



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

RENATA DA SILVA ALMEIDA

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO
EXAME CITOPATOLÓGICO**

ARIQUEMES-RO

2014

Renata da Silva Almeida

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO
EXAME CITOPATOLÓGICO**

Monografia apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA como requisito á obtenção do titulo de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof.^aMa Laís Ayres Seixas.

**ARIQUEMES-RO
2014**

Renata da Silva Almeida

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente FAEMA, como requisito á obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Laís Ayres Seixas.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ma. Laís Ayres Seixas.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Examinadora: Prof.^a Ma. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Examinadora: Prof^a. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 02 de Dezembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus meu refugio, minha força e inspiração, iluminou e orientou o meu caminho durante esta caminhada, com ajuda dele tive forças para chegar ao final dessa grande jornada. Foram cinco anos de muito aprendizado e muita dificuldade, mas Deus me guiou e me ajudou a quebrar todas as barreiras, enfrentar os meus medos e me deu forças pra chegar até o final.

Agradeço aos meus pais, Maria Tânia e Valdavio Almeida, que são responsáveis pelo que sou hoje, obrigado por estarem sempre me apoiando, me dando força e me encorajando para seguir em frente, vocês são o meu exemplo de vida, sempre serão meu maior porto seguro, meus heróis e simplesmente aqueles que mais amo.

Agradeço aos meus irmãos Aline, Marcos, Cássia e Leandro por fazerem parte da minha vida e por estarem sempre me apoiando e me ajudando, muito obrigado, sem a ajuda de vocês eu não chegaria aonde cheguei, amo vocês.

Agradeço a todos os meus amigos de classe, pelos momentos maravilhosos que passamos juntos vou sempre me lembrar de vocês com muito carinho, em especial quero agradecer as minhas amigas Cássia Messias e Gelsieli Ferreti, por sempre me ajudarem na hora que precisei, sempre tiveram paciência de me ajudar e me ensinar, amo vocês.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein).

RESUMO

O Câncer do colo uterino ocupa o segundo lugar na incidência mundial de neoplasias. Para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Essa patologia é causada pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano - HPV, ocorrendo alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Estas alterações das células são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso é importante a realização periódica deste exame. Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica tendo como principal objetivo de identificar quais fatores que interferem na adesão ao exame preventivo, após análise de revistas eletrônicas, artigos científicos disponível nas bases de dados online Scientific Electronic Libray Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), constatou: medo em realizar o exame preventivo, do diagnóstico, desconhecimento sobre câncer uterino, principalmente sobre a importância deste exame. O enfermeiro é o elo mais importante para incentivar essas mulheres a realizar esse exame preventivo, através de campanhas e palestras, esclarecendo suas dúvidas com objetivo de minimizar o medo das mulheres em realizar o exame.

Palavras-chaves: neoplasias uterinas, esfregaço vaginal e educação em saúde.

ABSTRACT

The Cervical cancer ranks second in the world in neoplasms. For the year 2014, in Brazil , are expected 15,590 new cases of cervical cancer , with a stimulated 15.33 cases per 100 000 women risk. This disease is caused by persistent infection with some types (oncogenic called) Human Papillomavirus - HPV , occurring cellular changes that may develop into cancer . These changes of the cells are easily discovered on Pap smear (also known as a Pap smear) , and are curable in almost all cases . Therefore it is important to periodically perform the exam. This work it is a literature review with the main objective to identify factors that influence adherence to preventive exam , which after analysis of electronic journals , scientific articles available in online databases Libray Scientific Electronic Online (SciELO) , Virtual Library Health (VHL) , Ministry of Health (MOH) and the National Cancer Institute (NCI) , found : fear of performing preventive examinations , diagnosis , unawareness of uterine cancer , especially about the importance of this exam. The nurse is the most important to encourage these women to perform this screening test, through campaigns and lectures link, clarifying their doubts in order to minimize the fear of women in the exam.

Keywords: uterine cancer, vaginal smears and health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Genitália Feminina.....	18
Figura 2 – Alteração do colo uterino.....	20
Figura 3 – Especulo Vaginal.....	25
Figura 4 – Espátula de Ayres.....	25
Figura 5 – Escova Endocervical.....	25
Figura 6 – Lâminas.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCU	Câncer de Colo Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECCU	Exame Citopatológico do Colo do Útero
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
HPV	Papilomavírus Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCC	Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL.....	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. METODOLOGIA	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 SISTEMA GENITAL FEMININO.....	15
4.2 CÂNCER CÉRVICO UTERINO.....	19
4.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO	22
4.4 EXAMES CITOPATOLÓGICO	23
4.5 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO	25
4.6 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO.....	28
4.7. PROGRAMA SAÚDE DA MULHER	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

O câncer tem sido responsável por seis milhões de mortes por ano, correspondendo a 12% das mortes mundiais. Estima-se a ocorrência de mais de dez milhões de novos casos de câncer por ano, sendo que para o ano de 2020, espera-se que haja mais de 15 milhões de casos novos (PINHO, 2005).

O câncer do colo do útero (CCU) ocupa o 2º lugar na incidência mundial de neoplasias, estando atrás, apenas do câncer de mama. Por ano, no mundo, ocorrem cerca de 235 mil mortes devido ao CCU, sendo 218 mil em países considerados pobres ou emergentes, onde ocorre quase 60% dos casos novos de câncer, ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbimortalidade entre a população feminina (PINHO, 2005).

Em 2010 a estimativa da neoplasia uterina no Brasil foi 18.430 mil novos casos por 100.000 mil habitantes. Em 2012, a incidência estimulada foi 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, este índice é maior na região norte sendo 24/100 mil e em Rondônia a incidência estimulada foi de 70 novos casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2010).

Para o ano de 2013 é estimado 17.540 novos casos da doença, sendo 4.520 casos por 100 mil habitantes nos estados do Brasil e nas capitais o risco estimado e de 1.700casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

No Brasil, observa-se que a maior parte do exame preventivo do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a uma subutilização dos Serviços e menor eficácia do programa de rastreamento, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame citopatológico (SOUZA, 2008).

O exame citopatológico é considerado a medida mais adequada para rastreamento do câncer, sendo prático e de baixo custo. Este exame consiste na coleta de amostras celulares do epitélio cervical e vaginal, possibilitando a identificação de lesões pré-neoplásicas (DAVIM et al., 2005).

Quanto á periodicidade da colpocitologia, o programa nacional de combate ao câncer do colo do útero (PNCC) recomenda que seja realizado o exame de três

anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano, considera-se que essa periodicidade deve ser adequada a cada mulher e os fatores de risco identificados por meio de anamnese criteriosa, que leve em conta também as necessidades da mulher (FERNANDES, 2007). Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, facilita a oferta e a captação das mulheres para o exame (OLIVEIRA et al., 2006).

