda apresentam resistência à colheita citológica e por vezes submetem-se ao exame já em fase tardia. É importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas também de outros fatores, dentre eles a educação em saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com o profissional enfermeiro atuando não somente na colheita citológica, mas, especialmente, na promoção da saúde.

Em decorrência da persistência da relevância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil e sua magnitude social, é instituído, em 10 de fevereiro de 2010, o Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Para a avaliação das ações de rastreamento, conta-se desde 1999 com o SISCOLO, desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que permite o acompanhamento dos indicadores de processo do programa, como, por exemplo, avaliar se a população-alvo está sendo atingida, estimar a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas, obter dados sobre a qualidade da coleta de material, calcular o percentual de mulheres em tratamento após a realização do diagnóstico, entre outros (INCA, 2010).

Sendo assim, considerando as ações do Governo Federal na implementação de políticas de saúde cuja finalidade é intensificar a prevenção do Câncer na mulher, a presidente em vigência, Dilma Rousseff lançou no dia 22/03/11 em Manaus, um plano de ação para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Para implementar as ações, que serão desenvolvidas até

2014, o Governo federal vai investir R\$ 1,25 bilhão. O plano está inserido num projeto maior, de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que terá um aporte total de R\$ 4,5 bilhões. A escolha de Manaus para o lançamento do plano deve-se ao fato de que na Região Norte, o câncer de colo do útero é o mais frequente - corresponde a 24,3% de todos os casos de câncer entre mulheres. Nesta região, as mulheres têm risco 2,5 vezes maior de morrer por esse tipo de câncer do que no Sudeste. Os planos com as ações para fortalecimento da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer do colo do útero e de mama foram elaborados por profissionais da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), Divisão de Atenção à Rede de Atenção Oncológica (DARAO) e Diretoria de Planejamento do INCA, em conjunto com técnicos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e representantes das sociedades científicas do setor. Percebe-se que o objetivo do programa é ampliar, em todo o país, a oferta de ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero. Dentre as principais ações estipuladas estão a garantia de acesso ao exame preventivo e com qualidade às brasileiras entre 25 e 59 anos – população-alvo do programa, a qualificação da rede de diagnóstico e de tratamento das lesões precursoras; a difusão de informações sobre prevenção e a ampliação do acesso ao exame preventivo a todas as brasileiras, independentemente da idade. Para garantir o acesso ao exame preventivo de qualidade, o programa prevê que as equipes de saúde que atuam na atenção primária atendam a todas as mulheres de forma adequada – principalmente as da faixa etária de 25 a 59 anos. No total, estados e municípios contarão com R\$ 382,4 milhões do governo federal para a execução das ações do programa até 2014. As metas a serem alcançadas no período são: superar o percentual de 75% de realização anual de exames de rastreamento nas mulheres com idade entre 25 e 59 anos; alcançar percentual menor que 5% para exames insatisfatórios; iniciar, em no máximo 90 dias após o diagnóstico, o tratamento de mulheres com lesões precursoras (INCA, 2011).

2.4. O EXAME DE PAPANICOLAOU

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil baseia-se na detecção precoce deste câncer em mulheres assintomáticas, processo conhecido como rastreamento ou screening. Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. No entanto, é necessário garantir a organização, como também a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA, 2009).

Constata-se que o exame citopatológico de Papanicolaou é um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina, a partir de células descamadas do epitélio e se constitui até hoje, o método mais indicado para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero (CCU) por ser um exame rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, que tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva, além de ser de baixo custo. A avaliação da efetividade do Papanicolaou em reduzir as taxas de mortalidade pelo CCU, feita por estudos comparativos de tendências temporais, mostrou uma redução significativa dessas taxas em alguns países após a introdução de programas de rastreamento. Deve-se enfatizar que estudos epidemiológicos do tipo caso-controle realizados, inclusive no Brasil, revelaram risco mais elevado de CCU entre mulheres que nunca fizeram o Papanicolaou, além de aumento do risco proporcional ao tempo decorrido desde a realização do último exame. A colpocitologia realiza diagnósticos que sempre necessitam ser confirmados pelo exame histopatológico. No entanto, sua

sensibilidade é muito alta, num índice de 80 a 97 %, o que indica que pequenas porcentagens de mulheres apresentarão resultados de exames complementares contrários à citopatologia positiva. Quanto a periodicidade da colpocitologia, o PNCC recomenda que seja três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano. Considera-se ainda que essa periodicidade deve ser adequada a cada mulher e aos fatores de risco identificados por meio de anamnese criteriosa, que leve em conta também as necessidades da mulher (FERNANDES, et. al, 2009).

2.5. COLETA DO EXAME DE PAPANICOLAOU

No exame de Papanicolaou são colhidas células da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com a escova cervical, após a introdução do espéculo e exposição do colo uterino. O material é colocado em uma lâmina transparente de vidro com uma parte fosca numerada e identificada com o nome da mulher. Logo após a coleta é feita a fixação do esfregaço com álcool a 95% ou polietilenoglicol ou propinilglicol. A lâmina é acondicionada em tubete e encaminhada para o laboratório, onde é corada e levada ao microscópio para identificação de células esfoliadas, atípicas, malignas ou pré-malignas (SOARES; SILVA, 2010).

De acordo com Montemor et. al (2006), uma coleta bem feita do esfregaço citológico é a primeira e principal condição para um resultado eficiente do exame de Papanicolaou, havendo assim necessidade de realizar a coleta em condições ideais agendando aproximadamente 2 semanas após a menstruação. Nas 48 horas que antecedem o exame deve-se orientar a mulher para: não realizar ducha vaginal; não usar vaselina, tampões, espumas, gel, cremes ou medicações vaginais para que não haja interferência na qualidade do material, exceto em mulheres na pós-menopausa em que há necessidade de lubrificação, recomenda-se somente o uso de soro fisiológico; não ter relações sexuais; não realizar exames intravaginais como, por exemplo, ultra-sonografia.

