

MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM TRATAMENTO POR BRAQUITERAPIA

ZACARIAS, Amanda dos Santos¹
SIMÃO, Bruna Cristina²
APARECIDA, Cesar Cristiane³
REIS, Alessandra Crystian Engles⁴

RESUMO

O câncer de colo do útero é causado pelo vírus HPV (Papiloma vírus humano), é o terceiro tipo de tumor que acomete a população feminina. A forma de detecção precoce é através do Papanicolau, exame realizado nas unidades básicas de saúde gratuitamente com agendamento prévio. Porém, ainda existem muitos fatores que interferem na cobertura total desse exame para as mulheres, que pode ser dificuldades de entendimento e discernimento da doença, insegurança do profissional, medo do resultado, entre outras. Quando diagnosticado o câncer, o médico responsável estudará a melhor forma terapêutica com a equipe. A Braquiterapia é uma das terapias mais utilizadas para o tratamento de câncer de colo de útero. Este estudo se caracteriza por ser bibliográfico, com a seleção de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos em bancos de dados virtuais.

PALAVRAS – CHAVE: Câncer de colo de útero. Tratamento. Braquiterapia.

WOMEN WITH CERVICAL CANCER TREATED WITH BRACHYTHERAPY

ABSTRAT

Cervical cancer is caused by HPV (Human Papillomavirus), is the third type of tumor that affects the female population. The form of early detection is through Pap smear, test performed in the basic health units free with prior appointment. However, there are still many factors that interfere with full coverage of exam for women who may be difficulties in understanding and discernment of the disease, the professional insecurity, fear of the result, among others. When it is diagnosed cancer, the doctor in charge will consider the best form of therapy with the team. The Brachytherapy is one of the most widely used therapies for the treatment of cervical cancer. This study is characterized by literature research, with the selection of scientific papers published in the last 10 years in virtual databases.

KEYWORDS: Cervical cancer. Treatment. Brachytherapy.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o segundo câncer mais ameaçador da vida, comum em mulheres em todo o mundo, causado por infecção por Papiloma vírus humano (HPV) em 99,7% dos casos. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários (BRASIL, 2006).

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: amanda.zacarias@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: bruna_malaca@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: cris_vezar89@hotmail.com

⁴ Enfermeira Obstetra, Mestre em Educação, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. . E-mail: alereis@fag.edu.br

Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a prática de políticas públicas na atenção básica, enfatizando a precaução integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país. Entre as ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle do câncer do colo de útero. No ano de 2008, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero. No Brasil, no ano de 2012, foram registrados cerca de 17.540 casos novos (BRASIL, 2013). Em relação a este contexto epidemiológico, o Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer, tem como meta,

Ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, [...] as principais ações para o enfrentamento dos cânceres do colo do útero são: aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero, universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça, cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões, precursoras de câncer (BRASIL, 2013).

Os números apresentados no parágrafo anterior são expressivos. Um fator que pode contribuir é que anatomicamente o órgão genital feminino é interno, proporcionando maior limitação visual, também é pouco innervado, o que compromete a percepção de dor. Fato que pode proporcionar diagnóstico tardio para qualquer situação patológica.

Estruturalmente a vagina é um tubo, embutido no tecido conjuntivo da pelve, está em contato com mucosas em suas paredes posteriores e anteriores. As mucosas são compostas por pregas em sua superfície de ambas as paredes, nas quais se estendem lateralmente para pregas secundárias. A mucosa ainda é revestida por um epitélio poliestratificado pavimentoso mole, com ausência de glândulas e queratinizado (MORAIS e LONGATA, 2000).

O colo do útero é o segmento uterino, encontrado acima da inserção da vagina, fica na porção intravaginal; é constituído por uma estrutura fibromuscular, com um duplo revestimento mucoso. Ao longo do colo encontra-se o istmo, corpo do útero e fundo do útero, o qual se comunica com as tubas uterinas que oferecem acesso até os ovários. As paredes do útero são compostas de dentro para fora, do endométrio, miométrio e paramétrio. Toda esta estrutura compõe o aparelho reprodutor feminino (MORAIS e LONGATA, 2000).

