

**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR E PESQUISA - INESP
CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL**

RAFAELLA FEITOSA GUIMARÃES

**CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE
AVANÇOS DA DOENÇA, PREVENÇÃO E CONTROLE**

**RECIFE
2019**

RAFAELLA FEITOSA GUIMARÃES

**CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE
AVANÇOS DA DOENÇA, PREVENÇÃO E CONTROLE**

Trabalho de Conclusão da Pós-graduação Lato Sensu
em Citologia Clínica para obtenção do título de “Lato
Sensu” do Centro de Capacitação Educacional.

Orientador Dr. Aldo César Passilongo da Silva.

RECIFE

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Guimarães, Rafaella Feitosa.

G963c Câncer de cólo do útero: abordagem teórica sobre avanços da doença, prevenção e controle / Rafaella Feitosa Guimarães. - Recife, 2019.
30 f. : il. ; 29 cm.

Pós graduação Lato Sensu em Citologia Clínica - , Instituto de Ensino Superior e Pesquisa - INESP, Centro de Capacitação Educacional, Recife - PE, 2019.

Orientador: Dr. Aldo César Passilongo da Silva.

1. Câncer Cérvico Uterino. 2. Prevenção e Controle. 3. Exame de Papanicolau. 4. Diagnóstico e Tratamento. I. Título. II. Instituto de Ensino Superior e Pesquisa.

CDD 616.99407582

catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097.

Ficha

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE AVANÇOS DA DOENÇA, PREVENÇÃO E CONTROLE

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior e Pesquisa - INESP e ao Centro de Consultoria Educacional, como exigência do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Citologia Clínica.

Recife, 16 de abril de 2019

EXAMINADOR

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, pelo o amor e oportunidades de participar de mais uma aprendizado na minha trajetória profissional;

À minha família pelo apoio e encorajamento nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador, Aldo Passilongo, meu eterno mestre pela paciência e o carinho de sempre.

À vida pelos desafios que têm me possibilitado à busca de maiores

RESUMO

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), através de revisão bibliográfica, fará abordagem teórica relativo ao câncer de colo de útero, no qual, conforme autores citados ao longo da pesquisa descreve como uma neoplasia maligna, que ocorre no epitélio da cérvix uterina, que vão evoluindo de forma insignificante, terminando no carcinoma cervical invasor. O objetivo é conhecer sobre o câncer de colo de útero, os avanços da doença e do crescimento da mortalidade, fatores de riscos, meios de prevenção e controle. Utilizou-se como metodologia, revisão bibliográfica baseada através de consulta a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados da Scientific Electronic Library Online – SciELO e na página do Ministério da Saúde de acesso ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O câncer cérvico-uterino vem sendo relacionado com vários fatores ao longo dos tempos como: tabagismo, uso prolongado de anticoncepcionais orais e carências nutricionais, idade precoce na primeira relação sexual e multiplicidade de parceiros. O controle da doença está baseado efetivamente, no método preventivo do exame de Papanicolau, como principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. As manifestações clínicas vão desde sangramento vaginal anormal até dor pélvica com edema de membro inferior e hidronefrose por doença avançada. A lesão inicial geralmente é diagnosticada no exame citológico rotineiro. As neoplasias invasivas do colo uterino de células escamosas são precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva, conjuntamente denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). O tratamento para o câncer de colo de útero depende do estágio da doença. Basicamente, existem três opções: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais. A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, na organização da linha de cuidado de atenção ao câncer de colo uterino. Levou-se a concluir, através desse estudo que o câncer do colo de útero é muito comum no Brasil e responsável ainda por um número elevado de morte entre a população feminina, embora apresente alto potencial de cura e fácil diagnóstico através do exame de rastreamento de lesões precursoras, o Papanicolau.

Palavras -Chave: Câncer Cérvico Uterino. Prevenção & Controle. Exame de Papanicolau. Diagnóstico & Tratamento.

ABSTRACT

Cancer is the name given to a set of more than 100 diseases that have in common the disordered (malignant) growth of cells that invade tissues and organs and can spread (metastasize) to other regions of the body. The present study of the conclusion of the course (TCC), through a bibliographical review, will make a theoretical approach to cervical cancer, in which, according to the authors mentioned throughout the research, it describes as a malignant neoplasia, which occurs in the epithelium of the uterine cervix, which evolve insignificantly, ending in invasive cervical carcinoma. The objective is to know about cervical cancer, the advances of the disease and the growth of mortality, risk factors, means of prevention and control. It was used as methodology, bibliographical review based on consultation to scientific articles selected through search in the database of Scientific Electronic Library Online - SciELO and in the page of the Ministry of Health of access to the National Institute of Cancer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Cervical-uterine cancer has been linked to several factors over time such as: smoking, prolonged use of oral contraceptives and nutritional deficiencies, early age at first intercourse and multiplicity of partners. Disease control is effectively based on the preventive method of the Pap smear, as the main strategy to detect precursor lesions and make the diagnosis of the disease. Clinical manifestations range from abnormal vaginal bleeding to pelvic pain with lower limb edema and hydronephrosis due to advanced disease. The initial lesion is usually diagnosed on routine cytological examination. Invasive neoplasms of the squamous cell uterine cervix are preceded by a long phase of preinvasive disease, collectively referred to as cervical intraepithelial neoplasia (CIN). Treatment for cervical cancer depends on the stage of the disease. Basically, there are three options: surgery, chemotherapy and radiotherapy. The type of treatment will depend on disease staging, tumor size and personal factors. The epidemiological importance of cancer in Brazil and its social magnitude, the conditions of access of the Brazilian population to cancer care, the increasingly high costs in high complexity reflect the need to structure a regionalized and hierarchical service network that guarantees comprehensive care to the population, in the organization of the care line for uterine cervix cancer. It was concluded through this study that cervical cancer is very common in Brazil and is still responsible for a high number of deaths among the female population, although it has a high potential for cure and easy diagnosis through screening tests. precursor lesions, the Papanicola.

Key-word: Cervical Uterine Cancer, Prevention & Control. Pap Smear. Diagnosis & Treatment.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	09
2.	JUSTIFICATIVA	12
3.	OBJETIVOS	14
	2.1 Objetivo Geral	14
	2.2 Objetivos Gerais	14
4.	METODOLOGIA	15
5.	REFENCIAL TEORICO	16
	5.1 Cancer de Colo de Útero	16
	5.2 A Formação do Cancer	17
	5.3 Fatores de Riscos e Controle do Cancer do Colo de Útero	18
	5.4 Diagnostico	22
	5.5 Tratamento	26
	5.6 Organização da Linha de Cuidado	27
6.	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Somente no final do século XVIII, o câncer começaria a ser reconhecido pela “tumor” que progride e destrói os órgãos onde se instala. A difusão deste aspecto invasivo e progressivo aliado à constância de sua fatalidade tornariam o câncer estigmatizado trazendo em seu lastro, autorejeição e uma morte precoce. Assim, pessoas acometidas por tal patologia viam-se afastadas por seu grupo social e se configuravam objeto de procedimentos de descontaminação por parte desses grupos em seus espaços de pertencimento, devido à crença do caráter contagioso até as duas primeiras décadas do século XX (CARVALHO, 2006).

