



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARIANA MEIRA VIEIRA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O NÚMERO DE MULHERES COM  
25 A 64 ANOS QUE REALIZAM O EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO.

SÃO PAULO  
2020

MARIANA MEIRA VIEIRA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR O NÚMERO DE MULHERES COM  
25 A 64 ANOS QUE REALIZAM O EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O câncer do colo do útero no Brasil representa o terceiro tumor mais frequente nas mulheres, também representa a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras. Está associado a infecção persistente dos subtipos oncogênicos do vírus HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18. O Ministério da Saúde adota o exame do Papanicolau para rastreamento do câncer do colo uterino, devendo ser oferecido para mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Como ação desse projeto será realizado a digitalização dos resultados de exames de Papanicolau bem como outras informações para poder convocar as mulheres com exame atrasado e orientar as mulheres que coletam o exame sem indicação adequada. Espera-se com esse projeto aumentar o número de mulheres que realizam o rastreamento adequado do câncer do colo do útero e diminuir a mortalidade por esse tipo de neoplasia.

## **Palavra-chave**

Prevenção de Doenças. Rastreamento. Câncer de Colo Uterino.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

As ações da saúde da mulher são algumas das responsabilidades da atenção básica, dentre estas atividades destaca-se a prevenção do câncer de colo uterino através do exame citopatológico do colo do útero, também conhecido como Papanicolau.

O projeto de intervenção apresentado a seguir será realizado para a Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, localizada na região sudoeste do município de Campinas-SP. A coleta do Papanicolau nessa unidade é feita durante as consultas médicas ginecológicas e também por uma enfermeira com agenda exclusiva para a coleta do Papanicolau. Além disso, existe uma unidade de apoio que também faz a coleta do Papanicolau, o “Hospital do Amor” localizado também no município de Campinas e de fácil acesso.

Com relação ao registro dos casos rastreados pela Unidade Básica de Saúde São Cristóvão, atualmente é utilizado um livro de anotações que contém informações dos resultados de exames do Papanicolau que chegam à Unidade. É registrado nesse livro o nome, a data de nascimento, a data da coleta do exame e seu respectivo resultado. Os resultados alterados são identificados brevemente e a paciente é convocada para consulta com o Ginecologista da Unidade.

Atualmente, não há filas de espera para a realização do exame e na grande parte das vezes sobram vagas de agendamento para coleta do exame citopatológico do colo do útero. As equipes estão atuando de forma sistemática e as ações estão sendo desenvolvidas dentro dos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Apesar disso, em relação ao exame preventivo do câncer uterino observou a baixa adesão das mulheres.

Um indicador considerado estratégico fornecido às equipes de Saúde da Família é o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame colpocitológico registrado nos últimos 3 anos. Na Unidade Básica de Saúde São Cristóvão esse percentual foi de apenas 26,05% no ano de 2019, muito a baixo do esperado pela OMS de 80%.

Diante da baixa adesão das mulheres quanto à realização do exame citopatológico do colo do útero, este projeto de intervenção tem com intuito aumentar o numero de mulheres que aderem ao rastreamento.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

### **\* Epidemiologia**

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero no Brasil representa o terceiro tumor mais frequente nas mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e colorretal. Também representa a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a estimativa de novos casos em 2018 foi de 16.370 e o número de mortes por esse tipo de neoplasia em 2017 foi de 6.685. Diante dessa relevância epidemiológica, torna-se muito importante conhecer suas características e entender as formas de prevenção (BRASIL, 2013a).

Segundo a OMS a incidência desse câncer é maior entre 30 e 39 anos, e atinge seu pico na quarta ou sexta década de vida (BRASIL, 2013a).

### **\* O vírus HPV**

O câncer do colo uterino está associado a infecção persistente dos subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, que corresponde a cerca de 70 % dos cânceres cervicais. A infecção pelo HPV tem grande incidência, estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-lo ao longo de suas vidas (BRASIL, 2013a).

A infecção pelo HPV é transitória na maioria das vezes, e regride espontaneamente entre seis meses e dois anos. No pequeno numero de casos em que a infecção persiste e é causada pelo subtipo oncogênico ocorre o desenvolvimento de lesões precursoras. Tais lesões precursoras, se não forem identificadas e tratadas adequadamente evoluem para câncer cervical invasivo(BRASIL, 2013a;b).

Os aspectos relacionados ao vírus HPV, como subtipo, carga viral, infecção única ou múltipla, podem interferir no surgimento de lesões precursoras do câncer do colo uterino (BRASIL, 2013b).

Além dos aspectos relacionados ao vírus HPV, existem outros fatores que interferem no aparecimento de lesões precursoras do câncer do colo do útero e também na sua progressão. Esses outros fatores de risco, cujos mecanismos ainda não estão bem esclarecidos, são: tabagismo, início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros sexuais e uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2011; 2013b).

