

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BILNIA ALMEIDA

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

**UBERABA/ MG
2013**

BILNIA ALMEIDA

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso e Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Beatriz Guimarães Ferreira.

**UBERABA/ MG
2013**

BILNIA ALMEIDA

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso e Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Beatriz Guimarães Ferreira.

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Maria Beatriz Guimarães Ferreira - Orientadora

Profa. Ms. Nathália Silva Gomes - Examinador

Aprovado em Uberaba em 08 de julho de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico meu TCC a todos os docentes que sempre me incentivaram ao término deste curso. O meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por nos dar forças e paciência para concluir este trabalho.

Em segundo, meu agradecimento à minha orientadora Profa. Ms. Maria Beatriz Guimarães Ferreira que muito me apoiou e ajudou.

E em terceiro, agradeço à minha família pela paciência e espera.

*“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais voltará ao seu tamanho original.”*
Albert Einstein

RESUMO

No Brasil, o câncer do colo uterino é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esta neoplasia é a segunda mais comum no mundo e sua estimativa para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Em nosso país, o exame citopatológico do colo do útero é a estratégia de rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. As evidências mostram que a abordagem mais completa contra esta neoplasia é o rastreamento de suas lesões precursoras, através do exame citopatológico de colo uterino, possibilitando com mais rapidez o tratamento e acompanhamento da mulher. Contudo, o que se observa é que nem sempre é possível atingir 100% do esperado, pois não depende só dos serviços de saúde ou dos profissionais a realização deste acompanhamento, sendo fundamental a adesão da mulher ao tratamento. O exame Papanicolaou tem papel importante nesta detecção e por isso discorreremos sobre o assunto durante este trabalho. O Agente Comunitário de Saúde exerce papel importante na conscientização, na busca ativa e no incentivo dessas mulheres com vida sexual ativa, para o esclarecimento da doença e seus agravos assim evitar o desenvolvimento da doença ou ainda o diagnóstico precoce para o tratamento e a cura.

Palavras-chaves: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, cervical cancer is one of the most important public health problems. According to the National Cancer Institute (INCA), this cancer is the second most common in the world and its estimate for the year 2014, in Brazil, 15,590 new cases of cervical cancer are expected, with an estimated risk of 15, 33 cases per 100,000 women. In our country, the cytological examination of the cervix is the screening strategy recommended by the Ministry of Health for women aged 25-59 years. Evidence shows that the more complete approach against this neoplasm is tracking its precursor lesions, through the cervical cytology test, enabling faster treatment and follow-up of women. However, what is observed is that it is not always possible to achieve 100% of expected because depends not only on health services or professionals conducting this monitoring, a fundamental adherence to the treatment of women. The Pap smear has an important role in detection and therefore we discuss about it during this work. The Community Health Agent plays an important role in raising awareness, active search and encouraging these women sexually active, to clarify the disease and their complications thus prevent the development of disease or early diagnosis to treatment and cure.

Keywords: Neoplasms of the cervix; Vaginal Smear; Communitarian Agents of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de saúde
AIDS-Síndrome da imunodeficiência adquirida
CP – Citopatológico ou Papanicolaou
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DST-Doenças sexualmente transmissíveis
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIGO-Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FSH – Hormônio Folículo Estimulante
HPV- Papiloma Vírus Humana
INCA-Instituto Nacional do Câncer
INCOLO - Instituto de Prevenção do Câncer de Colo do Útero
LH - Hormônio Luteinizante
LP – Lesões Precursoras
MS - Ministério da Saúde
NIC - Neoplasias intra-epiteliais cervicais
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO - Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exames de colo de útero em Minas Gerais em 2012.....	15
Figura 2 – Sistema Reprodutor Feminino	18
Figura 3 – Fisiologia Feminina.....	21
Figura 4 – Fases do Câncer.....	22
Figura 5 – HPV.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Fisiologia feminina.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 Anatomia do aparelho genital feminino.....	18
4.1 ANATOMIA DO APARELHO GENITAL FEMININO.....	18
4.2 FISILOGIA DO APARELHO GENITAL FEMININO.....	20
5 FASES DO CÂNCER.....	22
6 FATORES DE RISCO.....	23
7 SINTOMAS.....	24
8 DIAGNÓSTICO.....	25
9 TRATAMENTO.....	28
10 ESTADIAMENTO.....	30
11 ASPECTO PSICOLÓGICO.....	31
12 PREVENÇÃO DA DOENÇA.....	32
13 O PAPEL DO ACS NA PREVENÇÃO.....	34
14 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Fisiologia feminina

O útero é um órgão de estrutura muscular, de paredes espessas e ocas, e se situa na cavidade pélvica entre a bexiga e o reto. Tem, em geral, a forma de uma pêra invertida e se divide em corpo e colo ou cérvix. Cerca da metade do colo se projeta para dentro da vagina, dividindo-se em duas partes: porção supravaginal e porção infravaginal. É dividido em quatro partes, corpo do útero, fundo do útero, istmo e colo do útero (DÂNGELO; FATTINI,2006).

O colo uterino é revestido, de forma organizada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas podem evoluir lentamente, por anos, para uma lesão cancerosa invasiva. Na fase inicial é curável em até 100% dos casos, porém, no estágio invasor da doença, a cura se torna mais difícil, quando não impossível. (Brasil, 2002e, p.05).

São fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero a multiplicidade de parceiros sexuais, a idade precoce da primeira relação sexual, a história de infecções sexualmente transmitidas, a multiparidade e o tabagismo, sendo a transmissão sexual do Papiloma Vírus Humano (HPV) a principal causa deste tipo de câncer em mulheres em países pobres ou em desenvolvimento (SILVA, et al., 2006).

Para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), é o segundo mais frequente. Na região Sudeste (10,15/100 mil), o quarto e, na região Sul (15,87 /100 mil), o quinto mais frequente (INCA, 2014).

A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Esse câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2014).

Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de reduzir as morbimortalidades associadas à saúde da mulher (BRASIL, 1984).

O PAISM foi anunciado, como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”. Propunha atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Sua proposta original visava à hierarquização das ações, regionalização, prioridade para as ações educativas e de promoção da saúde, além de planejamento segundo referenciais epidemiológicos e de participação popular (OSIS, 1998).

O PAISM previa que a atenção básica de saúde deveria oferecer às mulheres atividades de prevenção do câncer de colo uterino, assistência à gestação, à anticoncepção, às queixas ginecológicas e às demandas relativas à sexualidade, além de atividades educativas (BRASIL, 2002c).

Esperava-se que as ações educativas pudessem promover a participação das mulheres, a partir do conhecimento e da reflexão sobre seus papéis sociais e das repercussões de suas ações sobre a saúde. A principal contribuição do PAISM ao controle do câncer cérvico uterino foi a introdução da coleta de material para o exame colpo citológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (LAGO, 2004).

A falta de ações dirigidas à detecção precoce do câncer de colo de útero, dos serviços, de recursos, de dificuldades de acesso aos cuidados, do desconhecimento, assim como, crenças e atitudes desfavoráveis, levam a ineficiência em captar o grupo alvo, deflagrando a necessidade de estratégias que reduzissem o quadro de morbimortalidade, associada a essa neoplasia (BRASIL, 2002b).

Portanto, no período de janeiro de 1997 e junho de 1998, iniciou-se um Projeto Piloto, do qual participaram 124.440 mulheres, residentes em seis localidades selecionadas, com o objetivo de testar a execução de um programa organizado e de realizar uma avaliação das estratégias. Para alcance dos objetivos propostos, o MS iniciou uma grande ação de mobilização social, por meio da qual participaram mulheres, de 35 a 49 anos de idade, que foram convidadas a comparecer às unidades de saúde, para serem submetidas ao exame cito patológico (BRASIL, 2002d).

Em 1998, foi instituído o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) e de Mama, criado com o objetivo de reduzir a incidência, a mortalidade e as consequências físicas, psíquicas e sociais destas neoplasias na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção, detecção precoce da doença em estágios iniciais, tratamento adequado e reabilitação (BRASIL, 2002c).

De acordo com o PNCCCU, o câncer de colo do útero pode ser detectado, precocemente, através da realização do exame Papanicolaou em mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente, entre 30 e 60 anos. Após dois exames anuais consecutivos com resultados normais, a periodicidade indicada para o exame passa a ser de três anos (BRASIL, 2006a). É fato bem conhecido que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e o tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura dos casos diagnosticados na fase inicial (BRASIL, 2002c).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) um rastreamento, que apresente uma cobertura da população alvo em torno de 80%, através da realização do exame Papanicolaou, dentro dos padrões de qualidade, em uma rede organizada para o diagnóstico e seguimento adequados, pode possibilitar a redução em média de 60% a 90% na incidência do câncer do colo uterino (WHO, 2002).

No Brasil, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames, o que dificulta o cálculo de cobertura. Estimativas realizadas, a partir de estudos nacionais e locais, mostram um aumento da cobertura ao longo do tempo. Em muitos casos, porém, ainda, inferior ao necessário (BRASIL, 2006b).

As ações de controle do câncer do colo uterino, através da realização do exame Papanicolaou acontecem desde a década de 80 e, de acordo, com os dados do INCA, 2014, para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres.

Dados do mesmo programa, porém referente ao ano de 2012 evidenciam a quantidade de exames colpo citológicos (Papanicolau) realizados (Figura 1). O mês de outubro desperta atenção pelo fato de ter apenas 1.810 exames realizados. Não foram computados os meses de novembro e dezembro de 2012 (VIVA MULHER, 2014).



Figura 1 – Exames de colo de útero em Minas Gerais em 2012

Fonte: <http://www.mg.vivamulher.com.br/>

O câncer do colo uterino possui um alto potencial de cura e prevenção, porém, ainda apresenta altas taxas de mortalidade em todo o Brasil. A educação/orientação da população é uma das ações mais importante para o controle de doenças, a qual pode ajudar a alcançar resultados satisfatórios na adoção de medidas preventivas e, conseqüentemente, contribuir para redução das taxas de mortalidade (BRASIL, 2002b).

No bojo da equipe saúde da família, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS). A função de elo entre serviço e comunidade, favorecida pelo ACS ser morador e ter condições de vida e sociais semelhantes, possibilita o desenvolvimento de ações de saúde mais elaboradas e específicas às necessidades locais; integrando os saberes científico e popular, sem estabelecer uma relação hierárquica, e prestando assistência direta na comunidade, facilita o processo de educação em saúde (FIGUEIREDO et al., 2009).

Ressaltando a importância dos ACS, por se distinguir como um profissional de identidade comunitária, que desenvolve atividades relacionadas aos múltiplos aspectos das condições de vida e do processo saúde-doença, o apoio às ações e atividades de educação, promoção de saúde e prevenção de doenças torna-se o principal foco desse estudo, o qual se justifica pela necessidade de minimizar a vulnerabilidade da população feminina ao câncer de colo de útero (BRASIL, 2002).

2 OBJETIVOS

- ✓ Discutir sobre aspectos do câncer de colo de útero, a saber: fatores de risco, sinais e sintomas, meios para realização de diagnóstico e de tratamento;
- ✓ Propor um plano de ação voltado para educação em saúde, junto ao ACS na prevenção do câncer de colo de útero

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento não experimental, com abordagem descritiva e exploratória, no qual se propõe uma oficina de educação em saúde voltada para ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Propõe ações educativas junto aos ACS, tornando-os multiplicadores, vinculados a uma Equipe Saúde da Família da zona urbana do município de Uberaba – MG e que estejam trabalhando na unidade, há pelo menos três meses.