O Carcinoma Endometrial é a neoplasia mais comum encontrada no aparelho reprodutor feminino. Segundo Smeltezer e Bare (2010),

A maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma do endométrio esta relacionada á estimulação estrogênica, prolongada e sem oposição. Manter relação sexual

precoce, múltiplos parceiros e histórias de DSTs, especialmente HPV e HSV, constituem fatores de risco importantes. A incidência é mais elevada nas classes socioeconômicas mais baixas e nos negros. Podendo ocorrer vários tipos a) displasia (pré-câncer)-células atípicas com um grau de maturação de superfície; b) carcinoma in situ-citologia similar á do carcinoma invasivo, mas confinado ao epitélio; c) carcinoma invasivo – o estroma é afetado, 90% são do tipo de células escamosas. Dissemina-se por invasão local e pelos vasos linfáticos até a vagina (SMELTZER e BARE, 2010, p. 1032).

As opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer devem se baseadas em metas realistas e atingíveis para o câncer de colo do útero. As possíveis metas para o tratamento podem ser a erradicação completa da doença, ou seja, a cura, a sobrevida prolongada e contenção do crescimento de células cancerosas; favorecendo o controle, ou ainda o alívio dos sintomas associados á doença. Sendo assim, a braquiterapia ou radioterapia interna, tratamento no qual se coloca uma fonte de radiação dentro de, ou junto à área que necessita de tratamento, é um dos tratamentos utilizados para o combate ao câncer de colo de útero(SMELTZER E BARE, 2005).

A braquiterapia é eficaz também para o tratamento contra o câncer de próstata, mama e de pele, podendo ainda ser utilizado no tratamento de tumores em diversas outras áreas do corpo. Este tratamento pode ser utilizado independentemente ou em combinação com outras terapias, como a cirurgia e radioterapia de raios externos (BRASIL, 2013).

Neste contexto, este trabalho tem por objetivo fazer um levantamento bibliográfico em banco de dados *SciELO* e *LILACS*, relacionado às pesquisas publicadas de 2003 a 2014 sobre câncer de colo de útero e o tratamento por braquiterapia.

2. PROCEDIMENTO METODOLOGICO

Esta pesquisa é de caráter bibliográfico. Para Marconi e Lakatos (2013) este tipo de estudo tem como definição

[...] a busca a um tema em destaque a partir de referências publicadas em mídia eletrônica (internet) em artigos, analisada e discutida para fornecer contribuições culturais e científicas, a fim desconstituir uma técnica que seja adequada para fornecer bagagem teórica ao trabalho pesquisado (MARCONI & LAKATOS, 2013, p. 134).

Para a execução deste trabalho foram identificadas pesquisas, por meio de artigos publicados. A partir dos artigos, foram selecionados 26 deles conforme o quadro1, abaixo apresentado. Os textos encontrados foram publicados entre os anos de 2003 a 2011.

Quadro 01 – Identificação do perfil dos artigos, com categoria de câncer de colo de útero

