



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TAMIRES LOBATO PIMENTEL
ANDREZA SANTOS SOUZA
GESSICA ARAUJO MANHUARY

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: uma
revisão de literatura.**

Itaituba – PA
2021

TAMIRES LOBATO PIMENTEL
ANDREZA SANTOS SOUZA
GESSICA ARAUJO MANHUARY

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: uma
revisão de literatura.**

Trabalho de conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do
Prof.^a. Especialista Marcélia Jovelina Walfredo.

PIMENTEL, Tamires Lobato; SOUZA, Santos Andreza; MANHUARY, Gessica Araújo. A Atuação do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família na Prevenção do Câncer de Colo do Útero: uma revisão de literatura./ Itaituba: FAI, 2020.

48 f.:il.

Orientador (a): Prof.^a Especialista Marcélia Jovelina Walfredo.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2021.

Enfermagem. 2. Prevenção. 3. Câncer. 4.Colo . 5. Útero.

1. Marcélia Jovelina Walfredo. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2021.

TAMIRES LOBATO PIMENTEL
ANDREZA SANTOS SOUZA
GESSICA ARAUJO MANHUARY

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:**
uma revisão de literatura.

Trabalho de conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Especialista Marcélia Jovelina Walfredo.

Avaliadora: _____ Nota: _____

Avaliadora: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Nota: _____

Data: ____ de ____ de ____.

Dedicamos essa conquista a Deus, quem nos deu forças, nos sustentando até aqui, como também, aos nossos familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Faculdade de Itaituba - FAI, que proporcionou esta formação superior, bem como, a todo o corpo docente, que tanto contribuiu para nossa formação, em especial a nossa orientadora, a professora Marcélia Jovelina Walfredo. Agradecemos também aos colegas de turma, que conosco compartilharam essa caminhada acadêmica.

Tamires Lobato Pimentel

Agradeço primeiramente a Deus por ter me sustentando até aqui, Minha Mãe Laura Lobato Pimentel, por tudo que tens feito durante essa jornada de cinco anos. Ao meu esposo Marcelo Rodrigues da Silva por está sempre presente e cuidar dos nossos filhos quando ia a faculdade e os estágios e no que fosse necessário ajudar. Ao meu irmão Leandro Lobato Pimentel por me ajudar financeiramente em alguns momentos como a mensalidade da faculdade. Minha sogra Anizia Rodrigues da Silva por se disponibilizar a ficar com as crianças quando precisava ir para o estágio. A todo o corpo docente que nesses cinco anos estiveram repassando conhecimento necessário para minha vida profissional.

Andreza Santos Souza

Meus agradecimentos são primeiramente a Deus pela minha vida e por me dar forças para vencer essa etapa de todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. A minha mãe que sempre incentivou e ajudou desde o início, para que assim pudesse alcançar esse objetivo. Aos professores por todo o ensinamento e por sempre estarem dispostos a ajudar para que eu tenha uma boa formação profissional.

Gessica Araújo Manhuary

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. E a minha Mãe Claudia S. Araújo, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e meu Pai Gerson B.M. Munduruku.

Prevenir é um ato de amor... com você, com seu corpo e com todos que você ama". Não é preciso entrar para História para fazer um mundo melhor (Priscilla Rodighiero).

RESUMO

O presente estudo é de grande relevância com o tema “A atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção do câncer de colo do útero”, tem como objetivo geral investigar a atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo do útero. Os objetivos específicos compreendem: observar as atividades exercidas pelo enfermeiro no que concerne a referida neoplasia, avaliação da conduta do enfermeiro na prevenção e detecção do câncer do colo do útero nos graus de NIC I, II e III, verificar o panorama situacional quanto ao câncer de colo do útero. Os aspectos metodológicos compreendem: pesquisa exploratória, tendo como procedimento técnico a pesquisa bibliográfica. Verificou-se que o controle do câncer de colo uterino depende de ações voltadas para a área de promoção à saúde, para prevenção da doença e qualidade de vida. Concluiu-se que o enfermeiro interfere nessas ações realizando, dentre outras, visitas domiciliares e a consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada com a equipe de Saúde, explicando cada procedimento ao longo do exame Papanicolau, entre outros esclarecimentos e orientações. Dessa forma, a atuação do enfermeiro contribui para o melhor atendimento à população feminina, encaminhando adequadamente as mulheres que apresentam alterações citológicas, além de divulgar informações à população em relação aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce do câncer. Sendo assim, a relevância da atuação do enfermeiro visando alertar quanto aos fatores de risco com a finalidade de diminuição e tratamento precoce. Em suma, o enfermeiro tem papel importante e imprescindível nas ações de promoção da saúde e de prevenção do câncer do colo do útero pela atuação direta junto às usuárias, realizando o preparo, a coleta do material para o exame e o acompanhamento das mesmas na Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Prevenção. Câncer. Colo de Útero.

ABSTRACT

The present study is considered to be of great relevance with the theme "The role of nurses in the family health strategy in the prevention of cervical cancer", aims to investigate the role of nurses in the family health strategy in prevention and control of cervical cancer, to analyze the inherent activities performed by nurses in the UBS. The methodological aspects include: research of a basic, exploratory-descriptive nature, with a quantitative approach, using bibliographic research as a technical procedure. It was found that the control of cervical cancer depends on actions aimed at the area of health promotion, for disease prevention and quality of life. It was concluded that the nurse interferes in these actions by carrying out, among others, home visits and the nursing consultation in a humanized and integrated way with the Health team, explaining each procedure throughout the Pap smear, among other clarifications and guidelines. Thus, the role of nurses contributes to better care for the female population, properly referring women with cytological changes, in addition to disseminating information to the population regarding risk factors, prevention actions and early detection of cancer. Therefore, the objective of the nurse's work is to alert about risk factors in order to reduce and treat early. In short, the nurse has an important and indispensable role in health promotion and cervical cancer prevention actions by directly acting with users, preparing, collecting material for examination and monitoring them in the Unit Basic Health.

Keywords: Nursing. Prevention. Cancer. Cervix.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 : Câncer de colo de útero: localização e fases.....	18
Ilustração 2: Março lilás – Pará.....	27
Ilustração 3: coleta citológica.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 ESPECIFICAÇÕES E CÉLULAS DO ÚTERO.....	13
2.2 O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CARACTERIZAÇÃO E TIPOLOGIA.....	15
2.2.1 Fatores de Risco para o Câncer de Colo de Útero.....	22
2.2.2 Papilomavírus Humano – HPV.....	24
2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE UTERO.....	25
2.4 O SUS NO RASTREAMENTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	28
2.5 TRABALHO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	29
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
3.3 ANÁLISE DISCURSIVA.....	34
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
4.1 FATORES DE RISCO.....	37
4.2 ANÁLISE DA CONDUTA OU ESTRATÉGIA DO ENFERMEIRO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	38
4.3 PANORAMA SITUACIONAL QUANTO AO CÂNCER DE COLO DE UTERO.....	42
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

O grande número de casos de câncer do colo do útero vem aumentando gradativamente na população. De acordo com a Organização Pan Americana da Saúde (2001) atualmente, no mundo, cerca de quatrocentos milhões de indivíduos sofrem com a doença, onde em sua maioria ocorre seu diagnóstico por exames realizados pela própria mulher ou até mesmo pelas consultas realizadas na Unidade Básica de Saúde.

Muitas mudanças aconteceram nas políticas e nas práticas de saúde coletiva, e um dos desafios é ofertar atenção integral à saúde das pessoas, assim é importante a busca por novos saberes e fazeres do cuidado, principalmente o profissional enfermeiro que se encontra mais de 80% efetivo atuando na saúde pública e presente nas equipes de saúde básica e multidisciplinar (ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

O presente estudo tem como objetivo geral investigar a atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo do útero. Os objetivos específicos compreendem: observar as atividades exercidas pelo enfermeiro no que concerne a referida neoplasia, avaliação da conduta do enfermeiro na prevenção e detecção do câncer do colo do útero nos graus de NIC I, II e III, verificar o panorama situacional quanto ao câncer de colo do útero.

A problematização que nos motivou a escolher o tema “A atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção do câncer de colo do útero”, partiu de constatações que mostram que a incidência desta neoplasia tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, tornando-se, atualmente, um dos mais importantes problemas de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Justifica-se a dedicação a uma pesquisa para um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre o referido assunto tema como bastante relevante, em primeiro lugar por ser da alçada acadêmica da área de Enfermagem, mas, também porque a prevenção e o controle do câncer de colo do útero é conhecimento de interesse de toda a mulher, mediante o quadro alarmante que assola a população feminina. Nessa direção, as seguintes questões nortearam esta pesquisa:

Quais as atividades exercidas pelo enfermeiro no que concerne a referida neoplasia?

De que forma o enfermeiro auxilia na prevenção do câncer do colo do útero no âmbito da atenção primária à saúde?

Os aspectos metodológicos compreendem: pesquisa de natureza básica, exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, tendo como procedimento técnico, pesquisa bibliográfica.