Destaca-se que o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser mais agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (INCA, 2015).

Conforme citação de autores da cartilha ABC do Câncer do Ministério da Saúde/ INCA (2012), o câncer pode surgir em qualquer parte do corpo e que alguns órgãos são mais afetados do que outros. Refere ainda, que os vários tipos de câncer são classificados de acordo com a localização primária do tumor. Exemplo: colo do útero, mama, pulmão.

Guimarães *et al* (2012) cita que embora já existam conhecimentos teórico-práticos suficientes para fornecer altos índices de cura, o câncer de colo do útero é um câncer com mortalidade elevada, que ainda continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil, mesmo com a existência dos vários programas governamentais de prevenção. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero apresenta-se como a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano.

Segundo CASARIN (2011), no Brasil, estima-se que o câncer de colo uterino seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo apenas

superado pelo câncer de pele (não melanoma), e pelo câncer de mama. Refere ainda que a evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 aos 49 anos de idade, e apenas numa pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos, sendo que a faixa de idade para detecção precoce é dos 20 aos 29 anos, período que corresponde ao pico de incidências das lesões precursoras da doença e antecede ao pico de mortalidade pelo câncer.

No Brasil, no ano de 2012, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbitos, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,72 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2015, online). De acordo com este Instituto, as estimativas de novos casos para 2014 eram em cerca de 15.590 e o número de mortes no ano de 2013 foram de 5.430 (Sistema de Informação de Mortalidade / Ministério da Saúde – SIM/MS, 2015).

Em Pernambuco, o INCA estimou a ocorrência de 970 casos novos de câncer do colo uterino no ano de 2012, uma incidência de 20,67 casos para cada 100.000 mulheres. Atualmente, as estratégias principais para o controle dessa doença, no Brasil, baseiam-se no rastreamento oportuno dos casos, com a disponibilização de exames diagnósticos para as mulheres na faixa etária prioritária (25 a 64 anos), no tratamento adequado da doença e de lesões precursoras em 100% dos casos, além do monitoramento da qualidade do atendimento à mulher. Importante ressaltar que o Ministério da Saúde – MS através do INCA vem buscando a implementação de estratégias importantes, para desenvolver ações a fim de mudar esse quadro, tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer.

Mediante a magnitude dos malefícios deste agravo para a população feminina, nota-se que é potencialmente evitável pela ampla possibilidade de prevenção do mesmo, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento destas lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial (COLATINO, 2010).

Contudo, apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolaou), que é um dos mais importantes exames para prevenção da saúde da mulher, criado pelo Dr. George Papanicolaou em 1940 para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, o país ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer, visto que existe uma lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população (COLATINO, 2010; LIMA *et al*, 2003).

Pois, seguindo ainda a concepção de COLANTINO, é fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o País (COLATINO, 2010).

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos. Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento. O controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero e é também uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

COLATINO (2010) descreve o cancer de colo uterino como uma neoplasia maligna, que ocorre no epitélio da cérvix uterina, proveniente de alterações celulares que vão evoluindo de forma insignificante, terminando no carcinoma cervical invasor. Contudo, é válido salientar que, dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, pois apresenta etapas bem definidas, longo período para evolução das lesões precursoras e facilidade de detecção das alterações na fase inicial.

Partindo-se deste conhecimento observa-se o perfil da doença como um grande problema de saúde pública, por apresentar grande relevância epidemiológica na saúde da mulher, e enfatiza ainda, que o seu perfil epidemiológico de uma doença relacionada à atividade sexual, etiologicamente relacionada a um agente sexualmente transmissível, o papilomavírus humano (HPV) (GUERRA *et al*, 2005).

Diante deste contexto remete-se a descrever uma importante abordagem, relativo ao conhecimento estatístico de óbitos e casos novos deste agravo, cuja análise desta estatística, não apenas subsidia o planejamento das ações, e o traçar das metas, mas redireciona estudos e projetos, pois se torna relevante referir que, com os avanços da doença, a mortalidade por esta causa, é de aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, estando este câncer do colo do útero, como o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados (INCA, 2015, online).

Contudo, para uma maior efetividade das ações e medidas que previnem o câncer é necessário um maior conhecimento e esclarecimento por parte da população, acerca de enfrentamento relativo aos mitos e tabus referentes à doença, tomando como base a importância do conhecimento não apenas sobre a evolução da doença, mas, sobretudo, o que de fato é o câncer, quais os fatores de riscos e os malefícios que a doença causa, principalmente ao indivíduo e à família.

Acrescenta que a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

A desinformação sobre a doença e, sobretudo das medidas de prevenção e controle, que ainda perduram na sociedade nos dias atuais, constitui uma das principais barreiras para se enfrentar mitos e tabus e prevenir a atual situação do câncer no Brasil e no mundo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o câncer de colo de útero, refletindo sobre os avanços da doença, e do crescimento da mortalidade, fatores de riscos, meios de prevenção e controle desta patologia, e como o papel do farmacêutico na prevenção e tratamento da doença.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Conceituar câncer de colo uterino e sua evolução histórica;
- ✓ Descrever os principais fatores para o desenvolvimento da patologia, bem como os fatores interferentes,
- ✓ Relacionar as principais formas de evolução da doença.
- ✓ Contribuir com a redução da morbimortalidade do câncer do colo de útero, no processo de promoção e ampliação do acesso de realização de exame preventivo, especificamente de Papanicolau.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na literatura especializada através de consulta a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados da *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, na página do Ministério da Saúde de acesso ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A pesquisa dos artigos foi realizada entre março a setembro de 2015.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as palavras-chave Câncer Cérvico Uterino; Fatores de Risco; Controle; Prevenção. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram à abordagem do câncer de colo de útero como importante problema de saúde pública, avanços da doença, situação epidemiológica atual e estimativa de casos novos no mundo, no Brasil e no Estado de Pernambuco.