Fonte	Editora	Autor	Título	Ano
SciELO LILACS	Revista Brasileira de Cancerologia.	FRIGATO, Scheila ; HOGA, Luiza AkikoKomura	Assistência á mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem	2003
SciELO	Revista Escola de Minas	LACERDA, Kássio André; LAMEIRAS, Fernando Soares; SILVA, Viviane Viana	Síntesecaracterística de matrizes de hidroxiapatita para aplicação como fontes radioativas em braquiterapia	2006
SciELO LILACS	1º ten.alciandra Vitorini	SOARES ,Ciandra Vitorini	Câncer de colo útero: Programa de rastreamento	2008
SciELO	Rev. Bras Ginecol Obstet.	THULER, Luiz Claudio Santos; MENDONÇA, Gulnar Azevedo Mendonça	Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras.	2005
SciELO	Ver.Esc.Enferm.U SP	CÍNTIA,Raquel	Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil.	2007
SciELO	Rve.Esc.Enfermag em.	SILVA, Nancy Capretz Batista	Conhecimento de mulheres sobre o câncer de mama de colo do útero	2005
SciELO	Rev. Saúde Pública	GAMARRAL, Carmen Justina et al.	Correção da magnitude da mortalidade por câncercolo de útero no Brasil,1996-2005	2010
SciELO	Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS)	SOARES, Marilu Correa et al.	Câncer de colo uterino: atenção integral á mulher nos serviços de saúde	2011
SciELO	Cad. Saúde Pública, RJ	ALBUQUERQUEK, Camila Matoset al.	Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados á não - realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo do útero em Pernambuco, Brasil	2009
SciELO	Rev. AssociaçãoMedic a Brasileira	FREGNANI, José Humberto Tavares Guerreiro ET al.	Fatores de risco não habituais para metástase linfonodal no câncer do colo do útero.	2007
SciELO	Rev. Brasileira Ginecológica Obstetra.	NASCIMENTO, Maria Isabel ET al.	Colpocitologia de mulheres com diagnostico de adenocarcinoma do colo do útero	2014
SciELO	Rev.Bras. Ginecol. Obstet.	TRULER, Luiz Claudio Santoetal	Determinantes do diagnostico em estágio avançados do câncer do colo do útero no brasil.	2014
SciELO	Rev. Saúde Pública	UCHIMURAI ,Nelson Shozo et al.	Avaliação da conduta conservadora na Lesão intra-epitelial cervical de alto grau.	2012
SciELO	FEMINA	VALEJO ,Fernando Antônio et al.	Tratamento do câncer de endométrio	2009
SciELO	Contexto Enfermagem, Florianópolis	PIMENTEL,AngelaVi eira	A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnostico avançado do câncer do colo do útero	2011
SciELO	J. Brasileiro Patologia Medicina Laboratório	BONILHA, Jane Lopes et al.	Controle da qualidade em Colpocitologia: visão rápida com campo marcado	2006
SciELO	Rev. Brasileira de Enfermagem REBEn	BARROS,Dejeane de Oliveiro	Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio	2007

SciELO	Cad. de saúde publica	RICO, Ana Maria et al.	“Tem mulher, tem preventivo:” sentidos das praticas preventivas do câncer do colo do útero em mulheres de Salvador, Bahia, Brasil	2013
SciELO	Cad. de saúde coletiva RJ	RUSSO, Rafael Ricardo et al.	Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na estratégia de saúde da família de Nova Iguaçu, Rio Janeiro, Brasil.	2012
SciELO	Revista brasileira de enfermagem REBEN	Anjos Saworietal	Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas	2013
SciELO	Cad. Saúde Pública	ALVES, Christiane Maria Meurer et al.	Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005	2009
SciELO	Caderno de saúde publica	AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al.	Fatores associados á não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil.	2006
SciELO	Revista. Esc Enfermagem USP	ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra et al.	Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia.	2010
SciELO	Ciência & Saúde Coletiva,	REIS, Angela Adamski da Silva et al.	Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina.	2010
SciELO	Revista da escola de enfermagem da USP	SILVA, Silvio Éder dias et al.	Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino.	2010

Fonte: Elaborados pelos autores.

A partir da amostra composta por 25 artigos apresentados no quadro acima, foram selecionadas 8 áreas temáticas, conforme os assuntos abordados em cada pesquisa. As áreas temáticas e o número de pesquisas por assunto são apresentados no quadro 2, logo abaixo.