Como normalmente o colo uterino repousa em contato com o fundo vaginal e suas paredes, ficando imerso no conteúdo vaginal, considera-se desnecessária a coleta do fórnice posterior da vagina, local indicado apenas para as mulheres histerectomizadas que procuram o exame. No caso de gestantes, a coleta deve ser

realizada de maneira cuidadosa a fim de evitar sangramentos que possam assustá-las ou levá-las a crer em ameaças de abortamento, uma vez que é comum na gravidez a eversão fisiológica da JEC, a realização exclusiva da coleta ectocervical fornece material satisfatório para a análise laboratorial (FERNANDES, et. al, 2007).

Para adequada realização da coleta solicita-se que a cliente esvazie a bexiga, o profissional deve orienta-la para que se deite na cama, cobrindo-a com um lençol e colocando-a adequadamente em posição ginecológica. Deve-se utilizar um espécúlo estéril, descartável ou não, de tamanho apropriado, e inseri-lo na vagina sem lubrificação. Para facilitar a inserção do espécúlo, em especial para pessoas idosas com vagina ressecada, pode-se usar soro fisiológico, uma vez introduzido completamente na vagina, deve ser aberto com delicadeza. A posição do espécúlo deve permitir completa visualização do orifício externo do canal cervical e de toda ectocérvice. Percebe-se que uma das causas da dificuldade de visualizar o colo uterino pode ser a escolha errada do tamanho do espécúlo. O espécúlo de tamanho pequeno (número 1) deve ser utilizado em mulheres que não tiveram filho ou, que não tiveram parto por via vaginal, ou após menopausa. Já o tamanho grande (número 3) pode ser indicado para as mulheres que são grandes múltíparas ou obesas. Enquanto que o tamanho médio (número 2) pode ser usado nas demais mulheres. Enfim, das possibilidades uma manobra para auxiliar a visualização do colo é pedir para a mulher tossir quando se estiver abrindo o espécúlo. Tão importante quanto a visualização do colo é a inspeção da vulva e da vagina, pois também são passíveis de apresentarem neoplasias (MONTEMOR, et al, 2006).

De acordo com Ministério da Saúde (2002), o procedimento de coleta propriamente dito deve ser realizado na ectocérvice e na endocérvice, usando a espátula de Ayres e a escovinha tipo Campos da Paz. Após a coleta, a fixação deste material na lâmina deve ser imediata. É fundamental não esquecer que esta lâmina e a caixa (ou frasco) devem estar corretamente identificadas, da mesma forma que o formulário de requisição de exames já preenchido, todos a lápis grafite.

Os resultados da colpocitologia foram categorizados conforme o Sistema Bethesda e agrupados em: atipias de significado indeterminado de células escamosas e glandulares (ASCUS/AGUS), lesões intraepiteliais de baixo grau (LIEBG), que incluem HPV e NIC I, lesões intraepiteliais de alto grau (LIEAG), que incluem NIC II e NIC III e Câncer para o carcinoma escamoso invasivo e adenocarcinoma invasivo (UCHIMURA et. al, 2009).

Para Soares e Silva (2010) as principais alterações associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos detectáveis facilmente pelo Papanicolaou são: Atípicas de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS): alterações citopatológicas que devem ser melhor investigadas. A mulher deve ser reavaliada e, de acordo com a história clínica repetir a citologia em seis meses ou encaminha-la para colposcopia; Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV): alterações celulares ocasionadas pela existência do HPV. É classificada como lesão de baixo risco. Como conduta clínica, a mulher deve ser acompanhada e repetir a citologia em seis meses; Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I (displasia leve): as alterações se limitam a um terço do epitélio de revestimento da cérvix. É classificada como lesão de baixo grau de malignidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), aproximadamente 60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% apresentam persistência da lesão e menos de 10% evoluem para NIC III. A conduta clínica é acompanhar a mulher e repetir a citologia em seis meses; Neoplasia Intra Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra Epitelial Cervical III - NIC III (displasia intensa ou carcinoma *in situ*): as alterações atingem $\frac{3}{4}$ do epitélio pavimentoso de revestimento do colo uterino (NIC II) ou atingem toda a espessura epitelial (NIC III). São lesões de alto grau de malignidade. A mulher deve ser encaminhada para colposcopia e biópsia, se necessário; Carcinoma Escamoso Invasivo: as alterações celulares são semelhantes ao NIC III, necessitando comprovação histopatológica para determinar a invasão; Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo: alterações nas células glandulares do colo uterino. A conduta é encaminhar a mulher para colposcopia e biópsia, se necessário. Deve-se ressaltar que a lesão não tem que passar obrigatoriamente por todas estas etapas para chegar ao câncer invasor (carcinoma), sendo as lesões de alto grau consideradas as verdadeiras precursoras do câncer, pois, na maioria dos casos, evoluirão para carcinoma invasor do colo uterino. Enquanto que as lesões iniciais pré-invasivas do câncer de colo uterino desenvolvem-se sem nenhuma sintomatologia específica e seu diagnóstico ocorre ocasionalmente na coleta de citologia oncológica (Papanicolaou).

Segundo o INCA (2002), O tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero é individualizado para cada caso. Varia desde o simples acompanhamento cuidadoso, a diversas técnicas, incluindo a crioterapia e a biópsia com laser, a histerectomia e, também, a radioterapia. O tratamento clínico pode ser realizado

através da destruição da lesão por meios físicos ou químicos. É claro que esses tipos de tratamentos apresentam a limitação de não fornecer material para estudo histopatológico, impedindo o diagnóstico definitivo. Só devem ser indicados nos casos em que houver a concordância entre a citopatologia, biópsia incisional e colposcopia e não houver a possibilidade do tratamento por cirurgia de alta frequência. A escolha de qual o tipo de método a ser realizado também irá depender da localização das lesões, seu crescimento e gravidade, penetração no canal cervical, gravidez e condições clínicas da paciente. O tratamento cirúrgico tem como objetivo promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. Atualmente, a cirurgia de alta frequência (CAF) é considerada um bom método para o tratamento das lesões precursoras do câncer cervical. Os aparelhos de CAF geram um tipo de onda que produz simultaneamente corte e hemostasia e substituem o tratamento por meio da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico. Além disso, possibilita o tratamento das lesões precursoras do câncer com cirurgia conservadora da fertilidade, não mutilante em nível ambulatorial, permitindo inclusive a opção de diagnóstico e tratamento na mesma consulta, ao que chamamos método *Ver e Tratar*. Destaca-se ainda o método de Cone a Frio e Histerectomia abdominal ou vaginal. A Radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero e que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama, emitidos pelo radium ou outro material radioativo, em um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor. A quimioterapia não é o tratamento de escolha para o carcinoma escamoso, todavia vários protocolos atuais têm recomendado o uso concomitante com a radioterapia, aumentando a resposta individual à terapêutica. Quando usada como recurso que antecede a radioterapia, pode induzir seleção de células resistentes à radioterapia, piorando os resultados finais.

3. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A atenção primária à saúde (APS) é entendida como o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, devendo funcionar como principal acesso da comunidade nas redes públicas, com ações que promovam a resolução dos problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando uma rede integrada de serviços. Para organização deste nível de atenção, nos últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido preferência, no país, como política prioritária nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de priorizar a implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos e transformar as bases do modelo assistencial, definido como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (MOURA, et. al, 2010).

Sabe-se que a Saúde Pública é considerada uma área privilegiada para a Enfermagem e para o trabalho em equipe, onde cada profissional mantém o seu espaço e área de competência e responsabilidade. Neste campo, os enfermeiros têm encontrado um amplo espaço para desenvolver seu trabalho de rotina, decidindo sobre suas ações, estabelecendo o desenvolvimento do seu trabalho e mantendo considerável autonomia em suas práticas, já que o modelo de atenção confere a estes profissionais uma maior liberdade para usar os espaços e mudar as realidades locais (NAUDERER; LIMA, 2008).

Para Costa e Miranda (2008) a nível de atenção básica, o enfermeiro é requisitado de forma preferencial entre os profissionais de saúde privilegiados para compor a equipe, destacando-se neste processo por possuir experiências de planejamento, execução e avaliações de ações assistenciais, administrativas e educativas, as quais, na ESF, são requisitos fundamentais.

A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. Constata-se através da Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, que mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na

formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, bem como intervir no processo saúde-doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem as ações multiprofissionais. Cabe ressaltar que a resolução mencionada foi revogada pela Resolução COFEN nº 317/2007, uma vez que a LEI 7.498/1986 já prevê tal prescrição de medicamentos privativa do enfermeiro quando integrante da Equipe de Saúde da Família (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O enfermeiro deve dispor de 40 horas semanais e o tempo deve ser disposto da seguinte maneira: um turno para visitas domiciliares, dois turnos para atividades em grupos, um para reuniões da equipe e seis turnos para atividades individuais, podendo variar de acordo com as necessidades de cada equipe. As equipes devem destinar 60% do tempo para os atendimentos individuais e os outros 40% para atividades dos grupos, reuniões de equipe e visitas domiciliares. Como atividades desempenhadas pelos enfermeiros, observa-se que este profissional desempenha ações de assistência individual e coletiva como: administração de medicação; atendimento a pacientes diabéticos; atendimento a pacientes hipertensos, auxiliar em sutura, cadastro e entrega de preservativo, coleta de preventivo de colo uterino; coleta teste do pezinho; consultas de enfermagem; consulta de pré-natal; consultas na área de saúde da mulher; controle de sinais vitais; curativo; drenagem de abscesso; entrega de resultado do preventivo de colo uterino; exame de mamas; fornecimento de medicação; lavagem otológica; nebulização; orientação a paciente extra consultas; orientação a puérpera; orientação para uso de métodos contraceptivos; planejamento familiar; prevenção DST/AIDS; puericultura; resultado de mamografia; retirada de pontos; revisão ginecológica; revisão puerperal; vacinação; verificação de óbito; consulta acompanhamento da família; grupo de crianças acima de 15 meses; grupo de crônicos (hipertensos e diabéticos); grupo de gestantes; grupo de mulheres; grupo semanal de planejamento e ainda vacinação de estudantes na escola e visitas domiciliares (CEOLIN, et. al, 2007).

Não obstante a isso o Enfermeiro dispõe em planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF (MEDEIROS, et. al, 2007).

Convêm enfatizar que segundo Rocha e Zeitoune (2007), o Enfermeiro executa ações básicas na área de atenção a criança, a mulher, ao trabalhador, no controle da tuberculose, da hanseníase, das doenças crônico- degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica, além de notificar doenças e agravos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O exame Papanicolaou é uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, logo é de suma importância uma adequada coleta para o êxito do diagnóstico. O enfermeiro possui respaldo legal para realizar coleta de exame preventivo e teste Schiller, que se dá através da lei do exercício profissional 7498, de 25/06/1986 e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87 (SILVA, et. al, 2010).

Quando se tratar de mulher com alterações na citopatologia, os profissionais de saúde devem sempre adotar condutas eficazes. Nesse contexto destaca-se a importância da participação do enfermeiro na notificação, como também na orientação e no seguimento de todas as mulheres cujos resultados citopatológicos requeiram outras intervenções diagnósticas e/ou clínicas. Assim, é fundamental que esse profissional organize um sistema de registro, controle e seguimento, especialmente das mulheres que apresentam colpocitologia evidenciando alterações citológicas. Mediante isso, o enfermeiro deve: identificar a população de risco; sistematizar a adequada convocação e reconvocação de mulheres a intervalos preestabelecidos; dispor de recursos adequados para coleta, relatórios, tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados; informar e orientar a mulher para que compreenda o significado do rastreamento (exame, alteração evidenciada, seguimento e/ou tratamento, acompanhamento, etc.); além de avaliar continuamente o processo e os resultados no intuito de obter sucesso no rastreamento dos casos com alterações citológicas (FERNANDES; NARCHI, 2007).

De acordo com o INCA (2008) profissionais de saúde consciente da importância da identificação de fatores de risco não se limitam ao tratamento de doenças, mas participam também ativamente das ações de prevenção e detecção. 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 ao 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, parceiros que não

permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo. Constatase também outras barreiras, como o medo “do exame ser positivo”: muitas mulheres que chegam a realizar o exame não retornam para saber o resultado; logo, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo deve ser priorizada e organizada de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo.