Para alcançar os objetivos propostos neste projeto, a pesquisadora realizará oficinas de educação em saúde. Após consentimento da Unidade de Saúde selecionada para a condução do projeto, estabelecer-se-á data e horário, previamente agendado com os participantes da pesquisa, os que atenderem os critérios de inclusão, de maneira que não interfira no desenvolvimento de suas atividades diárias pessoais e profissionais, para que se possa proceder à realização de oficinas de educação em saúde.

Nessas oficinas serão realizadas diferentes atividades, a saber: discussão com os ACS sobre a temática do câncer de colo de útero, no que tange à anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, fases da doença, fatores de risco, sinais e sintomas, meios para realização de diagnóstico, tratamento, aspectos psicológicos, prevenção e o papel do ACS inserido nessa temática. Serão distribuídos, também, folhetos fornecidos pelo MS sobre câncer de colo de útero e realização do exame preventivo – Papanicolaou. Essas oficinas visam capacitar os agentes para que sejam multiplicadores do conhecimento junto às mulheres, sensibilizando-as sobre a importância do exame preventivo contra o câncer de colo de útero.

Quanto às instalações e infraestrutura necessária, as oficinas acontecerão no espaço da unidade de saúde parceira.

4 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO GENITAL FEMININO

4.1 Anatomia do Aparelho Genital Feminino

O Sistema Reprodutor Feminino é composto anatomicamente por órgãos internos e externos, conforme evidenciado na figura 2 abaixo.

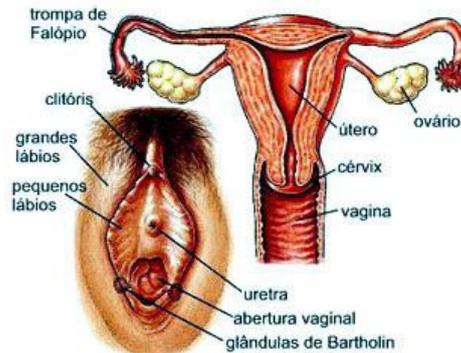


Figura 2- Sistema Reprodutor Feminino

Fonte: <http://www.brasilecola.com/biologia/sistema-reprodutor-feminino.htm> (2010)

Os órgãos internos se caracterizam por:

- **Ovários** - São duas gônadas ou glândulas sexuais femininas, também chamados de órgãos primários. Localiza-se na parte inferior da cavidade abdominal, um de cada lado do útero. Produz óvulos e hormônios sexuais femininos: estrógenos e progesterona. O estrógeno é responsável, principalmente, pela proliferação e crescimento de células específicas no corpo, que são responsáveis pelas características sexuais secundárias femininas. Sua principal função consiste em determinar o crescimento e proliferação celular de tecidos e órgãos sexuais e tecidos que estejam relacionados com a reprodução. Já a progesterona promove alterações secretoras do endométrio uterino durante a segunda metade do ciclo mensal feminino para preparar o útero para o ovo fertilizado. Promove o desenvolvimento dos lóbulos e alvéolos das mamas, as quais adquirem capacidade secretora. Este hormônio também promove o aumento do volume das mamas, sendo responsável pelo seu desenvolvimento final;

- Tuba uterina - tubos musculares e flexíveis que comunicam o ovário com o útero para transportarem os óvulos. Os espermatozoides que penetram na vagina passam por ela pra atingir o óvulo, conseqüentemente, é o lugar onde pode ocorrer a fecundação;
- Útero - órgão oco que possui formato de pêra invertida, o qual se situa entre a bexiga urinária e o reto. Comunica-se por um lado com a tuba uterina e por outro com a vagina. É dividido em quatro partes, corpo do útero, fundo do útero, istmo e colo do útero;
- Vagina - conduto muscular membranoso, que se estende desde o colo do útero até a vulva. É muito elástica e está coberta por uma pele fina, com muitas pregas. Por ela passa os fluxos menstruais e o feto, na hora do parto. A entrada da vagina é protegida por uma membrana circular - o hímen - que fecha parcialmente o orifício vulvo-vaginal e, geralmente, se rompe nas primeiras relações sexuais (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

Os órgãos externos do sistema são:

- Clitóris - órgão impar e mediano, erétil, situado na parte anteroposterior da vulva. A extremidade ou glânde do clitóris (do grego *Kleitōris*: pequena elevação) localiza-se inferiormente ao Monte de Vênus no local em que os pequenos lábios se unem, formando um prepúcio. Visível externamente debaixo deste prepúcio encontra-se a glânde do clitóris. O corpo clitoriano é um órgão pequeno e cilíndrico composto principalmente de tecido erétil, de dois corpos esponjosos. Esses se enchem, rapidamente, com sangue causando, assim, a intumescência e aumento de tamanho de todo o órgão, sob estimulação sexual. Isto também se aplica ao tecido esponjoso que rodeia a uretra. A glânde do clitóris encontra-se parcialmente coberta pelo capuz clitoriano ou prepúcio. É possível que as secreções genitais (esmegma) se acumulem debaixo deste prepúcio, causando assim irritação e outros problemas. A glânde é extremamente sensível ao toque, apresentando inúmeras terminações nervosas. Ao contrário do pênis, a glânde de um clitóris excitado não se exterioriza, mas sim se retrai para o interior do capuz. O clitóris é facilmente excitável por estimulação mecânica, desempenhando um papel essencial na excitação sexual da mulher.