Quadro 2 – Relação efetiva da área Temática identificada conforme assuntos pesquisados em cada artigos

Área Temática	Assunto	Nº Trabalhos
Diagnóstico	Diagnostico precoce	2
	Informação de diagnostico precoce	1
	Diagnostico tardio	2
	Rastreamento de diagnostico	1
	Cobertura de Papanicolaou	1
	Avaliação da qualidade de exames	1
	Avaliação da conduta conservadora, lesão intra-epitelial e cervical.	1
	Avaliação dos fatores CA de colo por HPV e comparação de resultado visual, auto data, citológico e citográfico.	1
Perfil	Comparação entre citológico de mulheres detectadas com adenocarcinoma e histórico	1
	Perfil da clientela e utilização dos serviços de saúde da família	1
	Organização dos serviços de saúde	1
Tratamento	Não realização do exame Papanicolaou segundo avaliação socioeconômica e comportamental	1
	Tipos de tratamento	1
	Uso de hidroxapatita para radioterapia e braquiterapia	1

	Verificar vários associados de metástase	1
Mortalidade	Correção de magnitude e mortalidade	1
	Tendência da mortalidade em câncer de útero	1
Assistência	Ênfase no cuidado de enfermagem	1
Percepção Da Mulher	Percepção da mulher com câncer de útero	1
Prevenção	Prevenção “significados para mulher”	1
Educação Em Saúde	Educação em saúde	1

Fonte: elaborado pelos autores.

Fica evidente que o assunto mais pesquisado é diagnóstico, seguido de perfil e tratamento, que aparecem em 3 artigos, mortalidade em 2; os demais assuntos: assistência, percepção da Mulher, prevenção e inclusive educação em saúde, aparecem em um único artigo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da identificação das áreas temáticas, os resultados discutidos serão as que aparecem em um número mais expressivo de pesquisas, são elas: diagnóstico, perfil, tratamento, percepção da mulher portadora de câncer de colo uterino, assistência, prevenção, educação em saúde e mortalidade.

3.1 DIAGNÓSTICO:

Nas diretrizes do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, o exame citopatológico, Papanicolau, deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não desenvolvam o câncer uterino (INCA,2007).

Segundo a OMS (2006),

[...] a incidência desse câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dado a sua lenta evolução (OMS, 2006, p.76)

A cobertura eficiente do exame de Papanicolau é a principal estratégia para detectar lesões precoces e fazer o diagnóstico da doença logo no início do tumor, antes que a mulher apresente sintomas. Esse exame pode ser feito em unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito precocemente e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero. O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto que diminui se a mulher se sentir mais tranquila e relaxada, e se o exame for realizado com boa técnica de forma delicada (BRASIL, 2013).

Quando ocorre a prevenção com o diagnóstico precoce, os resultados determinarão melhor controle da doença que acomete boa parte das mulheres brasileiras. Se o laudo for negativo para câncer e for o primeiro a ser realizado pela mulher, ela deverá fazer novo exame preventivo um ano após o primeiro. Caso ela tenha um resultado negativo no ano anterior, deverá fazer o próximo exame após três anos; caso tenha a ocorrência de alteração como (NIC I), a recomendação é repetir o exame seis meses depois da coleta. Outras possíveis alterações não neoplásicas como é o caso do NIC II e NIC III, a recomendação é ser encaminhada para colposcopia em unidade de referência junto ao município de residência (BRASIL, 2006).

O fato é que os sintomas do câncer do colo do útero somente aparecerão na fase adiantada da doença. Alguns dos sintomas são sangramento e dor nas relações sexuais, porém, ocorrem de forma distinta para cada indivíduo (BRASIL, 2013).

O médico deverá tomar a conduta sugerida pelos órgãos nacionais e internacionais, conforme o tratamento adequado para cada situação em específico.

É sempre necessário que a mulher comprometida com lesão de colo, faça a colposcopia. Exame feito com o colposcópio, aparelho com lentes de aumento e câmera para visualizar o colo do útero, vagina e períneo. Quando houver infecção provável pelo HPV, deverá ser repetido o exame seis meses depois.

Na presença de amostra insatisfatória do Papanicolau, ou seja, a quantidade de material que não possibilitou a realização do exame deve-se logo que possível. Independente desses resultados, a mulher pode ter outra infecção associada ou isolada que será tratada, conforme o laudo do exame citopatológico.

