

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

**CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - SAÚDE É
VIDA**

ALINE XAVIER AVELAR

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2010**

ALINE XAVIER AVELAR

**CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - SAÚDE É
VIDA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso
Especialização em Atenção Básica em Saúde da família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado
de Especialista.

Orientadora: Adriana Flávia Braga Marques

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2010**

ALINE XAVIER AVELAR

**CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NO TERRITÓRIO DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - SAÚDE É
VIDA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso
Especialização em Atenção Básica em Saúde da família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado
de Especialista.

Orientadora: Adriana Flávia Braga Marques

Banca Examinadora

Profa. Adriana Flávia Braga Marques – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 18/12/2010

RESUMO

O câncer de colo do útero representa uma neoplasia maligna que ocorre com muita freqüência no Brasil, constituindo um problema de saúde pública. Vários são os fatores de risco que levam ao câncer de colo uterino e embora exista um considerável número de casos esse tipo de neoplasia pode ser prevenido principalmente quando diagnosticado precocemente. A principal forma de prevenção se dá por meio do exame citopatológico do colo do útero. Dentro desse contexto, o objetivo deste trabalho está baseado no enfrentamento da realidade da população feminina do território de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde - Saúde é Vida, ajudando a minimizar o baixo índice do controle de câncer cérvico-uterino e auxiliando a equipe de saúde multiprofissional no acompanhamento adequado, na cobertura da população feminina em relação à prevenção e no desenvolvimento e implementação de ações voltadas para prevenção do câncer cérvico-uterino. Para este estudo foi realizada pesquisa bibliográfica, método descritivo exploratório e levantamento de dados sobre a situação do controle do câncer cérvico-uterino do território em questão. Como uma das conclusões deste trabalho, destacamos que para as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital também que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações.

Palavras-chave: Câncer de Colo do Útero; Prevenção; Controle e Acompanhamento.

ABSTRACT

Cancer of the cervix represents a malignant tumor that occurs frequently in Brazil, constituting a public health problem. There are several risk factors that lead to cervical cancer and although a considerable number of cases that cancer can be prevented especially when diagnosed early. The main form of prevention is through the Pap smear of the cervix. Within this context, the objective of this work is based on confronting the reality of the female population in the geographic jurisdiction of the Unit of Primary Health (UAPS) Health is Life, helping to minimize the low level control of cervical cancer and helping multidisciplinary health team in monitoring adequate coverage of the female population in relation to prevention and the development and implementation of actions aimed at preventing cervical cancer. For this study was conducted literature review, exploratory descriptive method and data collection on the state of control of cervical cancer in the territory in question. As one of the conclusions of this work, we emphasize that the strategies for cancer control is integrate is producing results, it is also vital that healthcare professionals and managers familiar with their role and act with responsibility and sensitivity at each stage of.the shares.

Keywords: Cervical Cancer, Prevention, Control and Monitoring.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – População Adolescente feminina segundo faixa etária acima de 10 anos na área de abrangência da UAPS Saúde é Vida em 2009, Pedra Azul- MG.....23
- TABELA 2** – População Adulta feminina segundo faixa etária na área de abrangência da UAPS Saúde é Vida em 2009, Pedra Azul, MG.....23
- TABELA 3** - População Idosa feminina segundo faixa etária acima de 10 anos na área de abrangência da UAPS Saúde é Vida em 2009, Pedra Azul, MG.....24
- TABELA 4** – População adulta feminina segundo faixa etária na área de abrangência da UAPS Saúde é Vida em 2009, Pedra Azul, MG.....25
- TABELA 5** – População feminina segundo faixa etária que realizaram exame citopatológico nos anos de 2007 a 2010 na área de abrangência da UAPS Saúde é Vida, Pedra Azul, MG.....26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CA – câncer

CONPREV- Coordenação de Prevenção e Vigilância

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papilomavírus Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

NIC – Neoplasia Intra-epitelial Cervical

NUPRECC – Núcleo Regional de Voluntários na Prevenção e Combate ao Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UAPS – Unidade de Atenção Primária a Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO DA LITERATURA	
4.1. Câncer do Colo do Útero.....	14
4.2. Fatores de risco do câncer do colo do útero.....	15
4.3. Papilomavírus Humano (HPV).....	16
4.4. Prevenção do câncer do colo do útero.....	18
4.5. Exame citopatológico de papanicolaou.....	19
5. RESULTADOS.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

As mais altas taxas de incidência do câncer do colo do útero são observadas em países pouco desenvolvidos, indicando uma forte associação desse tipo de câncer com as condições de vida, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção da saúde e prevenção de agravos) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (BRASIL, 2005).

A situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2006a).

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem tanto com agravos e doenças dos países desenvolvidos - cardiovasculares e crônico-degenerativas, como o câncer - como aqueles típicos do mundo subdesenvolvido – altas taxas de mortalidade materna e desnutrição. Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de agravos e doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2006b).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2005) o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo. Anualmente são registrados cerca de 470 mil casos novos. Quase 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres.

De acordo dados da divisão de informação da Coordenação de Prevenção e Vigilância e do INCA, o câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por

câncer em mulheres no Brasil, com taxa de mortalidade ajustada pela população padrão mundial de 5,29/100 mil mulheres, em 2005. Este patamar tem se mostrado praticamente estável nos últimos anos, o que não refletiu, ainda, o potencial efeito das ações de controle em curso no país (BRASIL, 2006a).

A estimativa do número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil, em 2008, foi de 18.680, com risco estimado de 19 a cada 100 mil mulheres. A incidência do câncer do colo do útero varia de acordo com a região do país, essa neoplasia é mais incidente na região Norte (22/100.000); nas regiões Sul (24/100.000), Centro Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000), ele ocupa a segunda posição e no Sudeste (18/100.000) o quarto lugar (BRASIL, 2007).

Frente às limitações práticas para a implementação, junto à população, de estratégias efetivas para a prevenção do câncer do colo do útero e detecção precoce do câncer da mama, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno. As referidas neoplasias são consideradas questões de saúde pública no Brasil por sua elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões escamosas intra-epitelial de alto grau, precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população-alvo em torno de 80 a 100% pelo exame de *papanicolaou* e uma rede organizada para diagnóstico e seguimento adequados, é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população feminina (BRASIL, 2007).

A oferta do exame citopatológico tem crescido no Brasil, mas ainda é aquém da necessidade para cobertura adequada da população-alvo. A situação parece melhor nas capitais. De acordo com dados do inquérito nacional realizado pelo INCA em 13 capitais brasileiras, no ano de 2003, o percentual de mulheres de 25 a 59 anos que informou ter realizado pelo menos um exame de *Papanicolaou* nos últimos três anos foi em torno de 80% (BRASIL, 2003).

Embora o aumento de acesso ao exame preventivo tenha aumentado no país, isso não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero e, em muitas regiões, o diagnóstico ainda é feito em estágios mais avançados da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado com: a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), entre outros (BRASIL, 2004).

A capacidade do sistema público de saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (BRASIL, 2006b).

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres. Em relação ao câncer do colo do útero, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implementação das ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).

Segundo Pelloso, *et al.*, (2004, p.320) a prevenção do câncer

“[...] não é condição que se planeje ou que se organize de maneira isolada, desvinculada do contexto social. Ela envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Articuladas, essas ações resultarão em benefícios para as usuárias do sistema de saúde”.

A articulação de ações dirigidas ao câncer da mama e do colo do útero estão fundamentadas na Política Nacional de Atenção Oncológica, portaria/GM nº 2.439 de 08/12/2005 (BRASIL, 2005) e no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama 2005-2007. Essa articulação trata das seguintes diretrizes estratégicas, compostas por ações a serem desenvolvidas, nos distintos níveis de atenção à saúde, a saber:

- Aumento da cobertura da população-alvo;
- Garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação;
- Desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas e
- Mobilização social.

Este assunto a ser pesquisado é de grande importância para ajudar no enfrentamento da realidade da população feminina do território de abrangência da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Saúde é Vida, para minimizar as dificuldades de controle de câncer cérvico-uterino e auxiliar a equipe de saúde multiprofissional no acompanhamento adequado, na cobertura da população feminina em relação a prevenção e no desenvolvimento e implementação de ações voltadas para prevenção do câncer cérvico-uterino.

2 OBJETIVOS

Analisar os dados sobre o número de mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos de idade que realizaram o exame preventivo no período de 2007 a 2010 na Unidade de Atenção Primária à Saúde – Saúde é Vida;

Levantar as principais ações que contribuem efetivamente para o acompanhamento e prevenção de câncer cérvico-uterino;

Identificar a cobertura de realização do exame citopatológico oncológico na população feminina da ESF em questão.

3 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho foi utilizada pesquisa bibliográfica sobre os trabalhos realizados e publicados nos sites Scielo; Medline; Ministério da Saúde; INCA.

Para a pesquisa nos sites foram utilizadas as seguintes palavras chaves:

- Câncer do colo do útero; Prevenção; Acompanhamento;
- Controle.

