

**UNIVERSIDADE PAULISTA
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL**

LINDOLFO DE ALMEIDA FREITAS FILHO

**O EXAME PAPANICOLAU E O DIAGNOSTICO DAS LESÕES INVASORAS
DO COLO DE UTERO**

RECIFE
2011

LINDOLFO DE ALMEIDA FREITAS FILHO

**O EXAME PAPANICOLAU E O DIAGNOSTICO DAS LESÕES INVASORAS
DO COLO DE UTERO**

Monografia apresentada à Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional, com exigência do Curso de Pós-graduação “Lato Sensu” em Citologia Clínica.

Orientador: Prof. M Sc. Gustavo Santiago Dimech

RECIFE
2011

LINDOLFO DE ALMEIDA FREITAS FILHO

**O EXAME PAPANICOLAU E O DIAGNOSTICO DAS LESÕES INVASORAS
DO COLO DE UTERO**

Monografia para obtenção do grau de Especialista em Citologia Clínica.

Recife, 29 de Março de 2011.

EXAMINADOR:

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

DEDICATÓRIA

Este trabalho eu dedico primeiramente à Deus, aos meus pais Lindolfo e Eusymar, que sempre me incentivaram e deram total apoio na minha escolha profissional e em toda minha formação pessoal, e a todos os meus familiares que participam do meu crescimento humano e profissional. Dedico também a meus colegas de curso e agora amigos de profissão, com quem fiz grandes amizades e que somente acrescentaram em minha vida. Um muito obrigado a todos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus por me iluminar nos dias difíceis, e aos meus pais, pela formação moral, cristã e ética. A Prof. Gustavo Dimech, que me orientou na realização deste trabalho. A prof. Dr. Carlos Eduardo de Queiroz Lima que muito me ajudou na conclusão de minha pós-graduação. E por fim, mas não menos importante, aos funcionários do CCE-Cursos que sempre me deram total apoio e acreditaram em mim. Agradeço de coração a todos.

EPIGRAFE

O Farmacêutico, é produtor do bem-estar, manipulador da cura, administrador da vida. Manipula a razão e a emoção e alcança a cura. Nada é veneno e tudo é veneno, depende da dose.

Robson Moraes Almeida.

RESUMO

Câncer do colo do útero possui uma maior incidência nos países subdesenvolvidos já que nestes países os programas de prevenção e detecção deste câncer se mostra menos eficaz que nos países onde são implementados programas semelhantes. As taxas de incidência de câncer de colo uterino são geralmente altas em países onde a renda familiar apresenta-se insuficiente para suprir as necessidades básicas da maioria da população. O instituto nacional do câncer ressalta que as implantações ou implicações das atividades de diagnóstico do câncer uterino e de atividades educativas com vista à prevenção da doença por mais de uma década as ações de combate a essa doença. , não se pode esquecer de que a realização do exame Papanicolau afeta diretamente a cultura de determinadas famílias, dificultando ainda mais o acesso de mulheres ao exame. A abordagem cultural deste exame está relacionada ao medo, desconhecimento do órgão sexual feminino, passividade das mulheres frente aos homens e à correlação do exame ao ato sexual. O objetivo do trabalho foi avaliar o exame preventivo Papanicolau para o diagnóstico das lesões invasoras do colo de útero, descrevendo o colo do útero, enfatizar o câncer uterino a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais. É de suma importância que os profissionais e os serviços de saúde orientem o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo útero na população de risco.

PALAVRA-CHAVE: CÂNCER UTERINO – DIAGNÓSTICO – PREVENÇÃO.

ABSTRACT

Cervical cancer has a higher incidence in underdeveloped countries because these countries programs to prevent and detect this cancer is less efficiently than in countries where similar programs are implemented. The incidence rates of cervical cancer are generally high in countries where household income has become insufficient to meet the basic needs of the majority of the population The National Cancer Institute points out that the building or implications of the activities of diagnosis of uterine cancer and educational activities for the prevention of the disease for more than a decade's actions against this disease. Not be forgotten that the exam Pap directly affects the culture of some families, further hindering the access of women to take. A cultural approach to this examination is related to fear, ignorance of the female sexual organ, passivity of women compared to men and the correlation of the examination to the sexual act. The objective was to evaluate the preventive examination Papanicolaou for the diagnosis of invasive lesions of the cervix, describing the cervix, uterine cancer emphasize the prevention of cervical cancer must involve a series of educational activities in order to achieve Many women at risk, in addition to performing the Papanicolaou. Through prevention programs for clinical and educational information on how to prevent disease, about the advantages of early diagnosis, chances of cure, the prognosis and quality of life not only for this type of cancer, and for the TOO extremely important that professionals and health services guide what is and what is the importance of screening, since its periodical reduces mortality from cancer of the cervix uterus in the population at risk.

PASSWORD: UTERINE CANCER DIAGNOSIS, PREVENTION.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| FIGURA 01: ESTRUTURA DO ÚTERO..... | 14 |
| FIGURA 02: COLO TRANSVERSO..... | 15 |
| FIGURA 03: PARTES DO ÚTERO..... | 16 |
| FIGURA 04: COLO DO ÚTERO..... | 17 |
| FIGURA 05: ANGULAÇÃO DO ÚTERO..... | 18 |
| FIGURA 06: GLÂDULAS CERVICAIS..... | 19 |
| FIGURA 07: ENDOCÉRVICE..... | 20 |
| FIGURA 08: ECTOCÉRVICE..... | 21 |
| FIGURA 09: EPITÉLIOCOLUNAR E ESTRATIFICADO..... | 22 |
| FIGURA 10: CITOLOGIA ONCÓTICA..... | 34 |
| FIGURA 11: COLO DO ÚTERO NORMAL..... | 35 |
| FIGURA 12: COLO DO ÚTERO COM CERVICITE..... | 36 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 ÚTERO | 14 |
| 1.1 - PARTES DO ÚTERO | 15 |
| 1.2 - COLO DO UTERINO..... | 18 |
| 2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO | 23 |
| 2.1 - FATOR DE RISCO DO CÂNCER DO COLO | 24 |
| 3 PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) | 26 |
| 3.1 - DIAGNÓSTICO DO HPV | 28 |
| 4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO | 30 |
| 5 EXAME PREVENTIVO (PAPANICOLAU) | 33 |
| CONCLUSÕES | 39 |
| REFERÊNCIAS | 41 |

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero são alterações celulares onde há uma disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa. É uma doença crônico-degenerativa mais temida, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade, apresentando possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente (ROMAN; PANIS, 2010).

Ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontram em plena fase produtiva. A evolução do câncer de colo uterino, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis.

A neoplasia de colo de útero e a segunda causa de óbito por neoplasias entre as mulheres sendo a terceira mais comum incidência de neoplasia entre as estas é a quarta causa de óbitos por neoplasias na população feminina (OTTO, 2002). O Câncer do colo do útero possui uma maior incidência nos países subdesenvolvidos já que nestes países os programas de prevenção e detecção deste câncer se mostra menos eficaz que nos países onde são implementados programas semelhantes.

As taxas de incidência de câncer de colo uterino são geralmente altas em países onde a renda familiar apresenta-se insuficiente para suprir as necessidades básicas da maioria da população (BRASIL, 2006). No Brasil, existe programa de política pública que assegura a saúde da mulher principalmente contra o câncer de colo de útero assim como ações de controle dos programas de atenção integral a saúde da mulher (PAISAM) e o sistema de informação do câncer de colo de útero (FIOCRUZ, 2006).

O sistema de informações do câncer do colo de útero (Siscolo) é um programa oficial do ministério da saúde utilizada para o fornecimento de dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatológica e controle de qualidade do exame preventivo referente aos programas arquivados de câncer de útero (BRASIL, 2006). As altas taxas de morbidade e mortalidade entre a população feminina se dá por conta do câncer cérvico uterino. Este problema vem sendo alvo de atenção à saúde da mulher e está relacionadas ao perfil epidemiológico das

mulheres, à frequência dos fatores de risco e, sobretudo, ao grau de implementação de ações efetivas de curto e longo prazo em todos os níveis de atenção (INCA, 2002).

De acordo com a Soares, et al. (2008), estudos epidemiológicos tem relacionado o desenvolvimento do câncer cérvico uterino ao comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos como papiloma vírus humano (HPV). Outros fatores como tabagismo, multiplicidade de parceiro, início precoce da atividade sexual, condições de higiene e alimentação e uso de contraceptivos orais também tem sido associado ao surgimento da doença cuja incidência predomina em mulheres pertencentes a faixa etária entre 25 a 59 anos.

A mortalidade pelo câncer uterino é evitável. Essa afirmação se apóia na evolução lenta do câncer do colo do útero, consiste no desenvolvimento e na pratica de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero. São esperados 18.430 casos de câncer de colo de útero no Brasil em 2010 com risco estimado de 18 casos a cada cem mil mulheres.

O instituto nacional do câncer ressalta que as implantações ou implicações das atividades de diagnostico do câncer uterino e de atividades educativas com vista à prevenção da doença por mais de uma década as ações de combate a essa doença. De acordo com Nicolau (2005), não se pode esquecer de que a realização do exame Papanicolau afeta diretamente a cultura de determinadas famílias, dificultando ainda mais o acesso de mulheres ao exame. A abordagem cultural deste exame está relacionada ao medo, desconhecimento do órgão sexual feminino, passividade das mulheres frente aos homens e à correlação do exame ao ato sexual.