- Grandes lábios - duas pregas cutâneas, alongadas, que delimitam entre si uma fenda. Após a puberdade apresentam-se cobertas de pelos, embora suas faces internas sejam sempre lisas.
- Pequenos lábios - duas pequenas pregas cutâneas localizadas medialmente aos lábios maiores (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

4.2 Fisiologia do Aparelho Genital Feminino

No final do desenvolvimento embrionário de uma menina, ela já tem todas as células que irão transformar-se em gametas nos seus dois ovários. Estas células - os ovócitos primários - encontram-se dentro de estruturas denominadas folículos ovarianos. O início da puberdade feminina é marcada pelo aparecimento da primeira menstruação (MENARCA - entre 11 e 13 anos), e vai até a última menstruação (menopausa - entre 45 e 50 anos) (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

A partir da menarca, a menina passa a ser capaz de gerar uma nova vida, além disso, ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários como o desenvolvimento das mamas e o aparecimento de pêlos em determinadas regiões do corpo. Durante a vida fértil da mulher, amadurece normalmente apenas um folículo a cada 28-30 dias produzindo um óvulo fértil, que cai na tuba uterina, onde poderá ser fecundado ou não. No ponto de ruptura do folículo, na parede do ovário, as células foliculares formam um tecido de cicatrização de função endócrina, o chamado corpo lúteo (ou amarelo). Se não houver fecundação, o corpo lúteo degenera após dez dias. Se, no entanto, o óvulo for fecundado, o corpo amarelo cresce muito e permanece alguns meses produzindo a progesterona, que é o hormônio da gravidez (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

O ciclo menstrual compreende um período de 28 a 30 dias, durante o qual se origina um óvulo que, não fecundado, será expulso junto com secreções, sangue e restos do endométrio, que continua se desenvolvendo para garantir a fixação, proteção e nutrição do futuro embrião. Nos primeiros 14 dias do ciclo, a hipófise, produzindo o Hormônio Folículo Estimulante (FSH), estimula a maturação de um folículo ovariano. Este produz estrógenos, que chegam ao útero promovendo o

crescimento do endométrio. No 14º dia ocorre a ovulação e nos 14 dias finais do ciclo, a hipófise produz alta taxa de hormônio luteinizante (LH), o qual estimula o desenvolvimento do corpo amarelo. Este tecido endócrino produz então a progesterona, que continua estimulando o crescimento do endométrio, preparando-o para receber o zigoto. O aumento da taxa de progesterona atua sobre a hipófise inibindo a produção do LH. Assim, o corpo amarelo degenera, cai a taxa de progesterona e ocorre o desprendimento do endométrio, eliminado como fluxo menstrual (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

A menopausa acontece depois de uns 400 ciclos menstruais completos, ou menos, conforme o declínio sexual da mulher. A menopausa, ou interrupção permanente da menstruação, não é o climatério em si, mas uma das manifestações desse período. Além da suspensão da menstruação, o climatério envolve profundas alterações orgânicas e psíquicas, as quais devem ser assistidas pelos profissionais de saúde. A figura 3 abaixo ilustra a fisiologia feminina (ARAÚJO, E. J. A. et al., 2001).

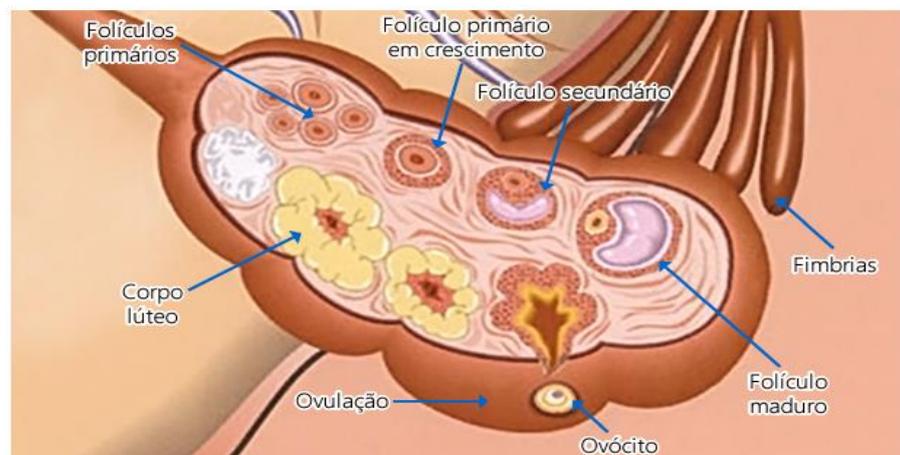


Figura 3 - Fisiologia Feminina

Fonte: http://www.pronascer.com.br/lnk_02_fisiologia.html

5 FASES DO CÂNCER

O câncer de colo uterino tem quatro fases ou estágios. A fase um ou inicial caracteriza-se quando o tumor está localizado e não houve comprometimento dos tecidos adjacentes. A fase dois e três é considerada intermediária e acontecem quando o tumor se estende às estruturas próximas. Na fase quatro o câncer se espalha para outro órgão, caracterizado pela metástase. Ver figura 4 abaixo com os estágios do câncer.

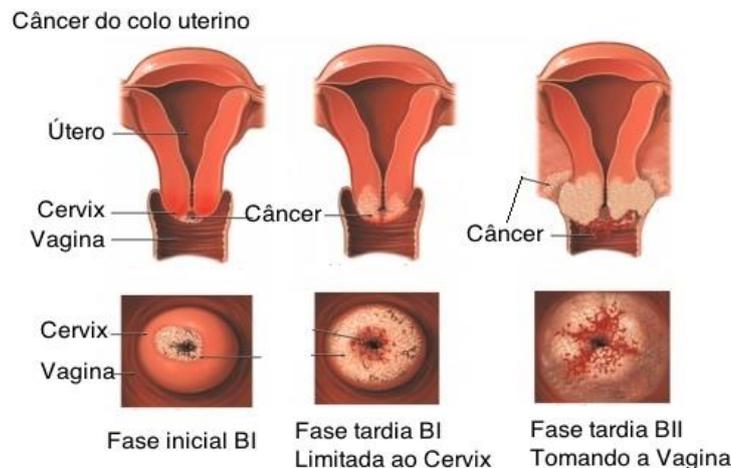


Figura 4 – Fases do Câncer

Fonte: <http://enfermagemparaamar.blogspot.com.br/2013/03/cancer-de-colo-de-utero.html>

Na fase local, o tumor é muito mais fácil de ser curado, sem probabilidades de reincidência cirúrgica. Na fase regional, sua cura é possível onde a ressecção cirúrgica é grande o suficiente para remover os gânglios envolvidos. Nos estágios generalizados, praticamente nenhum caso de câncer é curado e não pode mesmo parar a sua evolução. A morte pode ser uma questão de meses ou anos.

