

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

ANDRÉA DE JESUS ZANGIACOMI

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME CÉRVICO-UTERINO DO
PSF ALVORADA DE ITAOBIM: CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO
DO PROCESSO DE TRABALHO**

**ITAOBIM-MG
2010**

ANDRÉA DE JESUS ZANGIACOMI

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME CÉRVICO-UTERINO DO
PSF ALVORADA DE ITAOBIM: CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO
DO PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Profa. Cibele A. Chapadeiro C. Sales

**ITAOBIM-MG
2010**

ANDRÉA DE JESUS ZANGIACOMI

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME CÉRVICO-UTERINO DO
PSF ALVORADA DE ITAOBIM: CONTRIBUIÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO
DO PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Profa. Cibele A. Chapadeiro C. Sales.

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

Dedico este trabalho à equipe do Programa Saúde da Família Alvorada e ao município de Itaobim, nos quais desenvolvo meu trabalho há quatro anos como enfermeira da Atenção Primária. Trabalho este, que espero servir para reflexão das políticas de saúde pública, acerca das ações de promoção e prevenção à saúde da mulher em relação ao câncer de colo de útero.

Agradeço

A Deus, por ter me dado força e determinação para vencer as dificuldades encontradas.

A minha orientadora Prof^a. Cibele Chapadeiro, pela orientação e apoio durante a elaboração desta pesquisa.

Ao meu esposo Lucas, pelo incentivo e apoio durante os dois anos do curso de especialização e pela compreensão dos momentos ausentes.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itaobim, por disponibilizar documentos para a realização desta pesquisa.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desta pesquisa.

À Equipe do Programa Saúde da Família Alvorada, pela ajuda prestada em todos os aspectos, sempre se colocando à disposição.

Da relutância em deixar as coisas como estão.
Do excessivo zelo pelo que é novo e o desprezo por aquilo que é antigo.
Da preocupação de valorizar o conhecimento mais que a sabedoria, a técnica mais que a arte e a esperteza mais que o senso comum.
Do hábito de tratar paciente como casos e da conduta terapêutica que é mais penosa do que a própria doença.

DEUS NOS PROTEJA!

Sir Robert Hutchison.

Resumo

Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2010, são esperados 18.430 casos de câncer de colo de útero no Brasil. No município de Itaobim, segundo o Datasus nos anos de 2001 a 2006, a neoplasia do colo de útero era a sexta causa de mortalidade. Tanto as ações de promoção, prevenção, quanto detecção precoce são imprescindíveis enquanto estratégia de controle do câncer, que são ações da Atenção Básica. Baseado no quadro de morbimortalidade do câncer, o governo brasileiro decidiu implantar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCU), chamado de Programa Viva Mulher. Dado este panorama, considerou-se necessário analisar o PNCCU no município de Itaobim. Este trabalho teve por objetivos descrever o câncer de colo de útero e as ações do PNCCU propostas, traçar o perfil das mulheres submetidas ao exame Papanicolaou na ESF Alvorada, assim como os casos diagnosticados, correlacionando a organização do município de Itaobim à proposta do PNCCU. Foi realizado levantamento e análise bibliográfica para responder aos objetivos teóricos através das bases de dados Lilacs e Scielo, no período de 2003 a 2009 e das Diretrizes do PNCCU. Realizou-se também, levantamento de dados secundários do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero – SISCOLO, de mulheres atendidas nos meses de setembro a dezembro de 2009, em relação a: dados demográficos, fatores de risco para o câncer de colo do útero, periodicidade do exame Papanicolaou. Foi descrito o câncer de colo de útero e informações relevantes para sua prevenção na atenção primária, incluindo o PNCCU. O levantamento das mulheres que realizaram rastreamento para o câncer no PSF Alvorada evidenciou que 71,1% das mulheres estavam na faixa etária de 25 a 59 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Usavam anticoncepcional oral, 11% delas e 3% fumavam. Do total, 34% não aderiram ao exame de Papanicolaou, enquanto 47% repetiram exame com intervalo mínimo de um ano. Pode-se concluir que para melhorar a organização do processo do trabalho da Estratégia Saúde da Família, enquanto programa de rastreamento do câncer, é necessário que a equipe tenha conhecimento das diretrizes do PNCCU para nortear suas ações, com a não fragmentação das ações, dando ênfase a abordagens educativas tanto individuais como em grupo melhorando ações de promoção, prevenção, detecção precoce, garantia de diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção a saúde para efetivar a redução da morbimortalidade do câncer de colo de útero.

Palavras-chave: câncer de colo do útero, fatores de risco, papanicolaou, diretrizes, Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

According to estimates from the National Cancer Institute (INCA) for the year 2010, 18,430 cases of cervical cancer are expected in Brazil. In the municipality of Itaobim, according to Datasus from 2001 to 2006, cancer of the cervix was the sixth leading cause of mortality. The actions of promotion, prevention, early detection are essential as a strategy to control cancer, which are acts of Primary Care. Based on the framework of morbidity and mortality from cancer, the Brazilian government decided to implement the National Programme for Control of Cervical Cancer (PNCCU) called Women Living Program. Given this background, it was considered necessary to analyze the PNCCU of Itaobim. This study aimed to describe cancer of the cervix and the actions proposed by the PNCCU, outlining the profile of women undergoing Pap smear in Primary Care, as well as the diagnosed cases, and also correlate the organization of the Itaobim's proposal of PNCCU to the original. We performed a literature review to respond to the theoretical objectives through the databases Lilacs and Scielo in the period 2003 to 2009 and the Guidelines PNCCU. Data collection was also carried out from the Information System for Cervical Cancer - SISCOLO, about the women who attended during the months of September to December 2009 in relation to demographic data, risk factors for cancer of the cervix, frequency of Pap smear, among others. Cancer of the cervix was described and information relevant to its prevention in primary care, including PNCCU. The survey of women who have had screening for cancer in the Family Health Strategy Alvorada revealed that 71.1% of 38 women were aged 25-59 years, as recommended by the Ministry of Health. Some of them (11%) used oral contraceptives and 3% smoked. Of the total, 34% did not adhere to the Pap smear, while 47% have repeated examination with a minimum interval of one year. It can be concluded that to improve the organization of the work process of the Family Health Strategy as cancer screening program, it is necessary that the team be aware of the guidelines of PNCCU to guide their actions, not with the fragmentation of activities, giving emphasis on educational approaches in both individual and group, improving health promotion, prevention, early detection, diagnosis and treatment of security at all levels of health care services to effect the reduction of morbidity and mortality from cancer of the cervix.

