

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIENCIA E TECNOLOGIA DE SANTA
CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
COORDENAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CANCÊR
DO COLO DE ÚTERO**

ALUNAS: Elenir da Silveira
Gilberto Bruder
Luciane F. B. Padilha
Sibilla S. dos Santos

ORIENTADORA: JoanaraR. da F. Winters,Ms

Joinville,SC
2014

LISTA DE SIGLAS

Câncer de colo do útero-----	CCU
Sistema Único de Saúde-----	SUS
Papiloma Vírus Humano -----	HPV
Organização Mundial de Saúde-----	OMS
Estatuto da Criança e do Adolescente -----	ECA
Foodand Drug Administration-----	FDA
Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia -----	FIGO
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva -----	INCA
Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion -----	LSIL
Curetagem endocervical -----	CEC
Procedimento de excisão eletrocirúrgica com alça -----	LEEP
Neoplasia IntraepitelialCervical -----	NIC

LISTA DE FIGURAS

Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino-----	Figura 1
Anatomia do Aparelho Reprodutor Masculino-----	Figura 2
Anatomia do Colo Uterino -----	Figura 3
Vírus do Papiloma Humano -----	Figura 4
Imagem do câncer no colo útero-----	Figura 5
Imagem da biopsia cervical -----	Figura 6

TABELAS

Tipos de Histerectomia ----- Tabela 1

Vacina contra o HPV ----- Tabela 2

Exames Anatomopatológico do Colo do Útero ----- Tabela 3

GRÁFICOS

Gráfico 1	37
Gráfico 2	37
Gráfico 3	38
Gráfico 4	38
Gráfico 5	39
Gráfico 6	39
Gráfico 7	40
Gráfico 8	41
Gráfico 9	41
Gráfico 10	42
Gráfico 11	42
Gráfico 12	43
Gráfico 13	44

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	02
LISTA DE FIGURAS	03
TABELAS	04
GRÁFICOS	05
SUMARIO	06
INTRODUÇÃO	08
2.OBJETIVOS	09
2.1 Objetivo Geral	09
2.2 Objetivo Específico	09
3.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	09
3.1 Adolescência	09
3.2 Morfofisiológica Feminina	11
3.2.1 Morfofisiológica Masculina	11
3.3.Câncer de Colo de Útero	12
3.4. Classificaçõesda Neoplasia	15
3.5Papiloma Vírus Humano	16
3.5.1Diagnóstico do HPV	17
3.6 Fatores de Risco	18
3.7 Sintomas	19
3.8 Detecção Precoce	19
3.9.Prevenção	20
3.10.Exame Papinicolau	21
3.11.Biópsia	24
3.12. Tratamento	24

3.12.1. Radioterapia-----	26
3.12.2. Quimioterapia-----	26
3.12.3. Tipos de Cirurgias para o CCU inicial-----	27
3.13 Complicações-----	28
4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM-----	29
5. POLÍTICAS DA SAÚDE-----	30
6. INCIDÊNCIA DE CANCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL-----	31
7. METODOLOGIA-----	33
7.1. Classificação da pesquisa-----	33
7.2. Público alvo-----	34
7.3. Local de estudo-----	34
7.4. Fundação-----	34
8. ANÁLISE DE DADOS-----	35
9. PROCEDIMENTO PRÁTICO-----	36
10. RESULTADO ALCANÇADO-----	36
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	46
APÊNDICE 1-----	47
APÊNDICE 2-----	49
APÊNDICE 3-----	50
REFERÊNCIAS-----	51

INTRODUÇÃO

Mesmo com o avanço científico e tecnológico mundial, problemas antigos de saúde pública ainda persistem, o Câncer de Colo do Útero (CCU), é um dos poucos tipos de câncer passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgão (INCA, 2014).

Essa doença se instala no útero, em uma parte específica que é o colo, que fica em contato com a vagina, ela é descrita como uma infecção, que evolui para uma lesão cancerosa invasora.

Existem dois tipos principais de CCU, que citaremos no decorrer do trabalho. Estas alterações podem ser detectadas por exames anuais de prevenção o Papanicolau.

O conhecimento dessa doença é primordial para qualquer indivíduo, independente do sexo, pois obter o diagnóstico precoce é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas.

Tendo em vista a diminuição da magnitude epidemiológica desta patologia, há necessidade de implantação de ações e políticas governamentais para criação de programas de detecção das lesões precursoras e do câncer em sua fase inicial nos locais onde ainda não existem, assim como da melhoria da qualidade e acessibilidade dos serviços existentes.

Por ser uma doença silenciosa, não apresentar sinais ou sintomas e por falta do conhecimento, acaba causando medo e receio nas pessoas de procurar um médico especialista e realizar os exames rotineiros, e quando procuram ajuda médica muitas vezes a doença já está em estado avançado.

Com as meninas da comunidade terapêutica, divulgar nosso trabalho será muito gratificante e importante, por serem adolescentes tenho certeza que essas informações vão ser muito bem aproveitadas.

É importante que o Sistema Único de Saúde (SUS), junto com os profissionais de saúde divulgue mais informação para que a população conheça os sinais e modo de contágio e que o perigo existe, além de esclarecer as dúvidas

sobre possíveis riscos causados pelo exame que o grande enigma de muitas mulheres. “Além disso, é importante que as mulheres consultem sempre o ginecologista e façam os exames de rotina, como o Papanicolau.

As adolescentes internadas na comunidade, precisam ter em mente que o cuidado com a saúde é fundamental para a qualidade de vida e o bem-estar.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Orientar adolescentes internados na comunidade terapêutica em uma cidade da região norte de Santa Catarina sobre a prevenção de câncer de colo de útero.

2.2. Objetivo Específico

Avaliar dúvidas e conhecimento dos adolescentes, referente a prevenção do câncer de colo de útero;

- Orientar sobre a importância da higiene pessoal e os cuidados com o HPV;
- Desenvolver ações educativas em saúde sobre o tema proposto;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Adolescência

A adolescência é a fase que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Com isso essa fase caracteriza-se por alterações em diversos níveis - físico, mental e social e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto (WIKIPÉDIA, 2014).

O termo adolescência vem do latim **adolescere** e significa crescer. A palavra **adolescence** foi usada na língua inglesa pela primeira vez em 1430, e referia-se à faixa etária dos 14 aos 21 anos para homens e dos 12 aos 21 anos para as mulheres (SILVIA et al, 2012).

Segundo a WIKIPÉDIA ,2014

A Organização das Nações Unidas define juventude como a fase entre 15 e 24 anos de idade - sendo que ela deixa aberta a possibilidade de diferentes nações definirem o termo de outra maneira; A Organização Mundial da Saúde define adolescente como o indivíduo que se encontra entre os dez e vinte anos de idade e , no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece ainda uma faixa etária para menores de idade - dos 12 anos completos aos 18 anos incompletos, aonde o menor nessa faixa de idade se cometer um crime pode receber medidas sócio educativas dele, inclusive de restrição da liberdade através de apreensão.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2010, a população adolescente de 10 a 19 anos alcançou 17,9% da população total do país, representando cerca de 34 milhões de jovens nessa faixa etária.

Assim sendo, no Brasil a adolescência brasileira é fortemente marcada pelas deficiências na implementação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento pleno do sujeito. No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, torna-se imprescindível a tríade saúde-educação-família para constituir garantias legais para o desenvolvimento saudável e seguro da adolescência (MORAES,et al,2012).

Dessa forma, a primeira instância de análise deve ser a de uma legislação própria ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente¹, onde o sujeito total é o próprio adolescente.

¹O Estatuto da Criança e do Adolescente que assegura a proteção integral da criança e do adolescente está constituído no art. 3º pela lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

O ECA e os direitos sexuais e reprodutivos dispõe do artigo de abertura da Lei sobre a proteção integral da criança e do adolescente. Não há integralidade do sujeito sem considerar os componentes da sexualidade. Como direitos fundamentais à pessoa humana, o ECA deve assegurar todas as oportunidades para o desenvolvimento do sujeito, afirmando com prioridade os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura e ao lazer. A proteção também diz respeito à exposição do adolescente a formas degradantes de constrangimento e exploração, à omissão, à negligência e de qualquer forma de violência (SILVIA, et al,2012).

3.2. Morfofisiológica -Feminina

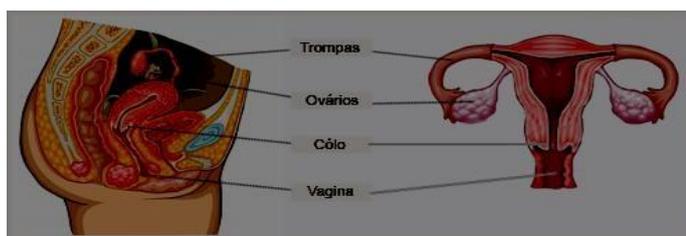
Sistema genital feminino é um conjunto de órgãos responsáveis pela reprodução na mulher. Esse sistema é composto por órgãos gametógenos (produtores de gametas) e órgãos gametóforos (por onde transitam os gametas), além de um órgão que proporciona o desenvolvimento de um novo ser vivo (o útero), (FERNANDES,2009).

Os órgãos genitais femininos são incumbidos da produção dos óvulos, e depois da fecundação destes pelos espermatozoides, oferecendo condições para o desenvolvimento até o nascimento do novo ser (NETTER,2000).

Os órgãos reprodutores femininos externos incluem a vulva, as glândulas vestibulares maiores, e o clitóris.

Os internos incluem a vagina, o útero, os ovários e as tubas uterinas. (LUECKENOTTE, 2002).

Figura 1: Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino.

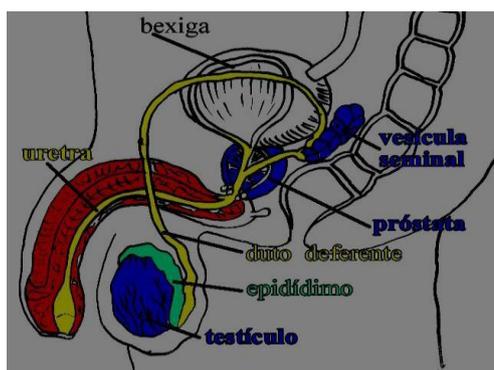


Fonte: (SAÚDE, 2014).

