



FACULTAD INTERAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

NATALY MELLO

ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS
REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PAULISTA-PE

PARAGUAI

2021

NATALY MELO

**ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS
REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PAULISTA-PE**

Projeto de pesquisa apresentado a Banca Examinadora da Facultad Interamericana de Ciencias Sociales com o requisito de qualificação para o Curso de Mestrado em Saúde pública.

Área de concentração: Saúde

Linha de Pesquisa: Ciências Sociais e Humanas e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Aline de Paula Caetano Pereira.

PARAGUAI

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M527a Mello, Nataly
Análise de informações de exames citopatológicos realizados no município de Paulista-PE / Nataly Mello. – Assunção, 2021.
101 p.: il.

Orientadora: Aline de Paula Caetano Pereira.
Dissertação (Mestrado) – Facultad Interamericana de Ciencias Sociales. Programa de Mestrado e Doutorado Acadêmico em Saúde Pública, 2021.

Inclui referências.

1. Câncer do colo do útero. 2. Saúde da mulher. 3. Teste de Papanicolau. I. Pereira, Aline de Paula Caetano (Orientadora). II. Título.

616.99466 CDD

NATALY MELO

**ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS
REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PAULISTA-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Facultad Interamericana de Ciencias Sociales, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: _____ de _____ de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ney Calandrini de Azevedo

Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Basílio de Araújo Maciel

Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Prof. Dr. Ismael Fenner

Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, e aos meus familiares.

A minha orientadora, pelos textos traduzidos, orientação, seu grande desprendimento em ajudar-nos e amizade sincera. Aos amigos, pelo incentivo e grande ajuda com o fornecimento de material para a realização deste trabalho. Dedico à equipe do Programa.

Aos professores, que fazem, também, parte do nosso crescimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem proporcionadas a mim, a fim de que eu pudesse chegar até a etapa final deste trabalho.

A esta Instituição de Ensino Superior, por ser um espaço que privilegia o conhecimento e onde todas as ideias são bem recebidas.

Aos meus professores, pois, sem eles, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, a quem devo a vida e todas as oportunidades que nela tive e que espero um dia poder lhes retribuir.

Agradeço, ainda, aos meus amigos e familiares que ao longo desta etapa me encorajaram e me apoiaram, fazendo com que esta fosse uma das melhores fases da minha vida.

A minha orientadora, pelos textos traduzidos, orientação, seu grande desprendimento em ajudar-nos e amizade sincera.

Aos amigos pelo incentivo e grande ajuda com o fornecimento de material para a realização deste trabalho.

“A persistência é o menor caminho do êxito”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

O câncer do colo do útero se consiste uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvix uterina, oriunda de transformações intraepiteliais que vão evoluindo de forma progressiva e lenta, terminando num processo invasor. O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Objetivou-se analisar as informações de exames citopatológicos realizados no município de Paulista-PE no período compreendido entre 2013-2019. Tratou-se de um estudo do tipo ecológico, de caráter descritivo e de série temporal com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de janeiro a maio de 2021 e teve como unidade de análise o município de Paulista, situado na região metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, com mulheres residentes nesta cidade que realizaram o exame de Papanicolau. Houve predomínio da realização do exame, com ampla cobertura; da faixa etária compreendida entre 40-44 anos de idade; da escolaridade de Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo; de exames realizados anualmente e, no máximo, a cada dois anos; de exames dentro da normalidade; com amostras satisfatórias; de lesões de baixo grau quando se analisou células escamosas; e de lesões do tipo adenocarcinoma invasor cervical para células glandulares. Concluiu-se que muitas ainda são as lacunas a serem supridas perante ao rastreamento e alimentação dos sistemas de informação referentes ao exame do Papanicolau.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero. Saúde da Mulher. Teste de Papanicolau.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, localizada en el epitelio del cuello uterino, que se origina a partir de transformaciones intraepiteliales que evolucionan progresiva y lentamente, finalizando en un proceso invasivo. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común entre las mujeres, siendo responsable de la muerte de aproximadamente 230 mil mujeres por año. El objetivo fue analizar la información de los exámenes citopatológicos realizados en la ciudad de Paulista-PE en el período 2013-2019. Se trata de un estudio de tipo ecológico, de carácter descriptivo y de serie temporal con enfoque cuantitativo, realizado entre los meses de enero a mayo de 2021 y la unidad de análisis fue el municipio de Paulista, ubicado en la región metropolitana de Recife, estado de Pernambuco, con mujeres residentes en esta ciudad que se sometieron a la prueba de Papanicolaou. Predominó el examen, con amplia cobertura; el grupo de edad entre 40 y 44 años; escolarización de la escuela primaria incompleta y la escuela secundaria completa; exámenes realizados anualmente y como máximo cada dos años; pruebas dentro de los límites normales; con muestras satisfactorias; lesiones de bajo grado cuando se analizaron las células escamosas; y lesiones del tipo de adenocarcinoma invasivo cervical para células glandulares. Se concluyó que aún quedan muchos vacíos por llenar a la hora de rastrear y alimentar los sistemas de información relacionados con el Papanicolaou.

Palabras clave: Cáncer de Cuello Uterino. La Salud de la Mujer. Prueba de Papanicolaou

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Panorama da estimativa de câncer no mundo

Figura 2 - Configurações das neoplasias intraepiteliais cervicais

Figura3 - Exame Citopatológico

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Exames Patologicos realizados no Municipio de Paulista- PE entre os anos de 2013 a 2019

Tabela 02: Faixa etária das pacientes que realizaram o exame citopatologico no municipio de Paulista PE entre os anos de 2013 a 2019

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de exames citopatológicos realizados conforme a escolaridade, em Paulista-PE entre 2013- 2019. Paulista, PE, Brasil

Gráfico 2: Número de exames por citologia anterior em Paulista-PE entre 2013-2019

Gráfico 3: Número de exames realizados por período em Paulista-PE entre 2013-2019

Gráfico 4: Número de exames realizados por dentro da normalidade em Paulista-PE entre 2013-2019

Gráfico 5: Número de exames realizados por adequabilidade em Paulista-PE, entre 2013-2019

Gráfico 6: Número de exames por atipia de células escamosas em Paulista-PE

Gráfico 7: Número de exames por atipia de células glandulares em Paulista-PE

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia CCU Câncer do Colo do Útero

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

DARAO- Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIU- Dispositivo Intrauterino

DNA - Ácido Desoxiribonucléico

DUM- Data da Última Menstruação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EZT - Exérese da Zona de Transformação

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV - Papiloma Vírus Humano

HSIL- Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

JEC- Junção Escamo Colunar

LSIL - Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau

MS- Ministério da Saúde

NIC - Neoplasia Intraepitelial Cervical

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAIS - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCR - Reação em Cadeia de Polimerase

PES- Plano Estadual de Saúde

PET- Positron Emission Tomography

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNI- Programa Nacional de Imunização

PNCCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero PRO-ONCO
Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS- Rede Nacional de Informações em Saúde

SAS- Secretaria de Atenção à Saúde

SAI/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO- Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA - Sistemas de Informação do Câncer de Mama

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TNM - Sistema de Classificação dos Tumores Malignos

UICC- União Internacional Contra o Câncer

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ZT Zona de Transformação

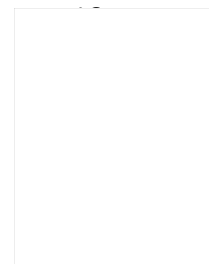
ZTA- Zona de Transformação Atípica

ZTT - Zona de Transformação Típica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Problema	18
1.2	Problematização	19
1.3	Justificativa	20
1.4	OBJETIVOS	21
1.5	Objetivo Geral	21
1.6	Objetivos Especificos	21
2	MARCO TEÓRICO	22
2.1	Câncer	22
2.2	Câncer de colo de útero	30
2,3	Papiloma Vírus Humano (HPV)	36
2,4	Exame Citopatológico	39
2.5	Atuação do Enfermeiro frente ao exame Papanicolau	44
2.6	Atenção a Saúde da Mulher no Brasil	46
2,7	Organização da Linha de Cuidado	52
2,8	Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica	59
3	MARCO METODOLÓGICO	56
3.1	Tipo de Estudo	56
3.2	Local de Estudo	56
3.3	População de Estudo e periodo de referência	56
3,4	Variavel, Instrumento e Procedimento de coleta dos dados	57
3.5	Anáise dos dados	57
3.6	Aspecto ético	57

4	ANÁLISE E DISCUSSÃO	58
	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	75



1. INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino constitui um agravo de saúde pública, pertinente a sua alta incidência e mortalidade, apresentando um quadro atual de ampla importância devido aos seus dados epidemiológicos, pois se encontra como terceiro tipo de câncer, que acomete mais mulheres de baixa renda e que possuem dificuldades ao acesso de serviços de saúde. Referente a outros tumores, possui forma de prevenção e manifesta evolução tardia até obter o estágio de câncer invasivo. Ela se caracteriza por um crescimento desordenado do epitélio de revestimento do útero e que acomete os tecidos próximos, podendo invadir órgãos e estruturas (SOARES; SILVA, 2016).

Na sua fase invasiva, ocorre um aumento de uma lesão na cérvix, alcançando os tecidos locais na parte exterior do colo do útero e as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (AMARAL et al., 2017). O rastreamento mais eficaz se dá pela detecção precoce, sendo realizado pelo exame citopatológico, conhecido como Papanicolau, capaz de identificar o câncer na sua fase inicial (SILVEIRA et al., 2018).

A estratégia de rastreamento do exame citológico é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), para mulheres que iniciaram atividade sexual com idade entre 25 anos e dando continuidade até os 64 anos e sendo cessado após essa idade. Inicialmente são realizados anualmente, passando a ser feito após cada três anos, com resultados negativos. E após os 65 anos quando tiverem pelo menos dois exames negativos constantes nos últimos cinco anos. E para aquelas mulheres com mais de 64 anos e que jamais realizaram o Papanicolau, se faz dois exames com período de um a três anos, obtendo resultados negativos, são dispensadas de exames adicionais (CARVALHO et al., 2018).

O exame Papanicolau é essencial nas formas de prevenção do câncer do colo do útero, sendo eficiente para o controle das infecções genitais, detectando precocemente as mudanças do aparelho reprodutor feminino e possibilitando um tratamento imediato, prevenindo a continuidade dessas infecções para o câncer de colo de útero. A prevenção consiste diretamente no rastreamento e hábitos preventivos,

onde a equipe de enfermagem deve assegurar situações de mudança de comportamento, promovendo e mantendo a saúde destas mulheres (SANTOS et al., 2017).

O exame citológico é disponibilizado nas unidades básicas de saúde (UBS), possibilitando o acesso das mulheres ao rastreamento desse câncer, sendo realizado por enfermeiros, e este exame para algumas mulheres, se enquadra como um procedimento desconfortável, gerando ansiedade, vergonha à própria genitália e prolongados adiamentos na procura do serviço de saúde (ROCHA et al., 2020). O enfermeiro exerce atividade fundamental para prevenir o câncer de colo de útero, pois participa de todo procedimento, do início ao atendimento da mulher na Unidade Básica de Saúde até a realização do exame citológico (MARSICANO; LIMA, 2016).

Nessas ações o enfermeiro possui um papel importante, assegurando a realização de acompanhamentos nas moradias e atendimentos integralizados e humanizados, esclarecendo dúvidas sobre os procedimentos do exame, colaborando na melhoria da assistência as clientes da unidade básica de saúde, direcionamento apropriado das clientes caso mostrem alguma modificação no resultado, comunicar a população sobre os riscos, ocupando-se em prevenir e no descobrimento antecipado do câncer de colo. O intuito é diminuir a incidência desse câncer na população feminina através da investigação e tratamento prematura da enfermidade (MENDES et al., 2015).

Durante a consulta e no momento da realização da colposcopia e citologia quando identificado o colo do útero com escorrimento, inflamação, odores entre outros, as intervenções de enfermagem torna-se de elevada importância, podendo promover suporte emocional e segurança, principalmente no sentido de incentivar o paciente a realizar as etapas do tratamento. Em relação ao tratamento, o enfermeiro é um profissional que fica muito próximo ao indivíduo, muitas vezes, ele é o responsável por uma parte significativa da assistência prestada, tornando sua função essencial (SOUZA et al., 2015).

Apesar de o tema ser muito abordado, algumas mulheres ainda desconhecem o procedimento e sua importância, ou não realizam por desconforto, relatos de terceiros sobre dor durante o exame e desta forma impossibilitando o diagnóstico precoce.

Devido ao fato de muitas mulheres não buscarem a UBS para a realização do exame citológico, poderá ocorrer o aumento da mortalidade/morbidade por não conferir importância ao exame preventivo (FIRMINO et, al., 2016)

Diante do exposto, o estudo busca Analisar as informações de exames citopatológicos realizados no município de Paulista PE. Espera-se que este trabalho venha contribuir para o conhecimento das usuárias em relação á prevenção do câncer cérvico-uterino, e paralelamente, informá-las sobre a importância do exame citológico para essa prevenção, bem como possa servir de subsídio para o desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão dos acadêmicos e profissionais da área de saúde

1.1 PROBLEMA

Segundo o INCA 2011 o CCU é um problema de saúde pública mundial, com incidência de 530 mil casos, com 256 mil óbitos por ano no mundo, Em todos os regiões brasileiras, o CCU afeta principalmente as mulheres de nível socioeconômico mais baixo e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que se figura como um reflexo de iniquidade em saúde, uma vez que configura representação de morbimortalidade evitável e injusta. A consequência direta dessa realidade se consiste na realização de exames em mulheres para a faixa etária alvo; bem como estabelecimento de diagnóstico e tratamento tardio (RICO; IRIART, 2013; SONEJI; FUKUI, 2013).

Com base nesses dados “Quais informações podem ser extraídas da análise dos resultados de exames citopatológicos realizados no município de Paulista-PE que possam nortear ações preventivas mais eficazes?

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

O câncer de colo de útero vem gerando um grande índice de mortalidade de mulheres na faixa etária entre 25 a 49 anos, acometendo principalmente as mulheres mais jovens, sendo muitas vezes vítima por falta de informação e isso acaba se tornando um grande problema na saúde pública, principalmente nos países de baixa renda. É perceptível que, ao longo dos anos, através de estudos e pesquisas, a necessidade do exame citopatológico, sendo ele o método mais eficiente no diagnóstico do câncer de colo uterino, pois, ele previne não só o câncer, mais também avalia o surgimento de várias infecções sexualmente transmissíveis, por isso é necessário ressaltar a importância da prevenção (ROCHA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, torna-se cabível considerar mais algumas indagações. Elas estão listadas abaixo.

- 1) Qual o perfil das mulheres residentes no município de Paulista, em Pernambuco, que realizam o exame Papanicolau ?
- 2) O município de Paulista, em Pernambuco, atua de forma satisfatória em campanhas fomentadoras da realização do exame Papanicolau?
- 3) Existem subnotificações consideráveis de dados epidemiológicos frente à realização do exame de Papanicolau no município de Paulista, em Pernambuco?

1.3 JUSTIFICATIVA

Para Santos & Varella 2015, nenhum outro tipo de Cancer tem um prognostico tão eficaz quanto a prevenção, detecção e baixa taxa de mortalidade quanto o cancer de colo de útero. Não justificando sua alta taxa de mortalidade no Brasil, tornando-se um desafio para os países em desenvolvimento é a ampliação dos programas de prevenção e detecção precoce, bem como a adesão de mulheres para a realização do exame pois, sobre esta doença, afirma-se que a prevenção, bem como a detecção precoce, pode atenuar seus efeitos danosos (SILVA; NUNES; OLIVEIRA, 2020).

Através de programas de prevenção clínica e educativas com esclarecimentos sobre como o exame é realizado, indolor e seguro, bem como a importancia para prevenir a doença, as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, o prognóstico e a qualidade de vida indubitavelmente muito mais vidas seriam preservadas (SMELTZER; BARE, 2006).

Em se tratando da epidemiologia inerente ao território brasileiro, menciona-se que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o órgão responsável por apresentar as estimativas de incidência de câncer. Sendo assim, o mesmo estimou para o ano de 2020, a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (INCA, 2020)

Apoiando-se nas definições, explicações e dados epidemiológicos supracitados, diversos estudos apontam para o fato de que dificilmente existirá outra doença crônica que implique tantos sentimentos negativos em qualquer uma de suas fases. Alguns desses sentimentos são: medo do diagnóstico, da cirurgia, da incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, dores e enfrentamento da possibilidade da morte (FRANZI; SILVA, 2003). Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais,

a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as informações de exames citopatológicos realizados no município de Paulista PE no período compreendido entre 2013-2020.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever características sociodemográficas das mulheres que realizaram o exame citopatológico no município de Paulista-PE;

Identificar as variáveis epidemiológicas que influenciam os desfechos dos exames citopatológicos realizados no município de Paulista-PE;

Traçar Estratégia para adesão de mulheres a realização do exame citopatológico.

2.MARCO TEÓRICO

2.1 CÂNCER

“A palavra câncer tem origem do grego karkinos (úlceras neoplásicas não cicatrizantes) e karkinōma (tumores malignos sólidos)” (MENEHINI, 2012, p. 21). Sob outra égide etimológica, o termo câncer é uma palavra de origem latina que significa caranguejo, pois as patas de tal crustáceo remetem à possibilidade de infiltração em algum assoalho em um processo cuja remoção é bastante dificultosa. Por analogia, esse raciocínio se equipara à disseminação do câncer além de seu órgão-alvo, ou seja, à metástase, cujo controle não é fácil (BRASIL, 1971). Por outro lado, o câncer se caracteriza por ser uma patologia bastante diversificada, uma vez que se apresenta sob inúmeras nuances em termos de malignidade, localidade e causalidade. Sendo assim, consiste em um termo utilizado para designar um conjunto de aproximadamente 100 doenças com manifestações, tratamentos e prognósticos consequentemente divergentes (SILVA, 2013).

Considerando-se a vertente fisiopatológica, pode-se dizer que o câncer é um conjunto de células que perderam sua capacidade de crescimento normal e que passaram a sofrer multiplicação e proliferação desordenada no corpo (VERDE, 2007). Expressam-se, ainda, sob a forma de tumores sólidos, acometendo diversas localizações corporais, como também sob a forma de tumores não sólidos, como aqueles que atingem a medula óssea e o tecido linfático, por exemplo (INCA, 2011; SMELTZER; BARE, 2009). Devido a isso, o câncer costuma ser tratado como uma doença de forma metafórica ao longo da história, sendo associado a significados negativos e relacionado a uma busca incessante de causas do seu desenvolvimento (SONTAG, 2007).

Ainda conforme o último autor supracitado, o surgimento do Cristianismo também influenciou, de forma considerável, dentre outras temáticas, o próprio conceito de câncer, ao moralizá-lo, associando-o a uma forma de castigo até justo e adequado.

Mais tarde, no século XIX, a ideia da doença como punição foi substituída pela noção de que a enfermidade expressa o caráter do doente, o que coloca este não mais na posição de vítima, mas de culpado por ter desenvolvido a doença. Dessa forma, o doente passa a ser visto e entendido como a pessoa que não conseguiu dar vazão as suas emoções, tendo fracassado em sua expressividade, fato que inspira piedade e, por outro lado, desprezo, nos indivíduos que com ele se relacionar. Dando continuidade à evolução histórica do câncer, é possível dizer que nas primeiras décadas do século passado a doença foi associada à falta de limpeza do corpo e da alma, o que contribuiu, indubitavelmente, para intensificar os inúmeros constrangimentos a que o doente ficava exposto. O câncer foi comparado à sífilis, por exemplo, no que dizia respeito a seu contágio, adquirida por meio de práticas viciosas e de “sujeira”, tanto moral quanto física. Também houve a analogia do câncer a um bicho que ia devorando a pessoa por dentro. Por fim, ele ainda foi sinônimo de sacrifício e purificação; no primeiro caso, porque o doente tinha que suportar o sofrimento até a morte e, no segundo caso, porque se acreditava que tocando-se os corpos de pessoas com câncer, obtinha-se um estoque de pureza (SANTANNA, 1997).