O tratamento deve ser seguido corretamente e, em algumas ocasiões pode ser preciso que o parceiro também receba tratamento adequado. Quando existe esta necessidade, o parceiro deve procurar o serviço de saúde para receber as orientações pertinentes dos profissionais qualificados.

3.2 PERFIL

Segundo uma pesquisa realizada em Campinas-SP, as mulheres mais acometidas pela doença são: brancas, fumantes, casadas, escolaridade baixa, que exercia função de chefe da família, múltipara, vários parceiros e que iniciaram a atividade sexual precoce. A maior incidência de câncer do colo do útero acomete mulheres que encontram dificuldades de várias formas para realizar o exame Papanicolau, podendo ser elas relacionadas à idade, fatores geográficos como localidades distantes e sem unidade básica de saúde, fatores sócio- econômico, crença, medo de estarem doente, vergonha, e que julgam não ter necessidade de realizá-lo.

A grande incidência de câncer de colo uterino está presente entre as mulheres brasileiras de baixa renda, talvez pela falta de acesso a prevenção e a não compreensão da importância do exame Papanicolau.

Segundo Greenwood .et al. (2006),

A partir dos motivos que as mulheres entrevistadas apresentaram para não retornarem ao serviço para receber o resultado do exame, puderam-se construir três categorias: motivos relacionados à mulher, motivos relacionados ao profissional e motivos relacionados ao serviço. [...] Um inquérito domiciliar foi realizado, constatando que 13% não receberam o resultado do último exame de Papanicolau (GREENWOOD et al., 2006, p. 505).

Sendo assim, é observado que a unidade de prestação de serviço de atenção primária está realizando a coleta do preventivo, mas, não há procura do diagnóstico.

3.3 TRATAMENTO

Com a identificação do grupo de maior risco, existe a possibilidade de maior e melhor prevenção e tratamento. Os tratamentos disponíveis para o carcinoma em pacientes portadoras dessa neoplasia em colo uterino baseiam-se, na cirurgia, radioterapia interna chamada de braquiterapia e quimioterapia. O tratamento a ser realizado depende das condições clínicas da paciente, do tipo de tumor e de sua extensão (BRASIL, 2006).

Quando o tumor é inicial, os resultados da cirurgia radical e da radioterapia são equivalentes. O tratamento cirúrgico consiste na retirada do útero, porção superior da vagina e linfonodos pélvicos. Os ovários podem ser preservados nas pacientes jovens, dependendo do estadiamento do tumor, ou seja, quanto mais avançado, mais radical é a cirurgia (BRASIL, 2013).

O tratamento radioterápico pode ser efetuado como tratamento exclusivo. Também pode ser feito associado à cirurgia precedendo-a, ou quando a cirurgia é contraindicada. Quando existe a colocação de fontes de radiação na área alvo, pode ser chamada de braquiterapia temporária ou permanente (BRASIL, 2013).

A realização da braquiterapia temporária implica na colocação de fontes de radiação por um período determinado de tempo, minutos ou horas, e em seguida são retiradas. A duração específica do tratamento depende de muitos fatores diferentes, incluindo a taxa de fornecimento de dose necessária, o tipo, tamanho e localização da lesão. O tratamento permanente conhecido por implantação de sementes implica na colocação de pequenos blocos ou sementes radioativas, aproximadamente do tamanho de um grão de arroz, de baixa dose de radiação no local do tumor que são deixadas permanentemente nesse local e se decompõem gradualmente. Durante semanas ou meses, o nível de radiação emitido pelas fontes reduz podendo zerar. As sementes inativas permanecem no local de tratamento sem efeitos duradouros (BRASIL2013).