3.2.1. Morfofisiológica -Masculino

Em condições normais, o homem possui, para reprodução, dois testículos, dois epidídimos, dois dutos deferentes (essas estruturas anatômicas encontram-se dentro da bolsa testicular ou escroto). Mais internamente, os dois dutos deferentes saem do escroto e penetram profundamente na pelve masculina, por trás da bexiga.

Figura 2: Anatomia do Aparelho Reprodutor Masculino



Fonte: (HOSPITAL São Paulo, 2014).

3.3. Câncer de Colo de Útero

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública mundial. Seu diagnóstico e tratamento podem gerar estresse, levando as mulheres a desenvolver estratégias de enfrentamento (PANOBIANCO, et al, 2012).

O CCU pode também ser chamado de câncer cervical, já que acomete inicialmente um local no útero que recebe o nome de cérvix, que é a parte mais baixa do útero e fica bem no final da vagina. Este tipo de câncer é um dos que mais causa mortes no meio feminino, ficando somente atrás do câncer de mama.

Quando as células da superfície do colo do útero começam a se multiplicar de forma indevida, tumores são gerados (DATASUS, 2014).

Figura 3: Anatomia do Colo Uterino.



Fonte: (SLIDE PLAYER, 2008).

O desenvolvimento do câncer é geralmente muito lento. Ele começa como uma doença pré-cancerosa chamada de displasia. Essa doença pode ser detectada por um Papanicolau e é completamente tratável. Por esse motivo é muito importante que as mulheres façam exames de Papanicolau periodicamente. Hoje, a maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero não realizaram exames de Papanicolau periodicamente ou não fizeram acompanhamento após receber resultados anormais (SAÚDE.IG, 2010).

As alterações pré-cancerosas não detectadas podem se transformar em câncer de colo do útero e se espalhar para a bexiga, intestino, pulmões e fígado. Pode demorar anos até que as alterações pré-cancerosas se transformem em câncer cervical. Os pacientes com câncer cervical (de colo de útero), geralmente não apresentam problemas até o câncer estar avançado e ter se espalhado (SAÚDE.IG, 2010).

O câncer de colo do útero começa nas células na superfície do colo do útero. Ali existem dois tipos de células: escamosas e colunares. A maioria dos casos de câncer de colo do útero envolve as células escamosas (ZIEVE, et al, 2010).

O CCU constitui um problema de saúde pública e é doença passível de ser prevenida, estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país.

Os investimentos do Ministério da Saúde, a fim de aprimorar os serviços oncológicos oferecidos pelo SUS, têm sido a cada ano, ampliados. Nos últimos três anos, o Governo Federal investiu mais de R\$ 2 bilhões com assistência oncológica no Brasil, um crescimento de 26% se comparado ao ano de 2010, quando o investimento foi de aproximadamente R\$ 1,9 bilhão. Como estratégia para expandir a atenção oncológica no Brasil, em 2011, a presidente Dilma Rousseff lançou o

Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama e pretende, até 2014, investir mais R\$ 4,5 bilhões no plano (BRASIL, 2013).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, e sua mortalidade aumenta a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (BRASIL, 2014).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 2020, estima-se no mundo o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer ao ano. Mantidas as condições socioculturais atuais, cerca de 70% desses tumores ocorrerão em países dos quais apenas 5% possuem recursos para controle da doença. Aplicando-se o conhecimento científico que se possui, poder-se-ia reduzir cerca de um quarto a incidência de todos os cânceres e curar a terça parte deles, com a tecnologia atual. Com essas medidas, reduzir-se-ia a incidência da doença à metade nos próximos 25 anos (NETO et al, 2001).

Existem dois tipos principais de câncer do colo de útero, o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma. Cerca de 80% a 90% dos cânceres cervicais são carcinomas de células escamosas.

Durante as 3 últimas décadas os adenocarcinomas cervicais estão se tornando cada vez mais comuns. Esse tipo de câncer de colo do útero se desenvolve a partir das células glandulares produtoras de muco do endocervice. Com menos frequência estão os cânceres do colo do útero que têm características comuns aos carcinomas de células escamosas e aos adenocarcinomas, são os denominados carcinomas adenoescamosos ou carcinomas mistos.

Embora quase todos os cânceres cervicais sejam ou carcinomas de células escamosas ou adenocarcinomas, outros tipos de câncer também pode se desenvolver no útero. Entre os outros tipos estão o melanoma, sarcoma, e linfoma, que ocorrem mais frequentemente em outras partes do corpo (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2013).

Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Isso é possível acontecer porque a patologia tem uma fase pré-clínica longa, e o exame para detecção precoce, o papanicolau, é eficiente, de baixo

custo e fácil realização. Na fase inicial essa patologia raramente produz sintomas. Secreção, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular ocorrem na fase mais avançada da doença (GREENWOOD, et al,2006).

A neoplasia de colo uterino atinge, principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência. Os fatores de risco para esse tipo de câncer são bem conhecidos: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, fumo e infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). O exame de papinicolau, também chamado de exame preventivo ou colpocitologia oncótica, tem papel de extrema importância para mudar os números de incidência e mortalidade dessa patologia (GREENWOOD, et al, 2006).

Esse exame, descoberto na década de 1930, pelo Dr George Papinicolau, é de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde.

Tal exame é realizado em nível ambulatorial e não provoca dor. No entanto, pela própria natureza do exame, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade, o papanicolau é motivo de desconforto emocional para muitas mulheres (GREENWOOD, et al, 2006).

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ointestinais nos casos mais avançados (INCA, 2014).

3.4. Classificações da Neoplasia

É importante ressaltar que a lesão não tem que passar obrigatoriamente por todas as etapas para chegar ao câncer invasor (carcinoma), sendo as lesões de alto grau consideradas as verdadeiras precursoras do câncer, pois, na maioria dos casos, evolui para carcinoma invasor do colo uterino (SOARES, et al,2010).

Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58, são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção (verrugas genitais) e tem sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus), com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas no colo uterino e vagina (ALERGOMATOLOGIA,2010).

Pacientes que tem verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV. Há 15 tipos de HPV relacionado às doenças neoplásicas do colo uterino, são eles:

Baixo risco = Associados com lesões cervicais = 20,2% em NIC(neoplasia Intra-Epitelial cervical)de baixo grau de malignidade, praticamente inexistentes em carcinomas invasores. É uma Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I = 6, 11, 42, 43 e 44 (displasia leve), essas alterações se limitam a um terço do epitélio de revestimento da cérvix. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% apresentam persistência da lesão e menos de 10% evoluem para NIC III.

Risco intermediário = NIC = 31, 33, 35, 51, 52 e 58 = Associados com lesões cervicais = 23,8% em NIC de alto grau, mas em apenas 10,5% dos carcinomas invasores Neoplasia Intra Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada), e Neoplasia Intra Epitelial Cervical III - NIC III (displasia intensa ou carcinoma in situ), as alterações atingem $\frac{3}{4}$ do epitélio pavimentoso de revestimento do colo uterino (NIC II) ou atinge toda a espessura epitelial (NIC III) .São lesões de alto grau de malignidade .

Alto risco =NIC = 16 = Associação com lesões cervicais = 47,1% em NIC de alto grau. É um Carcinoma Escamoso Invasivo: as alterações celulares são semelhantes ao NIC III, necessitando comprovação histopatológica para determinar a invasão;

Carcinoma invasor =NIC = 18, 45 e 56 = Associação com lesões cervicais = 6,5% em NIC de alto grau e 26,8% em carcinoma invasor. É um Adenocarcinoma in situ ou invasivo: alterações nas células glandulares do colo uterino (ALERGOMATOLOGIA,2010).

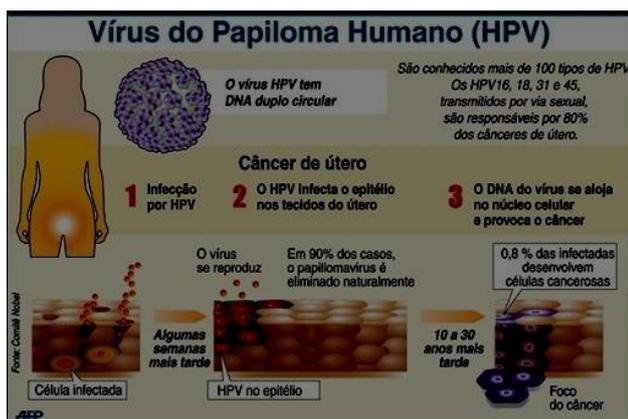
3.5. Vírus do Papiloma Humano

Papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-

fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino (ALERGODERMATOLOGIA, 2010).

O HPV é um vírus comum transmitido nas relações sexuais. Algumas cepas causam o câncer de colo do útero. Outras cepas podem causar verrugas genitais e existem aquelas que não causam nenhum problema (SAÚDE,2014).

Figura 4: Vírus do Papiloma Humano.



Fonte (SAÚDE, 2013).

Fatos essenciais a serem considerados:

- Virtualmente todos os casos de câncer do colo uterino (99,7%) resultam de infecções persistentes por tipos de HPV de alto risco, ou seja, infecções por HPV oncogênico que não regrediram espontaneamente; a infecção persistente por HPV oncogênico é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo uterino;
- 70,7% dos casos de cânceres do colo uterino estão relacionados aos HPV 16 e 18 e 82,9% aos tipos de HPV: 16, 18, 31, 33 e 45 que são os cinco mais frequentes causadores de câncer do colo uterino;
- 90,5% dos adenocarcinomas cervicais estão relacionados aos tipos de HPV 16, 18 e 45; no Brasil, a prevalência de infecção por HPV no colo uterino varia entre 10% e 24,5% em mulheres com citologia normal (SOARES, et al,2010).