Vale ressaltar que a pratica do exame Papanicolau afeta o pessoal de cada mulher, tornando-se impreterível que haja uma educação acerca da importância deste exame (BRASIL, 2002).

A motivação em realizar esta pesquisa surgiu do momento em que estava cursando a Especialização em Citologia Clínica. Percebe-se que as mulheres ainda têm o medo ou vergonha de expor o próprio corpo para a realização do exame preventivo para evitar o câncer do colo uterino. A citologia oncótica é de suma importância para a saúde da mulher a fim de evitar problemas que acometem a

saúde das mesmas. Ao observar na literatura estudos realizados sobre o câncer uterino, surgiu o interesse de realizar um estudo bibliográfico sobre o exame Papanicolau para evitar o câncer do colo uterino.

Esta Pesquisa contribuiu com esclarecimento sobre a importância em realizar o exame preventivo, sabendo-se que, quanto mais cedo for o diagnóstico do estágio da doença, maior será a sobrevivência destas mulheres.

Este trabalho servirá também como referencial teórico para realização de novos trabalhos científicos e de reflexão para equipe multidisciplinar de saúde, estudantes e gestores, no sentido de que se repense sobre a saúde da mulher, promovendo campanhas educativas, conscientizando as mesmas, evitando assim novos casos de neoplasia de colo de útero.

A pesquisa foi do tipo exploratória descritiva e revisão bibliográfica. De acordo com Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias, fenômenos e suas causas. Na pesquisa descritiva, os fatores são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que os pesquisadores interfiram neles (MARCONI; LAKATOS, 2001). A amostra foi constituída de artigos publicados nos Saites do ano de 2000 à 2010. Os dados foram coletados via internet através de artigos nos saites scielo, Google Escholar, Biblioteca Virtual de Saúde e outros.

Assim o objetivo deste trabalho é descrever a importância da realização do exame Papanicolau na prevenção das lesões invasoras do colo de útero, assim como descrever a anatomia normal do o colo do útero e os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer uterino e destacando o HPV.

1 O ÚTERO

O útero é um órgão fibromuscular, ímpar, oco, em forma de pêra invertida, localizado no plano sagital mediano da cavidade pélvica (pelve verdadeira). Recebe as tubas uterinas na região mais abaulada (cranial) e continua-se, inferiormente, com a vagina, com a qual forma usualmente um ângulo de 90 graus. Apresenta paredes espessas, formadas principalmente por fibras musculares lisas (miométrio), sendo a parte interna revestida por mucosa (endométrio) e a externa pelo peritônio (perimétrio). Este último é extremamente delgado, de tal maneira que a sua tonalidade avermelhada é decorrente da visibilização, por transparência, de sua musculatura (DANGELO; FATTIMI, 2003).



FIGURA 01 - Estrutura do útero.
Fonte: DANGELO; FATTIMI, 2003

O útero localiza-se sobre a vagina, entre a bexiga urinária e o reto. Na mulher jovem e nulípara, o mais freqüente é o útero inclinar-se parcialmente sobre a bexiga (anteversoflexão).

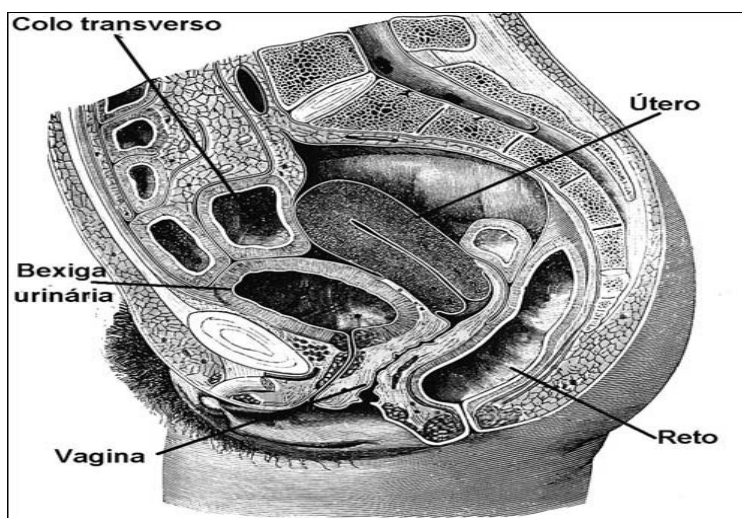


FIGURA 02 - Colo Transverso
Fonte: GERK, 2002

Além disso, o útero pode variar de forma, tamanho, localização e estrutura, de acordo com a idade, a paridade, o estado gravídico e a estimulação hormonal. Suas dimensões, na mulher adulta, variam de tal modo que o comprimento pode oscilar de 6 a 9 cm e a profundidade ou espessura, entre 2 a 3 cm. O peso do útero varia de 25 a 90 g. Durante o menacme, na nulípara, as dimensões do útero são menores e nas multíparas, podem ser maiores. Após a menopausa ocorre redução de dimensões, principalmente do corpo do útero(GEK,2002).

1.1. PARTES DO ÚTERO

Morfológica e funcionalmente podem ser identificadas três porções: o corpo do útero, que compreende os dois terços superiores do órgão e que aparece no sentido ântero-posterior; o istmo do útero, porção mais estreita, de forma cilíndrica, mais inferior; e colo do útero (também denominada de cérvix), que se une à vagina, na qual está em parte incluído. A porção intravaginal do colo do útero também é conhecida como portio vaginalis (SMELTZER;BARE,2002).

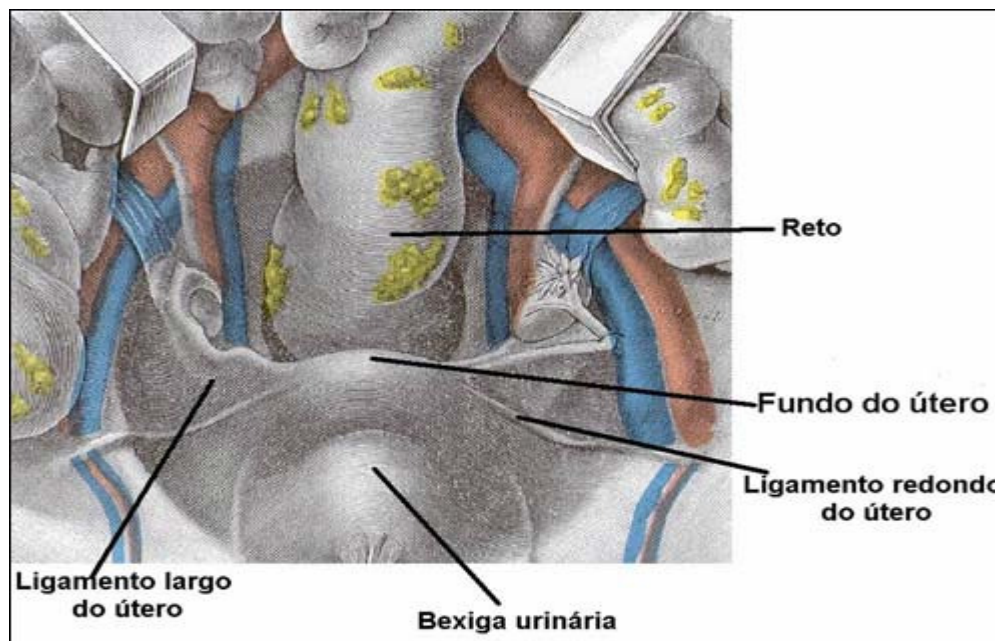


FIGURA 03 - Partes do útero,
Fonte: SMELTZER;BARE,2002

A abertura do útero na vagina é chamada de óstio do útero. A região em forma de cúpula do corpo uterino acima e entre os óstios tubários é o fundo do útero. No menacme, o corpo do útero representa dois terços de seu volume total, sendo uma estrutura eminentemente muscular. No seu centro observa-se uma cavidade achatada de frente para trás, que, em cortes frontal e longitudinal, apresenta perfil triangular, de base superior, em cujos ângulos desembocam as tubas uterinas. A cavidade uterina tem comprimento de 6 a 7 cm. Abaixo, a cavidade uterina se estreita na região do istmo e alarga-se ligeiramente junto ao colo do útero.

O corpo do útero tem uma cavidade virtual (cavidade do útero), de forma triangular, que se afunila gradualmente à medida que se aproxima do istmo. Em secção sagital dessa cavidade observa-se estreitamento dessa região em virtude das paredes uterinas anterior e posterior estarem quase em contato. Alterações traumáticas após procedimentos cirúrgicos intempestivos ou processos infecciosos podem levar a destruição da camada de revestimento dessa cavidade (endométrio), acarretando na formação de sinéquias, que são, em alguns casos, responsáveis por infertilidade ou amenorréia.

O istmo do útero, é uma porção estreita que tem cerca de 1cm ou menos de comprimento. Essa pequena região é mal delimitada e se situa entre o colo e o corpo do útero. No final da gestação, essa área tem suas dimensões

consideravelmente aumentadas, sendo denominada “segmento inferior”, e adquire importância funcional durante o trabalho de parto.