Em seguida, buscou-se estudar e compreender fatores de riscos que levam ao desenvolvimento da doença, como prevenir e realizar o exame preventivo de Papanicolau para diagnóstico e o resultado, organização dos serviços afins, níveis de atenção como linha de cuidado e tratamento.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. Cancer de Colo de Útero

O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna, que ocorre no epitélio da cérvix uterina, proveniente de alterações celulares que vão evoluindo de forma insignificante, terminando no carcinoma cervical invasor. Trata-se de uma lesão invasiva intrauterina ocasionada principalmente pelo HPV, o papilomavírus humano, que pode-se manifestar através de verrugas na mucosa da vagina, do pênis, do ânus, da laringe e do esôfago, ser assintomático ou causar lesões detectadas por exames complementares (COLATINO, 2010; LIMA *et al*, 2003).

A infecção por HPV associada a outros fatores de risco, como história de outras doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo e uso de contraceptivo oral, representa importante papel na progressão das lesões escamosas intraepiteliais para a malignidade em mulheres brasileiras. Os autores prosseguem citando que, a infecção genital por este vírus é muito freqüente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. (GUERRA *et al*, 2005).

As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como exame de Papanicolaou), por isso é importante a sua realização periódica a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos (MS/INCA, 1997).

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2015, online).

Neste propósito, a cartilha, BRASIL. MS (2013) refere que o modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais,

nos anseios e nas expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida.

5.2 A Formação do Cancer

Uma célula normal pode sofrer uma mutação genética, ou seja, alterações no DNA dos genes. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades (Figura 1 e 2 abaixo).

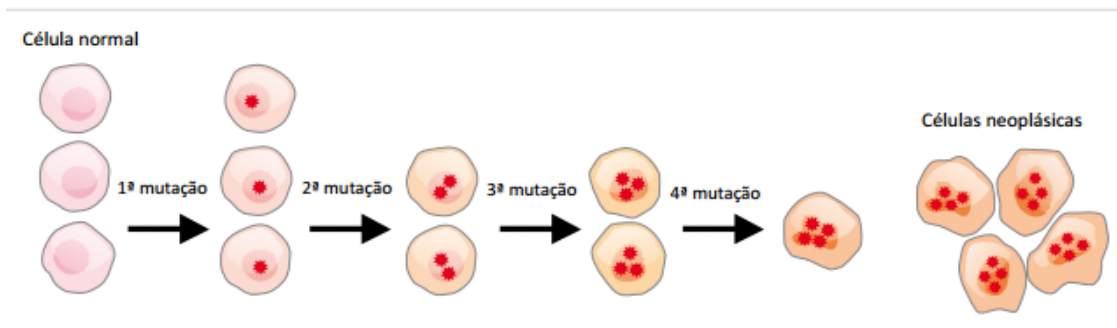


Figura 1- Mutação e o Câncer
Fonte: BRASIL. MS/ INCA, 2012.

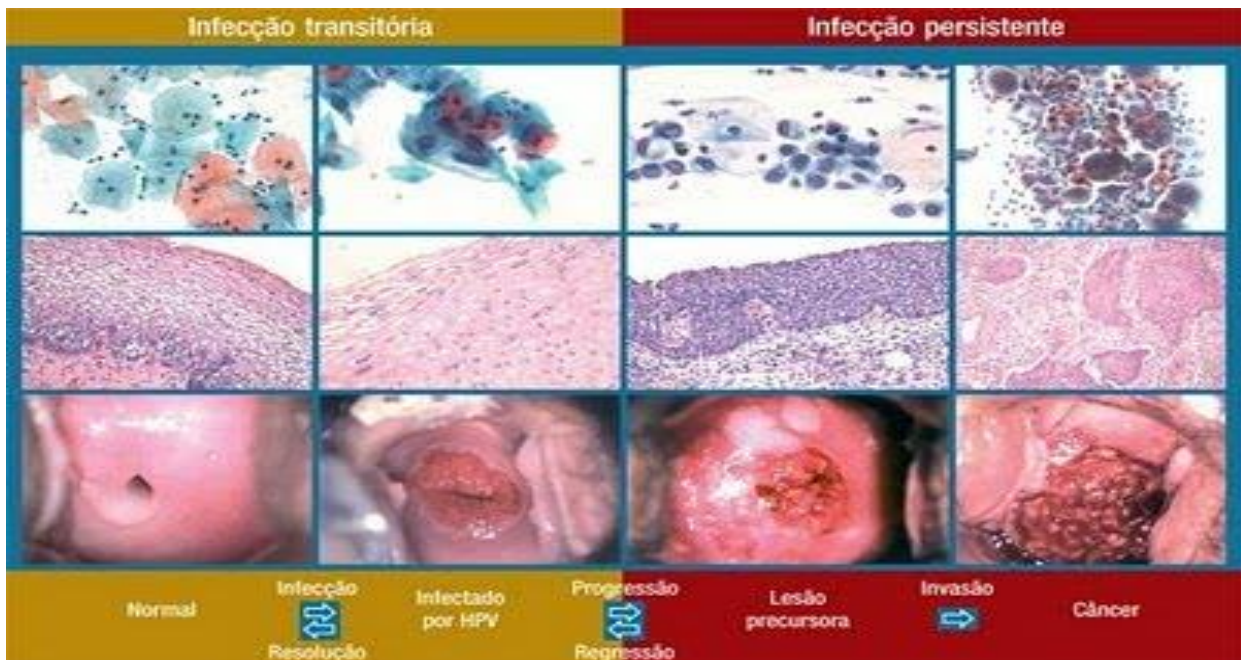


Figura 2 – Demonstração do grau de evolução dos tumores micro e macroscopicamente.
Fonte: Evolução dos tumores, 2019.

Independentemente da exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (BRASIL. MS/INCA, 2012).

5.3. Fatores de Riscos e Controle do Cancer do Colo de Útero

O câncer cérvico-uterino vem sendo relacionado com vários fatores ao longo dos tempos como: tabagismo, uso prolongado de anticoncepcionais orais e carências nutricionais. Os fatores de risco para seu desenvolvimento estão abaixo relacionados no quadro abaixo:

Quadro 01 – fatores de riscos para o cancer de colo uterino
✓ idade precoce na primeira relação sexual;
✓ multiplicidade de parceiros
✓ História de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro).
✓ persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV)
✓ multiparidade;
✓ tabagismo ativo e passivo
✓ Alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.(

Fonte: BRASIL, M/S, 2002.

BEZERRA *et al* (2015) relata o receio da cliente em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo podem ser considerados como fatores que dificultam o diagnóstico precoce.

A doença acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces da doença advindos de dificuldades econômicas e geográficas,

insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, M/S, 2002).