3.5.1. Diagnóstico do HPV

SEGUNDO NETO, et al , 2001

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 2020 estima-se no mundo o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer ao ano. Mantidas as condições socioculturais atuais, cerca de 70% desses tumores ocorrerão em países

dos quais apenas 5% possuem recursos para controle da doença. Aplicando-se o conhecimento científico que se possui, poder-se-ia reduzir cerca de um quarto a incidência de todos os cânceres e curar a terça parte deles, com a tecnologia atual. Com essas medidas, reduzir-se-ia a incidência da doença à metade nos próximos 25 anos.

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia e biópsias dirigidas. O diagnóstico definitivo da infecção pelo HPV é feito pela identificação da presença do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular (hibridização in situ, PCR, Captura Híbrida). O diagnóstico por colpocitologia nem sempre está correlacionado com a identificação do DNA do HPV.

As alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico que as observadas nas displasias leves ou neoplasia intra-epitelial de grau I. Mais recentemente, ambas as condições têm sido denominadas indistintamente como lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL), com grande chance de regressão sem tratamento. Existem testes que identificam vários tipos de HPV mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto a condutas clínicas não devem ser feitas com base nestes testes. Também não é recomendável o rastreio de infecção subclínica pelo HPV por meio desses testes (ALERGODERMATOLOGIA, 2014).

3. 6. Fatores de Risco

Os fatores de risco para o CCU, em geral, são modificáveis por comportamentos de promoção da saúde, como: utilização de preservativo em todas as relações sexuais; realização de higiene íntima adequada; realização do exame de prevenção do CCU anual ou trienalmente após dois resultados consecutivos negativos; observância ao tratamento prescrito ou encaminhamento para uma unidade de referência; aumento da ingestão de frutas, verduras e cereais nas refeições diárias; monogamia mútua e prática de exercício físico regular (TORRES, 2012).

Quase todos os casos de câncer de colo do útero são causados pelo HPV. Outros possíveis fatores são por:

- Praticar sexo muito cedo;
- Vários parceiros sexuais;

Parceiros sexuais que possuem vários parceiros sexuais ou que participam de atividades sexuais de alto risco;

Mulheres cujas mães tomaram o DES (dietilestilbestrol)² durante a gravidez no início da década de 1960 para evitar um aborto espontâneo, sistema imunológico enfraquecido, Status econômico baixo (pode não ter condições financeiras de realizar exames de Papanicolau periódicos).

3. 7. Sintomas

Na maioria das vezes, o câncer de colo do útero em estágio inicial não apresenta sintomas. Possíveis sintomas: Corrimento vaginal contínuo, que pode ser claro, aquoso, rosado, marrom, apresentar sangue ou ter cheiro ruim.

- Sangramento vaginal anormal entre as menstruações, após as relações sexuais ou após a menopausa.
- As menstruações ficam mais intensas e ocorrem por mais tempo que o normal.
- Qualquer sangramento após a menopausa.

Possíveis sintomas do CCU avançado: perda de apetite, perda de peso, fadiga, dor pélvica, dor nas costas, dor nas pernas, inchaço em apenas uma das pernas, sangramento intenso na vagina, saída de urina ou fezes pela vagina, fraturas ósseas.

3.8. Detecção Precoce

² Dietilestilbestrol é uma substância estrogênica cristalina sintética, um antineoplásico, agonista estrógeno não-esteróide, que inibe a secreção hipofisária do hormônio luteinizante e, por ação direta no testículo, diminui a concentração plasmática da testosterona

O câncer cérvico uterino pode ocorrer através de um exame tecnicamente simples e de baixo custo: exame de papanicolau. Também conhecido como: citologia oncótica, exame citológico, exame de lâmina, exame citopatológico ou citologia cervicovaginal.

Este exame foi introduzido por Papanicolau e Traut em 1943 devido ao fácil acesso ao colo uterino e às suas características morfológicas e funcionais tornando possível a identificação precoce das neoplasias cervicais.

O exame de papanicolau apesar de não estabelecer diagnóstico definitivo, conduz à propedêutica seguinte. É considerado como um método de rastreamento com razoável sensibilidade, seguro e de baixo custo(SOARES,et al,2010).

Em um prognóstico muitos fatores influenciam o resultado de um câncer de colo do útero. São eles: o tipo de câncer, o estágio da doença e a idade e condição física geral da mulher.

As doenças pré-câncer são totalmente curáveis quando acompanhadas e tratadas adequadamente. A chance de uma pessoa estar viva em cinco anos (taxa de sobrevivência de cinco anos) no caso de um câncer que se espalhou para dentro das paredes do colo do útero, mas não para fora da região do colo do útero é de 92%. Entretanto, a taxa de sobrevivência de cinco anos diminui continuamente quando o câncer se espalha para outras regiões do corpo (SAÚDE, 2010).

3.9. Prevenção

Uma nova vacina para prevenir o câncer de colo do útero já está disponível. Em junho de 2006, a FDA (U.S. FoodandDrugAdministration) aprovou a vacina Gardasil, que previne contra a infecção de dois tipos de HPV responsáveis pela maioria dos casos de câncer de colo do útero. Estudos mostram que a vacina parece evitar o câncer de colo do útero em estágio inicial e as lesões pré-cancerosas. O Gardasil é a primeira vacina aprovada específica para prevenir contra um tipo de câncer.

As vacinas profiláticas têm uma ótima eficácia na prevenção de infecções causadas pelos tipos de HPV oncogênicos mais prevalentes, HPV 16 e HPV 18. As vacinas encontram-se disponíveis na rede privada e têm o potencial de diminuir significativamente a incidência do câncer do colo uterino e outros cânceres

associados à infecção persistente por HPV oncogênico. A própria OMS recomenda a vacinação contra HPV de uma forma universal.

O Brasil apresenta bons indicadores de cobertura de vacinas com programas abrangentes portanto, capacidade de implementar a vacinação contra HPV oncogênico e assim diminuir grande parte dos casos de câncer do colo uterino que, de outra forma, poderiam não ser evitados (BORBA, et al, 2010).

Tabela 2: Vacina contra o HPV.

Doses	Esquema	Estratégia
1ª dose	0	Escolas públicas e privadas e Unidade de saúde
2ª dose	6 meses após a primeira	Unidade de Saúde
3ª dose	5 anos após a primeira	Unidade de Saúde

Fonte: (VERMELHO, 2014).

3.10 Exame Papanicolau

Este exame é realizado por um médico ginecologista, no seu consultório. Inicia-se com a introdução de um instrumento denominado espéculo vaginal, que irá permitir uma visão e um acesso mais fácil ao colo do útero.

Figura 5: Imagem do câncer no colo útero.



Fonte: (SAÚDE, 2014).

Em seguida, o médico recolhe uma amostra de células do colo do útero e da vagina com a ajuda de uma espátula, colocando-as numa lâmina de vidro.

Esta amostra será então observada ao microscópio, de maneira a serem detectadas quaisquer anormalidades nas células que possam indicar o início ou o desenvolvimento do câncer. Normalmente é pedido à mulher para que não tenha relações sexuais nas 48 horas anteriores, de forma a assegurar uma maior eficácia do exame. O Papanicolau também não pode ser realizado quando a mulher está menstruada, pois pode alterar os resultados.

Em caso de resultado negativo no primeiro exame, então regra geral, a mulher apenas fará novo exame passado um ano, Se no ano seguinte der novamente negativo, então por norma, o médico apenas calendarizará o próximo passados 3 anos (FOTOSANTESE, 2014).

Realizar exames de Papanicolau periodicamente ajuda a detectar as alterações pré-cancerosas que podem ser tratadas antes de se transformarem em um câncer de colo do útero. Os exames de Papanicolau são eficazes em detectar essas alterações, mas eles devem ser feitos com frequência. Exames pélvicos anuais, incluindo o Papanicolau, devem começar a ser feitos quando a mulher se torna sexualmente ativa ou a partir dos 20 anos em mulheres que não são sexualmente ativas

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

- Atípicas de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS): alterações fitopatológicas que devem ser melhor investigadas. A mulher deve ser reavaliada e, de acordo com a história clínica repetir a citologia em seis meses ou encaminhá-la para colposcopia; (SOARES, et al,2010).

Utilizando-se o exame de Papanicolau como rastreador de câncer de colo uterino em programas bem estruturados nota-se uma queda significativa das taxas de incidência e de mortalidade.

No exame de Papanicolau são colhidas células da ectocérvice com a espátula de Ayree da endocérvice com a escova cervical, após a introdução do espéculo e exposição do colo uterino. O material é colocado em uma lâmina transparente de vidro com uma parte fosca numerada e identificada com o nome da mulher. Logo após a coleta é feita a fixação do esfregaço com álcool a 95% ou polietilenoglicol ou propinilglicol .

A lâmina é acondicionada em tubete e encaminhada para o laboratório, onde é corada e levada ao microscópio para identificação de células esfoliadas, atípicas, malignas ou pré-malignas. A coleta do material para o exame de papanicolau é realizada na consulta ginecológica com médico ou enfermeiro.

Praticar sexo seguro (com camisinha) também diminui o risco de contrair HPV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Para diminuir ainda mais o risco de câncer de colo do útero, as mulheres devem limitar a quantidade de parceiros sexuais e evitar parceiros que participam de atividades sexuais de alto risco.

Prevenção do câncer de colo uterino, definido como prioridade de controle em saúde pública tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

Em publicação da FIGO de outubro de 2009,

[...] Não há mais nenhuma justificativa para negligenciar a violação dos direitos humanos das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino — o direito ao mais alto padrão disponível de atenção à saúde e à qualidade de vida. O controle do câncer não previne apenas mortes e incapacidades, mas também cria melhores condições de saúde e de bem-estar das famílias pela preservação do suporte parental e econômico das mulheres, crianças, famílias e comunidades.

O câncer de colo uterino representa um importante problema global de saúde pública, sendo uma causa comum de mortalidade entre as mulheres, e virtualmente 100% dos casos estão associados à infecção pelo HPV Oncogênico (BORBA, et al, 2010).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), informa que, apesar de o acesso ao exame preventivo (teste de Papanicolau), ter aumentado no Brasil, não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade devido ao câncer do colo do útero, porque em muitas regiões o diagnóstico ainda é feito em estádios avançados da doença e atribui esse fato a: dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; capacidade do sistema único de saúde (SUS) em absorver a demanda que chega às unidades; dificuldades

dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos.(PANOBIANCO ,2010)

O exame de Papanicolau é um marco alcançado para a prevenção do câncer, através da capacidade de detectar precocemente anormalidades celulares, que resulta na redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo uterino.