Os trabalhos utilizados foram aqueles selecionados depois da leitura crítica desse material.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é uma doença de evolução lenta levando, em média, quatorze anos para sua evolução total. Inicia-se com alterações mínimas nas células, denominadas displasia e, se não forem tratadas, evoluem. Com o desenvolvimento da doença, em média três anos após a constatação das primeiras alterações celulares, surge um tumor localizado chamado carcinoma “*in situ*”, desenvolvendo-se por mais seis anos, e que invade a mucosa do útero, quando recebe o nome de carcinoma invasor. Após quatorze anos das primeiras alterações celulares, atinge a forma mais grave, com o aparecimento de metástase. Surge através de transformações intraepiteliais que podem evoluir para uma lesão invasiva num período de 10 a 20 anos. Essas lesões correspondem às neoplasias intraepiteliais cervicais - NIC's (SANTOS, *et al.*, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2002) o câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvice uterina, oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Durante os últimos 20 anos, esse tipo de neoplasia invasiva diminuiu de 14,2 casos por 100.000 mulheres para 7,8 casos por 100.000 mulheres. Essa redução nos casos se deu devido à detecção precoce da doença por meio de exames preventivos.

De acordo com esses autores, o câncer do colo do útero na fase inicial raramente produz sintomas. Quando ocorrem sintomas como secreção, sangramento irregular ou sangramento após a relação sexual a doença pode estar em estado avançado. A secreção vaginal no câncer do colo uterino avançado aumenta de forma gradual e torna-se aquosa e escurecida. Devido à necrose e infecção do tumor, seu odor é fétido. Pode ocorrer um sangramento leve e irregular, entre os períodos metrorragia ou após à menopausa, ou pode acontecer depois de uma pressão ou trauma brando como, por exemplo, a relação sexual. O diagnóstico do câncer cervical se dá com

base nos resultados anormais do esfregaço de Papanicolaou, seguido por resultados de biópsia que vão identificar a displasia grave. As infecções por HPV são usualmente implicadas nestas condições.

Para o Instituto Nacional do Câncer existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer do colo do útero são: sangramento vaginal, corrimento e dor (INCA, 2006).

Os sinais e sintomas são avaliados, por meio de exames radiográficos, laboratoriais e exames especiais, como biópsia por punção e colposcopia. Dependendo do estágio do câncer, podem ser efetuados outros exames e procedimentos para determinar a extensão e o tratamento apropriado.

4. 2 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Segundo Smeltzer e Bare (2002), embora todas as mulheres sejam consideradas com risco para desenvolver o câncer de colo uterino, existe um perfil da população feminina mais vulnerável ao mesmo. Vários são os fatores de risco identificados para o câncer de colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados à:

- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Único parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras sexuais;
- Início precoce da atividade sexual;
- Gestação em idade precoce;
- Tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados) e álcool;
- Pouca instrução;
- Menstruação precoce e menopausa tardia;
- Baixo nível sócio-econômico;
- Higiene íntima inadequada;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;

- Infecção cervical crônica;
- Deficiências nutricionais (baixa ingestão de vitaminas A e C);
- Idade;
- Infecção por HIV;
- Exposição ao Papiloma vírus humano (HPV);
- Radiações ionizantes;
- História familiar e hereditariedade.

4.3 HPV

A prevenção primária do câncer do colo do útero está principalmente relacionada à prevenção da infecção pelo HPV (*human papillomavirus*). A infecção crônica e persistente por alguns tipos oncogênicos deste vírus, sobretudo os do tipo 16 e 18, é o principal fator de risco para o câncer do colo do útero. Outros fatores de risco são multiparidade, tabagismo, co-infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis e uso prolongado de contraceptivos orais (WHO, 2006).

Estudos recentes mostram que o Papilomavírus humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2006).

Os Papilomavírus humanos são vírus da família Papovaviridae, existindo mais de 200 subtipos diferentes, mas somente os de alto risco estão relacionados a tumores malignos.

É um vírus transmitido pelo contato sexual que afeta a área genital tanto de homens como de mulheres (INCA, 2006).

O HPV é uma família de vírus com mais de 80 tipos. Enquanto alguns deles causam apenas verrugas comuns no corpo, outros infectam a região genital, podendo ocasionar lesões que, se não tratadas, se transformam em câncer do colo do útero (RAMOS, 2006).

De acordo com o INCA (2006), as infecções clínicas mais comuns causadas pelo HPV na região genital são as verrugas genitais ou condilomas acuminados, conhecidas popularmente como "crista de galo". Já algumas lesões sub-clínicas, se não tratadas, podem evoluir para o câncer do colo do útero.