O trabalho estrutura-se inicialmente por esta introdução, apresentando-se a problemática motivadora, a relevância da pesquisa e os objetivos propostos para este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O segundo item diz respeito à fundamentação teórica trazendo definição, caracterização e tipologia do câncer de colo de útero, observando-se seus principais fatores de risco, o panorama situacional no Brasil e no mundo, bem como, histórico evolutivo de seu devido e necessário rastreamento e prevenção. Na sequência apresenta-se a metodologia utilizada para a pesquisa de forma detalhada no que tange a sua natureza, objetivo, abordagem e procedimento técnico. Os resultados discutem a atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção do câncer de colo do útero. Finaliza-se com a conclusão do estudo e a listagem das referências bibliográficas utilizadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

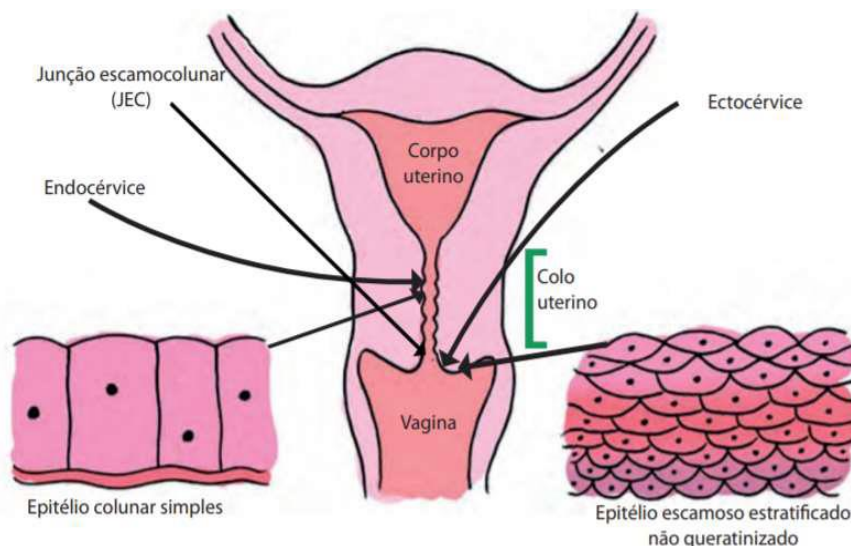
2.1 ESPECIFICAÇÕES E CÉLULAS DO ÚTERO

O trato genital feminino é constituído por cavidades internas (vagina, útero, tubas uterinas e ovários) que se comunica com o exterior através da fenda vulvar (FERNANDES, 2014; SANTOS, 2014; GOMES *et al.*, 2016).

O útero é um órgão muscular, côncavo e de paredes espessas, está situado no abdome inferior, por trás da bexiga, na frente do reto e é dividido em corpo e colo. O colo uterino apresenta uma parte interna, onde é constituído o canal cervical, também conhecido como endocérvice e uma parte externa, que mantém contato com a vagina, chamada de ectocérvice. A ectocérvice é revestida por epitélio escamoso, e a endocérvice é constituída por uma camada única de epitélio colunar ou glandular, representado na (figura 01) (MOTTA, 2014).

O colo do útero tem merecido maior atenção dos médicos especialistas e dos citologistas por ser considerado o mais vulnerável local a ser agredido por condições malignas, pré-malignas, inflamatórias de variável etiologia e gravidade (SANTOS, 2014).

Figura 01 – Referente à representação dos tipos celulares do colo uterino.



Fonte: Caderno de referência 1: Citopatologia Ginecológica, 2012.

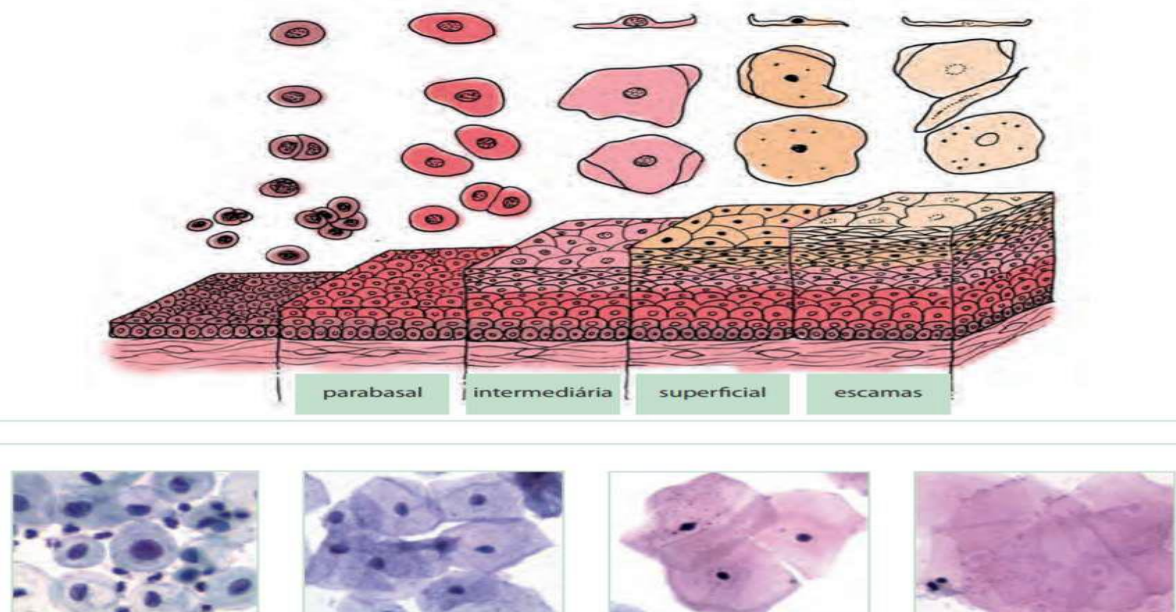
O equilíbrio e defesa do ecossistema vaginal são mantidos por várias interações, entre elas: a microbiota vaginal considerada normal, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune da mulher. A microbiota vaginal é predominantemente aeróbica, e esse equilíbrio é mantido à

custa dos bacilos de Doderlein, que são bactérias que cumprem a função de defesa fisiológica desse ambiente, através da produção de ácido láctico (WEBER; BACKES, 2016).

O ácido láctico mantém o pH ácido da vagina (3,8-4,5) e produzem peróxido de hidrogênio, que inibem o crescimento da maioria de outros micro-organismos. Esta produção é essencial para a manutenção de um ecossistema saudável, prevenindo a proliferação excessiva de micro-organismos potencialmente patogênicos (RESADOR; SANTOS, 2015).

O epitélio escamoso (figura 02) é didaticamente dividido em três camadas: profunda (células basais e parabasais), intermediária e superficial. As células basais são basófilas, pequenas, arredondadas e apresentam grandes núcleos de coloração escura e citoplasma escasso, estas se dividem e maturam-se para formar as células profundas que também são arredondadas, porém são maiores e com citoplasma mais abundante, basofílico, denso e de coloração azul-esverdeada, com bordas bem delimitadas. As células intermediárias tendem a poligonais, com citoplasma abundante e geralmente cianófilo, possuem alto teor de glicogênio e descamam em aglomerados celulares (GOMES *et al.*, 2016).

Figura 02 – Referente representação das camadas do epitélio escamoso.



Fonte: Caderno de referência 1: Citopatologia Ginecológica, 2012.

As células superficiais são as mais diferenciadas do epitélio escamoso, descamam facilmente, apresentam citoplasma abundante, poligonal, transparente e

rico em pré-queratina, sua coloração varia de acordo com seu grau de maturação podendo ser cianófilas ou eosinófilas, seu núcleo é pequeno, denso, central e picnótico. Em mulheres com idade reprodutiva, o epitélio escamoso altamente proliferativo serve como barreira contra lesões. Em crianças e mulheres na pós-menopausa, o epitélio escamoso é usualmente atrófico que pode facilitar a instalação de reações inflamatórias (BARROS *et al.*, 2012).

O epitélio colunar é o canal endocervical e as criptas endocervicais consistem de uma única camada de células colunares muco-produtoras, estas células são altas e cilíndricas e são dispostas em um arranjo em cerca. Os núcleos são na sua maioria situados basalmente, adjacentes à membrana basal, mas durante secreção mucosa ativa podem ser deslocados pelo muco e empurrados em direção ao centro das células (GOMES *et al.*, 2016).

As células secretoras endocervicais começam na junção escamo-colunar e revestem a endocervix e as criptas endocervicais, elas são células produtoras de muco e formam um tampão de muco para prevenir infecção bacteriana e fúngica do útero. As células ciliadas são mais numerosas na junção endometrial, endocervical. Sua principal função é a de movimentar o muco ativamente ao longo da membrana mucosa. Elas podem ser vistas em qualquer outro lugar na endocervix na forma de metaplasia tubária ou tubo-endometrial, geralmente após instrumentação como, por exemplo, conização (BARROS *et al.*, 2012).

As células de reserva são pequenas células cuboidais situadas na profundidade das células colunares, são mais proeminentes durante o processo metaplásico e são as células das quais este processo se origina. As células de reserva encontram-se predominantemente na zona de transformação e podem ser identificadas por apresentarem um diferente perfil imunohistoquímico em comparação com as células colunares subjacentes (GOMES *et al.*, 2016).

2.2 O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CARACTERIZAÇÃO E TIPOLOGIA

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013). Observa-se ilustração explicativa:

A história natural do câncer do colo do útero também está fortemente relacionada à presença de infecção, sendo a associação deste com o HPV muito

bem documentada na atualidade. Além disso, outros fatores de risco para esta doença já foram descritos, como por exemplo, o número de parceiros sexuais e o tabagismo (NETO, 1994).

O câncer do colo uterino corresponde ao conjunto de várias doenças e não uma única doença, que causa modificações, gerando um desordenado crescimento celular não controlado pelo organismo que vai comprometer vários tecidos (BRASIL, 2002).

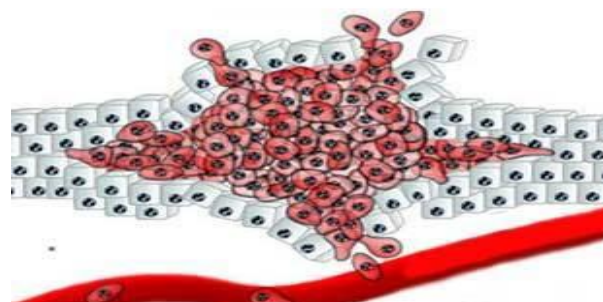
Segundo Otto (2002) o Câncer de Colo Uterino inicia-se no colo do útero da mulher, onde é localizado no fundo da vagina. O útero é o órgão que acopla o embrião durante a gestação e ao nascer de parto natural, o feto passa pelo canal vaginal. Esse tipo de câncer tem comportamento anormal e lento, onde suas células se tornam diferenciadas. De início é considerada como displasia, dando origem a uma série de alterações significativas, progredindo assim para o desenvolvimento de um câncer maligno.

