

CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica da FACEX, v. 9, n. 9 (2011)

ISSN 2237-8685

AÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Siomara Priscilla Anjos de Deus Barbosa¹
Marta Maria Pinheiro², Pedro Paulo Silva Júnior³

RESUMO: O câncer do colo uterino ainda é uma patologia bastante presente no cenário nacional e pode ser prevenida com ações simples realizadas pelo enfermeiro no contexto da Atenção Básica (AB). Desta forma, faz-se necessário elucidar as ações que podem ser desenvolvidas por esse profissional no âmbito da Atenção Primária a fim de modificar esses indicadores. Diante disso, realizou-se uma revisão de literatura nas principais bases de dados da área da saúde, além de utilizar os documentos publicados pelo Ministério da Saúde de forma a reunir os dados necessários. As principais estratégias encontradas foram às ações educativas que devem incorporar as usuárias de forma a capacitá-la a evitar os fatores de riscos para essa patologia e a buscar o exame preventivo mesmo na ausência de sintomas, possibilitando o diagnóstico da doença nos estágios iniciais onde a cura é praticamente de 100%. Faz-se necessário também que o enfermeiro seja capaz de realizar um atendimento integral a essas usuárias aproveitando o momento da consulta não apenas para a coleta do exame, mas para estabelecendo um vínculo de confiança com o objetivo de melhorar a adesão dessas mulheres às ações desenvolvidas. Desse modo, os resultados do estudo poderão contribuir para que os enfermeiros dêem maior importância às práticas de prevenção e sua capacidade de melhoria nos indicadores dessa doença.

Palavras-Chave: Câncer do Colo do Útero. Prevenção Primária. Prevenção Secundária. Enfermagem

ACTIONS OF NURSE IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF CERVICAL CANCER

ABSTRACT: The cervical cancer pathology is still a very present pathology on the national scene and can be prevented with simple actions performed by nurses in the context of Primary Care (AB). This way, it is necessary to clarify the actions that can be developed for this work within the Primary Health Care in order to modify these indicators. Therefore, we carried out a literature review on the main databases of health, and use the documents published by the Ministry of Health in order to gather the necessary data. The main strategies were found to educational activities that should incorporate the users in order to enable it to avoid the risk factors for this disease and to seek preventive examinations in the absence of symptoms, allowing diagnosis of the disease in the early stages in which healing is almost 100%. It is also necessary that the nurse is able to perform comprehensive assistance to those users taking advantage of the time of consultation not only for sample collection, but to establish a bond of trust with the aim to improve adherence of these women to the actions developed. Thus, the study results may help nurses to give greater importance to prevention practices and their capacity for improvement in the indicators of this disease.

¹ Mestre em Educação pela UFRN e Professora da Facex. Contato: priscill_ppged@yahoo.com.br

² Graduanda do 8º período do curso de Enfermagem da Facex. Contato: martakiss_@hotmail.com

³ Enfermeiro pela Facex. Contato: ppaulosj@yahoo.com

Keywords: Cervical Cancer. Primary Prevention. Secondary Prevention. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil epidemiológico, o aumento do número de idosos, os avanços nos serviços de saúde e a urbanização vêm modificando significativamente a qualidade de vida da população e são fatores relacionados com a crescente incidência de doenças crônico-degenerativas, como o câncer.

Destarte, a população feminina encontra-se em uma situação muito vulnerável para o desenvolvimento dessas patologias, visto que sua inserção no mercado de trabalho aumentou sua carga de estresse, criando uma jornada tripla de trabalho, pois, além do trabalho, ainda são responsáveis pela casa e família (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O câncer do colo uterino, um dos mais comuns na população feminina, configura-se atualmente como um grave problema de saúde pública, tendo em vista sua alta incidência frente aos recursos disponíveis para sua detecção precoce.

Em 2008 a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC/ OMS (World Cancer Report 2008)) estimou que ocorressem 12,4 milhões de novos casos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo (BRASIL, 2009). No Brasil o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres e o terceiro mais frequente, correspondendo a cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos e 10% de todos os tumores malignos em ambos os sexos, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano (FERNANDES; NARCHI, 2007; SANTANA *et al*, 2008).

Esse tipo de câncer vem apresentando incidência crescente, principalmente a partir de 1985, em contraposição à tendência declinante que se observa em países mais desenvolvidos. Em 2004, o câncer do colo uterino ocupou a 14^a posição entre as 15 principais causas de mortalidade no país para o sexo feminino, com uma taxa de mortalidade que permaneceu estável no período de 1979 a 2004 (BRASIL, 2008). Segundo dados divulgados pelo INCA, são estimados para este ano um total de 18.430 casos dessa doença no Brasil (BRASIL, 2009).

Essa patologia é mais frequente em países em desenvolvimento. Estima-se que cerca de 80% dos novos casos ocorram nesses locais, devido principalmente à maior exposição aos fatores de risco e à baixa cobertura do exame de rastreamento (UCHIMURA, 2009). Além disso, a sobrevida das mulheres com esse diagnóstico em países desenvolvidos é relativamente maior, variando de 51% a 66%]; já, nos países em desenvolvimento, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos, visto que os casos são encontrados em estágios relativamente avançados (BRASIL, 2008).

Segundo o MS, as ações voltadas para a prevenção desse câncer podem ser realizadas tanto no âmbito da prevenção primária quanto da prevenção secundária. A prevenção primária

refere-se às estratégias para redução dos riscos para esse câncer em pessoas saudáveis através da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco; a prevenção secundária compreende o rastreamento (*screening*), detecção e diagnóstico precoce dos casos e é realizada principalmente através do exame Papanicolaou (BRASIL, 2002).