Keywords: cervical cancer, risk factors, pap smear, guidelines, the Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anatomia do colo uterino e seus epitélios.....	22
Figura 2 - Progressão do epitélio normal a invasor.....	23
Figura 3 - Evolução história natural do câncer de colo de útero.....	31
Figura 4 - Distribuição das mulheres quanto à faixa etária e realização de Exame Papanicolaou, 2009.....	37
Figura 5 - Distribuição das mulheres de acordo com o uso do anticoncepcional oral,2009.....	38
Figura 6 - Distribuição das mulheres em relação ao consumo de cigarro,2009.....	39
Figura 7 - Distribuição das mulheres quanto ao número de partos, 2009.....	40
Figura 8 - Distribuição quanto ao resultado dos exames, 2009.....	41
Figura 9 - Distribuição das mulheres quanto à periodicidade do exame Papanicolaou, 2009.....	42
Figura 10 - Percentil de amostras insatisfatórias nos exames Papanicolaou realizados em 2008 e 2009.....	43
Figura 11 - Motivo de amostras insatisfatórias no estado de Minas Gerais 2009.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AGUS - Células glandulares atípicas de significado indeterminado

ASC - Células escamosas atípicas

ASCUS - Células escamosas atípicas de significado indeterminado

CAF – Cirurgia de alta frequência

CCU - Câncer de colo de útero

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HPV - Vírus papiloma humano

HSIL - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau

HSV-II - Vírus herpes simples tipo II

INCA - Instituto Nacional do Câncer

JEC - Junção escamocolunar

LSIL - Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau

NIC - Neoplasia intracelular cervical

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNAO - Programa Nacional de Atenção Oncológica

PNCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SIL - Lesão intraepitelial escamosa

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- Introdução	14
2- Metodologia	20
3- Desenvolvimento	
3.1 O Câncer do colo de útero.....	21
3.2 Lesões precursoras e suas classificações.....	22
3.3 Fatores de risco para lesões precursoras.....	25
3.3.1 Vírus Papiloma Humano.....	26
3.4 Estratégia de prevenção do câncer.....	28
3.4.1 O Exame Papanicolaou.....	28
3.4.2 Recomendações para realização do exame Papanicolaou.....	29
3.4.3 Faixa etária e Periodicidade.....	30
3.4.4 Interpretando resultados.....	31
3.5 Atenção Básica e suas atribuições no controle do câncer de colo do útero.....	33
3.6 Programa Nacional de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero.....	35
3.7 O câncer uterino em Itaobim.....	36
4- Considerações finais	46
5- Referências	47
ANEXOS	
1- EXAME PAPANICOLAOU - Coleta material e esfregaço da ectocérvice.....	53
2- EXAME PAPANICOLAOU - Coleta material e esfregaço da endocérvice.....	54
3.1-REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO.....	55
3.2-LAUDO DE EXAMECITOPATOLÓGICO.....	56

1. Introdução

1.1 Minha trajetória

No decorrer de minha vida profissional, desenvolvi ações assistenciais e de ensino de enfermagem atuando tanto na área de saúde pública com os Programas de Saúde da Família, quanto na área hospitalar em cidades do Norte e Nordeste de Minas Gerais.

Vinda do Sul de Minas, segui rumo ao Vale do Jequitinhonha, onde em 1999, na cidade de Almenara, atuei como coordenadora de uma Unidade do Programa de Saúde da Família. Embora muitas fossem as ações estratégicas do Programa de Saúde da Família como saúde da criança, saúde do idoso, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da hanseníase, controle da tuberculose, entre outros, sempre me identifiquei mais com as ações de saúde da mulher.

Segui, no ano de 2000, para a cidade de Comercinho, onde iniciei uma missão: implantar o Programa Saúde da Família na área urbana deste município. Atuando como coordenadora, tive a oportunidade de desenvolver ações diversas, inclusive as do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCCU) com a realização do exame de rastreamento para o câncer de colo uterino: o Papanicolaou.

Muitas foram as realizações e percepções ao desenvolver o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero no município de Comercinho, dentre elas a percepção da importância deste cuidado como prevenção, com enfoque na mobilização da população para realização do exame e a importância de minimizar os fatores de risco como tabagismo e hábitos alimentares inadequados. Contudo, mesmo diante dos avanços alcançados, surgiram inquietações. Era perceptível o desconhecimento das mulheres sobre o câncer de colo de útero, as quais procuravam a unidade para realização do exame motivada, muitas vezes, por uma queixa e não pela conscientização da importância do exame Papanicolaou enquanto prevenção primária. Outras se negavam veementemente a realizar o exame, por medo do resultado ou por vergonha.

Em 2002, assumi responsabilidade técnica pelo hospital municipal na cidade de Itacarambi, norte de Minas Gerais, onde minhas inquietações ficaram mais aguçadas, uma vez que pude vivenciar o desgaste familiar no cuidado do paciente com diagnóstico tardio do câncer de colo de útero, a negação da doença pela paciente, o arrependimento e por fim, redução significativa da qualidade de vida.

Sabendo da importância do exame Papanicolaou, entristecia-me profundamente cada vez que via mulheres jovens “mutiladas”, devido às mudanças frente aos tratamentos quimioterápicos. Depois de idas e vindas às internações, observava também, olhares cabisbaixos e sem brilho, “marcas psicológicas deixadas pela doença”.

Em 2005, retornei para o Vale do Jequitinhonha para a cidade de Itaobim, onde atuei na coordenação de uma Unidade de Saúde-Posto, porém com proposta de implantar uma equipe de Programa Saúde da Família. No mês de março de 2009, recebi convite do gestor municipal de saúde do município, para assumir a coordenação geral das equipes de Programa Saúde da Família existentes, assim como de outras que seriam implantadas a seguir.

Hoje, enquanto mulher, enfermeira e coordenadora da atenção primária a saúde, percebo o tamanho da responsabilidade assumida, especialmente como coordenadora, para com os indicadores de saúde municipais, pactuados nas políticas de saúde da mulher e estabelecidos pelas políticas públicas de saúde. Daí surgiram alguns questionamentos: como está a política de saúde da mulher de Itaobim? Quais diretrizes norteiam as ações? Podemos melhorar a prevenção? Podemos minimizar as consequências da doença?

1.2 O interesse pelo tema

Câncer é o termo utilizado para se referir a mais de 100 tipos de doenças nas quais células que sofreram alterações genéticas, chamadas então de neoplásicas ou

cancerígenas, se dividem sem controle, com possibilidade de invasão de tecidos do organismo por meio da circulação sanguínea e do sistema linfático¹.

A maioria dos cânceres é nomeada de acordo com o órgão atingido, o útero, como no caso em estudo, e em uma parte específica – o colo. É considerado um sério problema de saúde pública, devido à sua alta incidência de morbimortalidade mundial.

Dados epidemiológicos revelam que não há diferença estatisticamente significativa entre os gêneros masculino e feminino, enquanto causa de morte no Brasil. No entanto, alguns cânceres são mais incidentes em um gênero, como é o câncer de mama na mulher e o de próstata no homem².

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2010, esperam-se 500.000 casos novos de câncer no Brasil, sendo 18.430 casos de câncer de colo de útero, correspondendo a um risco estimado de 18/100.000 mulheres. Nas diferentes regiões do país, percebe-se que a incidência desta doença ocorre de forma heterogênea: 21/100.000 mulheres no Sul, 23/100.000 no Norte, 20/100.000 no Centro-Oeste, 16/100.000 no Sudeste e 18/100.000 no Nordeste².

Segundo o INCA, o câncer de colo de útero é responsável por 230 mil mortes de mulheres por ano no mundo, cuja incidência torna-se evidente na faixa etária entre 20 a 29 anos, atingindo seu pico máximo entre 45 a 49 anos. Em Minas Gerais, são esperados 1.330 casos novos para o estado com taxa bruta de 12,9/100.000 mulheres e 210 casos novos (15,2/100.000 mulheres) para a capital, representando o terceiro mais incidente em mulheres, excluindo-se o câncer de pele, não melanoma².