3.4 PERCEPÇÃO DA MULHER PORTADORA DE CÂNCER DE COLO UTERINO

No decorrer do tratamento por braquiterapia, a condição de fragilidade da mulher se potencializa, muitas vezes devido ao medo das reações adversas, medo de morrer, incerteza de que o tratamento é eficaz e medo das sequelas. São situações que demandam atenção especial dos componentes da equipe multiprofissional envolvidos com o tratamento. A mulher submetida à braquiterapia deve ser orientada em relação ao tratamento e as possíveis reações agudas como, tumefação, hemorragia e em longo prazo podem surgir problemas urinários, digestivos e ocorrência de sangramentos vaginais discretos em consequência da manipulação do local de aplicação da radiação. Porém, a persistência da sensação dolorosa ou de outros sintomas não são ocorrências habituais após esse tratamento. Inclusive as mulheres que não apresentam intercorrências durante o tratamento por braquiterapia podem manter atividade sexual durante o tratamento, devendo então estar sempre em acompanhamento e buscar técnicas para diminuir a ansiedade e a sensação de insegurança que são inerentes ao processo (BRASIL, 2013).

Após a radioterapia, a mulher deve retomar as suas atividades sexuais habituais a fim de preservar funcionalmente a vagina. Deve estar orientada quanto ao fato de, meses após o tratamento, pode ter a vagina mais estreitada, menos maleável e ressecada, o que pode ocasionar desconforto e sangramento discreto no momento do coito. Após a braquiterapia, a mulher pode

desenvolver estenose vaginal se não tiver vida sexual ativa, devendo ser orientado o uso de dilatadores vaginais (BRASIL, 2012).

Os resultados demonstram que as mulheres percebem a doença como propiciadora de mudanças no seu cotidiano, gerando o medo de recorrência. A religiosidade é usada como suporte para enfrentar o desafio de viver com a incerteza da cura. Os achados, portanto, demandam investimentos em ações educativas, uma vez que as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento marcada por dúvidas e temores resultantes de uma assistência precária desde a atenção primária até a atenção terciária.

3.5 ASSISTÊNCIA

A enfermagem assume um papel imprescindível na assistência, esta será suporte no período de tratamento, por meio de um cuidado individualizado, acolhedor e resolutivo para com as mulheres e seus respectivos familiares.

Por ser a braquiterapia um tratamento ambulatorial, a enfermagem deve oferecer cuidados com ênfase nas orientações relativas ou adversas em recuperar a integridade da pele, mucosa do trato gastrointestinal e urinário.

Sendo que os cuidados variam de acordo com a técnica de braquiterapia empregada em geral, nos casos em que são utilizados implantes com altas taxas de dose, a fonte é retirada imediatamente após a aplicação e o paciente recebe alta sem qualquer material radioativo no seu interior.

Os implantes temporários com baixas taxas de dose são mantidos no organismo por alguns dias, período no qual o paciente permanece com material radioativo. O tratamento é realizado com o paciente internado, mantido em quartos especiais, longe de crianças e gestantes.

Nos casos em que são realizados implantes definitivos na região pélvica, alguns cuidados devem ser tomados durante os dois primeiros meses após a aplicação do implante: a) crianças e gestantes não devem permanecer em contato com o paciente por períodos prolongados; b) o uso de preservativos é obrigatório em toda relação sexual (FAGUNDES, 2009).

Este tipo de braquiterapia tem substituído a modalidade de baixa taxa de dose por ser um tratamento dado de forma ambulatorial e sem a necessidade de anestesia. O principal fator limitante do uso da técnica de braquiterapia com alta taxa de dose para o tratamento das neoplasias de colo uterino é seu risco potencial de sequelas actínicas nos órgãos normais adjacentes, como a bexiga, o reto e o cólon sigmóide. Por outro lado, a mudança da posição da paciente numa mesa de exame faz com que haja modificações da posição dos órgãos internos. (AZEVEDO *et al*, 2008, p.1511)

Atualmente, não existe na literatura científica uma recomendação do posicionamento de decúbito para tratamento destas pacientes. Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi identificar a influência destes posicionamentos por meio da comparação das doses absorvidas na bexiga, reto e sigmóide das pacientes em decúbito dorsal, com as pernas em litotomia (elevadas), e com as pernas estendidas (abaixadas).