Ao longo da história, vários foram também os tratamentos alternativos utilizados pelos povos no que diz respeito ao alcance da cura do câncer. Na Europa, por exemplo, durante o século das Luzes, sanguessugas e outras formas de sangrias eram utilizadas, uma vez que se acreditava que o sangue iria fluir no intuito de evitar as dores causadas pela doença, bem como ela mesma. No Brasil, inclusive, no ano de 1946, houve a utilização de tratamentos com xaropes, pílulas, depurativos, benzeduras e passes (FERREIRA, 2007). Percebe-se assim, que a história revela o câncer como uma doença para a qual, além das hipóteses sobre suas causas, a questão da sua cura também foi e continua sendo almejada. Segundo a própria Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o câncer pode ser definido como a doença crônica com possibilidades de prevenção e controle, despertando inicialmente a angústia pelo perigo de morte iminente aos pacientes que com ele são diagnosticados (SONTAG, 2007).

O fato de culpabilizar o doente pela sua enfermidade, e, até mesmo, fazê-lo acreditar que adoeceu porque merecia, ainda é uma prática vigente na sociedade


contemporânea. O que se pode inferir disso é que as pessoas subentendem que emoções específicas causam doenças também específicas, o que se exemplifica ao associar o sentimento de mágoa ou rancor represados ao desenvolvimento do câncer. Sabe-se, hoje, que sofrimentos, de uma forma geral, podem baixar a imunidade de uma pessoa e deixa-la mais predisposta a receber tal diagnóstico (FERREIRA, 2007).

O câncer é um relevante problema mundial de saúde pública, sendo responsável por sete milhões de óbitos anualmente (WHO, 2008). As estimativas esperadas para o ano de 2011 eram de que aproximadamente 12 milhões de pessoas fossem diagnosticadas com câncer no mundo (OMS, 2008).

Ainda conforme dados divulgados pela OMS (2018), acrescenta-se a informação de que, enquanto nos países desenvolvidos predominam os tipos de câncer de pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto, os quais podem estarem associados ao estilo de vida mais urbano; nos países de baixo e médio desenvolvimentos, a incidência maior são dos tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo.

No que tange à epidemiologia pelo tipo de câncer, os dados para o triênio 2018-2020 acusaram que os mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Em mulheres, ha uma prevalencia de cancer de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (STWART; WILD, 2014). A figura 01 demonstra os tipos de cancer mais incidentes no Brasil

Figura 1 Distribuição dos tipos de cânceres mais incidentes por gênero no Brasil em 2020

Localização primária	Casos	%			Localização primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Homens 	Mulheres	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e Reto	20.540	9,1%			Cólon e Reto	20.470	9,2%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.710	7,5%
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6%
Cavidade Oral	11.200	5,0%			Glândula Tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema Nervoso Central	5.230	2,3%

Fonte: INCA, 2020.

O câncer acomete cidadãos de ambos os sexos e pode apresentar-se em diferentes localidades corporais, dentre elas: pulmão, bexiga, intestino, esôfago, boca, colo do útero, mama, entre outras. Neste trabalho, o foco será sobre um dos principais tipos de cânceres que acometem a população feminina, o câncer do colo do útero, uma vez que ele se comporta como objeto de estudo presente na temática do mesmo (FERREIRA; VICTOR; FREITAS et al., 2020).

O câncer acomete cidadãos de ambos os sexos e pode apresentar-se em diferentes localidades corporais, dentre elas: pulmão, bexiga, intestino, esôfago, boca, colo do útero, mama, entre outras. Neste trabalho, o foco será sobre um dos principais tipos de cânceres que acometem a população feminina, o câncer do colo do útero, uma vez que ele se comporta como objeto de estudo presente na temática do mesmo (FERREIRA; VICTOR; FREITAS et al., 2020).

As neoplasias são compostas de dois tipos de tecidos: tecido parenquimatoso ou tecido de suporte, as quais constituem os componentes funcionais de um órgão, e o tecido de apoio, que é composto por tecidos o qual da suporte aos vasos sanguíneos, sendo este o tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos. As células parenquimatosas de uma neoplasia indicam seu comportamento que caracteriza a neoplasma (PORTH, 2004).

O termo anaplasia descreve a perda de diferenciação celular no tecido canceroso. Tanto as células quanto os núcleos exibem variações no tamanho e na forma, uma condição denominada de pleomorfismo. Os núcleos variam quanto ao tamanho e formas bizarras, sua cromatina é grosseira e concentrada, e seus nucléolos com frequência são consideravelmente maiores do que o normal (PORTH; MATFIN, 2010)

A evolução do tumor maligno depende de alguns fatores, tais como: velocidade de crescimento, órgão de localização, fatores intrínsecos de cada pessoa e fatores ambientais; sendo assim, os tumores podem ser detectados em diferentes fases. Existe a fase pré-neoplásica (antes da doença se desenvolver), fase pré-clínica ou microscópica (quando ainda não existem sintomas) e fase clínica (quando há o rompimento do horizonte clínico) (SILVA, 2013).

Quando detectado células tumorais há uma necessidade de classificá-la segundo sua extensão, o qual chamamos de estadiamento (Clínico ou Patológico), que verifica a evolução da doença bem como órgão de origem e extensão a outros órgãos (INCA, 2011). Portanto, estadiar uma neoplasia permite avaliar qual melhor tipo de tratamento uma vez que esse processo avalia o grau de disseminação da doença. Associado a ele, exames de imagem (como raios X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom e PET scan) e Biópsias também podem ser necessárias para determinar a disseminação da doença e escolha de melhor terapia (OMS, 2018). Além dos exames descritos, o INCA (2020) associa a um melhor diagnóstico e escolha de terapia exames como: marcadores tumorais .

A União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos um dos melhores sistemas para avaliar o

estadiamento do Cancer. Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, considerando as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M).

Os diversos tipos de cânceres podem ser classificados conforme a Origem ou relacionado ao tipo de tecido no qual as células se diferenciam, neste tipo de classificação é designado sua nomenclatura. Para os tumores malignos, considera-se a origem embrionária dos tecidos de que derivam: quando são originados dos epitélios de revestimento externo e interno são denominados carcinomas; já para o epitélio glandular, são denominadas adenocarcinomas, como carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular, carcinoma sebáceo. Já para os tumores malignos originados dos tecidos conjuntivos (mesenquimais), há o acréscimo de sarcoma ao final do termo que corresponde ao tecido, por exemplo osteossarcoma (tumor de tecido ósseo). Além do tipo histológico, acrescenta-se a topografia, ou seja, localização do tumor: adenocarcinoma de pulmão, adenocarcinoma de pâncreas, osteossarcoma de fêmur. As exceções existem quando a nomenclatura do tumor é formada pelo nome dos cientistas que os descreveram pela primeira vez, a exemplo: sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin (INCA, 2011)

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (OMS, 2018). Os principais serão descritos a seguir, de forma breve. O câncer da cavidade oral (boca) é aquele que afeta os lábios e o interior da cavidade oral, estando associado à exposição solar, ao tabagismo e ao etilismo; os cânceres de cólon e reto (intestinais) são aqueles que afetam alguma parte do intestino, sendo tratáveis e curáveis, com a detecção precoce; o câncer de esôfago é aquele representado mais frequentemente pelo carcinoma de células escamosas; o câncer de estômago (gástrico), apresenta-se na forma de três tipos histológicos principais, como adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma (diagnosticado em cerca de 3% dos casos) e leiomiossarcoma (iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos); o câncer de mama, que

corresponde ao segundo principal tipo no mundo e o mais comum entre as mulheres; câncer de pele do tipo melanoma, que tem predominância em adultos brancos; o câncer de pele não melanoma, que possui alta incidência, porém menor mortalidade, uma vez que revela altos índices de cura; câncer de próstata, considerado comum em homens da terceira idade; câncer de pulmão, o mais comum de todos os tumores malignos, estando associado ao consumo de tabaco e sendo altamente letal; câncer do colo do útero, também denominado de câncer cervical, facilmente detectado no exame preventivo (conhecido por Papanicolau) e leucemias, ou seja, o câncer que acomete células sanguíneas, caracterizadas por acúmulo de células jovens anormais na medula óssea (INCA, 2011)

Inúmeros são os fatores de risco que contribuem na etiologia do câncer, que, portanto, é considerado uma doença multifatorial. De uma forma geral se diz que há as causas externas como irradiação, como substâncias químicas, irradiação, vírus, os fatores de risco ambientais e as causas internas. De todos os casos de câncer, 80% a 90% estão associados a fatores ambientais. Enfatiza-se, ainda, que o envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna, uma vez que essas células sofreram mais exposição e danos aos fatores de riscos já citados, explicando, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nessa fase da vida (LAMINO, 2012).

Já as causas internas, como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Além dos fatores genéticos exercerem um importante papel na formação dos tumores, os fatores hereditários, familiares e étnicos não são predominantes nos tumores encontrados, alguns tipos de câncer, como, os de mama, estômago e intestino, podem estar relacionados a um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum (SILVA, 2013).

Fatores como exposição a Espécies Reativas de Oxigênio, que causam degeneração celular bem como, hábitos alimentares inadequados, uso de álcool e drogas, má alimentação, obesidade, além de fatores hormonais, reprodutivos e uso de

componentes de imunossupressão aumentam o risco para predisposição a doença, uma vez que, a exposição acumulativa com tempo. Algumas dessas mudanças dependem somente do indivíduo, enquanto outras requerem alterações em nível populacional e comunitário (GURGEL, 2011).

Inúmeras são as possibilidades de tratamento para essa enfermidade, como a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e até terapia alvo, podendo elas serem combinadas ou isoladas. Como modalidade de tratamento inicial, quase sempre se realiza a ressecção do tumor, o que se consiste no ato cirúrgico (AVELAR; NICOLUSSI; TONETI et al., 2019). A quimioterapia se consiste na aplicação antineoplásica sistêmica de drogas cujo intuito é matar as células doentes que integram o tumor, evitando sua propagação e gerando, muitas vezes, efeitos como eritema, prurido, ardência dentre outros. A quimioterapia pode ser prévia, neoadjuvante ou citorrredutora, quando é indicada para a redução de tumores loco e regionalmente avançados que, no momento, são irressecáveis ou não, tendo a finalidade de tornar os tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico do paciente; pode ser adjuvante ou profilática, quando é indicada após o tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresentar células neoplásicas malignas detectável por exame físico e exames complementares; pode ser curativa, quando tem a finalidade de curar pacientes com neoplasias malignas para os quais representa o principal tratamento (podendo ou não estar associada à cirurgia e à radioterapia); pode ser realizada para controle temporário da doença, quando é indicada para o tratamento de tumores sólidos, avançados ou recidivados, ou neoplasias hematopoéticas de evolução crônica (FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

A radioterapia, por sua vez, é a terapêutica que restringe o potencial reprodutivo das células cancerígenas, sendo caracterizada como o método de tratamento local ou locorregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas. Pode ser de natureza curativa, quando visa à cura do paciente; pode ser pré-operatória, quando indicada antes de algum procedimento cirúrgico; pode ser pós-operatória, quando realizada após o ato cirúrgico com a finalidade de esterilizar focos microscópicos do tumor; e pode ser paliativa, quando objetiva o tratamento local do tumor primário ou de

metástase(s), sem influenciar a taxa da sobrevida global do paciente, sendo usada principalmente nas seguintes circunstâncias (redução da dor – antiálgica; controle de sangramentos, anti-hemorrágica) (BRASIL, 2020). A hormonioterapia é o tipo de tratamento cuja composição é pautada em medicações orais ou injetáveis, proporcionando melhor qualidade de vida e menor influência na vida social. Ela pode ser usada em um protocolo de tratamento com intenção de curar ou até mesmo para evitar o avanço da doença, quando a cura não é mais possível (INCA, 2011). A imunoterapia é uma terapêutica biológica específica para o enfrentamento de determinados tipos de cânceres, sendo composta por diferentes medicamentos, que são aplicados no paciente de maneira intravenosa (nas veias) ou subcutânea (abaixo da pele); e a terapia alvo, por sua vez, é aquela que se baseia na utilização de drogas ou outras substâncias que agredam estritamente as células cancerígenas, modificando sua forma de crescimento.

Frisa-se, portanto, a importância da detecção precoce dos cânceres, uma vez que, dessa forma, mais efetivo o tratamento tende a ser, maior a possibilidade de cura e melhor será a qualidade de vida do paciente (INCA, 2011).

2.2 CÂNCER DE COLO DE UTERO

Um dos órgãos constituintes do sistema reprodutor feminino denomina-se útero e localiza-se na pelve. Ele se caracteriza por ser um órgão oco fibromuscular, em forma de pera invertida, localizando-se no abdome inferior. Recebe as tubas uterinas mais abaulada (Cranial) e continua-se inferiormente, com a vagina, com a qual forma usual de 90 graus. A parede uterina é composta pelo miométrio, constituído de fibras musculares lisas e uma parte mais interna denominada endométrio o qual é revestido por uma mucosa internamente e externamente pelo peritônio (FREITAS FILHO, 2011).

Ainda conforme Freitas; Filho (2011), durante a vida reprodutiva seu tamanho é variável, porém mede, em média 8 cm de comprimento, 6 cm de largura, 3 cm de espessura e pesa aproximadamente 50g. Possui forma semelhante à de uma pêra

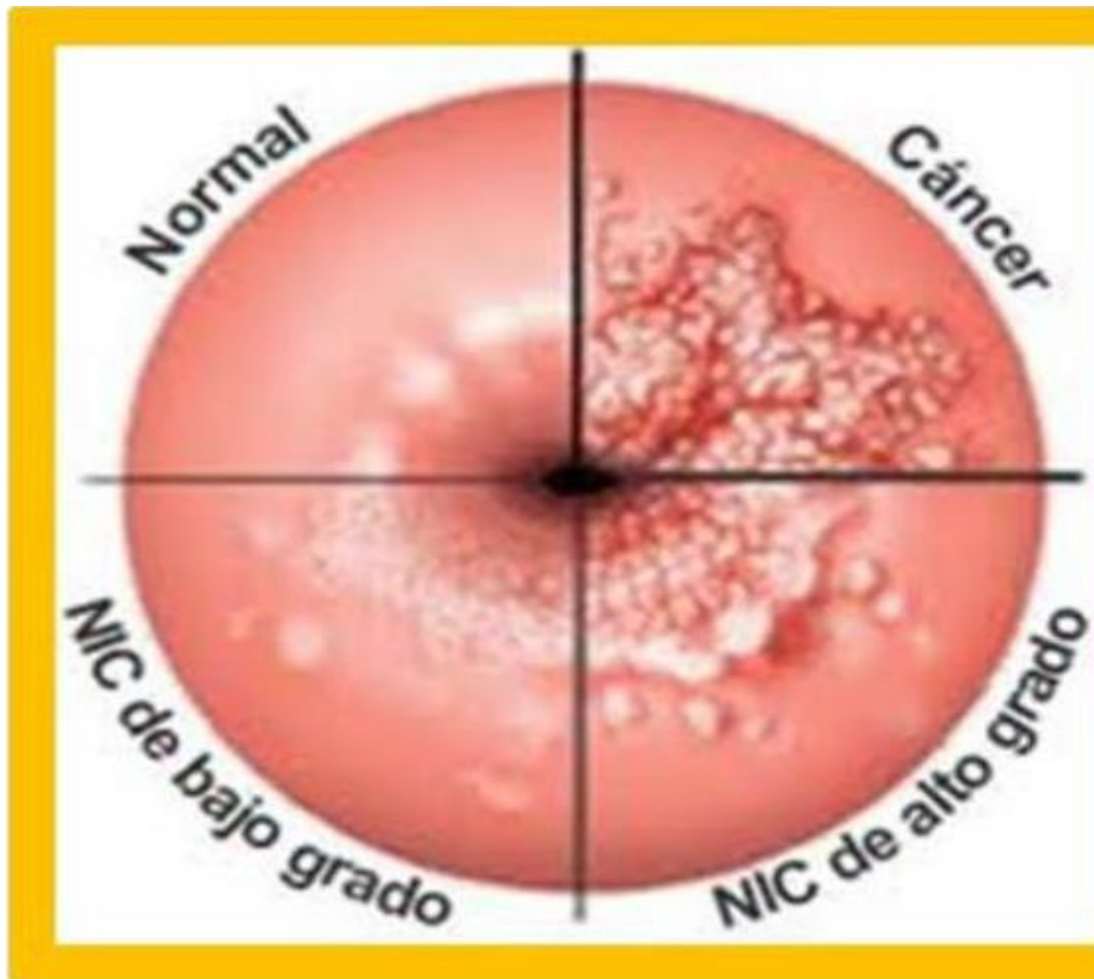
invertida e todas as suas funções estão relacionadas à fertilização e à gestação, por isso, apresenta forma, volume, localização e estrutura variáveis de acordo com a idade da mulher, gravidez e ciclo menstrual. As partes do útero são: fundo, corpo, istmo e o colo do útero. O colo uterino ou cérvix possui forma cilíndrica e estende-se para o interior da vagina. A ectocérvix é a superfície mucosa voltada para a vagina recoberta por epitélio estratificado escamoso não-ceratinizado, enquanto, a endocérvix é a superfície mucosa do canal endocervical e é revestida por epitélio simples colunar mucossecretor, o local de encontro desses epitélios. A Junção escamo Colunar (JEC) possui sua localização variável e sofre ação principalmente de estímulos hormonais, variando com o período do ciclo menstrual e a idade da mulher, podendo com o tempo sofrer eversão, ou seja, move-se para fora do canal endocervical, gerando o chamado ectrópio. Esse epitélio colunar mais delgado será substituído por epitélio escamoso mais resistente, surgindo assim uma metaplasia escamosa, cuja área é denominada zona de transformação ou zona de transição (ZT) que pode ser classificada em zona de transformação típica (ZTT) e zona de transformação atípica (ZTA), cujo reconhecimento tem grande importância por representar o marcador dos dois principais processos patológicos cervicais, as cervicites crônicas e as displasias (BRASIL, 2013). processos de mutação espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal.

As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (INCA, 2012). O câncer do colo do útero (CCU), também chamado de cervical, é caracterizado pela proliferação desordenada do epitélio de revestimento do útero, comprometendo o tecido subjacente, o estroma, com capacidade para adentrar estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo uterino, cuja classificação depende do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, que acomete o epitélio escamoso e é o tipo mais frequentemente encontrado (corresponde a 80% dos casos), e o adenocarcinoma, que acomete o epitélio glandular, sendo este o tipo mais raro (BRASIL, 2013).

O CCU é uma doença crônica, com origem principalmente na JEC. Em outras palavras, pode-se dizer que o desenvolvimento da doença é lento, na qual pode surgir sem sintomas em fase inicial e progredir para quadros de sangramento vaginal ininterrupto ou após a relação sexual, presença de secreção vaginal anormal e dor abdominal relacionada a queixas urinárias ou intestinais em casos mais avançados da doença (MARTINS et al., 2007).

As lesões precursoras do CCU, chamadas de carcinoma in situ apresentam-se em diferentes graus evolutivos, como lesão de baixo grau (neoplasia intra-epitelial cervical de grau I - NIC I) e lesão de alto grau (neoplasia intra-epitelial cervical de graus II e III - NIC II e III). Essas lesões apresentam multiplicações atípicas com maturação irregular de graus diferentes repondo toda ou parte da espessura do epitélio escamoso cervical. Diagnosticar e tratar essas lesões precocemente são de grande relevância, por elas estarem diretamente relacionadas ao surgimento do CCU (RUFINO; RODRIGUES; LEITE, 2016). O NIC I é uma denominação para as alterações celulares que acometem as camadas basais do epitélio estratificado. Cerca de 80% das mulheres com NIC I apresentarão regressão espontânea. A figura 02 expressa os graus de NIC bem como o colo do utero sem patologia

Figura 02: Configurações das neoplasias intraepiteliais cervicais



Fonte: GUIMARÃES, 2019.

O CCU é considerado um grande problema de saúde pública. No Brasil apresenta significativa relevância social, uma vez que é responsável por altos índices de morbimortalidade, mesmo com a existência de estratégias de controle eficazes que incluem condutas de promoção, prevenção e diagnóstico precoce dessa patologia (BRASIL, 2013). De acordo com o Globocan, o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres, e o sétimo mais comum entre todos os tipos de câncer, com aproximadamente 528 mil novos casos estimados em 2012 tendo maior incidência em países desenvolvidos (FERLAY et al., 2015).