Quando é diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%. Existe uma fase pré-clínica sem sintomas do câncer do colo do útero, em que a detecção de lesões precursoras, que antecedem o aparecimento da doença, pode ser feita através do exame preventivo conhecido como o exame de Papanicolau (HAUSEN, Z., 1991).

6 FATORES DE RISCO

Nem sempre os médicos podem explicar as causas do desenvolvimento do câncer de colo de útero, porém, sabe-se que alguns fatores de risco podem aumentar a probabilidade de a mulher desenvolver esse tipo de câncer.

O HPV é um grupo de vírus que pode infectar o colo do útero. Existem muitos tipos de HPV, os quais são contraídos através do contato sexual, podendo causar o câncer de colo de útero. A figura 5 demonstra a presença de verrugas na região genital, característica comum do HPV (HAUSEN, Z., 1991).



Figura 5 – Aparência do HPV

Fonte: <http://queesvirusdepapilomahumano.com/que-es-hpv/>

Não fazer regularmente o exame de Papanicolau, também se configura como fator de risco. O exame identifica células anormais, que sendo tratadas corretamente, podem ser mortas ou removidas prevenindo, assim, que se tornem células cancerosas (HAUSEN, Z., 1991).

A infecção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento do câncer do colo do útero. Estudos demonstram que o vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. A prevenção pode ser feita usando-se preservativos (camisinha) durante a relação sexual, para evitar o contágio pelo HPV (INCA, 2014).

Os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros. Deve-se evitar o tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados) e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, hábitos também associados ao maior risco de desenvolvimento deste tipo de câncer (INCA, 2014).

7 SINTOMAS

O Câncer de Colo de Útero, em sua fase inicial, não costuma causar sinais e sintomas. Nas fases mais avançadas, osintoma mais comum é o sangramento vaginal, geralmente após a relação sexual, e algumas vezes até no início da relação. Em alguns casos, pode vir a ocorrer uma dor pélvica durante o sexo e, algumas vezes, até sangramento vaginal fora do período menstrual (BRASIL, 2001).

Possivelmente, em casos mais avançados da doença, pode ocorrer secreção vaginal de odor fétido e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais (BRASIL, 2001).

O diagnóstico precoce, como em qualquer câncer, é essencial para o sucesso do tratamento. Como não há sintomas na fase inicial da doença, o exame de Papanicolau é a melhor forma de rastreio visando à prevenção, bem como essencial no combate contra o câncer. Um exame de Papanicolau alterado pode ser um sinal precoce de câncer de colo do útero (BRASIL, 2001).

Em estágios bem avançados, os sintomas incluem sangramento vaginal ou pequenos sangramentos entre as menstruações e/ou após as relações sexuais; secreção vaginal espessa que pode ter odor; secreção vaginal aquosa ou dor na região pélvica (BRASIL, 2001).

8 DIAGNÓSTICO

Deve ser feita uma anamnese dirigida principalmente aos fatores de risco e aos sinais e sintomas relacionados ao câncer (INCA, 2014).

O exame físico deve incluir palpação do fígado, regiões supraclaviculares e inguinais para excluir metástases quando se estiver diante de doença localmente avançada (INCA, 2014).

O exame especular pode mostrar lesão exofítica, endofítica, ulcerativa ou polipóide, porém, se o tumor se origina do epitélio glandular no canal cervical, a ectocérvice pode parecer macroscopicamente normal. O tamanho da cérvix é melhor determinado pelo toque retal, o qual também é necessário para detecção da extensão da doença ao paramétrio (INCA, 2014).

A citologia oncótica é o principal método de rastreamento do câncer cervical, embora o tecido necrótico, sangramento e células inflamatórias possam prejudicar a visualização de células neoplásicas. A taxa de falso negativo da citologia pode ultrapassar 50%. Assim, um esfregaço negativo em uma paciente sintomática nunca deve ser considerado como resultado definitivo (INCA, 2014).

A colposcopia e biópsia dirigida são etapas fundamentais na propedêutica do carcinoma invasor inicial do colo uterino, tendo a primeira a finalidade de delimitar a extensão da doença no colo e na vagina e a segunda, a confirmação do diagnóstico. A biópsia torna-se relevante quando o exame histopatológico confirma lesões francamente invasivas, porém, necessitará complementação toda vez que a profundidade de invasão for menor do que 5 mm e a extensão inferior a 7 mm (micro invasão). Nesses casos, estará indicada a biópsia alargada, a conização ou a exérese da zona de transformação (EZT), na dependência do aspecto macroscópico e/ou colposcópico (INCA, 2014).

Além disso, o médico deve preencher o prontuário com a representação gráfica da lesão, tamanho, localização e extensão da mesma, e com indicação dos locais em que foram realizadas as biópsias (INCA, 2014).

Na maioria dos casos, segundo o INCOLO (2009), o câncer de colo uterino, antes de tornar-se uma doença maligna, apresenta lesões chamadas lesões precursoras (LPs) de colo de útero, as quais são detectadas através do exame periódico preventivo do colo do útero. Geralmente, são tratáveis antes de evoluir

para o câncer. Nestas lesões, em grande parte dos casos de câncer, encontra-se a presença do HPV no colo uterino, e são classificadas conforme a gravidade das lesões (BRASIL, 2000).

Lesão inicial ou Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC) I é a primeira a se manifestar; NIC II é conhecida como lesão moderada, que está entre o estágio inicial e grave; e NIC III, lesão avançada que, na grande maioria das vezes, se não tratada, evolui para o câncer de colo uterino (carcinoma) (BRASIL, 2000).