As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (ABC DO CÂNCER, 2011, p.19).

Tumor Benigno



Tumor Maligno



Para Oncoguia (2015) as células malignas se modificam e multiplicam-se rapidamente, disseminando para o fundo do colo uterino. Este tipo de câncer pode ser desenvolvido de duas formas distintas:

- a) carcinoma de células escamosas;
- b) adenocarcinoma.

De acordo com o INCA (2016) o carcinoma epidermóide (células escamosas), é o tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso representa cerca de 90% dos casos, e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular cerca de 10% dos casos.

O carcinoma epidermóide também conhecido como lesões intra-epiteliais escamosas (LIE), são caracterizados pela alteração da maturação e transformações nucleares que acometem vários tipos de níveis do epitélio, assim divididas de acordo com seu agravamento e extensão. Classificadas segundo *Bthseda* em Neoplasia Itra-epitelial Cervical (NIC);

O adenocarcinoma é um tipo de câncer que afeta as glândulas e o tecido epitelial dos órgãos excretórios, o termo é derivado de adeno, que significa glândula, e carcinoma, que descreve um câncer epitelial. É o tipo mais comum de câncer. Entre os principais órgãos afetados estão às mamas, a próstata, o útero, o estômago e o cólon. Em geral, o caráter agressivo e o crescimento rápido do tumor dificultam o diagnóstico de adenocarcinoma e o tratamento. Com base nos sintomas, o médico pode solicitar exames de sangue e ultrassom, radiografia, e ressonância magnética para realizar o diagnóstico de adenocarcinoma (NETO, 1994).

Segundo *Bthseda*, a classificação em Neoplasia Itra-epitelial Cervical (NIC):

a) NIC I – células atípicas confinadas ao terço inferior do epitélio, neste tipo, um terço do colo do útero foi afetado. Geralmente, não precisa de tratamento. Mas é importante o acompanhamento médico para ver se vai evoluir;

b) NIC II – células atípicas confinadas a cerca de dois terços do colo do útero foi afetado na NIC Grau II. Nesses casos não é necessário fazer uma cirurgia para retirar as células anormais;

c) NIC III ou carcinoma in situ - acomete toda a espessura desse, neste caso, todo o colo do útero tem lesões que podem evoluir para um câncer. Existem várias formas de tratar a NIC Grau III (PALO, 2002).

O câncer de colo cervical tem início através de uma infecção pertinente causada por algum tipo de vírus da classe do HPV, conhecido também como oncogênicos, responsáveis pelo crescimento desordenado de células, contribuindo para o surgimento do tumor canceroso INCA (2016). O revestimento do colo uterino contém várias camadas de células epiteliais pavimentosas, dispostas de uma maneira bem ordenada. No câncer as estratificações destas células ficam indispostas ou desordenadas (INCA, 2016).

As lesões tendem a crescer internamente ao tecido, quanto externamente em forma de projeções, podendo ser chamados de endofíticas ou exofíticas. Esses casos tem uma grande importância clínica, pois podem disseminar-se, atingindo a bexiga anteriormente, o reto posteriormente, as paredes pélvicas lateralmente, a vagina e de forma extensiva o tecido paracervical, como relatam Freitas et al. (2011).

De acordo com INCA (2008), as células alteradas em sua morfologia e as consideradas normais fisiologicamente independentes, se multiplicam de uma forma muito rápida, quando o seu tecido é menor, e com um ritmo mais lentificado quando seus volumes forem maiores. Quanto menor for o tumor, mais fácil acontecerá à quebra, tornando-as sensíveis para os quimioterápicos e radioterápicos, utilizados no tratamento de controle do câncer de colo uterino.

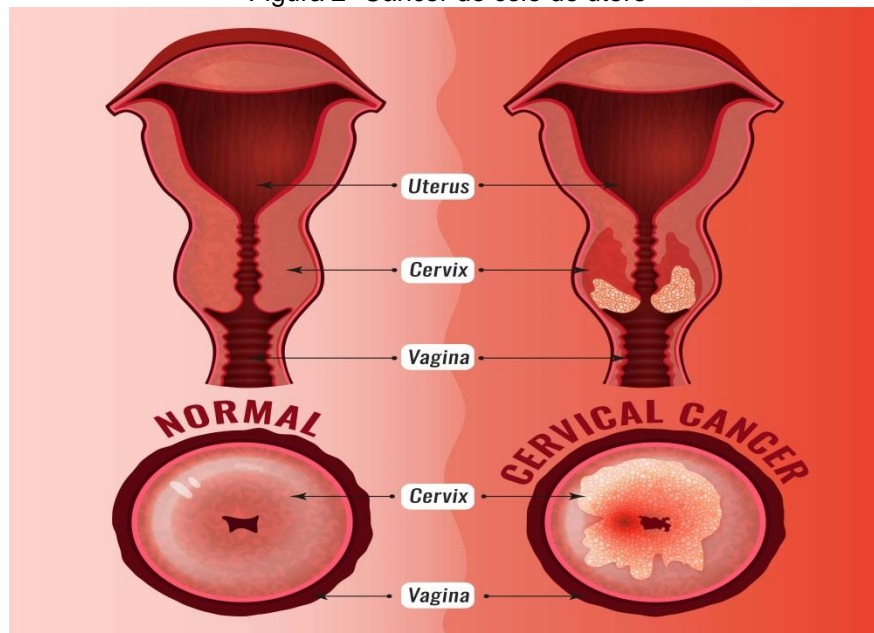
Quando um tumor maligno alcança cerca de 1 cm de diâmetro, torna-se detectável pelos métodos diagnósticos disponíveis e contém cerca de 10⁹ células. Acredita-se que é necessário um longo período de tempo para o tumor alcançar este tamanho, talvez alguns anos. Ele apresenta tempos diferentes de duplicação em momentos diferentes de sua história natural e, em alguns deles, bem antes desta detecção provavelmente já ocorreu a metastatização hematogênica (INCA, 2008, p.55).

O sistema imunológico humano, por meio de uma rede complexa de células, é capaz de reconhecer os invasores internos e externos, a fim de criar uma barreira para eliminar e destruir, todavia, neutralizando as alterações advindas do agente causador. Isso ocorre devido à grande quantidade de células de defesa que o corpo humano possui, capazes de se auto reconhecerem, fazendo com que as células respondam rapidamente, de uma maneira coerente e harmônica, prevenindo assim os prejuízos para o organismo humano (INCA, 2008).

Células pré-cancerosas modificam-se em tumores malignos e se dispersam pelo colo uterino, originando o câncer que pode ser de dois tipos de acordo com a célula que o originou: Epidermóide ou carcinoma de células escamosas, muito mais

comum ou adenocarcinoma, que é menos acometido, e está diretamente ligado ao epitélio glandular endocervical. O epidermóide pode ser precocemente diagnosticado pelo exame periódico ginecológico e geralmente é assintomático (ONCOGUIA, 2008).

Figura 2- Câncer de colo de útero



O câncer cervical, em geral, apresenta crescimento lento, que podem durar muitos anos, algumas células da superfície do colo do útero se transformam em células anormais. No começo, essas anormalidades ainda não são consideradas como um câncer e sim displasias. Porém, algumas displasias do colo uterino resultam em várias alterações. Entretanto, as displasias pré-cancerosas necessitam de atenção e cuidado para evitar o desenvolvimento da doença (ONCOGUIA, 2008).

Trata-se de alterações histopatológicas progressivas, geralmente reversíveis, podendo variar de um estado normal, quando a alteração não é observada por exame, até alterações que incluem uma lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) e carcinoma invasor do colo do útero conforme a evolução da doença (BRASIL, 2013; RIBEIRO, 2012).

As lesões pré-malignas são caracterizadas por arquitetura celular ou epitelial anormal nas áreas próximas à junção entre o epitélio colunar e escamoso (zona de

transição) do cérvix uterino (3) e são caracterizadas macroscopicamente como um espectro de eventos progredindo de atipia celular a vários graus de displasia ou neoplasia cervical intraepitelial (NIC), antes de progredir para carcinoma invasivo (4) (RIBEIRO, 2012).

A displasia foi categorizada em três grupos leve, moderada e severa dependendo do grau de envolvimento da espessura epitelial pelas células atípicas. O termo NIC denota todo o espectro de atipia celular confinada no epitélio. NIC foi dividido em graus I, II e III: sendo que NIC I corresponde à displasia leve, NIC II é moderada displasia e NIC III é displasia severa e carcinoma in situ (CIS) (3).

Em 2001 a classificação de Bethesda incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, sendo eles: diferenciação do diagnóstico citológico para as células escamosas e glandulares; devido às evidências do envolvimento do HPV na carcinogênese dessas lesões, a inclusão do diagnóstico (RIBEIRO, 2012).

O carcinoma invasor do colo do útero compreende dois subtipos histológicos, conforme o tipo de epitélio acometido: o carcinoma epidermóide, o mais comum, e responsável por 80% dos casos de câncer do colo do útero; e o adenocarcinoma que tem origem no tecido glandular (BRASIL, 2013). Quanto a sintomas, cita-se:

- Sangramento vaginal sem causa aparente e fora da fase da menstruação;
- Secreção (corrimento) vaginal alterada, com mau cheiro ou coloração marrom, por exemplo;
- Dor abdominal ou pélvica constante, que pode piorar ao usar o banheiro ou durante o contato íntimo;
- Sensação de pressão no fundo da barriga;
- Vontade de urinar mais frequente, inclusive durante a noite;
- Perda rápida de peso, sem explicação pré-determinada.