Além das atividades comunitárias, que podem ser realizadas pela equipe de saúde da família, o enfermeiro também pode instituir grupos educativos de coleta ou de resultados da colpocitologia na unidade básica de saúde (UBS) ou na unidade de saúde da família (USF), abordando temáticas voltadas à sexualidade, higiene íntima, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), prevenção do câncer ginecológico e técnica de coleta do exame (FERNANDES, 2007).

Apesar do exame citopatológico do colo do útero (ECCU) ter sido comprovado como uma técnica efetiva e eficiente em diminuir as taxas de morbimortalidade, a sua cobertura ainda é insuficiente, devido a fatores socioeconômicos, culturais, sexuais e reprodutivos, além dos fatores relativos à assistência em saúde. Ressalta-se também que as crenças, sentimentos e atitudes em relação ao CCU e ao ECCU também influenciam como fatores na adesão da mulher ao exame citopatológico (DAVIM, 2005).

Devido ao aumento do número de casos de câncer de colo uterino, esse trabalho tem como ênfase relatar quais os fatores que interferem na adesão ao exame citopatológico, enfatizando as mulheres, sobre a importância da realização do exame citopatológico. O enfermeiro tem um papel importante na prevenção, educando para que ela tenha um comportamento preventivo, diminuindo assim o número de casos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os principais fatores que interferem na adesão ao exame citopatológico.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar a Fisiologia e Anatomia do Sistema Genital Feminino;
- Descrever sobre o Câncer Cérvico Uterino;
- Enfatizar sobre o exame Citopatológico;
- Identificar os fatores que interferem na adesão ao exame citopatológico;
- Descrever sobre o papel do enfermeiro na prevenção do câncer uterino;
- Ressaltar sobre o programa Saúde da Mulher.

3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura descritiva e exploratória, no qual conceitos foram discutidos com base em autores de referência na área, às referências utilizadas foram publicadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (*online* Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA). Também foram utilizados, livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). Foram incluídos neste estudo os artigos, e teses com dissertações em língua portuguesa, com publicações no período de 1984 a 2014. A realização do trabalho ocorreu no mês de agosto de 2013 a novembro de 2014. Os critérios de inclusão para a revisão de literatura foram todos os periódicos disponíveis nas bases de dados nacionais. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: neoplasias uterinas, esfregaço vaginal e educação em saúde. Foram encontrados 26 artigos, 3 livros, 20 manuais do MS.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SISTEMA GENITAL FEMININO

A genitália feminina é o conjunto de órgãos encarregados da reprodução na mulher. Compõe-se também de órgãos gametógenos (produtores de gametas), e órgãos gametóforos (por onde transitam os gametas), e de um órgão que vai abrigar o novo ser vivo em desenvolvimento que é chamado de útero.

Segundo Dângelo (2006) anatomicamente podemos distribuir os órgãos genitais femininos conforme mostra a figura 01:

Órgãos Genitais Externos

Monte Púbico:

É caracterizado por uma elevação mediana, anterior á sínfise púbica e constituída principalmente de tecido adiposo, apresenta pêlos espessos após a puberdade, com distribuição característica.

Grandes Lábios:

São duas pregas de tecidos adiposo e conjuntivo, cobertas por pele que formam os limites laterais da vulva. Partem do monte púbico e se dirigem para baixo, afinando-se gradativamente para posteriormente desaparecer na base do corpo perineal. Cada um tem uma superfície externa e uma interna. A superfície interna é úmida com aparência de membrana mucosa; tem glândulas sebáceas, mas não é recoberta por pêlos.

Pequenos Lábios:

São dois finos folhetos situados entre os grandes lábios; São úmidos, com numerosas glândulas sebáceas e não são recobertos por pelos. A abundância de

nervos lhe confere uma grande sensibilidade. Anteriormente se dividem em duas partes por uma pequena distância e depois se unem para formar uma prega dupla de tecido em torno do clitóris. Assim, formam para o clitóris um capuz denominado de prepúcio. Dirigem-se para baixo, onde se unem sob o introito vaginal formando um fino folheto denominado fúrcula.

Clitóris:

É uma estrutura rudimentar quando comparada ao pênis, apenas a glândula do clitóris é visível, no local onde se fundem anteriormente os lábios menores, o clitóris é uma estrutura extremamente sensível e ligada à excitação sexual feminina.

Vestíbulo Vaginal:

É a área triangular que se visualizam quando se afasta os pequenos lábios. O clitóris é o ápice deste triângulo e a fúrcula sua base. Localizam-se no vestíbulo o meato uretral, a vagina e as glândulas de Bartholin.

Introito Vaginal e Hímen:

Está na porção inferior do vestíbulo. É parcialmente coberto pelo hímen, um tecido membranoso que varia consideravelmente em espessura e tamanho para cada mulher.

Órgãos Genitais Internos;

Útero:

É um órgão muscular oco tem cerca de 8 cm de comprimento, 5 cm de largura e 3 cm de espessura, divide-se em uma porção superior denominada corpo, e uma porção inferior, cilíndrica e menor denominada cérvix ou colo. O útero varia de forma, estrutura, posição e tamanho, essas mudanças dependem da idade, do estado de plenitude, esvaziamento da bexiga urinária e da situação gestacional. O

corpo é a parte principal do útero, sendo um órgão extremamente muscular que amplia de tamanho e protege o feto no período da gestação.

Corpo:

Sua porção superior situada acima dos pontos de entrada das tubas de Falópio é denominado fundo uterino e a porção inferior, estreitada na qual o corpo encontra a cérvix é chamada istmo.

Cérvix:

Constitui a menor parte do útero medindo 2,5 a 3 cm de comprimento. Tem o formato de uma haste que se expande entre suas duas aberturas. Através do orifício interno ela se comunica com a cavidade do corpo uterino e através do orifício externo se comunica com a vagina. É formada em sua maior parte por tecido conjuntivo, mas contém algumas fibras musculares e tecido elástico. O fundo se situa acima da bexiga, e a cérvix se dirige para baixo e para trás, em direção ao sacro. A posição do útero não é completamente fixa e está facilmente sujeita a variações. Durante a gestação ele cresce em direção cefálica.