A evidência de dados através da vigilância do câncer de colo do útero vem reforçar a importância da cobertura dos CPs pelos serviços de saúde, e a dedicação dos profissionais da saúde em resgatar as mulheres que por algum motivo abandonaram o tratamento ou não realizam o exame periodicamente. O paciente, ao procurar um médico, não sabe ainda o diagnóstico ou a gravidade da sua doença, o que implica em 70% dos diagnósticos de câncer serem feitos por médicos da rede básica de saúde, com pouca experiência na doença (BRASIL, 2000).

O colo do útero tem várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem mudanças podem evoluir para uma lesão cancerosa evasiva, em um período de 10 a 20 anos. Em alguns anos, o câncer do colo do útero é lento e passa por fases pré-clínica detectáveis e curáveis (BRASIL, 2000).

O exame preventivo é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença, o qual é simples, rápido e causa pequeno desconforto (BRASIL, 2000).

WHO (1988) acrescenta que o exame de Papanicolaou deve ser realizado priorizando os grupos de maior risco. Segundo o MS (1997), a faixa etária de risco compreendia de 35 até 49 anos. Entretanto, devido à incidência do HPV, passou para 25 a 59 anos. Atualmente, aconselha-se o início precoce da prevenção, aos 18 anos ou a partir do início da atividade sexual.

O exame é realizado por meio da coleta do material, o qual é introduzido um espéculo na vagina, conhecido popularmente como bico de pato pelo seu formato; o profissional que está realizando o exame faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero; e, a seguir, promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha, respectivamente; então, as células colhidas são colocadas numa lâmina, a qual é enviada para análise em laboratório especializado em citopatologia (BRASIL, 2000).

O profissional que pode ser um médico ou enfermeiro deve preencher o prontuário com a representação gráfica da lesão, tamanho, localização e extensão da mesma, e, se for o caso, indicação dos locais em que foram realizadas as biópsias. O profissional chega ao diagnóstico através de uma análise cuidadosa do exame clínico e laboratorial (FIOCRUZ, 2014)

É recomendado, para coleta do material, que o melhor período do ciclo menstrual para a realização do exame é pelo menos uma semana antes da menstruação. Nesse exame deve ser evitado o uso de cremes ou duchas vaginais por 48 horas anteriores ao exame e não ter relações sexuais pelo menos 24 horas antes do procedimento. (INCA, 2014).

9 TRATAMENTO

O tratamento deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a intervenção cirúrgica e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos (BRASIL, 2001).

A consulta anual ao ginecologista é a oportunidade de avaliar o estado geral de saúde, examinar as mamas e o aparelho genital, bem como solicitar exames laboratoriais importantes, como o Papanicolau (BRASIL, 2001).

A decisão do tratamento vai depender da certeza do diagnóstico. São chamadas de displasias, as formas pré-cancerosas do câncer de colo uterino, as quais podem ser tratadas com laser, conização (retirada de uma porção pequena do colo uterino) ou crioterapia (congelamento). Cirurgia ou radioterapia ou ambos são usados em tratamentos que o câncer está em estágio avançado (BRASIL, 2001).

O tratamento pode ser: a) cirúrgico por meio da conização, que é a remoção de fragmentos do tecido cancerígeno em forma de cunha; b) excisão eletro cirúrgica em alça, no qual o tecido cancerígeno é retirado com uma alça conectada a corrente elétrica; c) excisão a laser; histerectomia, na qual são retirados o útero e a cérvix juntamente com o tecido cancerígeno; ou d) histerectomia total abdominal, com a retirada de útero, cérvix, ovários e trompas (BRASIL, 2001).

Em casos metastasiados, pode ser retirado, além do colo uterino, o intestino grosso, o reto ou a bexiga (BRASIL, 2001).

A quimioterapia é indicada em estágios mais tardios ainda, às vezes são necessários mais de um tipo de tratamento. Se o câncer não tiver se espalhando e a mulher tiver planos em engravidar no futuro, a depender do caso, pode ser realizada uma conização. Já se a mulher não tiver pretensões futuras de engravidar pode-se optar por uma histerectomia (BRASIL, 2001).

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral (BRASIL, 2001).

Atualmente, quimioterápicos mais ativos e menos tóxicos encontram-se

disponíveis para uso na prática clínica. Os avanços verificados nas últimas décadas, na área da quimioterapia antineoplásica, têm facilitado consideravelmente a aplicação de outros tipos de tratamento de câncer e permitido maior número de curas. A quimioterapia pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia. De acordo com as suas finalidades, a quimioterapia é classificada em:

- Curativa - quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor, como nos casos de doença de *Hodgkin*, leucemias agudas, carcinomas de testículo, coriocarcinoma gestacional e outros tumores;
- Adjuvante - quando se segue à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância. Exemplo: quimioterapia adjuvante aplicada em caso de câncer de mama operado em estágio II;
- Neoadjuvante ou prévia - quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia.;
- Paliativa - não tem finalidade curativa. Usada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente (BRASIL, 2001).

A quimioterapia e a radioterapia apresentam efeitos colaterais imediatos e tardios. Os imediatos são observados nos tecidos que apresentam maior capacidade proliferativa, como as gônadas, a epiderme, as mucosas dos trato digestivo, urinário e genital, e a medula óssea. Eles ocorrem somente se estes tecidos estiverem incluídos no campo de irradiação e podem ser potencializados pela administração simultânea de quimioterápicos. Manifestam-se clinicamente por anovulação, epitelites, mucosites e mielodepressão (leucopenia e plaquetopenia) e devem ser tratados sintomaticamente, pois geralmente são bem tolerados e reversíveis (BRASIL, 2001).

Os efeitos tardios são raros e ocorrem quando as doses de tolerância dos tecidos normais são ultrapassadas. Os efeitos tardios manifestam-se por atrofia e fibroses. As alterações de caráter genético e o desenvolvimento de outros tumores malignos são raramente observados (BRASIL, 2001).