Por essas razões, as práticas educativas devem sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa, principalmente as que estão na faixa etária entre 25 e 60 anos, para a realização do exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações; orientar quanto aos cuidados para a realização do exame; como também sobre as dúvidas e quanto aos resultados. É necessário ainda usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material para o exame de Papanicolaou; divulgar os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento; estabelecer uma integração com instituições e grupos que já promovam reuniões regulares, tais como: associações de moradores, associações de mulheres, clubes de mães em escolas, igrejas e outros, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações. Pode-se também captar essas mulheres nos Serviços de Saúde através de reuniões realizadas na sala de espera onde abrangerá mulheres de outras clínicas e a eficácia será enorme, pois as informações sobre ginecologia serão amplamente divulgadas.

Segundo Oliveira e Almeida (2009) a enfermeira exerce um papel de grande importância quando se fala de prevenção em saúde. Uma vez que esse profissional está em contato direto com as mulheres que procuram atendimento nas unidades básicas criando assim uma espécie de vínculo de confiança. Percebe-se que o atendimento baseado nesses fatores é a melhor forma de fortalecer o compromisso entre profissionais e mulheres atendidas e o diálogo é fundamental em todos os momentos do atendimento à mulher. A formação de vínculos entre profissionais de saúde e usuário reforça a integralidade do mesmo e potencializa o cuidado garantindo uma assistência humanizada. Observa-se que o fato das enfermeiras serem do mesmo sexo, as clientes sentem-se mais a vontade, subentende-se então que esta seja uma possível garantia de atendimento humanizado, já que elas passam pela mesma experiência. A humanização significa considerar a essência do

ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças. Humanizar implica na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, ou seja, a humanização no atendimento é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma agradável, é portanto um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre atos, condutas e comportamento.

Para o Ministério da Saúde (2002), a unidade básica de saúde constitui-se na porta de entrada da mulher para o programa de detecção precoce, sendo assim é importante ela estar bem preparada para a recepção e sensibilização da usuária, nos mais variados aspectos, incluindo a organização do espaço físico, sinalização da unidade e previsão do material de consumo. Além da preocupação inicial com o acolhimento, é fundamental a capacitação do profissional na realização da coleta e no fornecimento das informações pertinentes às mulheres que solicitarem. O gerente da unidade deve ter acesso, por meio do coordenador estadual ou municipal do programa, do desempenho da sua unidade e de seus profissionais fornecido pelo SISCOLO, para, por exemplo, no tocante à qualidade da amostra, selecionar profissionais para uma reciclagem do procedimento. Um outro ponto considerado fundamental é a implantação do prontuário da mulher como também a implementação de um livro para registro de cada mulher cadastrada com nome, apelido, endereço completo, ponto de referência e telefone (caso exista), para organização da busca ativa daquelas com exames citopatológicos alterados e que faltarem a alguma consulta. Entende-se que a garantia da presença de material de consumo em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação na Unidade de Saúde, pois o gerente pode fazer uma previsão a partir do cálculo da capacidade operacional máxima da unidade. A partir da carga horária dos profissionais de saúde e das categorias profissionais destes (segundo os critérios do sistema ambulatorial de pagamento, o médico poderá fazer até 4 consultas por hora e o enfermeiro 3 consultas). Entretanto para fins de cálculo, estima-se este número de consultas como o de citopatologias coletadas, chegando-se a 4 coletas/hora para um médico e 3 coletas/hora para um enfermeiro. Os materiais necessários para a coleta são: aventais, lençóis, luvas de vinil, ginecológica ou de látex, espéculos de tamanhos variados, pinças de Cherron, espátulas de Ayre, escovinhas do tipo Campos-da-Paz, lâminas de vidro com extremidade fosca, frasco porta-lâmina ou caixa para transporte de lâminas, solução fixadora (spray, gotas) ou álcool, formulários de requisição do exame citopatológico (e histopatológico se a unidade

realizar biópsias de colo do útero), fita adesiva de papel para a identificação dos frascos e lápis. O material permanente a constar na unidade é maca ginecológica, foco, mocho e pinça de Cherron. Não obstante a isso, o gerente deve prever também a necessidade dos medicamentos necessários para o tratamento das cérvico-colpites, que poderá variar a cada localidade. Para fins de cálculo, estima-se que cerca de 30% das mulheres que coletarem o exame citopatológico de Papanicolaou na unidade poderá necessitar de algum tipo de medicamento. Destas, cerca de 15% apresentarão tricomoníase, 50% vaginose bacteriana e 35% candidíase. Sendo assim, estima-se que cerca de 65% das mulheres necessitarão de metronidazol geléia, 35% de miconazol e, após estes cálculos, é necessário que seja previsto a quantidade de tratamento por tinidazol (4 comprimidos de 500 mg) como a quantidade de bisnagas da geléia de metronidazol mais 15% (parceiros das mulheres com tricomoníase). Neste cálculo está implícito o fato do tinidazol ser a opção terapêutica ao invés de metronidazol geléia. É importante salientar que, para fins didáticos, utilizou-se os seguintes tratamentos para as cérvicocolpites mais comuns da prática ambulatorial: vaginose bacteriana - metronidazol geléia - 1 aplicação intra-vaginal diariamente por 10 dias ou tinidazol 2g via oral em dose única; tricomoníase - tinidazol 2g via oral em dose única ou metronidazol geléia - uma aplicação intra-vaginal diariamente por 10 dias e necessidade de tratamento do parceiro sexual com tinidazol - 2g via oral em dose única. O gerente da unidade deve formalizar a referência fornecida pelo coordenador para que a mulher encaminhada não deixe de ser atendida. Esta formalização variará de local para local, podendo ser um relato em um receituário ou uma guia de referência, mas deve-se tentar um mecanismo que marque a consulta de encaminhamento para a otimização deste processo; o telefone pode ser uma solução (em alguns estados, existem centrais de marcação de consulta). O importante é que a mulher a ser encaminhada saiba exatamente onde vai ser atendida, o que poderá acontecer na outra unidade e, o que seria ideal, já sair da unidade com o horário e dia marcados.