Os resultados apresentaram uma diminuição significativa da dose na bexiga com o posicionamento da paciente com as pernas abaixadas, porém houve um aumento da dose na região do cólon sigmóide, que pode ser minimizado por meio de tempos de parada da fonte radioativa. A dose no reto não foi influenciada pelo posicionamento. Com isso, os resultados obtidos nesta pesquisa indicam que as pacientes submetidas à braquiterapia de alta taxa de dose devem ser tratadas em posição de pernas baixas e estendidas (AZEVEDO et al, 2008).

3.6 PREVENÇÃO

A maior prevenção quanto ao câncer de colo de útero é detectá-lo precocemente por meio do exame Papanicolau. Assim também em toda relação sexual deveria ocorrer proteção de barreira, evitando a contaminação e infecção pelo HPV. As vacinas de HPV (16 e 18) estão disponíveis nas unidades básicas de saúde, são os tipos mais frequentes associados ao câncer cervical, requerem três doses ao longo de um período de seis meses. São eficazes na prevenção de infecção crônica.

3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As orientações quanto aos cuidados, esclarecimentos de dúvidas e apoio à mulher, possibilita a ela e sua família, um período menos conturbado e com uma melhor qualidade de vida, minimizando a necessidade de frequentes avaliações médicas (BRASIL, 2006).

Os programas ou atividades de promoção à saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais, passíveis de mudanças que estariam pelo menos em partes sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, dieta saudável, atividades físicas e direção perigosa no trânsito.

Apesar de ser um instrumento importante para a promoção e o tratamento de câncer uterino, a educação em saúde tem sido pouco explorada como foco para a pesquisa no Brasil; apenas um artigo foi identificado com esse tema.

3.8 MORTALIDADE

A tendência observada de queda da mortalidade pela doença sugere melhorias nos diagnósticos e tratamento. Por mais que ocorram mortes em mulheres com câncer uterino por meios insatisfatórios de prevenção e tratamento, a cobertura de rastreamento para o exame Papanicolau está acontecendo no Brasil nas regiões mais pobres.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado que o câncer de colo do útero é considerado um problema de saúde pública por falta de um diagnóstico precoce e assistência primária e terciária tardias. Estudos mostram que a vacina, a qual está sendo fornecida pelo Sistema Único de Saúde(SUS), evita o câncer de colo do útero em estágio inicial e as lesões pré-cancerosas.

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.

Quando o câncer de colo de útero é diagnosticado, o tratamento será conduzido conforme as características do tumor e condições de vida da mulher. O tratamento radioterápico pode ser efetuado como tratamento exclusivo, mas também pode ser feito associado à cirurgia precedendo-a, ou quando a cirurgia é contra indicada.

É importante que as pesquisas na área do tratamento para o câncer de colo de útero continuem sendo realizadas, para que a qualidade de vida da mulher portadora dessa patologia seja preservada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M.et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados á não - realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 302. 2009.

ALVES,C. M. M.et al. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil,1980-2005. **Cad. Saúde Pública**. Cidade, Rio de Janeiro, v. 25.n8: p1693-1700, p. 1693, mês agosto. 2009.

AMORIM, V. M. S.L. et al. Fatores associados á não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**. Cidade Rio de Janeiro, v24.n11, p.2623, mês nov. 2006.

ANJOS, S. et al. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. **Revista brasileira de enfermagem REBEN**. Cidade, Brasília, Rev Bras Enferm, 2013 jul-ago; v.66,n.4: p.508-13, mês jul-ago. 2013.

BARROS, D. O. et al. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Brasileira de Enfermagem REBEN**. Cidade, Brasília Rev. bras. enferm. vol.60 no.3 Brasília May/June 2007

BONILHA J. L. et al. Controle da qualidade em Colpocitologia: visão rápida com campo marcado. **J. Brasileiro Patologia Medicina Laboratório**. Cidade, Bolinha v. 42 • n. 6 • p. 441-448 dezembro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Câncer de próstata**. 2007. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: <http://www2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata mês agosto. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CÍNTIA, R. et al. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Revista Escola Enfermagem USP**. Cidade, São Paulo vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010

FREGNANI, J, H, T, G, et al. Fatores de risco não habituais para metástase linfonodal no câncer do colo do útero. **Rev. Associação Médica Brasileira**. Cidade, São Paulo v. vol.53 no.4 July/Aug. 2007 p. 338-344, mês.2007.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência á mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista brasileira de cancerologia**, São Paulo, 49 (4), p. 209-214, jul. 2003.