10 ESTADIAMENTO

O estadiamento é feito pelo exame clínico e complementado por exames subsidiários para os casos que aparentemente estão no estágio II ou mais. Os exames indicados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) são cistoscopia e retossigmoidoscopia. Ambos para realização de biópsia de lesões vesicais e retais, se consideradas suspeitas (CHEN, Y. B., 2010).

O estadiamento cirúrgico pré-tratamento é o método mais preciso para avaliação da extensão da doença. No entanto, não há evidências que esta modalidade de estadiamento leve à melhora da sobrevida, e por isso deve ser reservada apenas para os casos incluídos em ensaios clínicos. A linfangiografia, a tomografia computadorizada – CT - e a ressonância magnética – RM - têm acurácia semelhante para a detecção de metástases de câncer de colo para gânglios pélvicos e para-aórticos. Tendo em vista que CT e a RM são menos invasivos, devem ser os preferidos na avaliação das pacientes (CHEN, Y. B., 2010).

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento (CHEN, Y. B., 2010).

O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. A classificação das neoplasias malignas depende de diferentes variáveis, localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, idade do paciente, entre outros. Cabe ao profissional ser capaz de identificar visando melhor qualidade e segurança da assistência (CHEN, Y. B., 2010).

11 ASPECTO PSICOLÓGICO

Ao tomar conhecimento, por meio de um profissional de saúde, da necessidade de se submeter a uma intervenção cirúrgica ou não, é provável que a mulher sinta receio e preocupação. Muitas vezes, até uma resistência em aceitar ou acreditar no diagnóstico. Esses sentimentos contraditórios levam-na ao temor e a incerteza da cura (BRASIL, 2006a).

A família, muitas vezes, por desconhecer a doença, o tratamento e até mesmo a chance de cura, se comporta de modo inesperado em relação à paciente. Apresenta receio de conversar o assunto, o que pode resultar em frieza e distanciamento, pois tais conflitos devem ser encarados como naturais (BRASIL, 2006 a).

O câncer é fatal e é uma situação inevitável aos aspectos psicológicos. Essa realidade faz com que se desenvolvam, no imaginário das pessoas, medos intensos em relação a essa doença. Até pouco tempo, não era difícil encontrar pessoas que se quer pronunciavam a palavra câncer, podendo ter ainda hoje, principalmente, àqueles que não têm acesso adequado às informações (BRASIL, 2006a).

Sabe-se que o diagnóstico precoce e adequada intervenção são elementos decisivos, que chegam a definir o prognóstico da doença e o diferencial para a cura. Assim, a partir do momento em que a mulher compreende o que é o câncer, seus riscos para saúde, a possibilidade de controle e cura, é possível que ela passe a ter atitudes de cuidado próprio voluntariamente, e não como ato imposto. Diante do exposto, torna-se evidente a importância da realização do exame citopatológico preventivo para o câncer de colo de útero, o qual permite identificação, controle e cura da doença (BRASIL, 2006a).

12 PREVENÇÃO DA DOENÇA

A estratégia de prevenção secundária baseada na citologia cervical favorece o controle do câncer de colo uterino. Essa prevenção é realizada através do Papanicolau (MOUTINHO, 2010).

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papiloma vírus humano (HPV). A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (INCA, 2014).

As estratégias de prevenção secundária ao câncer de colo do útero consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos, mesmo sem ter sido objeto de avaliação por meio de estudos experimentais, como os ensaios clínicos aleatorizados (INCA, 2014).

Este exame pode ser realizado nas unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo. É fundamental que os serviços de saúde realizem orientações em saúde sobre a importância da realização do exame preventivo e em relação à doença, uma vez que sua realização periódica permite detecção precoce e redução de morbimortalidade pelo câncer de colo uterino. (ALMEIDA, 2011)

As principais estratégias de prevenção para prevenir o câncer de colo uterino no Brasil são as ações de educação em saúde e o exame de Papanicolaou. (KUMAR, 2005).

A estratégia de prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce das

lesões antes que estas se tornem invasivas, viável através de técnicas de rastreamento, compreendidas pelo exame do Papanicolaou, colposcopia, cervicografia, ou testes de detecção do DNA do vírus do papiloma humano em esfregaço citológico ou espécime histopatológico. O exame preventivo, entre os métodos de diagnóstico, é considerado o mais efetivo entre a população em programas de rastreamento do câncer de colo uterino, sendo uma técnica usada há mais de 40 anos (MS, 2007).

13 PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A partir do movimento da reforma sanitária brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS) - surgiu em 1988 sob o preceito constitucional "saúde direito de todos e dever do Estado". Defendia-se a assistência médico - sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços de saúde (MAIO; LIMA, 2009). Muitas transformações ocorreram no país a partir de então, e determinaram os processos de municipalização e de descentralização das ações de saúde dos estados para os municípios (COSTA; S., 2004).

Uma das transformações que merecem destaques é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual se constitui como estratégia para viabilização do SUS e reorientação do modelo assistencial em saúde, com finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção primária (BARROS, 2010).

Reconhecido nacionalmente como um recurso para levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas, a ESF é desenvolvida por equipe multiprofissional composta, basicamente, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de Saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário (SANTOS; S., 2009).

As equipes têm como atribuições conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde e situações de risco que a população está exposta; elaborar um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral respondendo à demanda; resolver os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos objetivando a melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações Inter setoriais para enfrentar os problemas levantados (BRASIL, 1997).

