



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Daniele Zanoni Dondoni

Intervenção para aumento do diagnóstico precoce do
câncer de colo uterino na unidade básica de saúde do
bairro Grevíleas em Maringá-PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Daniele Zanoni Dondoni

Intervenção para aumento do diagnóstico precoce do câncer de colo uterino na unidade básica de saúde do bairro Grevíleas em Maringá-PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Daniele Zanoni Dondoni

Intervenção para aumento do diagnóstico precoce do câncer de colo uterino na unidade básica de saúde do bairro Grevíleas em Maringá-PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A baixa adesão das mulheres para a coleta de preventivo na Unidade Básica de Saúde do bairro Grevíleas em Maringá-PR está sendo apontada pela minha equipe de saúde da família como um dos principais problemas a ser solucionado tendo em vista a alta prevalência de câncer de colo uterino no Brasil. **Objetivo Geral:** Aumentar o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino através do exame de Papanicolaou realizados na Unidade Básica de Saúde Grevíleas em Maringá-PR. **Metodologia:** O projeto de intervenção consta em realizar orientações multidisciplinares, com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, sobre a importância do rastreamento do câncer de colo uterino. Além disso, coletas de exames Papanicolaou serão realizadas pelas enfermeiras e médicos duas vezes por semana e também um sábado por mês, durante todo o dia, permitindo a todas as mulheres a possibilidade de acesso ao exame. **Resultados esperados:** Espera-se gerar informações a respeito do câncer de colo uterino e método de diagnóstico precoce. Além disso, com o aumento no número de diagnósticos e tratamentos precoces espera-se reduzir o número de mortes por esta doença.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino, Exame Papanicolaou, Rastreamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O bairro Grevíleas encontra-se no município de Maringá-PR. Este bairro é dividido em duas áreas de abrangência 42 e 43. A área 42 pertence a minha equipe de Estratégia de Saúde da Família e é subdividida em seis micro áreas. Este território é composto por 4.060 habitantes.

A renda familiar da população é de aproximadamente dois salários mínimos e existem famílias cadastradas no programa Bolsa Família. Em relação à escolaridade 90,88% dos moradores são alfabetizados. A população possui adequadas condições de moradia sendo suas casas feitas de tijolos (99,02%) e uma minoria de madeira (0,98%), além disso, 99,18% apresenta saneamento básico.

Os serviços públicos são compostos pelo Abrigo LBV, Centro Comunitário, ATIS (academia da terceira idade), UBS e horta comunitária. Este bairro conta com equipamentos sociais dentre eles a escola Nadyr Alegrete, escola Milton Santos, escola Diderot Alves Rocha Loures, Igreja Congregação Cristã do Brasil, Paróquia Santo Expedito, Igreja Adventista do Sétimo Dia e Igreja Assembleia de Deus de Belém.

Não existem parques ou outras áreas de lazer no local. Em todo o território não encontramos locais de risco ambiental ou social. Sendo esse considerado um bairro seguro e organizado para habitação.

Aproximadamente 90% da população procura o serviço público de saúde sendo que no bairro Grevíleas a porta de entrada para o sistema de saúde é a Unidade Básica de Saúde situada no centro do bairro, com acesso à transporte público.

Dentre as principais queixas podemos citar: cefaleia, tosse, odinofagia, dispneia, febre, lombociatalgia, disúria, polaciúria, secreção vaginal, diarreia, ansiedade, sintomas depressivos, dentre outros. Já as doenças mais frequentemente diagnosticadas são: infecções das vias aéreas superiores, infecções do trato urinário, gastroenterites, doenças exantemáticas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares e doenças psiquiátricas como depressão e ansiedade.

A baixa adesão das mulheres para a coleta de preventivo está sendo apontado pela minha equipe de saúde como um dos principais problemas a ser solucionado tendo em vista a alta prevalência de câncer de colo uterino no Brasil.

O câncer incide sobre a população, de forma avassaladora, em função da transição demográfica bem como do aumento da exposição da população a agentes cancerígenos no meio ambiente. É uma das principais causas de morte na população feminina, especialmente nos países menos desenvolvidos (FIGO; ZIMBRADA, 2015).

As principais causas da baixa adesão das mulheres nas coletas de preventivos são: horários inadequados, mulheres que realizam em consultórios particulares, vergonha e achar que não há necessidade, pois não tem um parceiro no momento ou tem apenas um

parceiro fixo e “confiável”.

As consequências são a falta de identificação precoce do câncer de colo uterino, vagina e vulva além de lesões como herpes, sífilis e HPV.