Entre os tipos de câncer mais comuns em mulheres, exceto os tumores de pele não melanoma, a taxa de incidência do CCU ocupa a primeira posição na região Norte e a segunda nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (INCA, 2016).

Quando comparadas aos países em desenvolvimento, as taxas de incidência e mortalidade no Brasil são consideradas intermediárias, entretanto elevadas em relação aos países desenvolvidos. O baixo nível socioeconômico e outras condições de fragilidade das populações podem estar relacionados aos altos níveis de CCU (FALCÃO et al., 2014).

Além da infecção pelo HPV, outros fatores de risco também contribuem para o surgimento do CCU podendo ser divididos em dois grandes grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. No primeiro grupo, dentre os identificados estão os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), a associação com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais orais. Quanto aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, evidencia-se o início precoce da atividade sexual, a multiparidade, a multiplicidade de parceiros sexuais, baixas condições socioeconômicas e a história de infecção sexualmente transmissível (IST) (ANJOS et al., 2010). Estudos também apontam como fatores de risco, além de todos esses citados anteriormente, a higiene íntima inadequada e a baixa ingestão de vitaminas A e C (CRUZ; LOUREIRO, 2008)

A prevenção primária do CCU está associada à diminuição do risco de contaminação pelo HPV. A vacinação anti-HPV se consistiu em uma das maiores conquistas na luta contra o câncer do colo uterino. Em junho do ano de 2006, nos Estados Unidos, foi provada e liberada a primeira vacina contra o HPV para ser aplicado em mulheres cuja faixa etária estaria compreendida entre os 9 e 26 anos e que nunca tiveram contato com este vírus. A resposta foi satisfatória, uma vez que a proteção alcançada por essas mulheres foi literal (ALVARENGA; HIRATA; MAGALHÃES et al., 2016).

A eficácia da vacina contra HPV tem um valor superior aos 95%, prevenindo a displasia cervical e as verrugas genitais, apesar de a mesma não modificar a história

natural da doença para indivíduos previamente infectados. As melhores fases do ciclo de vida para o uso da vacina anti- HPV correspondem à pré-adolescência e adolescência, pois, assim, se atinge a prevenção de infecções persistentes e verrugas anogenitais, que geralmente iniciam na idade adulta jovem; bem como se alcança a prevenção dos cânceres cervical, vaginal, vulvar e anal, que ocorrem mais tardiamente (SANTOS; DIAS, 2018).

No Brasil, o principal método utilizado para detecção precoce/rastreamento do CCU é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microbiota, geralmente conhecido como exame preventivo do colo do útero, exame de Papanicolaou, citologia oncótica, PapTest. Na fase pré-clínica (assintomática) do CCU, em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do preventivo, as chances de cura do câncer cervical são de 100% (BRASIL, 2006; INCA, 2017).

Outras formas de diagnóstico são através da colposcopia e biópsia, que devem ser realizados em caso de resultados de citopatológicos anormais, a exemplo para tipo de biópsia são as lesões exotíficas e endotíficas, onde posteriormente deverá ser realizado o exame histopatológico do material examinado, enquanto o diagnóstico subclínico das lesões precursoras do câncer de colo de útero, produzidas pelo HPV, deve ser realizado através do Papanicolaou.

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adeno-carcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos) (INCA, 2016).

Quando nos referimos ao tratamento, basicamente, existem três opções: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (COLATINO, 2010). Lima et al. (2003), descrevem que a cirurgia consiste na retirada do tumor e, ocasionalmente, na retirada do útero e da porção superior da vagina.

O tratamento das lesões precursoras que são diagnosticada na citologia oncótica como lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, neoplasias intraepiteliais cervicais

de 2 e 3 na histologia e adenocarcinoma in situ, são prioritário para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer do colo uterino, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito nas unidades que fazem parte de hospitais de nível terciário. Uma vez que este nível de atenção tem estrutura suficiente para tratar o paciente nos diferentes níveis de complexidade e extensão da neoplasia (INCA, 2011).

Após a confirmação colposcópica ou histológica seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras, o tratamento excisional das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau é realizado por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por técnica eletrocirúrgica. De acordo com o resultado da colposcopia se for satisfatória, com índices dentro do padrão de normalidade e compatível com a citologia, o acompanhamento deve ser realizado ambulatoriamente, onde será permitido o tratamento imediato das lesões.

No caso do resultado da colposcopia insatisfatória, o tratamento indicado é a conização, realizada preferencialmente por técnica eletrocirúrgica (INCA, 2011). O diagnóstico de CCU e a necessidade do tratamento proporcionam muitas mudanças na vida das mulheres, tanto na forma física como na psicológica, tornando-as ansiosas com o prognóstico, bem como com as mudanças ocasionadas pela doença e por seu tratamento, podendo alterar a qualidade de vida.

O tratamento pode ocasionar diversos efeitos colaterais, que podem perdurar por um longo período, os quais influenciam em sua maneira de viver (KRIKELI et al., 2011). O conhecimento a respeito dos métodos diagnósticos, tratamento, efeitos adversos de cada terapia, cuidados específicos e necessidade de apoio familiar são indispensáveis para uma atenção e uma assistência de qualidade. Dessa maneira, é necessário oferecer um melhor suporte aos pacientes e familiares, possibilitando o enfrentamento da doença de forma mais tranquila e segura, proporcionando a essa pessoa um tratamento cuidadoso, para que mesmo que este não consiga a cura, mas ao menos uma boa qualidade de vida após seu diagnóstico (BARROS; LOPES, 2007).

2.3 PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

Os papilomavírus são pequenos vírus pertencentes à família Papovaviridae e podem ser encontrados em epitélios de muitos animais, incluindo aves, répteis e mamíferos, sendo espécie-específico. Seu genoma é composto por uma dupla fita de DNA circular, com aproximadamente 8.000 pares de bases. Diferentes regiões de seu genoma têm sido estudadas, e foram identificadas em função de sua função na replicação viral: são sete regiões ditas precoces (early regions) – E1 a E7 – assim chamadas por serem responsáveis por processos iniciais da replicação viral, no controle de sua transcrição e na transformação celular; regiões tardias (late regions) – L1 e L2 – responsáveis pelas etapas finais da replicação do vírus, como a síntese de proteínas estruturais do capsídio; e uma região responsável pela modulação destes processos na célula do hospedeiro, chamada de região longa de controle (long control region – LCR) (PINTO et al., 2001).

A infecção pelo HPV tem sido descrita em três formas de apresentação. Na forma latente da infecção, o DNA do HPV é diagnosticado no trato genital feminino por técnicas moleculares, não existindo evidências clínicas, citológicas, colposcópicas ou histológicas desta infecção. Acredita-se que, nesta forma da infecção, o DNA viral encontra-se aparentemente não funcional e replica-se apenas uma vez a cada ciclo celular. Como o vírus não se encontra funcionando nesta forma de infecção, não existem alterações citológicas decorrentes de sua presença. Não são conhecidos os mecanismos pelos quais o HPV permanece neste estado ao invés de estabelecer uma infecção produtiva, na qual seriam observadas as alterações citológicas ou teciduais. Provavelmente fatores imunológicos são determinantes desta condição (PINTO et al., 2001).

Na forma subclínica da infecção, ao invés do HPV produzir um condiloma clássico evidente, a doença caracteriza-se por áreas difusas de hiperplasia epitelial não papilífera. Apesar das diferenças macroscópicas entre o condiloma e esta forma da infecção, ambas são caracterizadas por proliferação da camada germinativa basal, dismaturação do epitélio e alterações citológicas características. A maior diferença

histológica é que o condiloma é francamente papilar enquanto a forma subclínica é plana ou micropapilar (RUSSOMANO, 2000).

A forma clínica da infecção pelo HPV é caracterizada pela presença de lesões exofíticas na região anogenital, que são visíveis a olho nu sem técnicas de magnificação e chamadas de verrugas genitais ou condilomas. O aspecto das lesões é de neofomações sésseis, papilares, múltiplas, com a forma de pequenas cristas, origem do termo vulgar "crista-de-galo". Podem ser brancas ou hiperocrômicas. Estão mais presentes em áreas úmidas expostas ao atrito durante o coito, ou seja, pequenos lábios e vestíbulo vulvar, além das regiões anal e perianal. São menos freqüentes no colo uterino e a biópsia neste local é mandatória para diferenciar de doença invasiva (RUSSOMANO, 2000).

Nos anos 70, o HPV que até então era conhecido como indutor dos condilomas acuminados de transmissão venérea, foi associado ao desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais cervicais (NICs), lesões precursoras do câncer invasivo do colo uterino. O pico de maior incidência ocorre na adolescência em mulheres que tiveram sua primeira experiência sexual aos 16 e apresentam maiores chances de desenvolver câncer do que aquelas que iniciaram sua vida sexual após os 20 anos (RUSSOMANO, 2000).

As adolescentes são mais vulneráveis aos fatores de risco, por apresentarem a zona de transformação do colo localizada na ectocérvice, estando assim exposta aos agentes potencialmente associados da neoplasia, tais como múltiplos parceiros sexuais, o não-uso dos métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (PINTO et al., 2001)

A infecção genital por HPV é uma infecção sexualmente transmissível, a inoculação do papilomavírus humano sobrevém durante relação sexual com pessoas contaminadas. A história natural do processo de infecção viral ocorre em diferentes fases, descritas a seguir de acordo com (MODOTTI, 2005).

Inoculação (fase 0) – o vírus penetra no novo hospedeiro através de microtraumatismos. Os vírions então progridem até a camada basal, atravessando a

membrana citoplasmática. O genoma viral é transportado para o núcleo, onde é traduzido e transcrito. Duas classes de proteínas são codificadas: proteínas transformadoras, que induzem funções na célula hospedeira, e proteínas reguladoras, que controlam a expressão dos genes virais (MODOTTI, 2005).

Período de incubação (fase I) – o período de incubação do condiloma acuminado varia de 2-3 semanas a 8 meses e parece estar relacionado com a competência imunológica individual (MODOTTI, 2005). Como o contato sexual não produz verrugas genitais em todos os casos, fica claro que a imunidade celular ou outros fatores locais influenciam decisivamente na transmissão do vírus (ZAMPIROLO, 2007).

Fase precoce (fase II) - três meses após o surgimento das primeiras lesões, tem início uma resposta imune adquirida que pode conter a infecção (regressão) ou ser insuficiente para eliminá-la (fase de expressão ativa) (ZAMPIROLO, 2007).

Durante o estágio de contenção, os condilomas externos regredem espontaneamente em número significativo de indivíduos. No entanto, na maioria dos casos, as lesões focais persistem, embora o surgimento de novos papilomas possa ser interrompido ou parcialmente bloqueado (ZAMPIROLO, 2007).

Fase tardia (fase III) – cerca de nove meses depois após o aparecimento das primeiras lesões, os pacientes podem apresentar dois tipos de situação clínica: (a) os que continuarão em remissão (potencialmente infectantes para seus parceiros sexuais; (b) os que recidivarão, expressando doença ativa (ZAMPIROLO, 2007).

A infecção pelo HPV pode ser dividida em clínica, subclínica e latente. O processo infeccioso clínico é facilmente detectado e causa sintomas característicos, enquanto para os outros tipos de infecção necessitam do uso de métodos como peniscopia, histologia e ainda métodos de detecção do DNA do vírus (ARAP, 2000).

As infecções por HPV podem ser sintomáticas quando a forma clínica é evidenciável, ou assintomáticas (PALO et al. 1996). As lesões aparecem na em de verrugas genitais e chamada de condilomas. Surgem em regiões como vulva, colo vaginal e região perianal na mulher e no homem há possibilidade de aparecer na

glande e sulco bálano prepucial, menos freqüente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas mucosonasal, oral e laríngea (MURTA , 2008).

A infectividade do HPV é alta, estimando-se que 60% dos parceiros de pacientes infectados adquiram o vírus após um único contato sexual. As lesões epiteliais ocorrem em áreas sujeitas a trauma durante o ato sexual, pois é preciso a existência de condições que favoreçam a penetração do vírus. O déficit local da imunovigilância favorece a passagem de infecção latente para a ativa. O intervalo entre a exposição e a evidência clínica varia de 4 a 6 semanas à 8 meses, com média de 3 meses, sendo no trato genital dividido de acordo com autor (MURTA, et al., 2001).

- Clínica – É a forma evidenciável a olho nu;
- Subclínica – É a forma reconhecida apenas com o uso do colposcópio (lente de aumento), após a aplicação de ácido acético 5%;

Latente – É a identificação de seqüências de DNA-HPV com técnicas de hibridização molecular em indivíduos com tecidos clinicamente normais. Em população adulta saudável, sexualmente ativa, o DNA-HPV é identificável com técnicas de biologia molecular (MURTA, et al., 2001).

Com base no exposto é importante ressaltar a Imunidade do trato genital inferior no qual o sistema imune pode ser visto como órgão que se encontra distribuído pelo corpo fornecendo defesa ao hospedeiro contra patógenos. No sistema imune, diversos compartimentos distintos podem ser definidos, cada qual especialmente adaptado para gerar resposta aos agentes nocivos localizados no órgão. O sistema imune de mucosas é considerado importante compartimento localizado próximo às superfícies, por onde a maioria dos patógenos penetra.

As mucosas são particularmente vulneráveis a infecção. Constituem-se em barreiras finas e permeáveis para o interior do organismo em razão de sua atividade fisiológica variada: troca de gases (pulmão), absorção de alimentos (intestino), atividades sensoras (olhos, nariz, boca e garganta) e reprodução (útero e vagina) (JANEWAY et al.,2002).

A necessidade de permeabilidade dessas superfícies cria vulnerabilidade óbvia à infecção não sendo surpreendente que a maioria dos agentes infecciosos invada o corpo humano por essas vias (JANEWAY et al.,2002).

O trato genital pode ser dividido em dois compartimentos: vagina e ectocérvice, que hospedam flora comensal, e útero e tubas, os quais são estéreis. A esterilidade da endocérvice está relacionada às variações dos níveis hormonais do ciclo menstrual. O epitélio escamoso estratificado da vagina e ectocérvice é necessário para manter barreira mecânica, enquanto que o epitélio colunar da endocérvice pode permitir o influxo antigênico. Sofisticada barreira funcional é também mantida pelo muco cervical que apresenta capacidade de filtrar microorganismos (JANEWAY et al.,2002).

O sistema imune do trato genital é parte do sistema imunológico relacionada a mucosas, englobando extensa área de cerca de 400 m². Assim como na imunidade sistêmica, o sistema imune relacionado às mucosas também é dividido em imunidade humoral e celular. Apresenta três níveis de imunidade: o primeiro está relacionado às mucosas, constituindo a barreira do epitélio cérvico-vaginal; o segundo está localizado nos linfonodos regionais e o terceiro é a imunidade sistêmica (JOHANSSON, 2003).

Diferentemente de sítios bem definidos como as placas de Peyer no trato gastrointestinal e dos agregados linfóides na árvore brônquica, têm sido identificadas, na submucosa cérvico-vaginal, especialmente da zona de transformação da cérvix, células plasmáticas e linfócitos com tendência à formação de agregados linfocitários, onde os antígenos seriam capturados e processados (JOHANSSON, 2003).

Dos agregados linfóides, podem ser encontrados linfócitos T CD4 e CD8 e células plasmáticas produtoras de imunoglobulinas (Ig), a mucosa do trato genital contém células com capacidade de apresentação antigênica, tais como macrófagos e células dendríticas. A grande maioria dos linfócitos intra e sub-epiteliais está localizada na zona de transformação cervical, sugerindo que este sítio apresenta acentuada atividade imunológica. O mecanismo pelo qual é sugerido que os linfócitos intra-epiteliais cervicais seriam, predominantemente, CD8 e os subepiteliais CD4 (TIJONG et al., 2001).

No trato genital inferior, a primeira linha de defesa contra qualquer infecção estabelecida é a imunidade humoral através da produção de anticorpos. A população de linfócitos locais é constituída principalmente de linfócitos B, os quais são capazes de desencadear referida resposta. Diversas imunoglobulinas estão presentes nas secreções cérvico-vaginais normais, sendo parte importante na defesa do hospedeiro pelo bloqueio da aderência do agente nas células epiteliais da mucosa (MODOTTI et al., 2005).

Em contraste com outras secreções mucosas do organismo, maior quantidade de Ig G do que Ig A são encontradas no trato genital feminino. Os níveis destas imunoglobulinas apresentam influência hormonal, variando durante o ciclo menstrual; são derivadas do compartimento sistêmico, bem como da produção local (sugere-se que a Ig G local seria derivada do plasma enquanto que a Ig A produzida localmente). No entanto, frente a uma infecção viral ou na presença de lesões neoplásicas e pré-neoplásicas, a principal resposta imune desencadeada é do tipo celular. A população de linfócitos muda; os linfócitos T citotóxicos e as células natural killer predominam, compondo quase três quartos das células responsivas (TIJONG et al., 2001).

Na fase de reconhecimento antigênico da resposta imune celular, os antígenos devem ser capturados pelas células apresentadoras de antígeno (APC), isto é, as células de Langerhans locais, com intuito da ativação de linfócitos T. Estes linfócitos são células de vital importância na imunidade celular cervical e por não reconhecerem antígenos livres, necessitam de células apresentadoras de antígenos que contenham complexo principal de histocompatibilidade (MHC) em sua superfície, para que se tornem ativadas (FORTE, 2004).

O HPV pode seguir três possíveis rotas: completa eliminação viral após fase aguda, infecção latente e infecção ativa e progressiva. A maioria das mulheres se infecta nos primeiros anos da atividade sexual, por volta dos 15 a 25 anos, sendo comum a infecção repetida e por múltiplos tipos oncogênicos. No entanto, a maioria destas infecções são geralmente transitórias e clinicamente não insignificantes, embora possam desencadear alterações citológicas e histológicas temporárias (aproximadamente 80% dos casos regridem espontaneamente (TIJONG et al., 2001).

Em relação a este vírus, sabe-se que o mesmo não se dissemina no organismo; não existe viremia aparente, sendo a imunidade do trato genital crucial no controle de sua replicação. A infecção e o aparecimento das lesões relacionadas ao HPV são dependentes de complexo programa de diferenciação dos queratinócitos cervicais. O vírus infecta inicialmente os queratinócitos da camada basal, no entanto, altos níveis de expressão das proteínas virais tardias (principais imunógenos que o HPV) sintetiza) ocorrem apenas nas camadas mais superficiais (PADILLA, 2005).

O ciclo de replicação toma longo tempo e mesmo em condições propícias, o tempo entre a infecção e a liberação de partículas virais completas demora no mínimo 3 semanas. Na realidade, o período para aparecimento das lesões é altamente variável, podendo significar semana até meses, indicando que o vírus pode efetivamente ludibriar o sistema imune (PADILLA, 2005).

Existem diversas razões pelas quais este agente é tão evasivo. Embora o epitélio seja boa barreira primária à infecção, qualquer oportunidade no mesmo facilita o acesso do HPV à camada basal onde ocorre baixa replicação viral, sem lise celular. Como consequência, a infecção pelo HPV não é acompanhada pelo processo inflamatório, não existindo exposição antigênica disponível para ser detectada pela vigilância imunológica do hospedeiro, isto é, as células de Langerhans. Após o período de latência, ocorre acelerada replicação do DNA viral nas células diferenciadas levando ao aparecimento de lesões características (MURTA, et al., 2001).

Entretanto, as células do epitélio escamoso possuem baixa capacidade de apresentação antigênica, apesar do número de cópias virais por célula. Durante todo o processo de maturação celular no epitélio as células infectadas permanecem intactas, visto que o vírus não destrói nem lisa a célula. Dessa maneira, durante todo seu ciclo de vida o HPV permanece protegido no interior destas células, o que resulta em infecção crônica e persistente (SANCLEMENTE, 2002).

A patogênese viral resultaria da interação entre a virulência deste patógeno e a deficiente resposta imune do hospedeiro. O equilíbrio existente entre o agente indutor e a imunidade do indivíduo irá determinar a persistência, progressão ou regressão do processo de transformação neoplásica (CASTLE et al., 2004).