Ainda segundo Santos (2010), a infecção pelo HPV geralmente não apresenta sintomas. Algumas pessoas desenvolvem verrugas genitais e outras lesões na vulva, vagina, colo do útero e ânus que, se não tratadas, podem evoluir para câncer. Estas lesões são diagnosticadas pelo Papanicolau e através de exames chamados colposcopia, vulvoscopia e anoscopia.

Segundo o INCA (2006), na maioria dos casos de infecção pelo HPV em mulheres sexualmente ativas, principalmente nas mais jovens, o sistema imune desenvolve anticorpos que combatem e eliminam o vírus, levando à cura, porém, nem sempre essa defesa consegue uma eliminação completa do vírus.

Na maior parte das vezes a infecção pelo HPV não apresenta qualquer sintomatologia. Em seus estágios iniciais, as lesões causadas pelo HPV podem ser tratadas com sucesso em cerca de 90% dos casos, porém, quando não tratadas precocemente podem progredir para o câncer cervical.

A melhor arma contra o HPV é a prevenção, através do uso de preservativos durante a relação sexual, evitando assim o contágio pelo vírus. Outra forma, ainda em desenvolvimento para prevenir a infecção pelo vírus HPV, é a vacina que age estimulando a produção de anticorpos específicos para cada subtipo de HPV. A vacina foi aprovada para comercialização no Brasil em agosto de 2006 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Brasil poderá incluir a nova vacina ao calendário anual de imunização, porém, há uma série de testes clínicos a serem realizados em relação à vacina (INCA 2006).

4. 4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A prevenção do câncer do colo do útero está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce (Papanicolaou), no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento (PELLOSO, *et al.*, 2004). Desse modo, a cobertura da população feminina em relação à prevenção é um elemento primordial no controle do câncer cervico-uterino.

Segundo Pelloso, *et al.*, (2004) a possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre mulheres.

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer (INCA, 2006).

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce do câncer (prevenção secundária) no Brasil é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou). O exame deve ser realizado nas unidades básicas de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-lo.

De acordo com Pinelli (2002) a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou. Por meio de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais.

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (INCA, 2006).

4.5 EXAME CITOPATOLÓGICO DE PAPANICOLAOU

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (INCA 2002).

A efetividade da detecção do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento deste câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura de 80, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde. Tal recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave.

O exame Papanicolau consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice) As células são colhidas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, colocadas em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas a exame ao microscópio, no qual, pessoal treinado poderá distinguir entre o que são células normais, as que se apresentam como evidentemente malignas e as que apresentam alterações indicativas de lesões pré-malignas (INCA, 2006).

A responsabilidade pela coleta de material cervical e confecção do esfregaço em mulheres sem queixa ou doença ginecológica, e pela realização das ações educativas, pode e deve ser do profissional de enfermagem, prévia e

adequadamente treinado, liberando o médico desta atribuição, para que se possa atingir um maior número de mulheres com agravos.

Segundo Gerk (2002, p. 453) a mulher deve ser orientada quanto a

Não estar menstruada no dia da realização do exame;

Não fazer uso de duchas e cremes vaginais pelo menos 48 horas antes do exame;

Não manter relações sexuais pelo menos nas 48 horas que antecedem o dia do exame;

Não realizar qualquer manipulação sobre o colo uterino antes do exame (toque vaginal, uso de soluções), por alterar o resultado.

A estratégia de rastreamento adotada no Brasil baseia-se na oferta do exame de papanicolaou para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, considerada a de maior risco. A recomendação é que todas as mulheres com vida sexual ativa, especialmente na faixa indicada, façam tal exame com a periodicidade de três anos, após dois resultados normais consecutivos, com intervalos de um ano (BRASIL, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. A expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando ele é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco).

Se o exame acusou:

- Negativo para câncer: se esse for o primeiro resultado negativo, é necessário fazer novo exame preventivo daqui a um ano. Se já houver um resultado negativo no ano

anterior, o exame preventivo deverá ser feito daqui a 3 anos;

- Alteração NIC I (Neoplasia Intra-epitelial Cervical): repetir o exame daqui a 6 meses;
- Outras alterações NIC II e NIC III: o médico deverá decidir a melhor conduta. Será necessário fazer novos exames, como a colposcopia;
- Infecção pelo HPV: o exame deverá ser repetido daqui a 6 meses;
- Amostra insatisfatória: a quantidade de material não deu para fazer o exame. Repetir o exame logo que for possível (INCA, 2006).

O carcinoma de cérvix uterina, conhecido como câncer do colo do útero, é uma doença de evolução lenta que apresenta fases pré-invasivas e benignas, caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC'S) e fases invasivas, malignas, caracterizadas pela evolução de uma lesão cervical, podendo atingir os tecidos fora do colo do útero, incluindo as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (SANTOS, 2010).