Intervir neste problema é fundamental para a saúde da população além de ser uma importante estratégia de prevenção de doenças e agravos. Este tema é importante, pois, se trabalhado adequadamente os resultados podem ser satisfatórios.

Um projeto de intervenção pode ser realizado para solucionarmos este problema como, por exemplo, a realização de mutirões para coleta de preventivo, palestras na sala de espera informando sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer, quem deve fazer, com qual frequência e esclarecer dúvidas.

Este projeto é oportuno neste momento tendo em vista a baixa adesão das mulheres ao exame de Papanicolau e o aumento no número de câncer de útero e doenças sexualmente transmissíveis no país, além disso, este projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino através do exame de Papanicolaou realizados na Unidade Básica de Saúde Grevíleas em Maringá-PR.

2.2 Objetivos específicos

Aumentar o número de exames de Papanicolaou;

Informar a população sobre a importância da realização de exame de rastreamento para identificação precoce do câncer de colo uterino;

Aumentar o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis durante o ginecológico.

3 Revisão da Literatura

A Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada em todo o país, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família (ESF) ou de Atenção Básica tradicional (EAB), são a principal porta de entrada do sistema e o ponto de contato preferencial do usuário. Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero (BERGMAN et al., 2013).

O câncer de colo do útero (CCU) é a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no Brasil é uma doença de evolução lenta, que leva até 14 anos para ter sua evolução total. Inicia com alterações mínimas nas células, chamadas displasia que, se não tratadas, evoluem. CCU é uma doença que se caracteriza pela evolução lenta, que dura em média três anos após a comprovação das primeiras alterações celulares, aparece um tumor localizado, o carcinoma *in situ*. Este se desenvolve por seis anos, dominando a mucosa do útero, que recebe o nome de carcinoma invasor (FIGO; ZIMBRADA, 2015).

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.(BERGMAN et al., 2013)

Houve um declínio no número de mortes por essa neoplasia desde a década de 1930, relacionado principalmente, mas não exclusivamente, à realização do exame preventivo de citologia oncológica, o exame de Papanicolaou. No entanto, nos países em desenvolvimento, o câncer de colo uterino continua sendo uma das principais causas de morte em mulheres. Vários fatores contribuem para esse fato, como a falta de programas para detecção precoce, falta de aderência das mulheres a esses programas e a elevada taxa de infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e diferenças culturais com relação à atividade sexual (DIZ; MEDEIROS, 2009).

As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer. (BERGMAN et al., 2013)

O câncer do 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 a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular. As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. No estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes. (BERGMAN et al., 2013)

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. A infecção pelo HPV é muito comum. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos. Comparando-se esse dado com a incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero, conclui-se que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino.(CÂNCER, 2010)

Os fatores de risco relacionados à oncogênese cervical podem ser divididos em dois grandes grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Dentre os classificados no primeiro grupo, podem-se citar os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (Aids), os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais. No que se refere aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, destaca-se o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de DST (ANJOS et al., 2010).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exa-

mes negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino.([CÂNCER, 2011](#))

Há várias classificações em uso. A da OMS divide estas lesões em displasia leve, moderada e acentuada. Outra classificação as divide em neoplasias intraepiteliais cervicais I,II e III (NIC I,II e III). A classificação de Bethesda divide estas lesões em apenas duas categorias: lesões de baixo grau (associadas à infecção por HPV e NIC I) e lesões de alto grau (NIC II e III). Resumidamente, a conduta em cada uma destas situações pode ser exposta da seguinte forma: NIC I: conduta expectante ou destrutiva, NIC II: conduta destrutiva ou ablativa, NIC III: ablação (conização ou histerectomia). Toda paciente com diagnóstico de lesão préneoplásica do colo (NIC I a III), deve ser submetida a avaliação do trato genital inferior, incluindo-se a vulvosopia e colposcopia com biópsia de lesões suspeitas. Antes de qualquer tratamento (destruição ou ablação), é preciso estabelecer uma correlação entre a citologia e a biópsia dirigida pela colposcopia, com a finalidade de excluir com segurança a presença de carcinoma invasor. ([OBSTETRÍCIA, 2001](#))

Na atual nomenclatura citológica brasileira, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória. É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada, apresentando material acelular ou hipocelular (75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Nesses casos o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório. Amostra satisfatória para avaliação designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial); e células metaplásicas.(([INCA](#)), 2016)

O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal. Em mulheres HIV positiva o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses. (([INCA](#)), 2016)

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital.