O colo do útero estende-se pósterio-inferiormente e apresenta forma cilíndrica, com comprimento variável entre 2,5 e 3cm. Em sua extremidade superior tem continuidade com o istmo do útero. A extremidade inferior, cônica, termina fazendo protrusão na porção superior da vagina (porção vaginal do colo).

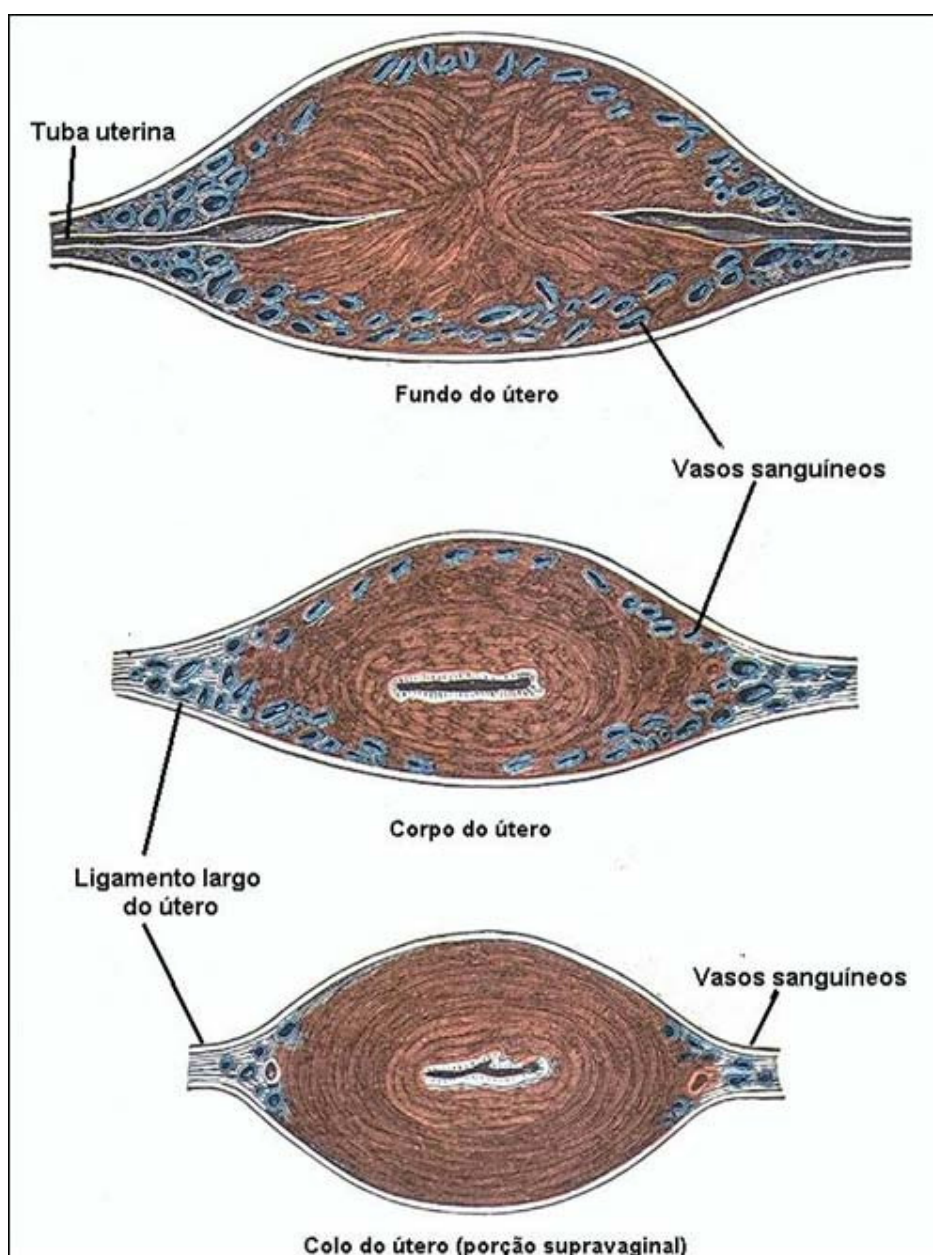


FIGURA 04 - Colo do útero,
Fonte: SELLORS, 2000

1.2 COLO DO ÚTERO

O colo é a parte inferior do útero que o conecta à vagina. O colo produz muco que durante uma relação sexual ajuda o espermatozoide a mover-se da vagina para o útero. Na menstruação, o sangue flui do útero através do colo até a vagina, de onde sai do corpo. No período de gravidez, o colo fica completamente fechado. Durante o parto, o colo se abre e o bebê passa através dele até a vagina.

Segundo SELLORS (2000), o colo uterino é uma estrutura fibromuscular revestido externamente (ectocervix) por um epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado e internamente (endocervix) por um epitélio glandular cilíndrico. A junção desses dois tecidos epiteliais é denominada junção escamo-colunar (JEC). Esta junção apresenta variações na localização dependendo do estado hormonal, gestacional, parto vaginal e trauma.

Apesar de ser uma parte do útero, as suas características anatômicas, funcionais, histológicas e patológicas tornam o colo do útero de grande importância, e alguns autores o estudam como órgão à parte que se modifica no decorrer da vida. Assim como o corpo do útero, acha-se tunelizado no centro, formando o canal do colo do útero (canal cervical), que tem forma cilíndrica e promove a comunicação da cavidade endometrial com a vaginal.

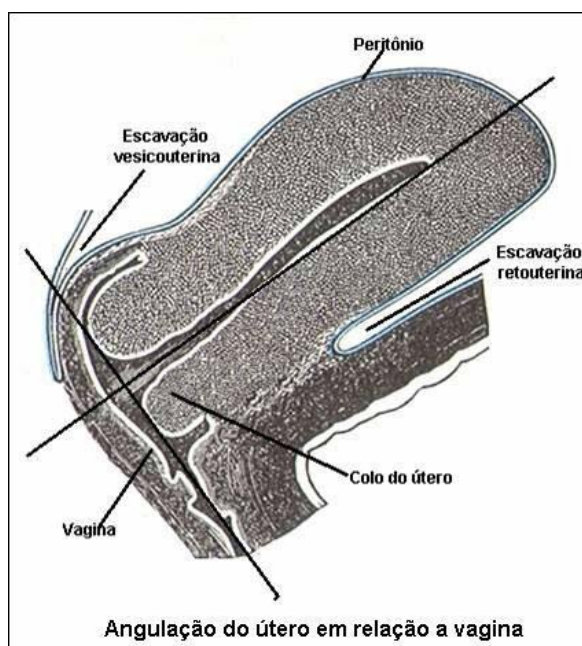


FIGURA 05 - Angulação do útero
Fonte: SMELTZER; BARE, 2002

Pela posição anatômica o colo do útero pode ser dividido em duas regiões: 1ª porção supravaginal do colo (apresenta maior quantidade de fibras musculares lisas) e 2ª porção vaginal do colo (apresenta maior concentração de tecido conjuntivo). Porção supravaginal do colo - Porção que está em comunicação com o istmo do útero e fica mergulhada no tecido pélvico subperitoneal. Nela fixa-se o retinaculum uteri e, lateralmente, a cerca de 5 cm, localiza-se o intercruzamento do ureter com a artéria uterina. Porção vaginal do colo ou portio vaginalis - É a região visibilizada durante o exame especular. O colo do útero estende-se do óstio externo ao óstio interno, sendo no seu interior percorrido pelo canal do colo do útero (cervical) que tem relevo papilar. Na parede do canal cervical encontram-se inúmeras pregas transversais e canais laterais que são ramificações dessas pregas.

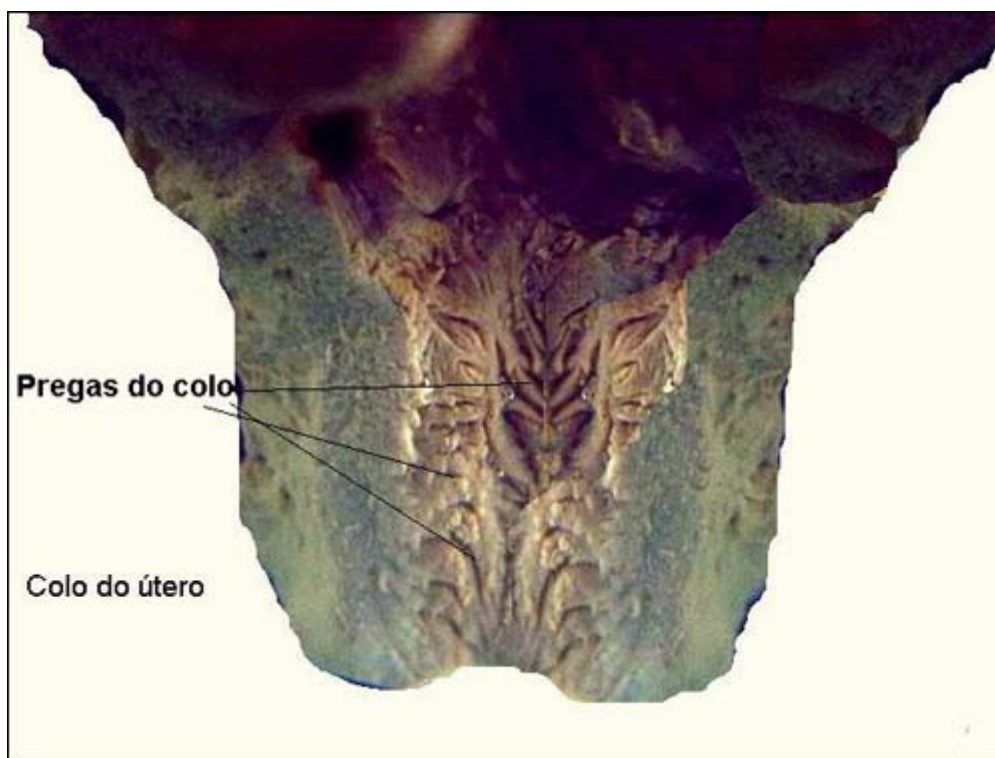


FIGURA 06 - Glândulas cervicais
Fonte: SMELTZER; BARE,2002

Esses canais laterais são erroneamente denominados “glândulas cervicais”, as quais penetram na intimidade da musculatura lisa. O revestimento do canal cervical (endocévice), assim como das pregas e suas ramificações, está constituído por epitélio simples colunar que secreta muco relativamente espesso, hialino,

viscoso, chamado muco cervical, o qual se acumula no canal e pode ser exteriorizado para a vagina (SMELTZER;BARE,2002).