### **\* Apresentação clínica**

A apresentação clínica do câncer do colo do útero pode variar. Como se trata de uma doença de desenvolvimento lento, pode não apresentar sintomas nas fases iniciais. Dessa forma se torna importante a realização periódica do exame citopatológico, para detectar lesões precursoras da doença (BRASIL, 2016).

Em estagio mais avançado pode evoluir com sangramento vaginal intermitente ou relacionado a relação sexual, dor pélvica que podem estar associada com queixas urinarias

ou intestinais. No exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumor, ulceração e necrose no colo do útero. No toque retal é possível perceber alterações de forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero (BRASIL, 2016).

#### ♦ **Prevenção**

A prevenção primária do câncer do colo do útero consiste em reduzir o risco de infecção pelo HPV. A transmissão do HPV ocorre via sexual, através de abrasões microscópicas na mucosa e na pele. Dessa forma o uso de preservativos protege parcialmente contra a infecção, que também pode acontecer através do contato com a pele da vulva, região perianal, região perineal e bolsa escrotal (INCA, 2004; 2016).

Um método de prevenção primária contra o câncer do colo do útero é a vacinação contra o HPV. Ela foi implementada pelo Ministério da Saúde em 2014, na época a vacina tetravalente contra o HPV era ofertada para meninas de 9 a 13 anos. Em 2017, o Ministério estendeu a vacina para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. A vacina tetravalente protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros subtipos causam verrugas genitais e os dois últimos causam 70% dos casos de câncer do colo uterino (INCA, 2016). Como a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV é importante alertar que a vacinação não exclui a necessidade de realizar o exame do Papanicolau.

#### ♦ **Rastreamento**

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero pode ser reduzida com programas organizados de rastreamento, que consiste na aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento. O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (INCA, 2019).

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O exame adotado para rastreamento do câncer do colo do útero é exame citopatológico do colo uterino, também conhecido com Papanicolau (INCA, 2015). Trata-se de um raspado celular do colo do útero.

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (KOSS, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde adota o exame do Papanicolau para rastreamento do câncer

do colo uterino, devendo ser oferecido para mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual (MALTA; SILVA JUNIOR, 2010).

Nessa faixa etária a ocorrência das lesões de alto grau é maior, lesões essas que são passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau que regredirão espontaneamente na maioria dos casos, e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido devido a sua lenta evolução (SILVA; ET AL, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a repetição do exame a cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. A repetição do Papanicolau um ano após o primeiro teste visa reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programas de rastreamento organizados. Não há evidências que o rastreio anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (BRASIL, 2013a).

Portadoras de HIV e imunodeprimidas entram em um grupo especial, que deve realizar o primeiro exame logo após o início da atividade sexual, com uma periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Esse grupo foi criado uma vez que elas possuem maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero devido a baixa imunidade (SILVA; ET AL, 2012).

Não se deve incluir no exame mulheres que não iniciaram atividade sexual ou que realizaram histerectomia total (SILVA; ET AL, 2012).

O exame deve ser realizado por profissionais capacitados. A paciente deve ser orientada que para garantir um resultado correto, ela não deve ter relações sexuais no dia anterior do exame, evitar uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48hs anteriores ao exame. Também é importante que ela não esteja menstruada. Mulheres grávidas podem se submeter ao exame, sem prejuízo algum para sua saúde ou a do feto (BRASIL, 2013a).

Mulheres diagnosticadas com lesões precursoras devem ser encaminhadas a um serviço secundário para investigação (BRASIL, 2013a).

No Brasil ainda predomina um modelo de rastreamento oportunístico, em que o exame citopatológico é ofertado quando mulheres acessam os serviços de saúde por outros motivos. Comparado aos programas de rastreamento organizado, em que existe maior sistematização das ações e controle sobre as informações, o modelo oportunístico costuma ser menos efetivo no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, além de ser mais oneroso para o sistema de saúde(SOUZA, 2010).

Isso é facilmente perceptível ao se analisarem os dados brasileiros relativos ao rastreamento do câncer do colo uterino, que evidenciam um elevado percentual de exames colhidos fora da faixa etária alvo (mais de 20% em 2018) e a coexistência de dois grupos que recebem cuidado inadequado: um de mulheres excessivamente rastreadas com exames anuais, e outro de mulheres que nunca foram submetidas ao exame ou o fizeram há muitos anos

(SOUZA, 2010; WHO, 2002).

Como consequência, a efetividade do rastreamento para prevenção da incidência e mortalidade por câncer do colo uterino é comprometida e marcada por significativas diferenças regionais que traduzem a influência do acesso aos serviços e outros determinantes sociais de saúde(WHO, 2002).