Na cidade de Itaobim, segundo dados do Datasus nos anos de 2001 a 2006, a neoplasia maligna do colo de útero era a sexta causa de mortalidade, apresentando coeficiente de 9,3 a 9,0, estável nestes 05 anos. Já quanto à mortalidade proporcional, segundo faixa etária, destacou-se a faixa etária de 20 a 49 anos com 4,3%, e de 50 a 64 anos com 10,5%³.

O câncer de colo de útero se manifesta sob duas fases distintas: a primeira fase pré-clínica, ou seja, sem sintomas aparentes da doença, e a segunda fase clínica, que podem apresentar sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor⁴.

A neoplasia de colo de útero é freqüente em mulheres de baixo nível socioeconômico, multíparas, com início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros. Além destes fatores de risco, acredita-se que a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV) seja a causa primária do câncer de colo de útero. Outros co-fatores predisõem ao câncer de colo de útero como as doenças sexualmente transmissíveis, em especial o vírus da imunodeficiência humana (HIV), uso prolongado de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada, tabagismo e baixa ingestão de vitaminas⁵.

Com uma cobertura da população-alvo de 80% a 100% pelo exame papanicolaou e uma rede organizada para diagnóstico e seguimento adequado, é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência do câncer invasivo do colo uterino na população⁶.

Tanto as ações de promoção, prevenção, quanto detecção precoce são imprescindíveis enquanto estratégia de controle do câncer, que são ações da Atenção Básica. A prevenção primária se faz pela disponibilização de informações a população sobre redução a exposição a fatores de risco com mudança de comportamentos e ou hábitos; a detecção precoce conjuga ações de rastreamento que é a detecção da doença e ou lesão pré-neoplásica em fase inicial, através da realização do exame Papanicolaou⁶.

Desde 1988, O Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, mediante reunião de consenso sobre a “*Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino*”, preconizaram que o exame Papanicolaou deveria ser realizado uma vez ao ano, em mulheres de 25 a 59 anos, ou que já tenham iniciado vida sexual ativa. Após dois resultados negativos, a periodicidade passaria a três anos. Tal periodicidade apóia-se na observação da história natural da doença⁵⁻⁶.

As estratégias de prevenção primária somadas à detecção precoce estão disponíveis na rede da Atenção Básica via Programa Saúde da Família – PSF ou

Estratégia Saúde da Família – ESF. Isto mostra a importância deste nível de atenção no controle do câncer no país. Conforme a portaria que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a Atenção Básica envolve: ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos e as ações clínicas para o seguimento de doentes tratados^{4-5,7-8}.

Baseado no quadro de morbimortalidade do câncer e incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, em 1995, o governo brasileiro, por meio do INCA/MS, decidiu implantar um Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, chamado de Programa Viva Mulher⁹.

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCU) tem como objetivo^{4,5}:

“... Reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres...”.

Com isto, para efetivar a redução de mortalidade do câncer, o principal objetivo deste programa foi elaborar e implantar diversas ações, com construção de um Plano de Ação 2005 -2007, o qual apresentou seis diretrizes estratégicas^{4-5,9}:

- ✓ Aumento da Cobertura da População-Alvo;
- ✓ Garantia da Qualidade;
- ✓ Fortalecimento do Sistema de Informação;
- ✓ Desenvolvimento de Capacitações;
- ✓ Desenvolvimento de Pesquisas;
- ✓ Mobilização Social

Sabe-se que de acordo com o PNCCU, o controle do câncer do colo do útero se faz com ações que contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico ou Papanicolaou; com a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e com o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa⁹⁻¹⁰.

Dado este panorama, são necessárias análises reflexivas sobre o PNCCU no município de Itaobim, no contexto assistencial individual e ou coletivo das mulheres, dentro da responsabilização da Atenção Básica, com relação às ações fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica.

1.3 Objetivo

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o panorama do câncer de colo de útero na área que abrange a Estratégia Saúde da Família Alvorada, a luz das políticas públicas voltadas à saúde da mulher em consonância com o programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero aplicado à população adscrita neste território. Neste contexto, é importante conhecer a organização do processo de trabalho desta equipe, voltado para este programa.

Os objetivos específicos que se destacam neste trabalho são:

- ✓ Descrever o câncer de colo de útero, as lesões precursoras e os fatores de risco.
- ✓ Traçar o perfil das mulheres que realizam o exame cérvico-uterino na unidade da Estratégia Saúde da Família Alvorada;
- ✓ Descrever como são desenvolvidas as ações do programa de prevenção de câncer de colo de útero pela equipe multiprofissional;
- ✓ Levantar os casos diagnosticados de câncer de colo de útero do município;
- ✓ Relacionar as Diretrizes do Programa Nacional do Câncer com a realidade do PSF e do município.

2. Metodologia

Inicialmente, foi realizado levantamento bibliográfico através das bases de dados Lilacs e Scielo, do ano de 2003 a 2009, e nas Diretrizes do Programa Nacional do Câncer de Colo de Útero, a fim de levantar o conhecimento sobre o câncer de colo de útero e subsidiar a proposta de trabalho. Os descritores utilizados na pesquisa foram: câncer de colo do útero, fatores de risco, exame Papanicolaou, diretrizes e Estratégia de Saúde da Família.

A seguir, foram selecionados 38 prontuários de famílias aleatoriamente para coleta e análise de dados, assim como as fontes secundárias correspondentes: Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero – SISCOLO, Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB e livro de registro de exames realizados no ano de 2009 da equipe. As mulheres estavam na faixa etária entre 15 e 60 anos de idade, sendo coletados e analisados os seguintes dados: demográficos, fatores de risco para o câncer de colo do útero aos quais as mulheres estão sujeitas, dados relacionados à adesão e periodicidade do exame Papanicolaou.

Descreveu-se também o processo de trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família Alvorada para prevenção do câncer uterino, pela equipe multiprofissional. As ações desenvolvidas foram analisadas a partir das Diretrizes do Programa Nacional do Câncer de Colo do Útero.

A partir da descrição do trabalho e dos dados levantados sobre as mulheres, foram realizadas propostas de ação para a Estratégia de Saúde da Família Alvorada, visando melhorar a prevenção dos cânceres uterinos.

3. Desenvolvimento

3.1. O Câncer do colo de útero

De acordo com a história natural, o câncer do colo do útero ocorre de forma lenta, por 10 a 20 anos. Novas tecnologias para diagnóstico têm sido desenvolvidas como teste de DNA-HPV, sistemas computadorizados de rastreio, mas é através do exame Papanicolaou que é possível detectar precocemente alterações, ou seja, lesões precursoras do câncer de colo de útero, progressivas, as quais podem evoluir para lesão cancerosa invasiva^{4-5,11}.

O colo uterino, também denominado cérvix uterina ou cérvix, é a porção inferior do útero que se localiza dentro da cavidade vaginal. É formado por camadas de células epiteliais pavimentosas composto de: uma parte interna - endocérvix ou canal cervical interno, o qual é revestido por um epitélio colunar simples também conhecido como epitélio glandular e uma parte externa – ectocérvix ou canal cervical externo, revestida por epitélio escamoso estratificado. A união entre estes dois epitélios forma a junção escamocolunar (JEC), na qual origina a zona de transformação^{4-5,12}.

A junção escamocolunar (JEC) sofre variações morfológicas quanto ao canal cervical externo de acordo com fatores: hormonais, idade, gravidez e uso de contraceptivos. Quando exposto ao meio vaginal, ou seja, ectópico, seu epitélio colunar passa a ser substituído por epitélio denominado metaplasia escamosa ou displasia (Figura 1). É um epitélio de importante diferenciação, onde se iniciam as lesões precursoras do câncer do colo de útero⁴⁻⁵.