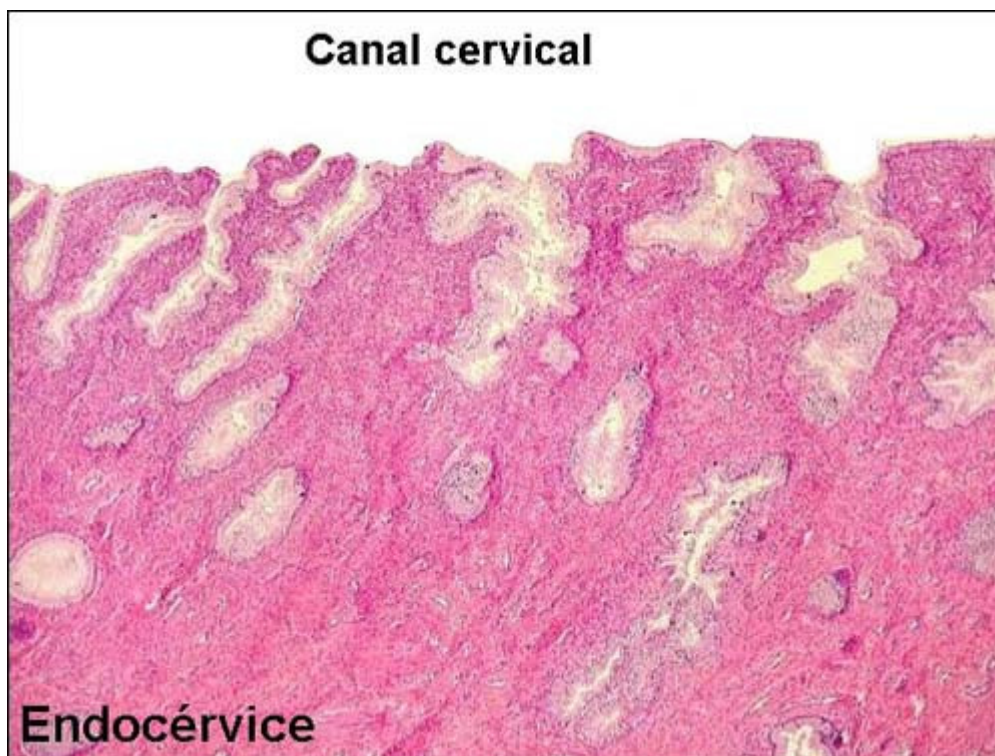


FIGURA 07 - Endocérvice
Fonte: LONGATTO FILHO,2000

A porção do colo do útero que se estende do óstio do útero (externo) ao fórnice da vagina é denominada ectocérvice e está revestida por epitélio estratificado escamoso (pavimentoso) não queratinizado.

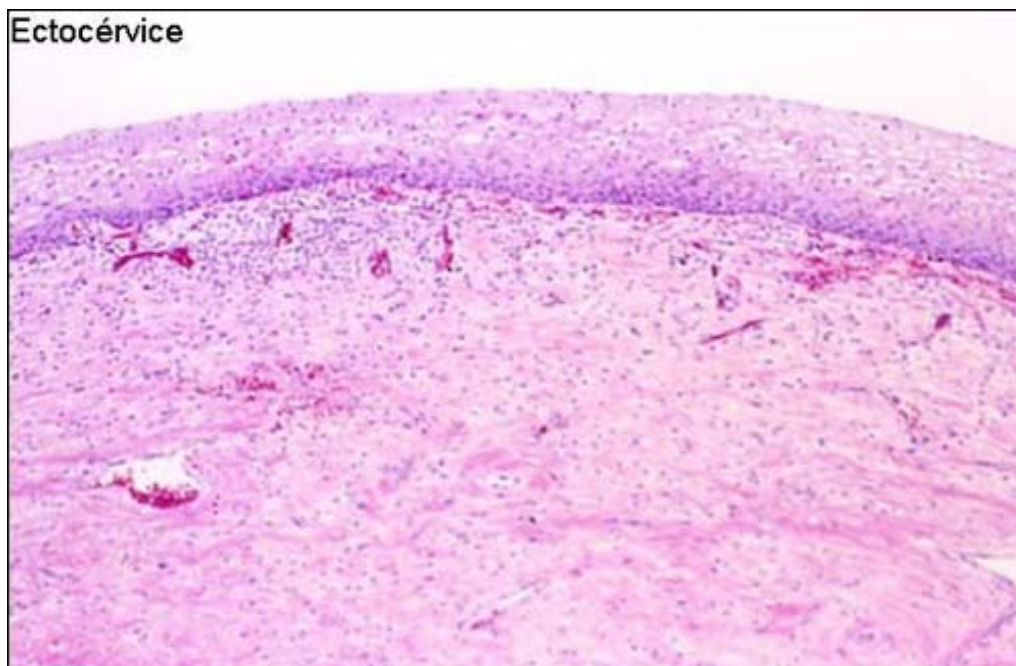


FIGURA 08: Ectocérvice
Fonte: KOSS,2006

O orifício cervical externo (óstio do útero) apresenta morfologia distinta segundo a paridade da mulher: nas nulíparas o formato é puntiforme, e nas múltiparas pode ter forma circular, ser ovulado ou de fenda transversa, conforme a ruptura decorrente do trabalho de parto. Na dependência de estímulos hormonais, endógenos ou exógenos (recém-nascida, pré-púbere, menarca, menopausa, reposição hormonal, contraceptivos orais, gravidez), os epitélios que revestem a ectocérvice, bem como a junção desses epitélios – junção escamo-colunar -, apresentam variações topográficas decorrentes do estímulo hormonal. Cabe ressaltar que ectocérvice não é sinônimo de epitélio estratificado escamoso, nem endocérvice é de epitélio simples colunar. Na maturidade sexual, é freqüente situar-se, essa junção, por fora do canal cervical, formando a eversão ou ectopia, chamada clinicamente de mácula rubra durante o exame especular. No climatério, a junção escamo-colunar se faz no interior do canal cervical.

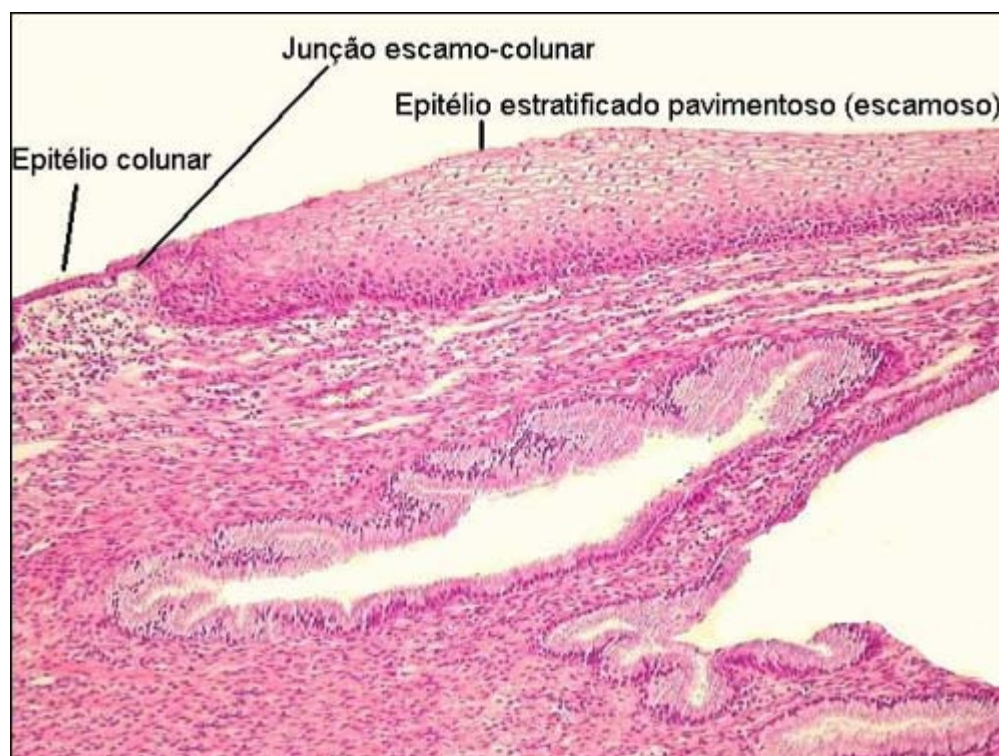


FIGURA 09: Epitélio colunar e estratificado pavimentoso
Fonte: KOSS,2006

2. O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero são alterações anormais de forma progressiva e gradativa. Inicia-se a partir de uma lesão epitelial progressiva que evolui para um câncer invasivo em um prazo de 10 a 20 anos, caso não seja oferecido tratamento. O útero é um órgão do aparelho reprodutor que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto, e é dividido em corpo e colo. Este é uma porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal (BRASIL, 2006).