A temática que envolve o câncer do colo do útero é complexa, envolvendo uma série de problemáticas. Em virtude disso, o presente estudo apresenta como questão norteadora: Quais são as ações e estratégias de prevenção primária e de prevenção secundária do câncer do colo do útero que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro no âmbito da atenção primária à saúde?

Delimita-se, como objetivo geral, identificar e descrever as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na prevenção primária e secundária do câncer de colo de útero no âmbito da atenção básica.

A intenção, ao desenvolver este estudo, é que, conscientes das ações que devem realizar, os enfermeiros contribuam para a prevenção/detecção do câncer de colo do útero, bem como a população seja esclarecida sobre o exame, podendo ser assistida de forma resolutiva e humanescente.

Entende-se por humanescente a assistência que é prestada de forma integral, respeitando a subjetividade e a singularidade de cada ser. Ao realizá-la, o usuário e o profissional são envolvidos por afetos e motivados a expandirem a sua essência, irradiando alegria e luminosidade (SAMPAIO *et al*, 2010).

Destaca-se que a motivação para a escolha dessa temática surgiu durante a realização de uma pesquisa no ano de 2010, na qual foi feito um levantamento sobre o número de casos de câncer do colo uterino na população adscrita pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ponta Negra, Natal, Rio Grande do Norte.

Essa pesquisa permitiu conhecer a grande incidência dessa patologia na região e no Brasil, e a importância do enfermeiro na sua prevenção. Além disso, o levantamento feito possibilitou que apreciássemos alguns dos estudos publicados na área. Ressalta-se que, na maior parte dos estudos visualizados, as fragilidades envolvem as ações de prevenção primária, o rastreamento e detecção precoce, fato que nos impulsionou ainda mais a pesquisar a temática em questão.

2 METODOLOGIA

Para atender aos objetivos supracitados, este trabalho foi delineado sob a forma de pesquisa bibliográfica. Esse tipo de pesquisa é desenvolvido a partir da compilação de dados

presentes em livros, revistas, jornais, e congrega conceitos de diferentes teóricos (LAKATOS, 2005). O estudo utiliza a abordagem qualitativa, já que se utiliza de uma linguagem descritiva.

Para a consolidação da pesquisa seguiram-se etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca de fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e, por fim, a redação do texto (GIL, 2010).

A partir da definição da problemática da pesquisa e dos objetivos do estudo, procedeu-se ao levantamento bibliográfico, que foi realizado no mês de janeiro de 2010, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), além da consulta ao acervo da biblioteca Senador Jessé Pinto de Freire, da Faculdade de Ciências e Cultura do Rio Grande do Norte. Ressalta-se que também foram consultados os manuais e outras publicações do MS/INCA.

Utilizaram-se como descritores para a consulta às bases de dados: câncer (neoplasia) do colo do útero + prevenção secundária + prevenção secundária. Como critérios de inclusão/seleção para escolha dos referenciais, delimitou-se: o texto ser redigido em língua portuguesa; estar na íntegra para consulta; ter sido publicado nos últimos 10 anos; e relacionar-se com a temática em questão. Após a coleta dos dados procedeu-se às leituras exploratória, seletiva, analítica e, por fim, à redação do trabalho.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização da revisão de literatura nas bases de dados obteve um quantitativo de 19 publicações. No entanto, é relevante ressaltarmos que um mesmo trabalho científico apareceu em bases diferentes e na mesma base com descritores diferentes, portanto, retirando as repetições, obtivemos nove trabalhos a partir dos termos utilizados.

De modo geral, os trabalhos falam sobre a temática do câncer do colo uterino e apontam as possibilidades de prevenção dessa patologia. Cabe destacar que alguns enfatizam os aspectos psicossociais e culturais que envolvem a procura pela realização do exame e as percepções das mulheres sobre ele. Outros ainda tratam do perfil sociodemográfico das mulheres que buscam o serviço e são atendidas.

Salienta-se que os trabalhos analisados são de natureza qualitativa, sendo que apenas um é de natureza quali-quantitativa. Caracterizam-se como pesquisas do tipo exploratório-descritivo, de revisão ou descritivo de delineamento transversal.

Explicitamos que, em nosso contexto, a leitura analítica das obras permitiu-nos tecer considerações acerca da atuação do enfermeiro em nível da Atenção Básica à saúde no que se refere à prevenção primária e secundária do câncer cervical, ampliando nossa apreensão conceitual do tema trabalhado.

3.1 Câncer do colo do útero: conceito

De modo geral, o câncer é uma patologia que se origina com uma mutação no DNA de uma célula normal que perde suas propriedades e o controle do seu ciclo celular, proliferando-se desordenadamente. Essas células ganham a capacidade de invadir causando alterações nos tecidos adjacentes e também podem ser transportadas para outras regiões do corpo, causando alterações longe do tecido de origem (SMELTZER; BARE, 2009).

Para que a célula normal se transforme em maligna, acredita-se que ocorra um processo celular com três etapas: iniciação, promoção e progressão. Essa transformação da célula normal em cancerígena é chamada de carcinogênese. Na fase de iniciação, os fatores carcinógenos, que podem ser químicos, físicos ou biológicos, lesam o DNA da célula. Na fase de promoção, a repetida exposição aos cocarcinógenos causa a expressão das informações genéticas anormais, e na fase de progressão essas modificações ocorridas exibem um comportamento maligno aumentado, podendo invadir outras estruturas (SMELTZER; BARE, 2009).