Toda paciente com diagnóstico de lesão pré-neoplásica do colo (NIC I a III), deve ser submetida a avaliação do trato genital inferior, incluindo-se a vulvosscopia e colposcopia com biópsia de lesões suspeitas. O adiamento do tratamento das lesões cervicais associadas às alterações citológicas mínimas (NICI) está associado à perda de seguimento (significante), mas muito infreqüentemente à evolução para lesões mais avançadas (ANDRADE, 2001).

Independente desses resultados é possível que a mulher possa ter alguma outra infecção que será tratada, devendo seguir o tratamento corretamente. Muitas vezes é preciso que o seu parceiro também receba tratamento. Nesses casos, é bom que ele vá ao serviço de saúde receber as orientações diretamente dos profissionais de saúde (INCA 2006).

5. RESULTADOS

Segundo dados do cadastro familiar e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes ao ano de 2009, viviam no território de abrangência da UAPS Saúde é Vida uma população de **3.985** habitantes e um total de **1.451** mulheres segundo faixa etária acima de 10 anos. Será utilizada para pesquisa a população feminina entre faixa etária de 25 a 59 anos.

As tabelas seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do levantamento de dados realizado pela equipe da UAPS Saúde é Vida. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias, especificamente na ficha do cadastro familiar (ficha A) do SIAB referente ao ano de 2009.

TABELA 1- POPULAÇÃO ADOLESCENTE FEMININA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 10 ANOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UAPS SAÚDE É VIDA EM 2009. PEDRA AZUL, MG.

Faixa etária	População Adolescente
10 a 14 anos	195
15 a 19 anos	160
Total	355

Fonte: Ficha A, SIAB 2009.

TABELA 2. POPULAÇÃO ADULTA FEMININA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UAPS SAÚDE É VIDA EM 2009. PEDRA AZUL, MG.

Faixa etária	População Adulta
20 a 24 anos	182
25 a 29 anos	164
30 a 34 anos	133
35 a 39 anos	145
40 a 44 anos	115
45 a 49 anos	81
50 a 54 anos	131
55 a 59 anos	86
Total	855

Fonte: Ficha A, SIAB 2009.

TABELA 3. POPULAÇÃO IDOSA FEMININA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UAPS SAÚDE É VIDA EM 2009. PEDRA AZUL, MG.

Faixa etária	População Idosa
60 a 64 anos	68
65 a 69 anos	62
70 a 74 anos	52
75 a 79 anos	27
80 anos e +	32
Total	241

Fonte: Ficha A, SIAB 2009.

A maior parte das mulheres que residem no território de abrangência da UAPS - Saúde é Vida, são “filhas da terra”, ou seja, são mulheres que nasceram em Pedra Azul e permanecem na cidade. Porém, são encontradas no território mulheres com suas famílias que mudam de um bairro para outro; são encontradas também em sua minoria mulheres da zona rural, que residem na cidade com os seus filhos e o marido continua residindo na zona rural. Os principais lugares que essas mulheres adscritas no território vão quando se mudam são: Belo Horizonte e São Paulo, e em sua maioria vai para trabalhar, procurar melhores condições de trabalho e vida, e também para estudar, quando seus pais ou avós se esforçam para manter os estudos e gastos desta parcela favorecida de mulheres.

As principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres são: o trabalho como empregadas domésticas; contratadas pela prefeitura, trabalhadoras anônimas (manicure, pedicure, cabelereiras etc), e por esses trabalhos são poucas que chegam a ganhar um salário mínimo ou mais. Em relação a população idosa é grande o número de aposentadas e subempregadas.

Pela atualização do cadastro das famílias em 2009 o quadro relativo às atividades da população feminina economicamente ativa (10 anos e mais) na área de abrangência da equipe da UAPS Saúde é Vida era o seguinte: 385 são chefes de família e a maior parte é analfabeta, 84 famílias possuem renda inferior a um salário mínimo. Em relação à população adolescente que é de 355 mulheres, apenas 27 não estudam.

Gerhardt, (1995, p. 33) destaca que

“A vida em sociedade apresenta atualmente diferenças crescentes entre as categorias sociais, em relação ao emprego, renda, moradia, ambiente físico, alimentação e saúde. Além disso, a saúde constitui um elemento central e essencial para a reprodução dos grupos humanos e dos indivíduos. Assim, a saúde constitui um campo favorável para a avaliação objetiva do quadro de vida e do que ele pode produzir no corpo físico de indivíduos, pois o corpo reflete, de certo modo, os traços do ambiente material e social de cada indivíduo”.

