

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

VANUSIA DE OLIVEIRA LIMA

DAISE FERREIRA VALENTE

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

**SALVADOR-BA
2014**

**VANUSIA DE OLIVEIRA LIMA
DAISE VALENTE**

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado na forma de artigo à disciplina Metodologia da pesquisa II do Curso de Especialização Enfermagem em Obstetrícia do Programa de Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Obstetrícia.

Orientadora: Prof^aMsc. Rita de Cássia Velozo da Silva

**SALVADOR-BA
2014**

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

CERVICAL CANCER AND ITS IMPLICATIONS IN PREGNANCY

Vanusia de Oliveira Lima¹

Daise Valente¹

Rita de Cássia Velozo da Silva²

RESUMO

O câncer de colo do útero é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, atingindo anualmente meio milhão de mulheres, com uma taxa de mortalidade alta. Baseado nesses dados este estudo, de revisão de literatura, teve como objetivo analisar as implicações do câncer cérvico uterino na gestação, e sua relação com o rastreio do câncer cérvico uterino durante o pré-natal realizado pela enfermeira. Percebeu-se que existem poucos estudos sobre o tema na gestação, embora a evolução da doença nas mulheres grávidas não seja diferente das mulheres não grávidas. Foi evidenciado também a importância do papel desempenhado pela enfermeira, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, já que acompanha as gestantes realizando consultas e exames.

Palavras - chave: Câncer de colo do útero. Gestação. Enfermagem Obstétrica. Pré-natal.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is a public health problem in Brazil and worldwide, reaching half a million women annually, with a high mortality rate. Based on these data the study, literature review, aimed at analyzing the implications of uterine cervical cancer in pregnancy and its relationship to the Cervical cancer screening during the prenatal performed by the nurse. It was noticed that there are few studies on the topic during pregnancy, although the evolution of the disease in pregnant women is not different from non-pregnant women. Also underlined the important role played by the nurse, especially in the Family Health Strategy, as follows pregnant women and conduct consultations and examinations.

Key-words: Cancer of the cervix. Pregnancy. Obstetrics Nursing. Prenatal.

¹Pós- Graduandas do Curso de Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

²Enfermeira, docente, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o câncer de colo de útero é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, mesmo sendo curável e de fácil detecção. Em todo o mundo, a cada ano, meio milhão de mulheres são vítimas do câncer de colo do útero, atingindo uma taxa de mortalidade média de 50% dessa população (INCA, 2011; FEBRASGO, 2010).

Gonçalves *et al.*, (2011), afirma que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o exame citopatológico do colo uterino deve alcançar uma cobertura em torno de 80% da população feminina entre 25 e 49 anos, para ter real efetividade na prevenção do carcinoma cervical, confrontando com a estimativa esperada pelo Sistema de Informação de Câncer que é uma cobertura maior que 30%, pois o preventivo deve ser repetido trienalmente, e uma parcela significativa da população utiliza o sistema de saúde suplementar para a sua realização.

Segundo Preti *et al.*, (2009), o câncer de colo de útero é a neoplasia mais diagnosticada durante a gestação e sua detecção com o exame de Papanicolau é componente essencial do pré-natal, que se configura como um período oportuno para realização do rastreio. Os programas de rastreamento reduziram em 80% os índices de câncer do colo uterino nos países desenvolvidos.

Também as ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar a observação de sinais e sintomas de alerta. Cabe, ainda, a abordagem de grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), de modo que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação (BRASIL, 2013).

De acordo com Gonçalves *et al.*, (2011), as evidências atuais indicam que as gestantes apresentam chance três vezes maior de serem diagnosticadas como portadoras de lesões em estágio inicial do câncer de colo do que os controles, visto que nesse período os exames vaginais são mais frequentes. Como a maioria dessas lesões é assintomática, seu diagnóstico quase sempre ocorre em consultas durante o pré-natal. Alguns estudos sobre câncer de colo uterino durante a gravidez mostram que, no momento do diagnóstico, 70% a 80% das gestantes apresentam lesões intraepiteliais cervicais de baixo grau, enquanto fora da gravidez apenas 42% dos diagnósticos são feitos neste estágio.