Instituto Nacional de Câncer - INCA (2006), diz que o câncer do colo do útero é um tumor que apresenta um desenvolvimento lento e progressivo ao longo de muitos anos, e somente apresenta sintomas característicos quando a doença já se encontra em forma avançada. Nesta fase, uma em cada três mulheres morre da doença.

O câncer uterino é uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvix uterina, oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Isso pode ocorrer em um período que varia de 10 a 20 anos (BARROS; MARIN; ADRÃO, 2002). Durante os últimos 20anos, esse tipo de neoplasia invasiva diminuiu de 14,2 casos por 100.000 mulheres para 7,8 casos por 100.000 mulheres. Essa redução nos casos se deu devido à detecção precoce da doença por meio de exames preventivos (SMELTZER ; BARE, 2005).

Este tipo de câncer costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células da superfície do colo do útero se tornam anormais. No início, estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Porém, algumas dessas alterações ou displasias podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer de colo de útero (SILVA *et al.*, 2006).

É uma enfermidade progressiva, mas potencialmente tratável e curável. É considerada uma doença silenciosa, com tendências a se desenvolver um período de 10 a 20 anos. É um dos maiores agravos na saúde pública, atingindo mulheres de todas as idades, principalmente as de classe socioeconômicas mais baixas (SILVA, 2001).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer(INCA) (2005), se as células pré-cancerosas se transformam em células verdadeiramente tumorais e se espalham mais profundamente no colo uterino ou outros órgãos e tecidos a doença é chamada de câncer de colo uterino ou cervical (vindo da palavra *cérvix*, outro sinônimo para colo de útero). A doença apresenta de lesões precursoras que são alterações epiteliais atípicas e invasivas que atualmente são classificados em duas categorias L SIL (leve) H SIL (moderada e grave) as quais chamamos de displasias (INCA, 2006).

A mulher, ao realizar um exame preventivo, pode ainda apresentar anormalidades, mas que não são suficientes para conclusão de que realmente existe doença. Estas serão acompanhadas na unidade primária, repetindo o exame após seis meses (INCA, 2006; JÚNIOR *et al.*, 2000).

O processo saúde doença que incide na população feminina manifesta relações com a qualidade de vida de cada classe social e com o desenvolvimento regional diferenciado e reconhecido no Brasil. A política de saúde da mulher deve, portanto, ser reeditada mediante a situação epidemiológica específica de cada região do Brasil, segundo as diretrizes do SUS, para viabilizar e causar maior impacto no processo saúde doença da população feminina (ALEXANDRE, 2007).

Segundo BARBEIRO *et al.* (2009), o câncer uterino é de fácil detecção e pode ser evitado através do exame extremamente importante para que também haja a detecção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ou qualquer outro distúrbio ginecológico. Este exame baseia-se na coleta de material cérvico-uterino para todas as mulheres que são ou que foram sexualmente ativas ou maiores de 18 anos.

O câncer de colo do útero ocorre com mais frequência em mulheres entre 30 a 45 anos de idade, porém pode ocorrer mais precocemente, sendo vários os fatores de risco (SLMELTZER; BARE, 2002).

2.1. FATORES DE RISCO DO CÂNCER DO COLO

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero. Estão relacionados ao estilo de vida, fator cultural ou ambiental, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima

inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (FIOCRUZ, 2006).

Silva (2001) afirma que vários são os fatores de risco identificados para o câncer de colo de útero, sendo que alguns dos principais estão associados à multiplicidade de parceiros sexuais, único parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras, início precoce da atividade sexual, gestação em idade precoce, tabagismo, álcool e outros.

De acordo com Gomes (2008), o risco de desenvolvimento de qualquer neoplasia durante a vida está relacionado com a idade da pessoa e outro fator importante é a falta de prevenção primária em realizar o exame citopatológico, pois permite que uma lesão precursora do câncer de útero seja detectada até quinze anos antes da doença se manifestar. Este exame, além de sua eficácia, é fácil de ser empregado e de baixo custo (RAMOS, 2006).

De acordo com Smeltezer e Bare (2001), existe uma série de fatores epidemiológicos associado ao câncer cérvico-uterino dos quais a maioria é possível de prevenção e atuação dos profissionais de saúde, o que depende muitas vezes da organização de assistência, dos profissionais de saúde e da adesão das mulheres para a realização do exame. A atitude da mulher em relação à realização do exame Papanicolau é determinante para a incidência do câncer cervical.

A detecção precoce significa fazer o diagnóstico do câncer no seu estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou apresente alguma alteração ao exame físico realizado por um profissional da área da saúde. O câncer, como outras doenças, tem uma história natural que se caracteriza por um espectro que tem, no seu início algumas células malignas - que por razões ainda não esclarecidas não são destruídas pelo sistema de proteção natural do organismo - e vai até o estágio em que a doença é clinicamente diagnosticável através de seus sinais e sintomas (BARBEIRO *et al.*, 2009).

3. PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Para o INCA (2006) a transmissão do Papilomavírus humano se dá pelo contato sexual, afetando a área genital tanto de homens como de mulheres, mas segundo Parellada (2006) não pode ser descartado a possibilidade de contaminação através de toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários ou banheiros.

Segundo o INCA (2006) na maioria dos casos de infecção pelo HPV em mulheres sexualmente ativas, principalmente nas mais jovens, o sistema imune desenvolve anticorpos que combatem e eliminam o vírus, levando à cura, porém, nem sempre essa defesa consegue uma eliminação completa do vírus.

Na maior parte das vezes a infecção pelo HPV não apresenta qualquer sintomatologia. Em seus estágios iniciais, as lesões causadas pelo HPV podem ser tratadas com sucesso em cerca de 90% dos casos, porém, quando não tratadas precocemente podem progredir para o câncer cervical.

A grande preocupação que a categoria atípicas indeterminadas gera é a de ser usada como via de saída para as limitações de quem interpreta a citologia cérvico-vaginal (SEBASTIÃO et al., 2004), visto que, a interpretação dos critérios citomorfológicos no diagnóstico de ASCUS envolve subjetividade e conduz à baixa reprodutibilidade interpessoal (LIMA et al., 2002; SOUZA et al., 2004). Por essa razão, vários programas de prevenção do câncer de colo uterino em todo mundo começaram a utilizar programas de controle de qualidade para garantir a credibilidade dos exames citopatológicos.

Apesar da inespecificidade do termo, diversos autores sugerem que pistas indicativas do processo subjacente sejam identificadas. Foi observado que ASCUS em célula escamosa madura teria um risco de 10% de progressão ou associação com lesão intra-epitelial escamosa, ASCUS em célula escamosa metaplásica (metaplasia escamosa atípica) teria este risco aumentado para 24% e ASCUS em metaplasia imatura teria o risco de 41%, indicando a necessidade de uma melhor definição do tipo de atipia escamosa diagnosticada (ELEUTÉRIO JUNIOR et al., 2000).

A correlação histológica de ASCUS se mostra indefinida, independente de subclassificações que determinam a origem da lesão. Um amplo leque de possibilidades que varia desde o achado de normalidade até carcinoma escamoso

invasor pode ocorrer, não havendo, portanto, uma correlação direta entre o diagnóstico citológico e histológico (ELEUTÉRIO JUNIOR *et al.*, 2000).

Segundo Gerk (2002) e Silva *et al.* (2006), no Brasil, o Ministério da Saúde aconselha que o exame de Papanicolau (citologia oncótica) em mulheres de 25 a 60 anos ou nas sexualmente ativas seja realizado a cada três anos, após a obtenção de dois exames com resultados negativos com intervalo de um ano entre eles.

É fundamental que os serviços de saúde orientem o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (INCA, 2006, p.1).

De acordo com o manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos (2004), o teste de Papanicolau, também conhecido como citologia oncótica, citologia oncológica, citologia esfoliativa, Pap Test, é um método desenvolvido pelo médico George Papanicolau para a identificação, ao microscópio, de células esfoliadas do colo uterino, atípicas, malignas ou pré-malignas.

As células são colhidas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, colocadas em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas a exame ao microscópio, no qual, pessoal treinado poderá distinguir entre o que são células normais, as que se apresentam como evidentemente malignas e as que apresentam alterações de lesões pré-malignas.