Apesar desse sucesso, o exame de Papanicolau exhibe duas importantes limitações:resultados falso-negativos, controlados, em parte, através de repetição periódica e um programa organizado de prevenção de câncer do colo uterino com base no exame de Papanicolau .

Geralmente está aquém da disponibilidade de recursos das nações em desenvolvimento.

No Brasil, a prevenção do câncer de colo uterino é feita por rastreamento através do exame de Papanicolau, na maior parte das regiões, de forma oportunista e não organizada.

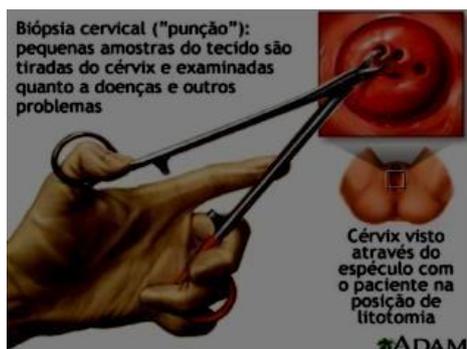
O controle do câncer do colo uterino se destaca entre as políticas de saúde no Brasil. O Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Brasil foi implantado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) em 1997. Consiste no rastreamento anual para o câncer do colo uterino através do teste de Papanicolau em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e no tratamento, quando necessário, de acordo com cada caso. (BORBA, ET AL,2010)

3.11. Biópsia

Os exames de Papanicolau identificam pré-câncer e câncer, mas não fornecem o diagnóstico final. Se alterações anormais forem identificadas, o colo do útero geralmente é examinado com ampliação de imagem. Isso é chamado decolposcopia. Pedacos do tecido são removidos cirurgicamente (biópsia) durante esse procedimento e enviados a um laboratório para exames .

Em uma biópsia cervical por punção, o colo do útero pode ser tingido com uma solução de iodo para melhorar a visibilidade de anormalidades. Em seguida, são recolhidas amostras dessas áreas de tecido para exame.

Figura 6: Imagem da biopsia cervical



Fonte:(ENCICLOPÉDIA DA SAÚDE, 2014).

Outros testes possíveis: curetagem endocervical (CEC) para examinar a abertura do colo do útero, biópsia em cone.

Se a mulher for diagnosticada com câncer de colo do útero (ou cervical), o médico solicitará mais exames para determinar a extensão do câncer. Isso é chamado estadiamento.

Possíveis testes: Tomografia Computadorizada, Cistoscopia, Ressonância magnética, Radiografia do Tórax, Pielograma intravenoso (PIV), (SAÚDE, 2010).

3.12. Tratamento

Este varia dependendo da condição do paciente, da localização do tumor e da extensão do câncer. Mulheres mais velhas e que já tiveram filhos podem optar pela retirada do útero, por exemplo. Pacientes mais jovens podem optar por uma intervenção cirúrgica na região.

O tratamento por cirurgia irá retirar parte do aparelho sexual da mulher. Assim, serão extraídos o útero, os linfonodos pélvicos, e ainda, uma porção superior do canal vaginal. Se a paciente for jovem, poderão ser preservados os ovários, mas apenas em casos onde o tumor é pouco extenso. Quanto mais avançado estiver o câncer, maior será a extensão da cirurgia. Radioterapias e quimioterapias também são medidas utilizadas e possuem o intuito de destruir as células cancerígenas. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2014).

Em caso de resultado positivo, terão de ser tomadas medidas para remover e eliminar essas células cancerígenas. Assim, o tratamento neste tipo de câncer é normalmente baseado em radioterapia, quimioterapia e cirurgia. O tratamento escolhido pelo médico irá depender o tipo e o grau de desenvolvimento do tumor, bem como da própria saúde do paciente. Por exemplo, no caso do câncer estar

numa fase inicial, a radioterapia e uma cirurgia têm o mesmo efeito, e a escolha do método dependerá do tipo de paciente. O tratamento rádio- e quimioterápico é prestada por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, físico, auxiliar de enfermagem e técnico de radiologia (FOTOSANTESE, 2014).

O câncer do colo do útero em estágio IVB é uma doença incurável. São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a quimioterapia, radioterapia e cirurgia consideradas paliativas e indicadas de acordo com cada caso. Deve-se avaliar a necessidade da radioterapia anti-hemorrágica. Como tratamento, a quimioterapia e radioterapia devem ser consideradas somente quando incluídas em protocolo.

As pacientes não serão submetidas à quimioterapia, principalmente se as escórias estiverem elevadas (FOTOSANTESE, 2014)

3.12.1. Radioterapia

A radioterapia utiliza radiação ionizante (radiações que têm energia suficiente para ionizar moléculas através da liberação de elétrons da estrutura atômica, como por exemplo os raios X, partículas beta, partículas alfa, etc) para o tratamento de câncer e algumas doenças benignas (INCA, 2014).

A radioterapia atua no ácido desoxirribonucléico (DNA) das células, impedindo-a de se multiplicar (morte reprodutiva) e/ou induzindo sua morte direta por apoptose. As células normais também sofrem danos em seu DNA, contudo possuem possibilidade de reparo com maior eficiência que a célula maligna (MINHA VIDA, 2014).

3.12.2. Quimioterapia

A quimioterapia tem sido utilizada com frequência como tratamento adjuvante à radioterapia devido aos sucessos alcançados por essa associação. Estes resultados positivos se devem ao fato de a quimioterapia potencializar os efeitos da radioterapia e tornar mais eficiente o processo de combate à célula tumoral. O tratamento com quimioterapia atinge tanto as células normais quanto as neoplásicas

e afeta principalmente as células de reprodução rápida, como as da medula óssea, da mucosa intestinal e dos folículos pilosos. A ação nociva contra as células normais acarreta muitos efeitos colaterais (MINHA VIDA,2014).

A cisplatina é aplicada por infusão endovenosa contínua e trata-se de droga ciclo-celular não específica, que produz ligações cruzadas no DNA e inibe a sua síntese. Ela provoca efeitos colaterais como a mielodepressão, náuseas e vômitos severos, neuropatia periférica, ototoxicidade, nefro toxicidade, fadiga, náuseas e vômitos são efeitos colaterais incômodos que podem ser apresentados pelas pacientes.

3.12.3. Tipos de Cirurgias para o CCU inicial

Excisão eletrocirúrgica com alça - LEEP, é um procedimento que usa eletricidade para remover o tecido anormal, trata-se de um tipo de cirurgia que utiliza um bisturi elétrico de baixa voltagem e alta frequência de corrente, capaz de retirar partes de tecido sem causar grande queimadura. É considerado atualmente o melhor tratamento para as lesões pré-malignas do colo uterino, pois é de baixo custo e pode ser feita sob anestesia local, sem internação.

ODietilestilbestrol (DES), que é uma substância estrogênica cristalina sintética, capaz de produzir todas as respostas farmacológicas e terapêuticas atribuíveis aos estrógenos naturais.

- A crioterapia congela as células anormais.
- A terapia a laser usa luz para queimar o tecido anormal.
- A histerectomia (remoção do útero, mas não dos ovários) geralmente não é realizada em um câncer de colo do útero que não se espalhou. Ela pode ser feita em mulheres que já passaram por vários procedimentos LEEP (BEREK, 2014).

Os tipos de histerectomia, segundo Rutledge e Piver, estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 1: Tipos de histerectomia

Tipo	Descrição Histerectomia
	Histerectomia simples extrafacial

I	Histectomia com remoção de metade dos paramétrios e útero-sacros com ressecção do terço superior da vagina
II	Histectomia com remoção completa dos paramétrios e útero-sacros, incluindo terço superior da vagina
V	Histectomia com remoção de todo o tecido periuretral, ligadura da artéria vesical superior e ressecção de três quartos da vagina
	Histectomia com remoção da porção distal dos ureteres e bexiga

Fonte: (BEREK, 2014).

Possíveis tratamentos para o câncer de colo do útero mais avançado:

- Histectomia radical que remove o útero e grande parte do tecido ao redor, incluindo os linfonodos internos e a parte superior da vagina.
- Exenteração pélvica, um tipo de cirurgia radical na qual todos os órgãos da pélvis, incluindo a bexiga e o reto, são removidos.

A radiação pode ser usada para tratar o câncer que se espalhou além da pélvis ou para um câncer que recidiu. A radioterapia pode ser interna ou externa. A radioterapia interna utiliza um implante que contém material radioativo e é colocado dentro da vagina, próximo ao câncer de colo do útero. O implante é removido quando a paciente volta para casa. A radioterapia externa emite radiação a partir de um grande equipamento para o local do corpo em que o câncer está localizado. É um processo semelhante ao raio X. A quimioterapia utiliza medicamentos para eliminar o câncer. Alguns dos medicamentos usados na quimioterapia do câncer de colo do útero são 5-FU, cisplatina, carboplatina, ifosfamida, paclitaxel e ciclofosfamida. Algumas vezes, a radioterapia e a quimioterapia são usadas antes ou depois da cirurgia (SAÚDE, 2010).

3.13. Complicações

Contraindicações para tratamento cirúrgico Doenças que contraindiquem cirurgia de grande porte:

Obesidade mórbida.

O tratamento do câncer do colo do útero na gestante depende do estadiamento e idade gestacional.

Alguns tipos de câncer de colo do útero não respondem bem ao tratamento.

O câncer pode voltar (reincidir) após o tratamento.

As mulheres que fizeram tratamento para salvar o útero apresentam alto risco de volta do câncer (reincidência).

A cirurgia e a radiação podem causar problemas nas funções sexual, intestinal e urinária.

Restrições para radioterapia:

Obesidade mórbida

Massa pélvica anexial

Hemoglobina <10g/dl

Colagenoses

Processo inflamatório pélvico agudo (SAÚDE,2010).

Alguns tipos de câncer de colo do útero não respondem bem ao tratamento.