A tabela 4 sintetiza os dados coletados por ocasião do levantamento de dados realizado pela equipe da UAPS Saúde é Vida. Os dados são referentes à faixa etária das mulheres adultas a partir dos 25 a 59 anos. Destaca-se a recomendação nacional para o exame citopatológico cervical o qual deverá ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos de idade, ou que já tiveram atividade sexual anteriormente a essa faixa etária, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

TABELA 4 - POPULAÇÃO ADULTA FEMININA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UAPS SAÚDE É VIDA EM 2009, PEDRA AZUL, MG.

Faixa etária	População Adulta
25 a 29 anos	164
30 a 34 anos	133
35 a 39 anos	145
40 a 44 anos	115
45 a 49 anos	81
50 a 54 anos	131
55 a 60 anos	99
Total	868

Fonte: Ficha A, SIAB 2009.

Ao analisar os dados apresentados na tabela 4 observa-se que uma população com um total de 1.451 mulheres segundo faixa etária acima de 10 anos mulheres, 868 mulheres, o que corresponde a 59,8% encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos das mulheres do território de abrangência da UAPS Saúde é Vida. Este percentual estabelece que se deva realizar o exame citopatológico cervical em 59,8% das

mulheres desse território, levando em consideração esta faixa etária, e outros requisitos citados anteriormente.

Em relação aos resultados dos exames citopatológicos nos anos de 2007, 2008 e 2009 foram tratadas apenas 02 mulheres diagnosticadas com lesão do colo uterino NIC I; 01 mulher com NIC II e 01 mulher com NIC III. As mulheres diagnosticadas com NIC I realizam exame citopatológico a cada 6 meses, as mulheres com NIC II e III realizam acompanhamento periódico com a ginecologista do município.

O fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, CAF, biópsia do colo uterino e de nódulos mamários, quando detectado alguma dessas alterações em mulheres do nosso território de abrangência, a médica da unidade que também é ginecologista, solicita exames e até mesmo encaminha para a ginecologista do município, pois alguns procedimentos não podem ser realizados na unidade de saúde por falta de estrutura adequada.

A tabela 5 estabelece a relação das mulheres com faixa etária de 25 a 59 anos que realizaram exame citopatológico cervical nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010 (referente ao período de Jan. a Jun.).

TABELA 5. POPULAÇÃO FEMININA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA QUE REALIZARAM EXAME CITOPATOLÓGICO NOS ANOS DE 2007 A 2010 NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UAPS SAÚDE É VIDA EM PEDRA AZUL, MG

Ano	Mulheres que realizaram exame citopatológico faixa etária 25 a 60anos	Mulheres que realizaram Exame citopatológico faixa etária - outras	Total
2007	235	106	341
2008	209	103	312
2009	288	121	128
2010	194	98	292
Jan/jun			
Total	926	428	1.073

Fonte: Registros da UAPS Saúde é Vida, 2007, 2008, 2009 e 2010.

Analisando-se a tabela acima em 2007 27% das mulheres com faixa etária de 25 a 59 anos realizaram exame citopatológico cervical, em 2008 24%, observou-se uma queda de 3% em relação a 2007. No ano 2009 atingiu um percentual de 33%, mas também houve um acréscimo no percentual de mulheres com idade entre 25 a 59 anos que realizaram exame citopatológico cervical e isso se deve a estratégias adotadas e desenvolvidas pela equipe de saúde da UAPS Saúde é Vida.

Observa-se um aumento significativo em relação à procura das mulheres da comunidade para realizar e buscar informações sobre a realização do exame preventivo, comparando-se com anos anteriores, como exemplo, quando houve implantação da UAPS Saúde é Vida em 2004, que o índice de coleta de preventivo era baixíssimo, por se tratar de algo novo para comunidade. A falta de experiência dos primeiros profissionais que não trabalharam também foi um ponto marcante.

No ano de 2009 foram realizados **288** exames citopatológicos em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, observou-se que no período de Janeiro a Junho de 2010, foram realizados 194 exames, o que significa mais da metade em relação todo o ano de 2009. Houve um aumento significativo em relação a outras faixas etárias, o que comprova que as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional da UAPS Saúde é Vida foram válidas para organizar e sistematizar o processo de trabalho por meio de estratégias de conscientização e esclarecimento da população valorizando a promoção à saúde e a prevenção de agravos.

Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença.

A prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos. Esta prevenção perpassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde. O enfoque da promoção em saúde propõe que

“[...] as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aquelas que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.” (BRASIL, 2006; p.132).

As ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária, e envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado, inelegíveis para tratamento curativo ou com essa possibilidade esgotada, mas também o cuidado aos indivíduos no início da doença, através de orientação, encaminhamento e suporte adequado. Os profissionais da atenção básica têm papel relevante no acompanhamento tanto de indivíduos sob tratamento, como de indivíduos em estágio terminal da doença (PARADA, *et tal.*, 2007).

O Ministério da Saúde em parceria com o INCA lançou um número da publicação Caderno de Atenção Básica específico sobre o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, destacando-se como documento orientador das competências e dos conhecimentos necessários para este nível de atenção (BRASIL, 2006). O Caderno apresenta a descrição das atribuições específicas dos profissionais e as que são comuns a toda equipe da Atenção Básica.

O referido caderno apresenta as rotinas diárias da equipe de saúde referente ao Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que foi elaborado com a finalidade de orientar a atenção às mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais da rede de Atenção Básica em Saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira acessível, que possibilitam a tomada de condutas adequadas em relação ao controle do câncer do colo do útero e mama.

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres

esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

São as seguintes as atribuições comuns a todos os Profissionais da Equipe de Atenção Básica contidas no Caderno de Atenção Básica Controles dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, publicado pelo Ministério da Saúde e que faz parte do material de treinamento dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica:

- a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
- b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com este Caderno: promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;
- e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
- f) Acolher as usuárias de forma humanizada;
- g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- h) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;
- i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;
- k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;
- l) Desenvolver atividades educativas individuais ou coletivas (BRASIL, 2006; p.19-20).

Todos os profissionais das equipes de saúde da família foram treinados para realizem essas atribuições.

Outra estratégia adotada foi a implantação do Fichário Rotativo, instrumento utilizado para controlar o comparecimento das mulheres à coleta de exame citopatológico, facilitando assim a busca ativa das faltosas e das que nunca colheram o exame. O emprego do protocolo clínico também foi outra estratégia adotada pela equipe de saúde. Esses documentos são instrumentos direcionadores da atenção, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas, de determinados problemas de saúde.

O protocolo Saúde da Mulher utilizado pela UAPS - Saúde é Vida é um protocolo clínico e de organização do serviço que englobam práticas de enfermagem e funções de cada membro da equipe.

É um protocolo atual em fase de elaboração e desenvolvimento, produzido a partir de 2009 e revisto por uma comissão formada por uma equipe multiprofissional do Município de Pedra Azul. A adoção do protocolo Saúde da Mulher terá como objetivo o estabelecimento de critérios para um melhor desenvolvimento das atividades que se referem à promoção e recuperação da saúde da mulher e o direcionamento adequado do atendimento da Equipe de Saúde da Família, com foco nos procedimentos do enfermeiro como consultas de enfermagem, visando ações preventivas, promocionais e educativas. Tendo como objetivo geral, o atendimento as necessidades da mulher em diferentes fases da vida, considerando-a como um ser holístico e contribuindo para o exercício pleno de sua cidadania.

O emprego de protocolos é uma necessidade e constitui um importante caminho, de enorme utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Estratégias como realização de grupos operativos, busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, palestras educativas em parceria com o Núcleo Regional de Voluntários na Prevenção e Combate ao Câncer (NUPREC), que são ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional da UAPS - Saúde é Vida, que

foram mantidas e ampliadas para melhor resolução da proposta de aumentar o vínculo com a população feminina, de forma individual, coletiva e integral.

Para ampliar e facilitar o acesso da mulher a UAPS - Saúde é Vida, a organização da recepção das mulheres foi implantado estratégias como atendimento sem necessidade de agendamento prévio, com horários alternativos (toda quinta-feira no período matutino e vespertino), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame colpocitológico na vida.

A ampliação das estratégias de comunicação sobre o uso de preservativos para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) é de fundamental importância. O câncer cérvico-uterino não é diretamente prevenível pelo uso de preservativos, já que o HPV é transmissível pelo contato íntimo com a pele do períneo, porém o controle das DSTs minimiza o risco de desenvolvimento do câncer. Por outro lado, a disponibilidade de informações sobre os malefícios à saúde pelo uso do tabaco, assim como a organização de serviços de apoio e tratamento do fumante, também são fundamentais no processo de motivar a mulher a parar de fumar.