Conseqüentemente, o uso de preservativos durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal. Atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus. Além disso, a adoção das vacinas anti-HPV não elimina a necessidade da prevenção secundária por meio do rastreamento. (BERGMAN et al., 2013)

A vacina utilizada pelo governo brasileiro é a quadrivalente e confere proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18, principais responsáveis por casos de câncer de colo de útero e verrugas anogenitais. Meninas de 9 a 13 anos podem procurar uma das 36 mil salas de vacinação no País para receber a dose contra o HPV. Meninas e mulheres, na faixa etária de 9 a 26 anos, vivendo com HIV ou aids também devem ser vacinadas. Neste caso, o esquema vacinal consiste em três doses – a segunda é administrada dois meses depois, e a terceira, após seis meses. (BRASIL, 2016)

O esquema vacinal para os meninos contra HPV em 2017 será de duas doses, com seis meses de intervalo entre elas. Para os que vivem com HIV, a faixa etária é mais ampla (9 a 26 anos) e o esquema vacinal é de três doses (intervalo de 0, 2 e 6 meses). (BOGAZ; AMORIM, 2016)

4 Metodologia

O projeto de intervenção consta em realizar orientações multidisciplinar, com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, sobre a importância do rastreio do câncer de colo uterino e quem será a população alvo da campanha. Nas segundas-feiras, no período da manhã, palestras na sala de espera da UBS atingirão a público feminino em geral e às quintas-feiras pela manhã, as informações serão aplicadas ao grupo de gestantes. As palestras serão realizadas durante os meses ímpares (exemplo: janeiro, março, maio e assim por diante). Um trabalho de extensão à sala de espera conta com a participação dos agentes comunitários de saúde, que durante visitas domiciliares, levantarão a importância do agendamento da coleta preventivo.

Isto de forma mais intensa em áreas com pior adesão ao programa de rastreio de câncer do colo do útero. A facilidade de agendamento e a realização de mutirões são fundamentais para pôr em prática essa estratégia e assim atingir o maior número de mulheres possíveis. As coletas de exames Papanicolaou serão realizadas pelas enfermeiras e médicos duas vezes por semana e um sábado por mês, durante todo o dia, fazendo com que todas as mulheres tenham possibilidade de acesso ao exame.

5 Resultados Esperados

Espera-se gerar informações a respeito do câncer de colo uterino e método de diagnóstico precoce (exame Papanicolaou), além de esclarecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) forma de contágio, prevenção e tratamento. Estas informações serão aplicadas de forma clara e acessível a todas as mulheres, independente de condições socioeconômicas, educacionais ou geográficas.

A procura para realização do exame de prevenção atingirá a maior parte do público alvo para rastreio, o que permitirá a intervenção precoce de câncer do colo de útero e DSTs. Com o aumento no número de diagnósticos e tratamentos precoces reduzirá o número de mortes por esta doença. Além disso, a conscientização sobre o uso de preservativos durante a relação sexual limitará a transmissão do vírus HPV (Papiloma Vírus Humano), consequentemente diminuindo o desenvolvimento do câncer de colo uterino

Referências

- ANJOS, S. de Jesus Silva Bezerra dos et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de iva, citologia e cervicografia. *Rev Esc Enferm USP*, p. 912–917, 2010. Citado na página 14.
- BERGMAN, A. et al. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: Controle dos cânceres do colo do Útero e da mama*. Brasília: EDITORA MS, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.
- BOGAZ, C.; AMORIM, A. C. *Meninos também serão vacinados contra HPV*. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/25991-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv>>. Acesso em: 24 Jan. 2017. Citado na página 16.
- BRASIL, P. *Campanha incentiva meninas a procurar vacinação contra HPV*. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/campanha-incentiva-meninas-a-procurar-vacinacao-contrahpv>>. Acesso em: 24 Jan. 2017. Citado na página 16.
- CÂNCER, I. N. de. *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do colo do útero*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 15.
- CÂNCER, I. N. do. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 14.
- DIZ, M. D. P. E.; MEDEIROS, R. B. de. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. *Rev Med*, p. 7–13, 2009. Citado na página 13.
- FIGO, L. F.; ZIMBRADA, S. de O. Câncer de colo de útero: efeitos do tratamento. *Cinergis*, p. 164–168, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 13.
- (INCA), M. D. S. I. N. D. C. J. A. G. D. S. *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Citado na página 15.
- OBSTETRÍCIA, F. B. das Sociedades de Ginecologia e. *Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero*. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. Citado na página 15.