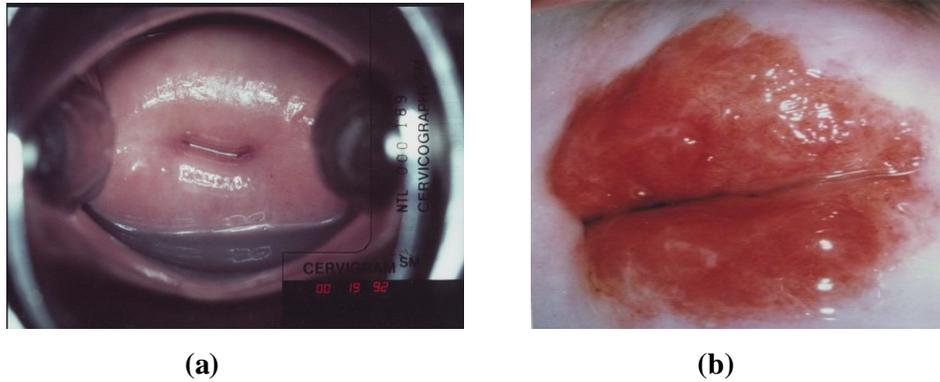


Figura 1: (a) Colo normal¹³; (b) colo ectópico¹³

3.2. Lesões precursoras e suas classificações

Dr. George Papanicolaou, na década de 40, iniciou a nomenclatura para laudos citopatológicos, diferenciando padrões celulares normais de alterados. Alterações que são lesões precursoras do câncer do colo de útero (CCU), conforme classificação a seguir ^{6,10}:

- **Classe I** - células normais ou atípicas;
- **Classe II** – células atípicas sem sinal de malignidade;
- **Classe III** – células atípicas sem certeza de malignidade;
- **Classe IV** – células atípicas suspeitas de malignidade;
- **Classe V** – células malignas.

A partir de então, novas classificações foram surgindo, envolvendo não somente alterações celulares como também alterações histológicas, quando em 1953, James Reagan introduziu o termo displasia em substituição à Classe III de Dr. George Papanicolaou. As displasias foram sub-classificadas em: displasia leve, moderada e acentuada. Ainda por Reagan, outras classificações e substituições se seguiram como na classe IV por carcinoma “in situ” e a Classe V por carcinoma escamoso invasor e adenocarcinoma ^{4, 14}.

Em 1967, Ralph Richart *apud* Bueno (2008), substituiu o termo displasia classificando as lesões intraepiteliais do colo do útero em Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) subdividida em^{4, 14-16}:

- NIC I, compatível com a displasia leve;
- NIC II, compatível com a displasia moderada;
- NIC III, compatível com a displasia acentuada e ou carcinoma “in situ”.

Fica perceptível que, com a progressão das alterações neoplásicas intraepiteliais, as células anormais e atípicas, de graus variáveis, vão sendo substituídas em toda a espessura do epitélio escamoso cervical até chegar à fase de câncer invasor (Figura 2).

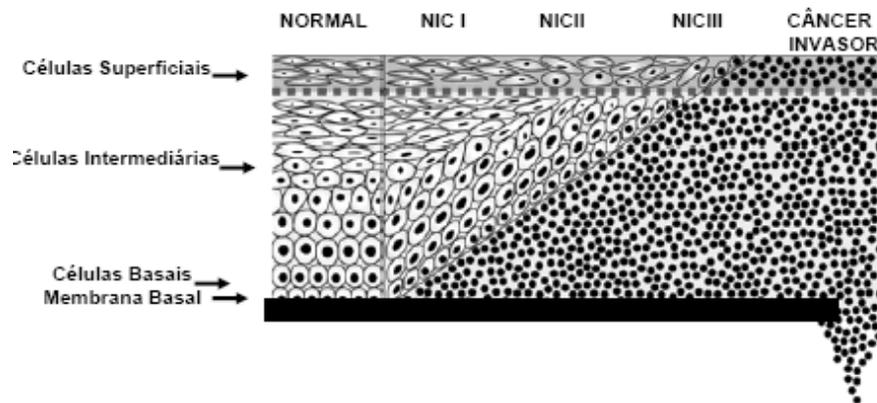


Figura 2: Progressão do epitélio normal a invasor¹⁷.

Em 1988, o Instituto Nacional do Câncer, em Bethesda (EUA), propôs nova classificação baseada nas descrições do Dr. George Papanicolaou, com distinção entre as alterações celulares escamosas em quatro categorias^{14, 18-21}:

- 1- Células escamosas atípicas (ASC);
- 2- Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL);
- 3- Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
- 4- Carcinoma de células escamosas.

A categoria ASC se dividia em duas subcategorias^{14, 21-22}:

1- ASCUS - células escamosas atípicas de significado indeterminado, que sugere alteração tanto em nível de LSIL como lesão intraepitelial escamosa (SIL), devido ao vírus papiloma humano (HPV) e/ou compatíveis com o NIC I.

2-AGUS - células glandulares atípicas de significado indeterminado, que sugere alteração no nível de HSIL, abrangendo NIC II e III.

O quadro 1 resume a evolução das classificações citológicas segundo os autores acima citados.

Classificações Citológicas			
Papanicolaou, 1945	Papanicolaou modificada (Reagan), 1954	Richard (OMS), 1967	Sistema Bethesda, 1998
Classe I: Normal	Normal		Negativo para Malignidade
Classe II: Inflamatório	Atipia	Inflamatório	
			ASCUS; AGUS
Classe III: Sugestivo, mas não conclusivo de malignidade	Displasia Leve	NIC I	HSIL
	Displasia Moderada	NIC II	
	Displasia Acentuada	NIC III	
Classe IV: Fortemente sugestivo de malignidade	Carcinoma "in situ"		
Classe V: Conclusivo de malignidade	Carcinoma Escamoso		

Quadro 1: Classificações citológicas²².

As alterações vindas da subcategoria ASCUS, de acordo com a maturidade celular que se encontra, podem predispor a riscos de 10% a 41% de desenvolver um câncer, indicando a necessidade de uma melhor definição desta atipia escamosa quando avaliada²³.

Todos os sistemas de classificação são importantes do ponto de vista do conhecimento por parte do profissional enfermeiro, uma vez que no Brasil a nomenclatura utilizada parte do misto dos sistemas de classificação (Papanicolaou, NIC, Bethesda, OMS), possibilitando não somente orientar as mulheres, mas também decidir sobre condutas diante das nomenclaturas recebidas dos laudos citopatológicos.

3.3. Fatores de risco para as lesões precursoras

De acordo com várias bibliografias revisadas, os fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo de útero são diversos, ou seja, o câncer de colo é multicausal, como a maioria dos cânceres. Os fatores de risco são citados abaixo^{4-5, 9, 23-27}.

- ✓ Condições sexuais: início precoce das atividades sexuais (menor de 20anos), gravidez precoce, multiparidade, múltiplos parceiros, doenças sexualmente transmissíveis (DST) como herpes simples tipo II-(HSV-II), infecção por *HIV*, *Trichomonas vaginalis*, com destaque principal para o *Vírus Papiloma Humano (HPV)*;
- ✓ Condições sócio-econômica: baixa escolaridade, má condições de higiene, deficiência alimentar de vitamina A, C, e, E, betacaroteno e folatos;
- ✓ Fatores extrínsecos: tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais.