O câncer pode voltar (reincidir) após o tratamento.

As mulheres que fizeram tratamento para salvar o útero apresentam alto risco de volta do câncer (reincidência).

A cirurgia e a radiação podem causar problemas nas funções sexual, intestinal e urinária (SAÚDE, 2010).

4.CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença a abordagem. Para o câncer do colo do útero segue os princípios gerais, que são:

Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas;

Reafirmar vida e a morte como processos naturais;

Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;

- Não apressar ou adiar a morte;

Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;

Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;

Cabe ao enfermeiro indicar e fornecer orientações relativas as medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento, a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar a paciente e respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando suas características pessoais e sociais (FRIGATO, et al, 2003).

5. POLÍTICAS DE SAÚDE

O controle do câncer do colo uterino se destaca entre as políticas de saúde no Brasil. O Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Brasil foi implantado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) em 1997. Consiste no rastreamento anual para o câncer do colo uterino através do teste de Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e no tratamento, quando necessário, de acordo com cada caso. Em 2001, o controle do câncer de colo uterino foi incluído como uma das atividades inerentes à área de Saúde da Mulher, definida como uma das áreas estratégicas a serem desenvolvidas na atenção primária (INCA, 2010).

Em 2006, a análise da situação de saúde do país ratificou a importância dessa atividade, definindo-a como um dos compromissos sanitários prioritários estabelecidos no Pacto pela Saúde.

O parâmetro nacional para pactuação da razão entre exames citopatológicos cervicais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina desta faixa etária para o ano de 2009 foi de 0,28. O Informativo do Monitoramento das Ações de Controle do Câncer do Colo Uterino e de Mama do Inca mostra que, nesse ano, a razão acima referida foi de 0,15, ou seja, 53,2% do valor pactuado e que

68,7% da repetição de exames foram desnecessários, comprometendo, provavelmente, o acesso de mulheres que nunca realizaram o exame (BORBA, et al, 2010).

Apesar das prioridades normativas para o controle do câncer do colo uterino, a tendência de mortalidade por esse tipo de câncer continua alta no Brasil, destacando-o como um grande problema de saúde pública. Segundo a OMS, no Brasil existem atualmente 69,14 milhões de mulheres acima de 15 anos que estão em risco para o desenvolvimento de câncer do colo uterino. A relevância desse problema para a saúde pública pode ser apontada, também, pela estimativa de que, a cada ano, 24.562 novos casos de câncer do colo uterino são diagnosticados e 11.055 mulheres morrem por essa causa, que é o segundo tipo de câncer mais freqüente entre mulheres no Brasil (BORBA, et al, 2010).

6. INCIDÊNCIA DE CANCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL

O CCU é o segundo mais incidente na população feminina. O número de casos novos no Brasil, segundo as estimativas para 2011, é de 18.430 casos, com risco estimado de 18,47 casos para cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, a estimativa é de 19,36 casos para cada 100 mil mulheres, perfazendo um total de 280 novos casos. Apesar do conhecimento disponível para a detecção precoce e o tratamento, a mortalidade ainda é elevada, respondendo por cerca de 230.000 mil mortes ao ano em todo o mundo. Contudo, apresentou decréscimo nas décadas de 1979 a 1999 de 0,61% (2), (EDUARDO, et al, 2012).

O parâmetro nacional para pactuação da razão entre exames citopatológicos cervicais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina desta faixa etária para o ano de 2009 foi de 0,28. O Informativo do Monitoramento das Ações de Controle do Câncer do Colo Uterino e de Mama do Inca mostra que, nesse ano, a razão acima referida foi de 0,15, ou seja, 53,2% do valor pactuado e que 68,7% da repetição de exames foram desnecessários, comprometendo, provavelmente, o acesso de mulheres que nunca realizaram o exame (BORBA, et al, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão por ano no mundo a partir de 2020. Todavia, o conhecimento científico existente hoje é suficiente para reduzir este número consideravelmente.

Dados brasileiros de 2002 apontam uma incidência de 19.603 casos desta patologia, ao ano, e uma prevalência de 16.457 casos (Greenwood, et al, 2006).

Utilizando-se o exame de papanicolau como rastreador de câncer de colo uterino em programas bem estruturados nota-se uma queda significativa das taxas de incidência e de mortalidade (SOARES, et al, 2010).

No Brasil, de acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para os anos de 2010 e 2011, excetuando o câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero foi considerado o segundo tipo de neoplasia mais incidente no sexo feminino, com risco estimado de 18/100 mil mulheres, sendo que na Região Norte este câncer é o mais freqüente, apresentando taxas de incidência de 23/100 mil mulheres.

Em relação à mortalidade por câncer do colo do útero, dados oficiais do país apresentam taxa de mortalidade ajustada por idade de 4,9/100 mil mulheres, sendo o Norte a região onde se encontra a mais elevada taxa de mortalidade, 6/100 mil mulheres (Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos-Brasil – 2009, (BORGES, 2012).

- Estimativas de novos casos: 15.590 (2014 – INCA).
- Número de mortes: 5.160 (2011 - SIM) (INCA, 2014).

Tabela 3: Exames Anatomopatológico do Colo do Útero.

INFORMAÇÕES ESTATÍSTICAS VERSÃO 4.0 BRASIL	
Exame Anatomopatológico do Colo do Útero	
Período :Jan/2014	
Reg.Residência	Quant.de Exames
TOTAL	343
Região Norte	95
Região Nordeste	107
Região Centro-Oeste	141

Fonte: (DATASUS, 2014).

7. METODOLOGIA

Metodologia é uma palavra derivada de “método”, do Latim “methodus” cujo significado é “caminho ou a via para a realização de algo”. Método é o processo para se atingir um determinado fim ou para se chegar ao conhecimento. Metodologia é o campo em que se estuda os melhores métodos praticados em determinada área para a produção do conhecimento (SIGNIFICADOS, 2014). No princípio foi concebida como uma parte da lógica que se ocupava das formas particulares do pensamento e da sua aplicabilidade. Atualmente, apesar de tudo, não se aceita que a metodologia seja relegada exclusivamente para o âmbito da lógica, já que os métodos se aplicam a distintos campos do saber (WIKIPÉDIA ,2014).

7.1. Classificação da Pesquisa

A pesquisa apresenta definições, as formas clássicas de sua classificação e as etapas de um planejamento de pesquisa (SILVA, et al , 2005).

A metodologia consiste em uma reflexão acerca do conjunto de métodos lógicos e Científicos. Essa pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva.

Pesquisa Qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA, et al , 2005).

A investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa.

É, normalmente, o primeiro passo para quem não conhece suficientemente o campo que pretende abordar. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Pesquisa de opinião insere-se nessa classificação (MORESI, 2003).

7.2. Público Alvo

O público alvo foram adolescentes com idade entre 14 à 18 anos, independente de raça, ou escolaridade, que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento Livre e Esclarecido, conforme apêndice 01.

7.3. Local de Estudo

O local de estudo foi na Comunidade Rosa de Saron localizada na Região Norte de Santa Catarina.

Atualmente essa comunidade dispõe de ampla infraestrutura física com duas unidades distribuídas em dois espaços físicos. A unidade I atende 30 adolescentes e a unidade II atende 20 mulheres, ambas localizadas na mesma Região.

O significado da palavra Saron é o nome de uma região da Palestina que fica entre as montanhas de Efraim e o Mar Mediterrâneo.

Antes de Israel chegar ao local, bem antes de Jesus nascer entre nós, esta região era de solo seco, rochoso e de pouca água.

Quando o povo de Israel se estabeleceu no local, começaram a cultivar a terra, plantaram rosas vermelhas, que foram adubadas e regadas.

Com o clima, estas rosas se tornaram as mais belas e perfumadas do planeta, e dentre estas, surgiu uma rosa perfeita, exalando o mais novo e agradável perfume que foi denominado pelos cultivadores como a ROSA DE SARON. Por isso Jesus foi chamado de ROSA DE SARON.

7.4. Fundação

A história da comunidade terapêutica Rosa de Saron nasce em 1993 e parte do princípio da filantropia, da necessidade de uma mulher cristã em ajudar e dar apoio aos detentos e suas famílias. Quatro anos depois, nasce outro desejo em seu coração de fundar uma comunidade terapêutica voltada no atendimento de pessoas do sexo feminino que usavam substâncias psicoativas. Em 1993 visto que existia uma demanda no município que não era suprida pelos equipamentos existentes foi fundada a comunidade terapêutica Rosa de Saron para o atendimento as jovens/adolescentes do sexo feminino que usavam substâncias psicoativas.

A Comunidade atende em regime de residência as adolescentes (feminina) e mulheres que em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas estão com problemas de saúde, conflitos familiares, conflitos com a lei, baixo autoestima, desmotivadas, excluídas, discriminadas, sem acesso aos direitos civis, etc.

As adolescentes e mulheres que realizam tratamento recebem alimentação, instalações adequadas a s suas necessidades, escolarização, profissionalização, atendimento de saúde, psicológico, social, atendimento familiar, aulas de canto e coreografias, artesanato, palestras socioeducativas, incentivo a leitura, um programa terapêutico completo que atende suas particularidades, possibilitando o resgate da autoestima, aprendizado, reflexão, convivência familiar, contribuindo com a reinserção social e a retomada de hábitos saudáveis.

8. ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados foi utilizado a análise de conteúdo segundo Bardin, 2011, p. 125:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Os dados eram analisados através da interpretação das informações colhidas, correlacionando com a revisão de literatura do objeto em estudo.

Após os dados serem analisados o propósito dessa pesquisa será de uso estritamente acadêmico para fins de publicações e ou congressos com interesse da comunidade acadêmica.

9.PROCEDIMENTO PRÁTICO

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt –sob o nº 754.773 de 29-07-2014, respeitando os preceitos do Conselho Nacional de Saúde sob a Lei nº 466/12, os envolvidos na pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1) e foi explicado os objetivos da pesquisa e que poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento. Foi realizado um questionário a respeito das dúvidas e conhecimento das adolescentes a respeito do Câncer de Colo de útero (apêndice 2), após analisados os questionários foi realizado ações educativas, através de Palestras e orientações sobre o Câncer de Colo de útero e prevenção do HPV.