GAMARRAL, C. J. et al. Correção da magnitude da mortalidade por câncer colo de útero no Brasil, 1996-2005. **Rev. Saúde Pública**. Cidade, Jardim América - SP v.04, n.49, p. 213-x214, mês junho. 2010.

GREENWOOD, S. de A. et al. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Cidade, Ceara , v.14n.4 p. 503-509xx-xx, mês julho-agosto. 2006.

HACC. Hospital do Câncer A. C. Camargo, 2001. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/>

LACERDA, K.A.; LAMEIRAS, F. S.; SILVA, V. V. Síntese característica de matrizes de hidroxiapatita para aplicação como fontes radioativas em braquiterapia. **Revista Escola de Minas**. Ouro Preto, vol.59 n.2, p217.,abr-jun, 2006.

MARCONI, M. de A; LAKATOS. E. M. Técnicas de pesquisa. Cidade: Editora, ano .2013

MELO, J. A. **Influência do posicionamento da paciente na modificação da dose em órgãos críticos na braquiterapia de alta taxa de dose em câncer de colo uterino**. 62 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de pós-graduação em Tecnológicas Energéticas e Nucleares (PROTEN), Recife, 2008.

MORAIS, A; LONGATA A. **Colo do uterino vaginal processo inflamatório**. Cidade: Editora Guanabara, 2000.

NASCIMENTO, M, I. et al. Colpocitologia de mulheres com diagnóstico de adenocarcinoma do colo do útero. **Revista Brasileira Ginecológica Obstetra**. Cidade, Rio de Janeiro. vol.36 no., p. 40-45, mês Jan.2014.

PIMENTEL, A. V. et al. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.20 no.2 XX, n. XX, p. 265-262, mês. Abr-Jun 2011.

REIS A. A. S. et al. Papiloma vírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciência & Saúde Coletiva**. Cidade, Goiás v. 15, sup.1., p. 1055-1060, 2010 Apr./June. 2010.

RICO, A. M. et al. Tem mulher, tem preventivo:” sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. de saúde pública**. vol.29 no.9., p. 1763-1773 mês Setembro . 2013.

RUSSO, R.R. et al. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na estratégia de saúde da família de Nova Iguaçu, Rio Janeiro, Brasil. **Cad de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.20, no.4 p.499-505.2012.

SILVA, N. C. S. et al. Conhecimento de mulheres sobre o câncer de mama de colo do útero. **Rev Esc Enfermagem**. Cidade, Paidéia. V.15n.32. p.409 -416, 2005.

SILVA, S. É.D. et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico- uterino. **Revista da escola de enfermagem da USP**. Cidade, São Paulo. v.44.n3/02, p. 554-560. 2010.

SMELTEZER, S. C; BARE, B. G. **Tratamento de ginecologia**. 10 ed. Cidade: Editora Guanabara, 2013.

SOARES, M.C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral á mulher nos serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. vol. 32 no.3 , p.502-508 , Porto Alegre Setembro. 2011.

THULER, L. C. S. et al. Determinantes do diagnóstico em estádio avançados do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira Ginecológica Obstetra**. Porto Alegre v. 36n6 p.247-243, mês setembro.2014.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. M. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetra**. Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p. xx-xx, nov. 2005.

UCHIMURAI, N, S. et al. Avaliação da conduta conservadora na Lesão intra-epitelial cervical de alto grau. **Rev Saúde Pública**. Cidade, São Paulo v. 46, n. 3, p. 246,71, mês. Março 2012 .

VALEJO, F. A. et al. Tratamento do câncer de endométrio. **Nome da Revista Femeno**. Cidade, v. 58, n.3, p. 124-133.2009.