O câncer de colo de útero é mais freqüente na faixa etária entre 35 a 59 anos, podendo aparecer em idade menor de 35 anos. Também mais freqüente em mulheres casadas (79%), seguidas das mulheres de outro estado civil (17%) e das solteiras (4%)²⁶.

Evidências científicas indicam que a ingestão aumentada de vitamina A inibe até 60% o risco do crescimento das células para a neoplasia do câncer de colo de útero e conseqüente desenvolvimento do HPV²⁶⁻²⁸.

A importância de se conhecer a relação dos fatores de risco e protetores do desenvolvimento da neoplasia do colo de útero, por parte da equipe multiprofissional, pode facilitar o planejamento das ações educativas e também nortear a organização do trabalho como um todo.

3.3.1. Vírus Papiloma Humano (HPV)

Tendo em vista a importância do HPV no desenvolvimento da lesão precursora do câncer cérvico uterino, daremos um breve destaque as suas principais características.

Acondilomatose é uma doença sexualmente transmissível. Estudos epidemiológicos e experimentais demonstraram que 99,7% dos carcinomas de colo de útero estão associados a ela. Fatores secundários predisõem a ação do HPV como: precocidade das atividades sexuais, múltiplos parceiros, multiparidade, condições de higiene inadequada^{4, 21,26-27,29}.

Este vírus tem capacidade de causar lesões levando ao aparecimento de verrugas anogenital, também denominadas condiloma e popularmente “crista de galo”. Existem vários tipos e subtipos, porém alguns autores são controversos quanto ao número, indo de 100 a 200 tipos de HPV, com tipos virais distintos, quanto ao tropismo pelo epitélio, associado as diferentes lesões e potenciais oncogênicos^{4, 21-22, 24}.

O Vírus papiloma humano pode ser classificado em dois grupos^{14, 29-31}:

- ✓ Baixo risco oncogênico, os tipos 06 e 11, compatíveis com NIC I;
- ✓ Alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18, compatíveis com NIC II e III.

Além destes grupos, o vírus pode se manifestar sob três formas³⁰:

- Clínica: quando o vírus tem potencial de causar lesões, levando ao aparecimento de verrugas localizadas na região anogenital, denominadas condiloma acuminado, Thymus e/ou popularmente chamado “crista de galo”.
- Sub-clínica: quando não apresenta sintomas aparente, representando cerca de 60 a 95% das infecções pelo HPV, nas lesões precursoras do câncer do colo de útero.
- Latente: representando o período de incubação do vírus, que pode se estender indefinidamente, assim como a regressão da lesão.

“[...] Estima-se que cerca de 1 a 2% dos adultos sexualmente ativos apresentem manifestação clínica do HPV (condiloma acuminado) e 4% alterações subclínica. Em uma pequena minoria (<1%), a infecção pelo HPV torna-se persistente, podendo levar a quadros recidivantes de infecção subclínica e clínica por HPV (HPV não-oncogênico) e à neoplasia genital (HPV oncogênico)[...]”³¹

A progressão do HPV associado a outros fatores como doenças sexualmente transmissíveis, merece ser avaliado enquanto política de saúde da mulher, na prevenção do câncer, uma vez que com a detecção precoce do câncer de colo de útero é possível reduzir a morbimortalidade por este agravado.

3.4. Estratégias de Prevenção do Câncer

Através do conhecimento da história natural do câncer associado a fatores de risco envolvidos na carcinogênese do colo do útero, torna-se possível planejar as ações preventivas que vão desde a fase pré-clínica à fase clínica da doença⁴⁻⁵.

As ações preventivas na fase primária são desenvolvidas com intervenções no meio ambiente e estímulo à redução aos fatores de risco como: diminuição do tabagismo, introdução de atividade física regular, estímulo a sexo seguro e correção das deficiências alimentares como vitaminas A, C e E. Na fase secundária, uma das prioridades do programa de controle do câncer de colo de útero, as ações preventivas se referem à detecção precoce das lesões precursoras do câncer, a partir da técnica de rastreamento Papanicolaou^{4-5,23-24}.

3.4.1. O Exame de Papanicolaou

No Brasil, a prevenção se faz através do rastreamento (“screening”) do câncer de colo de útero com realização do exame de Papanicolaou, também denominado citologia cérvico-uterino, citopatológico, *Paptest*. É um teste efetivo e de baixo custo para rastreio do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras^{4-5,32}.

O rastreamento com realização do exame Papanicolaou consegue reduzir cerca de 80% da morbimortalidade do câncer invasivo na população-alvo: mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos. Porém, para que se efetive a redução da morbimortalidade pelo câncer, é necessária organização, integralidade e qualidade do programa de rastreamento dos serviços de saúde, buscando garantir 100% do tratamento adequado das mulheres com citopatológico alterado e monitoramento da qualidade do atendimento⁴⁻⁵.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), para que o processo de organização do exame Papanicolaou seja garantido pela equipe de Atenção Básica, porta de entrada do programa de detecção, há vários aspectos a serem considerados que vão desde a

organização do espaço físico, previsão de material, acolhimento adequado e capacitação profissional^{4,23}.

A técnica do exame Papanicolaou se baseia na introdução do espéculo no canal vaginal, com realização de *esfregação* do material cervical em lâmina de vidro, em duas partes específicas⁴⁻⁵:

- *Ectocérvice*: a coleta é feita ao redor do orifício externo do colo, 360°, com espátula de Ayres, lado que apresenta reentrância (Anexo A), esfregando o material uniforme, dispondo-o no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e n°. do registro. “... *Vale lembrar que o esfregação deve ser feito no lado da lâmina onde se encontra a região fosca...*”⁴
- *Endocérvice*, a coleta é feita com escova no orifício interno do canal cervical, esfregando o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal. O esfregação obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o ressecamento do material a ser estudado (Anexo B).

3.4.2. Recomendações para a realização do exame Papanicolaou

Para a realização do exame papanicolaou e garantir a qualidade da amostra, é recomendável⁴⁻⁵:

- Que o espéculo não seja lubrificado;
- Que a mulher não esteja menstruada, sendo recomendável o esfregação cervical no 5º dia após o término da menstruação;
- Que a mulher não use duchas ginecológicas, espermicidas e/ou medicamentos vaginais e não manter relação sexual, nas 48 horas que antecede o exame.

De acordo com o Ministério da Saúde, frente à realização do exame Papanicolaou, algumas situações especiais são ⁵⁻⁶:

- ✓ *Mulheres grávidas*: não é contra-indicado o exame Papanicolaou, porém deve ser feita coleta de material somente na porção ectocervical, preferencialmente antes do 7º mês;
- ✓ *Mulheres submetidas à histerectomia*: nos casos de histerectomia total, colhe-se material do fundo de saco normal; nos casos de histerectomia parcial, segue a rotina conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, com coleta endo e ectocervical.
- ✓ *Mulheres com DST*: devem ser tratadas antes do exame e submetidas a exames papanicolaou com maior frequência.

3.4.3. Faixa etária e periodicidade

Desde 1988, o Ministério da Saúde preconizou a faixa etária entre 25 a 60 anos de idade para a realização do exame Papanicolaou e a periodicidade do mesmo, de *uma vez* ao ano. Após *dois exames consecutivos negativos*, a repetição deve ser a cada três anos, o que está de acordo com recomendações dos principais programas internacionais ⁴⁻⁵.