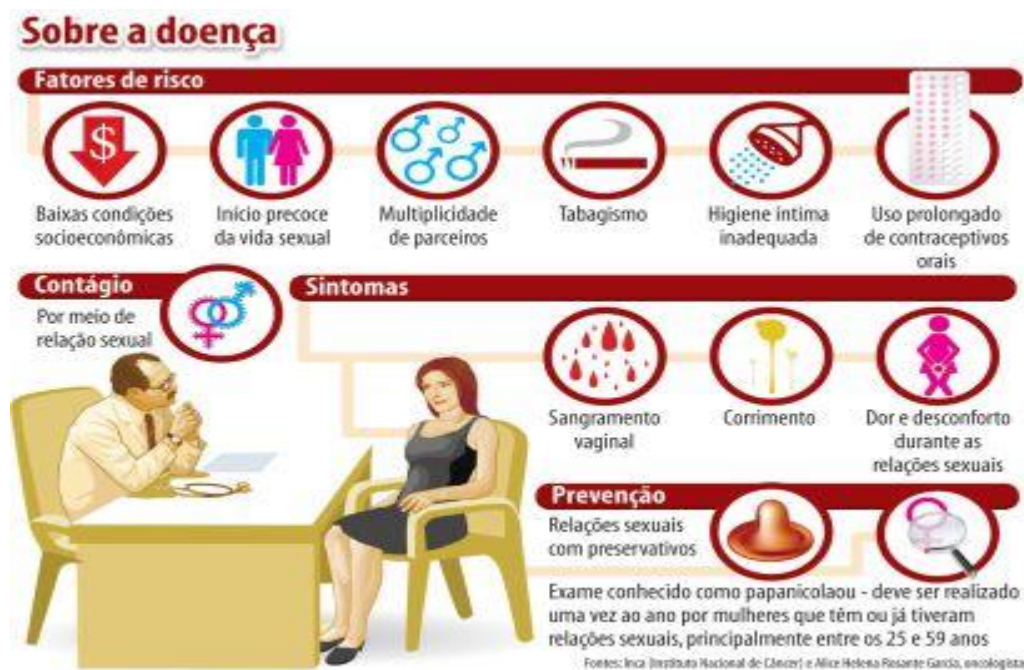


Figura 3 – Fatores de riscos e principais sintomas do cancer do colo uterino.
Fonte: BRASIL, M/S, 2002

Tomando como base a orientação e normatização do Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo de Útero (INCA 2011, online), na prevenção e controle da doença, deverá proceder com os exames preventivos.

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. O exame pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. Conforme orientação do INCA (2011) é fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pela doença.

O INCA descreve também que o exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto que diminui se a mulher conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica (INCA ,2011; BEZERRA *et al.* .2015)

Alerta que para garantir um resultado correto, a mulher não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) no dia anterior ao exame; evitar também o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do exame. É importante também que não esteja menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado (INCA 2011, online).

Reitera o INCA (2011), que mulheres grávidas também podem se submeter ao exame, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê, abaixo o quadro e figura descrevem o procedimento de coleta do exame.

Quadro 2 - Seguimento da Coleta do Exame Papanicolau
✓ para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espéculo na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato);
✓ o profissional faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero;
✓ a seguir, o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha;
✓ as células colhidas são colocadas numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia.

Fonte : INCA ,2011; BEZERRA *et al.* .2015.

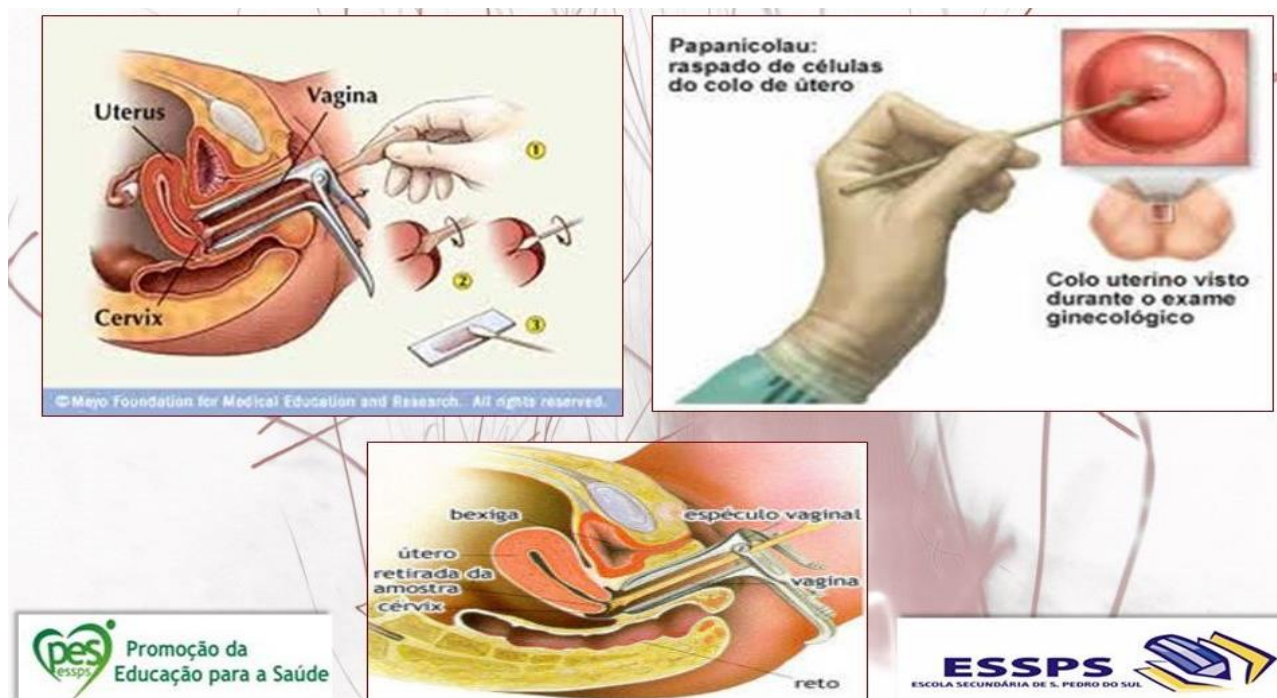


Figura 4 - Coleta do material para o exame do papanicolau.

Fonte: Coleta do papanicolau, 2019.

Conforme descrição do INCA, 2015, Online além de servir para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero e da infecção pelo HPV, o Papanicolaou indica se a mulher tem alguma outra infecção que precisa ser tratada.

Quadro 3 – Procedimentos para realização do exame	
✓	Toda mulher que tem ou já teve vida sexual e que estão entre 25 e 64 anos de idade
✓	Devido à longa evolução da doença, o exame pode ser realizado a cada três anos.
✓	Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos

Fonte : INCA ,2011; BEZERRA *et al* .2015.