Observa-se que quando há protocolo e organização de um serviço no atendimento em consoante com profissionais capacitados e responsáveis há uma melhoria significativa na qualidade de assistência. O profissional Enfermeiro na qualidade de agente multiplicador na área da saúde deve estar cômico da importância do Exame de Papanicolaou na vida da mulher.

A atuação da enfermeira é relevante na adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou, pois elas promovem ações educativas, conscientizando as mulheres quanto à importância do exame, além de fornecer outras informações. Na consulta de enfermagem ginecológica, o profissional atua nas ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e de saúde da mulher, fazendo orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Adicionalmente, dentro do compromisso com a Educação em Saúde, o enfermeiro organiza atividades educativas sobre o procedimento e sua importância. Garante-se assim, que as mulheres que irão se submeter ao exame de papanicolaou estejam bem orientadas (MOURA, et. al, 2010).

Os enfermeiros são agentes indispensáveis na questão da prevenção, devendo exercer um papel de educador, trabalhando mais na questão do conhecimento das representações sociais que influenciam as mulheres no seu cuidado de si. Dessa forma, deixa-se de lado o tradicional modelo biomédico, o qual só se preocupa em tratar doenças, e incentivam-se as mulheres a adotarem práticas preventivas, não permitindo, assim, o crescimento das estatísticas de morte por câncer cérvico-uterino, doença esta que pode ser tratada, desde que seja diagnosticada precocemente, por meio de um simples exame – o Papanicolau. Percebe-se também a importância da divulgação, por meio da mídia, da necessidade da realização do exame Papanicolau, segundo preconiza o Ministério da Saúde, pois sabemos que os meios de comunicação em massa exercem uma forte influência no comportamento das pessoas, tanto para beneficiar quanto para prejudicar a saúde. A mídia, nesse caso, deve ser usada de maneira positiva, tentando divulgar o benefício que o preventivo traz para a saúde da mulher, pois sabemos que ela tem um grande poder na formação de representações sociais. Ressaltamos a necessidade de desmistificar o exame Papanicolau, eliminando a vergonha e o medo que muitas mulheres ainda têm ao procurar o serviço de saúde (SILVA, et. al, 2008).

A enfermagem é relevante na promoção da saúde, pois através do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro as mulheres tornam-se esclarecidas, promovendo melhorias na qualidade de vida. Encorajar essas mulheres para que na descoberta de qualquer anormalidade possam procurar imediata assistência médica é um desafio que precisa ser reconhecido e enfrentado no cotidiano do enfermeiro. Verifica-se que o enfermeiro, como profissional de saúde, tem uma grande parcela

de responsabilidade junto a outros profissionais: tanto na prevenção, na detecção inicial, como também no diagnóstico e no tratamento da doença. Eles têm a responsabilidade de orientar a comunidade na assistência dos programas de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. É de suma importância que a enfermagem tenha conhecimento das representações sociais das mulheres em relação ao câncer cérvico-uterino, facilitando, assim, uma educação continuada mais eficiente - uma educação em saúde (SILVA, et.al, 2010).

Portanto o profissional Enfermeiro (a) exerce um papel primordial frente as ações e intervenções em conjunto com a Saúde Pública pertinente as orientações, incentivo, assistência integralizada de modo que promova a realização da colpocitologia de forma organizada desde o atendimento a entrega do resultado e o adequado seguimento em todo o processo, visando uma mudança no cenário de adesão ao exame e na perspectiva da mulher mediante o auto-cuidado.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Nesta revisão da literatura sobre a importância da realização do Exame de Papanicolau, considerando ainda o papel da Enfermagem em conjunto com a Saúde Pública, foram analisadas 65 referências, que constituíram a amostra final. Dada a importância do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero para o Ministério da Saúde, observa-se que algumas pesquisas já foram realizadas relacionadas a temática referida. Mediante isso foram identificadas sete categorias considerando o ano de publicação. A distribuição dos artigos por categoria segundo o ano de publicação está representado na tabela seguinte.

Ano/ Categorias	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Conhecimento das mulheres sobre o exame	2	1	1	-	4	-	1	-	3	1	13
Falta de adesão ao Papanicolau	-	-	1	-	-	3	1	1	4	2	12
Prevenção do CCU através do Papanicolau	-	-	1	-	-	1	2	-	-	4	08
Lesões precursoras do CCU	-	-	-	-	-	1	-	-	1	4	06
Papanicolau + acúmulo de resultados	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	02
Cobertura do Papanicolau no Brasil	-	-	3	-	1	2	3	2	2	4	17
Enfermeiro + Prevenção	-	-	-	-	1	-	1	2	-	3	07
TOTAL	2	1	6	-	6	8	8	5	10	19	65

Conforme observado na tabela, referente ao ano de publicação foi encontrada um total de 15 referências do ano de 2001 a 2005. De 2006 a 2010 foi encontrada um total de 50 referências, destacando-se o fato de que comparando esse período com os anos anteriores obteve-se um aumento significativo no número de publicações anuais, revelando assim que as publicações relacionadas ao Exame de Papanicolaou encontram-se concentradas nos últimos cinco anos. O aumento da investigação sobre o tema tem ocorrido em maior proporção como foi observado, provavelmente em função dos dados alarmantes de casos de câncer do colo do útero no Brasil, conforme estimado pelo INCA são esperados 18. 430 casos para o ano de 2010. Nesse parâmetro confirmando a intenção do Ministério da Saúde e do INCA houve uma maior atenção aos programas de prevenção do Câncer na mulher.

Relacionando as categorias que foram levantadas no decorrer da pesquisa bibliográfica, observa-se no contexto do Conhecimento das mulheres sobre o Exame de Papanicolaou através da análise dos resumos dos estudos com a publicação de um total de 13 artigos nos últimos 10 anos que o conhecimento da finalidade do Exame influencia as mulheres a se submeterem ao mesmo, resultando em uma maior e mais consciente busca, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na adesão aos cuidados preventivos (CHUBACI; MERIGHI, 2005).