A mutação e transformação das células em malignas podem ser evidenciadas nos diferentes órgãos que constituem o corpo humano, podendo acometer inclusive tecidos e ossos. Em nosso caso, o órgão afetado é o útero.

Sobre o útero, podemos afirmar que é um órgão com o formato de pêra e localiza-se na porção inferior do abdome, situando-se entre a bexiga e o reto. Ele é dividido em duas porções: uma parte superior, o corpo, e uma parte inferior, o colo. Este último se projeta para dentro do canal vaginal, sendo o local onde é colhido o exame de preventivo.

O colo do útero é formado por dois revestimentos epiteliais diferentes. Na ectocérvice, que é a porção externa em contato com a vagina, as células são organizadas em várias camadas e apresentam um formato plano. Na endocérvice, que é a porção interna, a camada é formada por epitélio simples, cilíndrico e com células produtoras de muco, chamado de epitélio colunar simples. Entre esses dois epitélios encontra-se a JEC, junção escamo-colunar, área que faz transição entre os dois epitélios e que é muito susceptível às transformações neoplásicas (BRASIL, 2006).

O câncer de colo de útero é uma afecção de desenvolvimento lento e silencioso, classicamente é descrita como uma doença iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. Sabe-se que as lesões malignas que ocorrem no colo do útero podem surgir tanto do

epitélio da ectocérvice quanto da endocérvice. As alterações do epitélio estratificado são classificadas como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) e variam de grau. O NIC I é classificado como de baixo grau e os NIC II e III são de alto grau (BRASIL, 2006).

Como podemos observar, o útero é um órgão fundamental para a mulher. Ele, apesar de permitir gerar a vida, pode também provocar a morte. Isso pode acontecer quando ele é acometido por células cancerígenas, ou seja, quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer e não tem o seu tratamento realizado.

3.2 Fatores de risco para o câncer cervical

Vários são os fatores de risco implicados no desenvolvimento dessa patologia e a sua incidência depende, principalmente, da exposição das mulheres a esses fatores de risco. Estudos epidemiológicos mostram a consistência entre o risco para esse câncer e o ano de iniciação sexual, número de parceiros sexuais femininos ou masculinos, número de gravidezes, fumo e uso de contraceptivo oral. As variáveis sociodemográficas (classe social, estado civil, grupo étnico e religião) também estão associadas ao câncer de colo uterino (BRASIL, 2003).

Desde 1992 a OMS (Organização Mundial da Saúde) considera que a infecção pelo HPV (Papiloma Vírus Humano) em altas cargas virais representa o principal fator de risco, mas que não é suficiente para a evolução do câncer (BRASIL, 2002). Esse vírus foi encontrado em 99,7% dos casos de carcinoma cervical no mundo todo, o que prova sua forte associação a esse câncer (WOLSCHICK et al, 2007).

A progressão da infecção pelo HPV para o câncer cervical não depende apenas da presença do vírus, mas também do tipo do vírus, da persistência da infecção e da evolução das lesões precursoras para o carcinoma invasivo.

Os vírus de HPV são classificados de acordo com o grau de risco para o câncer cervical. Os de alto risco são os tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58, sendo que os tipos 26, 53 e 66 poderiam também ser considerados de provável alto risco. Os tipos de baixo risco são: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108 (NAKAGAWA; BARBIERI, 2010). Estes diferentes tipos virais variam no seu tropismo tecidual, associações com diferentes lesões e potencial oncogênico (BRASIL, 2006).

A condição econômica desfavorável também está relacionada com este câncer. Corroborando com essa afirmação, citamos um estudo realizado no Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Município de Maringá/PR. No estudo foi demonstrado que os maiores números de ocorrência de lesões de baixo e alto grau foram detectados em regiões onde a população apresentava baixas condições socioeconômicas e que os menores números foram encontrados em locais mais privilegiados (UCHIMURA, 2009).

Um outro fator de risco para a progressão do câncer cervical é o uso de contraceptivos orais. Destaca-se que o risco aumenta significativamente após cinco anos de uso. Apesar dessa associação, Gontijo et al (2005) explica que o uso de contraceptivos orais por período inferior a cinco anos parece não estar relacionado a esse câncer.

Além desses fatores, vários estudos mostram que o tabagismo é um fator intrinsecamente ligado ao câncer do colo uterino e está relacionado principalmente ao NIC III. Há pesquisas que relatam que o tabagismo aumenta o risco do câncer cervical, independente de outros fatores (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005). Alguns autores mencionam que o tabagismo como fator de risco está diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados (BRASIL, 2006).

Tendo em vista os vários fatores de riscos para o câncer cervical, deve-se compreender que nenhum deles pode ser considerado como fator causal único, pois eles fazem parte de um todo que deve ser entendido de forma complexa. Portanto, os fatores de risco para esse câncer são identificados, têm sua magnitude quantificada e sua distribuição pela população é estabelecida, no entanto, o número de casos ainda é alarmante, devido, principalmente, ao desafio de que as ações desenvolvidas e avaliadas tenham controle/custo efetivos (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

No contexto da saúde, sabe-se que a maior parte desses fatores de risco podem ser minimizados com ações de prevenção primária, principalmente através da educação em saúde. Assim, para se falar em prevenção do câncer do colo uterino, é necessário falar em prevenção dos fatores de risco para esse câncer que, como já foi dito, são conhecidos e quantificados e podem ser amenizados através de estratégias de prevenção primária.