Vagina:

É um órgão de cópula feminino, a vagina é um tubo cujas paredes normalmente se tocam (isto é, estão colabadas), ela se comunica superiormente com a cavidade uterina através do óstio do útero e inferiormente abre-se no vestíbulo da vagina através do óstio. A cavidade uterina e a vagina constituem no conjunto o canal do parto, através do qual o feto passa no momento do nascimento, além de dar passagem ao feto no parto, a vagina dá passagem também mensalmente aos produtos da menstruação.

Tubas Uterinas:

São duas delgadas tubas musculares que se dirigem uma de cada lado, dos cornos da cavidade uterina para os ovários. Transportam os óvulos que romperam a

superfície do ovário para a cavidade do útero, seu comprimento varia entre 7 e 14 cm, são formadas de uma camada serosa, composta de uma capa peritoneal, uma camada muscular e uma membrana mucosa interna. As contrações rítmicas da musculatura tubária e o movimento dos cílios realizam o transporte do óvulo e dos espermatozoides nas tubas. A atividade da musculatura e da mucosa tubária sofrem alterações cíclicas em resposta as alterações hormonais do ciclo ovariano.

Ovários:

São as glândulas sexuais (gônadas) da mulher. São dois órgãos pequenos, ovais, achatados, localizados um de cada lado do útero. Cada um deles mede cerca de 4 a 5 cm de comprimento, 2 cm de largura e 1 cm de espessura e tem um peso de 2 a 5g. Esse órgão tem duas funções: a de produzir, amadurecer e expulsar os óvulos; e elaborar secreções internas ou hormônios. Devido a esta última função, os ovários estão incluídos no grupo de glândulas do corpo classificadas como endócrinas ou de secreção interna.

Sistema Genital Feminino.

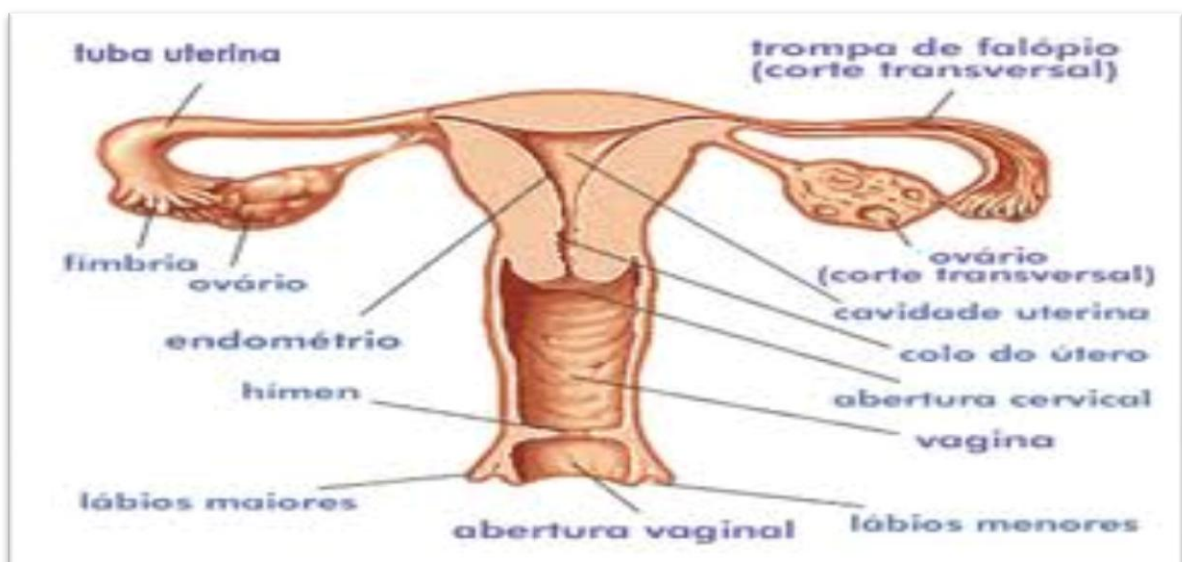


Figura 01: Sistema Genital Feminino
Fonte: Simões, 2013

4.2 CÂNCER CÉRVICO UTERINO

Câncer é uma palavra de origem latina que significa “caranguejo”, provavelmente deve ter sido empregada em analogia ao modo de crescimento infiltrante, que pode ser comparado as pernas do crustáceo, que as introduz na areia ou na lama para se fixar e dificultar a remoção(ALMEIDA et al.2005).

A neoplasia do colo do útero é caracterizada pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos) (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), tumor maligno ou câncer é a denominação utilizada para um grupo de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células, com poder infiltrativo e capacidade de produzir metástases (BRASIL, 2008).

O câncer do colo uterino é um problema de saúde pública mundial. Destas mortes, 80% ocorreriam nos países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de colo uterino representa a segunda maior causa de morte por câncer entre as mulheres (PARKIN, 2001).

A história natural do câncer cérvico uterino inicia-se a partir de uma lesão intraepitelial progressiva que pode evoluir para um câncer invasivo em um prazo de 10 a 20 anos, quando não há tratamento. Neste período de evolução, a doença passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o que pode aumentar o índice de prevenção e de cura. Corresponde aproximadamente a 15% de todos os cânceres femininos. O câncer cérvico uterino esta associado a grupos femininos com prevenção, diagnóstico e tratamento precoce tanto da doença quanto de suas lesões precursoras (FERNANDES, 2007).

As principais alterações associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos detectáveis facilmente pelo Papanicolau são:

Neoplasia Intra Epitelial Cervical NIC I (displasia leve): as alterações se limitam a um terço do epitélio de revestimento da cérvix. É classificada como lesão de baixo grau de malignidade. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente

60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% apresentam persistência da lesão e menos de 10% evoluem para NIC III. A conduta clínica é acompanhar a mulher e repetir a citologia em seis meses (BRASIL, 2005).

Neoplasia Intra Epitelial Cervical NICII é uma displasia moderada que atinge $\frac{3}{4}$ do epitélio pavimentoso de revestimento do colo uterino já o NIC III é uma displasia acentuada ou carcinoma que atinge toda a espessura epitelial. Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intraepitelial de alto grau apresentam maior vulnerabilidade social, nos quais ocorre maior dificuldade de acesso à confirmação diagnóstica histopatológica e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor. São lesões de alto grau de malignidade. A mulher deve ser encaminhada para colposcopia e biópsia, se necessário (BRASIL, 2005).