Assim, a gravidez representa uma excelente oportunidade para prevenção do câncer do colo uterino, já que faz parte da rotina de pré-natal preconizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esta rotina engloba a inspeção do colo uterino, a coleta de exame citopatológico que deve ser realizado a cada três anos após dois laudos anuais consecutivos negativo para neoplasia e a palpação bimanual. A coleta deve ser realizada apenas na ectocérvice e a partir do segundo trimestre de gestação. Esses cuidados são enfatizados, visto que a atenção pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2011).

A maioria das gestações ocorre entre os 18 e 35 anos de idade, e corresponde à faixa etária mais comum para o surgimento de neoplasias intraepiteliais cervicais, visto que é nesse período que as mulheres estão mais expostas aos fatores de risco como: vírus HPV, multiparidade, multiplicidade de parceiros sem o uso de preservativos. A incidência das neoplasias intraepiteliais cervicais acomete até 5% das gestações, sendo que a maioria das lesões é de baixo grau, e as lesões de alto grau são encontradas em 1% das citologias oncóticas neste período (PRETI *et al.*, 2009).

Para Lima *et al.*, (2009), durante muito tempo a ocorrência do câncer no período gestacional esteve relacionada à ideia de uma doença com comportamento muito agressivo, de prognóstico desfavorável e sem muita perspectiva de tratamento, o que tem mudado diante dos dados disponíveis atualmente, já que a gravidez não altera o curso biológico da doença, e o desenvolvimento da doença e a sobrevida entre gestantes e não gestantes são similares, desde que comparadas com grupos iguais em relação à idade, estágio e tipo histológico.

A prevalência das lesões epiteliais de alto grau no Brasil atualmente é de 0,25% de todos os exames realizados e 9,7% de todos os exames alterados. Cerca de 70 a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intraepitelial de alto grau apresentam confirmação histopatológica deste grau de doença e 1 a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor (INCA, 2011).

A avaliação do câncer de colo uterino em grupos populacionais, como por exemplo, de gestantes, permite identificar o perfil daquelas submetidas (ou não) a esse tipo de exame, independentemente de tê-lo feito no sistema público ou no sistema privado. Esta informação é fundamental para estimar a cobertura e o foco dos programas em andamento, definir metas a serem alcançadas e, ao fazê-lo, priorizar aquelas com maior risco, permitindo um planejamento mais realístico das necessidades

em saúde, potencializando o impacto das ações a serem desenvolvidas e otimizando o uso de recursos em saúde (CESAR *et al.*, 2012).

Assim, frente ao exposto até aqui, elencou-se como questão norteadora de pesquisa: Quais as implicações do câncer de colo do útero na gestação? O objetivo deste trabalho foi analisar as implicações do câncer cérvico-uterino na gestação, e sua relação com o rastreio desse câncer durante o pré-natal realizado pela enfermeira.

A justificativa se deu pelo fato das autoras estarem se especializando em Enfermagem Obstétrica, e por atuarem no pré natal na atenção básica e realizarem a coleta de citologia e microflora vaginal, perceberam a necessidade de conhecer mais detalhadamente sobre o assunto, a fim de oferecer uma assistência mais qualificada e buscar diminuir os riscos relacionados ao câncer de colo uterino para a mulher e o feto desde o pré natal até o parto e puerpério.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica de estudos publicados na base de dados eletrônica da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), nas quais foram utilizados os descritores: câncer, cérvico-uterino e gestação.

Na base de dados LILACS na primeira busca foram encontrados 1.239 estudos, dos quais foram considerados para análise apenas os publicados entre 2009 e 2013, em português, na íntegra, com acesso gratuito, sendo encontrados dentro desses critérios 22 artigos. Após leitura dos resumos, apenas três foram escolhidos por abordar o tema proposto de forma objetiva.

Na base de dados SciELO, foram encontrados 19 artigos utilizando os descritores câncer e gestação. Destes apenas 01 foi selecionado por abordar o tema proposto neste trabalho, totalizando 04 artigos analisados. Destes, três foram elaborados a partir de estudos quantitativos e um através de revisão de literatura. Dois estudos quantitativos abordaram o câncer de colo do útero na gestação com todas as implicações desde o diagnóstico até o tratamento, o terceiro artigo baseado em revisão da literatura abordou o câncer de mama e do colo uterino no período gestacional, mas com enfoque importante acerca do tema deste trabalho, e o quarto artigo fala das perdas de oportunidades para prevenção e detecção do câncer de colo do útero durante o pré-natal.