De acordo com Ribeiro (2012) nos casos mais grave, ou seja, câncer de colo de útero avançado ainda pode surgir outros sintomas como cansaço excessivo, dor e inchaço nas pernas, assim como perdas involuntárias de urina ou de fezes. Os sinais mencionados também podem estar relacionados por outros problemas, tais como, como candidíase ou infecção vaginal. Portanto, é aconselhada a consulta ao ginecologista para um diagnóstico correto, ressaltando-se a importância da

realização do exame o Papanicolau, para o tratamento precoce, caso seja indicado. Para a o diagnóstico utiliza-se os seguintes testes:

- Exame pélvico e historia clinica (exame da vagina, do colo do útero, do útero, ovário e reto por meio de avaliação com espéculo, exame preventivo - Papanicolau);
- Colposcopia, exame que permite visualizar a vagina e o colo do utero com um aparelho chamado colposcópio, capaz de detectar lesões anormais nas mencionadas regiões;
- Biópsia que se trata de retirada de pequena amostra de tecido para análise, caso células anormais tenha sido detectadas no exame preventivo (Papanicolau) (RIBEIRO, 2012).

Vale comentar que a prevenção terciária são as conizações, cirurgias simples realizadas para retirar do colo uterino as inflamações pré-cancerosas de alto grau. Entre os tratamentos para o câncer de colo de útero cita-se a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e também eletrocirurgia ambulatorial. Estes tratamentos serão indicados conforme o estágio evolutivo da doença, do tamanho do tumor e de fatores pessoais como o desejo de ter filhos e a idade da paciente (PARADA, *et al.*, 2008).

A citologia convencional é uma técnica bem conhecida e utilizada há mais de cinquenta anos. O pesquisador George Nicholas Papanicolaou (1949), introduziu o método e até hoje é reconhecida e utilizada na medicina. Desde então, o exame de Papanicolau é usado como ferramenta de prevenção e rastreamento do câncer do colo uterino, detectando lesões pré-cancerosas no cérvix e diminuindo significativamente as taxas de incidência e mortalidade desta neoplasia, principalmente nos países desenvolvidos (MICHALAS, 2000; COELHO *et al.*, 2008; BERNSTEIN *et al.*, 2001).

Assim, a qualidade desta técnica está diretamente ligada ao procedimento de coleta e extensão.

Deve-se fazer o uso combinado de espátula de Ayre para coletar amostra ectocervical e escovas para a coleta de amostra endocervical (GUEDES, 2002). A técnica de Papanicolau consiste:

- 1- Introdução do espéculo bivalve na vagina em sentido longitudinal-obliquo;
- 2- Afastando os pequenos lábios e imprimindo um trajeto direcionado ao mesmo tempo em que se gira o instrumento para o sentido transversal;

3- Depois de introduzido e aberto, com a extremidade em rabo-de-peixe da espátula de Ayre, faz-se a coleta com a parte maior da espátula colocada no orifício cervical, girando em 360°;

4- Coletar as células de toda superfície da zona de transição (junção escamo colunar JEC e ectocérvice);

5- A escova endocervical deve ser empregada posteriormente à espátula, especialmente nos casos em que a JEC se localiza internamente no canal cervical;

6- O material coletado deve então ser espalhado e fixado imediatamente sobre a lâmina, de maneira delicada e uniforme;

7- Visualização e análise em microscópio óptico.

Figura 2 - Coleta e extensão do material cervical do método convencional.



A citologia em meio líquido surgiu para atender às demandas de escrutínio computadorizado feito pelos aparelhos automatizados para citologia cérvico-vaginal. Para viabilizar a leitura das lâminas por computadores, era necessário um preparado que apresenta o menor número possível de artefatos e sobreposições celulares (MCGOOGAN; REITH, 1996).

2.2.1 Fatores de Risco para o Câncer de Colo de Útero

Fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o processo de carcinogênese, progredindo quando todos os mecanismos do complexo sistema imunológico de reparação ou destruição celular falham. Entre as mulheres a faixa etária de risco inicia-se dos 20 aos 29 anos com um risco aumentando rapidamente até atingir seu pico que ocorre geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (RIBEIRO, 2012).

A origem do câncer está relacionada aos hábitos de vida, cultura e exposição temporal a fatores ambientais (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007). Os fatores de

risco podem ser divididos em duas categorias: documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Mais especificamente, conforme Matta (2011), o câncer de colo de útero está associado a alguns fatores de risco tais como:

- Fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína);
- Tabagismo, visto que o epitélio cervical das fumantes tem número menor de células de Langerhans, o que facilita as lesões virais, primeiro passo no processo de carcinogênese;
- Condições mórbidas imunossupressoras, ou seja, fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), relação com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS),
- Mau hábito alimentar, principalmente relacionada à deficiência de vitaminas C e E, beta e alfacarotenos;
- Utilização prolongada de contraceptivos orais;
- Início precoce da atividade sexual;
- Exposição prévia a doenças sexualmente transmissíveis.

Em diversos estudos epidemiológicos, relatam que, além do HPV, outros fatores de risco estão relacionados ao desenvolvimento do câncer cervical, tais como: início da atividade sexual e números de parceiros sexuais. São considerados fatores secundários: o número de partos, o uso de contraceptivo oral, tabagismo, imunossupressão ou a imunodeficiência, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outros (GROSS & BARRASCO, 1999; BURD, 2003).

Estudos observados pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (2002) mostraram que o risco de uma mulher desenvolver neoplasia de colo uterino aumenta 19 vezes quando ela é infectada com o vírus do HPV, e que associados ao tipo 18, 31 ou 33 aumenta em 50 vezes. Quando é relacionado ao HPV tipo 16 este risco sobe para mais de 100 vezes, comparado a mulheres não infectadas. Foi demonstrado também que a soro-positividade para HPV 16 está fortemente associada com a detecção repetida do DNA desse vírus na cérvix. O HPV tipo 16 mantém uma forte relação com a persistência das lesões intra-epiteliais, sendo considerado um agente infeccioso de ação prolongada (RAMA *et al.*, 2006).

A associação do uso de anticoncepcional oral (ACO) e câncer do colo, porém existem controvérsias. A contracepção hormonal por menos de cinco anos parece

não aumentar o risco. Porém, mulheres que referem uso de ACO de 5 a 9 anos tiveram 2,8 vezes maiores chances de desenvolver câncer em relação às que nunca utilizaram. Esse risco aumenta quando a exposição ao ACO é relatada pelo período de mais de dez anos, passando a ser quatro vezes maior. Uma metanálise mostrou que o uso por longa duração aumenta o risco de câncer cervical (SMITH *et al.* 2003).

Segundo Muñoz *et al.* (2002), Skegg (2002) e Burd (2003), alta paridade é um fator consistente para o câncer cervical em mulheres que possuem DNA do HPV. O fator de risco dobra nas que tiveram 4 filhos, quando comparado com as que tiveram 1 ou nenhum.

2.2.2 Papilomavírus Humano - HPV

As principais alterações nas células do colo do útero são causadas pela infecção do vírus papiloma humanas (HPV), mostrando-se na atualidade em altas cargas virais e representa o principal fator de risco conforme Trottier e Franco (2006) e Loureiro e Cruz (2008) e Ribeiro (2012).

Existem mais de 100 subtipos virais do HPV que já foram genotipáveis, dentre os quais, os tipos 16 e 18 estão associados a maior risco carcinogênico, estando presente em 70% dos casos do colo do útero (BRASIL, 2013).

Seu agente etiológico é um vírus de DNA não cultivável do grupo papiloma vírus. Atualmente, são conhecidos, mais de 100 tipos diferentes desses vírus e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, corpo do períneo, região perianal e anal (PARADA *et al.*, 2008).

Portanto, HPV, vírus de transmissão frequentemente sexual, é capaz de provocar lesões de pele ou mucosas, mais especificamente, a transmissão da infecção ocorre por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital (contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal). Ressalta-se que o uso de preservativos (camisinha masculina ou feminina) durante a relação sexual com penetração protege do contágio pelo HPV, ainda que parcialmente (RIBEIRO, 2012).

Destaca-se que sua prevalência na população em geral é alta, sendo que, cerca de cinco a vinte por cento das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares (BRASIL, 2009). Estudo realizado em 22 países localizados nos cinco continentes demonstrou prevalência de 99,7% de HPV nos carcinomas cervicais uterinos (WALBOOMERS, 1999 *apud* BRASIL, 2013).

A prevalência de infecção pelo HPV é alta na população feminina, mas, em muitos casos, essa infecção é transitória e regride espontaneamente. No entanto, quando há persistência de um determinado sorotipo viral com potencial oncogênico, pode haver a formação de uma lesão de baixo grau, que pode progredir para um carcinoma invasivo (BRASIL, 2013).

Para que uma lesão precursora se desenvolva a um câncer é necessário que o DNA viral seja integrado ao material genético da célula hospedeira para que a sequência de alterações a nível histológico aconteça. Na história natural da doença as, [...] Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions – LSIL simplesmente refletem a manifestação citológica da infecção pelo HPV e não representam lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, regredindo espontaneamente na maior parte dos casos. Em contrapartida, as HighGrade Squamous Intraepithelial Lesions – HSIL apresentam efetivamente potencial para progressão, tornando sua detecção o objetivo primordial da prevenção secundária do câncer do colo do útero (IARC, 2007 *apud* BRASIL, 2013, p. 44).