As alterações do colo uterino são mostradas na figura abaixo:

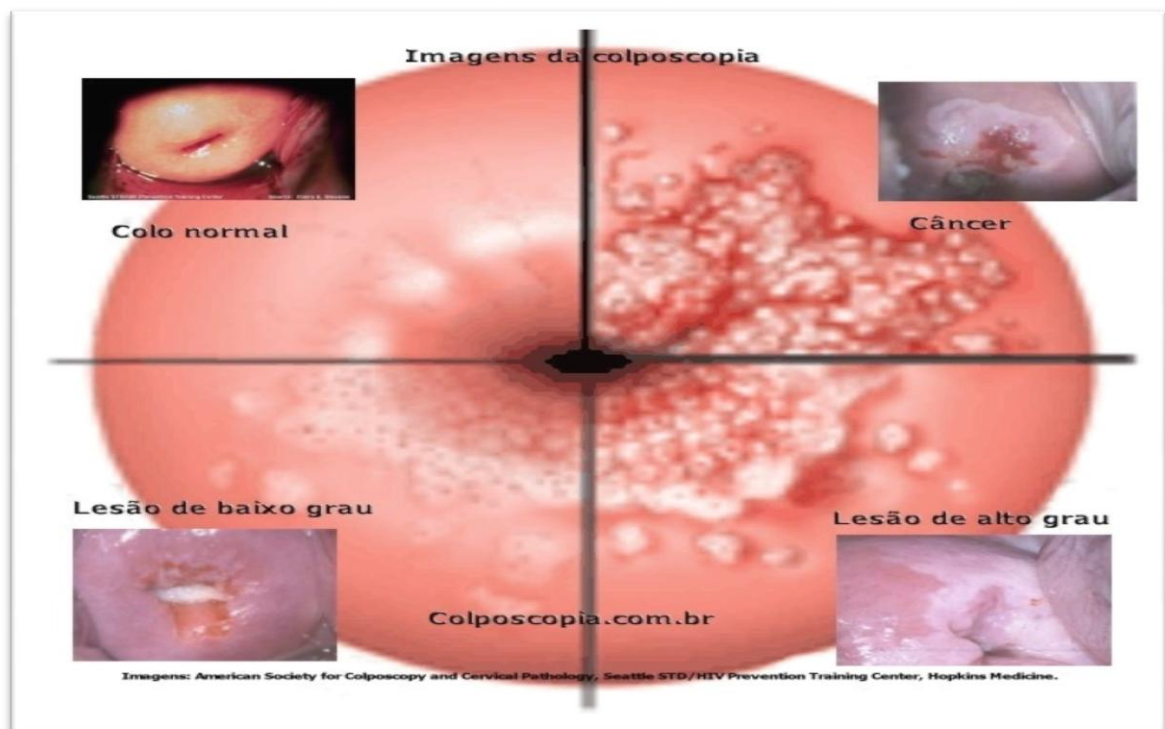


Figura 02: Alteração do colo uterino
Fonte: Hoerner, 2012

É importante ressaltar que a lesão não tem que passar obrigatoriamente por todas estas etapas para chegar ao câncer invasor (carcinoma), as lesões de alto grau são consideradas as verdadeiras precursoras do câncer, pois, na maioria dos casos, irão evoluir para carcinoma invasor do colo uterino (BRASIL, 2002).

O câncer cérvico uterino evolui de maneira assintomática, mas existem alguns sintomas que podem ser frequentes como sangramento após a relação sexual, dor pélvica e secreção vaginal de odor fétido. O odor fétido pode estar relacionado à inflamação cervical, cervicovaginite, cervicite entre outros. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o câncer de colo de útero tem seu pico de incidência entre 30 e 60 anos de idade, sendo pouco frequente abaixo dessa faixa etária. A principal estratégia a ser utilizada para prevenção do câncer cérvico uterino é o uso do preservativo, tendo assim um sexo seguro e evitar a multiplicidade de parceiros sexuais (BRASIL, 2002).

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. O tabagismo eleva o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Esse risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta, sobretudo quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce (BRASIL, 2010).

A prevenção primária é quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante o acolhimento ou na consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais frequente. Além disso, as mulheres devem ser estimuladas a manter uma atividade física regular, evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas e parar de fumar (SOUZA, 2008).

O enfermeiro deve encorajar as mulheres a definir suas condutas de saúde, ensinando-as sobre saúde e doença, oferecendo táticas de intervenções, oferecerem-lhes apoio, aconselhamento e monitoração continuada, esquematizar atividades comunitárias em ambientes que se possa ter uma socialização do conhecimento e que possibilite a integração entre profissionais e pacientes (SMELTZER; BARE, 2006).

Atualmente, a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame

citopatológico do colo uterino. Este exame foi adotado para rastreamento na década de 50 em vários países, pois identifica lesões pré-cancerosas que, se tratadas, diminuem a incidência de carcinoma invasor e, conseqüentemente, a mortalidade pelo câncer de colo uterino (PARKIN, 2001).

A consulta de enfermagem tem um importante papel na aproximação da cliente, pois é neste momento que se adquire confiança que promove a troca de informações importantes para a detecção de problemas que afetam sua saúde e a qualidade de vida. A cliente expõe sua intimidade, sinais e sintomas que podem ser identificados de doenças sexualmente transmissíveis (DST), estilo de vida a hábitos de saúde (SMELTZER; BARE, 2006).

4.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER CERVICOUTERINO

O câncer do colo uterino é o segundo tipo de neoplasia mais frequente entre as mulheres, mundialmente são diagnosticadas cerca de 500 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito, de aproximadamente, 230 mil mulheres anualmente. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos (BRASIL, 2010).

Em 2010 a estimativa da neoplasia uterina no Brasil destacou cerca de 18.430 mil novos casos por 100.000 mil habitantes. Em 2012, a incidência estimada foi 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, este índice é maior na região norte sendo 24/100 mil e em Rondônia a incidência foi de 70 novos casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2010).

Em 2013 a taxa de incidência destacou 17.540 novos casos desta neoplasia, sendo 4.520 casos por 100 mil habitantes nos estados do Brasil e nas capitais o risco estimado foram de 1.700 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Em Rondônia a taxa estimada é de 14,55% de casos novos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014).

4.4 EXAMES CITOPATOLÓGICO

Dentre os métodos que podem ser utilizados na prevenção secundária ou na detecção precoce do câncer cérvico uterino, o exame citopatológico é o mais empregado e consiste na análise laboratorial de esfregaço que contenha células escamosas provenientes da ectocérvice, células colunares da endocérvice e células metaplásticas e escamosas da zona de transformação, área que faz transição entre os dois epitélios do colo uterino, na qual se encontra a junção escamo-colunar (JEC), local mais suscetível a fatores oncogênicos que podem transformar essas células em neoplasia (FERNANDES, 2007).