Segundo o INCA, o câncer no colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos) (INCA, 2016) (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição dos possíveis resultados do Papanicolau	
✓ Negativo para câncer	Se esse for o primeiro resultado negativo, a mulher deverá fazer novo exame preventivo com um ano. Se já tem um resultado negativo no ano anterior, deverá fazer o próximo exame preventivo com três anos;
✓ Infecção pelo HPV ou lesão de baixo grau	Deverá repetir o exame com a seis meses;
✓ Lesão de alto grau:	O médico decidirá a melhor conduta. A paciente vai precisar fazer outros exames, como a colposcopia;
✓ Amostra insatisfatória:	A quantidade de material não deu para fazer o exame, deverá repetir o exame logo que for possível.

Fonte : INCA ,2011; BEZERRA *et al* .2015.

5.4. Diagnóstico

As manifestações clínicas vão desde, sangramento vaginal anormal até dor pélvica com edema de membro inferior e hidronefrose por doença avançada. A lesão inicial geralmente é diagnosticada no exame citológico rotineiro. Pacientes com achados anormais no exame citológico e que não tenham lesão cervical grosseira devem ser avaliadas por colposcopia com biópsias direcionadas. Se não forem vistas anormalidades à colposcopia ou se a JEC não for visualizada, procede-se a curetagem endocervical (ZIMMER, ROSA, 2007).

O epitélio normal do colo uterino apresenta normalmente células escamosas com núcleo piquenótico e citoplasma espesso; á medida que sofre lesão por infecção viral do HPV ou por outros fatores de risco, evolui para uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%. Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas. Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular (MS/INCA, 2002; BRASIL, 2012).

Estadiamento é um sistema que os especialistas utilizam para estabelecer a extensão da disseminação do câncer. O câncer de colo de útero usa o sistema de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que classifica a doença em estágios de 0 a IV (zero a 4).

A biópsia cervical em cone é usada para diagnosticar lesões endocervicais ocultas em situações como: má visualização da JEC na colposcopia, extensão do epitélio com displasia de alto grau para o canal endocervical, achado citológico sugestivo de displasia ou carcinoma *in situ*, espécime de curetagem mostrando neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC1 ou 2) ou achados citológicos com suspeita de adenocarcinoma *in situ* (NIC3) conforme quadro abaixo (ZIMMER, ROSA, 2007).

Quadro 4 – Características dos estadiamento dos canceres.

ESTADIAMENTO	CARACTERÍSTICAS
Estágio 0	✓ O tumor é um carcinoma "in situ", superficial, encontrado apenas nas células de revestimento do colo do útero e ainda não invadiu os tecidos mais profundos.
Estágio I	✓ O tumor invadiu o colo do útero, mas não se espalhou para outros órgãos.
Estágio IA	✓ é a forma mais inicial do estágio I, caracterizada por uma quantidade muito pequena de células cancerosas que só podem ser vistas ao microscópio;
Estágio IA1	✓ a área invadida pelo câncer tem 3mm de profundidade e até 7 mm de largura;
Estágio IA2	✓ a área invadida pelo câncer tem entre 3 mm e 5 mm de profundidade e até 7 mm de largura;
Estágio IB	✓ neste estágio geralmente o câncer pode ser visto sem a ajuda de um microscópio. Ele inclui também o câncer que já avançou mais de 5mm no tecido conectivo do colo do útero ou tem mais de 7mm de largura, mas só pode ser visto ao microscópio;
Estágio IB1	✓ O câncer é visível, mas não tem mais de 4 cm;
Estágio IB2	✓ O câncer é visível e tem mais de 4 cm.
Estágio II	✓ O câncer não está mais restrito ao colo do útero, mas ainda se limita à região pélvica.
Estágio IIA	✓ O câncer atingiu a parte superior da vagina, mas não o terço inferior;
Estágio IIB	✓ O câncer atingiu o tecido vizinho ao colo do útero, o chamado tecido parametrial.
Estágio III	✓ O câncer se espalhou para a parte inferior da vagina ou para a parede pélvica e pode bloquear os ureteres, canais que levam a urina dos rins para a bexiga.
Estágio IIIA	✓ O câncer atingiu o terço inferior da vagina, mas não a parede pélvica;
Estágio IIIB	✓ O câncer atingiu a parede pélvica e/ou bloqueia o fluxo de urina para a bexiga.
Estágio IV	✓ É o mais avançado, em que o câncer atinge órgãos próximos ou de outras partes do corpo.
Estágio IVA	✓ O câncer se espalhou para a bexiga ou reto, que ficam perto do colo do útero;
Estágio IVB	✓ O câncer se espalhou para órgãos distantes, como os pulmões

Fonte - A.C.Camargo Cancer Center – Online, 2017.

Importante destacar relativo ao diagnóstico do Câncer Cérvico Uterino o surgimento das lesões precursoras da Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), descritas nos Quadros 5 e 6 abaixo, conforme SELLORS et al (2004), onde relatam que as neoplasias invasivas do colo uterino de células escamosas são precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva, conjuntamente denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

A NIC é categorizada em graus 1, 2 e 3, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Microscopicamente, isto se

caracteriza como uma gama de eventos que progridem da atipia celular a graus variados de displasia ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes da progressão ao carcinoma invasivo.

A lesão precursora que se origina do epitélio colunar é denominada de adenocarcinoma *in situ* (AIS). O AIS pode estar associado a NIC em um a dois terços dos casos. (Fig. 03).

Portanto, os quadros 4 e 5 abaixo descrevem a evolução dos sistemas de classificação das lesões precursoras da neoplasia cervical de células escamosas, assim como sua história natural em termos de regressão, persistência e taxas de progressão.

Quadro 5 - Correlação entre displasia/carcinoma *in situ*, neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) e terminologia de Bethesda

Terminologia da displasia	Terminologia original da NIC	Terminologia modificada da NIC	Terminologia do sistema Bethesda (SIL) (1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de limites de normalidade Alterações celulares benignas (infecção ou reparação) ASCUS/AGUS
Atipia	Atipia colocítica, condiloma plano, sem alterações epiteliais	NIC de baixo grau	LSIL
Displasia leve ou discariose leve	NIC 1	NIC de baixo grau	LSIL
Displasia moderada ou discariose moderada	NIC 2	NIC de alto grau	HSIL
Displasia grave ou discariose grave	NIC 3	NIC de alto grau	HSIL
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC 3	NIC de alto grau	HSIL
Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo

NIC: neoplasia intra-epitelial cervical; LSIL: lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau; HSIL: lesão intra-epitelial escamosa de alto grau; ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado

Fonte: SELLORS *et al*, 2004.

SELLORS *et al* (2004) salientam que não há sintomas específicos nem características clínicas que indicam a presença da NIC. Muitas dessas lesões, contudo, podem ficar brancas na aplicação de ácido acético a 3-5% e podem ser iodo-negativas com a aplicação de solução de Lugol, já que o epitélio da NIC contém pouco ou nenhum glicogênio.