Ao final das palestras foi novamente distribuído outro questionário analisando o resultado da educação em saúde conforme (apêndice 2) e folhetos ilustrativos conforme (apêndice 3).

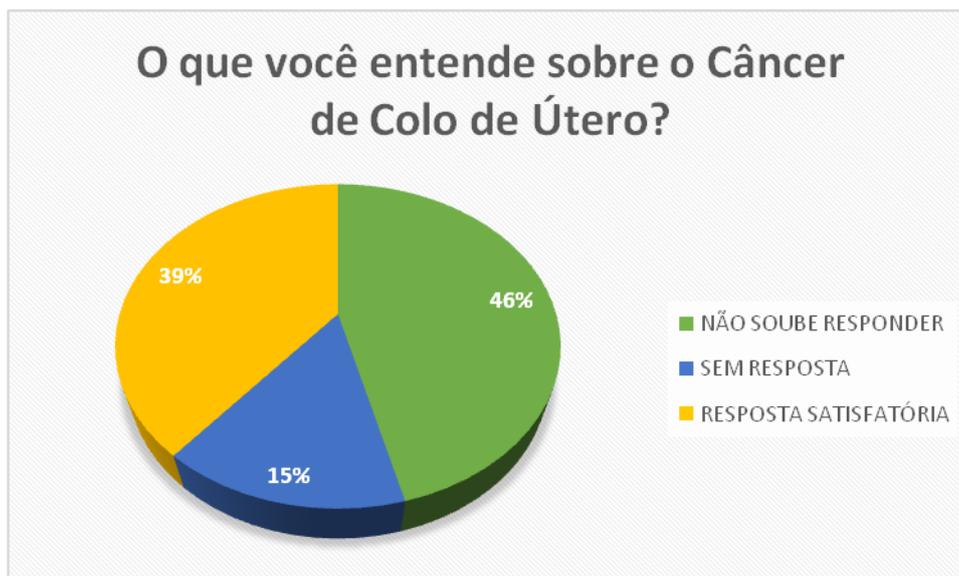
Durante a análise de dados as adolescentes foram nominadas com flores para que pudéssemos preservar o anonimato, foi nominado dessa forma, Flor de Liz, Copo de Leite, Orquídea, Girassol, Lírio, Cordelia, Margarida, Jasmim, Flor do Campo, Tulipa, Rosa e Violeta.

10. RESULTADOS ALCANÇADOS

Na primeira etapa para avaliarmos o conhecimento das adolescentes, aplicamos um questionário contendo seis perguntas.

Como demonstram os gráficos referente à cada pergunta:

Gráfico 1: 1º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

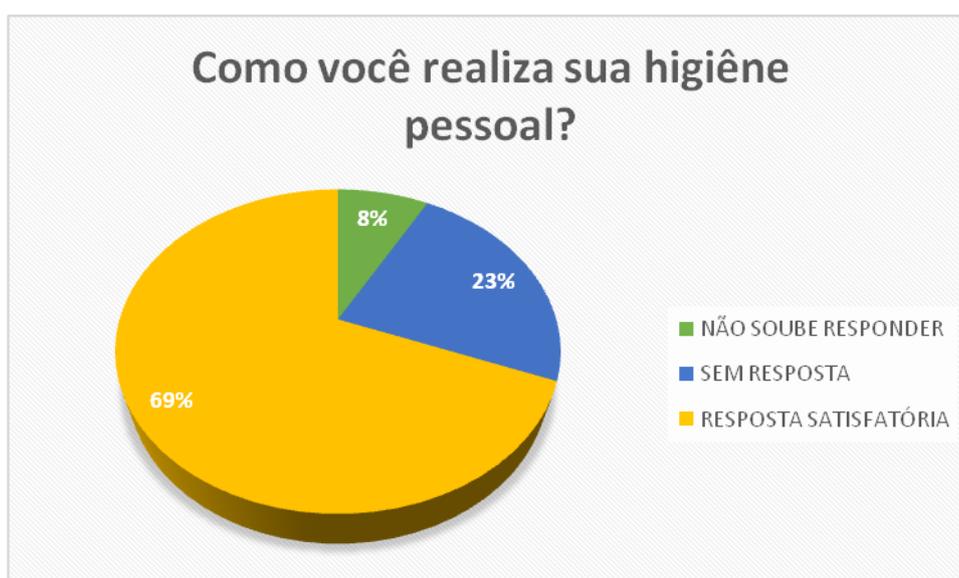
Conforme relato de algumas delas, referente à 1ª pergunta responderam que:

Flor de Lis: “Não sei”

Lírio: sem resposta, deixou em branco

Copo de Leite:” São células que se multiplicam desordenadas, quando não é tratada”

Gráfico 2: 2ª PERGUNTA:



Fonte: questionário aplicado.

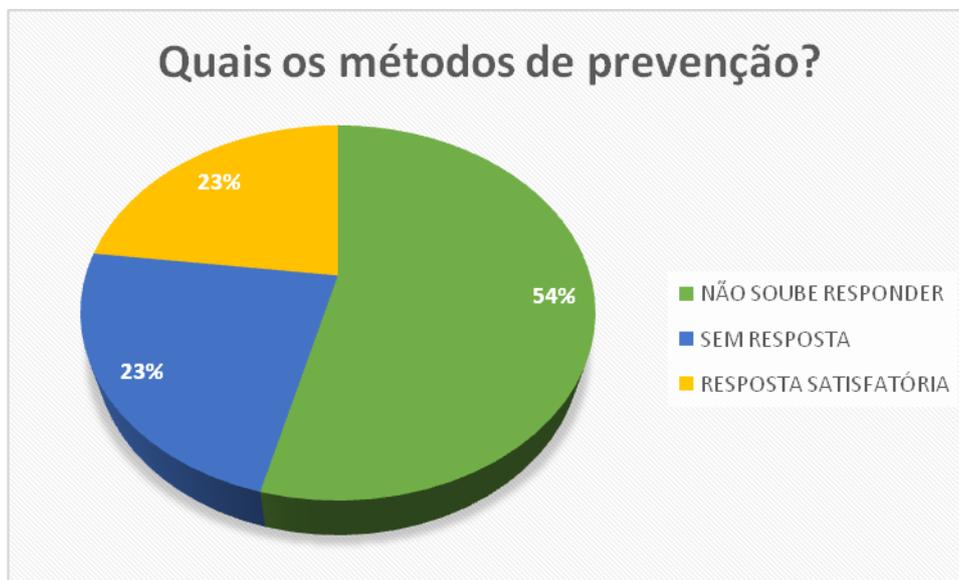
Conforme relato de algumas delas, referente à 2ª pergunta responderam que:

Cordélia: “Toma banho todo dia”

Margarida: Sem resposta, deixou em branco

Tulipa: “Tomando banho”

Gráfico 3: 3º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 3º pergunta responderam que:

Cordélia: “ Não tenho relação”

Girassol: “Não sei”

Orquídea: “Usar camisinha, cuidar bem da higiene pessoal”

Gráfico 4: 4º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

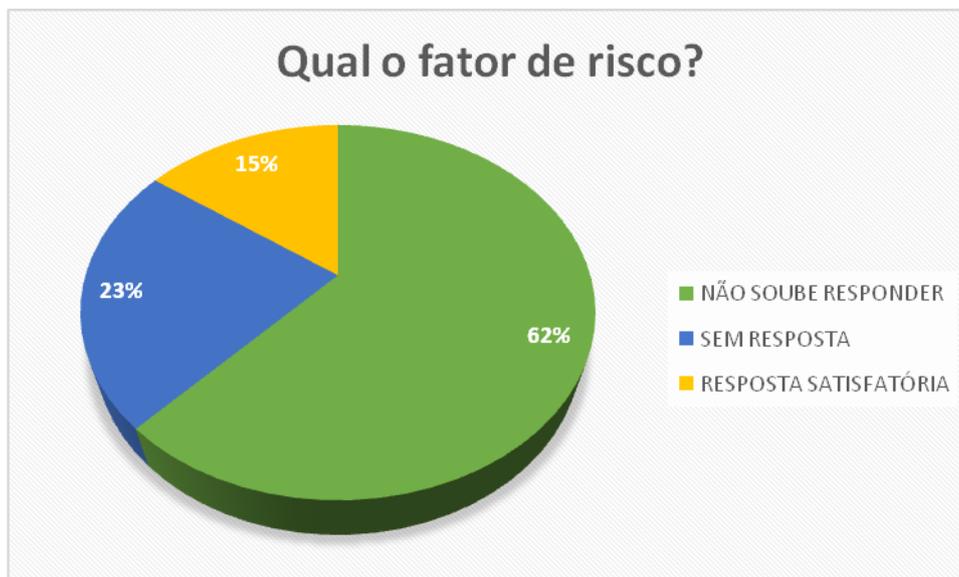
Conforme relato de algumas delas, referente à 4º pergunta responderam que:

Girassol: “Muito bom”

Rosa: “Não sei”

Jasmim: “Ótimo”

Gráfico 5: 5º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

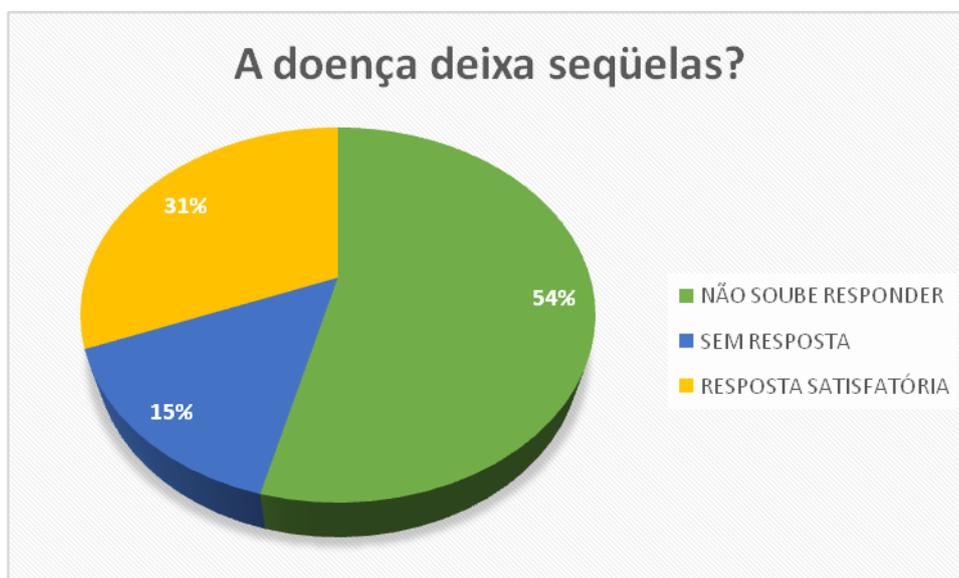
Conforme relato de algumas delas, referente à 5º pergunta responderam que:

Orquídea: sem resposta, deixou em branco

Jasmim: “Não”

Flor do Campo: “Sexo sem camisinha”

Gráfico 6: 6º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 6ª pergunta responderam que:

Rosa: “Não sei”

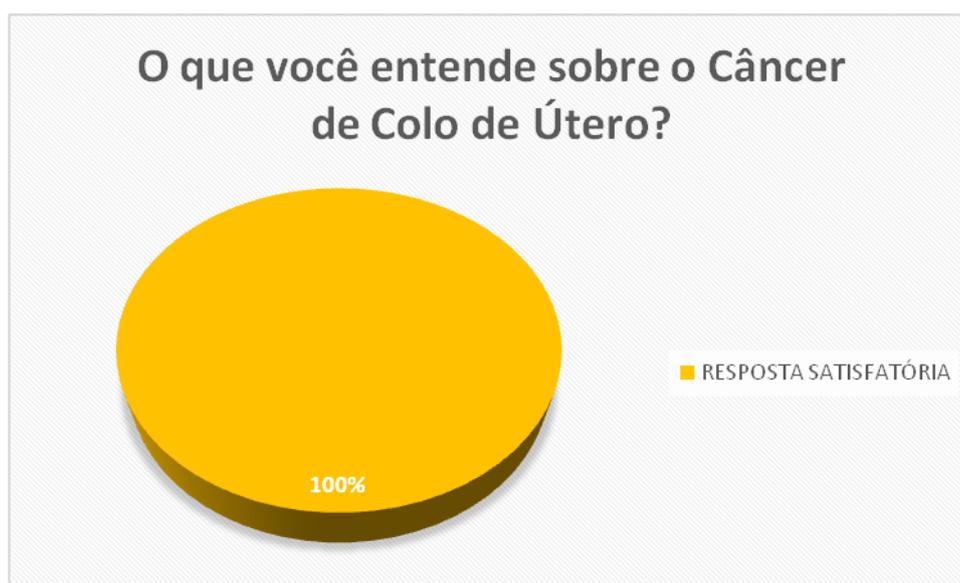
Tulipa: “Sim”

Violeta: Deixou em branco, sem resposta

Após os resultados dos gráficos, observou-se que o nível de conhecimento foi de baixa compreensão, passamos para segunda etapa.

Realizamos as palestras através de data show, esclarecendo dúvidas sobre a origem do CCU, seus níveis de desenvolvimento, fatores de risco, tipos de tratamento, como se previne e higiene pessoal, no final das palestras reaplicamos o mesmo questionário, e pode-se observar através dos gráficos abaixo o nível de entendimento das adolescentes.

Gráfico 7: 1ª PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 1ª pergunta responderam que:

Flor de Lis: “É uma doença que tem várias etapas, é transmissível e aparece na vagina”

Lírio: “É transmitido através de relações sexuais sem cuidado, podendo começar de diversas maneiras e sem tratamento pode gerar um câncer”

Copo de Leite: “São células que se multiplicam desordenadamente, quando não é tratado “

Gráfico 8: 2ª PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

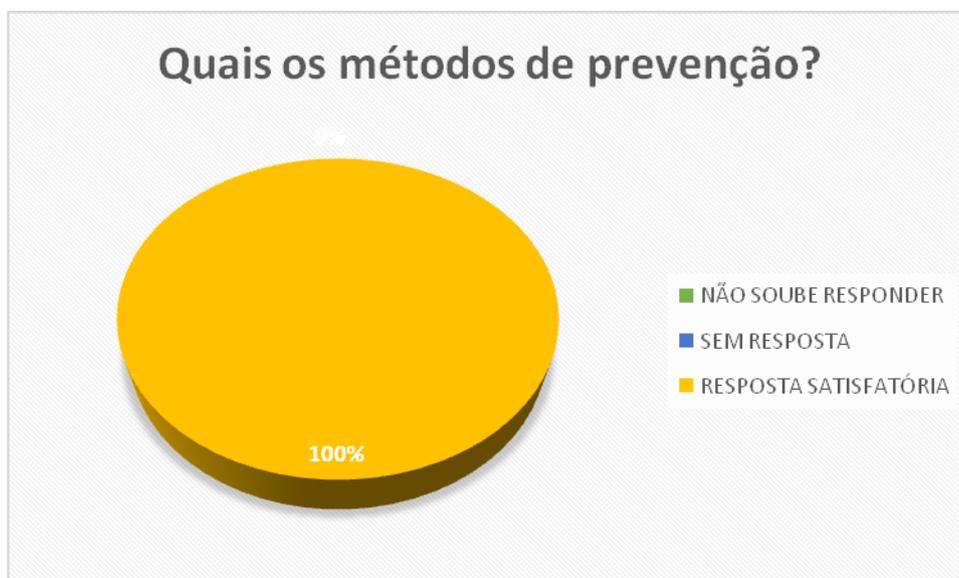
Conforme relato de algumas delas, referente à 2ª pergunta responderam que:

Cordélia: "Tomando banho todos os dias"

Margarida: Sem resposta, deixou em branco

Tulipa: "Tomando banho e lavando as mãos, escovando os dentes"

Gráfico 9: 3ª PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 3ª pergunta responderam que:

Cordélia: "Preventivo"

Girassol: "Usar camisinha"

Orquídea: "Usar camisinha, cuidar bem da higiene pessoal"

Gráfico 10: 4º PERGUNTA.



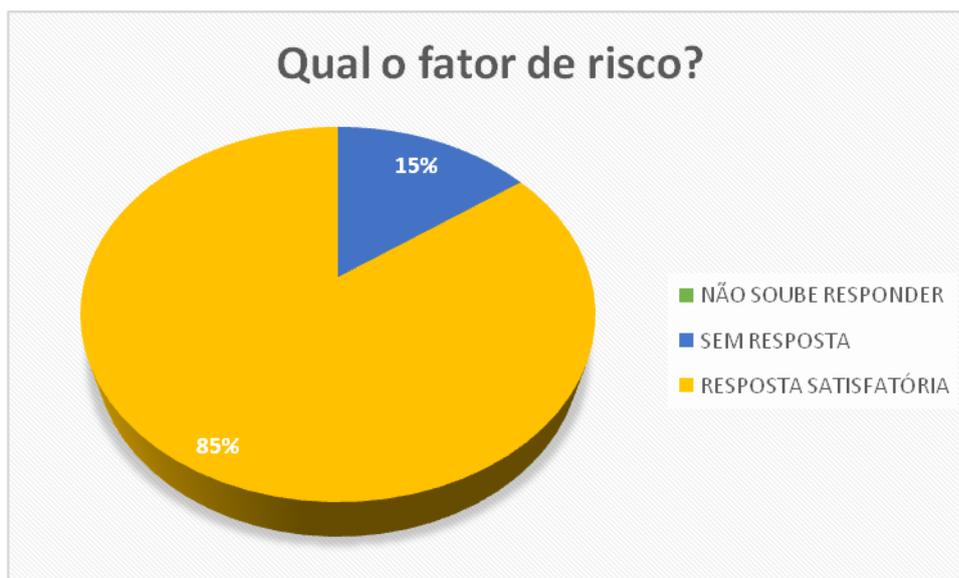
Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 4º pergunta responderam que:

Girassol: Sem resposta, deixou em branco

Rosa: “Tratamento de Radioterapia” Jasmim: “Tem que pegar umas amostras do colo do útero e Radioterapia”

Gráfico 11: 5º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 5º pergunta responderam que

Orquídea: sem resposta, deixou em branco

Jasmim: “Relação sexual com vários parceiros”

Flor do Campo: “Sexo sem camisinha”

Gráfico 12: 6º PERGUNTA.



Fonte: questionário aplicado.

Conforme relato de algumas delas, referente à 6º pergunta responderam que:

Rosa: “sim”

Tulipa: “Sim, o câncer deixa sequelas e o HPV também ”

Violeta: ”Sim”

Conforme o questionário aplicado, entre as 13 que convivem na comunidade, nove são adolescentes entre 12 à 18 anos, três estão entre 46 à 65 e uma de 29 anos. Entre as três senhoras que participaram, uma disse entender, mas teve dificuldade em se expressar, era muito tímida talvez pelo fato de ser analfabeta e precisou de auxílio para responder. Entre as meninas uma não teve completa compreensão do assunto.

Nas questões seguintes, cinco meninas deixaram em branco uma pergunta. As sete meninas restantes responderam todas as perguntas com clareza e coesão.

Conforme o resultado final demonstrado no gráfico, comprova que conseguimos passar para elas a importância da prevenção do CCU.

Gráfico 13: Resultado final.



Fonte: questionário aplicado.

E conforme a fala de algumas delas, referente ao CCU que diz:

Samambaia: “O câncer do colo de útero é o resultado do vírus não tratado que pode se propagar em todos os órgãos internos se não tratado com quimioterapia, radioterapia.”

Lírio: “É transmitido através de relações sexuais sem cuidado, podendo começar de diversas maneiras e sem tratamento pode gerar um câncer”.

Margarida: “Ela se tem através do vírus do HPV que não é tratado a tempo ,originando o câncer. O vírus contamina as células saudáveis fazendo com que se dividam desorganizadamente.”