É um exame de baixo custo, indolor e fácil de ser realizado, o diagnóstico sempre necessita ser confirmado pelo exame histopatológico, devido à alta sensibilidade o resultado dos exames complementares pode ser contrário à citopatologia positiva. Além disso, a colpocitologia tem especificidade alta, o que traduz confiabilidade aos resultados negativos.

Para realizar o exame citopatológico o primeiro passo é o preenchimento adequado do formulário de requisição do exame com letra legível e com todas as informações referentes aos dados pessoais e da unidade de saúde corretos. Preencher corretamente todos os dados da ficha de requisição é essencial para uma correta interpretação do material coletado e para a busca das mulheres com alterações citopatológicas que não compareceram para pegar o seu resultado de exame ou faltavam em alguma etapa de seu tratamento. Muitas mulheres não retornam à Unidade de Saúde para conhecer o resultado de seu exame, devido a essa ausência deve-se marcar uma data para retorno da busca de seu resultado (BRASIL, 2002).

A coleta é realizada com a paciente em posição posterior e ginecológica, com introdução do speculo vaginal, facilitando assim a visualização do colo uterino, com a extremidade ondulada da espátula de Ayres, raspa-se a ectocérvice em um movimento rotacional de 360 graus. O mesmo procedimento é realizado com a escovação endocervical, coletando o material da endocérvice. Este material coletado é depositado em uma lâmina identificada e imediatamente fixado com um spray fixador para possível leitura pelo citologista. O conteúdo do esfregaço deve ser o mais representativo possível das células cervicais, havendo assim uma necessidade de orientar previamente a mulher para que ela não esteja em período menstrual, não

tenha relações sexuais, não utilize cremes e nem faça duchas vaginais nas 48 horas que antecedem o exame (BARROSA; GOMES; ANDRADE, 2011).

Os materiais utilizados na coleta do exame citopatológico são demonstrados nas figuras abaixo:



Figura 03: Especulo Vaginal
Fonte: Ribas, 2013

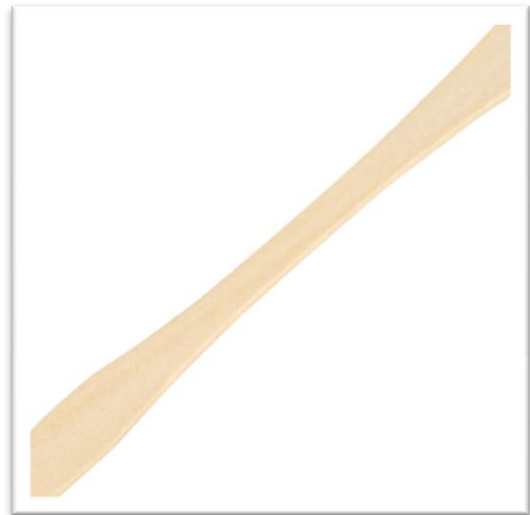


Figura 04: Espátula de Ayres
Fonte: Ginecenter, 2012



Figura 05: Escova Endocervical
Fonte: Estoma, 2010

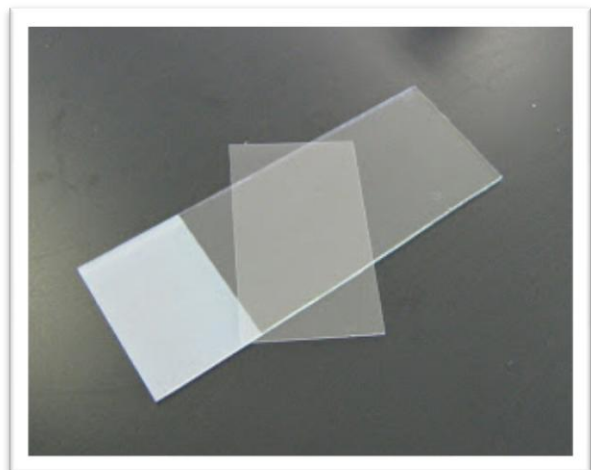


Figura 06: Lâminas
Fonte: Biomedicina, 2012

O enfermeiro precisa promover acolhimento baseado inicialmente no respeito e na valorização da mulher e, depois, na resolutividade dos problemas. Acredita-se que, assim, as mulheres se sentem seguras de receber tratamento e encaminhamento eficientes, de forma digna e respeitosa elas irão retornar efetivamente ao serviço a fim de buscar o resultado do exame (FERNANDES, 2007).

4.5 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO

As mulheres enfrentam dificuldades apresentadas na estrutura do serviço, como a insuficiência na oferta de serviços gerando demanda reprimida, desigualdades no acesso ao serviço, longas esperas no agendamento e atraso nos resultados e no tratamento, além de descontinuidade no seguimento, o que compromete a assistência, a relação entre profissionais e pacientes e a credibilidade do serviço, outro fator que contribui para a baixa adesão ao exame é a falta de humanização na assistência. A violência institucional sofrida pelas mulheres durante a consulta ginecológica pode ser traduzida pela humilhação, por constrangimento e pela forma fria e despersonalizada com que são atendidas sem serem esclarecidas quanto ao resultado do exame ou por realizarem tratamentos por vários anos sem sequer terem noção dos seus objetivos (RODRIGUES; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008).

As mulheres enfrentam muitas barreiras ao procurarem acessar os serviços básicos de saúde. Outros fatores que interferem na adesão ao exame citopatológico destacam:

1ª Desconhecimento do câncer de colo uterino, da técnica e da importância do exame preventivo:

Muitas mulheres acham desnecessária a realização do exame, isso pode estar associado à idade mais avançada e à promiscuidade, revelando um desconhecimento da relação do início da atividade sexual e realização do exame preventivo. A iniciação sexual começa cada vez mais cedo e de forma desprotegida, o que deixa as jovens vulneráveis ao HPV e outras doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando uma grande necessidade de educação em saúde. Sendo assim, a mulher com vida sexual ativa, principalmente aquelas com idade de 25 a 59 anos devem realizar o exame preventivo periodicamente. A periodicidade recomendada é a cada três anos, após a realização de dois exames seguidos, com intervalo de um ano, cujos resultados tenham sido negativos (BRASIL, 2008).

A falta de compreensão da importância da realização do exame por um segmento de mulheres constitui um desafio para os serviços de saúde, pois tem

limitado o acesso ao rastreamento do câncer de colo de útero principalmente daquelas consideradas de maior risco (PINHO, 2005).