Apesar dos dados sobre a grande incidência e mortalidade, essa doença é a segunda que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticada precocemente, atrás apenas do câncer de pele (BRASIL, 2009). Tendo em vista esse fato, tornam-se extremamente necessárias a melhoria da cobertura do exame de Papanicolaou e a capacitação dos profissionais que trabalham nesse processo. Assim, será possível a redução desse câncer e, como prevê Santana et al. (2008), que em 10 ou 20 anos ocorra diminuição das taxas de incidência das lesões precursoras desse câncer e, conseqüentemente, a redução do câncer cervical.

3.3 Programas e políticas públicas de saúde

O câncer do colo do útero é uma das principais causas de morbimortalidade na população feminina do Brasil, com uma grande incidência estimada para cada ano. Assim, ele deve ser entendido como um grande problema de saúde pública no país.

Além de se apresentar como uma das principais causas de morte entre mulheres, sabe-se que a população feminina constitui a maior parte da população do país e as maiores

usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde), o que torna essa realidade ainda mais alarmante. Muito embora encontrem-se integradas ao SUS, explicita-se que as políticas públicas voltadas para essas usuárias por muito tempo restringiam-se ao ciclo gravídico-puerperal, sendo que apenas no final do século XX essa situação foi modificada (BRASIL, 2006).

No ano de 1984, o MS elaborou a PAISM (Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher); essa política permitiu que as ações de saúde voltadas para a mulher deixassem de preocupar-se exclusivamente com as questões envolvendo a gravidez e o puerpério e passassem a incorporar novas prioridades, abrangendo todo o ciclo de vida de mulher, garantindo assim uma assistência integral a essas usuárias. Essa política possui vários objetivos, dentre eles o de reduzir a mortalidade por câncer na população feminina (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Em 1997, o MS instituiu o PNCC (Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero) e elegeu o Papanicolaou como método de rastreamento dessa patologia. Esse programa veio minimizar os vários desafios existentes, principalmente os referentes à desarticulação das ações de combate ao câncer cervical, tendo como objetivos a detecção precoce e tratamento das lesões. O programa teve como público alvo mulheres na faixa etária entre 35 a 49 anos (UCHIMURA et al, 2009; FERNANDES; NARCHI, 2007).

Justifica-se que a priorização dessa faixa etária se dá pelo fato da incidência desse tumor torna-se mais evidente na faixa etária entre 20 e 29 anos, e o risco aumentar gradualmente com a idade (SANTANA et al, 2008). A faixa etária de 35 a 49 anos é, portanto, a de maior risco para esse câncer, e é nessa faixa etária onde se observa uma diminuição do número de mulheres que buscam o exame (FERNANDES; DAHER; HANGUI, 2006).

Com o intuito de estruturar e melhorar a vigilância do câncer e dos seus fatores de risco, foi criado em 1999 o PAV (Programa de Epidemiologia e Vigilância). Para a realização e concretização desses objetivos foram utilizados registros de cânceres populacionais e hospitalares, inquéritos populacionais e estudos epidemiológicos (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que, nos anos de 1998 e 2002, houve mobilizações nacionais para a detecção precoce do câncer do colo do útero. A primeira ocorrida em 1998, denominada "Primeira Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher", obteve uma cobertura de 22,5% da população na faixa etária de 30 a 49 anos. A segunda ocorreu em 2002, com uma cobertura de 16,2% na mesma faixa etária. Em ambas a cobertura foi pequena, não atingindo o preconizado pelo MS de 80%, mostrando que essa estratégia possui falhas (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Em 2005 foi lançada a portaria 2439/GM, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Essa política definiu as diretrizes para o controle do câncer no país, desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, e visou superar a fragmentação das ações de forma a garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Em 2006, com

a criação do Pacto pela Saúde, o câncer do colo foi assumido como prioridade no pacto em defesa da vida (PARADA et al, 2008).

Como é possível observar, os programas desenvolvidos no intuito de realizar a prevenção primária e detecção precoce de doenças como o câncer têm o objetivo de alcançar os grupos mais vulneráveis, orientando o enfoque das políticas e ações para aumentar sua efetividade e eficácia (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

3.4 O enfermeiro na prevenção primária do câncer do colo uterino

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) desse tipo de câncer e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por ele. Essas ações são justificadas pelo fato de permitir a menor exposição e/ou contato com os fatores de risco presentes no ambiente, tendo em vista que o ambiente é responsável por 80% a 90% de todos os casos de câncer (FERNANDES et al, 2006).

De forma geral, os autores estudados apontam que uma das principais formas de realizar a prevenção primária é através da sensibilização das mulheres para a prática do sexo seguro, através do incentivo ao uso de preservativos em todas as relações sexuais, como forma de prevenir o HPV e por consequência o câncer (INCA, 2002; FERNANDES; NARCHI, 2007).

Um estudo transversal realizado por Cirino, Nichiata e Borges (2010) em adolescentes na faixa etária de 14 a 19 anos de idade mostrou que 78,2% das adolescentes utilizaram camisinha na primeira relação sexual, mas esse percentual caiu para 57,7% quando questionadas sobre o uso na última relação sexual, mostrando assim uma situação de risco para essa população.