As ações educativas devem se orientar pelos princípios anteriormente comentados e contemplar as barreiras socioculturais e econômicas relacionadas à prevenção e à detecção precoce. Os estigmas relacionados a valores morais, religiosos e culturais devem ser trabalhados, abrindo-se espaço para debater questões de gênero que impactam a sexualidade, a saúde e a adesão ao exame citopatológico. Estratégias para facilitar o retorno da mulher para buscar o resultado também devem ser pensadas, pois se trata de um problema comumente observado no cotidiano dos serviços (PARADA, *etc etal*, 2006). Igualmente importante é a comunicação clara e bem cuidada quanto às alterações encontradas nos resultados, suas implicações e possibilidades de reversão e/ou cura mediante um percurso terapêutico adequado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elevados índices de mortalidade por câncer do colo do útero e câncer de mama no Brasil justificam a implementação das ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Após a consolidação dos dados levantados pela equipe em relação à população feminina da área de abrangência da UAPS Saúde é Vida, percebeu-se as desigualdades sociais que se existem no território de abrangência são reflexos da história social, econômica e cultural das mulheres que ali residem. E, entre os fatores de risco para desenvolvimento do câncer do colo uterino, mais presentes na população feminina, foram observados a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), alta paridade, grande número de parceiros, idade no primeiro coito, baixo nível socioeconômico e tabagismo.

Observou-se ainda um aumento significativo em relação à procura das mulheres da comunidade para realizar e buscar informações sobre a realização do exame preventivo, comparando-se com anos anteriores quando não se utilizava estratégias de promoção e prevenção. A realização de estratégias e ações desenvolvidas pela equipe de saúde da UAPS Saúde é Vida contribuíram positivamente para o aumento da cobertura assistencial e preventiva para o controle do câncer do colo do útero.

A Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental no rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama e, dentre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos atores para que se possam garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas e limites a serem corrigidos no processo.

As questões ressaltadas quanto ao controle do câncer do colo do útero envolvem desde a necessidade de se ampliar o alcance do rastreamento, mediante acesso facilitado a serviços de qualidade e estratégias educacionais participativas, até a organização da rede para o seguimento adequado das mulheres com exames alterados. A referência para a atenção de média complexidade, com garantia de ações adequadas de diagnóstico e tratamento, tem sido um nó crítico para a organização da linha de cuidado.

Em relação às ações de promoção, é preciso fortalecer o eixo da mobilização social para que os fatores relacionados à ocorrência dos cânceres de colo do útero e de mama possam ser conhecidos e debatidos publicamente. A informação sobre redução da exposição aos riscos e formas de proteção deve estar articulada a um conjunto de fatores relacionados a oportunidades para práticas saudáveis e acesso a serviços de qualidade, em um contexto educativo que privilegie a interação, a participação e o diálogo.

Para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital também que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seus papéis e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos cânceres de colo do útero e de mama no Brasil.

REFERÊNCIAS

.ANDRADE, J. M. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Cancerologia: 16 de Maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Prevenção do câncer do Colo do útero. Normas e recomendações do INCA**. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 49, n.4, p.205, out./dez., 2003.

GERK, M. A. de S. **Prática de enfermagem na assistência ginecológica**. In: BARROS, S.M. O. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica, São Paulo: Roca, 2002.

GERHARDT, T. E. **Da Saúde Pública à Antropologia: (re)ligando os conhecimentos entorno das desigualdades sociais e de saúde**. Rev. Sociologie Santé. 1995; 13: 33-48.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326>. Acesso em: 19 de Julho. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. **Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. **Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA**. Rev. Bras Cancerol. 2002; 48(1): 13-5.

PARADA, R., ASSIS, M., SILVA, R., ABREU, M., FELIX DA SILVA, M., DIAS, M., TOMAZELLI, J. **A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer**. Revista de APS. v. 11, n.2. 199-206, abr. / jun. 2008. Disponível em <<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/263/100>> Acesso em: 20 Nov. 2010.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum**, v. 26, n.2, p.319-24, 2004.

PINELLI, F. das G. S. **Promovendo a saúde**. In:___ BARROS, S. M. O. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, São Paulo: Roca, 2002.

RAMOS, S. dos P. **HPV e o câncer de colo uterino**. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/hpv.htm>>. Acesso em: 19 de Julho 2010.

SANTOS, M., MACÊDO, A., LEITE, M. **Percepção de Usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Acerca da Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Revista APS, Juis de Fora, v.13, n. 3, p. 310-319, jul./set. 2010. Disponível em: Acesso em: 20 Nov. 2010. ><http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/672/342>. Acesso em: 20 Nov. 2010.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth – **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. v.3. Guanabara: Koogan, 2002.

WERNECK, M. A . F.; FARIA, H. de P.; CAMPOS, K..F.C **Protocolos de cuidado á saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: Ed. Nescon/UFMG, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Compreensive cervical control**: a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2006.282p.