Tal periodicidade do exame Papanicolaou apóia-se na observação da evolução da história natural do câncer do colo do útero, permitindo a detecção precoce de lesões precursoras ou carcinoma “in situ” e tratamento oportuno, graças à lenta progressão da doença. Contudo, há diferença em relação a alguns países. Nos Estados Unidos, as mulheres realizam exame Papanicolaou desde o início da atividade sexual, repetindo anualmente. Na Finlândia, a repetição é a cada cinco anos ^{4,33}.

Cabe ressaltar que, mesmo diante da periodicidade de repetição de exame preconizada, é necessário avaliar cada caso individualmente, levando em conta fatores

de risco, resultado de exames anteriores e oportunidade de captação precoce, principalmente das mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolaou.

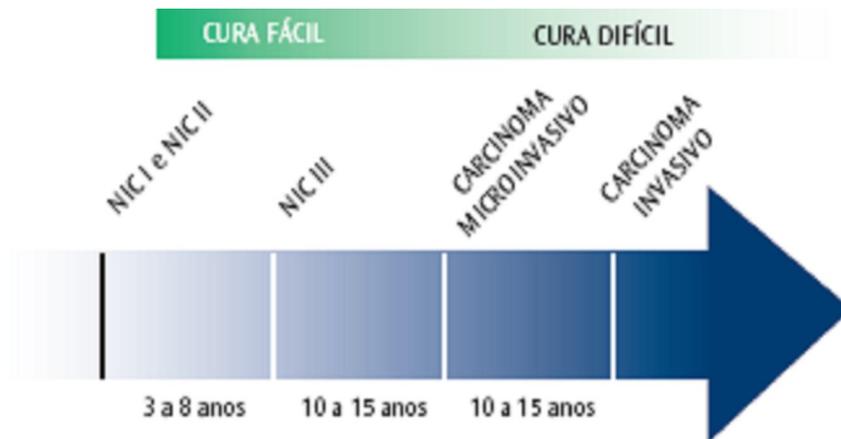


Figura 3. Evolução da história natural do câncer de colo de útero⁵.

“[...] Segundo estudos, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses [...]”⁵

Em geral, estima-se que as lesões de baixo grau regredirão (figura 3) cerca de 40%. As lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos. Por outro lado, somente 10% dos casos de carcinoma “*in situ*” evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% terão evoluído, decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento⁴.

3.4.4. Interpretando o resultado do exame Papanicolaou

O resultado do exame Papanicolaou não deve ser considerado *diagnóstico*, mas apenas uma forma de rastrear mulheres com risco de lesões precursoras e invasivas para

o câncer de colo de útero, devendo ser monitoradas ou submetidas a exames complementares quando for indicado.

De acordo com as normas técnicas e condutas do PNCCCU, os profissionais médico e enfermeiros devem seguir as seguintes condutas abaixo citadas, em relação aos resultados dos exames Papanicolaou ou citopatológicos^{4-5,10}:

- *Amostra insatisfatória*: Repetir com 06 meses.

- *Resultados negativos*: Amostra dentro do limite de normalidade

- Repetir exame com 01ano. Caso seja o segundo exame Papanicolaou com resultado negativo, agendar o próximo após 03 anos;

- *Resultados positivos*

Lesões de baixo grau - ASCUS, ACUS, HPV e NIC I

- Tratar processos infecciosos e repetir exame Papanicolaou com 06 meses, com acompanhamento na unidade Estratégia Saúde da Família de referência.
- Persistindo as lesões acima citadas, as mulheres deverão ser encaminhadas para serviço especializado (nível secundário) para atendimento em ginecologia, onde são submetidas à colposcopia com biópsia dirigida, também denominada de cirurgia de alta frequência (CAF);

Lesões de alto grau - Câncer invasivo e ou carcinoma “in situ”, NIC II, NICIII e outras neoplasias malignas

- As pacientes devem ser encaminhadas para realização de exame de colposcopia e histopatologia. Posteriormente, devem ser encaminhadas para serviço especializado em nível terciário para tratamento adequado.

Toda vez que é feita coleta de exame Papanicolaou pelo SUS nas unidades da Estratégia Saúde da Família, uma ficha específica para coleta de exame citopatológico é preenchida pela equipe, e no verso da mesma são descritos todos os laudos citopatológicos preenchidos pelos laboratórios (Anexo C).

3.5 Atenção Básica e suas atribuições no controle do câncer de colo do útero

A Atenção Básica, representada pela Estratégia Saúde da Família, se organiza através de um trabalho constituído por equipe multiprofissional, com diversas formações, onde suas ações são desenvolvidas em um território definido - espaço geográfico subdividido – e uma população adscrita, constituída por famílias com suas características sociais, econômicas e culturais no processo de saúde-doença⁵.

De acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que consistem na universalidade, acessibilidade, continuidade, responsabilização, equidade, integralidade, humanização, vínculo, equidade e participação social, a Estratégia Saúde da Família desenvolve suas ações, entre elas, o PNCCU. A equipe multiprofissional tem como desafio a abordagem ampliada nas ações do controle do câncer de colo do útero que vão desde promoção à saúde e prevenção à doença, com a eliminação de fatores de risco à detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo do útero com realização do exame Papanicolaou, até o diagnóstico, garantia do tratamento e seguimento nos níveis da atenção primária, secundária e terciária e cuidados paliativos^{5,8}.

Devido às ações diversas que envolvem o PNCCU, o Ministério da Saúde elaborou um documento orientador das atribuições comuns da equipe multiprofissional na Atenção Básica para desenvolvimento do programa, citadas abaixo⁵:

“ a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;

b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;

c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama: promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;

d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;

e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;

f) Acolher as usuárias de forma humanizada;

g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética compromisso e respeito;

h) Trabalhar em equipe, integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;

i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);

j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;

k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;

l) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas. (Ministério da Saúde, 1996: p.19)".

3.6 Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero

Segundo informações do Ministério da Saúde, no Brasil, as ações iniciais dirigidas à detecção precoce do câncer de colo de útero pelo Programa Nacional eram isoladas, mal organizadas, não garantiam continuidade dos cuidados necessários, faltavam recursos materiais e humanos assim como informações tanto por parte de profissionais como da população, não sendo efetivo o impacto sobre a mortalidade por este câncer^{5,9}.

Com isto , em 1996, o Ministério da Saúde juntamente com parceiros nacionais e internacionais, elaboraram um projeto piloto para subsidiar o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero, o qual recebeu o nome de Programa Viva Mulher^{5,9}.

Para que o Programa Viva Mulher se efetivasse, foram necessárias ações integrais às mulheres em todos os níveis da atenção desde a prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, sendo desenvolvido em três fases distintas^{5,9}:

- 1ª fase (1997) - *Projeto piloto*, realizado em seis capitais brasileiras: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe, que forneceu subsídios para intensificar o exame Papanicolaou na faixa etária de 35 a 49 anos. Deu-se início à Cirurgia de Alta Frequência (CAF) com o método “ver e tratar”;
- 2ª fase (1998) – *Intensificação*, nesta fase, deu-se a expansão para todo o território nacional, além de organização da rede assistencial através da implantação do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), o qual fornecia dados para o monitoramento e avaliação das ações, assim como planejamento em todos os níveis de atenção e de governo;

- 3ª fase (1999- 2000) – *Consolidação*, quando foi levantada a necessidade de capacitação de recursos humanos, reestruturação da rede de serviços, sistema de informação adequado e garantia de recursos financeiros aos procedimentos envolvidos na assistência.