Assim, foram selecionados quatro artigos para discussão, que se enquadraram nos critérios acima mencionados e tinham coerência com o objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na realização do levantamento dos estudos foi possível perceber que existem poucos estudos relacionados ao tema, o que dificulta a compreensão do impacto do câncer cervical na gestação, embora seja possível confrontar alguns dados encontrados nos quatro artigos utilizados. Ficou claro que o índice de diagnóstico de câncer na gestação é baixo, porém o de câncer do colo do útero é o mais comum, devido à realização do preventivo durante o pré-natal, sendo que esse índice poderia ser maior se os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, principalmente as enfermeiras captassem essas mulheres com mais eficiência para realização do rastreio.

No artigo 1, **Citopatológico de Colo Uterino entre Gestantes no Sul do Brasil**, foi realizado um estudo transversal, de base populacional, onde foram selecionadas 2.288 gestantes que compareceram a pelo menos uma consulta de pré-natal. A média de idade foi 25,9 anos, variando de 11 a 47 anos. Dentre essas mulheres 33% não foram submetidas ao exame de Papanicolau, e os principais motivos para sua não foram: desconhecimento da necessidade de realizá-lo (66%), sentir medo ou vergonha (18%), falta de oportunidade para ir ao serviço de saúde (6%) ou de material ou de profissional para realizá-lo (10%) (CESAR *et al.*, 2012).

Analisando as informações acima percebe-se a necessidade de intervenções voltadas para a conscientização das mulheres, principalmente as mais carentes sobre a importância da realização do rastreio do câncer do colo do útero e o empoderamento sobre os seus direitos acerca dos procedimentos oferecidos pelos serviços de saúde, de forma que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas, seus medos e tabus sejam quebrados. É indispensável também que as unidades de atenção básica disponham de profissionais capacitados e de todos os materiais necessários para realização do exame, visando uma maior cobertura de prevenção e controle da doença e adesão dessas mulheres ao serviço de saúde, de forma que seja estabelecido vínculo entre o serviço de saúde e a população feminina.

O perfil epidemiológico das que não foram submetidas ao exame foi desfavorável para a adesão ao pré-natal e realização do exame Papanicolau, pois as que menos compareceram ao serviço eram adolescentes, solteiras, tabagistas, de baixa escolaridade e baixa renda familiar. Isso evidencia a falta de avaliação dos resultados

das políticas públicas e preparo dos profissionais para inserir essas mulheres de forma efetiva e eficaz nos serviços de saúde, a fim de garantir uma assistência à saúde integral e qualificada, tornando-se uma questão preocupante neste estudo sobretudo por se tratar da região mais desenvolvida do país (CESAR *et al.*, 2012).

O artigo 2, **Perdas de Oportunidades na Prevenção do Câncer de Colo Uterino durante o Pré-Natal**, corrobora com o estudo de Cesar *et al.*, (2012). Neste estudo foram incluídas 445 puérperas, das quais 424 referiram ter conhecimento sobre o exame preventivo, porém apenas 252 relataram terem realizado o exame em algum momento de suas vidas; outras 193 mulheres referiram nunca terem sido submetidas ao exame de preventivo na vida. Das 252 mulheres que apresentavam citologia cervical prévia no início do pré-natal, 173 tinham realizado o exame há menos 36 meses e 79 estavam com o exame desatualizado.

Foi oferecido o exame a 111 das 272 gestantes com citologia cervical não atualizada, mas a coleta só foi realizada em 90 mulheres. Entre as 21 gestantes que não realizaram o exame de preventivo no pré-natal, os motivos referidos foram: medo de realizar a coleta por estarem grávidas, dificuldades para agendar o exame e posteriormente terem que voltar à unidade de saúde para realizá-lo e medo de sentir dor durante a realização do exame. Esses dados reforçam mais uma vez a necessidade de estratégias na saúde pública para que as gestantes sejam orientadas não apenas sobre a existência do exame, mas também sobre a sua importância, os mitos e tabus acerca do mesmo, assim como a garantia de acesso às unidades de saúde para realização do pré-natal e do exame de preventivo (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Embora o estudo citado constate um aumento da cobertura do exame citopatológico do colo uterino na cidade do Rio Grande do Sul nos últimos anos, o serviço local de saúde mostrou-se pouco efetivo e desigual, em se tratando da detecção precoce do carcinoma cervical neste município. Pouco efetivo porque cobriu menor número de mulheres do que o indicado pela OMS, e desigual porque o acesso a esse exame variou conforme algumas características das usuárias. Sabendo que o rastreamento precoce é o método mais eficaz para o controle do carcinoma cervical, torna-se indispensável estender este benefício a todas as mulheres, principalmente às mais vulneráveis, por meio de políticas e intervenções específicas que priorizem essa população (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2011), a evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas

detectáveis e curáveis, que são as Lesões Intraepiteliais (LIE) Cervicais de Alto e Baixo Grau e adenocarcinoma *in situ*, ou seja, lesões precursoras do câncer localizadas, que ainda não invadiram o tecido epitelial. Assim, o rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, considerando que o câncer de colo do útero é prevenível, de fácil diagnóstico e de baixo custo, observa-se que no Brasil o índice de casos a cada ano ainda é elevado, evidenciando a necessidade de incentivo às unidades de saúde na obtenção e disponibilização de mão de obra qualificada que ponha em prática as diretrizes propostas pelas políticas públicas de saúde existentes, aumentando assim os resultados esperados com a diminuição do número de casos novos e de mortalidade por esta patologia.

Ainda segundo Gonçalves *et al.*, (2011), torna-se necessária a discussão desses resultados junto aos conselhos populares de saúde, conselhos municipais de saúde e com os programas que mais atingem a população de menor poder aquisitivo, em especial a Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Pastoral da Criança, buscando ajudar a colocar em prática os princípios de universalidade e equidade na atenção da saúde da mulher, o que significa atender a todos de acordo com suas necessidades e obedecendo aos princípios do SUS.

A enfermagem, inserida neste âmbito, possui papel essencial no desenvolvimento de ações junto à população, já que o foco do seu trabalho, o cuidado humanizado está também centrado na prevenção de agravos e na promoção da saúde. Cabe a estes profissionais, e também aos demais envolvidos na área da saúde, reconhecer, acreditar e praticar concretamente educação em saúde, estimulando a coparticipação dos indivíduos de maneira a otimizar a humanização da assistência e alcançar resultados palpáveis na saúde da população, como, por exemplo, a diminuição das taxas de morbimortalidade por câncer de colo uterino durante a gestação (LIMA *et al.*, 2009).

Ainda segundo Lima *et al.*, (2009) a enfermeira está inserida no cuidado direto à mulher em todos os níveis de atenção, razão pela qual é preciso atentar para a importância da prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero, mesmo durante o período gestacional, uma vez que faz parte de suas competências a coleta do exame de colpocitologia oncótica, de maneira a incorporar estas atividades como rotina

dos serviços. Para além do estabelecimento de rotinas rígidas de prevenção do câncer nos serviços de saúde voltados à atenção básica, é fundamental o compromisso da enfermeira em realizar ações de educação em saúde a fim de informar e sensibilizar mulheres e seus companheiros quanto à segurança, eficácia e relevância do desenvolvimento destes métodos preventivos, não apenas durante o período gestacional, mas como uma rotina em suas vidas.

No artigo 3, **Câncer de Mama e de Colo Uterino no Período gestacional: uma revisão de literatura**, de Lima *et al.*, (2009), o maior problema do diagnóstico do câncer na gestação é o desgaste emocional sofrido tanto pela mulher quanto pela sua família, e o despreparo dos profissionais de saúde que atendem a essas mulheres em abordar e conduzir o processo de diagnóstico, acompanhamento e tratamento. Diante do exposto, ressalta-se a importância de se implementar uma atenção integral e multidisciplinar a mulheres que experienciam o câncer cérvico-uterino ao longo do período gestacional, com avaliação contínua individualizada, participação da mulher e família na decisão do tratamento e condução da gestação, considerando os aspectos éticos, religiosos, psicológicos, orgânicos e legais que envolvem a questão.