Entre as metas pactuadas pelo Brasil no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, estão o aumento da cobertura do exame preventivo e o tratamento de 100% das mulheres com lesões precursoras até 2022( WHO,2002) . Para que se obtenha sucesso nessa estratégia de detecção precoce da doença, é essencial garantir a cobertura e qualidade do exame citopatológico, como também assegurar que todas as mulheres com exames alterados tenham acesso aos procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento, quando indicados(WHO, 2002; 2019). É, portanto, fundamental que a produção dos procedimentos relacionados a essas ações seja monitorada e avaliada(WHO, 2002).



## **AÇÕES**

- ♦ Digitalizar em planilha os resultados de exames de Papanicolau, atualmente registrados em um livro de anotações.
- ♦ Aumentar os dados registrados sobre o rastreamento do câncer do colo do útero, devendo incluir: nome completo, data de nascimento, endereço, telefone de contato, e-mail, todos exames de Papanicolau realizados com respectivas datas de coleta e resultados, ações realizadas pela equipe, data da próxima coleta.
- ♦ A partir do adequado registro será possível identificar as mulheres que realizam o rastreamento adequado conforme orientado pelo Ministério da saúde: Mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, que já tiveram atividade sexual, devem repetir o exame a cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. Para aquelas que fazem parte do grupo especial (HIV positivas ou imunossuprimidas) devem realizar o primeiro exame logo após o início da atividade sexual, com uma periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral.
- ♦ Também será possível identificar as mulheres que deixaram de realizar o primeiro exame ou estão com o exame atrasado, realizando a convocação para coleta.

A convocação dessas pacientes pode ser realizada através de ligação, e-mail, carta de convocação ou visita do agente de saúde, levando em conta os recursos materiais e humanos disponíveis na Unidade.

- ♦ Ainda será possível identificar mulheres que realizam o exame sem indicação, como aquelas com idade fora da faixa etária recomendada ou aquelas que realizam o exame com o intervalo entre exames menor que o recomendado.

Para esse grupo, será necessário fornecer a correta informação sobre o rastreamento do câncer do colo do útero, podendo ser feita através de ligação, e-mail, carta de convocação ou visita do agente de saúde, levando em conta os recursos materiais e humanos disponíveis na Unidade.

- ♦ Por fim, será possível identificar as ações tomadas frente aos exames alterados, e assim estabelecer possíveis fragilidades da Unidade e dos serviços secundários no tratamento de lesões precursoras e do câncer do colo do útero.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- ♦ Reduzir coleta de exames de rastreamento se indicação adequada.
- ♦ Aumentar o número de mulheres da área de abrangência do Centro de Saúde São Cristovão com idade entre 25 e 64 anos que realizam o rastreamento do câncer do colo do útero, atingindo a meta da OMS de 80%. Tal resultado não será alcançado rapidamente e demandará um trabalho em equipe focado nas ações apresentadas.
- ♦ Diminuir mortalidade do câncer do colo do útero na área de abrangência da Unidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2017 set 14]. 160 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf) [ Links]

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: MS; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no874, de 16 de maio de 2013b. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 maio 29; Seção 1:29. [ Links]

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 2017 set 14]. 114 p. Disponível em: Disponível em: <http://colposcopia.org.br/files/consensos/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero2016corrigido-1448538996.pdf> [ Links]

INCA. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011b, 104p. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/arquivos/Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uteropdf.pdf](http://www1.inca.gov.br/arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uteropdf.pdf). acesso em 2 de janeiro de 2020.

INCA. Instituto Nacional do Cancer. Coordenação de prevenção e vigilância. Divisão de detecção precoce e apoio a organização da rede. "Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo de utero" 2 ed ver atual. Rio de Janeiro, INCA 2016.

INCA. Instituto Nacional do Câncer (INCA). "*Câncer do colo do útero*". Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uteroprofissional-de-saude> >. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Acessado em 10 de janeiro de 2020.

KOSS, LG. Introdução a citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas. São Paulo: Roca Ltda, 2006.

MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. Strategic Action Plan to Combat Non-Communicable Diseases in Brazil after three years of implementation, 2011-2013. Epidemiol Serv Saúde. 2014 Jul-Sep;23(3):389-95.

SILVA, T.L. et al. Capacitação do agente comunitário de saúde na prevenção Do câncer do colo uterino. Rev. Bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n.1, Mar. 2012. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo,phpscript=sci\\_arttext&pidd=SO100-55022012000200021&ing=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo,phpscript=sci_arttext&pidd=SO100-55022012000200021&ing=en&nrm=isso).

SOUZA, L; ET AL. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. Revista de Administração em saúde- RAS, Curitiba-PR, n,47, p.71-75 abri.jun.2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WHO. World Health Organization. "Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer", 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)>. Acessado em 10 de janeiro de 2020

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <[who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf](http://who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to cancer early diagnosis Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-AS 3.0 IGO.