O risco de progressão para uma lesão invasiva, segundo Ribeiro (2012), depende de condição e interação de fatores tais como: o genótipo viral (os tipos virais 16 e 18 têm maior potencial oncogênico, a carga viral, e fatores intrínsecos e individuais do organismo da mulher como o sistema imune e a presença de comorbidades associadas). Ressalta-se, mais uma vez que a prevenção primária do câncer do colo de útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo Papiloma vírus humano (HPV).

2.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O referido exame preventivo aparece em 1917, descoberta do Dr. George Nicolau, após analisar alterações celulares das regiões da cérvix e vagina, além de alterações apresentadas nas diferentes fases do ciclo menstrual. Este preventivo só passou a ser utilizado na década de 40, recebendo a denominação de exame de Papanicolau, “devido ao sistema de coloração utilizado, que consiste na coleta de material celular por meio de raspagem nas regiões do fundo do saco vaginal, cervical e endocervical” (SILVA *et al.*, 2010, p. 555). Ressalta-se que foi no final dos anos 1960 que o Papanicolau passou a ser realizado no país.

Toda mulher deve ser instruída sobre a importância da realização do exame Papanicolau, qual, apesar de ser um exame simples, gratuito e de fácil acesso, ainda há falta de informação e conscientização quanto ao exame, cabendo ao profissional enfermeiro estabelecer ações e condutas preventivas no diagnóstico

precoce a esse tipo de doença, por meio do referido exame que tem como finalidade identificar precocemente as lesões precursoras com elevado potencial de malignidade ou carcinoma.

Precisa ser executado em uma faixa etária de 25 a 64 anos e mulheres que já tenham realizado atividade sexual. É um exame indolor, de baixo custo, e eficaz, sendo feito mediante coleta de material citológico¹³. Para tanto, é preciso garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, assim como a busca ativa de pacientes.

Esse tipo de exame é considerado como mecanismo mais apropriado, adequado e de baixo custo para o rastreamento do CCU, que consiste no raspado ou esfregaço de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, com alcance tanto para prevenção quanto o diagnóstico de outras enfermidades.

Na realização do exame, a mulher fica em posição ginecológica e é introduzido o especular na porção posterior do introito e aos poucos avançado até o ápice da vagina. A extremidade do espéculo pode ser então elevada e ligeiramente girada para uma posição transversal, em sentido anti-horário, sendo o orifício vaginal mantido aberto.

Em seguida, o espéculo é lentamente aberto com a espátula de Ayres, girando na ectocérvice, seguido por uma raspagem com escova cervical rodada. No endocérvice, o tecido adquirido é espalhado sobre uma lâmina de vidro e fixado imediatamente. Observa-se:

O Exame Papanicolau é executado no centro de saúde pelo profissional médico e/ou enfermeiro instruído e capacitado e é primordial no como rastreamento e prevenção para o câncer uterino, possuindo alta eficiência na detecção precoce das lesões precursoras do câncer invasivo e que, se detectadas precocemente, são capazes de ser curadas.

Há também como fator de dificuldade para a prática do exame, os relacionados aos sentimentos das pacientes como medo, vergonha, ansiedade, timidez. No entanto, é apontado, por várias mulheres, como uma técnica invasiva, que gera receio, timidez, angústia, aflição e repúdio da própria genitália, gerando prolongados adiamentos na busca do serviço de saúde. Portanto, é fundamental que o profissional enfermeiro que executa esse exame tenha um comportamento técnico e ético no caminho de proteger a intimidade da mulher.

Conhecer os fatores que dificultam a realização do EC é fundamental para traçar o perfil populacional das mulheres e dessa maneira possibilitar a criação de estratégias mais adequadas, a cada realidade o que conseqüentemente venha a favorecer o rastreamento e diagnóstico precoce desta neoplasia.

O exame preventivo Papanicolau, considerado a prevenção secundária, é simples, rápido e indolor, com um mínimo desconforto, podendo ser realizado, inclusive em mulheres grávidas (SILVA, 2019).

A coleta do exame citológico nas unidades básicas de saúde pode ser realizada pelo profissional médico, mas comumente é realizada pelo profissional enfermeiro, sendo este resguardado pela resolução COFEN 381/2011. Essa lei normatiza a execução pelo enfermeiro da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolau.

A realização do exame preventivo (Papanicolau) e a vacinação se completam para a prevenção deste câncer, mas a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos do HPV, então mesmo as mulheres vacinadas, a partir dos 25 anos, são imprescindíveis o exame preventivo periódico.

O exame citológico é fundamental na detecção precoce do câncer de colo de útero, para Oliveira *et al.*, (2010, p.386) “O exame de prevenção pela técnica de Papanicolau ou citologia oncológica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina que permite, a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais”.

De acordo com o INCA (2000, p. 351) “O diagnóstico precoce pode ser feito em 90% dos casos pelo exame de Papanicolau”.

Segundo BRASIL (2013, p.26) a primeira diretriz para linha de cuidado oncológica, descreve prevenção e a detecção precoce:

Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer. Estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta. Acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011a).

Apesar do câncer de colo do útero ser o quarto mais comum e mortal entre as mulheres, segundo Parada (*et al.*, 2008) é um tipo de tumor que apresenta maior

potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e para tal, o exame preventivo é um dos mais eficazes métodos para sua detecção precoce.

A dinâmica natural da doença até o desenvolvimento de uma lesão invasora apresenta um longo período de evolução e de lesões precursoras que permite que o rastreamento desse tipo de câncer seja viável e que a identificação precoce evolua para a cura na grande maioria dos casos (BRASIL, 2016). Portanto, a detecção precoce desta neoplasia ou das lesões precursoras, o que ocorre ainda em nível ambulatorial, é imprescindível já pode chegar à cura na maioria dos casos.

Pode ser diagnosticado em mulheres com idade entre 35 e 44 anos, sendo que a idade média no momento do diagnóstico é aos 50 anos. Raramente se desenvolve em mulheres com menos de 20 anos. Muitas mulheres mais velhas não tem conhecimento que o risco de desenvolver câncer ainda está presente à medida que envelhecem, pois 20% dos casos são diagnosticados em mulheres com mais de 65 anos. No entanto, de maneira geral, esse câncer raramente ocorre em mulheres que realizam exames regulares de antes dos 65 anos (PARADA *et al.*, 2008).

Diretrizes atuais não recomendam o exame em mulheres que nunca tiveram relação sexual por não terem sido expostas ao fator de risco (BRASIL, 2016). As recomendações mais atuais preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação a realização do referido exame citopatológico compreende:

- Início da coleta aos 25 anos de idade, em mulheres que iniciaram a atividade sexual aos 12 anos;
- Realização dos dois primeiros exames com intervalo anual. Se ambos resultados forem negativos, o rastreamento deve ser mantido até os 64 anos, com intervalo de 3 em 3 anos;
- O rastreamento deve ser interrompido aos 64 anos, sendo que, naquelas mulheres sem histórico de lesões precursoras, quando tiverem dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos (BRASIL, 2016).

No Pará, a Secretaria de Estado de Saúde Pública (Sespa) lançou em 2019, a Campanha “Março Lilás Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero”, para o Estado inteiro.

Ilustração 4: Março lilás – Pará



Fonte: <https://www.google.com>. 2019.

A referida campanha objetiva chamar a atenção da população paraense sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce. Busca mobilizar mulheres de 25 a 64 anos para realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (PCCU) nas unidades de saúde; estimular à vacinação contra HPV, bem como, realização de mutirões de procedimentos de diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino, por meio de consultas especializadas, (colposcopia, biópsia e exérese de zona de transformação do colo do útero (EZT)). Os referidos mutirões incluem o atendimento de mulheres na Unidade de Referência Materno-Infantil e adolescente, cirurgias de câncer do colo do útero cirurgias ginecológicas (VILANOVA, 2019).

2.4 O SUS NO RASTREAMENTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da necessidade de mudança do modelo de saúde no Brasil, dentro de um contexto histórico e social (VIEGAS; PENNA, 2013).

Conforme é apresentado na lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que possui como disposição as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dar outras providências, o SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da

administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

Assim, o SUS surge em um contexto político-econômico-social, que demandava mudanças na estrutura organizacional do modelo de atenção à saúde vigente no país até a década de 80. O surgimento do SUS caracteriza uma mudança na visão acerca do contexto da saúde (SANTOS *et al*, 2011).

A criação do SUS visa modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando o atendimento público um direito a todo brasileiro, sendo ofertados serviços na atenção primária, secundária e terciária. A estrutura organizacional do SUS é realizada através de ações e serviços públicos de saúde que passaram a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 182).

Para Starfield (2002), o nível primário de atenção serve de base para os sistemas de saúde, determinando a operacionalização dos outros níveis de atenção. Favorece-se, assim, a organização e racionalização da utilização dos recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Para a autora, a APS é entendida como o nível do sistema de saúde que é a porta de entrada do usuário com demanda de saúde, devendo ser oferecido ao indivíduo atenção integral.

Como características, a atenção básica apresenta a implementação de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações adscritas em territórios definidos e as equipes assumem a responsabilidade sanitária. Utilizam-se tecnologias assistenciais complexas e diversificadas a fim de atender as demandas e necessidades de saúde dentro de um território específico (BRASIL, 2012).

2.5 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Observa-se que o diagnóstico precoce na detecção do câncer uterino é de grande relevância para o sucesso do tratamento e controle da doença, principalmente quando se trata do alto índice de mortes por causa dessa enfermidade que ocorrem na maioria dos casos, por conta do diagnóstico tardio. Assim, o valor da atuação do enfermeiro nos procedimentos primários que podem

levar á detecção da anomalia, vai muito além, passando por um acompanhamento até o diagnóstico conclusivo e, posteriormente, culminando com o tratamento (ZEFERINO, 1997).