Os mecanismos efetores da vigilância imunológica contra este vírus incluem a imunidade inata (imunidade inespecífica) e a antígeno-específica ou adquirida (ambas imunidades humoral e celular). As citocinas, isto é, peptídeos mediadores locais, representam o componente principal da imunidade inespecífica direcionada contra o HPV. De modo geral, a imunidade inata está associada com a produção destes e outros mediadores pelos macrófagos e neutrófilos locais e pelas células infectadas por este agente. Os principais efeitos relacionados a estas substâncias incluem a inibição da expressão dos genes virais e proliferação celular, estímulo à apoptose, estímulo ao tráfego ao trânsito de leucócitos para o sítio de infecção e inibição da angiogênese tumoral (GONÇALVES, 2004).

No entanto, é a imunidade mediada por células que participa de maneira decisiva na luta contra a expressão viral, considerando-se principalmente a atividade dos linfócitos CD8 e CD4. Como exposto, para o reconhecimento das proteínas virais, existe a necessidade de sua liberação do interior das células infectadas, seguida de captura pelas células de Langerhans, visto que os linfócitos não reconhecem partículas antigênicas isoladas (WIRA, 2004).

A habilidade do sistema imune em destruir a lesão é refletida pela capacidade de detecção por parte das células de Langerhans. Existem evidências de que o HPV poderia ocasionar depleção destas células. Assim, sua ausência ou diminuição das mesmas poderia levar a ineficiente resposta imune primária. Sugere-se inicialmente, a depleção no número destas células seja por efeito citopático direto ou como resultado no aumento do trânsito das mesmas em direção aos linfonodos, levando o agente a ser apresentado aos linfócitos, seguir-se-ia, dessa maneira, o desenvolvimento de lesões intra-epiteliais. Na seqüência, algum sinal imunológico local desencadearia o aumento das referidas células de Langerhans com intuito de apresentação antigênica e destruição viral (WIRA, 2004).

Postula-se que as células de Langerhans (elemento fundamental da fase aferente da resposta imune celular) também desempenhem papel relevante no mecanismo de defesa humano contra tumores, com relação positiva entre a infiltração celular o prognóstico (HUBERT et al., 2001).

Assim, quando da presença da infecção viral o organismo prepara, na maioria das vezes, resposta celular efetiva culminando com regressão das lesões anogenital. A regressão das mesmas é acompanhada de grande infiltração de linfócito do tipo CD4 e também CD8 (elementos principais da fase eferente da resposta imune celular) e células natural killer. O propósito de se estudar e entender os fatores que regulam a resposta imunológica direcionada contra o HPC é o de auxiliar no desenvolvimento de imunoterapias e vacinas que possam combater eficazmente a infecção causada por este agente, prevenindo o desenvolvimento de lesões precursoras e neoplásicas no trato genital inferior (HUBERT et al., 2001)

2.4 EXAME CITOPATOLOGICO

No Brasil, o principal método utilizado para detecção precoce/rastreamento do CCU é a realização da coleta de material da cervico-vaginal e microbiota, geralmente conhecido como exame preventivo do colo do útero, exame de Papanicolaou, citologia oncótica, PapTest. Na fase pré-clínica (assintomática) do CCU, em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do preventivo, as chances de cura do câncer cervical são de 100% (BRASIL, 2006; INCA, 2017).

O câncer de colo uterino é a terceira neoplasia maligna mais comum em mulheres no Brasil. Geralmente, o rastreamento tem sido feito pela citologia cérvicovaginal, e as pacientes com alterações citológicas são encaminhadas para a colposcopia. A infecção do colo uterino por papiloma vírus humano (HPV) de alto risco está associada ao desenvolvimento do câncer de colo uterino e lesões precursoras (INCA, 2010).

Apesar do impacto da citologia oncótica cérvico-vaginal na redução da incidência desse câncer no mundo, esse método possui muitas limitações. Recentemente o desenvolvimento de testes biomoleculares para a detecção de infecção por HPV do colo uterino tem sido uma alternativa ou um método adjunto à citologia para a detecção de neoplasia intra-epitelial cervical. Em muitos estudos é

demonstrada a utilidade clínica dos testes biomoleculares para HPV; no rastreamento primário, como adjunto da citologia de células escamosas atípicas de significado indeterminado ou lesão intra-epitelial e no seguimento pós-tratamento (INCA, 2010)

O exame Papanicolau convencional configura-se como o principal método utilizado em programas de rastreamento para o controle do CCU. O médico grego Georgios Nicholas Papanicolaou (1883 – 1962), dedicou sua vida aos estudos sobre a citologia vaginal e da cérvix. Por volta de 1920, implementou uma técnica para analisar as células vaginais e do colo uterino, conhecida como método de citologia esfoliativa, a qual é empregada até os dias atuais no combate ao CCU. Como uma excelente ferramenta para a detecção precoce deste tipo de câncer, sua técnica passou a ser considerada o método mais efetivo de rastreamento, surgindo o conceito a respeito do exame que se conhece até hoje, ou seja, exame preventivo, que é realizado com o objetivo de identificar precocemente alterações celulares que podem evoluir para o câncer cervical, o qual foi introduzido no Brasil na década de 50 (CARVALHO; QUEIRÓZ, 2010).

Em 1928, Georgios Papanicolaou realizou seu primeiro trabalho utilizando esfregaços cervicovaginais, mas apenas em 1943 é que esse estudo ganhou tamanha relevância, com a publicação do livro *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear* (ARAÚJO, 2012). O exame de prevenção do CCU foi introduzido na rede pública em 1999 e integra atualmente a Política Nacional de Atenção Oncológica, sob responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (ANDRADE, 2001). No que tange ao diagnóstico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, fazem parte da estratégia para obter o diagnóstico precoce (abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas da doença) e posteriormente o rastreamento (realização de um exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de neoplasias e encaminhá-las para investigação e realização do tratamento). A detecção precoce do câncer de colo do útero é realizada através do exame citológico de Papanicolau, tem sido uma maneira segura e eficiente para adular até 90% das taxas de incidência e mortalidade desta neoplasia, contudo a implementação dos

exames deve ser altamente priorizada, de maneira periódica, como uma estratégia de Saúde Pública (BRASIL, 2013).

O INCA descreve também que o exame preventivo é indolor, simples e rápido (INCA, 2011; BEZERRA et al., 2015). Alerta, ainda, que para garantir um resultado correto, a mulher não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) no dia anterior ao exame; evitar também o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do exame. É importante também que não esteja menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. Mulheres grávidas também podem realizar o exame.

No momento da realização do exame são separados os seguintes materiais: o preenchimento do formulário que deve ser realizado corretamente; uma lâmina com extremidade fosca com identificação, utilizando o lápis; espéculo com tamanho de acordo com a anatomia individual de cada mulher (nulípara, múltiparas de acordo com quantidade de gestações); espátula de Ayres; escova cervical; fixador apropriado; recipiente para condicionamento das lâminas; luvas de procedimento; máscara e biombo. Para mulheres grávidas o MS recomenda o exame até o sétimo mês de gestação, só utilizando a espátula de Ayres e não usar a escova de coleta endocervical (SANTOS; LIMA, 2016).

Durante o procedimento da coleta, deve-se orientar a paciente deitar-se na mesa, deixando-a na posição ginecológica, e dando início a inspeção visual na região a ser examinada, como a vulva e a vagina observando se há nódulos, lesões e algum escorrimento. Após isto, é introduzido o espéculo (conhecido como bico de pato) no canal vaginal, recomenda-se utilizar algum lubrificante quando a mulher for idosa, ou estiver no período da menopausa (MARQUES; RAMOS, 2017).

O espéculo é inserido na posição vertical, de modo que faça uma rotação, deixando a fenda na posição horizontal, e aos poucos abrindo e introduzindo totalmente na vagina. Sendo visualizado o colo uterino, deve-se observar se seu orifício interno apresenta fenda transversa ou puntiforme (quando não se tem parto vaginal), e se há presença de muco ou secreção. Logo após se procede à coleta do material da face externa ectocérvice, utilizando a espátula de Ayres, introduzindo no orifício externo do

colo, de modo que faça uma raspagem da mucosa da JEC e com sua extremidade obter as células contidas no fundo do saco uterino em um ângulo de 360°, e depois de colhido, sendo colocado na lâmina. E em seguida sendo inserida a escova para coleta da face interna endocervical, com o mesmo ângulo de rotação recolhendo o material e rolando a escova para cima e para baixo na lâmina (SANTOS; LIMA, 2016).

Após coletado as células, se utiliza um fixador borrifando a certa distância da lâmina a qual fixa o material imediatamente de forma a ser conservado, em forma de spray e colocado no recipiente apropriado e enviado para o laboratório para análise. Em contrapartida retira-se o espécuro cuidadosamente, deixando a paciente confortável e orientando quanto ao seu retorno a UBS, para receber o resultado do exame e demais orientações (SANTOS et al., 2019). A figura 03 demonstra o procedimento em imagem

Figura 3: Exame Citopatológico



Fonte: GUIMARÃES, 2019.

Para uma coleta ser eficaz se torna necessário que a amostra tenha sido suficiente em cada espaço da lâmina, de modo que a mesma esteja identificada e condicionada corretamente. Ao término recomenda-se que a mulher retorne ao local onde fez o exame para verificar seu resultado e possível tratamento. A interpretação do exame avalia os seguintes aspectos: alterações microbiológicas sejam elas por *Lactobacillus* sp, e entre outros bacilos, proveniente da microbiota vaginal que não resultem em infecção; presença de IST'S; modificações cervicais benignas, como a

inflamação; E lesões que apresentem mudanças como a neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que se caracteriza como início ou estadiamento do CCU, que são distintas em três níveis: NIC I mais leve, NIC II e III mais grave (MORAES; JERÔNIMO,2015).

Além dessas observações, são verificados os seguintes pontos: Amostra insatisfatória, orientar a paciente a realizar novamente o exame. O resultado negativo, e caso seja a primeira vez, recomenda-se o preventivo daqui a um ano, e conseqüentemente após outro resultado negativo, se faz a cada três anos, de acordo com a OMS; Apresentado alguma infecção pelo HPV ou NIC I, repetir o teste após seis meses; E resultado positivo para CCU, encaminhar para média complexidade para confirmação do diagnóstico e tratamento, segundo as diretrizes clínicas (MARSICANO; LIMA, 2016).

O rastreamento do CCU é por meio do exame Papanicolau, a qual é disponibilizada na UBS de forma gratuita pelo SUS, e raramente apresenta sintomas e sendo presente pode se passar despercebidos, que pode ocorrer sangramento vaginal, leucorréia e dores pélvicas, podendo estar associados com queixas urinárias e lesões que são reconhecidas através de exames de colposcopia e estas feridas podem ser únicas ou diversas, como condiloma acuminado, que ficam localizados na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo do útero (SANTOS; LIMA, 2016).

Dentre as neoplasias ela apresenta uma grande taxa de cura após o diagnóstico, e maior capacidade de prevenção perante a realização do Papanicolau, devido à eficiência da realização do exame preventivo, que detecta presença de lesões pré-cancerosas ainda em seu início, quando realizado no espaço de tempo determinado (SOUZA et al., 2019). Além de que o câncer cervical possui uma tardia evolução, que varia de 10 a 20 anos, e dispõe de fases de fácil identificação e tratáveis (TSUCHIYA et al., 2017).

O exame Papanicolau se torna um exame essencial para detectar lesões no colo uterino, o qual deve ser realizado em todas as mulheres que começaram sua atividade sexual e que são submetidas ao exame anualmente, após dois resultados negativos no intervalo de um ano, passa a serem realizados a cada três anos. As idades de acordo

com o MS para a realização do exame são entre mulheres de 25 a 64 anos de idade (AMARAL et al., 2014).

O enfermeiro durante seu exercício efetua explicações sobre o Papanicolau, requisitar exames, receita remédios conforme o protocolo instituído, apresentando algumas alterações no preventivo reúne a equipe para busca nos domicílios, direcionando ações em saúde na comunidade, mostrando intervenções saudáveis como hábitos, realizando promoção de saúde e tratamento de acordo com a demanda (SILVEIRA, et al., 2018). A assistência à saúde da mulher se torna qualificada quando o rastreamento do câncer cervical envolve as seguintes situações: reconhecimento de usuárias; identificação de lesões ou complicações no colo do útero; tratamento adequado conforme diagnóstico e diminuição nos fatores de riscos. Além disso, sendo fornecida educação contínua para os profissionais da UBS e aplicação das diretrizes instituídas (FARIAS; BARBIERE, 2016)

Alem do exame citopatológico podemos ressaltar a importância de testes biomoleculares para o HPV , dois métodos biomoleculares muito usados na detecção do HPV são a captura híbrida e a PCR (reação em cadeia de polimerase). A captura híbrida é método largamente utilizado pela alta sensibilidade, reprodutibilidade, objetividade, facilidade e acessibilidade para a prática clínica de rotina. Essa técnica é baseada na hibridização de DNA viral de único filamento com dois coquetéis de sondas de RNA que reconhecem 13 tipos de HPV de alto risco e 5 tipos de HPV de baixo risco. RNA/DNA híbridos são combinados com anticorpos antihíbridos marcados e um substrato quimioluminescente, que emite luz medida por um luminômetro. Presença ou ausência de DNA de HPV é definida de acordo com a força em unidades relativas de luz (RLU) comparada com 1 pg/ml de controle positivo de DNA de HPV (JOHASSON, 2003).

A técnica de PCR permite a amplificação de seqüências de ácido nucléico específico. Para amplificar a fita de DNA viral, a seqüência de nucleotídeos deve ser conhecida. Com primers apropriados e condições de temperatura, a síntese de uma 2ª fita complementar procede automaticamente por ligação de nucleotídeos livres usando a enzima DNA-polimerase. Após suficiente tempo de alongação para gerar a fita

complementar, a mistura pode ser quebrada a altas temperaturas (93°C) para separar a fita sintetizada do molde, então completando o primeiro ciclo. Cada ciclo sucessivo dobrará a quantidade de DNA, produzindo tantas vezes mais DNA após 30 ciclos (JOHASSON, 2003).

Grande parte das infecções por HPV é transitória, sendo eliminada pelo sistema imune dentro de poucos meses, sem lesão detectável. Em geral, a infecção por HPV em mulheres jovens tende a regredir espontaneamente, enquanto em mulheres mais velhas, o vírus possui maior propensão a persistir. A frequência da infecção diminui com o aumento da idade, e, nas pacientes mais jovens, a taxa de eliminação do HPV é alta, por isso, no rastreio primário, tem sido prescrito o uso do teste para HPV em mulheres com menos de 30 anos (PINTO, 2001).

2.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO EXAME PAPANICOLAU

O enfermeiro durante a consulta ginecológica pretende-se respeitar cada mulher individualmente diante de suas particularidades, proporcionando suas necessidades essenciais de modo que sejam solucionadas (CATAFESTA, 2015). Para a garantia de um resultado correto do exame, são passadas durante a consulta as seguintes informações: abster-se de relação sexual mesmo com uso de preservativo por dois dias anteriores ao exame, evitar o uso de duchas, fármacos vaginais e contraceptivos locais, não deve estar menstruada e aguardar ao menos cinco dias após o término da menstruação, pois o fluxo sanguíneo adultera o resultado do exame (MARQUES; RAMOS 2017).

A anamnese é um fator essencial durante o diálogo entre enfermeiro e paciente, ela consiste no histórico de antecedentes pessoais e familiares, vida sexual, histórico ginecológico e de partos, realização do exame físico como o todo, avaliando mamas, aparelho genital, de maneira que não só foque no preventivo, informando-a sobre a importância do exame, sobre o CCU, os riscos de não realizar o exame, sobre sua periodicidade e os fatores de riscos provenientes para o desenvolvimento do câncer

(CATAFESTA, 2015). Os cuidados com o câncer cervical são baseados na prevenção primária de forma a esclarecer sobre o uso de preservativos durante a relação sexual, fatores de riscos que possam evoluir para IST e infecções por HPV, medidas de vacinas para o grupo específico de acordo com o MS e promoção e prevenção a cerca desta neoplasia (DIAS, 2019). Enquanto na prevenção secundária é dada através do desenvolvimento do exame Papanicolau, rastreamento, diagnóstico precoce das lesões de forma que as taxas de mortalidade e ocorrência do CCU diminuam (CARNEIRO et al., 2019). As medidas terciárias tem como foco a redução da mortalidade e cuidados em fase terminal da doença, garantindo que esse ciclo seja feita de forma digna sem dor e tristeza (TSUCHIYA et al., 2017).

Algumas condições impedem a execução do Papanicolau por apresentar as seguintes situações: demanda a mais do que a UBS possa atender, horários de marcações que não coincidem com a disponibilidade de algumas usuárias, escassez de materiais, tempo curto do enfermeiro devido à sobrecarga de trabalho e falta de rastreamento. Além desses estão a visão da timidez, vergonha e pouco entendimento ao exame e seus fatores de riscos (COSTA et al., 2017).

No decorrer do atendimento o enfermeiro preenche a requisição do exame citopatológico conforme a anamnese, e realiza os seguintes questionamentos: realização do preventivo e quando foi a última vez; utiliza algum método contraceptivo, DIU (Dispositivo Intra-uterino) e entre outros; no momento se esta gestante; sua última data de menstruação; ao fazer relação sexual, se ocorre algum tipo de sangramento. Na inspeção do colo é observado se está normal, ausente ou com certa dificuldade para visualizá-lo e se há sinais de IST. Sendo verificada alguma alteração que identifique o Câncer, deve conduzir a usuária para realização da colposcopia (AMARAL et al., 2014). Após a realização do preventivo, o exame será enviado para o laboratório e conseqüentemente retorna para UBS que foi realizado. Posteriormente com o resultado e avaliação clínica, é verificado se houve erro de coleta, se o material foi insuficiente, e em seguida analisar o diagnóstico no caso de inflamação, presença de alterações microbiológicas como *Candida sp*, *Lactobacillus sp* e algumas IST, com

aparecimento de lesões atípicas em células escamosas e glandulares encaminhar a mulher para o serviço de referência e dando suporte psíquico (MOURA; SILVA, 2016).

2.6 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

As mulheres representam cerca de 50,77% da população brasileira e são consideradas as principais usuárias SUS. Elas buscam os serviços de saúde para cuidarem de si mesmas, acompanhar crianças, familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos (BRASIL, 2011).

No que se refere a Política Nacional de Atenção e Saúde da Mulher no Brasil, apenas no início do sec. XX houve uma atenção a esse público ainda de maneira restrita, limitando-se ao atendimento e orientação sobre gravidez e parto. Entre as décadas de 30 a 70, houve elaborações de alguns programas maternos infantis, mas ainda de maneira limitada, fundamentado apenas em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, encarregada pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (OLIVEIRA, 2017).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cuja finalidade era contribuir para a redução da mortalidade e morbidade do grupo materno-infantil. Entre suas diretrizes básicas teve destaque o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhora da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011). Na década de 80, no auge do movimento feminista brasileiro, ações destinadas à saúde da mulher são fortemente criticadas, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Nessa conjuntura, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou e implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual presumia que os serviços básicos de saúde ofertassem às mulheres atividades de prevenção do CCU (BRASIL, 2013; INCA, 2011).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a

integralidade e equidade da atenção. O PAISM previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do CCU. A principal contribuição desse programa ao controle do CCU foi introduzir e estimular a coleta de material para exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (INCA, 2011).

Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde (PRO-ONCO), primeiramente com o intuito de servir como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, sendo posteriormente transferido com a Lei Orgânica da Saúde, em 1991, para o Instituto Nacional do Câncer (INCA) visando coordenar programas de controle de câncer com o objetivo de educar e informar a população sobre o assunto (INCA, 2015).

Devido à necessidade de um programa de âmbito nacional, em 1995 uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde (MS), em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou um estudo piloto que, posteriormente subsidiou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Entre janeiro de 1997 e junho de 1998, foi implantado o projeto piloto, denominado Viva Mulher, em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe), priorizando a realização de exames preventivos em mulheres de 35 a 49 anos que estavam sem fazê-lo ou nunca tinham feito (INCA, 2015).

Em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), através da Portaria GM/MS nº 3040/98, de 21 de junho de 1998, com estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação, mecanismos de funcionamento e definição de competência dos três níveis de governo e tendo como objetivos principais a detecção precoce da doença em mulheres assintomáticas e a redução das sequelas sejam elas físicas, morais, psicológicas ou sociais (MENDONÇA; GUIMARÃES; LIMA FILHO et al., 2016).