Observa-se que na prática, o ACS é o profissional da equipe de Saúde da Família que vai rotineiramente às casas das famílias acompanhadas. É ele quem faz a comunicação entre as famílias e os demais profissionais da equipe, bem como orientam os indivíduos e a família quanto aos cuidados de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica, criada através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, também, estabelece as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e dos ACS, sendo algumas delas comuns a todos os profissionais e outras específicas (BRASIL, 2006). Em relação ao

ACS, esta mesma portaria define suas varias atribuições, e entre elas se destacam: as ações desenvolvidas que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à ESF, o processo de estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe. É através do ACS que se obtêm as informações sobre os usuários. Eles realizam o levantamento dos problemas de saúde, as situações de risco das famílias. Deve-se salientar a importância que os ACS exercem na comunidade. Concentram esforços na discussão de várias temáticas que permeiam o câncer de colo de útero, na prevenção do câncer, na promoção da saúde, na detecção precoce da doença por meio do exame preventivo de Papanicolaou; e, identificada a doença, no encaminhamento das mulheres para profissionais capacitados, o controle adequado, corrigindo ou evitando complicações, além de realizar estratégias que façam a população adotar hábitos de vida saudáveis. O ACS é fundamental na importância da educação e orientação junto à população feminina, esclarecendo possíveis dúvidas e demonstrando a importância da realização periódica do exame, contribuindo, assim, para uma redução do número de casos de câncer do colo do útero. O ponto chave das funções exercidas pela equipe, mas principalmente pelo ACS é a educação em saúde. A educação em saúde no câncer de colo de útero tem como objetivos esclarecer os conceitos sobre a doença, desenvolver nos usuários habilidades sobre o autocuidado; estimular a mudança de comportamento; oferecer suporte para o manejo dos problemas diários decorrentes da doença; prestar assistência à saúde de forma humanizada, mas, principalmente, prevenir a doença por meio do exame de Papanicolaou. Nesse contexto, pode-se entender que o ACS está inserido na reorganização da prática assistencial, estimulando na população o autocuidado e a visão crítica de que os próprios hábitos e estilo de vida determinam o estado de saúde (BRASIL, 2006).

A participação do ACS nas oficinas de educação em saúde será fundamental para serem multiplicadores para divulgação para outros profissionais de saúde e pacientes.

14 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo discutir sobre aspectos do câncer de colo de útero, como: fatores de risco, sintomas, meios para realização de diagnóstico e tratamento.

Também teve o objetivo de propor oficinas de educação em saúde voltadas para educação em saúde, junto ao ACS na prevenção do câncer de colo de útero. Neste plano serão realizadas oficinas de educação na Prevenção ao Câncer de Colo de Útero com o objetivo de capacitar os agentes para que sejam multiplicadores do conhecimento junto às mulheres, sensibilizando-os sobre a importância do exame preventivo contra o câncer de colo de útero.

Foi feito um estudo de delineamento não experimental, com abordagem descritiva e exploratória, para propor ações educativas junto aos agentes comunitários de saúde ensinando sobre anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, fases do câncer, fatores de risco, sintomas, diagnóstico, tratamento, estadiamento, aspecto psicológico e a prevenção da doença.

Também frisou se o papel do ACS na prevenção do câncer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C. **Infecção pelo HPV e a gênese do câncer de colo de útero.** Monografia apresentada à Universidade Paulista, 2011.

ARANTES, R.C. et al. **Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais.** Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 11, n. 2, . 2008

ARAÚJO, E.J.A. et al. **Práticas de anatomia e histologia para a educação básica.** – Londrina :Kan, 2011.

BARROS, D. F. de et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil.** Texto contexto – enfermagem, Florianópolis, v.19, n.1, mar. 2010. Disponível em www.scielo.br acesso em 28 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília: Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Avaliação Qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de novembro 13.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). **Falando sobre Câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: 2002 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). **Falando sobre Câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: 2002 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Viva Mulher. **Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: 2002 c.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. **Serie Pacto pela Saúde volume 4.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações em saúde.** Brasília; 2006e. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 1. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007 [citado 2010 Jun9]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa>

_incidencia_cancer_2008.pd

CHEN, Y.M.D. **Câncer de colo do útero**. Publicado em: 28 de Dez. de 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ig.com.br/minhasaude/enciclopedia/cancer-de-colo-do-uterio>>. Acesso: 22 de nov de 2103.

COSTA, M. B. S.; SILVA M. I. T.; **Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do enfermeiro**. Revista de Enfermagem UERJ, 2009. 273 a 279p. Disponível em: www.scielo.com. Acesso em 10 de janeiro de 2010.

DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Básica dos Sistemas Orgânicos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de Informação em Saúde**. Conceitos Fundamentais e Organização. Pesquisadora do NESCON / FM / UFMG, 1999.

FIGUEIREDO IM, NEVES DS, MONTANARI D, CAMELO SHH. **Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família**. Revista de Enfermagem UERJ 2009; 17(2): 262-67.

FIOCRUZ – **Diagnóstico da lesão**. <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3106/2/pdf>

HAUSEN, Z. H. **HPV na Patologia do Câncer Anogenital**. Virologia. 1991.

INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, 2014**. INCA. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>> Acesso em: 26 maio 2014.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 7ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LAGO, T.D.G. Tese (doutorado). *Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998 a 2009*. Campinas, SP.

MOUTINHO, J.A.F. et al. **Consenso Sobre Infecção HPV e Lesões Intraepiteliais do Colo, Vagina e Vulva**. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Março, 2010. Disponível em: www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf

OSIS, M.J.M.D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, Supl.1. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.

SANTOS, I.S.; SANTOS, S.A.; OLIVEIRA, R.C. **Os avanços do programa de saúde da família (PSF) no Brasil**. 17/07/2009. Disponível em: www.webartigos.com Acesso em 15 de janeiro de 2014.

SILVA, D.W.; et al. **Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolau em município do Sul do Brasil**. Revista Brasileira em Ginecologia e

Obstetrícia, Londrina. vol. 28, ano 1, p. 24 a 31; 2006.

VIVA MULHER – **Exames de colo de útero**. <http://www.mg.vivamulher.com.br/>

WHO. World Health Organization. **National cancer control programmer: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002.