É importante dar especial atenção à população feminina idosa, visto que elas estão mantendo-se sexualmente ativas por mais tempo e pelo fato de não poderem mais engravidar ignoram o uso do preservativo. Um estudo realizado por Costa et al (2010) em idosas institucionalizadas mostrou que 21,7% das idosas nunca tinham realizado o preventivo antes.

Segundo Fernandes e Narshi (2007), os principais desafios para o uso da camisinha são a falta de conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção, a não percepção do risco de infecção, crenças e valores culturais, o grau de autonomia e poder de negociação sexual nas relações e o acesso aos serviços de saúde. Para enfrentar esses desafios é necessário conhecê-los e reconhecê-los na comunidade, e agir em prol de solucioná-los, procurando verificar as pessoas que se encontram em situação de risco para essa doença, incentivando-as para hábitos mais saudáveis.

Essas autoras propõem ainda que o enfermeiro na Atenção Básica e, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importância fundamental na identificação de mulheres com o perfil de risco para esse câncer, visto que o programa tem uma vinculação maior com a comunidade e com os indivíduos, e tem autonomia para a elaboração de ações de intervenção no meio ambiente e seus fatores modificáveis.

Destarte, Oliveira e Pinto, (2007 apud PRADO; PEREIRA E ASSIS, 2009) afirmam que: “A ampliação de espaços para a conversa e a escuta na atenção básica tem sido apontadas com fundamental para qualificar as práticas e alterar positivamente a percepção e a vivência das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero”

Diante dessas afirmativas, podemos inferir que as atividades educativas são de alta relevância, visto que muitas mulheres, devido a vários fatores, não reconhecem as medidas de prevenção dessa patologia. Cruz e Loureiro (2008) reforçam essa afirmação e acrescentam a importância de uma comunicação adequada na abordagem nas campanhas de prevenção, de forma a não repetir conceitos e valores históricos que foram construídos e que apontam a fragilidade da mulher, culpabilizando-a pela não realização da prevenção.

Para justificar essa informação, citamos o bem-sucedido trabalho realizado por Prado, Pereira e Assis (2009) na cidade de Rio Negro/MG, que se valeram dos princípios da educação popular como forma de reorganizar as ações de prevenção do câncer ginecológico.

É importante que o enfermeiro saiba identificar as mulheres que apresentam os fatores de risco para esse câncer. Além disso, o profissional de enfermagem deve ver a mulher como um ser integral e educá-la no sentido de desenvolver um comportamento preventivo, buscando o serviço mesmo na ausência de sintomas (FERNANDES; NARSHI, 2007). Destaca-se que o momento da espera para a consulta deve ser oportunizado como um espaço de aprendizagem, através de cartazes e rodas de conversas falando sobre prevenção de doenças.

Outro método de prevenção do câncer cervical presente nos trabalhos analisados é o uso da vacina contra o HPV. Vale salientar que a sua utilização e incorporação ao PNI (Programa Nacional de Imunização) ainda está em discussão, visto que sua implantação requer um alto investimento, não sendo adequado para com a realidade de vários países em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Além disso, a vacina ainda encontra-se em fase de testes e não há informações sobre seu real impacto e eficácia em longo prazo.

Para Linhares e Villa (2006) quaisquer medidas que controlem as infecções por HPV deverão ter um impacto no controle das patologias a eles associadas como é o caso do câncer do colo cervical.

Algumas dessas vacinas já estão disponíveis e são registradas pela Anvisa/MS (Agência de Vigilância Sanitária). Ressalta-se que é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre essas novas tecnologias de forma a conduzir melhor a população sob seus cuidados, orientando sobre as vantagens e desvantagens desse método. Além disso, é necessário que o profissional oriente que a vacina só é eficaz quando não há infecção pelo HPV.

Santana et al (2008) afirmam que a implantação de vacina HPV pode resultar em queda acentuada das taxas. Outros autores defendem que os investimentos sejam realizados na direção de melhorar a cobertura do preventivo e não na incorporação de novas tecnologias que são caras e que provavelmente não reduzirão de forma eficaz os níveis de infecção pelo papiloma (BORBA et al, 2010).

Outra forma de realizar a prevenção primária é incentivando hábitos de vida mais saudáveis, como uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos e o estímulo ao abandono de práticas nocivas como o uso do álcool e do fumo. Estudos indicam que a atividade física regular tem um papel protetor em relação ao câncer. Afirmção é justificada pelos resultados de pesquisas mostrarem que cerca de 5% de todas as mortes por câncer no mundo estão associadas à inatividade física (BRASIL, 2008).

Um desafio a ser superado para que as ações educativas alcancem os níveis estimados de redução de incidência é a incorporação da comunidade nas iniciativas de educação em saúde, diminuindo o caráter normatizador muitas vezes assumido por essas ações e favorecendo o fortalecimento do vínculo com as comunidades, tornando-as mais responsáveis pela sua própria saúde.

Além disso, é preciso ter em mente que as campanhas preventivas devem levar em consideração todos os fatores que interferem na decisão da mulher em realizar o exame (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003). Portanto, são necessários profissionais capazes de alcançar as diversidades culturais e propor ações vinculadas ao contexto social das usuárias (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Nesse contexto, o enfermeiro deve buscar trazer a comunidade para as discussões sobre saúde e prevenção, garantindo que as ações implementadas sejam mais eficientes e capazes de modificar a situação epidemiológica dessa patologia.