Em relação ao tratamento, Lima *et al.*, (2009) afirmam que a maioria dos autores refere ser o mesmo para gestantes e não gestantes, porém com algumas ressalvas. Por apresentarem riscos para o feto, a quimioterapia deve ser realizada somente após o 1º trimestre e a radioterapia é reservada para o período pós-parto. O abortamento terapêutico é contraindicado, trata-se de um antigo conceito já superado, uma vez que a manutenção da gravidez não interfere no prognóstico e sobrevivência da mãe. Neste caso a conduta volta-se exclusivamente para o aspecto patológico do câncer, desconsiderando o binômio mãe/filho, a humanização da assistência e a possibilidade de tratamento efetivo da mãe com preservação da gravidez. A isto se acrescenta a ilegalidade do ato em nosso país, o que pode ser considerado como mais um complicador.

O artigo 4, **Neoplasia Intraepitelial Cervical de Alto Grau durante a Gestação: experiência de um serviço do Sul do Brasil**, analisou 27 gestantes diagnosticadas com lesão cervical de alto grau durante a gestação, com idade e idade gestacional médias de 23 anos e 15,6 semanas respectivamente. Destas quatro foram submetidas ao tratamento durante a gravidez, todas após a 11ª semana de idade gestacional, sendo que uma apresentou parto pré-termo com 32 semanas de gestação e as outras três tiveram parto a termo. Duas evoluíram para parto normal e uma foi submetida a cesárea. A conduta de intervir durante a gestação foi realizada até 1995,

quando ainda existiam dúvidas no tratamento conservador. Após este ano, a conduta expectante foi a rotina adotada, a qual afirma que não há evidências atuais de necessidade imediata de tratamento durante a gestação nos casos não invasivos, já que trata-se de uma neoplasia de evolução lenta, que pode ser apenas acompanhada na gestação e tratada no período puerperal. Dentre as demais 23 pacientes submetidas a tratamento no período pós-gestacional, não houve casos de parto pré-termo. A cirurgia de alta frequência (CAF) com alça foi realizada em 13 pacientes e a conização com bisturi elétrico monopolar em dez. (PRETI *et al.*, 2009).

A maioria das alterações cervicais causadas pela infecção do HPV tem pouca probabilidade de progredir para LIE cervical de alto grau ou neoplasia do colo uterino. A maioria das LIE de baixo grau regride em períodos relativamente curtos ou não progridem a lesões de alto grau. A LIE de alto grau apresenta uma probabilidade muito maior de progredir a neoplasia invasiva. A lesão precursora que se origina do epitélio colunar é denominada de Adenocarcinoma In Situ (AIS). O AIS pode estar associado a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) em um a dois terços dos casos (IARC, 2008).

As LIE's, antigamente categorizadas em graus I, II e III isoladamente ou de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em leve, moderada e grave, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas, hoje são vistas como LIE cervical de alto e baixo graus. Todas são associadas a infecção persistente provocada por um ou mais dos subtipos oncogênicos de Papilomavírus Humano (HPV), sendo este uma causa necessária para a neoplasia cervical (IARC, 2008).

De acordo Preti *et al.*, (2009), constatou-se que todo o processo de evolução da doença nas mulheres grávidas não difere das mulheres não grávidas, e principalmente não interfere na escolha da via de parto, não tendo nenhuma contra indicação para o parto vaginal, o que em muitos casos por desconhecimento dos profissionais de saúde acabam submetendo a mulher ao parto artificial, porém a incidência de infecção pelo HPV dos tipos 16 e 18 foi significativamente maior nas gestantes.

Os autores apontam que existem controvérsias também em relação à via de parto e à regressão das lesões de alto grau, pois se acredita que a reação inflamatória secundária ao trauma local pelo parto vaginal possa induzir a cicatrização e regressão destas lesões. Uma regressão de 67% foi encontrada em 52 portadoras das lesões quando a via vaginal foi escolhida. Porém ainda faltam dados suficientes na literatura para se afirmar veementemente sobre o benefício do parto vaginal na regressão das

lesões cervicais de alto grau. No entanto, a presença da lesão não deve influenciar a decisão quanto à via de parto, que deve seguir as indicações obstétricas.