2ª Sentimento de medo na realização do exame:

O medo para a realização do exame pode ser externado e vivenciado por cada mulher de forma ímpar, conforme a visão de mundo de cada uma. Para garantir uma assistência integral e preventiva, é importante olhar o outro sem pré-julgamentos de suas atitudes e concepções, acolhendo e propondo a prevenção na perspectiva do outro por meio de orientações que não visem somente o procedimento técnico. Isso porque o exame em si causa ameaça e medo, provocando reações na mulher, que muitas vezes podem não ser expressos na fala, mas ser evidentes pela fuga do exame. As que nunca se submeteram ao exame também fazem suas representações negativas pelas experiências de outras pessoas e têm a conduta de não realizá-lo (LOPES, 1998).

3ª Medo do diagnóstico:

Com relação ao medo do resultado, vários estudos afirmam que o medo da doença é um dos principais motivos que levam as mulheres que realizam o exame preventivo não retornarem para saber do resultado. Com relação a este achado, um estudo realizado no México também denuncia esta realidade, em que a mistificação do câncer como doença fatal desvaloriza a prevenção por meio de uma postura conformista de ter uma doença contra a qual trás conflitos psicológicos e mudanças no estilo de vida (LAZCANO, 1999).

4ª Sentimentos de vergonha e constrangimento:

A vergonha também foi sentimento expresso como fator de dificuldade para realização do exame pelas mulheres quando se estudou a percepção da população feminina sobre o exame citopatológico. A percepção do corpo feminino como vergonhoso e a idéia da “inferioridade feminina” apareceram com destaque em estudo sobre as Questões de Gênero nos Comportamentos de Prevenção do Câncer das Mulheres. As mulheres sentem-se inferiorizadas, demonstrando medo e

vergonha de se expor, principalmente para um médico. A forma como algumas mulheres se manifestaram ao terem que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas. Nesse sentido, trabalhar com a sexualidade é lidar com um tema especial, abrangente e complexo, pois, mesmo com vasta bibliografia, envolve questões não comumente abordadas com liberdade pelas pessoas (DUALY, 2007).

5ª Necessidade de modelo de comportamentos adequados à prevenção de saúde:

Apesar da prevenção ser a forma mais eficaz para evitar o câncer, a adesão dos indivíduos aos comportamentos preventivos de saúde ainda é dificultada devido aos modelos e padrões de reconhecimento e valorização de aspectos culturais que não contribuem na mudança de atitudes. A atitude de prevenção é determinada pelas crenças e percepções da mulher sobre o que é saúde, doença, exame de prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por ela, para prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde (MACIEL, 1999).

6ª Dificuldades para a realização do exame:

Há o reconhecimento por parte das autoridades e instituições responsáveis pela prevenção de doenças, de que há um contingente importante de mulheres que os programas não conseguem alcançar para realização do exame por inúmeros motivos. Estes vão desde a desinformação, medo, falta de tempo e rotina pesada de trabalho até não ter onde deixar os filhos e o desencorajamento pelo parceiro. Uma forma de alcançar o contingente de mulheres que não vai aos postos de saúde seria dar ênfase à estratégia de Saúde da Família, que já faz parte do conjunto de prioridades do Ministério da Saúde. Os fatores que influenciam a não realização do exame pode estar relacionado ao papel da mulher no cuidado com a casa e os filhos, relacionados ao dia a dia, repleto de afazeres que socialmente se veem como necessários, considerando as funções das mulheres que se somam às atividades de casa e ao papel de mãe e à condição de trabalhador fora de casa (MERIGHI; HARMANO; CAVALCANTE, 2002).

4.6 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita a mulher uma assistência de forma integral, com oportunidade na educação e orientação junto à população feminina, esclarecendo dúvidas e incentivando a realização periódica do exame, contribuindo assim para a redução do número de casos (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O enfermeiro deve realizar palestras educativas, orientações e prevenção, possibilitando uma assistência à mulher de forma integral, através da consulta de enfermagem de forma humanizada, integralizada e visitas domiciliares, explicando cada procedimento ao longo do exame Papanicolau, sendo uma excelente oportunidade para educá-la no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, para buscar espontaneamente os serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sinais e sintomas. (BARROS, 2002).

O Ministério da Saúde (2002) ressalta que a educação é uma parte essencial do tratamento, porém, ela não pode ser entendida apenas como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. A educação pode ser vista como um direito e dever do paciente, e também um dever dos responsáveis pela área da promoção da saúde. A meta é ensinar as pessoas a viverem a vida de uma maneira mais saudável, ou seja, lutar para atingir seu potencial de saúde máxima.

De acordo com Figueiredo (2004), prevenir significa atuar antecipadamente, impedir determinados desfechos indesejados, que seriam: o adoecimento, a invalidez, a cronicidade de uma doença ou a morte.

O enfermeiro tem um importante papel, pois ele está mais próximo da população, através da criação do vínculo com a comunidade, com a educação em saúde desenvolvidas nas comunidades e escolas, com a realização do exame citopatológico, dando ênfase na prevenção esclarecendo todas as dúvidas das usuárias, realizando busca ativa das mulheres faltosas através das visitas domiciliares. (BRASIL, 2010).

Algumas atribuições do enfermeiro para o controle do câncer de colo uterino são: (BRASIL, 2006).

- Realizar atenção integral às mulheres;
- Realizar consulta de enfermagem, coleta do exame citopatológico, exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo estabelecido pelo gestor municipal;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe. Orientar para que se tenha uma alimentação saudável, visto que a alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%. Orientar quanto a alimentos que são prejudiciais a saúde;
- Orientar a importância da prática de exercícios físicos;
- Orientar não fumar.

Considerando a prevenção primária o enfermeiro deve realizar atividades comunitárias em grupos educativos que permitam a discussão de temas como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), o uso do preservativo, planejamento familiar, prevenção do câncer cervical e autocuidado também fazem parte da atuação do enfermeiro. Além destas atividades comunitárias, o enfermeiro deve realizar a consulta de enfermagem avaliando a presença de fatores de risco, acompanhando e aconselhando sobre DST/AIDS antes da realização do exame citopatológico, que corresponde à prevenção secundária do câncer cervical (BARROS et al.,2009).

4.7. PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil. O referido programa sempre foi orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, propondo a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam. Ao longo de vinte anos, o PAISM

passou por avanços e retrocessos, e, na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres. (BRASIL, 2004).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social, propôs também as formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. A saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada para a relação materno-infantil para incorporar a assistência em todas as etapas da vida. O programa deu ênfase a preocupações com doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST e AIDS), além de assistência às mulheres vítimas de violência (BRASIL, 1984).