No primeiro dia foi bem difícil, elas não escondiam a falta de interesse sobre a palestra e claramente víamos a falta de vontade de estarem na sala. Nos quatro dias de palestras, tivemos uma evolução grande, de ambas as partes, pois no decorrer das apresentações elas foram ficando menos tensas e interagindo conosco, formulando perguntas e fazendo comentários sobre o assunto.

Todas as dúvidas geradas naquele momento, procurávamos esclarecer no momento em que elas perguntavam ou buscávamos as respostas e sempre levávamos na palestra seguinte, com muitas fotos coloridas em slides sobre os assuntos, ao final de todas as palestras elaboramos e distribuimos um folheto explicativo.

Na hora do café procuramos nos integrar conhecendo um pouco dia -à- dia das meninas na comunidade.

No último dia com os resultados obtidos da 2ª etapa do questionário vimos que a maioria das meninas conseguiram assimilar o que é o CCU conforme dito no DATASUS,2014

O CCU pode também ser chamado de câncer cervical, já que acomete inicialmente um local no útero que recebe o nome de cérvix, que é a parte mais baixa do útero e fica bem no final da vagina. Este tipo de câncer é um dos que mais causa mortes no meio feminino, ficando somente atrás do câncer de mama. Quando as células da superfície do colo do útero começam a se multiplicar de forma indevida, tumores são gerados.

No último dia do nosso trabalho, sorteamos entre as meninas um kit com produtos de higiene pessoal e uma camiseta do outubro rosa, sobre a conscientização da prevenção do câncer, e para encerrar elas apresentaram um coral com música gospel.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No projeto que apresentamos, conseguimos envolver não só as meninas, mas também as orientadoras e outras pessoas responsáveis pelo Rosa de Saron que ali se encontravam.

Entre um assunto e outro, se tornou um debate entre perguntas e respostas, esclarecendo dúvidas e a cada palestra fomos instigando o interesse e a curiosidade das meninas sobre o assunto exposto.

Podemos perceber a evolução das meninas desde a primeira palestra até a última. No início elas demonstraram pouco interesse em saber o que é o câncer de colo de útero, mas no decorrer dos dias elas manifestaram interesse pelo assunto abordado e no final, de acordo com os gráficos, 54% conseguiram distinguir ao todo o assunto, sendo que: 100% entenderam o que é o CCU e a prevenção, 84% a importância de uma boa higiene, 92% entenderam como ocorre o tratamento, 85% entenderam quais os fatores de risco e 92% entenderam as sequelas deixadas pelo câncer.

Este projeto não ofereceu nenhum risco às pessoas envolvidas, somente benefícios podendo adquirir mais o conhecimento e aproveitamento para uma melhor condição de vida.

Para nós foi muito gratificante saber que conseguimos passar um pouco de conhecimento, e um aprendizado, pois trabalhar com essa faixa etária podemos infelizmente comprovar como nossos adolescentes tem um déficit enorme de informação referente à sua saúde e bem estar.

Recomendo aos outros grupos que se interessam e possam dar continuidade a esse trabalho, nossas instituições estão carentes de voluntários para passar tais informações e garanto que o retorno é proveitoso.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, (nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG), **estou sendo convidado a participar de um estudo denominado** Estratégias de Educação em Saúde para Prevenção do Câncer do Colo De Útero, cujo principal objetivo é: Orientar adolescentes internados na comunidade terapêutica em uma cidade da região norte de Santa Catarina sobre a prevenção de câncer de colo de útero. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Luciane F. B. Padilha, Elenir da Silveira, Gilberto Bruder, Sibilla S. dos Santos— devidamente matriculados no curso de Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Estudo, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IF-SC), orientadas pela Professora Joanara Rozane da Fontoura Winters.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schimidt. Endereço – Rua: Xavier Arp s/n – Bairro – Boa Vista – CEP 89227-680- Joinville –SC.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre

consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Joinville, ____ de _____, 2014.

Nome e assinatura do paciente

Nome(s) e assinatura(s) do(s) aluno(s)

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO

NOME:

IDADE:

1-O que você entende sobre o Câncer de Colo de Útero?

2-Como você realiza sua higiene pessoal?

3-Quais os métodos de prevenção?

4-Como é o tratamento?

5-Qual o fator de risco?

6-A doença deixa seqüelas?

APÊNDICE 3

FOLHETOS EXPLICATIVOS

HÁBITOS DE HIGIENE

REFERÊNCIAS

Alergodermatologia infecção pelo Papilomavírus Humano. Disponível em: <<http://alergodermatologia.blogspot.com.br/2010/08/infeccao-pelopapilomavirushumano1><http://alergodermatologia.blogspot.com.br/2010/08/infecao-pelo-papilomavirus-humano1-hpv.html>>. Acesso em: 07-04-2014.

ANJOS, S. J. S. B; KI et al. **Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia.** In: Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. V. 44, N. 4. Dec. 2010. p. 913. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400008>>.

LUECKENOTTE, Annette. G. RJ; REICHMANN & AFFONSO EDITORES. **Avaliação Em Gerontologia.** 2002. 385 p. ilus, tab. Disponível em: <<http://alergodermatologia.blogspot.com.br/2010/08/infeccao-pelo-papilomavirus-humano1-hpv.html>>. Acesso em: 07-04-2014

BEREK J.S; HACKER N.F. **Tratamento.** INCA. Practical Gynecologic Oncology. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p.352. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/tratamento1. Acesso em: 09-04-2014.

BORBA, P. C. et al. **O Que Falta Na Luta Contra O Câncer De Colo Uterino.** Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Diagn.%20tratamento&connector=ET&lang=pt>>. Diagn tratamento; Vol.1, no.1 .15(4) .pag.198-202.out.-dez. 2010.

BORGES, M. F. et al. **Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame.** Caderno de Saúde Pública. jun. 2012.

BRASIL. **Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer de mama.** Disponível em: CHEN, Yi-Bin ;MD; ALSO, R by ZIEVE;D; MHA, Medical Director , A.D.A.M., Inc.

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. **Câncer de colo do útero.** Disponível em: <http://saude.ig.com.br/minhasaude/enciclopedia/cancer-de-colo-doutero/ref1238131525203.html><http://saude.ig.com.br/minhasaude/enciclopedia/cancer-de-colo-do-uterio/ref1238131525203.html>. Enciclopédia da Saúde Atualizado em 28/12/2010.

DATASUS, Ministério da Saúde. **Exame anatomopatológico do colo do útero:** Informações de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. Acesso em: 07-04-2014.

EDUARDO, K. G. T. et al. **Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino.** Rev Rene. 2012; V. 13. N. 5. p.1045-55.

Biopsia cervical (do colo do útero). In: Enciclopédia da Saúde. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/minhasaude/enciclopedia/cancer-de-colo-doutero/ref1238131525203.html>. Acesso em: 09-04-2014.

FERNANDES, A. **Sistema Genital Feminino.** Disponível em: <http://sistgenital.blogspot.com.br/>. Acesso em: 08-04-2014.

FOTOSANTESE. **Câncer do colo do útero: Sintomas, Tratamento, Prevenção, Fotos e Causas.** Disponível em: <http://www.fotosantedepois.com/cancer-do-colo-do-utero/http://www.fotosantedepois.com/cancer-do-colo-do-utero/>.

FRIGATO,S; HOGA , L. A . K. **Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem.** Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf. Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(4): pag.209-214 Artigo Original, Recebido em julho de 2003. :

GREENWOOD, S.A; MACHADO, M. F.A.S; SAMPAIO ,N.M.V. **Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. V.14. N.4. p. 504. Ribeirão Preto: Jul/Ago, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400006IBACBRASIL>.

INSTITUTO ONCOLOGIA. **Câncer de Colo do Útero.** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sobre-o-cancer/766/128/>. Acessado em: 29-03-2014.

LUECKENOTTE, A. E. G. **AVALIACAO EM GERONTOLOGIA.** Rio de Janeiro, 2002. p.385. Monografia. Disponível em: <http://crt-dst.aids.bvs.br/> >.

MORAES, Silvia Piedade de; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.** Rev. Assoc. Med. Bras.Elsevier Editora Ltda ARTIGO.

MORESI, E. **Organizador.** Disponível em: http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo>.

NETTER, F. H. SISTEMA GENITAL FEMININO . **Atlas de Anatomia Humana.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Disponível em: <http://www.auladeanatomia.com/genitais/feminino>. Acesso em: 07-04-2014.

NETO, A. R. et al. **Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino.** Ministério da Saúde. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V. 23. N. 4. p. 209 -215. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001000400003>.

PANOBIANCO, M. S. et al. **Mulheres com Diagnóstico Avançado do Câncer do Colo do Útero: Enfrentando a Doença e o Tratamento.** Rev. bras. Cancer. V. 58. N. 3. p.517-523. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/22_artigo_mulheres_diagnostico_avan%C3%A7ado_cancer_colo_uterio_enfrentando_doenca_tratamento.pdf .submetido em 15/4/12; aceito para publicação em 11/7/12.

SAÚDE. **CÂNCER DE COLO DEÚTERO.** Disponível em
<<http://saude.ig.com.br/minhasaude/enciclopedia/cancer-de-colo-do-utero>>.

SISCOLO/SISMAMA. **Informação do câncer de mama. Brasil.** Disponível em:
<<http://datasus.saude.gov.br/>>.

FERNANDES, Arnaldo. **SISTEMA GENITAL FEMININO.** Disponível em:
<<http://sistgenital.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 08-04-2014.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** Disponível em:
<http://200.17.83.38/portal/upload/com_arquivo/metodologia_da_pesquisa_e_elaboracao_de_dissertacao.pdf>.

NETTER, Frank H. **SISTEMA GENITAL FEMININO.** Disponível em:
<<http://www.auladeanatomia.com/genitais/feminino.htm>>.
jonas@auladeanatomia.com.

SOARES, M.B. O; SILVA, S.R. **Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino.** In: Rev. bras. enferm. V. 63. N. 2. p. 178. Mar./Abr, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034->>.

TORRES, E.K. G et al. **Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino.** Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027984009.pdf>>.

ZIEVE, A.D. **Câncer de colo do útero.** Disponível em: <http://www.saude.ig.com.br/>.