3.5 O enfermeiro na prevenção secundária do câncer do colo do útero

O câncer cervical, quando diagnosticado precocemente, alcança níveis de cura de praticamente 100% dos casos (THUM et al., 2008), o que justifica os investimentos no desenvolvimento de ações de prevenção para essa doença. Essa patologia possui métodos de detecção precoce bastante simples e de fácil acesso, evidenciados pela disponibilidade do exame em praticamente todo o território nacional e em nível de atenção básica.

Essa patologia, a exemplo de outras, devido às suas características, permitiu a criação de um programa de rastreamento para captação da população alvo e detecção das lesões precursoras em estágios iniciais. Quanto à importância da detecção em estados iniciais, a OMS ressalta que a detecção precoce do câncer é baseada na observação e que o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada nas fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos (BRASIL, 2005).

No cenário brasileiro o exame Papanicolaou, teste descoberto nos anos de 1920, é o método de escolha para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero, uma vez que esse tipo de câncer tem evolução bastante lenta e o exame colpocitológico (Papanicolaou) apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce, além de ser um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo (BRASIL, 2008).

Esse exame permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas, onde o tratamento é mais eficaz (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Vários estudos mostram diferentes taxas de sensibilidade e especificidade para o exame citopatológico, mostrando variações na sensibilidade entre 11 e 99% e de 14 a 94% na especificidade (VIDAL, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico deva ser realizado em mulheres de 15 a 60 anos de idade, uma vez por ano; e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006). A cobertura do exame preconizado pelo MS é de 80% população alvo, cobertura esta associada à diminuição da mortalidade em torno de 50% (BRASIL, 2002). O Brasil vem mostrando um crescimento na oferta do exame, apesar desses valores ainda serem aquém da cobertura ideal.

No mundo, o exame Papanicolaou mostra grande variação de cobertura. Em um estudo realizado em 57 países, entre eles o Brasil, com níveis de desenvolvimento econômico diferentes, mostrou essa disparidade na cobertura. Em países como o Brasil, a cobertura foi de 70%. Esse percentual, quando estratificado por níveis socioeconômicos, mostrou uma queda da cobertura para 60% nas mulheres mais pobres e um aumento de 90% nas mulheres mais ricas (VIDAL, 2009). Destaca-se que o Brasil foi um dos pioneiros ao introduzir a citologia oncológica como método de detecção precoce do câncer cervical, mostrando um grande avanço na detecção dessa patologia a partir da oferta do preventivo gratuitamente.

Segundo as recomendações do MS o enfermeiro dentro do programa de prevenção secundária do câncer cervical é responsável por: realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar atenção domiciliar, quando necessário; supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem; manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações de detecção, prevenção e tratamento; realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006).

É importante esclarecer que o enfermeiro está habilitado para realizar o exame citopatológico durante a consulta de enfermagem à mulher e está respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7498/86, regulamentada pelo Decreto 94406/97, que confere a esse profissional a habilitação necessária para o exercício dessa função.

Como já afirmamos, a cobertura do exame no Brasil tem mostrado crescimento nas últimas décadas. Em 1987, ela foi de 8% das mulheres acima de 20 anos; já, nos anos de 2001 a 2005, a cobertura do exame foi de 68,7% das mulheres acima de 24 anos, sendo que 20,8% das mulheres nessa faixa etária nunca haviam sido submetidas ao exame (THUM et al, 2008).

Uma das falhas encontradas no processo de implementação do exame Papanicolau é visualizada, principalmente, quando as mulheres buscam os serviços de saúde apenas na presença de queixas ginecológicas, enquanto que deveria haver o incentivo para a realização do exame mesmo na ausência de sinais e sintomas (MOURA et al, 2010).

Segundo o modelo teórico proposto por Pinho e França-Júnior em 2003, a limitação da utilização dos serviços preventivos é composta por três planos: individual, organizacional/programático e social.

O plano individual refere-se às características das usuárias relacionadas ao exame preventivo, reorganizadas em torno do conceito de vulnerabilidade individual. O plano organizacional ou pragmático agrupa as características referentes à organização do programa, como a disponibilidade de serviços para atender à demanda, a acessibilidade, o planejamento de ações efetivas na prevenção da doença e promoção da saúde, características estas que não interferem na autonomia individual e buscam uma abordagem integral da mulher. O plano social relaciona-se ao nível de desenvolvimento socioeconômico do país, às políticas efetivas, à distribuição dos recursos financeiros, às questões de gênero, raça, classe social e às suas interferências na saúde dessa população (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Um dos principais motivos que levam as mulheres a procurarem o exame é o medo de adoecer. Esse fator também foi apontado como limitação para a procura do exame, o que exige do enfermeiro uma abordagem de forma a esclarecer as mulheres sobre todo o procedimento, os possíveis resultados e o tratamento, caso necessitem.

Outro fator observado nos trabalhos analisados é a falta de conhecimento das usuárias sobre o preventivo. Em uma pesquisa realizada por Moura et al (2010), em um centro de saúde do Ceará, mostrou-se que aproximadamente 66% das mulheres pesquisadas não sabiam qual é o objetivo do preventivo.

É importante o enfermeiro enfatizar a detecção precoce como melhor forma de garantir um prognóstico favorável e de menos impacto na vida dessas mulheres. Esse encontro entre enfermeiro e usuária exige uma abordagem norteada pelos princípios da humanização dos serviços de saúde. Esse momento de encontro deve ser aproveitado para a

realização de uma consulta integral à mulher, valorizando suas queixas e procurando compreender além do que é falado por essa usuária, e não apenas para a simples coleta do material para o exame (LUCARINI; CAMPOS, 2007).