De fato, esse achado é corroborado quando se analisa o total de 12 referências publicadas nos anos referidos na tabela concernente a falta de adesão das mulheres ao Exame Preventivo na perspectiva de falta de conhecimento sobre o exame, além de diversos fatores, sobretudo, por fatores culturais, sociais, econômicos, comportamentais fazendo com que a maior parte das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero, apresentem a doença em estágio avançado já na primeira consulta, limitando consideravelmente a possibilidade de cura (SOUSA; BORBA, 2008 apud CAVALCANTE, 2004).

Não obstante a isso é crucial enfatizar que para efetivar o método de prevenção do câncer de colo do útero, através do Papanicolau é indispensável que a mulher receba o resultado do exame e se necessário, submeta-se a possível tratamento de acordo com diagnóstico. No entanto, a situação difere da realidade supracitada mediante a análise de pesquisas publicadas no ano de 2006 e 2010, totalizando apenas duas referências no decorrer dos últimos 10 anos com o foco no acúmulo de resultados do Exame preventivo que segundo Greenwood, et. al (2006)

o motivo evidenciado na falta de retorno das mulheres a unidade para receber o exame é de cunho pessoal, do profissional que realiza o procedimento e do serviço. Sendo assim é notório a necessidade de investir nesse parâmetro por meio da publicação de artigos, explorar as referências existentes a fim de expor novos argumentos e contribuir para mudança no cenário de adesão ao exame de Colpocitologia Oncótica.

Quando se trata do Câncer do colo do útero propriamente dito com respaldo na patologia, etiologia, sintomatologia, considerando as taxas de incidência e mortalidade, adotando como principal estratégia para rastreamento o Exame Preventivo foram identificados apenas 08 artigos. Embora nestes últimos anos, inclusive em 2010, haja uma proposta de investimentos nos programas de saúde pública para aprimorar e favorecer a saúde da mulher se faz necessário que profissionais da área da saúde promovam ações que produzam o controle e combate ao câncer do colo do útero, o que exige de fato o exercício da população no acesso a informação para aprimorar o conhecimento e compreensão. Para tanto deve-se viabilizar o conteúdo ao público-alvo por meio de artigos, encartes, kit didático, entre outros, daí a importância da ação conjunta dos profissionais com a Saúde Pública.

Ainda sobre o Câncer do colo do útero, a discussão sobre os determinantes e condicionantes do desenvolvimento da patologia a considerar as lesões precursoras da mesma foi alvo de pesquisa com total de 06 referências buscando-se identificar aspectos epidemiológicos e clínicos, além da exposição aos fatores de risco, como: a infecção pelo HPV decorrente de múltiplos parceiros sexuais, o não-uso dos métodos de barreira para a contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Estudos que relacionam a cobertura do Papanicolaou no Brasil com um total de 17 referências publicadas desde 2001 até 2010 evidenciam desigualdades regionais na cobertura do exame na população feminina brasileira e salienta a necessidade de intervenção junto àqueles fatores a ela associados, priorizando-se atividades de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas e rastreamento em mulheres assintomáticas, além da garantia de acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados. Entende-se que é preciso fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde, visando reduzir as desigualdades e estimular a participação das mulheres nas ações de prevenção do câncer do colo

uterino. Considerando ainda o fato que para a OMS, uma cobertura de 80% do exame entre mulheres de 35 a 59 anos seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que pode ser observado após quatro anos de implementação das ações de detecção precoce (MARTINS et al, 2005).

Sabe-se que as diferenças regionais se expressam de forma semelhante na mortalidade proporcional. Segundo o INCA (2011) em 2007, na região Norte, as mortes por câncer do colo do útero representaram cerca 15% de todos os óbitos por câncer em mulheres, ocupando a primeira posição. Já no Nordeste ocuparam a segunda posição (9%) e no Centro-Oeste, a terceira (8,9%). Enquanto que tanto no Sudeste quanto na Sul, o câncer do colo do útero foi responsável por 4,9% dos óbitos por câncer, percentual correspondente à quinta e à sexta posição respectivamente. Observa-se que houve um maior investimento no panorama de estudos sobre a cobertura do exame Preventivo no Brasil contribuindo para a visualização de fatores que determinam uma carência em regiões brasileiras da adesão ao Papanicolaou, apontando assim, estratégias e direcionando um caminho para consolidação de uma cobertura adequada a fim de minimizar as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.

A questão norteadora desse estudo seria obter o conhecimento de como as pesquisas científicas tem enfatizado o profissional Enfermeiro como agente multiplicador na prevenção do Câncer do Colo do Útero com ênfase na técnica de coleta cérvico-uterina de forma organizada desde o atendimento a entrega do resultado e o adequado seguimento em todo o processo. Contudo, convém ressaltar que foram encontrados apenas 07 estudos de revisão no decorrer de 2001 a 2010.

Dentre estes estudos, observa-se que no cotidiano das equipes de ESF o Enfermeiro está engajado em todas as atividades de prevenção quando destaca-se que o maior número de coletas citológicas, em nível da atenção básica, é realizado por tais profissionais (EDUARDO et. al, 2007).

No âmbito da prevenção, o enfermeiro tem importante papel na identificação de grupos de mulheres com perfil de risco para desenvolver o câncer cérvico-uterino e, com base nas necessidades levantadas, programar ações de intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco. Realizar atividades comunitárias em grupos educativos que permitam a discussão de temas como sexualidade, doença sexualmente transmissível (DST), o uso do preservativo, planejamento familiar, prevenção do câncer cervical e autocuidado também fazem parte da atuação do