Ainda segundo Preti *et al.*, (2009), embora a maioria dos estudos não demonstre progressão em número significativo das lesões de alto grau para lesões micro ou invasivas, é necessário, além da biópsia, que a colposcopia seja repetida durante a gestação. Há quem defenda sua realização a cada oito ou 12 semanas, e se houver mudança do aspecto da lesão, sugerindo que pode haver lesão invasiva, uma nova biópsia deve ser coletada. Portanto, não há justificativas atuais para realizar o tratamento durante gestação, já que é seguro o acompanhamento até o período puerperal, quando deve ser realizada nova colposcopia com biópsia em até oito semanas após o parto, e verificação de regressão da lesão. É importante orientar a paciente sobre o diagnóstico e a necessidade de acompanhamento durante o pré-natal e principalmente no período puerperal, para que não deixe de tratar uma lesão pré-cancerosa que pode evoluir para uma neoplasia invasiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível perceber que mesmo com o câncer de colo do útero na gestação sendo uma realidade nos serviços de saúde, há poucos estudos principalmente no Brasil sobre esse tema, o que dificulta uma assistência eficiente e de qualidade voltada especificamente para esses casos.

Dos poucos estudos realizados no Brasil todos se concentraram na região Sul do país, e demonstraram que mesmo sendo uma das regiões mais desenvolvidas do país, a realidade da saúde pública no âmbito da prevenção e controle do câncer de colo do útero na gestação não se difere muito das demais regiões brasileiras, embora o índice entre as mulheres não grávidas seja menor do que na região norte e nordeste.

Ficou claro também que toda mulher com diagnóstico de lesão intraepitelial cervical de alto grau no período gestacional deve realizar colposcopia e biópsia para afastar lesão invasiva, preferencialmente a partir do segundo trimestre. Nos casos de lesão não invasiva, a conduta de tratamento deve ser escolhida pelo médico junto a gestante, podendo ser instituído no período puerperal, sendo que a evolução da lesão deve ser acompanhada durante toda a gestação; casos de não realização do tratamento a gestante deve ser acompanhada durante toda gestação, considerando que a conduta

expectante para as lesões intraepiteliais é o tratamento de escolha e mais seguro pela possibilidade de regressão destas lesões no período pós-parto (PRETI *et al.*, 2009).

Foi evidenciado também a importância do papel desempenhado pela enfermeira nos serviços públicos de saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, já que esta acompanha as gestantes realizando consultas de pré-natal e além de realizar a coleta do exame preventivo, o que facilita o rastreamento do câncer cérvico uterino durante a gestação, evitando a progressão da doença para o estágio invasor, diminuindo a morbimortalidade por essa patologia e contribuindo para amenizar os danos emocionais e psicológicos sofridos pela gestante e sua família frente a esse diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília 1996.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Controle do câncer de colo do útero**. Brasília. 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção do câncer de colo do útero**. Brasília, 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.
6. CESAR, J. A et al. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstet.** vol.34. no.11. Rio de Janeiro, Nov. 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100.... Acesso em: 07 de agosto, 2014.
7. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Trato Genital Inferior**. São Paulo, 2010.
8. GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.16 n.5. Rio de Janeiro, May. 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci...S1413-81232011000500020. Acesso em 23 de setembro de 2014.
9. IARC. International Agency for Research on Cancer. **Manual para iniciantes**. Tradução da OPAS. Washington, D.C, 2008. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=4&chap=2> >. Acesso em: 22 de julho, 2014.

10. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura Brasileira para Laudos cervicais e Condutas Preconizadas**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2006.
11. INCA. Instituto nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro 2011.
12. INCA. Instituto nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero – Atualização 2011**. Versão para consulta Pública. Rio de Janeiro 2011. Disponível em:
<[ww2.inca.gov.br/DiretrizesBrasileirasparaoRastreamentodoCancer_Atualização2011_09Fev2011.pdf?...](http://ww2.inca.gov.br/DiretrizesBrasileirasparaoRastreamentodoCancer_Atualizacao2011_09Fev2011.pdf?...)>. Acesso em 29 de julho 2014.
13. LIMA, A. P. *et al.* Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. **Cienc Cuid e Saúde**. Out/Dez. 2009. 8(4):699-706. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../9709/5407>. Acesso em: 29 de julho, 2014.
14. PRETI, V.B *et al.* Neoplasia intraepitelial cervical de alto grau durante a gestação: experiência de um serviço do Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstet.** vol. 31. no.12. Rio de Janeiro, Dez. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009001200005&script...>. Acesso em: 07 de agosto, 2014.