Além disso, Cruz e Loureiro (2008) afirmam que, quando a mulher realiza o exame, ela leva consigo mais do que o corpo, leva também sua história, seus valores, sentimentos, angústias, vivências, carências, medos, conhecimentos e o seu desconhecimento, e isso deve ser considerado pelo enfermeiro que realizará a consulta.

Ressalta-se que é de suma importância que o profissional assuma uma postura empática, compreendendo que o momento do exame é desagradável para a paciente e é rodeado de tabus e conceitos que foram criados culturalmente. Assim, o enfermeiro deve ser sensível e capaz de agir de forma a minimizar os efeitos dos pré-conceitos trazidos pelas usuárias e de formular ações que diminuam as barreiras culturais existentes; além disso, deve ser capaz de criar um vínculo de confiança com as usuárias de forma a garantir a melhor adesão dessas mulheres (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Dentre as ações que podem ser realizadas pelo enfermeiro estão as orientações à mulher sobre a importância da realização do exame, informando sobre o que consiste o procedimento, sanando as dúvidas manifestadas por elas (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Muitas vezes as pacientes recebem informações equivocadas que provêm de fontes impessoais, sendo papel do enfermeiro corrigir essas informações e mostrar de forma clara a importância da realização do exame e a sua finalidade.

Torna-se imprescindível organizar as campanhas educativas de acordo com a realidade da comunidade, respeitando a singularidade de cada população e as diferenças socioculturais e econômicas, além de não reforçar conceitos culturalmente construídos e que culpabilizam apenas as mulheres pela doença.

Oliveira e Pinto (2007) afirmam que a redução das taxas de incidência dessa patologia é real e, para justificar a informação, relata a potencialidade da ESF para ampliar a prevenção dessa patologia e a educação em saúde como instrumento capaz de proporcionar a autonomia das mulheres.

Além da execução do exame, o enfermeiro desempenha um importante papel dentro do programa de prevenção ao câncer cervical, sendo responsável pela captação do público alvo, coleta do exame e entrega do resultado. Ele é também responsável pelo adequado preenchimento dos documentos referentes à realização do exame, tais como o formulário de requisição e o prontuário, garantindo a documentação necessária para futuras consultas sobre o perfil de cobertura e dos resultados mais prevalentes, ou seja, para a geração de dados epidemiológicos que subsidiem o desenvolvimento das ações em saúde, para um melhor acompanhamento das usuárias e para garantir a adequada alimentação dos sistemas de saúde, como o SISCOLO (Sistema de Informação sobre Câncer do Colo do Útero).

Faz-se necessário enfatizarmos a importância do adequado registro dos dados, visto que é uma prática deficiente na realidade de muitas unidades de saúde. Para corroborar com essa afirmação, citamos o trabalho de Bottari (2007), no qual mostrou que o registro de realização do exame esteve presente em 54,7% dos atendimentos pesquisados, mas o registro do resultado do exame aconteceu em apenas 36,3% dos atendimentos.

Outra ação indispensável é a busca ativa das mulheres que não retornam para buscar o resultado. Estudos revelam que cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado (BRASIL, 2002). Outro estudo mostra que 94,8% dos exames não retirados apresentam alterações inflamatórias ou citológicas (LEITE, 2008). Conhecendo essa realidade, é necessário que o enfermeiro oportunize outros momentos de encontro com as usuárias para incentivar a realização do preventivo.

É importante ainda que se conheçam os espaços de encontro das mulheres na comunidade, como igrejas, conselhos comunitários, escolas, etc., a fim de que mais informações sejam divulgadas a maior quantidade de pessoas, tornando também o profissional mais próximo da realidade das usuárias. Portanto, deve-se investir na sensibilização das mulheres para que elas busquem realizar o exame o quanto mais cedo possível, garantindo um diagnóstico precoce e um tratamento mais eficaz e menos invasivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura permitiu-nos compreender que essa patologia, apesar de sua magnitude, pode ser controlada por meio de um programa articulado e de fácil execução. Em virtude disso, o controle de sua incidência foi assumido, em 2006, no pacto de saúde, como uma das prioridades propostas na dimensão do pacto pela vida.

Percebe-se que as estimativas de incidência para o câncer cervical vêm mostrando uma discreta diminuição, mas, apesar dessa redução não mostrar um valor muito expressivo, ela reflete os esforços investidos no sentido de diminuir o número de casos e de diagnóstico da doença em estágios avançados, onde a chance de cura é mínima.

É importante ressaltar que a melhoria dos indicadores sobre essa doença se deve a ações que são implementadas para este fim, como é o caso do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher –, o que mostra a importância do investimento em políticas públicas eficazes.

Frente à realidade brasileira de incidência dessa patologia, o enfermeiro deve estar engajado com o propósito de reduzir essas taxas, assumindo uma postura ativa e desenvolvendo dentro de sua comunidade ações com essa finalidade.

É consenso entre os autores pesquisados que as possibilidades de melhoria nos serviços de saúde são reais e que, com planejamento, mudança de postura dos profissionais e investimento no sentido de melhorar a cobertura, ações que são possíveis dentro do atual cenário de limitações do sistema de saúde brasileiro, o país será capaz de melhorar a cobertura e alcançar os valores de diminuição de incidência que são estimados.