Em 2005, foi lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu através da Portaria GM nº 2439/2006, de 31 de dezembro de 2005, o controle dos cânceres do colo uterino e de mama como componentes fundamentais nos planos estaduais e municipais (INCA, 2015).

Já em 2006, o controle e prevenção do CCU voltou a ser priorizado com o surgimento do Pacto pela Vida, tendo sido nele incluído, como um dos indicadores, a razão entre os exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010; SOARES; SILVA, 2010).

Em 2011, novamente se priorizou o controle do câncer do colo do útero através do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela presidente da República Dilma Roussef, que previu investimentos para intensificar as ações de controle ao CCU. Em 2013, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças; e, em 2014, foi criado o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do útero e incentivos financeiros de custeio e de investimento para implantação (INCA, 2015).

No que concerne aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), sabe-se que, com a criação do SUS, ocorreu o processo de descentralização dos serviços de saúde, no qual os gestores municipais passaram a administrar o sistema de saúde em sua região e a realizar importantes atividades como o planejamento, a organização e a avaliação das ações em saúde. Nesse sentido, para avaliar as ações em saúde faz-se necessário a utilização de dados epidemiológicos, os quais são considerados informações importantes que irão subsidiar a tomada de decisão dos gestores, os quais podem ser obtidos a partir dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (RASIA; ROSA; REDISS, 2012).

No âmbito da saúde a informação é um instrumento primordial por instituir fator desencadeador do processo informação-decisão-ação (DEUS, 2013). Assim sendo, os Sistemas de Informação são definidos como um conjunto de elementos inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informação para apoiar o processo de tomada de decisão e colaborar no controle das organizações de saúde, assumindo um papel fundamental na construção do sistema de saúde local (MIRANDA, 2013).

Assim, de acordo com Marin (2010), os SIS agregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos empregados na área da saúde que servem de suporte no

planejamento, aperfeiçoamento, bem como no processo decisório dos diversos profissionais relacionados a assistência aos pacientes e usuários do sistema de saúde. Diante do exposto, esse sistema busca colaborar para a melhoria da qualidade, da eficiência e eficácia do atendimento em saúde, permitindo a realização de pesquisas, oferecendo evidências e auxiliando no processo de ensino, possuindo também como finalidades principais o gerenciamento das informações que os profissionais de saúde necessitam para desenvolver as atividades com eficiência e efetividade, favorecer a comunicação, e coordenar as ações entre os diversos profissionais, disponibilizando recursos para suporte financeiro e administrativo. Desse modo, surgiram em todo mundo, diversos sistemas que objetivam a coleta, elaboração e publicação de dados de interesse à saúde (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

Desde a implantação do SUS, várias ferramentas foram desenvolvidas para atender à demanda da saúde pública, que é construída através do levantamento de dados dos vários Sistemas de Informação, sendo a criação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do Decreto 100 de 16/04/1991 a principal ferramenta, cujas informações conferem razões concretas para diversas políticas públicas em saúde (LIMA et al., 2015).

No sentido de permitir que os SIS possam cumprir seus objetivos cada vez mais e melhor, avanços e retrocessos têm marcado a trajetória dos mesmos no Brasil. Contudo, quem viabilizou um considerável salto de qualidade nos registros, coleta e processamento de dados, assim como também na sua apropriada divulgação, entendida, esta, como um curto espaço de tempo entre a produção e a disponibilização da informação, foi o desenvolvimento tecnológico da área de informática (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

Com isso, várias iniciativas surgiram com o intuito de disseminar a importância da informação para as ações em saúde, a exemplo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a qual foi indispensável para definição de uma Política de Informação em Saúde, a qual deveria assegurar a gestão participativa e eficaz ao SUS. Posteriormente, houve outras iniciativas tais como: a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS)

e o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS). A RIPSAs configurou-se, como uma iniciativa de avaliação da qualidade da informação e de seu uso no processo de gestão, com notoriedade para a produção de indicadores de saúde. A RNIS destacou-se por ser uma ação governamental fornecendo infraestrutura computacional e de conectividade para as secretarias municipais e estaduais. No que se refere ao Cartão SUS, seu principal objetivo é a identificação e acompanhamento de todos os atendimentos e procedimentos realizados pelos serviços de saúde aos seus usuários, independentemente dos locais de realização dos mesmos (CUNHA, 2002).

No que tange ao rastreamento do CCU, foi necessário a organização e planejamento das informações para divulgação, sendo necessário o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) em decorrência da importância dessa ferramenta como componente primordial para coordenação dessas ações. Por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Portaria nº 408/99, o SISCOLO foi implantado em 1999 como subsistema do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) visando fornecer informações gerenciais sobre o rastreamento e faturamento do exame citopatológico. Durante os anos seguintes o sistema foi aprimorado, e em 2006, implantou-se a versão 4.0 através da Portaria SAS nº 287/06, com adequação do sistema à nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas, adaptada do Sistema Bethesda 2001, bem como um novo servidor de dados (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

O SISCOLO é um software utilizado para o provimento de dados sobre identificação da paciente, informações epidemiológicas, demográficas e dos exames citopatológicos e histopatológicos efetuados no SUS, autorizando o registro de informações sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas referentes aos exames positivos/alterados, selecionar amostras para acompanhamento externo da qualidade dos exames, obter o boletim de produção ambulatorial individualizado e reunir dados para a construção de indicadores (SILVA et al., 2014). Tendo como objetivos principais auxiliar o monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos e armazenar informações relativas a exames realizados na rede pública de saúde, o SISCOLO permite atuações no desfecho da doença em nível local e favorece os indicadores

nacionais, sendo, portanto, apontado como uma relevante ferramenta epidemiológica (SARTORI, 2016).

Diante disto, as estratégias de prevenção e de controle do CCU passaram por reformulação, tendo em vista o fortalecimento das ações desenvolvidas, com o lançamento do Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama, sendo a mais recente no ano de 2011 (NASCIMENTO et al., 2015). O registro dos laudos dos exames citopatológicos é realizado através do módulo prestador de serviços do SISCOLO, instalado nos laboratórios de citologia e de histopatológica, enquanto o módulo de coordenação, instalado nos níveis de gestão municipal, regional e estadual, objetiva o seguimento das mulheres cujos exames citopatológicos possuam alterações e emissão dos relatórios gerenciais do programa de controle do CCU. O acompanhamento na esfera nacional é feito pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO), do INCA, através do tabnet do DATASUS. Viabilizando o contínuo aperfeiçoamento do processo, o SISCOLO oferece, em cada nível, assistência ao planejamento, gerência e avaliação das ações desenvolvidas (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010)

Ainda de acordo com autores supracitados, o SISCOLO é um sistema relativamente novo no que se refere a sua relevância estratégica, sendo ainda pouco utilizado como mecanismo para avaliação do rastreamento do CCU. Contudo, só será possível sua progressiva qualificação, por meio do próprio uso do sistema através das áreas que atuam de forma transversal no controle deste câncer, reforçando desse modo à responsabilidade com a melhoria dos resultados ao cuidado integral à saúde da mulher. Para a criação de políticas públicas, é necessário quantificar as informações sobre a prevenção do CCU, mediante a seriedade desse tipo de câncer e da importância de sua prevenção por rastreamento (NASCIMENTO et al., 2015)

2.7 ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

A educação em saúde permite a capacitação e ações transformadoras que auxiliam mudança de pensamentos e ações, aplicando-se bem às doenças crônicas, dentre as quais, destaca-se o câncer no colo do útero juntamente com uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorecendo o entendimento do processo de promoção da saúde e prevenção de agravos, a troca entre saber científico e popular auxilia as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia (FERREIRA, FIORNI, CRIVELARO, 2010; INCA, 2011).

Atualmente, a baixa adesão as estratégias de controle do câncer uterino, pode ser explicada no conhecimento inadequado da população sobre a doença, bem como sobre a importância do exame preventivo e a possibilidade de tratamento precoce e as elevadas chances de cura. A prevenção do câncer no colo do útero está diretamente associada ao esclarecimento e melhoria ao acesso a educação da população sobre os fatores de risco e de como preveni-los. É fundamental manter as mulheres orientadas sobre necessidade de consultar o ginecologista e fazer o exame de Papanicolau nas datas previstas, como forma de identificar possíveis lesões ainda na fase de pré-malignidade. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde busquem manifestar atitudes preventivas e de promoção da saúde, utilizando a educação em saúde como estratégia no controle do câncer no colo do útero (INCA, 2011). As práticas de educação em saúde são utilizadas como orientações e conhecimento, que partem da concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, como mudança de comportamento, estimulá-lo a tomar decisões e a exercer a autonomia sobre a sua própria vida, essas ações são direcionadas no sentido de capacitá-los para o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas de cuidado, além de fortalecer o canal de diálogo entre os profissionais da estratégia de saúde da família e a comunidade (MEDEIROS et al., 2011; SOARES et al., 2011).

A educação em saúde é abordada como aliada na adesão das usuárias as estratégias já existentes, incorporando no cotidiano de suas práticas o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a gestão compartilhada dos processos de trabalho e a participação social que deve ser garantida e incentivada. As ações devem promover a conscientização das mulheres para a realização periódica do exame citopatológica,

para que haja um diagnóstico precoce quando houver alterações, bem como realizar as orientações para a prevenção da doença e promoção da saúde (FERREIRA, FIORNI, CRIVELARO, 2010, NUNES, 2011).

O momento em que a mulher encontra o profissional é de singular importância, pois, representa as possibilidades de obter informações relevantes à prevenção e ao tratamento e, é fundamental que a mulher compreenda todo o processo que envolve a terapêutica. Quando esse processo ocorre, tem-se maior adesão ao tratamento. O respeito pelo ser humano requer, além do oferecimento de informações objetivas e corretas, a garantia de que elas sejam compreendidas ou assimiladas pela usuária. O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para o tratamento do câncer no colo do útero seja satisfatório (ALBURQUERQUE et al., 2011)

2.8 Atuação do enfermeiro na atenção básica

Na atenção primária existe a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) com enfoque na prevenção do CCU com campanhas de educação em saúde, prevenção do câncer de colo do útero, exames de rastreamento, detecção precoce, tratamento entre outros. O enfermeiro é apto para a realização do exame de citológico e respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, sendo capaz de interpretar resultados, encaminhar quando necessário e verificar casos de suspeitas e confirmados de CCU (CARNEIRO et al., 2019).

Apesar da execução do Controle de Câncer de Útero, a mortalidade por esta doença permanece com certas incidências, mesmo com enfoque em programas voltados a prevenção do câncer, os índices de realização do teste do Papanicolau estão abaixo do recomendado. Para modificar este quadro, o profissional deve assegurar que barreiras sejam eliminadas ou reduzidas, de modo que garanta acesso aos usuários na APS, com profissionais habilitados, dando seguimento a ações

preventivas. O enfermeiro na atenção básica em suas ações e nas consultas educativas deve encorajar o autocuidado com a saúde da mulher, por meio de prescrições e utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo uma ferramenta essencial na garantia da saúde (CATAFESTA et al., 2015).

De modo que a assistência do câncer cervical ocorra de forma segura no nível de atenção primária (APS), deve possuir uma estrutura adequada de forma que as coletas do Papanicolau sejam feitas de qualidade. As equipes da UBS de com seu território de mapeamento, tem por função o acompanhamento e busca ativa dessas usuárias, a necessidade do tratamento e diagnóstico perante as lesões percursoras do Câncer, sendo encaminhada para unidade de referência que se enquadre na Rede de Atenção a Saúde (RAS), recomenda mapear as áreas abrangentes, verificar os obstáculos que dificultam o acesso à prática do exame (FERNANDES et al., 2019).

Nas UBS o enfermeiro atua na prevenção primária com práticas administrativas e de forma educacional, de maneira que haja envolvimento dos indivíduos com estratégias de prevenção, palestras educativas incentivando a importância do exame e a proximidade da comunidade a respeito do exame e ações em territórios com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de modo que melhore a aproximação destas usuárias e que aumente a cobertura de rastreamento de forma que a mulher compareça espontaneamente (SOUSA; CAVALCANTI, 2016). E, contudo realizando ações na UBS com demonstrações de imagens, a maneira que se faz o exame, os fatores de riscos, a importância do retorno após o exame, mostrar segurança e privacidade na realização do Papanicolau, de forma que a interpretação seja absorvida adequadamente (COSTA et al., 2017).

Das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro além do preventivo, envolve sua documentação em prontuários individuais, de forma a acompanhar os pacientes, realizar cadastramento no SISCOLO (Sistema de Informação do câncer do colo do útero), acompanhamento das usuárias em relação à consulta e busca do resultado do exame (CARNEIRO et al., 2019). As ações preventivas na UBS pelo profissional se iniciam com o entendimento do colo do útero, técnicas e procedimentos corretos na realização do preventivo, busca ativa de usuários adscritos nas áreas, atendimento de

enfermagem (com orientações sobre educação sexual, uso de preservativos, entre outros), e incluindo como uma das medidas de prevenção pelo MS a vacina HPV, para o público alvo (AMARAL et al., 2017).

O diagnóstico do CCU ocorre através de uma biópsia e conforme a OMS, o tipo de tratamento compreende em algumas sessões de radioterapia e ou/ braquiterapia, doses de quimioterapia e cirurgias para retirada do órgão, de forma estipulada com o avanço do Câncer, idade, e escolha do paciente, sendo realizada pelo SUS (LOPES; RIBEIRO, 2019). Após o resultado do exame, sendo identificado o câncer cervical, institui um recurso terapêutico baseando na estrutura psíquica das mulheres, pois este tipo de medicação pode causar incômodo, além de custos provenientes de despesas as idas aos hospitais. Nesse ponto de vista deve viabilizar-se a maneira mais adequada para o tratamento, pois gera um conflito psicológico e emocional, de forma que possa imaginar que não venha a se curar, por isso a importância de um acompanhamento em equipe (CARNEIRO et al., 2019)

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Chizzotti (1995, p.11), “a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem”. Contudo, a pesquisa só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo .

Segundo Pádua (1997, p.62):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

Portanto, esse trabalho tratou-se de um estudo documental retrospectivo, com abordagem quantitativa com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico de mulheres com CCU do Município de Paulista-PE. Desse modo, esse tipo de estudo possibilita o mapeamento de doenças e a análise de seu comportamento por agregados em diferentes regiões, tempo e conjuntos com características comuns (AQUINO et al., 2012). Já os estudos descritivos são aqueles que tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos, buscando-se frequência, características, relação e associação entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009). A abordagem quantitativa, por sua vez, é aquela que considera a possibilidade de traduzir ou representarem números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas diversas (PRODANOV, 2013).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

Essa pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2021 e teve como unidade de análise o município de Paulista, situado na região metropolitana do Recife, estado de Pernambuco. Paulista conta com uma extensão territorial de 96,932 km². De acordo com dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2020, conta com uma população de 300.466 habitantes e uma densidade demográfica de 3.087,66 hab/km² (IBGE, 2020).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população de estudo foi composta por mulheres adolescentes, adultas e idosas, residentes no município de Paulista, no estado de Pernambuco, que realizaram o exame do Papanicolau (citopatológico), nos anos decorridos entre 2013 – 2020, sendo um total de 50.252 exames citopatológico. Tendo como Critérios de inclusão – mulheres adolescentes, adultas e idosas, residentes no município de Paulista, estado de Pernambuco, que realizaram exame de Papanicolau (citopatológico) no período estudado. Critério de exclusão – mulheres nessas faixas etárias que fizeram o exame de Papanicolau (citopatológico) mas que não são residentes do município de Paulista, no estado de Pernambuco.

3.4 VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A variável dependente corresponde à notificação da realização do exame citopatológico pelas mulheres adolescentes, adultas e idosas residentes no município de Paulista, estado de Pernambuco. Já as variáveis independentes corresponderam àquelas que caracterizam clínica e epidemiologicamente a variável dependente, tais como escolaridade, faixa etária, número de exames por citologia anterior, número de citologias por tempo do último preventivo, número de exames dentro da normalidade, número de exames realizados por adequabilidade, número de exames por atipia de

células escamosas, bem como o número de exames por atipia de células glandulares. Todos esses dados foram coletados de forma secundária, sendo obtidos a partir do banco alimentado pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que engloba o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos, primeiramente, em planilhas e gráficos no software Microsoft Excel; e, posteriormente, analisados mediante abordagem quantitativa descritiva para avaliar as informações dos exames citopatológicos realizados no município de Paulista, no estado de Pernambuco.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa em questão dispensou a utilização de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), tendo em vista a utilização de dados secundários e o seu caráter descritivo, não oferecendo, assim, riscos. 72 As bases de dados secundários utilizadas na elaboração desse estudo são de domínio público e não revelam dados pessoais detalhados das pacientes, garantindo sua confidencialidade, sendo dispensada a avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram coletados dados do SICOLO no período de 2013 a 2019, neste período foram realizados um total de 50.252 exames citopatológico no município de Paulista-PE conforme descrito na Tabela 01. Entre os anos de 2014 a 2016 o número de exames diminuiu quase pela metade considerando os demais anos. é de extrema importância conhecer os motivos que levam as mulheres a não realizarem o exame preventivo, tendo em vista os seus medos e dificuldades. A consulta ginecológica, pelo enfermeiro, visa a paciente como um todo, observando e cuidando do seu estado físico e emocional, garantindo a cliente uma consulta ímpar, focando na qualidade e na humanização da assistência, sempre visando o reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos, dentro da ética que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Ações sistematizadas e dinâmicas sempre estão presentes nas consultas de enfermagem, e esse diferencial do enfermeiro facilita no diagnóstico das patologias, melhorando, dessa forma, as estratégias para a detecção precoce dos problemas que afetam a saúde (MOURA; SILVA, 2016)

Tabela 01: Exames Patológicos realizados no Município de Paulista- PE entre os anos de 2013 a 2019

ANO	TOTAL DE PACIENTES
2013	8.195
2014	4.973
2015	5.374
2016	3.698
2017	8.164
2018	9.223

Fonte: Autora,2021

Relacionamos também a idade das pacientes nos mesmos anos, no perfil do SISCOLO as idades são entre 11 anos a acima de 64 anos , de maneira didática, foi construída uma tabela com as idades divididas em Adolescentes (ate 19 anos), entre 20 e 49 anos, entre 50 e 64 anos e acima de 64 anos.

Tabela 02: Faixa etária das pacientes que realizaram o exame citopatológico no município de Paulista PE entre os anos de 2013 a 2019

Faixa Etária	Anos						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ate 19 anos	398	244	279	157	428	540	550
20 e 49 anos	5.083	3.547	3.116	2.187	4.785	5.443	6.405
entre 50 e 64 anos	2.463	1.329	1.519	1.042	618	2.562	2.929

acima de 64 anos	551	400	410	312	675	678	741
-----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: Autora,2021

Foi observado que o número maior de mulheres em idade reprodutiva realizaram o exame em todos os anos bem como um crescimento do numero de mulheres que realizaram o preventivo na faixa etária acima de 64 anos. Embora exista uma diferença entre as faixas etárias e de avaliação e cobertura, outros estudos realizados nas diferentes cidades brasileiras demonstram um resultado semelhante segundo Costa et al 2015, Maiores coberturas de Papanicolaou nas mulheres de idade mais avançada podem estar refletindo maior tempo de exposição à oportunidade de fazer pelo menos um preventivo segundo o mesmo autor supra citado.

No que se refere ao câncer de colo uterino, a detecção precoce é fundamental para o seu controle, sendo necessário que as mulheres tenham consciência da necessidade de submeter aos exames preventivos (FERREIRA, 2007). Alguns fatores que contribuíam para a não realização, ou a recusa das mulheres em realizar o exame Papanicolau, como: a falta de informação, a ausência do costume de se prevenir da doença, a dificuldade de acesso as unidades municipais de saúde, proibição de alguns maridos, receio de sentir dor, medo, vergonha, constrangimento (SILVA et al., 2008)

Outros fatores encontrados pelas mulheres para a não realização do exame de Papanicolau incluem em: o médico não pede o exame, não esta doente e não sente nenhum sintoma diferente, por descuido, por vergonha, não sabia da existência do exame, o local de consulta é muito longe, não tem com quem deixar os filhos, não gosta de fazer, não pode faltar ao trabalho (GAMARRA et al., 2005).