Diante disto, as diretrizes do Programa Nacional contempla a formação de uma rede nacional integrada, com ampliação do acesso a mulher aos serviços de saúde e capacitação de recursos humanos. As estratégias principais de controle da doença no Brasil baseiam-se: na disponibilidade de exame Papanicolaou para mulheres entre 25 a 59 anos, garantia do tratamento adequado das lesões precursoras do câncer e da doença em 100% dos casos e monitoramento da qualidade do atendimento em todos os níveis de atenção.

3.7. O câncer cérvico uterino no PSF Alvorada em Itaobim

Localizado no bairro de mesmo nome, o PSF Alvorada, além do próprio bairro abrange os bairros Vila Rica, Guadalupe e parte do Vila Nova, distantes por volta de 500 metros da área central da cidade de Itaobim.

O PSF Alvorada é composto pela seguinte equipe multiprofissional: uma enfermeira, um médico, um auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h00min as 11h00min e das 13h00min as 17h00min.

A organização do processo de trabalho do PCCU do PSF Alvorada, desde que foi implantado, tem como rotina instituída: agendamento para exame Papanicolaou por demanda espontânea com horários pré-estabelecidos e encaminhamento de referência e contra-referência a Teófilo Otoni ou Belo Horizonte dependendo do resultado dos exames. A equipe multiprofissional não realiza busca ativa da população alvo e a maior parte dos resultados de exames citopatológicos não são entregues as usuárias, assim como não há registros sistematizados em prontuários.

A unidade de saúde em estudo possui uma população 3.207 habitantes de acordo com o SIAB (2009). Destas, 1.542 são do sexo masculino e 1.665 do sexo

feminino, sendo 925 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, população alvo para rastreamento do câncer de colo de útero.

Nos registros da unidade, verificou-se que 310 exames citopatológicos foram realizados no ano de 2009. Destes, 303 mulheres se encontravam na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde entre 25 a 59 anos de idade, correspondendo a uma cobertura de 32,75%. A razão de exames citopatológicos ficou em 0,32.

Foram analisados os dados dos prontuários das mulheres que realizaram ou não o exame de Papanicolaou de setembro a dezembro de 2009, no PSF Alvorada do município de Itaobim. Em relação à distribuição, por faixa etária, verificou-se que 27 das 38 mulheres estavam na faixa etária entre 25 a 59 anos, de acordo com as normas do Ministério da Saúde (1988).

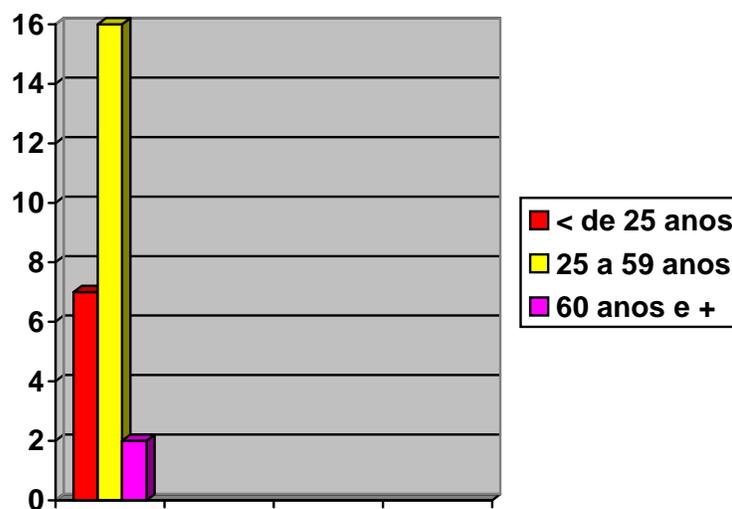


Figura 4 - Distribuição por faixa etária das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou, no período de setembro a dezembro, no PSF Alvorada, município de Itaobim, 2009.

Desta forma, de acordo com as Diretrizes do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, a primeira ação que norteia o programa é o *aumento da cobertura da população alvo*, mulheres de 25 a 59 anos.

Embora a população alvo atendida em Itaobim esteja de acordo com a proposta pelo PNCCU, isto é, dentro da faixa etária preconizada, a cobertura precisa melhorar. Para que aumente a cobertura, são propostas ações como: mobilização social e articulação do trabalho em rede intersetorial⁵.

Entre os fatores de risco para o câncer de colo do útero, verificou-se nos registros dos prontuários, que 34 das 38 mulheres, ou seja, 89% não faziam uso de anticoncepcional oral (Figura 5).

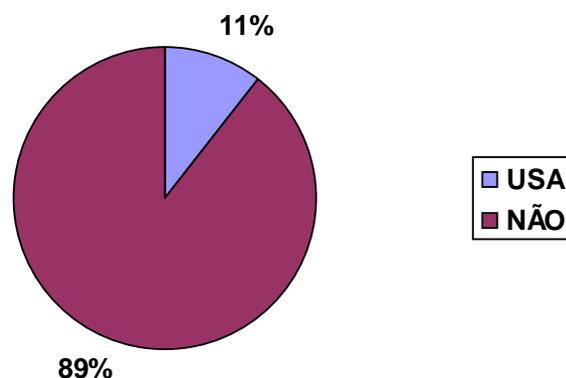


Figura 5 – Distribuição das mulheres do PSF Alvorada de acordo com o uso do anticoncepcional oral, estudado no período de setembro a dezembro de 2009.

Alguns estudos apontam que existe uma associação entre o uso de anticoncepcional oral (ACO) e câncer de colo do útero. Os anticoncepcionais contêm hormônios como a dexametasona, progesterona e estrógenos podem intensificar a expressão do HPV²⁸. O uso de anticoncepcional por menos de cinco anos parece não aumentar o risco. Porém, mulheres que referem uso de ACO entre 5 a 9 anos tiveram 2,8 vezes maior chance de desenvolver câncer em relação às que nunca o utilizaram. Esse risco aumenta para quatro vezes mais quando a exposição ao ACO é relatada pelo período de mais de dez anos²⁹.

Em relação ao tabagismo, a Figura 6 indica que das 38 mulheres em estudo, apenas uma (3%) era fumante, porém não havia registro quanto ao tempo. Sabe-se que o

cigarro é fator de risco não só para o câncer de colo do útero, como também para os outros tipos de cânceres.

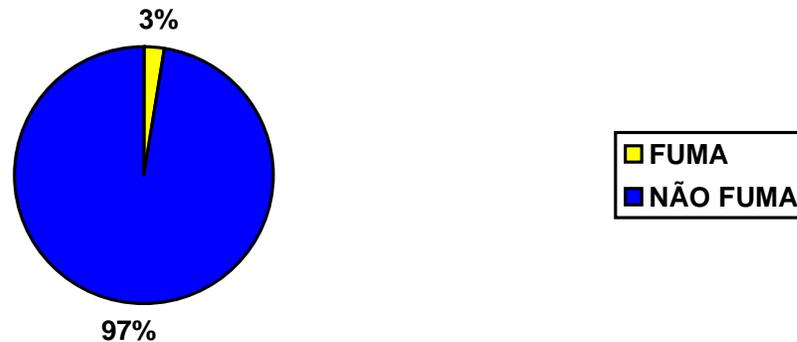


Figura 6 - Distribuição das mulheres do PSF Alvorada em relação ao consumo de cigarro, estudados de setembro a dezembro de 2009.