Fazendo referência a ESF o profissional enfermeiro surge neste contexto como integrante desta equipe e gestor do serviço de saúde. De acordo com a lei do exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1.986, a direção, chefia, organização, planejamento, coordenação e avaliação dos serviços prestados em instituições de saúde, correspondem a funções privativas do profissional enfermeiro.

Figueiredo (2016) coloca ainda como atividades de responsabilidade deste profissional, realizar consultas de enfermagem de modo a atender todos os famílias e indivíduos cadastrados sob o território de sua responsabilidade, gerir prover e prever insumos necessários para funcionalidade da instituição e realizar procedimentos.

Ligado ao exercício da atividade, outra função deste profissional, é realizar orientações do procedimento do exame Papanicolau, assim como da importância da realização deste, solicitar exames, prescrever medicamentos de acordo com o protocolo da instituição, encaminhar adequado a demais componentes da equipe multiprofissional diante da detecção de alterações citológicas, realizar visitas domiciliares, detectar situações de vulnerabilidade bem como, planejar e executar atividades voltadas para o diagnóstico precoce, ademais, desenvolver atividades de educação em saúde em grupo, com vistas, principalmente a divulgação principais fatores de risco e apresentação de condutas consideráveis saudáveis (SANTOS *et al*, 2011).

Ao que se refere às atividades de educação em saúde, o enfermeiro é inserido nesse contexto, a considerar a relação diálogo-reflexiva, entre o cliente e este profissional. Pois, tal profissional, além de possuir arcabouço de conhecimentos teórico e científico, desenvolve atividades mais próximas ao cliente e comunidade, o que permite uma relação mais estreita entre esses elementos, favorecendo que, por meio do diálogo, a dimensão de saúde-doença seja percebida pelo cliente, estimulando sua reflexão e mudança de hábitos (ZEFERINO, 1997).

Ainda abordando a questão de educação em saúde, ao perceber os resultados que esta pode alcançar, no controle e combate dos mais diversos agravos, o MS passou a investir em diversas estratégias. O trabalho de prevenção estende-se desde um atendimento individualizado até medidas coletivas, é

importante colocar que todas as ações desenvolvidas, devem considerar crenças, valores, culturas, religião e arcabouço de conhecimento da população, a fim de ampliar os resultados positivos do trabalho desempenhado e aceitação do público (SANTOS *et al*, 2011).

Nesse sentido, percebe-se como indispensável para este serviço, a presença do profissional enfermeiro. Vale destacar ainda, no que se refere ao câncer de colo uterino, o enfermeiro possui figura ainda mais relevante, ressaltando que é responsabilidade deste profissional a promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como ações que possibilitem tratamento e reabilitação, vale deste modo citar a resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 381/2011, a qual coloca no Art. 1º que, “no âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro” (MENDES, 1999).

Deste modo, é importante que o enfermeiro assuma o seu papel enquanto profissional com tal arcabouço de responsabilidades e busque meios e estratégias que alcancem as mulheres, principalmente as que possuem fatores de risco para o desenvolvimento desta doença, para encorajá-las e auxiliá-las a formular suas próprias metas de saúde, acolhendo, acompanhando, orientando, esclarecendo dúvidas e fornecendo novos conhecimentos sobre a doença, esquematizando atividades comunitárias e individuais para que haja eficácia na promoção de saúde, e quando necessário auxiliar no enfrentamento da doença (SANTOS *et al*, 2011).

O enfermeiro possui papel de extremo valor frente à prevenção, não somente ao que se refere ao câncer cervical, como também prevenção de outras doenças e agravos, sendo de fundamental valor a conduta adotada por este profissional ao longo de um atendimento, a destacar que esta, pode ser um fator determinante na assistência prestada ao cliente (MENDES, 1999).

Nesse processo, é de fundamental a estima que o profissional de enfermagem possua uma qualificação que esteja à altura das suas atribuições, uma vez que os procedimentos adotados nos exames iniciais para a detecção de alguma anomalia devem ter a margem mínima de erro possível. Do contrário, quaisquer ações, intervenções e/ou procedimentos adotados pelo enfermeiro, pode representar danos graves e (em alguns casos) irreparáveis à saúde da paciente (TEIXEIRA, *et al.*, 2017).

Contudo, o papel do profissional de enfermagem vai além da ação técnica e meramente formal, muitas vezes chegando mesmo a ultrapassar os limites do âmbito do conhecimento técnico e formal, e adentrando ao lado humanitário, onde o enfermeiro faz uso do seu conhecimento de psicologia aliado ao aspecto solidário inerente a esse tipo de profissional, e atuando como conselheiro e ouvinte da paciente quando se fizer necessário (MENDES, 1999).

Todavia, pesquisas recentes chamam atenção à necessidade de capacitação desses profissionais em relação ao tema, devido ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco, métodos de triagem e ausência de educação permanente, aspectos que podem comprometer o desempenho profissional e a efetividade das ações propostas pelo Ministério da Saúde para controle da doença (TEIXEIRA, *et al.* 2017).

Promover a formação dos profissionais de enfermagem representa uma forma de desenvolvimento de ação do programa de prevenção ao câncer de colo do útero, contudo essas ações para serem mais eficientes e eficazes, precisam estar voltadas para a formação no sentido de promover o conhecimento acerca da matéria, ou seja, de modo geral os enfermeiros recebem formação para lidar com toda espécie de pré-atendimentos em termos de saúde, mas quando se trata do câncer de mama, é imprescindível que a formação tenha um capítulo à parte voltado para a realidade oncológica (ZEFERINO, 1997).

Uma vez que o primeiro atendimento á cliente pode se tornar uma ação de fundamental importância para desenrolá-lo dos fatos, é indispensável que o profissional que fizer esse primeiro atendimento realmente entenda as etapas e os procedimentos que se seguem a cada uma delas, e qual ação deve seguir-se a cada fase, bem como realizar a triagem dos casos mais graves e o de menos risco e para onde encaminhar os casos conforme o seu nível de gravidade (TEIXEIRA, *et al.*, 2017).

Os enfermeiros são responsáveis no combate à prevenção do câncer uterino. São eles os primeiros a terem contatos com os pacientes e são os mesmos que realizam programas através do SUS sobre a prevenção da doença, dessa forma os seus ações preliminares podem ajudar de forma substancial na prevenção e no tratamento ao câncer de colo de útero (TEIXEIRA, *et al.*, 2017).

Ash & Stromborgi (1999), as Secretárias de Saúde de cada Município coordenam um programa de treinamento relacionado a estratégias de detecção, prevenção e controle do câncer, nos países em desenvolvimento, onde estudos

constatarem ser nestes países o maior índice de ocorrência da doença. Esse programa oferece treinamento a cada dois anos, e já tem dado formação a enfermeiras (os) de mais de 50 países. Dessa forma tem estimulado o interesse e ajudado no conhecimento de prevenção primária dessa doença, além de que tem expandido em todo o mundo a quantidade de profissionais preparados que atuam na área da enfermagem para desenvolverem estratégias que possibilitam a detecção e prevenção precoce nos países onde atuam.

Contudo, o que se percebe é que diante no combate ao câncer, não bastam apenas ações, pois por mais que haja ações desse tipo também é necessário que os governantes desenvolvam políticas eficientes de assistência médica voltada para a causa no sentido de se desenvolver em grande escala estudos relacionados à oncologia e que se promova a acessibilidade às informações e atendimento médico emergencial mediante quaisquer suspeitas e/ou diagnósticos precoces relativos ao câncer de mama (MENDES, 1999).

Embora essa seja uma realidade factual e inegável, não há justificativa para a não mudança dessa crise constante, bem como igualmente é inaceitável a não existência de um projeto abrangente que seja especificamente voltado para a questão organizacional dos trabalhos e ações de detecção e prevenção oncológica que esteja em conformidade com a realidade de cada região e cada cultura, levando-se em consideração os aspectos individuais e coletivos quanto à epidemia, estratégia e rotina social no combate a câncer de colo do útero que a cada dia vem fazendo mais vítimas quando muito se pode fazer para minimizar essa realidade (MENDES, 1999).

Contudo, é relevante conhecer a realidade situacional dos profissionais de enfermagem no âmbito de prevenção, de maneira que se conheça e entenda as suas reais motivações, e qual o índice de participação desses profissionais nos programas de formação e treinamento na luta preventiva, bem como seu desempenho nas ações que viabilizam o tratamento e a reabilitação; e, ainda, no uso correto dos recursos materiais e humanos e a devida aplicação de métodos e técnicas no enfrentamento dos desafios que surgem frente à luta contra o câncer de colo de útero (MENDES, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é de revisão de literatura, de caráter descritivo. Segundo Vieira (2001), pesquisa bibliográfica é um resumo de literaturas especializadas sobre o tema que se pretende abordar e desenvolver, onde o pesquisador colocará sua ideia, mas sempre abrangendo achados significativos do autor principal, que contribua para o desenvolvimento do assunto. O estudo inclui: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. Com base em todo material revisado procura-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

Na revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário à apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não (GIL, 2002). Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

Para a construção dos resultados e discussão foram utilizados 08 artigos de diferentes autores e temas de acordo com o referido estudo.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram selecionados os artigos no qual obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado entre os períodos de 2008 a 2015 em língua portuguesa e que se encontravam completos e abordassem a temática depressão, atenção primária e enfermeiro. Todos os artigos que não obedeciam pelo menos um dos critérios de inclusão foram excluídos.