Quadro 6 - Probabilidades de regressão, persistência e progressão da NIC

Categoria da NIC	Regressão	Persistência	Progressão à NIC 3	Progressão à neoplasia invasiva
NIC 1	57%	32%	11%	1%
NIC 2	43%	35%	22%	1,5%
NIC 3	32%	56%	-	12%

Fonte: SELLORS *et al*, 2004.

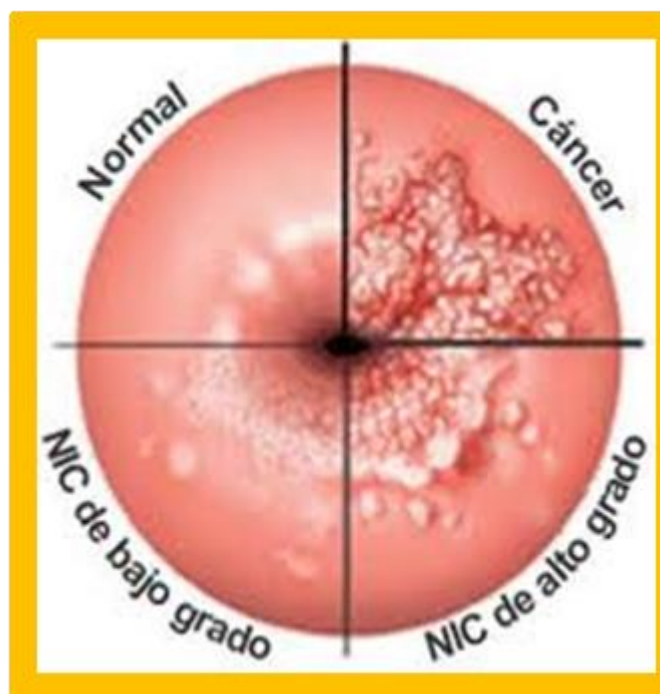


FIGURA 5 - Lesões e seus graus conforme NIC.

Fonte: Lesões do colo uterino, 2019.

Quando as alterações celulares se tornam mais intensas aumentando o grau do desarranjo, as células ultrapassam a membrana basal e invadem o tecido conjuntivo do colo uterino, originando o carcinoma invasor. Dentre os vários fatores de risco que leva a esta neoplasia maligna, o HPV é apontado quase sempre como o agente etiológico para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino especialmente pelos

subtipos de HPV-16, 18 e 33 que são os mais severos da infecção, seu índice de prevalência mundial é de 99,7%, implicando em uma das maiores prevalências de um fator causal atribuído a qualquer câncer humano (SOUZA, ALVES, 2015).

5.5 Tratamento

As opções de tratamento para o câncer de colo de útero dependem do estágio da doença. Basicamente, existem três opções: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (COLATINO, 2010)

O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais Como idade e desejo de ter filhos. O tratamento apropriado das lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau na citologia, neoplasias intraepiteliais cervicais 2 e 3-NIC 2 e 3 na histologia e adenocarcinoma in situ) é meta prioritária para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer do colo uterino (BRASIL, INCA - Tratamento).

LIMA et al (2003) descrevem que a cirurgia consiste na retirada do tumor e, ocasionalmente, na retirada do útero e da porção superior da vagina. De acordo com a paciente, seu modo de vida (o desejo de ter filhos) e com o estágio do câncer, é escolhida uma técnica específica para a realização da operação.

Quadro 7 – Principais tratamento para o cancer de colo uterino.

TRATAMENTO CIRURGICO	CARACTERÍSTICAS
Existem vários tipos de cirurgia, algumas envolvendo apenas a lesão e outras compreendendo a remoção do útero (histerectomia). A cirurgia pode ser feita, na maioria dos casos, por via minimamente invasiva (robótica ou laparoscopia).	
Conização ou traquelectomia	é a retirada de uma porção do colo do útero em forma de cone. Muitas vezes é usada como o único tratamento nos casos de Neoplasia Intra-epitelial (NIC) do colo do útero, ou seja, quando não há invasão dos tecidos.
Histerectomia abdominal	é a remoção do útero e colo do útero por meio de incisão abdominal. A salpingooforectomia bilateral envolve a remoção dos ovários e trompas
Histerectomia radical	(histerectomia total ampliada ou operação de Wertheim-Meigs): consiste na retirada do útero com os seus ligamentos (paramétrios) e da parte superior da vagina. É associada à remoção dos gânglios linfáticos (linfonodos pélvicos). A Histerectomia radical pode atualmente ser realizada por via minimamente invasiva, tanto por laparoscopia quanto por robótica.
Exenteração pélvica	além da retirada de colo do útero, útero e gânglios linfáticos, neste procedimento outros órgãos como bexiga e reto podem ser removidos.
TRATAMENTO NAO CIRURGICO	CARACTERÍSTICAS
Radioterapia	Tratamento que utiliza raios de alta energia para matar células cancerosas. Pode vir de fonte externa ou interna (braquiterapia). Nesta última, o material radiativo é colocado diretamente no colo do útero por meio de tubos ou agulhas. Tem a finalidade de reduzir o volume tumoral e melhorar o local, para depois realizar a radioterapia interna
Quimioterapia	É o uso de medicamentos, que caem na corrente sanguínea e atingem todo o organismo. É indicada para tumores em estágios avançados da doença.

Fonte: SELLORS *et al*, 2004, COLATINO, 2010.

5.7 Organização da Linha de Cuidado

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população (BRASIL. MS/ INCA, 2012).

A educação em saúde possibilita capacitação e ações transformadoras que favorecem mudança de pensamentos e ações, aplicando-se bem às doenças crônicas, dentre as quais, destaca-se o câncer no colo do útero juntamente com uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorecendo o entendimento do processo de promoção da saúde e prevenção de agravos, a troca entre saber científico

e popular auxilia as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (FERREIRA, FIORNI, CRIVELARO, 2010; INCA, 2011).

Atualmente, a baixa adesão as estratégias de controle do câncer uterino, pode ser explicada no conhecimento inadequado da população sobre a doença, bem como sobre a importância do exame preventivo e a possibilidade de tratamento precoce e as elevadas chances de cura. A prevenção do câncer no colo do útero está diretamente associada ao esclarecimento e avanço educacional da população a respeito dos fatores de risco e de como evitá-los. Dada a importância do diagnóstico precoce, as mulheres precisam ser permanentemente orientadas sobre a necessidade de consultar o ginecologista e fazer o exame de Papanicolau nas datas previstas, como forma de identificar possíveis lesões ainda na fase de pré-malignidade. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde busquem manifestar atitudes preventivas e de promoção da saúde, utilizando a educação em saúde como estratégia no controle do câncer no colo do útero (BRASIL, MS, 2010, INCA, 2011).