Para que o teste permita a identificação de lesões malignas ou pré-malignas, o esfregaço cérvico-vaginal deve conter células representativas do extocérvice e do endocérvice, preservadas e em número suficiente para o diagnóstico.

Dos fatores de riscos para o surgimento das lesões precursoras ou do câncer de colo de útero, os tipos ontogênicos de HPV são considerados os mais importantes. O Papilomavírus Humano (HPV), também conhecida como verruga genital ou, popularmente, como “*crista de galo*”, é um DNA-virus, geralmente transmitido pelo contato sexual com um indivíduo apresentando forma clínica e subclínica da doença.

De acordo com Brasil (2006), na forma clínica condilomatosa, a doença pode se manifesta através de lesões únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizado, geralmente na grande, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal do homem e na região perianal, vulva, períneo, vagina e colo do útero na mulher. Estudos relatam que as lesões precursoras são

encontradas cinco vezes a mais em mulheres que possuam DST, visto que estas doenças facilitam a infecção pela HPV, conseqüentemente, aumentando o risco de desenvolver o câncer de colo de uterino.

3.1 DIAGNÓSTICO DO HPV

O diagnóstico precoce do câncer do colo uterino permite o rastreamento, ou *screening*, das lesões em suas fases iniciais, antes de se tornarem lesões invasivas, através de um método de detecção conhecido como colpocitologia oncótica, ou exame de Papanicolaou (PINHO & MATTOS, 2002).

Existe evidências de que o exame de Papanicolaou não identifica o HPV, mas sim, alterações celulares que sugerem a presença deste vírus, recomenda-se a repetição de exame após seis meses (BRASIL 2002).

O aparecimento da lesão ocorre na vigência da substituição do epitélio cilíndrico, muito frequente na endocervice, por epitélio escamoso estratificado encontrado na ectocervice. Esse processo fisiológico de transformação inicia-se através de uma metaplasia incipiente ou uma metaplasia jovem, sob o estímulo do baixo pH vaginal (STALF, 1975 apud ROSENSTEIN, 2003).

O INCA destaca que as verrugas genitais encontradas no ânus, no pênis, na vulva, ou em qualquer área de pele pode ser diagnosticada pelos exames urológicos (pênis), ginecológico (vulva) e dermatológico (pele), enquanto o diagnóstico subclínico das lesões precursoras do câncer de colo de útero, produzidas pelo HPV, pode realizar pelo Papanicolaou. De acordo com BRASIL (2006), o diagnóstico definitivo do HPV é realizado pelos testes de hibridização molecular a partir de hibridização in situ, PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) captura híbrida II, que identificam o tipo de HPV.

3.2 TRATAMENTO DAS LESÕES E LESÕES PELO HPV

O tratamento das lesões é uma forma de prevenção do tratamento do câncer de colo uterino. As NIC I ou lesão de baixo grau, na maioria dos casos, podem regredir espontaneamente.

Segundo Derchain (2005), estudos relatam que somente 11% das NIC I progridam para NIC II ou III. Isso gera um dilema visto que o tratamento destas lesões pode colocar a mulher em risco de progressão dessas lesões. Após 24 meses, o início dessas lesões de regressão diminuiu, devendo ser tratadas.

O tratamento é individualizado, para cada caso, variando desde o simples acompanhamento até técnicas como histerectomia, radioterapia e biópsia a laser. Para tratamento das lesões do HPV, Cavalcante (2004) relata que são utilizados os ácidos tricloroacético (ATA) a 90% ou eletrocauterização.

4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento deste câncer e de suas lesões precursoras (BRASIL, 2002).

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença (prevenção secundária) no Brasil é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou). O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los.

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar o exame preventivo, tanto voltadas para a população quanto para os profissionais da saúde (INCA, 2003)

Para obter impacto na estrutura epidemiológica do câncer cérvico-uterino, a organização mundial de saúde (OMS) recomendou uma cobertura de 85 % da população feminina relativa à realização do exame citológico de esfregaço serviço vaginal obtido através da colheita dupla (ectocérvice e endocérvice) também chamado de exame Papanicolau (BRASIL, 2002).

No Brasil, o rastreamento populacional para prevenção ao câncer do colo do útero é recomendado, prioritariamente, para mulheres de 25 a 59 anos, por meio da realização do Papanicolau. A recomendação é de periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, feitos no intervalo de um ano (INCA, 2006).

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), do IBGE, destaca que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolau pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6%, em 2003, para 87,1%, em 2008.

O Ministério da Saúde (2009) destaca, no entanto, que a meta a ser atingida é de que 80% das mulheres brasileiras dessa faixa etária façam um preventivo a cada três anos.

A maior incidência do câncer do colo do útero, no entanto, se dá em mulheres entre 45 e 49 anos de idade, e, por ser um tipo que evolui lentamente, a detecção precoce e o tratamento de lesões precursoras tem potencial de cura e de redução da mortalidade pela doença em até 80% (BRASIL, 2002).

Segundo Hackenhaar (2008), as práticas da prevenção do câncer de colo de útero ainda hoje representam um importante desafio de saúde pública. As razões para explicar estes problemas são as mais variadas, entre elas os fatores os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde.

Toda mulher com vida sexual ativa deve submeter-se ao exame preventivo periódico. Inicialmente, o exame deve ser feito de seis em seis meses ou uma vez anual. A mulher grávida também pode realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o exame e a importância em realizá-lo. Com isso permite-se reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo uterino na população de risco (FAPESP, 2008).

O câncer do colo uterino pode ser prevenido, se for detectado precocemente. Isso quer dizer que é uma prevenção secundária, uma vez que estaria sendo interceptada, através de métodos diagnósticos, a evolução de possíveis lesões malignas (LINARD; SILVA; SILVA, 2002).

O câncer cervical está em sétimo lugar entre as neoplasias mais comuns no mundo e, no Brasil, ocupa o segundo lugar entre as mulheres (SMELTZER; BARE., 2002). No Nordeste, no entanto, o câncer de colo de útero ainda lidera as estatísticas de mortalidade (INCA, 2010).

A descentralização do exame de Papanicolau realizado em unidade básica de saúde (UBS) facilita o acesso da população feminina para a realização do exame. Apesar dessa facilidade, muitas mulheres ainda apresentam resistência à coleta citológica e, por vezes, submetem-se ao exame já em fase tardia. (BRASIL, 2002). Para Feres *et al.* (2001), é importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas de outros fatores, dentre eles a educação em saúde. A Estratégia Saúde da Família conta com o profissional enfermeiro atuando não somente na coleta citológica mas especialmente na promoção de saúde.

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, com aproximadamente 500 mil novos casos por ano. Segundo as estimativas do Ministério da Saúde (MS), pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), foi estimado, no Brasil, para o ano de 2008, cerca de 18.680 novos casos de câncer de colo de útero, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Na região sul o risco estimado é de 24 casos para cada 100 mil mulheres. Por esses números, é possível dimensionar o problema de saúde pública que representa esse tipo de câncer (BRASIL, 2008).

De acordo com o INCA (2006) as infecções clínicas mais comuns causadas pelo HPV na região genital são as verrugas genitais ou condilomas acuminados, conhecidas popularmente como “crista de galo”. Já algumas lesões sub-clínicas, se não tratadas, podem evoluir para o câncer de colo do útero.

5 EXAME PREVENTIVO (PAPANICOLAU)

É o exame que previne o câncer de colo uterino deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexualmente ativa, pelo menos uma vez ao ano. Consiste na coleta de material do colo uterino para exame em laboratório. É um exame simples e barato, porém algumas mulheres ainda resistem em realizá-lo por medo ou vergonha (DANGELO; FATTIMI,2003).

Nos últimos 50 anos a incidência e a mortalidade por câncer de colo uterino vêm diminuindo, graças às novas técnicas de rastreamento do Exame de Papanicolau. Por isso, ele é um dos mais importantes exames para prevenção da saúde da mulher.

Papanicolau é um teste que examina as células coletadas do colo do útero. O objetivo do exame é detectar células cancerosas ou anormais. O Exame pode também identificar condições não cancerosas como infecção ou inflamação. O nome do teste refere-se ao nome do seu criador, o médico Greco-americano George Papanicolau em 1940. O sucesso do teste é porque ele pode detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, mas serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer.

Todas as mulheres que são (ou que tenham sido em algum momento) sexualmente ativas e que tenham colo de útero devem fazer o exame, anualmente. A frequência de realização do exame será estabelecida depois pelo médico, de acordo com os resultados. Ele deve ser realizado, pelo menos, uma semana antes da menstruação. Evitando-se realizar duchas vaginais, colocação de cremes vaginais e relações sexuais três dias antes do exame. (FERNANDES, 2001).

O exame de Papanicolau verifica alterações nas células do colo do útero. O colo do útero é a parte mais baixa do útero que o liga à vagina. *“O exame Papanicolau consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice)”* (INCA, 2006, p.1).

O exame ginecológico completo consiste do exame e palpação das mamas e depois o exame de Papanicolau. Faz-se exame externo da vulva e depois se introduz um instrumento chamado espécule pelo canal vaginal para que se possa

visualiza-lo e ao colo do útero (parte final do útero, do qual serão recolhidas as células para exame microscópico).