3.3 ANÁLISE DISCURSIVA

Faz-se necessário a organização das fundamentais opiniões adquiridas de maneira a consentir com os objetivos do estudo. Então, no momento da análise concisa do material escolhido, foram determinadas as categorias a serem abordadas, sendo destacadas as categorias a seguir: câncer do colo do útero prevenção e descoberta, o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Diante dos aspectos éticos o presente estudo realizou o uso de pesquisas elaborado por autores diferentes através de suas teorias em estudos bibliográficos com referencias e citações atualizadas. Por isso trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e com isso não houve a necessidade de uma análise do Comitê de Pesquisa de ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através de autores e obras de acordo com o estudo em evidencia é possível observar os artigos que foram utilizados para a revisão de literatura apresentada nesta categoria.

Almeida (2013) com o tema de seu trabalho O Câncer de colo do útero: Fatores de risco e detecção precoce. E com o objetivo de Demonstrar de que forma o acompanhamento correto em consultas é essencial na descoberta e prevenção da doença.

Souza *et al.* (2014) descreve em seu estudo o Perfil do Câncer Uterino e a relação entre fatores de risco. Com a finalidade de Avaliar quais os fatores que influenciam para os fatores de risco como bebidas, tabagismo, drogas, casos na família e anticoncepcionais na prevenção do câncer de colo do útero.

Já Caldeira *et al.* (2012) em seu estudo com o tema sobre os Fatores de risco que elevam o número de CCU. Buscando Diagnosticar quais são os principais fatores que determinam o quadro de câncer uterino e há que ele está ligado.

SILVA *et al.*, (2012) em sua análise com o estudo sobre os Fatores de risco associados ao Câncer de colo do útero. E com o objetivo de demonstrar de que forma são identificados os fatores de risco do câncer Uterino através do acompanhamento a mulheres.

Pereira (2010) buscou uma análise demonstrando os Fatores de risco e prevenção do CCU. E assim Identificar por meio do acompanhamento e entrevistas para descoberta do que pode levar essa paciente ao enquadramento do câncer uterino.

Rebelo (2013) em seu trabalho sobre O enfrentamento da problemática do câncer de colo do útero. Objetivando Diagnosticar através de consultas rotineiras o problema do câncer no país e ajudar no acompanhamento dessas mulheres.

Para melhores entendimentos esse trabalho busca Prevenções e os principais fatores que ligam ao CCU Identificar as principais causas que fizeram com que essa mulher fosse diagnosticada com CCU (COELHO, 2011).

Em um estudo sobre as Principais causas do câncer de uterino, e com o intuito de Demonstrar através da literatura bibliográfica as principais causas e sintomas do CCU (SANTOS *et al.*, 2008)

4.1 AVALIAÇÃO DA CONDUTA DO ENFERMEIRO COM RELAÇÃO AO NIC I, II, III

A correlação entre os exames de citologia e histopatologia no nosso serviço está em torno de mais de 90,0%. Fato esse, de extrema importância para o trabalho do enfermeiro, pois é uma medida de qualidade e para o profissional que pode ter sempre o seu trabalho positivo, e com a possibilidade auxiliar a paciente na detecção do câncer uterino (PARADA *et al.*, 2008).

Com isso o enfermeiro nas consultas e acompanhamentos analisa o grau em que se apresenta a doença, ou sua detecção precoce e assim baseando-se a classificação bimodal que divide as lesões intraepiteliais escamosas em baixo correspondendo à NIC I e alto grau correspondendo ao NIC II e NIC III. Isso é baseado nos aspectos morfológicos aliados à conduta terapêutica e ao HPV (FERREIRA, 2015).

As lesões precursoras do Carcinoma Escamoso da Cervix Uterina, então, foram divididas e sendo auxiliar no trabalho do enfermeiro no atendimento e verificação de exames, no entanto se tem:

Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) NIC I/displasia leve, historicamente compreende a uma lesão com certa preservação da estrutura do epitélio de origem epitélio escamosa. Normalmente é um processo autolimitado, causado por vários sorotipos de HPV tanto de alto como de baixo risco oncogênico (FERREIRA, 2015).

Critérios Histológicos (NIC I): Epitélio escamoso ainda com preservação da maturação, embora esta esteja alterada, associação, com efeito, citopático pelo HPV principalmente nas camadas superiores do epitélio escamoso; atipias celulares mais frequentes nas células maduras; hiperqueratose, hiperplasia da camada basal, Bi ou multinucleação, o fundo do esfregaço, normalmente é limpo (SOUZA, *et al.*, 2014).

Correspondendo aos achados histológicos, as células anormais no esfregaço derivam das células maduras superficiais e intermediárias displásicas: Coilocitos, Aumento discreto na relação núcleo/citoplasma, hipercromasia (não intensa); Cromatina relativamente uniforme; Contorno nuclear ligeiramente irregular (PEREIRA, 2010).

Já diante da Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) (NIC II/ NIC III, displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ). Esse grupo de lesões exibe uma variedade de padrões histopatológicos e citopatológicos capazes de causar

controvérsia diagnóstica mesmo nos observadores mais experientes (REBELO, 2013).

Critérios Histológicos NIC II: Maturação epitelial alterada, com camadas desorganizadas, Atipias nucleares em todas as camadas, principalmente nas profundas, Cromatina grosseira, Coilocitos menos frequentes, Mitoses típicas e atípicas em várias camadas (PARADA *et al.*, 2008).

Critérios Histológicos NIC III, são semelhantes as NIC II, porém mais acentuados. E apresentam perda da maturação e desorganização em todas as camadas do epitélio, Coilocitos raros ou ausentes, Células imaturas, Mitoses atípicas podendo ser observadas em todas as camadas, O fundo do esfregaço mostra inflamação, Aumento da relação núcleo/citoplasma, Núcleo irregular, hipercromático, Cromatina fina ou grosseira, Membrana nuclear irregular, Células isoladas ou em grupos, Células mais imaturas e menores (FERREIRA, 2015).

O enfermeiro tem a capacidade e competência de desenvolver um processo de trabalho educativo junto a sua equipe e a clientela, na divulgação de informações atualizadas, no tocante a fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando e adotando para si modelos de comportamento e hábitos saudáveis. Nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Deve-se ressaltar a importância dos profissionais da Unidade de Saúde da Família e dos Programas desenvolvidos no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos da comunidade assistida. Esses programas podem adquirir os mais diversos formatos: Realização de palestras e eventos educativos com as usuárias; orientação quanto à importância do uso do preservativo quando necessário e a importância da higiene genital; incentivo à mulher para a realização do exame ginecológico com regularidade, para detecção de afecções ginecológicas e doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer cérvico-uterino; aconselhamento às mulheres quanto a não usar com frequência roupas apertadas, e, se possível, dar preferência em especial a roupas íntimas de algodão; estímulo a mulheres quanto a procurar a USF, quando apresentar alguma alteração vulvo-vaginal (PARADA *et al.*, 2008).

A atuação do enfermeiro frente à implantação, planejamento, organização, execução e análise do processamento de enfermagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem é ajudar o direcionamento das ações da equipe de enfermagem para a resolução ou minimização das necessidades individuais dos pacientes. Com isto, ele contribui no reconhecimento precoce do processamento saúde-doença, realizando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Em suma, o desempenho do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção do câncer é de extrema importância, suas atividades são desenvolvidas em múltiplas dimensões. É nesse desempenho que se constrói o vínculo necessário à prática que resulta favorável e se fundamenta no entendimento da existência local e análise constante dos resultados para sistematizar as ações que visam à diminuição do dano pela doença.

4.2 ANÁLISE DA CONDUTA OU ESTRATÉGIA DO ENFERMEIRO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Segundo Tancredo (2013) os desafios para a equipe de enfermagem são enormes, uma vez que é necessário que a mulher se deixe ajudar no momento delicado de sua trajetória, pois a mesma pode não concordar, não acreditando no diagnóstico descoberto no exame, assim a equipe de enfermagem deverá encaminhar a mesma para um médico especialista.

Romão (2012) descreve que o enfermeiro é essencial na busca de tranquilizar e auxiliar a mulher em como agir e realizar o tratamento correto para a mesma, dessa forma é necessário que seja feita uma entrevista de todas as formas com a paciente para que assim possa buscar um entendimento que leve a causa da doença.

Tancredo (2010) relata que a equipe de enfermagem é que possui contato contínuo com as mulheres, durante consultas realizadas periodicamente nas Unidades Básicas de Saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) é um Programa do Sistema de Saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial, incluindo em sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gerando assim, um cenário favorável à

reorganização do modo de rastreamento do câncer de colo do útero (VALE *et al.*, 2010; INCA, 2010; OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Diante disso, é imperativo que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, tenham seu olhar voltado para essa realidade, pois a morbimortalidade por tal afecção pode ser reflexo de ações e políticas de prevenção deficitárias. Além disso, vencer as barreiras para uma melhor adesão da mulher ao exame preventivo significa dar atenção aos relatos e experiências de quem faz o exame para identificar o significado deste para as mulheres, que a ele se submetem, de modo a daí extrair informações e argumentos para planejar e adequar às orientações de prevenção (PARADA *et al.*, 2008).

As ações realizadas abrangem todos os níveis de atenção à saúde e na atenção básica se torna possível o maior alcance das mesmas, devido ao maior contato dos profissionais da saúde com a comunidade. Dentro deste contexto, o enfermeiro exerce papel essencial dentro das equipes de PSF e a sua conduta ao longo do atendimento pode ser um fator determinante na assistência prestada (PARADA *et al.*, 2008).

A Atenção Básica à Saúde possui um papel estratégico no controle do câncer no país, pois atua em várias dimensões da linha de cuidados para esta doença. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) a Atenção Básica envolve “ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados” (BRASIL, 2009, p. 24).