A alteração no sistema de informações pode ser um dos fatores que contribui para a queda da cobertura do exame citopatológico em algumas regiões de saúde do estado de Pernambuco. Estudos diversos apontam alguns fatores que contribuem na dificuldade de implementação dos sistemas: baixa aceitação das novas tecnologias pelos profissionais e recursos humanos pouco qualificados. Estes fatores têm impacto direto

na construção fidedigna da informação e conseqüentemente no processo de gerenciamento, uma vez que os gestores utilizam os sistemas de informações para planejar e monitorar indicadores e pactuações, influenciado na subnotificação dos dados em algumas regionais (SILVA, 2016).

Por outro lado, já é sabido que alguns outros motivos não menos importantes que o anteriormente mencionado contribuem para a baixa cobertura de rastreamento, tais como: baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, desconhecimento de informações básicas sobre o exame, etc. Sendo assim, disponibilidade do exame nas Unidades Básicas de Saúde, a reorganização das redes de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino são primordiais para a cobertura eficaz. Ainda, autores reforçam a significância de evoluir para um modelo de rastreamento organizado, substituindo o atualmente predominante, nominado como oportunístico (OLIVEIRA; ANDRADE; OLIVEIRA et al., 2013).

Ribeiro; Skonieckzny; Bortoli et al. (2020), estudando o rastreamento do câncer do colo do útero em um município do sudoeste do Paraná, no período de 2015 a 2019, verificaram um total de 38.464 realizações de exames citopatológicos realizados por mulheres residentes em Pato Branco-PR, resultado que vai de encontro com os achados deste estudo. Estes mesmos autores supracitados por último, divulgaram que a realização da citologia prevalece no grupo etário entre 25 e 64 anos de idade, bem como que o grupo com idade entre 10 e 24 anos foi o que teve menor adesão à realização do exame. No Brasil, o rastreamento do câncer de colo uterino ocorre predominantemente de forma oportunista, no qual a mulher realiza o exame ao procurar os serviços de saúde por outras razões.

Com isso, uma parcela dos exames realizados, 20% a 25%, ocorrem em uma faixa etária fora do recomendado e em torno da metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o preconizado são três anos. Isso, por sua vez, resulta em um contingente de mulheres super rastreadas e outro, sem a realização de qualquer exame de rastreamento (INCA, 2019)

O câncer de colo de útero vem gerando um grande índice de mortalidade de mulheres na faixa etária entre 25 a 49 anos, acometendo principalmente as mulheres

mais jovens, sendo muitas vezes vítima por falta de informação e isso acaba se tornando um grande problema na saúde pública, principalmente nos países de baixa renda. É perceptível que, ao longo dos anos, através de estudos e pesquisas, a necessidade do exame citopatológico, sendo ele o método mais eficiente no diagnóstico do câncer de colo uterino, pois, ele previne não só o câncer, mais também avalia o surgimento de várias infecções sexualmente transmissíveis, por isso é ne

Vale ressaltar que é de extrema importância conhecer os motivos que levam as mulheres a não realizarem o exame preventivo, tendo em vista os seus medos e dificuldades. A consulta ginecológica, pelo enfermeiro, visa a paciente como um todo, observando e cuidando do seu estado físico e emocional, garantindo a cliente uma consulta ímpar, focando na qualidade e na humanização da assistência, sempre visando o reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos, dentro da ética que garanta a saúde integral e seu bem-estar. Ações sistematizadas e dinâmicas sempre estão presentes nas consultas de enfermagem, e esse diferencial do enfermeiro facilita no diagnóstico das patologias, melhorando, dessa forma, as estratégias para a detecção precoce dos problemas que afetam a saúde (MOURA; SILVA, 2016).

Mediante as análises dos artigos para melhor diagnosticar e realizar o tratamento é imprescindível que as mulheres se comprometam com o comparecimento à unidade, de maneira que ocorra uma conscientização a respeito da realização do preventivo, de forma que haja acompanhamento adequado e prevenção do CCU (NÓBREGA et al., 2014).

Observou-se que ações educativas à população feminina devem ser trabalhadas pela equipe de saúde, devido à baixa aceitação da população de modo a acrescentar a regularidade destas mulheres aos serviços de saúde e sendo observados que o aprendizado em grupo auxilia muito na realização do exame, e que um conjunto de múltiplas intervenções favorecem a adesão e o comparecimento a UBS (SOARES; SILVA 2016). O enfermeiro como responsável atua no auxílio à captação das usuárias, através de medidas educativas, esclarecimento de dúvidas como sinais e sintomas, pois tratam diretamente com as usuárias. (MARQUES; RAMOS 2017).

Em relação à escolaridade dessas mulheres, constatou-se que houve predominância praticamente semelhante entre o Ensino Fundamental incompleto, com 30 representações, e o Ensino Médio completo, que figurou com 31 casos. Bastante expressivo foi o número de status de “ignorado”, que pontuou com 43.236 casos, o que se verifica no gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1: Número de exames citopatológicos realizados conforme a escolaridade, em Paulista-PE entre 2013- 2019. Paulista, PE, Brasil



Fonte: Autora,2021

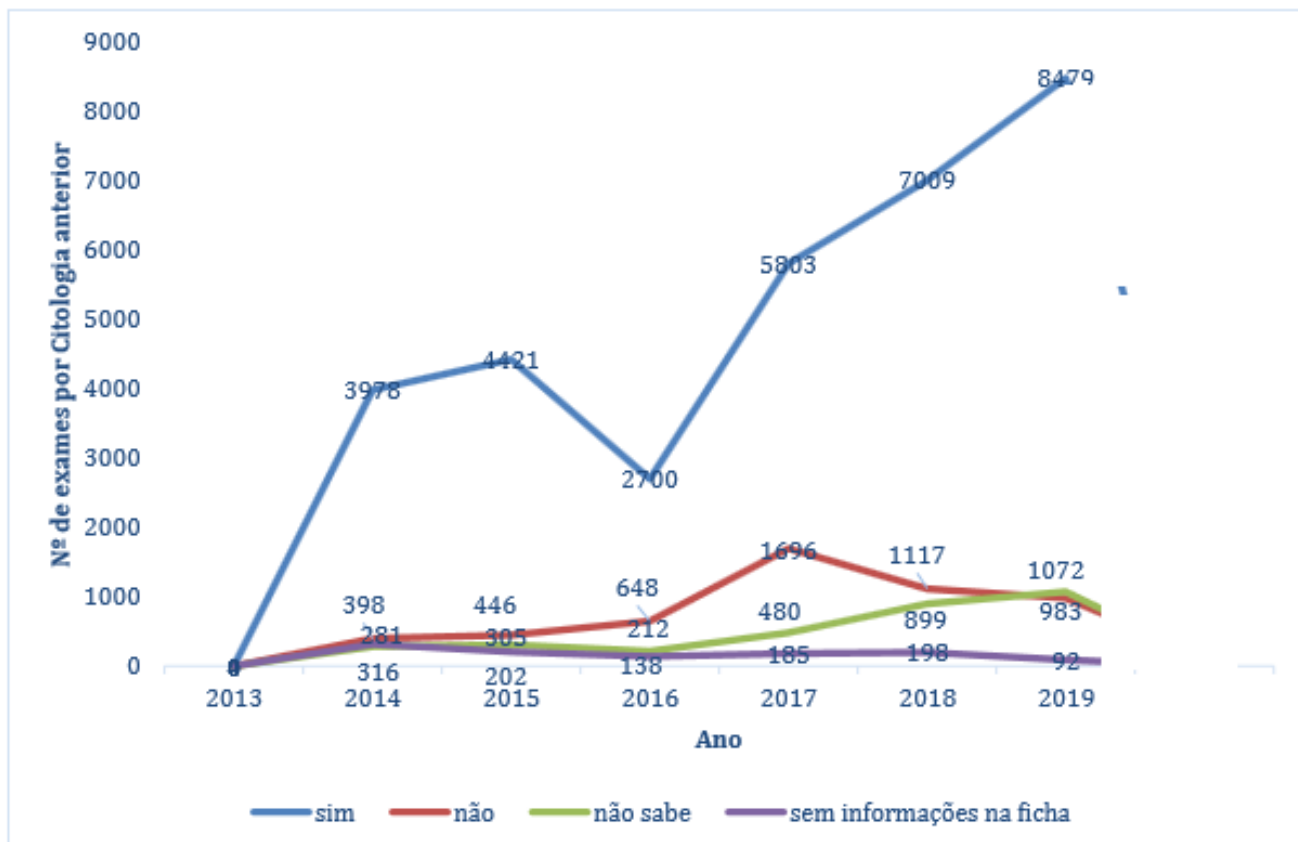
Realizando um estudo sobre câncer do colo uterino, HPV e exame do Papanicolau, com abordagem para a reflexão do conhecimento de mulheres, Lobo; Almeida; Oliveira (2018), paradoxalmente, encontraram maior percentual de realização de exame preventivo entre as mulheres com ensino fundamental completo; e o menor entre as com ensino elementar incompleto.

Nascimento et al. (2015), em relação à escolaridade, observaram, em seu estudo, que a maioria se compunha de mulheres alfabetizadas com educação formal de no mínimo o ensino fundamental completo. Dessas, uma tinha cursado o ensino fundamental completo, cinco, o ensino médio incompleto, 15 cursaram o ensino médio completo e cinco o ensino superior incompleto. Dentre as remanescentes, 10 tinham ensino fundamental incompleto e uma era analfabeta.

Sabe-se que mulheres com maior tempo formal de educação cuidam melhor de sua saúde e de seus familiares, procurando mais os serviços de saúde e aumentando positivamente os indicadores de saúde.

No que concerne ao número de exames realizados por citologia anterior, verificou-se que a maioria das mulheres fez esse tipo de realização por seguimento, o que somou 33.404 notificações, informação que pode ser verificada no gráfico 2 abaixo

Gráfico 2: Número de exames por citologia anterior em Paulista-PE entre 2013-2019.

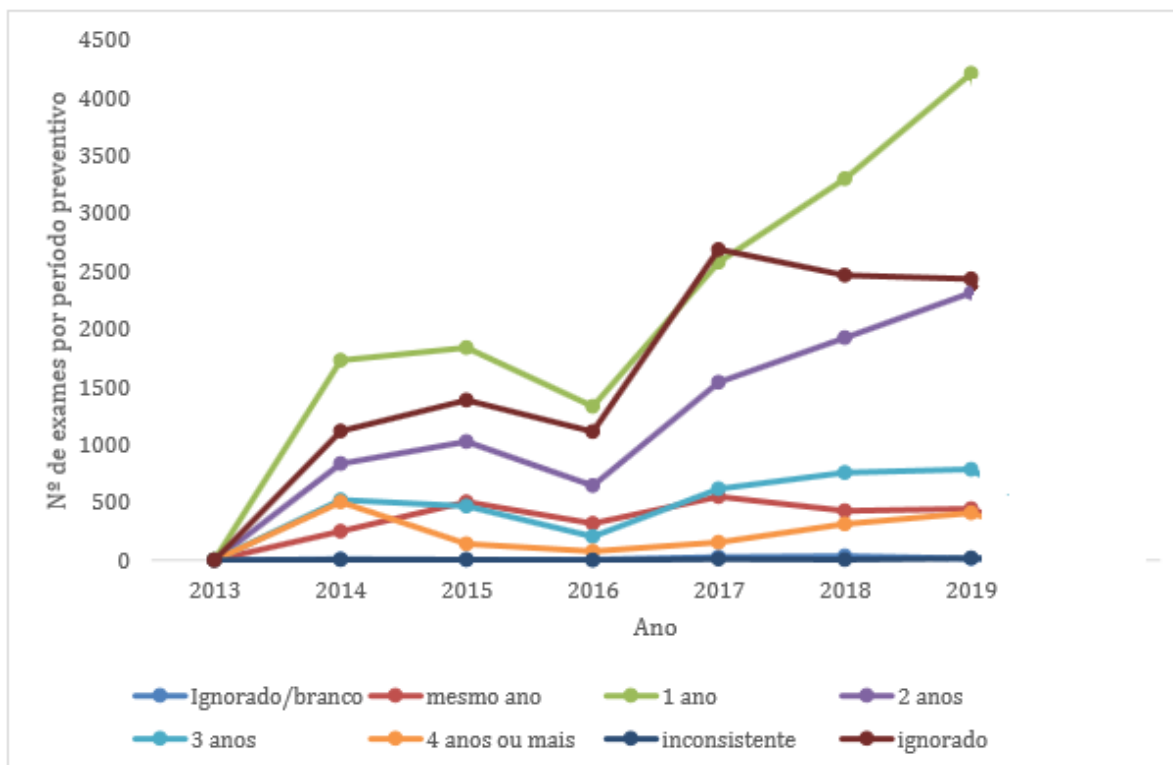


Fonte: Autora, 2021

Apenas um estudo mencionou resultados a respeito de exames de citologia anteriores, abordando a prevalência de lesões pré-cancerígenas no colo uterino diagnosticada em uma unidade laboratorial. Nesse estudo, Júnior; Vasconcelos; Oliveira et al. (2020), declararam que durante o exame foi produzida uma anamnese em todas as pacientes que o realizaram, como o motivo do exame preventivo, se fez exame preventivo no último ano, se usou dispositivo intrauterino (DIU), se já fez tratamento com radioterapia, se informou a data da última menstruação (DUM), se faz uso de pílula anticoncepcional e se tem ou teve algum sangramento após a relação sexual.

Em relação ao número de exames realizados por período preventivo, prevaleceu neste estudo aqueles realizado dentro do intervalo de um ano, com 15.383 exames, seguidos daqueles realizados dentro de dois anos, com 8.648 exames, como se pode evidenciar no gráfico 3 abaixo.

Gráfico 3: Número de exames realizados por período em Paulista-PE entre 2013-2019



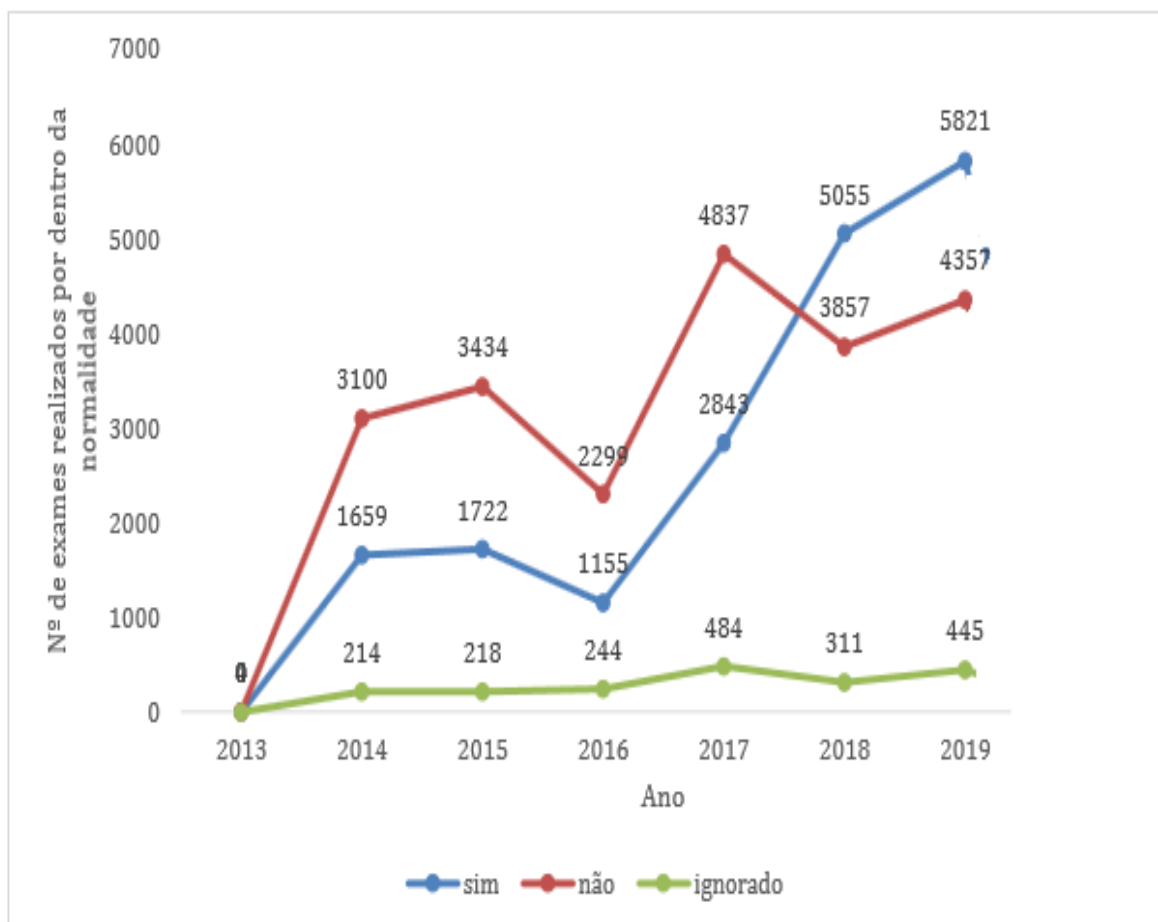
Fonte: Autora, 2021

Rastreando o câncer do colo do útero em um município do sudoeste do Paraná, Ribeiro; Skonieczny; Bortoli et al. (2020), também observaram uma prevalência na periodicidade de realização do exame dentro dos intervalos de um ou dois anos.

Um modelo de rastreamento organizado contempla também seguir a periodicidade do exame preconizado. Nos estudos citados e neste, evidenciou-se índices elevados de intervalos de um e dois anos entre os exames.

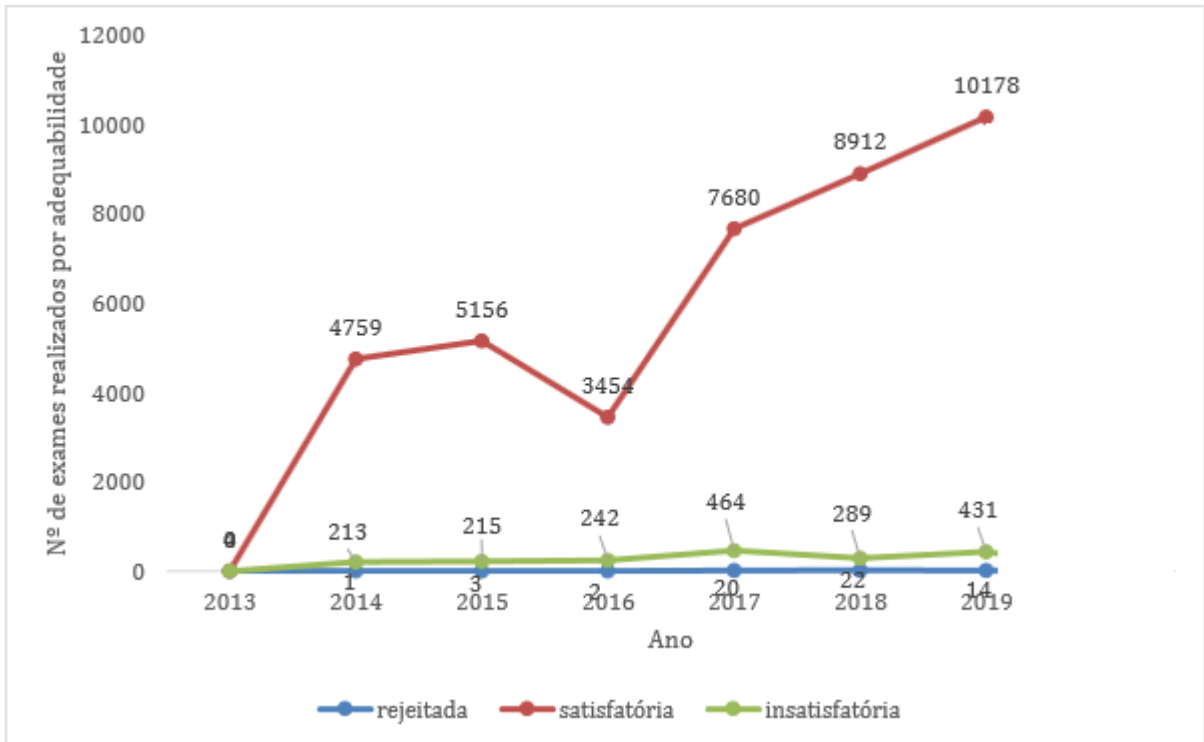
No que diz respeito aos exames de Papanicolau realizados com resultados dentro da normalidade, verificou-se que a maior prevalência foi de exames fora da normalidade, com 22.700 casos. Já em relação à adequabilidade das amostras coletadas na realização do exame, evidenciou-se predominância de amostras satisfatórias para análise, com 41.382 casos. Ambos os resultados podem ser visualizados nos gráficos 4 e 5, respectivamente.