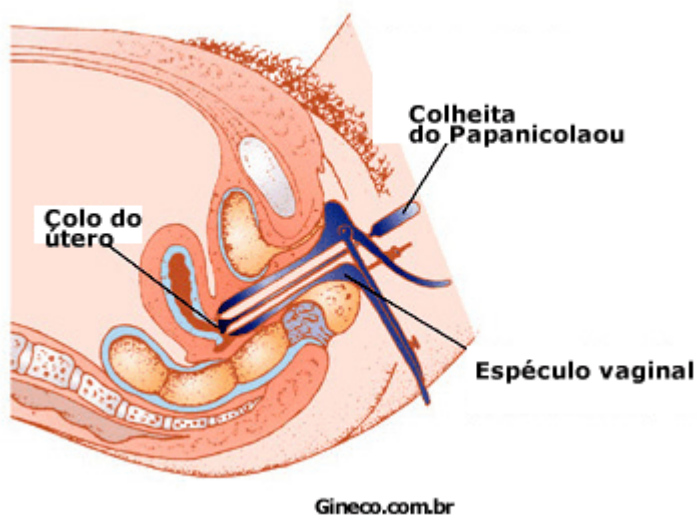


FIGURA 10a - Citologia Oncótica
Fonte: Gineco.com.br

Espéculo é um instrumento também conhecido como “bico de pato”, devido ao seu formato. Ele apresenta três tamanhos diferentes e, será escolhido de acordo com o tamanho de cada paciente, o número de filhos, etc. Virgens também podem realizar o exame e, para elas, existe o virgoscópio, espelho de tamanho especial.

De acordo com o Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos (2004) as células do colo do útero são colhidas por meio de uma espátula (haste de madeira) e de uma escovinha bem pequenina. Essas células são colocadas numa lâmina que é enviada para um laboratório especializado em citopatologia. Também é chamado de citologia oncótica, Papanicolau, e fora do Brasil é conhecido como Pap Test ou Pap Smear .

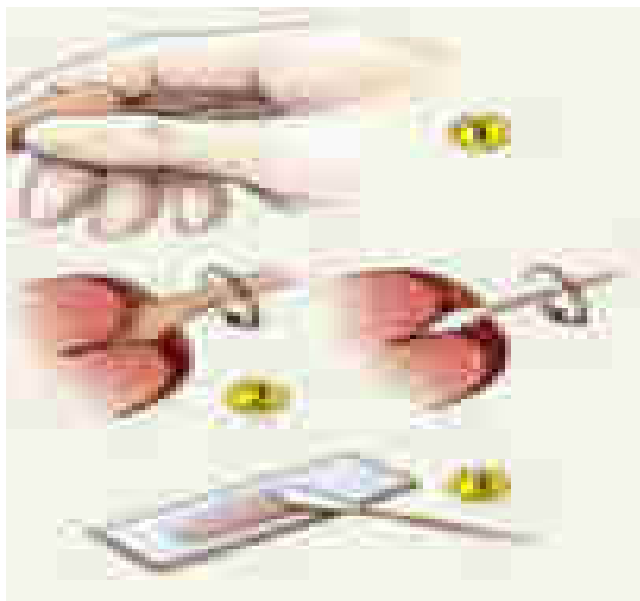


FIGURA 10b - Citologia Oncótica
Fonte: Gineco.com.br



FIGURA 11- Colo do útero normal
Fonte: Gineco.com.br

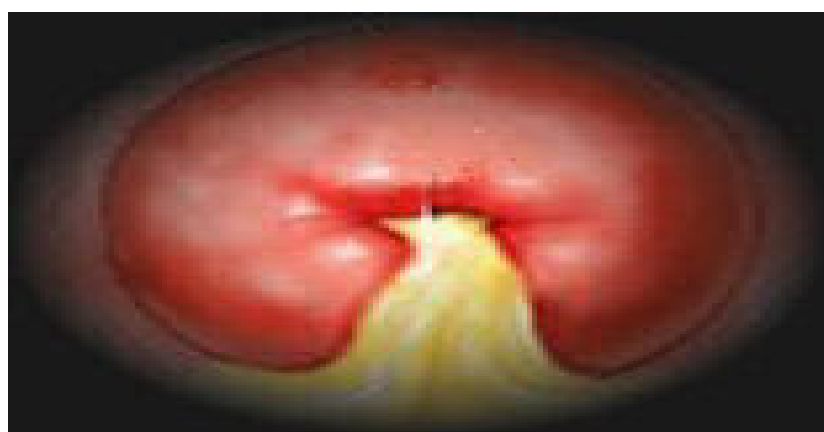


FIGURA12 - Colo do útero com cervicite
 Fonte: www.adam.com

O resultado deve ser interpretado pelo médico que deve explicá-lo à paciente. O Papanicolau também serve para determinar outras condições de saúde de seu corpo tais como nível hormonal, doenças da vagina e do colo do útero. O exame incomoda um pouco. Por isso, é preciso estar relaxada. Quanto mais relaxada, menos incômodo.

De acordo com Roberto (2006), no Brasil, o Ministério da Saúde aconselha que o exame Papanicolau (citologia oncológica) em mulheres de 25 a 60 anos ou nas sexualmente ativas seja realizado a cada três anos, após a obtenção de dois exames com resultados negativos com um intervalo de um ano entre eles.

O estudo citológico do esfregaço cervical é considerado o método de melhor custo-efetividade para a detecção de lesões precursoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Este estudo permite a identificação de um conjunto de alterações celulares classificadas de acordo com a presença e o grau das atípicas apresentadas. O exame de Papanicolau tem sido avaliado em diversos trabalhos e, em muitos deles, é considerado um método bastante confiável para detectar as lesões cervicais. Um estudo de Pinho e Mattos (2002) revelou que a sensibilidade (proporção de casos verdadeiros positivos) do teste de Papanicolau foi próxima de 79,8% e a especificidade (proporção de casos verdadeiros negativos) foi próxima de 99,9%.

De acordo com Pinelli (2002), a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais.

É de suma importância que os profissionais e os serviços de saúde orientem o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo útero na população de risco (INCA, 2006).

De acordo com Roman e Panis (2006), na busca por assistência, a mulher demonstra preocupação com o “cuidar de si”. O ato de cuidar da saúde deve ser entendido como algo intrínseco do ser humano, pois se o ser humano, ao longo da vida, não fizer com cuidado todos os seus empreendimentos, prejudicará a si mesmo e destruirá o que estiver a sua volta, pois sem cuidado o ser humano deixa de ser humano principalmente no momento em que há descuido e descaso em relação à vida das pessoas e de si mesmo.

Segundo Gomes *et al.* (2008), a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimento sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens de diagnóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais.

Segundo Smeltzer (2002) e Inca (2006), embora todas as mulheres sejam consideradas com risco para desenvolver o câncer do colo uterino, existe um perfil da população feminina mais vulnerável ao mesmo, sendo que alguns dos fatores estão associados a: multiplicidade de parceiros sexuais, único parceiro sexual masculino com múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, gestação em idade precoce, tabagismo e alcoolismo, pouca instrução, idade, infecção por HIV, história familiar e hereditariedade, higiene íntima inadequada; menstruação precoce e menopausa tardia, exposição ao papiloma vírus humano e outras.

De acordo com Feres *et al.* (2008), uma das características desse vírus é que ele pode ficar instalado no corpo por muito tempo sem se manifestar, entrando em ação em determinadas situações como na gravidez ou em uma fase de estresse, quando a defesa do organismo fica abalada.

Para alguns autores como Smeltzer e Bare (2002), Inca (2002 e 2006), Parrelu (2009), Fernandes *et al.* (2002), Pinho e França (2003) e até o próprio Ministério da Saúde do Brasil, a melhor arma contra o câncer de colo de útero é prevenção e que um simples exame resolveria muitos problemas e traria resultados favoráveis à população feminina, independentemente de se é casada ou solteira

Segundo Barbeiro *et al.* (2009), para reduzir a descontinuidade ou a falta de adesão ao exame, seria conveniente que ocorresse uma pré-consulta com um profissional de enfermagem, a fim de esclarecer dúvidas e reduzir o nível de ansiedade da mulher, para que no momento do exame ela já se encontre mais confortável e se sinta menos invadida para a ocorrência do procedimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a periodicidade do exame preventivo deve ser de 6 em 6 meses. O profissional deve oferecer acolhimento adequado às mulheres para que se sintam respeitadas e confiantes, incentivando a mulher a ter uma atitude favorável em relação ao exame, possibilitando assim a multiplicação da ação para a comunidade

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papiloma vírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) ressalta que a detecção precoce do câncer é baseada na observação de que o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Enfatiza, também, que para um efetivo controle do câncer outras ações complementares são necessárias a fim de garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos.

O câncer de colo de útero é a segunda causa de morte entre as mulheres no Brasil na faixa etária de 25 a 59 anos. A principal estratégia para sua redução é o exame de Papanicolau exame que previne o câncer de colo uterino. Deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexualmente ativa, pelo menos uma vez ao ano. Se o resultado do exame for negativo por três anos seguidos, a mulher pode fazê-lo de 3 em 3 anos.