Além disso, este programa visa estabelecer vínculos entre as equipes de referências e as famílias por meio das visitas domiciliares, objetivando uma maior resolubilidade da atenção, um maior acompanhamento da saúde das mulheres, além de permitir uma maior sensibilização e compreensão quanto à realização periódica da citologia oncótica preventiva. No contexto do rastreamento, isso possibilitaria a identificação e busca ativa das pacientes sob risco e sem controles, sendo o enfermeiro um dos membros mais importantes na realização desta busca (VALE *et al.* 2010; INCA, 2010; OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Os profissionais da Enfermagem estão engajados em todas as ações relacionadas a essa neoplasia, e, por intermédio de ações educativas com a participação da comunidade, o conhecimento sobre a doença é transmitido, dúvidas

sobre a realização do exame são esclarecidas e a comunidade descobre o quão significativo é a realização desta prevenção.

Considerando que o câncer de colo uterino está listado como um dos principais tipos de câncer que acomete as mulheres e que representa um sério problema de saúde pública no Brasil, é merecida uma atenção especial por parte dos enfermeiros que atuam na atenção básica.

Nesse contexto, os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e por intermédio do vínculo com as usuárias, concentra esforços para diminuir os tabus, mitos e preconceitos e buscar a convicção da população feminina sobre as vantagens da prevenção. Para o planejamento das atividades e estratégias, são consideradas e respeitadas às peculiaridades regionais, envolvimento das lideranças comunitárias, profissionais da saúde, movimentos de mulheres e meios de comunicação.

4.3 PANORAMA SITUACIONAL QUANTO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo de útero está classificado como o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. É responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde (2011 *apud* Freitas, 2012), afirmara que houve grande aumento no número de casos a partir de 1960, com aproximadamente 500 mil novos casos por ano, passando a ser o quarto tipo de câncer mais comum, apresentando até 2011, uma média de 18.500 novos casos anuais (INCA, 2011).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a região Norte se destaca no cenário nacional por ser a única onde o câncer uterino é o mais incidente e é a maior causa de morte por câncer entre as mulheres, superando o câncer de mama, que é o maior do país. “A estimativa conforme o Inca é que haja 860 novos casos de câncer do colo uterino em 2019, no Pará” (SILVA, 2019).

Segundo o Atlas de mortalidade por câncer, em 2018, foram 570 mil novos casos, inicialmente com estimativa de 15.590 novos casos e número de mortes de 6.426. Observa-se uma média de 18.500 novos casos por ano, estimando-se que para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados 16.590 novos, com risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição de causa de mortes (INCA, 2020).

A mortalidade causada por Câncer de colo de útero no país mostra que em 2013 foram registradas 5.430 mortes, para o ano de 2016 foram estimados 16.340 casos novos da doença (BRASIL, 2017). Em 2017 foi de 6.385 por região brasileira, sendo: 879 na região Norte, no Sudeste 2.066, no Sul 932, 458 na região Centro-Oeste e 2.050 no Nordeste, sendo que, por exemplo, no Maranhão e nos Estados região Norte, o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar nas causas de câncer e de morte entre as mulheres, estando à frente inclusive do câncer de mama (INCA, 2017).

No Pará, e demais Estados da Região Norte, o câncer de colo do útero é o primeiro entre as mulheres, enquanto no restante do Brasil fica em terceiro lugar, sendo superado pelo câncer de mama, que ocupa a primeira posição (VILANOVA, 2019).

Dados coletados das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Ophir Loyola (HOL), Hospital regional do Baixo Amazonas (HRBA) e Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), de 2009 a 2016, o câncer do colo do útero foi o mais prevalente no Pará com 2.537 casos. No que se refere aos óbitos por câncer cervical, o Pará vem registrando queda desde 2016, quando foram registrados 350 óbitos. Caiu para 346 óbitos em 2017 e 321 em 2018, mas as estimativas ainda são preocupantes e alarmantes (SILVA, 2019).

A estatística do câncer de colo de úteros no Estado do Pará demonstrava já panorama bastante preocupante, pois, do ano de 2009 a 2016, a prevalência foi 4.668 casos, com estimativa para 2019 de 860 novos casos. Só nos hospitais públicos foram atendidas 527 pacientes em 2015 e 646 mulheres em 2016. A faixa etária mais atingida pela doença é de 35 a 49 anos, com 35% dos casos. Em seguida, estão mulheres de 50 a 64 anos, com 25% dos casos, e de 65 a 79 anos, com 23%. As estatísticas mostram ainda que o câncer de colo do útero foi responsável por 350 mortes em 2016; 346, em 2017, e 321 em 2018 (VILANOVA, 2019).

A partir da década de 1970, surgem as primeiras campanhas para rastrear o câncer de colo de útero, porém nos Estados brasileiros mais ricos. No entanto, a reforma sanitária do final dos anos 1980 e a ação dos movimentos sociais em defesa da saúde da mulher levaram a uma política nacional de controle da doença no país. Nos anos 1990, com o Sistema Único de Saúde, o INCA passou a coordenar essa política (SILVA, 2019).

Em 1996, iniciou-se a implantação de um programa de controle do câncer de colo do útero, rastreamento que se estendeu nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Em 2002, as campanhas se transformaram em um programa permanente, englobando aperfeiçoamento da rede de atenção à doença, assessoria técnica aos estados e o monitoramento de suas ações (RIBEIRO, 2012).

Mais especificamente, em 1998, foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), objetivando detecção precoce, bem como, a diminuição das sequelas de ordem física, psicológica ou social. Para tanto, apontava-se para a definição da população-alvo, periodicidade para o rastreamento; disponibilização de materiais, recursos humanos e uma rede de assistência, como também, sistema de informação contínua para monitoração do rastreamento (SILVA, 2019).

Em 2006, criou-se o Pacto pela Vida, com ações de controle e prevenção do câncer do colo do útero, com ênfase no rastreamento e no acompanhamento de mulheres com lesões precursoras, visando à redução da incidência e mortalidade por esse tipo de neoplasia. Mas, por conta das diversidades regionais do país, ainda são elevadas as taxas de incidência dessa patologia (RIBEIRO, 2012).

No ano de 2014 o ministério da Saúde programou no calendário a vacina tetravalente contra o HPV, chamada de prevenção primária, sendo necessárias duas doses, para meninas de 9 a 13 anos, com extensão, em 2017, para 14 anos e para meninos de 11 a 14 anos. A vacina protege contra os tipos do HPV 6, 11, quais causam verrugas genitais, 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% de câncer de colo de útero. Ressalta-se que por meio desta vacina, estimativa apontam que, por exemplo, até 2028, o referido câncer estará erradicado na Austrália.

CONCLUSÃO

A análise realizada neste estudo buscou clareza quanto ao papel e à atuação da enfermeira da estratégia de saúde da família na prevenção do câncer de colo do útero. Verificou-se, por meio da revisão de literatura realizada, que o câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna, cuja taxa de mortalidade tem aumentado cada vez mais, figurando como um problema de Saúde Pública. No entanto, apresenta com alto potencial de prevenção e cura, isso quando diagnosticado precocemente, constatação que aponta para o papel do enfermeiro, ao realizar ações que garantem o acesso aos exames preventivos e diagnósticos, bem como ao devido tratamento.

O controle do câncer de colo uterino depende de ações voltadas para a área de promoção à Saúde, para prevenção da doença e qualidade de vida. As ações necessárias apontam para um planejamento de estratégias por parte dos profissionais de enfermagem frente a este desafio. A enfermeira interfere nessas ações realizando, dentre outras, visitas domiciliares e a consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada com a equipe de Saúde, explicando cada procedimento ao longo do exame Papanicolau, entre outros esclarecimentos e orientações.

Com base em uma atuação que conte com um olhar múltiplo que busque perfeita e sincronizada integração da enfermeira com os outros componentes da equipe de Saúde, bem como, com a comunidade, com a qual se constrói vínculo necessário à prática que resulta benéfica e se alicerça no conhecimento da realidade local e avaliação constante dos resultados para sistematizar as ações que visam à redução do dano pela doença.

Dessa forma, a atuação do enfermeiro contribui para o melhor atendimento à população feminina, encaminhando adequadamente aquelas que apresentam alterações citológicas, além de divulgar informações à população em relação aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce do câncer. Em suma, o enfermeiro tem papel importante e imprescindível nas ações de promoção da saúde que focam na prevenção do câncer do colo do útero, pela atuação direta junto às usuárias, realizando o preparo, a coleta do material para o exame e o acompanhamento das mesmas na Unidade Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

BEGHINI, A. B. et al. **Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática.** *Texto Contexto Enferm.* v. 15, n. 4, p. 637-644, out./dez. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Gestão de Investimento em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem.** Cap. 10, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2ª edição revista, Brasília, 2002, pág. 105-106.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes, In Evolução das Políticas de atenção à Saúde da Mulher,** Cap. 15, Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer,** cap. 5, Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle do Câncer do Colo do Útero, In Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama,** Brasília, 2016.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do câncer do Útero,** Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Câncer do colo do útero.** 2018. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/vizualizartexto.cfm?idtxt=241>. Acesso em: 2 de out. de 2020.

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

EDUARDO, K. G. T et al. **Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolau na perspectiva da qualidade.** *Acta Paulista de Enfermagem,* v. 20, n. 1, p. 44 – 48, mar. 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**, vol. IV. Rio de Janeiro: 2010.

PARADA, R. et al. **A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer**. Rev. APS, v.11, n. 2, p.199 - 206, abr./jun. 2008.

SILVA, José Alencar Gomes da INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa para 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p. 2.

SILVA, S. E. D. et al. **Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino**. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 44, n. 3, p. 554 – 560, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: out. de 2020.

TROTTIER, H; FRANCO, E. L. **Human pappilomavirus and cervical cancer: burder of illness and basis for prevention**. Am. J. Manag. Care, v.12, n. 1, p. 462 - 472, 2006.

VALE, D. B. A. P. et al. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 26, n.2, p. 383 - 390, fev. 2010.