Nesse contexto, as práticas educativas podem ser desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços de saúde, como a realização de palestras nas salas de espera, exibições de vídeos educativos, grupos educativos com a participação dos profissionais do NASF. Como também na própria comunidade, conselhos dos moradores e em visitas domiciliares, desenvolvendo ações de distribuição de cartilhas, folhetos, rodas de conversas, oficinas, cirandas com músicas didáticas (BRASIL, 2012).

As práticas de educação em saúde são utilizadas como orientações e conhecimento, que partem da concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, assim como prepará-lo para buscar melhores condições de vida, como mudança de comportamento, estimulá-lo a tomar decisões e a exercer a autonomia sobre a sua própria vida, essas ações são direcionadas no sentido de capacitá-los para o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas de cuidado, além de fortalecer o canal de diálogo entre os profissionais da estratégia de saúde da família e a comunidade (MEDEIROS *et al*, 2011; SOARES *et al*, 2011).

A educação em saúde é abordada como aliada na adesão das usuárias as estratégias já existentes, incorporando no cotidiano de suas práticas o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a gestão compartilhada dos processos de trabalho e a participação social que deve ser garantida e incentivada. Nesse contexto, a prevenção e a detecção precoce do câncer do colo uterino devem ser os principais objetivos da atenção básica para o controle da doença. As ações devem promover a conscientização das mulheres para a realização periódica do exame citopatológico, para que haja um diagnóstico precoce quando houver alterações, bem como realizar as orientações para a prevenção da doença e promoção da saúde (FERREIRA, FIORNI, CRIVELARO, 2010, NUNES, 2011).

Além a educação em saúde na detecção precoce do câncer no colo do útero é fundamental a existências de práticas educativas garantindo a orientação a mulheres que tiveram os resultados alterados no exame citopatológico do colo do útero. Uma vez que falta de informação de muitas mulheres em tratamento do câncer uterino as levam a pensar que sua vida sexual não será mais a mesma ou que nunca terão filhos, por ser uma doença temida devido ao significado que o útero tem, visto que ele envolve questões relacionadas à sexualidade, feminilidade e reprodução (FERREIRA, FIORNI, CRIVELARO, 2010, NUNES, 2011, SOARES *et al*, 2011).

O momento em que a mulher encontra o profissional é de singular importância, pois, representa as possibilidades de obter informações relevantes à prevenção e ao tratamento e, é fundamental que a mulher compreenda todo o processo que envolve a terapêutica. Quando esse processo ocorre, tem-se maior adesão ao tratamento. O respeito pelo ser humano requer, além do oferecimento de informações objetivas e corretas, a garantia de que elas sejam compreendidas ou assimiladas pela usuária. O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para o tratamento do câncer no colo do útero seja satisfatório (ALBURQUERQUE *et al*, 2011).

Quadro 8 – Modalidades de atenção para o cancer de colo uterino.

Modalidades de Atenção	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
		DE MÉDIA COMPLEXIDADE	DE ALTA COMPLEXIDADE
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Ações transversais dirigidas aos determinantes sociais do processo saúde-doença visando a promover a qualidade de vida, melhorar a saúde da população e controlar as doenças e os agravos à saúde		
PREVENÇÃO	Consulta ginecológica para coleta do exame preventivo, também conhecido como exame de Papanicolaou	Coleta do exame preventivo, também conhecido como exame de Papanicolaou. Por ser de baixa densidade tecnológica, quando realizado em níveis de atenção de maior complexidade e densidade tecnológica, além de elevar o custo indireto do procedimento, descaracteriza o perfil de atendimento do serviço assistencial	
DIAGNÓSTICO	A prevenção do câncer do colo do útero só poderá ser feita neste nível de atenção se houver como encaminhar a lâmina do exame preventivo para um laboratório de citopatologia (serviço classificado como de média complexidade)	<ul style="list-style-type: none"> - Exame de citopatologia - Exame de colposcopia - Exame anatomopatológico do colo uterino (peça cirúrgica ou biópsia) 	
TRATAMENTO	Não há modalidades de tratamento disponíveis na atenção básica	Retirada cirúrgica da lesão precursora do câncer do colo do útero, por meio da Exérese da Zona de Transformação (ou por Cirurgia de Alta Frequência - CAF), de preferência, em nível ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia oncológica - Radioterapia - Braquiterapia - Quimioterapia
REABILITAÇÃO	Consultas individuais após o tratamento oncológico, realizadas por equipe multiprofissional, não necessariamente especialista em câncer, porém com capacitação na área oncológica	Consultas individuais realizadas por equipe multiprofissional especializada em oncologia, durante todo o período de tratamento	
CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas individuais e com os cuidadores - Visitas domiciliares - Procedimentos de baixa complexidade, como por exemplo: curativos, punção, recolocação de sonda, entre outros 	<ul style="list-style-type: none"> - Punção abdominal - Controle de intercorrências 	<ul style="list-style-type: none"> - Radioterapia anti-hemorrágica e antiálgica - Dispensação de medicamentos para controle da dor, classificados como excepcionais
<p>Nota importante: os profissionais que cuidam dos pacientes com câncer na atenção básica ou na média complexidade devem atuar em consonância com as equipes dos UNACONS, CACONS ou de Centros Especializados, que são responsáveis pela elaboração do plano de cuidados dos pacientes com câncer avançado.</p> <p>Observação: mesmo cientes de que determinados procedimentos foram consensuados entre várias instituições envolvidas com o tema em questão, alguns dependem da decisão individual do profissional de saúde ou da equipe multiprofissional.</p>			

Fonte - BRASIL. MS/ INCA, 2012.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa aqui elucidada remete-se à reflexão dos enfrentamentos que se têm ao longo da história sobre os avanços mórbidos do câncer de colo de útero, apesar de possuir um alto potencial de cura e prevenção.

Considerado por estudiosos, particularmente por vários autores citados neste trabalho, como um problema de saúde pública, devido aos crescentes casos que surgem, anualmente com diagnóstico tardio, refletindo no elevado índice de morbimortalidade feminina, embora apresente alto potencial de cura e fácil diagnóstico através do exame de rastreamento de lesões precursoras, o Papanicolau, levou-se a concluir, através desse estudo que o câncer do colo de útero é muito comum no Brasil e responsável ainda por um número elevado de morte entre a população feminina. Sabe-se que existem vários fatores de risco que podem desencadear este câncer, mas, que apresentam elevadas chances de cura, pois há possibilidade de prevenção.