4: Número de exames realizados por dentro da normalidade em Paulista-PE, entre 2013-2019



Fonte: Autora,2021

Gráfico 5: Número de exames realizados por adequabilidade em Paulista-PE, entre 2013-2019



Fonte: Autora,2021

Levando-se em consideração que o padrão de normalidade também pode ser alicerçado pela análise microbiológica, o estudo de Júnior; Vasconcelos; Oliveira et al. (2020) publicou que, dos laudos analisados quanto à microbiologia, em diversos casos observaram-se dois elementos microbiológicos, sendo os Cocos (23) que apresentaram maior ocorrência e geralmente se encontravam associados a *Gardnerella vaginalis* (11) e os outros Bacilos (10), . Dentre os exames não foram encontradas algumas microbiologias, como *Chlamydia trachomatis*, *Actinomyces*, *Trichomonas vaginalis*, além de nenhum efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes.

Outro fator prontamente detectado com o exame citopatológico é a microbiota vaginal. Ela é composta predominantemente por Lactobacilos, que no ambiente ácido da vagina, é um fundamental mecanismo de defesa contra a proliferação de patógenos (FREDRICH et al., 2019). Os achados microbiológicos compatíveis com Cocos e outros Bacilos são considerados normais, pois também fazem parte da flora vaginal e podem

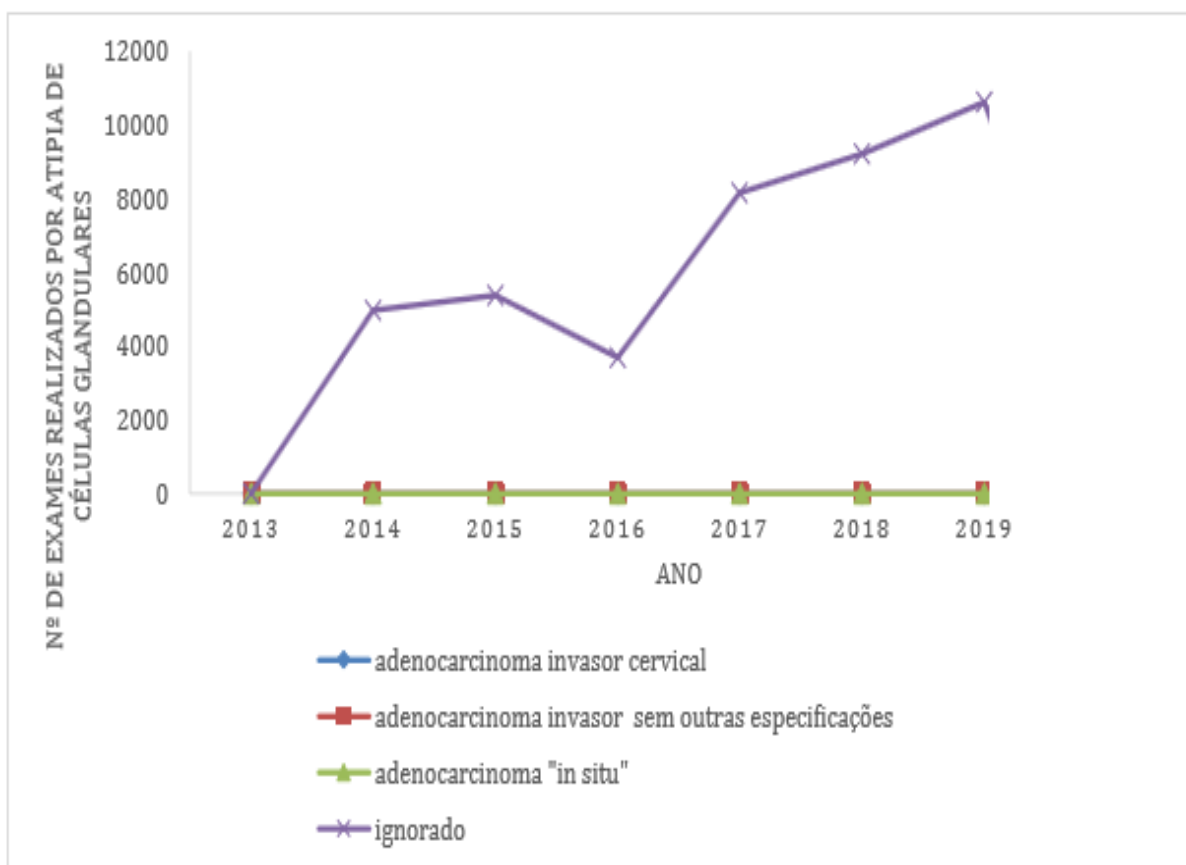
existir em 50% das mulheres sem necessariamente causar infecção (LINHARES et al., 2010).

Referente à adequabilidade da amostra, o estudo de Ribeiro; Skonieczny; Bortoli et al. (2020), o período pesquisado revelou que apenas duas amostras no ano de 2019 foram rejeitadas, ambas na faixa etária de 25 a 64 anos. Os números de amostras insatisfatórias são relativamente pequenos, prevalecendo a maioria das amostras classificadas como satisfatórias, correspondendo a mais de 99% do total de exames realizados.

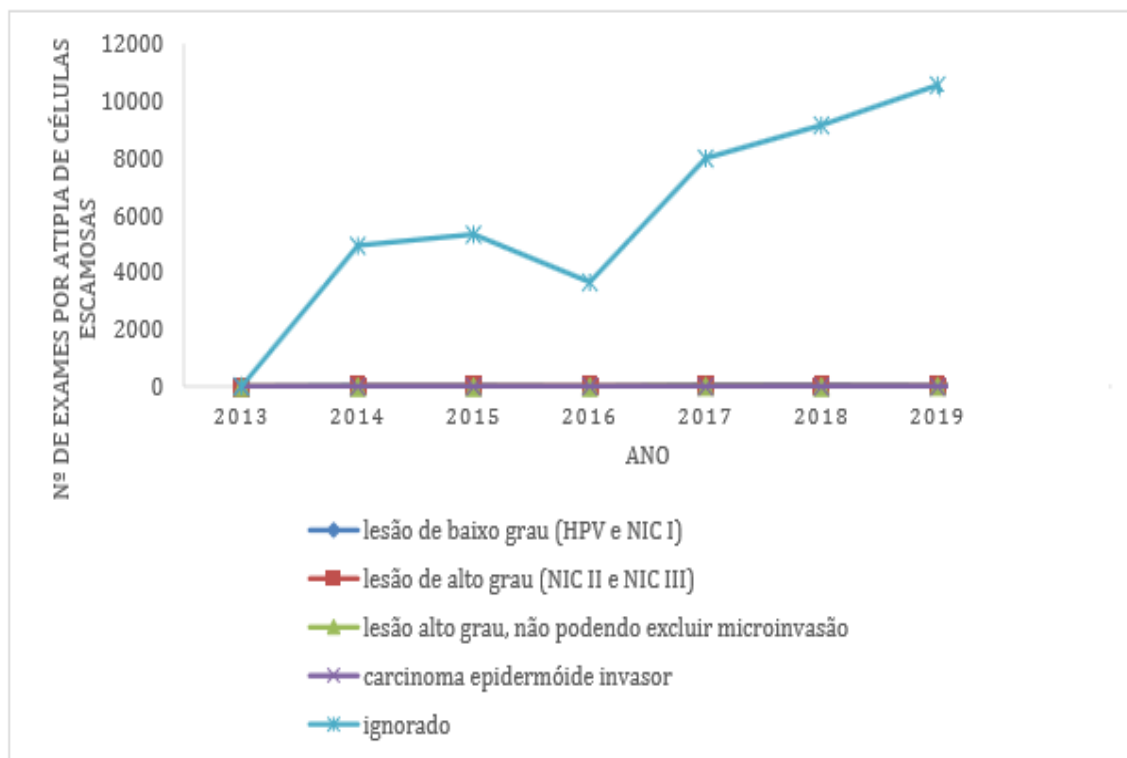
Uma amostra é considerada satisfatória quando apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, permitindo que em sua observação seja possível emitir uma conclusão diagnóstica. Pode ser considerada insatisfatória a amostra que em sua leitura e avaliação seja prejudicada por algumas situações, como material acelular ou hipocelular ou prejudicada pela presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou acentuada superposição celular. Nestes casos, o exame deverá ser repetido em seis a doze semanas, com a correção prévia do problema, quando possível (INCA, 2016).

Por fim, no que concerne ao número de exames de células tanto escamosas quanto glandulares, neste estudo foi constatado preponderância de lesões de baixo grau (HPV e NIC I), com 224 exames; e de adenocarcinomas invasores cervicais, com 3 exames; respectivamente. Os gráficos 6 e 7 trazem essa representatividade

Gráfico 6: Número de exames por atipia de células escamosas em Paulista-PE



Fonte: Autora,2021

Gráfico 7: Número de exames por atipia de células glandulares em Paulista-PE

Fonte: Autora, 2021

O preenchimento do formulário de requisição dos exames é uma das partes fundamentais durante a consulta ginecológica, por descrever dados essenciais das usuárias, de modo que podem ocorrer erros durante o seu preenchimento. Sendo observado que após um treinamento e educação permanente dos profissionais de saúde, foi verificado maior entendimento nas interpretações dos exames, qualidade na coleta do preventivo e melhora no rastreamento, pois sua correta identificação auxilia o controle dos casos (AMARAL et al., 2014).

Diversos autores relacionaram esse estudo ao fato de que para um melhor acompanhamento, o registro das consultas ginecológicas e dos preventivos realizados se faz necessário para melhor acompanhar os dados das usuárias, onde o mesmo deve ser renovado com regularidade. As ações de rastreamento dependem do diagnóstico

precoce em mulheres que apresentem sinais ou modificações no exame. Compete ao profissional, o encaminhamento da usuária em ocorrência do exame ser sugestivo de câncer cervical, para um serviço de referência de modo a dar continuidade ao seu tratamento, buscando estar preparado para dar suporte, encaminhado para apoio psicológico e cuidados paliativos e atendimentos conforme o MS (SANTOS et al., 2019).

Júnior; Vasconcelos; Oliveira et al. (2020), apresentaram resultados semelhantes em seu estudo, ao divulgarem que dentre todos os resultados de exames analisados em sua amostra, verificou-se a presença de alterações epiteliais em 35 laudos, (34 foram Lesões Intraepiteliais escamosas de baixo grau e uma paciente apresentou Lesão Intra-epitelial escamosa de alto grau).

A história do câncer de colo de útero mostrou que neoplasia intra-epitelial cervical (NIC 1), ocorrem em região anatômica de fácil acesso, possibilitando o diagnóstico precoce. Entretanto, a persistência da infecção pelo HPV pode provocar o desenvolvimento de uma Displasia Acentuada ou Carcinoma “in situ” (NIC 3), a lesão precursora do câncer. Estima-se que o tempo de infecção até o surgimento de NIC 3 oscile entre um à dez anos (OKAMOTO et al., 2016)

Com o avanço dessa área médica, da última metade do século XX, tratamentos permitiram que com mínimo invasivo e de pequena repercussão clínica, é possível tratar as NIC com probabilidade de cura de 90% (SARIAN et al., 2010).

As lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL) possuem um índice elevado. O que ocasiona um processo consecutivo para o aparecimento de HSIL, outro fator preocupante é o alto valor encontrado na faixa etária dos 15 a 25 anos de idade (42,86%). Já as pacientes com idades superiores a 37 anos, tiveram um índice mais baixo de LSIL (JÚNIOR; VASCONCELOS; OLIVEIRA et al., 2020)

Para definirmos uma cobertura e planejar ações de prevenção, rastreamento e tratamento de mulheres é necessário realize o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos

exames insatisfatórios no caso do colo do útero (BRASIL, 2013). A busca ativa de mulheres que possuem alterações em exames ou que realizaram exames com um intervalo de tempo de superior a 2 anos é imprescindível para efetivação do tratamento. Sendo necessário uma equipe de saúde da atenção básica agir de maneira mais próxima a população para então manter o êxito.

O conhecimento da situação de saúde de uma população é decisivo para a tomada de decisões relativas não apenas para o tratamento das patologias, mas principalmente para o planejamento de ações de prevenção de agravos e promoção a Saúde, buscando sempre a efetividade e resolutividade dos serviços de Saúde. Ações educativas e de sensibilização das mulheres se faz necessário para captação delas ao serviço de saúde (MORAES; JERÔNIMO, 2015)

5. CONCLUSÃO

O presente estudo analisou os resultados de exames citopatológicos do colo do útero no município de Paulista, no estado de Pernambuco.

Os objetivos específicos também foram alcançados. Houve predomínio da realização do exame, com ampla cobertura da faixa etária compreendida entre 40-44 anos de idade; da escolaridade de Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo bem como de exames realizados anualmente e, no máximo, a cada dois anos;

A maioria dos exames estavam dentro da normalidade, com amostras satisfatórias, de lesões de baixo grau quando se analisou células escamosas; e de lesões do tipo adenocarcinoma invasor cervical para células glandulares.

Muitas ainda são as lacunas a serem supridas perante ao rastreamento e alimentação dos sistemas de informação referentes ao exame do Papanicolau, pois isso implica em resultados destoantes do que se preconiza nas políticas de atenção à saúde da mulher

É possível constatar ainda, que a assistência do enfermeiro na realização do exame citológico é de grande relevância, pois o mesmo está diretamente ligado ao público alvo. Visto que sua relação é fundamental na identificação precoce do Câncer cervical e do rastreamento das mulheres nas unidades de saúde. A consulta de enfermagem é vista como fundamental pelo enfermeiro e no âmbito do SUS, como um importante instrumento para ampliar a assistência à saúde da população.

Competem ao profissional de enfermagem que seja adquirido técnicas, estudos e treinamentos para a realização do Papanicolau. A realização do exame, geralmente é indolor e prático, de maneira a coletar células do colo do útero, de forma a diagnosticar presenças de HPV e outras IST, como algumas inflamações benignas. O Ministério da Saúde preconiza mulheres que iniciaram ou já tiveram atividade sexual, especialmente de 24 a a 59 anos para a execução do preventivo.

O exame citopatológico é apontado como uma estratégia para identificar modificações na cérvix uterina, sendo capaz de diminuir de maneira considerável sua ocorrência, de forma que o enfermeiro tem por atribuição o papel na prevenção, rastreamento efetivo de mulheres com vida sexual ativa, ressaltando ao longo das consultas, esclarecimentos relevantes sobre a finalidade do exame a ser realizado regularmente, e aprimorando o bem-estar e sobrevivência, reduzindo a letalidade pelo Câncer.

Destacam-se as dificuldades mencionadas na execução do trabalho para a realização do Papanicolau, seja por estrutura física, demanda da população adscrita, materiais e a falta de informação por parte da população quanto ao exame. No entanto, é de suma importância investimentos nas UBS, pois a carência de serviços básicos comprometem a estrutura, a elaboração e a execução das intervenções nas unidades e influenciando desta forma na atividade da equipe e na assistência exercida aos usuários.

Recomendamos realização de mais estudos de coleta de dados secundários em série temporal envolvendo esta temática bem como o desenvolvimento de campanhas educativas mais frequentes pelas equipes da atenção primária em saúde do município de Paulista-PE, no que diz respeito ao esclarecimento de informações acerca do exame do Papanicolau

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Z. B. P.; TAVARES, S. B. N.; MANRIQUE, E. J. C.; SOUZA, A. C. S.; NEVES, H. C. C.; VALADARES, J. G. et al. **Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO.** Rev. Brasileira de Cancerologia, v.13, n. 2, p. 239-49, 2011.

ALVARENGA, S. R.; HIRATA, C. P.; MAGALHÃES, V. R. M.; ATAÍDE, L. N.; REZENDE, S. S.; KALIL, J. H. **Vacina contra o HPV: avaliando as contraindicações da indicação e posologia.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 395-402, 2016.

AMARAL, A. F. et al. **Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet, vol.36, n.4, p.182-187, Rio de Janeiro, abr.2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n4/0100-7203-rbgo-36-04-00182.pdf>>. Acesso em: mai., 2020.

AMARAL, M.S. et al. **Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde.** Rev. Cient.FacMais, vol.6, n., fev/mar, 2017. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-C%C3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%9ATERO-A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NAS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: fev., 2020.

ANDRADE, J. M. **Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero.** São Paulo: 2001. 18 p. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

ANJOS, S. J. S. B. et al. **Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 44, n. 4, p. 912-20, 2010.

AQUINO, R. et al. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v. 99, p. 87-93, 2012.

ARAÚJO, S. R. In: **Aspectos básicos.** Citologia Cervico-Vaginal passo a passo. 5 ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2012.

ARAUJO, S. C. F.; CAETANO, R.; BRAGA, J. U.; SILVA, J. V. C. **Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise.** Cad Saúde Pública, v. 29 Suppl: 33-44, 2013

AVELAR, J. M. P.; NICOLUSSI, A.C.; TONETI, B.F.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. **Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo.** Rev Latino-Am Enfermagem., v. 27, e3168, p. 1-9, 2019.

BARROS, D. O.; LOPES, R. L. M. **Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio**. Rev. Bras. Enferm., v. 60, n. 3, p. 295-8, 2007.

BEZERRA, S. J. S. et al. **Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por hpv quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.16, n.9, p. 78-86, 2005.

BONASSA, E. M. A. Efeitos colaterais dos antineoplásicos. In: BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**, 3ª edição – São Paulo: Editora Atheneu, p. 84-211, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mensagens aos médicos**. Câncer Fundamentos. Secretaria da Assistência Médica – Divisão Nacional do Câncer. Brasília (DF), p. 7-47, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer do Colo do Útero**. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: mai., 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Palácio do Planalto, 2011. _____ . Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva INCA- **Coordenação Geral de Ações Estratégicas**. Coordenação de Educação. ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Guia Prático sobre o HPV – Perguntas e Respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID – 19**. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIE; 2020.

BRUNNER E SUDDARTH; SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014.

CARDOSO, E. M. M. **Aspectos históricos, fisiopatológicos e preventivos da infecção por Papiloma Vírus Humano – HPV**. 2012. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2012.

CARNEIRO, C. P. F. *et al.* **O Papel do enfermeiro frente ao câncer de colo uterino**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, vol.35, e1362, Disponível em:

<<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1362/924>>. Acesso em: mar., 2020.

CARVALHO, P.G. *etal.* **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino**. Saúde Debate, v.42, n.118, p. 687-701, Rio Janeiro, jul/set, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300687&lang=pt>. Acesso em: mai., 2020.

CATAFESTA, G. *et al.* **Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. Arquivos de Ciências da Saúde**, v.22, n.1, p. 85-90, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/32/26>>

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

CARVALHO, P. G.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnósticos e início de tratamento do câncer do colo uterino. Saúde Debate, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018.

CASTRO, T. P. P. G. *et al.* **Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na faringe**. 2004. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 2004.

CHICONELA, F.V; CHIDASSICUA,J.B. **Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino**. Rev. Eletr. Enf. 2017.

Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/41334/24170>>. Acesso em: mar., 2020.

COLATINO P. L. **Hpv 16 e 18 e o desenvolvimento do câncer do colo uterino** – Recife, 2010.

COSTA, L. A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Saúde Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 249-261, 2013.

COSTA, F.K.M, *et al.* **Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero**. Revista Gestão e Saúde, vol.17 n.1, p. 55-62, 2017. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/filef125a619c4b18a99efe6fdf22874fdd6.pdf>> Acesso em: abr., 2020

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

CUNHA, R. E. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 869-78, 2002.