O câncer de útero é uma neoplasia maligna muito comum no Brasil e responsável ainda por um número elevado de óbitos entre a população feminina. Existem vários fatores de risco que podem desencadear o câncer de colo de uterino. Porém, dentre os vários tipos de câncer, este apresenta elevadas chances de prevenção e cura

Pesquisa divulgada pelo Instituto nacional do Câncer, Inca revela um fato muito grave: 20% das mulheres brasileiras não fazem o exame preventivo. O teste, que tem como objetivo fazer o diagnóstico precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero, deve ser realizado por todas as mulheres, sexualmente ativas ou não, uma vez ao ano. Caso o resultado seja negativo por três anos seguidos, o intervalo pode aumentar de acordo com a orientação médica.

Também chamado de preventivo, o Papanicolau é um procedimento simples e barato. Primeiramente, o ginecologista faz um exame externo da vulva. Em seguida, introduz o espéculo, também conhecido como bico de pato, pelo canal vaginal para permitir a visualização do colo do útero. O tamanho do instrumento varia de acordo com a idade e o número de filhos da paciente. Mulheres virgens também podem submeter-se ao exame. Ele coleta material da vagina e do colo uterino e envia para ser examinado em laboratório por um patologista.

O Papanicolau é um teste de triagem, logo, não define diagnósticos definitivos. Mas ele determina se há alterações nas células cervicais que, se não tratadas, podem evoluir para um câncer. Nesse caso, outros exames são necessários para a confirmação. Além disso, o exame genital periódico também pode detectar infecções viróticas como, por exemplo, verrugas genitais e herpes. Além disso, alterações hormonais, principalmente de progesterona e estrogênio, também podem ser observadas com o exame.

As mulheres devem se conscientizar da importância do exame preventivo regular e o poder público disponibilizar a estrutura necessária para que todas tenham acesso a ele. Associando isso à vacinação contra o HPV em larga escala, será possível reduzir as taxas de incidência de câncer do colo de útero no país.

O exame ginecológico é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher. É normal que existam medos e ansiedades para a sua realização. O exame é simples, e tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70 %, desde sua criação pelo Dr. George Papanicolaou . O sucesso do teste é porque ele pode detectar o vírus HPV e outras doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença mas serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE LBSP. **Política de saúde da mulher** .In: enfermagem e saúde da mulher. NARCHI Barueri SP; Manole, 20007.

BARBEIRO FMS *et al.*, **Conhecimentos e práticas e prevenção do câncer cérvico-uterino**. Rev. Fonte de pesquisa, cuidado e fundamento online. 7est, dez1(2), 214,2009.

BARROS, SMO; MARIM, HF; ABRÃO, ACFV. **Enfermagem obstétrica e ginecologia para pratica assistencial** 1 ed-SP, Roca. 419-430, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. Disponível em www.inca.gov.br. Acessado em 2/06/2010.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. **Ações de enfermagem e controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço**. Brasil, cap. 3p, 85-123.2006.

_____ **Ações de enfermagem para controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço**. 2 ed. Rio de Janeiro:Inca, 2002.

_____ **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**, p. 85, 86, 122, 123 2002.

_____ **Controle de câncer cérvico-uterino e de mama: normas e manuais técnicas**, Brasília 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto nacional do câncer. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer em 2003**. Newslab, 2003

_____ **Manual de enfermagem programa saúde da família.** 1 ed. São Paulo p-23,2001.

_____ Portaria GM n°399de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

_____ Prevenção do câncer de colo de útero. Manual de técnicas médicas. Brasília, 2002.

_____ **Prevenção do Câncer do Colo do Útero.** Brasília: 2002.

_____ **Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico.** Brasília ministério da saúde.

BRENA, SMF *et al.*. **Conhecimento atitude e pratica do exame de Papanicolau em mulheres com câncer do colo de útero.** Cad. Saúde Pública, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Comissão nacional de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.** (RES. CNS. 196-96 e outros). Brasília, 2000.

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

ELEUTERIO JUNIOR, José et al . Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASCUS): estudo de 208 Casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, abr. 2000 .

FAPESP. Texto sobre concernentes a políticas científica e tecnológica agência FAPESP, São Paulo, 2008.

FERES, MC *et al.*. **Prevenção do câncer: atualização do enfermeiro na consulta ginecológica - aspectos éticos e legais da profissão.** Fortaleza. Puxas Ramos, 2008.

FERNANDES, S. M. et al. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.** Cadernos de Saúde Pública. v. 17, n. 4, Rio de Janeiro, jul./ago. 2001.

FIOCRUZ. Fundação Instituto Osvaldo Cruz. **Situação do câncer no Brasil: um balanço da doença que a globalização expandiu.** Revista Radis, Rio de Janeiro, V.52, P-17 2006

GERK, M. A. de S. **Prática de enfermagem na assistência ginecológica.** In: BARROS, S. M. O. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica, São Paulo: Roca, 2002.

GOMES, CHR *et al.* **Avaliação do conhecimento sobre detecção precoce do câncer das estudantes de medicina de uma universidade pública.** Revista Brasileira de cancerologia. v. 54, n.1, P25-30, 2008.

HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia.** 3 ed. Sao Paulo:Roca,2000.vol3.
HORTA, *et al.* **Consulta de enfermagem: Conceito e componentes básicos.** Secretaria de Estado de Saúde, p. 15, 1992.

INCA **.Prevenção do câncer de colo de útero.** Manual de técnicas médicas. Brasília, 2005.

INCA. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer - Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro, 2002.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de controle do câncer de colo uterino. Norma, 2010.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326> Acesso em 28 maio 2010

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero. Disponível em: <<http://meubloguezinho-dudu.blogspot.com/2010/05/inca-cancer-de-colo-de-utero-mata-mais.html>> Acesso em 09 jun.2010.

LIMA, D.N.O; CAMARA, S; MATTOS, M.G.G; RAMALHO, R. **Diagnóstico citológico de ASCUS: sua importância na conduta clínica.** J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v.38, n.1, p.45-49, jan. 2002.

LINARD AG; SILVA, FAD; SILVA RM. **Mulheres submetida a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentar a realidade.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.48, n.4, p.493-498, 2001.

LONGATTO FILHO, A.**Colo Uterino Vagina Processos Inflamatórios.Aspectos Histopatológicos,Citológicos e Colposcópicos.** REVINTER, 2000.

KOSS, L. G. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas,** SÃO PAULO: Roca, 2006.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS. **Coleta do Papanicolaou e ensino do auto-exame da mama.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer e Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MARCONI, MA, LAKATOS, EM. **Projeto e relatório,** In: Metodologia do trabalho científico. Editora Atlas S.A, São Paulo, 6 ed, 99-134, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE - Secretaria de Vigilância Em Saúde. **Programa nacional de DST e AIDS.** Rastreo de câncer cívico uterino em mulheres que tem ou tiveram DST, 2003.

OTTO, SE. **Oncologia.** 6ª ed. Rio de Janeiro; Reichman e Affonso;2002.

PINELLI, F. das G. S. **Promovendo a saúde.** In: BARROS, S. M. O. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecologia, São Paulo: Roca, 2002.

PINHO, A. A; MATTOS, M.C.F.I. **Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero.** J. Bras. Patol. Med. Lab, v.38, n.3, p.225-231, jul. 2002.

RAMOS, S. dos P. **HPV e o câncer de colo uterino.** Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/conteúdo> Acesse //gineco.com. br/hpv.htm>. Acesso em 19 maio 2010.

RAMOS, SP. **Câncer do colo uterino,** Rev. .Saúde, 2006

ROBERTO NETO, A *et al.*. **Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do ministério da saúde.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Mai 2006

ROMAN, KEM; PANIS, C. **Identificação dos fatores de risco a associados ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres.** Infarma, v.22, nº 7/8, 2010.

ROSENSTEIN JR., R. **Prevenção e intervenção precoce nas lesões precursoras do câncer de colo de útero.** n.º 26. Divulgação em Saúde para Debate, abr. 2003, p. 76-83.

SEBASTIAO, A. P. M; NORONHA, L; SCHEFFEL, D.L.H; GARCIA, M.J; CARVALHO, N. S; COLLAÇO, L. M; BLEGGI-TORRES, L. F. **Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer Uterino do Paraná.** J. Bras. Patol. Med Lab, Rio de Janeiro, v.40, n.6, p. 431-438, dez. 2004.

SECRETARIA De ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de atenção básico. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SELLORS, JWR. **Colposcopia e Tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes.** Washington, D.C.: OPAS, 2004.

SILVA, DW *et al.*. **Cobertura e Fatores Associados com a realização do exame papanicolau em município do Sul do Brasil.** Rev. Bra. Ginecologia e Obstetrícia. vol. 28, n.1, Jan, 2006.

SILVA, FAD *et al.* **Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentar a realidade.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.48, n.4, p.493-498, 2002.

SMELTZER, SC; BARE, BG. **Histórico e tratamento dos processos fisiológicos femininos**, Tratado de enfermagem médico-cirúrgico Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 101, 1448-86, 2005.

SMELTZER, SC; BARE, BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 9 ed. RJ Guanabara Koogan, 2001.

SMELTZER, SC; BARE, BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 9 ed. RJ Guanabara Koogan, 2002.

SOLOMON, D; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas.** 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SOUZA, AB; BORBA, PC. **Exame Citológico e os Fatores Determinantes na Adesão de Mulheres na Estratégia Saúde da Família de Assaré.** cad. cult. ciênc. v. 02,2008.