enfermeiro. Além destas atividades comunitárias, o enfermeiro deve realizar a consulta de enfermagem avaliando a presença de fatores de risco, acompanhando e aconselhando sobre DST/Aids antes da realização do exame citopatológico, que corresponde à prevenção secundária do câncer cervical. O exame de prevenção é um procedimento importante para a saúde da mulher e para detecção precoce de lesões pré-invasivas, para sua realização é necessário um ambiente que propicie privacidade e segurança. Não obstante a isso é singular que o profissional Enfermeiro informe a cliente as etapas do exame concedendo-lhe todas as orientações pertinentes para realização do mesmo. O enfermeiro deverá realizar o exame de acordo com as técnicas corretas e interpretar o laudo citológico assim como as devidas condutas. Quando se tratar de mulher com alterações na citopatologia, os profissionais de saúde devem sempre adotar condutas eficazes. Nesse contexto, destaca-se a importância da participação do enfermeiro na notificação; na orientação e no seguimento de todas as mulheres cujos resultados requeiram outras intervenções diagnósticas e/ou clínicas. Na tentativa de favorecer a prevenção e o diagnóstico precoce, é de fundamental importância o envolvimento de todos os profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, como conhecedor dos fatores de risco, da epidemiologia e dos sintomas inerentes aos cânceres que mais incidem na população brasileira, bem como é relevante dar continuidade a publicação de novos estudos que explorem a temática da prevenção do câncer do colo do útero com foco na atuação do Enfermeiro mediante as estratégias da saúde pública (BARROS, et. al, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos epidemiológicos do câncer do colo do útero no Brasil, com elevados índices de incidência e mortalidade, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle desta doença, que pode ser prevenida se detectada em sua fase pré-maligna, através do exame citopatológico cervico-vaginal, conhecido também como exame preventivo do colo do útero, exame de Papanicolaou, citologia oncológica ou colpocitologia: procedimento utilizado e aceito mundialmente como método eficaz para detecção precoce/rastreamento desse tipo de câncer. O PNCCCU enfatiza que: todas as unidades e equipes de atenção primária devem realizar a identificação da população alvo e a coleta do exame preventivo em todas as mulheres com vida sexual ativa, atual ou pregressa, na faixa etária de 25 a 64 anos e, com periodicidade trienal, após dois resultados anuais consecutivos normais ou com alterações não neoplásicas.

Sabe-se que a coleta de material para realização do exame citopatológico no âmbito da equipe de Enfermagem, é privativa do Enfermeiro, e o procedimento deve ser executado no contexto da Consulta de Enfermagem. Mediante isso, a atuação do profissional Enfermeiro é de suma importância na mudança do cenário de adesão das mulheres ao Exame de Papanicolaou por meio de práticas educativas, abordando a cliente com sensibilidade, orientando e estabelecendo uma relação de vínculo e confiança, compreendendo e respeitando seus sentimentos a fim de quebrar as barreiras que as impedem de submeter-se ao exame como o medo, a vergonha, entre outros fatores pessoais. Contudo é indispensável a organização do serviço de saúde para alcançar as metas estabelecidas, pois a descentralização do exame de Papanicolaou realizado na ESF facilitou o acesso da população feminina para realização do mesmo. Todavia, apesar dessa facilidade, muitas mulheres ainda apresentam resistência a colheita citológica e por vezes se submetem ao exame em fase tardia. É importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas de outros fatores, dentre estes, a educação em saúde de forma continuada e mais eficiente.

Nesse contexto destaca-se como fatores preponderantes para adesão da Mulher ao Exame de Papanicolaou a interação profissional- cliente, proporcionado a usuária conforto e bem-estar a fim de estabelecer um relacionamento de confiança e

ultrapassar a barreira do constrangimento. Vale salientar a necessidade de explicar a paciente todas as orientações cabíveis antes da realização do procedimento, como por exemplo, o ato de esvaziar a bexiga, pois a bexiga repleta de urina dificulta o exame dos órgãos pélvicos para o examinador, bem como causa desconforto a cliente. Não obstante a isso evidenciar a mesma as restrições pertinentes para adequado exame, como o fato de evitar relações sexuais quarenta e oito horas antes do procedimento, evitar o uso de ducha vaginal, não estar menstruada, entre outras. Trata-se de orientações básicas e relevantes onde a idéia precursora é proceder com uma consulta integralizada visando informar a paciente antes da realização da técnica propriamente dita sobre as principais características do exame de Papanicolaou e sua importância na prevenção do câncer de colo do útero, assim como o preparo pré-exame e as recomendações pós-exame seguida da estratégia de promoção a saúde disponibilizando encartes ou kits Papanicolaou como ilustração para desenvolver o auto-cuidado e sanar dúvidas, além de informar a periodicidade de realização e a necessidade de compromisso em retornar para receber o resultado do exame Papanicolaou.

Observa-se a necessidade de explicar a técnica de coleta para as usuárias a fim de oferecer oportunidade para discussão de questionamentos e minimizar reações negativas, essa ação pode ser desenvolvida por meio de palestras utilizando um manequim de anatomia ginecológica e um kit de Papanicolaou para demonstração a fim de familiarizar a cliente com o exame propriamente dito. O fato de ser um exame que expõe a intimidade feminina e com esta, valores e crenças, vários são os sentimentos vivenciados pela mulher durante o procedimento. Sentimentos como vergonha, medo e nervosismo são alguns referidos por clientes que são submetidas ao exame. Mas para minimizar tais sentimentos e promover conforto para a paciente, considera-se o respeito à privacidade uma atitude essencial durante a prevenção. Sendo assim, é crucial orientar a usuária a trocar de roupa atrás da cortina ou biombo, ou no banheiro do consultório, oferecendo-lhe uma bata, e ainda cobri-la adequadamente com lençol durante o exame físico e/ou ginecológico, considerando a atitude ética de respeito à privacidade das mesmas. Entretanto, sabe-se que há alguns obstáculos durante o atendimento à mulher, que dificulta a manutenção da privacidade da cliente como: ausência de banheiro dentro do consultório; portas de consultórios sem fechaduras; e consultórios adaptados com divisórias improvisadas que permitem a escuta do diálogo que se estabelece na

consulta, entre o profissional e o cliente. Esses obstáculos poderiam ser minimizados, temporariamente, pelo cuidado de se comunicar em tom de voz mais baixo, porém a infra-estrutura adequada é condição necessária para a qualidade do serviço. Sendo assim, é indispensável a atuação da Saúde Pública no que se refere a manutenção e melhoria da estrutura das ESFs para promover conforto a comunidade e conceder melhores condições de trabalho aos profissionais.