DEUS, R. L. **O enfermeiro frente aos Sistemas Nacionais de Informação de interesse em saúde para o desenvolvimento de suas atividades na atenção primária de saúde. 2013.** 115f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise dos dados do SISCOLO no período de 2002 a 2006. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 19, n. 3, p. 293-306, 2010.

DIAS, C. F. *etal.* **Perfil de exames citopatológicos coletados em estratégia de saúde da família**. Rev. Fun. Care Online, v. 11, n. 1, p. 192-198, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.192-198>>. Acesso em: mai., 2020.

DIZ, M. D. P. E.; MEDEIROS, R. B. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Rev. Med (São Paulo)**, v. 88, n. 1, p.7-15, 2009.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª Ed. São Caetano do Sul-SP: Difusão Editora, 2009.

FALCÃO, G. B. *et al.* Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. **Cad. Saúde Colet**, v. 22, n. 2, p. 165-72, 2014.

FARIAS, A.C.B; BARBIERI, A.R. **Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde**. Escola Anna Nery vol. 20, n.4, Rio de Janeiro, Out/Dez, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400213&lang=pt>. Acesso em: mai., 2020.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *Int J Cancer*, v. 136, n. 5, E359-86, 2015. FERNANDES, N. F. S. et al. **Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis.** *Cad. Saúde Pública*, vol.35, n.10, Rio de Janeiro, 2019.

FERREIRA, C. B. **Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama.** 2007. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FERREIRA, R. C.; FIORNI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FERREIRA, L. M. A.; VICTOR, D. P.; FREITAS, T. O.; FARIAS, Z. R. M.; SANTOS, L. G. **A fisioterapia na prevenção ao covid-19 em pacientes oncológicos.** *Cadernos ESP. Ceará*, v. 14, n. 1, p. 61-67, 2020.

FIRMINO, et al., **Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais.** *Saúde (Santa Maria)*, vol. 42, n. 1, p. 49-58, Jan./Jun, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/18694/pdf>> Acesso em: mar., 2020

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 153-158, 2003.

FREITAS FILHO, L. de A. **O exame Papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras no colo de útero.** 46f. Monografia (Especialização em Citologia Clínica), Universidade Paulista, Centro de Consultoria Educacional, Recife-PE. 2011.

FREDRICH, E. K.; RENNER, J. D. P. Alterações citopatológicas em exames de Papanicolaou na cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v .55, n. 3, p. 2 4 6 - 2 5 7, 2 0 1 9.

FRIGO, L. F.; ZAMBARDA, S.O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde do Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul**, v. 16, n. 3, p.164-168, 2015.

GAGE, J. C.; KATKI, H. A.; SCHIFFMAN, M.; FETTERMAN, B.; POITRAS, N. E.; LOREY, T.; CHEUNG, L. C.; CASTLE, P. E.; KINNEY, W. K. Age-stratified 5-year risks of cervical precancer among women with enrollment and newly detected hpv infection. *International Journal of Cancer*, v. 136, p. 1665-1667, 2015.

GISMONDI, M.; AUGUSTINE, A. M.; KHOKHAR, M. T.; KHOKHAR, H. T.; TWENTYMAN, K. E.; FLOREA, I. D.; GRIGORE, M. Are Medical Students from Across the World Aware of Cervical Cancer, HPV Infection and Vaccination? A Cross-Sectional Comparative Study. *Journal of Cancer Education*, v. 4, n. 8, p. 1-7, 2020.

GUIMARÃES, R. F. **Câncer de colo do útero: abordagem teórica sobre avanços da doença, prevenção e controle**. 2019. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação) – Centro de Capacitação Educacional, Recife-PE, 2019.

GURGEL, M. M. S. **Câncer de mama: estágio no momento do diagnóstico em mulheres residentes do Recife** – Pernambuco. 2011. 40 f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

HWANG, L. Y. et al. Active squamous metaplasia of the cervical epithelium is associated with subsequent acquisition of human papillomavirus 16 infection among healthy young women. **J Infect Dis, Cambridge**, v. 206, n. 4, p.504-11, 2012.

INCA. Condutas do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Câncer do Colo de Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.46, n.4, p. 351-354, 2000.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002, 59 p.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica**. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128p.

_____. **O que é câncer?** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 2/1/21, 2011.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2012. 104p.

_____. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2016.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: Atualização 2016**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. **Diagnóstico. Serviço de Ginecologia – Rotinas Internas do INCA / Instituto Nacional de Câncer** José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/diagnostico1> Acesso em: 26/04/2021.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA. 2019.

_____. Brasil – **estimativa dos casos novos**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>. Acesso em: 10/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer do colo do útero, 2019**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 20/04/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sobre o Estado de Pernambuco. (2020)**. Disponível em: <https://dados.gov.br/organization/about/estado-depernambuco-pe>. Acesso em: 31/03/2021.

INSTITUTO ONCOGUIA. O que é imunoterapia. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-imunoterapia/7957/922/>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2021. JÚNIOR, R. B. C.; VASCONCELOS, M. H. L.; OLIVEIRA, R. L. C.; LIMA, Y. C.; BORBA, V. J. A.; BARBOSA, J. C.; BARROS, D. P. O. Prevalência de lesões précancerígenas no colo uterino diagnosticada em uma unidade laboratorial. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 5, n. 9, p. 13-30, 2020.

LOPES, V. A.S; RIBEIRO, J.M. **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura**. *Ciência Saúde Coletiva*, vol.24, n.9, p.3431-3442, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3431.pdf>>. Acesso em: mai., 2020.

JANEWAY, C.A. Imunidade mediada por células. *Imunobiologia: o sistema imune na saúde e na doença*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, 767p.

JOHASSON M. Immunology of the humam genital tract. *Current Opinion in Infectious Diseases*. v.16 n1 p.43-49, 2003

KRIKELI, M. et al. Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. **Cancer Manag Res.**, v. 3, p. 247-51, 2011.

LAMINO, D. A. **Prevalência e fatores associados à fadiga em mulheres com câncer de mama**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

LIMA, G. R. G.; MANOEL, J.B.C.; BARACAT, E. C. **Carcinoma Invasor do Colo Uterino**. In: **Ginecologia de Consultório**. 1ª Ed. p.255-262. Editora de Projetos Médicos. São Paulo SP, 2003.

LIMA, A. C. et al. DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. **REFAS- Revista FATEC Zona Sul**, v. 1, n. 3, p. 16-31, 2015.

LINHARES, I. M.; GIRALDO, P. C.; BARACAT, E. C. Novos conhecimentos sobre a flora bacteriana vaginal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 3, p. 370-374, 2010.

LOBO, L. M. G. A.; ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, F. B. M. Câncer do colo uterino, hpv e exame do Papanicolau: uma reflexão acerca dos conhecimentos das mulheres. **Recon Facema**, v. 4, n. 1, p. 889-895, 2018.

MARIN, H. de F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal Of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MARQUES, J.M, RAMOS E.S.F. **Atuação do enfermeiro frente ao exame colpocitológico**. *Rev. Educ. Meio Ambiente Saúde*, vol. 7, n.2, Abr./Jun, 2017

Disponível em: <http://faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/140/221> Acesso em: mar., 2020.

MARTINS, M. et al. Avaliação do método de Papanicolau para triagem de algumas infecções cérvico-vaginais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 39, n. 3, p. 217-21, 2007.

MARSICANO, T.G; LIMA C.B. **Conhecimento, atitudes e práticas do enfermeiro acerca do exame preventivo do câncer cervical. cervical**. *Rev. Temas em Saúde*, vol. 16, n. 2, p. 105-42. João Pessoa, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16206.pdf> Acesso em: mar.,2020.

MEDEIROS, F. A; SOUZA, G. C. A; BARBOSA, A. A. A; COSTA, I. C. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: **A Satisfação do Usuário em Foco**. 2010.

MELO, S. C. C. S.; PRATES, L.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S.; PELLOSO, S. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 30, n. 4, p. 602-608, 2009.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 1, p. 07- 18, 2010.

MENDONÇA; V. G.; GUIMARÃES, M. J. B.; LIMA FILHO, J. L.; MENDONÇA, C. G.; MARTINS, D. B. G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, L. C. A infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo do útero. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 10, p. 476-485, 2016.

MENDES, Y. L. C. et al.**Prevenção do câncer de colo uterino: analisando a atuação do enfermeiro da atenção primária à saúde**. *Sanare, Sobral*, vol.14, n.02, p.72-78, jul./dez, 2015.

Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/828/499>. Acesso em mar., 2020.

MESSIAS, A.C.C. **Prevenção do câncer do colo do útero: desafios e perspectivas para a vacinação contra o hpv na região de saúde Noroeste do estado do Rio de**

Janeiro. Acta BiomedicaBrasiliensia, vol. 9, n.02, agos, 2018. Disponível em: <<https://actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/279/221>>. Acesso em: abr., 2020.

MENEGHINI, A. C. **Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada a saúde de mulheres com câncer de mama.** 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MIRANDA, G. H. B. **Método para processamento e análise computacional de imagens histopatológicas visando apoiar o diagnóstico de câncer de colo do útero.** 2011. 113f. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

MIRANDA, H. J. F. de. **Sistemas de informação em Saúde Pública no Brasil: uma revisão de 2008 a 2012 na literatura nacional especializada.** 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado do Curso de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MOREIRA, T. R.; LIMA, A. C. S.; SANTOS, M. A.; AULER, M. E.; TURKIEWICZ, M.; CHAVES, M. A. F.; PLEWKA, J. Perfil das mulheres usuárias do SUS com lesões intraepiteliais em um município do oeste do Paraná. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR.**, v.21, n. 3, p. 181-86, 2017.

MORAES, M. N; JERÔNIMO, C.G.F. **Análise dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino.** Português/Inglês Rev. Enf. UFPE online, Recife, 9(Supl. 3):7510-5, abr., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10488/11344>> Acesso em: mai., 2020.

MOURA, R.C.M; SILVA, M.I. **Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero.** Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX. vol. 14, n.02, 2016. ISSN: 2237 – 8685. Disponível em:

<<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/853/pdf>>. Acesso em mar., 2020.

MURTA, E. F. C.; SOUZA, M. A. H.; ADAD, S. J.; ARAÚJO, J. E. Infecção pelo Papilomavírus Humano em Adolescentes: Relação com o Método Anticoncepcional, Gravidez, Fumo e Achados Citológicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 4, p. 217-221, 2001.

NASCIMENTO, G. W. C. et al. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).** Cad. Saúde Colet., v. 23, n. 3, p. 253-60, 2015.

NASCIMENTO, M. I.; RABELO, I. M. M. A.; CARDOSO, F. S. P.; MUSSE, R. N. V. Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 8, p. 381-387, 2015.

NEPOMUCENO, C. C. *et al.* **Auto preenchimento da ficha clinica no rastreamento do câncer de colo uterino: percepção da mulher.** Revista de Enfermagem do Centro

Oeste Mineiro, v. 5, n. 1, p. 1401-1410, 2015. DOI: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.825>. Acesso em: mai., 2020.

NÓBREGA, A.L. *et al.* **Importância da assistência de enfermagem para a realização do exame citopatológico: um olhar bibliográfico.** Rev. INTESA, vol. 8,

n. 2, p. 01-08. Pombal/PB, Brasil, 2014. Disponível em:

<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3175/2716>. Acesso em abr., 2020.

NUNES, T. R. C. Educação em Saúde na Atenção Básica. Coleção Gestão da Saúde Pública - v. 12, **Santa Catarina**, p. 213-230, 2011.

OKAMOTO, C. T.; FARIA, A. A. B.; SATER, A. C.; DISSENHA, B. V.; STASIEVSKI, B. S. Perfil do Conhecimento de Estudantes de uma Universidade Particular de Curitiba em relação ao HPV e Sua Prevenção. **Rev. bras. educ. med.**, v. 40, n.4, p.611-620, 2016.

OLIVEIRA, M. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; OLIVEIRA, P. P. V.; SILVA, G. A.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Cobertura de exame Papanicolau em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 21, e180014, 2018.

OLIVEIRA, E. H.; SOARES, L. F. Prevalência de vaginites infecciosas através da citologia clínica: um estudo no Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **Revista Brasileira de Análises Clínicas.** v. 39, n. 1, p. 33-5, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre câncer IARC. Publicação não-serial. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estimativas de câncer no mundo.** O Atlas do câncer. 2018.

PADILLA, L.A. Human papillomavirus vaccine: history, immunology, current status, and future prospects. *Obstetrics & Gynecology Clinics.* v.48, n.1, p226-240, 2005.

PALO, D.G. *et al.* Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior, 2ª. ed. Editora Médica e Científica Ltda, 1996, p. 23-139.

PASSOS, J. S.; DIAS, R. A. **Ações do enfermeiro na prevenção do câncer cérvico uterino. 2015.** 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade São Lucas. Porto Velho, 2015.

PENSON, R. **Esfregaço de Papanicolauanormal: técnicas de amostragem cervical. American Congress of Obstetricians and Gynecologists: cervical cancer screening.** v. 29, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Gerencia de Acompanhamento da Gestão Municipal. **Metas e resultados dos indicadores PACTO/COAP 2014.** Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2014.

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Alerta sobre importância de exames de rotina.** Pernambuco, 2020.

PINTO, A. P. Co-fatores do HPV na Oncogênese Cervical. Revista da associação de medicina brasileira. v.48 n.1, 29-38, 2001.

PORTH, C.M. **Fisiopatologia.** Guanabara Koogan, 2004.

PORTH, C.M; MAFTIN, G. **Fisiopatologia.** Guanabara Koogan, 2010.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2ª Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAASCH, M.; LOOSE, J. T. T. Atuação e Assistência da Enfermagem em Infecções Causadas por HPV em Adolescentes. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 1721, 2019.

RASIA, I. C. R. B.; ROSA, A. C. da; REDISS, A. N. A utilização dos Sistemas de Informação em uma Instituição de saúde de Pelotas/RS. **Rev.saúde.com**, v. 2, n. 8, p. 32-42, 2012.

RIBEIRO, A.; FURTADO, L.; ARANTES, N. Associação dos Agentes Microbiológicos Patogênicos e Anormalidades Citológicas nos Exames Citopatológicos Encaminhados a um Laboratório Escola de Goiânia – Goiás. **Revista EVS – Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, v. 45, n. 1, p. 115-122, 2018.

RIBEIRO, B. C.; SKONIECZNY, N. E.; BORTOLI, C. F. C.; MASSAFERA, G. L. Rastreamento do câncer de colo do útero em um município do sudoeste do Paraná. **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 41-50, 2020.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013.

ROCHA, M. D. A.etal.**Prevenção do câncer de colo de útero na consulta de enfermagem para além do Papanicolau.** Revista Cereus, vol. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2089/1593>>. Acesso em: mai., 2020.

RODRIGUES, M. P. F.; BRINGEL, A. P. V.; VIDAL, E. C. F. Alterações celulares em laudos de papanicolaou de uma estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, Recife, v. 7, n. esp, p. 6139-45, 2013.

RUFINO, J. J. S.; RODRIGUES, P. M. B.; LEITE, A. H. P. Prevalência do câncer do colo do útero na Paraíba. **Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 212-25, 2016.

SANT'ANNA, B. D. A mulher e o câncer na história. In: GIMENEZ, M. G. G. (Org.). A mulher e o câncer. **Campinas: Psy**, 1997. p.43-70.

SANTOS, J. G. C.; DIAS, J. M. G. Vacinação pública contra o papilomavirus humano no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, e-1982, 2018.

SANTOS, A. C. S.; VARELA, C. D. S. Prevenção do câncer do colo uterino. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, p. 179-188, 2015.

SANTOS, T. L. S. *et al.* **A importância do exame citopatológico na prevenção do câncer do colo uterino.** Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.16 n.29; p. 1948, 2019. Disponível em:

<<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2019a/sau/a%20importancia.pdf>> Acesso em: abr., 2020.

SANTOS, F. L. *et al.* **Exame citológico papanicolau: analisando o conhecimento de mulheres na atenção básica.** *Rev. Temas em Saúde*, vol. 17, n. 1, p. 332-52

SARIAN, L. O.; DERCHAIN, S. F. M.; BASTOS, J. F. B. Métodos diagnósticos para o rastreamento do câncer de colo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 32, n.8, p.363-367, 2010.

SARTORI, M. C. S. **Avaliação da qualidade do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO/SISCAN).** 2016. 87f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

SELLORS, J.W. *et al.* **Colposcopia e Tratamento da Neoplasia Intra-Epitelial Cervical: Manual Para Principiantes.** 2004.

SILVA, M. D. **As repercussões corporais vivenciadas pela mulher com câncer de mama decorrentes do tratamento quimioterápico: uma análise à luz da Teoria de Sister Callista Roy.** 2013. 115f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, D. S. M. *et al.* Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1163-170, 2014.

SILVA, D. M. C. **A prevenção do câncer do colo uterino no estado de Pernambuco: um estudo de série temporal.** 2016. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão-PE, 2016.

SILVA, M. L.; NUNES, J. S. S.; OLIVEIRA, K. S.; LEITE, T. A. S. Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of health Review*, v. 3, n. 4, p. 7263-7275, 2020. SANTOS, L.M; LIMA, A.K.B.S. **Câncer de colo do útero: papel do enfermeiro na prevenção e detecção precoce dessa neoplasiana atenção básica.** *Rev.Temas em Saúde* , vol. 16, n.3. João Pessoa, 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16328.pdf>> Acesso em abr., 2020.

João Pessoa, 2017. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17117.pdf>>. Acesso em: abr., 2020.

SILVEIRA, B. L. *et al.* **Câncer do colo do útero: papel do enfermeiro na estratégia e saúde da família.** *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, vol.9, n.1, p. 348-372, jan/jun 2018. Disponível em:

<<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/517/484>>

<https://doi.org/10.31072/rcf.v9i1.517>. Acesso em mai., 2020.

SOARES, M.B. O; SILVA, S.R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enf.* vol.69, n. 02, Brasília Mar/Abr, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200404>.

Acesso em: mai., 2020.

SOUSA, G.F; CAVALCANTI, D.F.M.S. **A importância do profissional da enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero na saúde da mulher: uma revisão de literatura.** *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v.14, n.2, p.1128-1135, ago./dez, 2016.

SOUZA, A. T. et al. **Exame citopatológico de câncer de colo do útero: acesso e qualidade no atendimento.** *Rev. Fun. Care (Online)*, vol.11, n.1, p.97-104, jan/mar, 2019. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6480/pdf_1>.

Acesso em: mai., 2020.

SOUZA, K.R et. al. **Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres.** *Rev. Cuid.* 2015; 6(1): 892-9.

SIMINO, G. P. R. **Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipe de saúde da família: possibilidades e desafios.** 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. v. 2.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem medicocirúrgica.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 177-182, 2010.

SOARES, M. C; MISHIMA, S. M; SILVA, R.C; RIBEIRO, C. V; MEINCKE, S. M. K; CORREA, A. C. L. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Ver. Bras. Oncologia Clínica**, v.32, n. 3, p. 502-8, 2011.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, aids e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 161p.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. **Relatório mundial do câncer 2014.** IARC: Lyon, 2014. 632p.

TSUCHIYA, C. T. et al. **O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher.** *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, vol.9, p.137-147, 2017. Disponível em: <<http://www.jbes.com.br/images/v9n1/137.pdf>>. Acesso em abr., 2020

VERDE, S. M. M. L. **Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida.** 2007. 138f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VIEIRA, R. A. C.; MAUAD, E. C.; LOURENÇO, T. S. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.66, n.4, 2013.

ZAMPIROLO, J. A.; MERLIN, J. C.; MENEZES, M. E. Prevalência de HPV de baixo e alto risco pela técnica de biologia molecular (Captura Híbrida II®). *Revista brasileira de análises clínicas*, v. 39, n. 4, p 265-268, 2007. WIRA CR. The innate immune system: gatekeeper to the female reproductive tract. *Immunology*, v.111, n.1, p13-15, 2004.

ZIMMER, A. S; ROSA, D.D. ONCOLOGIA BASEADA EM PROVAS / Oncology evidence-based - Câncer de Colo Uterino. **Rev. Bras. Oncologia Clínica**, v. 4, n. 12, p. 2731, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report**. Lyon: IARC Press, 2008.