Nessa perspectiva este estudo teve como objetivo, conhecer basicamente sobre o câncer de colo de útero, refletindo sobre os avanços da doença, e do crescimento da mortalidade, fatores de riscos, meios de prevenção e controle, através de revisão de literatura com vistas ao aprendizado que norteia a prática na especialização de Citologia Clínica, como também na perspectiva de contribuir como profissional farmacêutica com a redução da morbimortalidade por este câncer, fortalecendo o processo de promoção e ampliação do acesso, quando da expansão do número de profissionais capacitados para a oferta do exame de Papanicolau à população feminina, nas regiões do Brasil.

Pois, é devido à prevenção principalmente do vírus, HPV, que é de total importância para a sociedade, sua disponibilização nos serviços públicos, apesar de ser uma realidade distante devido ao seu alto custo. Porém, entende-se que quanto maior a oferta deste serviço de saúde, à população alvo, menor serão os custos para estes serviços desde os públicos como também para os privados.

REFERÊNCIAS

A.C.Camargo Cancer Center – **Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa** – Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/colo-do-utero/11/> Acesso em 19/03/2016

Albuquerque ZBP, Tavares SBN, Manrique EJC, Souza ACS, Neves HCC, Valadares JG et al. **Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO**. 2011 abr/jun;13(2):239-49.

BEZERRA S.J.S., et al; **PERFIL DE MULHERES PORTADORAS DE LESÕES CERVICAIS POR HPV QUANTO AOS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO** -2005.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). O Câncer e Seus Fatores de Risco – Doenças que a Educação Pode Evitar – Rio de Janeiro – MS/INCA, 1997.

BRASIL, INCA – COMBATE AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO
<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/ses-lembra-combate-ao-cancer-do-colo-do-utero>
Acesso realizado em 27/08/2015.

BRASIL, INCA TRATAMENTO

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/tratamento Acesso realizado em 28/09/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE- Instituto Nacional do Câncer – (INCA). O Que é Câncer? – Rio de Janeiro, 1996-2015. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 Acessado em 09/11/2015;

BRASIL. Ministério da Saúde- Prevenção do Câncer do Colo do Útero- Manual Técnico – Profissionais de Saúde, Brasília- DF,2002. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio Acesso em 29/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13) Disponível em:

BRASIL.INCA.http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso realizado em 25/08/2015..

BRASIL.Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando Sobre Câncer do Colo do Útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE -**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)** – O Câncer e Seus Fatores de Riscos – **O Que a Educação Pode Evitar?** 2ª Edição – Rio de Janeiro – RJ -2013.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva INCA- Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do Câncer : Abordagens Básicas para o Controle do Câncer – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012. 129 p.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf Acesso em 05/08/2015.

BRASIL/INCA. Câncer -Tipo - Colo de Útero – Detecção Precoce- Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce Acesso em: 16/08/2015.

BRASIL/INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher . Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce Acesso em: 16/08/2015.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. - Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Utero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS - **Ciênc. Saúde Coletiva** vol.16 no.9 Rio de Janeiro set. 2011.

COLATINO P. L . ; HPV 16 E 18 E **O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO** – Recife, 2010.

Ferreira, R. C.; Fiorni, V. M. L.; Crivelaro, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, jun. 2010.

Ferreira, R. C.; Fiorni, V. M. L.; Crivelaro, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, jun. 2010.Fonte:
<http://slideplayer.com.br/slide/1231334/> Acessado em 25 de março de 2019.

GUERRA, M. R. , et al, - Risco de Câncer no Brasil: Tendências e Estudos Epidemiológicos Mais Recentes, - **Revisão de Literatura - Revista Brasileira de Cancerologia** – Rio de Janeiro – RJ - 2005; 51(3): 227-234.

GUIMARÃES JAF, AQUINO PS, PINHEIRO AKB, MOURA JG REV RENE. 13(1):220-30. Artigo de Revisão PESQUISA BRASILEIRA SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA – 2012. <http://marconipimenta.blogspot.com.br/2011/03/cancer-de-colo-do-utero-um-passo-para.html>. Acessado em 25 de março de 2019.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p <http://marconipimenta.blogspot.com.br/2011/03/cancer-de-colo-do-utero-um-passo-para.html>. Acessado em 25 de março de 2019.

Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: **MS/INCA**, 2002 59 págs. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controler_canceres_colo_uterio_2013.pdf Acesso em 17/09/2015.

Lesões do colo uterino
<http://enfermagemceep2014.blogspot.com.br/2014/06/cancer-de-colo-do-utero.html> Acessado em 25 de março de 2019.

LIMA, G. R. G. ; MANOEL J.B.C.; BARACAT, E. C.; - Carcinoma Invasor do Colo Uterino. In: **Ginecologia de Consultório**. 2003.1ª Edição. P.255-262. Editora de Projetos Médicos. São Paulo-SP.

Medeiro, F. A; Souza, G. C. A; Barbosa, A. A. A; Costa, I. C. C. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: A Satisfação do Usuário em Foco**. Natal, RN. 2010. p. 402-4013.

Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Releitura da Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé e Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília; 2010

Nunes, T. R. C. Educação em Saúde na Atenção Básica. **Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 12**, Santa Catarina, p. 213-230, 2011.

Revista, Pharmacia Brasileira - Nov/Dez 2003 - Jan/2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/05-entrevista.pdf> Acesso em: 18/09/2015.

RIVOIRE, W; et al. Lesões de baixo e alto grau no colo uterino. In: Freitas F, cols. **Rotinas em ginecologia**, 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 261-72

SELLORS, J.W, Et Al, Colposcopia e Tratamento da Neoplasia Intra-Epitelial Cervical: Manual Para Principiantes, **Capítulo 2: Introdução à Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)** - (2003/4). <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=2&lang=4>

SILVA, C. M. P., Continuidade do Cuidado: Mulheres Com Lesões Precursoras de Alto Grau do Colo Útero e o Acompanhamento no Serviço de Saúde Comunitário, **MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ**. Porto Alegre – RS, 2009. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3106/2/TCC%20Carla.pdf> Acesso em 16/09/2015.

Soares, M. C; Mishima, S. M; Silva, R.C; Ribeiro, C. V; Meincke, S. M. K; Correa, A. C. L. **Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde**. Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):502-8.

Souza, G; Alves, P.S. Estratégias educativas para prevenção e redução da morbimortalidade do câncer do colo do útero. Maringá, PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, 2015, v. 8, n. 2, p. 317-326.

ZIMMER, A. S; ROSA, D.D., , ONCOLOGIA BASEADA EM PROVAS / Oncology evidence-based - Câncer de Colo Uterino- **Rev. Bras. Oncologia Clínica** 2007 . Vol. 4 . N.º 12 (Set/Dez) 27-31.