Em 2011, a presidenta Dilma Rousseff lançou o Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, estratégia para expandir a assistência oncológica no país. Atualmente, o SUS tem 277 serviços na assistência oncológica que atendem a 298 unidades hospitalares distribuídas nas 27 unidades da federação para a detecção e tratamento de câncer em todo País (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2014, ampliou o Calendário Nacional de Vacinação introduzindo a vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano (HPV) no Sistema Único de Saúde (SUS). A vacinação, juntamente com as atuais ações que rastreia o câncer do colo do útero, possibilitará, nas próximas décadas, prevenir essa doença, que representa hoje a segunda principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2011).

A vacina profilática contra o HPV foi à primeira vacina quadrivalente aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA), em janeiro de 2006, para prevenir o câncer de colo uterino e lesões genitais externas causadas pelo HPV. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a comercialização das vacinas, mas ainda não aderiu à imunização em larga escala,

na rede pública só estará disponível a vacina quadrivalente (CHELIMO; WOULDES; CAMERON; ELWOOD, 2013).

A vacina HPV é ofertada gratuitamente para adolescentes de 9 a 13 anos nas unidades básicas de saúde e em escolas públicas e privadas. No entanto, a sua implantação será gradativa. Em 2014, a população alvo da vacinação com a vacina HPV será composta por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 13 anos. Em 2015, serão vacinadas as adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 11 anos e a partir de 2016, serão vacinadas as meninas de 9 anos de idade, o esquema vacinal estendido é composto por três doses (0, 6 meses e 60 meses após a 1ª dose). O objetivo da vacinação contra HPV no Brasil é prevenir o câncer do colo do útero, refletindo na redução da incidência e da mortalidade por esta enfermidade (BRASIL, 2013).

A vacinação é uma ferramenta de prevenção primária e não substitui o rastreamento do câncer, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos de HPV, por isso deve-se fazer a coleta do exame citopatológico. Da mesma forma, a vacina não confere proteção contra outras doenças sexualmente transmissíveis e, por isso, a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais (READ; HOCKING, 2011).

Após a administração da primeira dose da vacina, ocorreram vários relatos sobre as reações adversas da vacina, com isso a população esta receosa de tomar a segunda dose. O Ministério da Saúde reforça que a vacina contra o HPV é segura e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para prevenção do câncer do colo do útero que é o terceiro tipo mais frequente na população feminina e a segunda causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Para investigar os casos de possíveis eventos adversos de qualquer vacina do calendário nacional, o Programa Nacional de Imunizações mantém o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos (BRASIL, 2013).

Desde o início da vacinação, em março de 2014, 97% dos eventos associados à vacina contra HPV foram classificados como leve, reações como dor no local de aplicação, coloração avermelhada da pele, dor de cabeça. Foram confirmados 12 casos de reações alérgicas. Apenas dois casos estão sendo avaliados pelo Comitê para saber se a causa está relacionada ou não à vacinação. No dia 4 de setembro de 2014, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo recebeu 11 notificações de possíveis eventos adversos associados à vacina HPV,

ocorrido no município de Bertioga. Destas, três adolescentes foram encaminhadas ao Hospital Guilherme Álvaro para avaliação neurológica, e os exames realizados não apresentaram nenhuma alteração. Essas pacientes continuam sendo monitoradas pelo serviço de saúde. O fenômeno já foi observado em aplicações com outras vacinas injetáveis, mas no caso desta vacina a hipótese diagnóstica tem associação com a ansiedade ao receber uma injeção (reação de ansiedade pós-vacinação) (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde não incluiu os homens na estratégia de vacinação pelo seguinte objetivo à estratégia de vacinação é reduzir casos e mortes ocasionados pelo câncer de colo uterino, a vacinação será restrita ao sexo feminino. Estudos comprovam que os meninos passam a ser protegidos indiretamente com a vacinação no grupo feminino (imunidade coletiva ou de rebanho), havendo drástica redução na transmissão de verrugas genitais entre homens após a implantação da vacina HPV como estratégia de saúde pública (BRASIL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independente do avanço das mulheres em assumir novos papéis na sociedade, contribuindo para o seu autoconhecimento da sua saúde, a palavra câncer constitui um tabu, trazendo dificuldades que interferem nas ações de saúde direcionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer do colo uterino. A partir da análise do presente estudo, pode inferir-se que os principais fatores que interferem na adesão do exame citopatológico é o desconhecimento da neoplasia do colo do uterino e da técnica do exame preventivo, medo em realizar o exame citopatológico e do diagnóstico, e vergonha por parte das clientes.

Frente a isso, este estudo visa contribuir para que a classe feminina atente-se a respeito da relevância do exame e o imprescindível trabalho desempenhado pelo profissional enfermeiro mediante suas necessidades, visando também otimizar a redução desses medos e mitos junto a essa demanda.

Torna-se importante ainda dizer que, além de contribuir para a saúde da Mulher as orientações dadas pelo enfermeiro nessa área não devem se limitar ao espaço físico das unidades onde trabalha, mas indo além, tornado-se uma realidade no que se refere à educação e saúde, o que tornará essas pacientes multiplicadoras todas as informações aprendidas para suas famílias e grupos de convivência.

Neste contexto investir em ações educativas que tragam uma prática humanizada por partes dos profissionais de saúde principalmente o enfermeiro é de suma importância. O profissional deve ser capaz de trabalhar em equipe e estar à frente das intervenções a serem realizadas. Suas idéias devem ser expostas sempre em busca da melhoria da qualidade de vida da mulher e também da valorização e reconhecimento de seu trabalho.

Essas ações configuram-se ao enfermeiro como um dos desafios enfrentados em seu dia a dia no que se refere à redução dos indicadores de saúde, diminuindo assim o coeficiente de mortalidade ocasionado por essa neoplasia e principalmente conscientizando-as quanto à prevenção e a proteção é importante, tanto individual ou coletivo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.L. Câncer e Agentes Antineoplásicos ciclo-celular específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Revista Química Nova**, v.28,n.1,p.118-129,2005. Disponível em: <file:///F:/artigo.pdf>. Acesso em 16 de Outubro de 2014.

BARROSA, M. F; GOMES KRO; ANDRADE J.X, **Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos em Teresina Piauí**, Brasil Ver. Panam. Saúde Pública, 2011 29(3): 162-8. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n3.pdf>>. Acesso em 30 de Outubro de 2013.

BARROS, S. M. O; MARIN, H. F; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002, p. 419

BARROS, K.M.; BRITO J.A.; VIANA, M.F. A; VERAS, J.M.M. F, **A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer cervical**, Fortaleza – Ceará, 2009. Disponível em:< http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00818.pdf>.Acesso em 14 de Maio de 2014.