É necessário enfatizar que a profilaxia através do exame citopatológico ainda é a peça fundamental no combate a este tipo de câncer. Nesse contexto, é indispensável se fazer uma educação em saúde mais eficaz, levando à comunidade as informações para esclarecimento das dúvidas e superação dos tabus que permeiam o exame. Vale também destacar a importância da ampliação da cobertura da ESF, visto que esse programa exige dos profissionais, inclusive do enfermeiro, a responsabilização pela população adscrita.

Portanto, para que tenhamos êxito na luta contra essa patologia, é necessário um sistema de saúde que seja eficiente em todos os níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade) e forneça a garantia de um bom seguimento.

O oferecimento de um serviço resolutivo e de qualidade, que satisfaça as necessidades das usuárias, é de extrema importância, pois garante tanto o retorno dessa mulher ao serviço, como a sua transformação em uma agente multiplicadora em sua comunidade.

Além disso, faz-se necessário que as políticas de saúde sejam voltadas para as questões de gênero, visto que essa população emergiu de uma sociedade machista e discriminante, contexto este gerador de agravos à sua saúde.

Concluimos, destacando a importância de manter os profissionais e usuários vigilantes ao processo de prevenção e tratamento do câncer de colo de útero. Enfatizamos a necessidade de ambos manterem-se inseridos no SUS e informados acerca dessa patologia. Destacamos ainda a relevância de investirmos no processo de formação dos enfermeiros para que eles tenham condições de agir competentemente frente a essa patologia, de forma que a comunidade possa ser bem assistida, mantendo o seu bom nível de saúde. Acreditamos que os resultados deste estudo poderão contribuir para que os enfermeiros deem maior importância às práticas de prevenção e à sua capacidade de melhoria nos indicadores dessa doença.

REFERÊNCIAS

BORBA, Paola Colares *et al.* O que falta na luta contra o câncer de colo uterino?. Carta ao leitor. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 198-202, out./dez. 2010.

BOTTARI, Clarissa Moraes de Sousa. **Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica**. Rio de Janeiro. 2007. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Nacional de Saúde Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

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.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. v.3.

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

_____. _____. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2005.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos; NICHATA, Lúcia Izumi; BORGES, Ana Luiza Vilela. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 126-34, jan./mar. 2010.

COSTA, Camila Chaves de *et al.* Realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino: promovendo saúde em instituição azilar. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 27-33, jul./set. 2010.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. 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.**, São Paulo, v.17, n.2, p. 120-131, 2008.

FERNANDES, Rosa Aurea Quitella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONTIJO, Renata Clementino *et al.* Citologia oncótica, captura de híbridos II e inspeção visual no rastreamento de lesões cervicais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000100016&script=sci_arttext>.

Acesso: 10 jan. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ed. rev. Atual. Ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

LEITE, José Márcio Soares. Vigilância epidemiológica e prognóstico de sobrevivência de pacientes com câncer de colo de útero. **Brasília méd.**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 92-106, 2008.

LINHARES, Alexandre C.; VILLA, Luisa Lina. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **J. Pediatr (Rio J)**, Porto Alegre, v. 82, n. 3. Supl. 0, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400004>. Acesso em: 10 jan. 2011.

LUCARINI, Ana Carolina Bianchini da Silva; CAMPOS, Claudinei José Gomes. A procura pela realização do exame preventivo de citologia oncótica: um estudo clínico-qualitativo.

Online braz. J. nurs., Niterói, v. 6, jan. 2007. Disponível em:

<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/import1/article/view/671/156>>. Acesso em: 10 Jan. 2011

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, Luís Felipe Leite; TRULER, Luiz Claudio Santos; VALENTE, Joaquim Gonçalves. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rer. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MENDONÇA, Guinar Azevedo e Silva. Câncer na população feminina brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 68-75, fev. 1993.

MOURA, Ana Débora Assis *et al.* Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. RENE**, Forlataza, v. 11, n.1, p. 94-104, jan./mar. 2010.

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BABIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, mar./abr. 2010.

OLIVEIRA, Michele Mandagará de; PINHO, Ione Carvalho. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.

PARADA, Roberto *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 .

PINHO; Adriana de Araújo; FRANÇA-JÚNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, jan./mar. 2003.

PRADO, Ernande Valentin do; PEREIRA, Wilma Suely Batista; ASSIS, Mônica de. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/ MS. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 498-503, out./dez. 2009.

RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FIEKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117-234.

SAMPAIO, Ana Tânia Lopes *et al.* **Pedagogia Vivencial Humanescente**: para o sentipensar os sete saberes na educação. Curitiba: CRV, 2010.

SANTANA, Ercília A *et al.* Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 199-204, out./dez. 2008.

SILVA, Nancy Capretz Batista da; FRANCO, Maria Aparecida Paiva; MARQUES, Susi Lippi. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n.32, 409-416, set./dez. 2005.

SMELTZER, Suzana C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v.3.

THUM, Magali; HECK, Rita Maria; SOARES, Marilú Correa; DEPRÁ, Aline. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 509-16, out./dez. 2008.

UCHIMURA, Nelson Shozo *et al.* Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 569-574. 2009.

VIDAL, Ávila Teixeira. **Gestão da incorporação de tecnologias preventivas para o HPV sob a perspectiva da eficácia e efetividade**. Rio de Janeiro, 2009. 76f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

WOLSCHICK, Núbia Margani. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Rev. bras. anal. clin.**, Santa Catarina, v. 39, n. 2, p. 123-29, 2007.