Portanto, a atuação do Enfermeiro frente a Saúde Pública evidencia uma contribuição significativa na prevenção do câncer do colo do útero através da competência da realização da coleta do material cérvico-uterino a fim de minimizar a possibilidade de morbidade oferecendo um cuidado para as mulheres de forma segura e profícua, investindo ainda nas práticas educativas para validar as informações inerentes ao desenvolvimento do câncer, bem como na prevenção do mesmo utilizando-se como método de rastreamento o Exame de Papanicolaou norteando todas as orientações cabíveis para a prática do procedimento. Em suma, convém ressaltar que para atingir o sucesso no seguimento de rastreamento do Câncer do colo do útero é necessário um trabalho conjunto da Saúde Pública (Governo), dos profissionais que constituem a equipe de saúde e da população como um todo, a fim de alcançar êxito e estabelecer a mudança nos índices de incidências e morbimortalidade da doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro de. A atuação do Enfermeiro na Equipe de saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS- Rev. Eletr. de Ciên. Soc.**, Paraiba, n. 14, p. 03-14, Set, 2009.

BARROS, K. M, et. al. **A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer cervical**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação social e Sustentabilidade Ambiental. Fortaleza, Dez, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00818.pdf>. Acesso em: 09 de Setembro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico: Profissionais de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria G.M Nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Poder Executivo, Brasília DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde. Situação do câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde (FOSP). Condutas clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolaou. São Paulo: Imprensa Oficial; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual técnico. Organizando a Assistência. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manua_assistencia.pdf>. Acesso em: 13 setembro 2011.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Lesões precursoras do câncer cérvicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3 Jul/Set. 2010.

CEOLIN, Teila et. al. **Identificando a função e as atividades dos Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família**. XVI Congresso de Iniciação Científica- pesquisa e responsabilidade ambiental, UFPEL, Nov, 2007. Disponível em:

<http://www.ufpel.edu.br/cic/2007/cd/pdf/CS/CS_00132.pdf>. Acesso em: 22 de Setembro 2011.

CHUBACI, Rosa Yuka Sato; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência das mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 5, n.4, Out/Dez. 2005.

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.8, n.4, Out/Dez. 2008.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança no modelo assistencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n.2, p.120-128, Abr/Jun, 2008.

EDUARDO, Kylvia Gradênia Torres, et. al. Preparação da mulher para realização do exame de Papanicolaou na perspectiva de qualidade. **Acta. Paul. Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 1, Jan/Mar, 2007.

FERNANDES, José Veríssimo, et. al., Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.5, Set/Out: 2009.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. et al. (orgs.), **Enfermagem e saúde da mulher**- Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,1999.

GREENWOOD, Suzana de Azevedo, et. al. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev. Lat-am. Enf.** 14 (4): 503-9, Jul/Ago, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a06.pdf>>. Acesso em: 22 de Setembro, 2011.

HERLIHY, Barbara; MAEBIUS, Nancy K. **Anatomia e Fisiologia do corpo humano saudável e enfermo**. São Paulo: Manole Ltda, 2002.

HORTA, Antonio Luiz Almada. **In: Tratado de Ginecologia Febrasg**. Rio de Janeiro- Revinter Ltda. 2000. P. 132-133.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rev. Atual. Ampl. 3ªed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Agência de Notícias: 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/pridente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama>. Acesso em: 05 Outubro 2011.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em 27 setembro 2011.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer em 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre câncer do colo do útero, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde. Ministério da Saúde, 2ª ed., Rio de Janeiro: 2006.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero: Sumário Executivo, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_viwe.asp?id=140>. Acesso em: 28 Abril 2011.

MARTINS, Luís Felipe Leite, et al. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 27, n.8, Ago, 2005.

MEDEIROS, Regianne Leila Rolim, et. al. **O Enfermeiro no Programa Saúde da Família**: percepções, possibilidades de atuação, fronteiras profissionais e espaços

de negociação. Observatório de Recursos Humanos em Saúde- Estação CETRED/UFC/UEC, Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETRED E/Enfermeiro_no_PSF.pdf>. Acesso em 22 de Setembro 2011.

MONTEMOR, Eliana Borin Lopes, et al. Controle do câncer de colo de útero: o exame citopatológico. In: **LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Enfermagem na saúde da mulher-** p. 45-63, Goiânia: AB, 2006.

MOURA, Ana Débora Assis, et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: Subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 94-104, Jan/Mar, 2010.

MOURA, Bárbara Laisa Alves; et. al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.**, Recife, v. 10, supl. 1, Nov, 2010.

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.63, n.2, Mar./Abr, 2010.

NAUDERER, Taís Maria; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Práticas de enfermagem em unidades básicas de saúde em uma cidade no Sul do Brasil. **Rev. Lat- Am. Enf.** Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Set/Out, 2008.

OLIVEIRA, Silvia Letícia; ALMEIDA, Ana Carla Hidalgo de. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolaou: da observação ao entendimento- **Cogitare Enfermagem.** Paraná, v. 14, n.3, p. 518-526, Jul/Set, 2009.

ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R. C. G.; Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 15 (1), p.46-52, Jan/Mar, 2007.

SILVA, André Luiz Jacinto da, et. al. O enfermeiro do PSF e a prevenção do câncer do colo do útero. **Rev. de Pesq. Cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, Jan/Mar, 2010.

SILVA, Sílvio Éder Dias da, et. al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo v.44, n. 3, Set, 2010.

SILVA, Sílvio Éder Dias da, et. al. Representações sociais de mulheres Amazônidas sobre o exame de Papanicolau: Implicações para a saúde da mulher. **Esc. Anna Nery. Rev. Enf.** v. 12, n. 4, p. 685-92, Dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a12.pdf>>. Acesso em 27 setembro 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; et. al. **Brunner & Suddarth- Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**, 11ªed. v. 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOARES; Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul da. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.63, n.2 Mar/Abr. 2010.

SOUZA, Andréia Braga; BORBA, Paola Colares de. Exame Citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia saúde da família do município de Assaré. **Cad. Cult. Ciên.** v. 2, n.1, p. 36-45, 2008.

UCHIMURA, Nelson Shozo; et. al. Qualidade e desempenhos das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.55, n.5, 2009.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**, Rio de Janeiro: Campus, 2001.