BIOMEDICINA EM QUESTÃO. **Lamina**. 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?hl=ptBR&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1920&bih=979&q=lamina&oq> .Acesso em 05 de Novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984.Disponível em:< <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>>. Acesso em 29 de Outubro de 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer . Prevenção e Controle do Câncer: normas e recomendações do INCA.**Rev.Bras.** cancer, 2002.Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma3.pdf>. Acesso em 05 de Outubro de 2013.

_____.Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo Uterino. Manual Técnico Profissionais da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf> Acesso em 14 de Outubro de 2013.

_____. **Falando sobre o câncer de mama.** 2002. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/.../1467>> Acesso em 06 de Março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000200002&script=sci_artt_ext>. Acesso em 19 de Outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília (DF), 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso em 12 de Outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde (FOSP). **Condutas clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolaou.** São Paulo: Imprensa Oficial, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000200002&script=sci_artt_ext> Acesso em 18 de Outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: normas e manuais técnicos. Caderno de Atenção Básica n. 13.** Brasília, 2006. Disponível em: <<file:///F:/artigo.pdf>>. Acesso em 16 de Outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Alerta para o câncer de colo do útero no Rio de Janeiro.** Anais do 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer- ICCC; 2007 Nov 25-28; Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008. Acesso em 05 de Novembro de 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de 2010: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.Inca.gov.br/estimativa/2010/index>>. Acesso em 05 Novembro de 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de 2012: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.Inca.gov.br/estimativa/2012/index>>. Acesso em 05 de Outubro de 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estimativa 2010**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em 10 de Março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em 02 de Março de 2014.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2011. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/noticias/2014/Informe_Tecnico_Introducao_vacina_HPv.pdf. Acesso em 10 de Maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Outubro Rosa**. Maressa Ribeiro da Agência Saúde-ASCOM/MS, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13559/162/aceso-do-publico-prioritario-a-mamografia-cresce-37.html>>. Acesso em 12 de Outubro de 2013.

_____. INCA Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em 09 de Maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Importância da Segunda Dose da Vacina**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/ministerio-da-saude-reforca-importancia-da-segunda-dose-da-vacina>>. Acesso em 01 de Outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo de Útero**. 2013. Disponível em <<http://fundelta.com.br/webroot/doc/3482d03f3e.pdf>> Acesso em 12 de Maio de 2013.

_____. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavirus Humano. **Guia do HPV**. 2013. Disponível em :< http://www.incthpv.org.br/uplf/ckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf>. Acesso em 07 de Dezembro de 2014.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em 20 de Outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde . Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. **Guia Informativo Sobre Vacinação Contra o HPV**. Porto Alegre. 2014. Disponível em: < http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/guia_vacinacao_hpv.pdf>. Acesso em 07 de Dezembro de 2014.

CHELIMO, C; WOULDES, T. A; CAMERON, L. D; ELWOOD, J. M. J. Infect. 2013, 66, 207. [CrossRef] [PubMed]. Disponível em:< <http://cameronhclab.com/wp-content/uploads/2014/09/Cameron-CV-2014.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2013.

DANGELO, J.L.**Anatomia Humana Básica**.2 ed.São Paulo:Atheneu,2006. 178 p. Acesso em 05 de Outubro de 2013.

DAVIM RMB; TORRES G V. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2005. Acesso em 05 de Outubro de 2013.

DUALY L M; BATISTA F L R; JORGE M S B, et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso.**Rev. Cienc Saude Colet** 2007. Acesso em 11 de Outubro de 2013.

ESTOMA LIFE. **Escova Endocervical**. 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?hl=ptBR&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1920&bih=979&q=escova+endocervical>. Acesso em 05 de Novembro de 2014.

FERNANDES, R.A; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manoel, 2007.323p.Disponível em: < www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop../files_4c0e44e2ac0fd.pdf> Acesso em 10 de Outubro de 2013.

FIGUEIREDO, NÉBIA M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública – práticas de enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.Disponível em <<file:///F:/artigo.pdf>>.Acesso em 15 de Novembro de 2013.

GINECENTER. **Espátula de Ayres**. 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?hl=ptBR&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1920&bih=979&q=espatula+de+ayre>.Acesso em 05 de Novembro de 2014.

HOERNER. B J. **Preventivo**. 2012. Disponível em: <http://spacesaude.com.br/?Page_id=862>. Acesso em 05 de Novembro de 2013.

LAZCANO-PONCE EC; CASTRO R; Allen B. **Barriers to early detection of cervical uterino câncer in México.** J Womens Health ,1999. Acesso em 04 de Outubro de 2013.

LOPES RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. **Rev Enferm UERJ** 1998. Acesso em 04 de Outubro de 2013.

MACIEL AAA. **Procura por cuidado de saúde:** o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1999. Acesso em 10 de Outubro de 2013.

MERIGHI MAB; HARMANO L; CAVALCANTE LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev Esc Enferm USP**, 2002. Acesso em 09 de Outubro de 2013.

OLIVEIRA M; SILVA A. et al. Cobertura e Fatores Associados á não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>>. Acesso em 15 de Outubro de 2013.

PARKIN DM; BRAY FI; DEVESA SS. **Cancer burden in the year 2000.** The global picture. Eur J Cancer 2001. Disponível em: < periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?Script=sci_nlinks&ref...pid...>Acesso em 03 de Novembro de 2013.

PINHO AA; FRANÇA-J I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** 2005. Acesso em 20 de Outubro de 2013.

READ TRH, HOCKING JS, CHEN MY, et al. **The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme.** Sex Transm Infect 2011; 87(7): 544-547. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/noticias/2014/Informe_Tecnico_Introducao_vacina_HPV.pdf>.Acesso em 12 de Maio de 2014.

RIBAS, CARLA R. **Espéculo Vaginal.** 2013. Disponível em:<https://www.google.com.br/search?hl=ptBR&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw>. Acesso em 05 de Novembro de 2014.

RODRIGUES NETO JF; FIGUEIREDO MFS; SIQUEIRA LG. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].2008;10(3):610-21.Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>. .Acesso em 30 de Outubro de 2013.

SMELTZER, S C; BARE, B G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.3v. Acesso em 14 de Outubro de 2013.

SIMÕES ROSANA D. **Genitália Feminina**. 2013. Disponível < <http://www.unifesp.br/dgineco/labsex/coordena.htm>>. Acessado no dia: 05/11/2013.

SOUZA, ALEX. S.R. **Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino**. 2008. Disponível em: < ufr.br/procisa/index.php?option=com...view=category>. Acesso em 14 de Outubro de 2013.

TANNURE, C M, GONÇALVES, PMA. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008. Disponível em:< <file:///F:/artigo.pdf>>. Acesso em 16 de Outubro de 2013.