O tabagismo diminui a quantidade e função das células de Langerhans, células que contém antígenos, responsáveis pela ativação da imunidade celular local contra o HPV. Os metabólicos da nicotina podem ser encontrados no muco cervical²⁸⁻²⁹.

A multiparidade é um importante fator de risco para o câncer de colo do útero. A Figura 7 indica que das 38 mulheres estudadas, apenas 14 (36,8%) delas tinha registro de número de gestações sendo. Destas, 07, ou seja, 18,4% tinham mais de 04 filhos. O número de partos é um fator consistente; estudos comprovam que mulheres que tiveram quatro filhos ou mais têm o dobro do risco para câncer de colo de útero, comparadas às que tiveram um filho ou nenhum²⁸⁻²⁹.

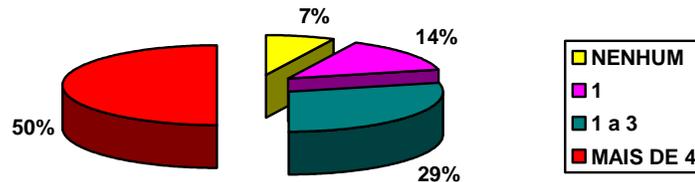


Figura 7 - Distribuição das mulheres do PSF Alvorada em relação ao número de partos, estudados no período de setembro a dezembro de 2009.

O objetivo do exame Papanicolaou é reconhecer as lesões precursoras do câncer de colo do útero. Essas lesões não causam sintomas específicos e por isso, só são possíveis de ser diagnosticados a partir do rastreamento ou screening através do exame Papanicolaou.

Das 38 mulheres levantadas no estudo, apenas 25, ou seja, 64% realizaram o exame Papanicolaou, no período de setembro a dezembro de 2009 em estudo, dado este referente a adesão ao exame Papanicolaou.

De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta uma cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, tem resultado na redução das taxas de incidência de câncer invasor, que pode chegar a 90%.

Segundo evidências descritas pelo Ministério da Saúde em 2005, o câncer de colo de útero é de duas a 10 vezes mais freqüente em mulheres que não foram rastreadas

Outro estudo realizado no sul do Brasil, com 99 mulheres, mostrou que os principais motivos para a não adesão ao exame Papanicolaou foram: vergonha (24%),

desinformação (19,2%), falta de interesse (13,1%), dificuldade para agendamento (8,1%), o fato de não gostar do médico da UBS (6,1%) e nunca ter tido queixa ginecológica (4%)³⁵.

Um estudo realizado em Londrina-PR com 414 mulheres, que se encontravam com o exame atualizado (coletado há menos de três anos), indicou como motivos para a adesão ao exame Papanicolaou: rotina do programa oferecido pela UBS (46,9%), recomendação médica (25,8%) e queixas ginecológicas (14%). Relacionam também que à adesão decorreu da disponibilidade de serviços, materiais e recursos humanos adequados à atenção necessária, protocolos de atendimento eficazes, acessibilidade aos serviços, comunicação efetiva profissional-cliente, além de garantia de tratamento nos casos necessários³⁵.

Quanto aos resultados dos exames realizados pelas 25 mulheres, estudadas no período de setembro a dezembro de 2009, três (12%) apresentavam registros de exames alterados para lesão de alto grau: NIC II. Desta forma, é perceptível a importância do Papanicolaou como exame de detecção precoce de lesões precursoras do câncer, na população alvo preconizada, como também é preciso garantir o atendimento nos diversos níveis de atenção (Figura 8).

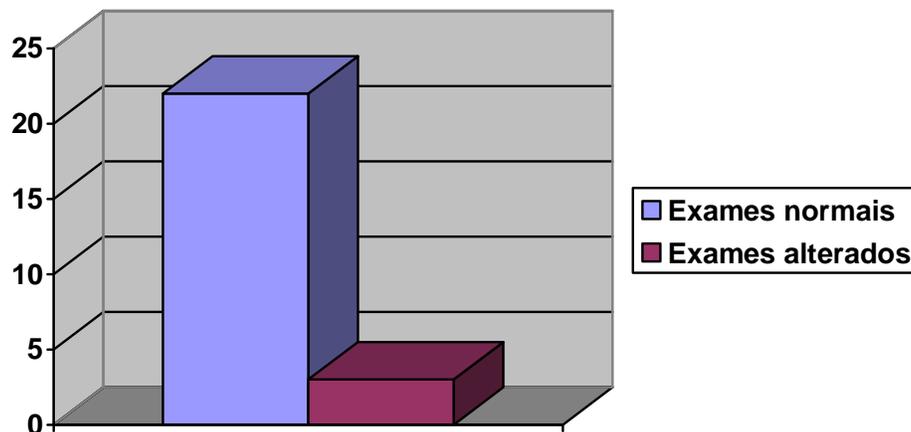


Figura 8 - Distribuição das mulheres do PSF Alvorada quanto ao resultado dos exames, 2009.

Em outro estudo realizado em Sergipe, 16,3% das mulheres tiveram seus exames alterados, dado equivalente ao de Itaobim²⁵.

Ainda com relação aos resultados dos exames realizados, a equipe da Estratégia Saúde da Família Alvorada se responsabiliza pela entrega dos resultados a praticamente todas as mulheres e realiza busca ativa das mulheres cujos resultados deram alterado. Segundo o INCA, resultados que não são buscados, chega a 40%².

No que se refere à periodicidade do exame Papanicolaou, a Figura 9 mostra que das 38 mulheres, 33 (87%) repetiram o exame, onde estas estavam com idade acima de 30anos. Mas, a periodicidade não está em conformidade com a norma estabelecida pelo Ministério da Saúde que é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos, com intervalo de um ano⁵.

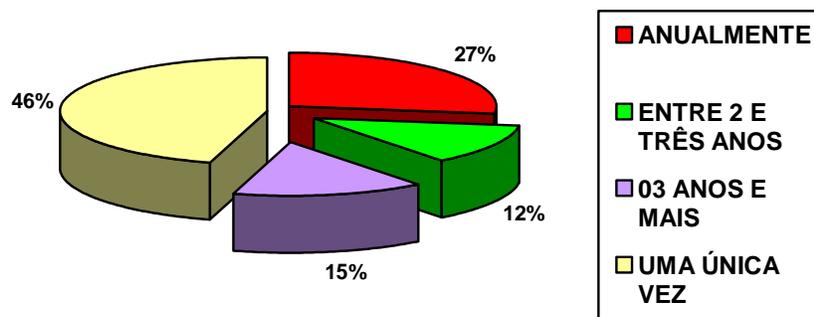


Figura 9 - Distribuição das mulheres do PSF Alvorada quanto à periodicidade do exame Papanicolaou, estudadas no período de setembro a dezembro de 2009.

A segunda ação proposta pela Diretriz do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero é a *garantia de qualidade*, que implica na inclusão de indicador de monitoramento na Atenção Básica: percentual de amostras insatisfatórias.

Vários são os motivos para amostras insatisfatórias. Em 2009, o estado de Minas Gerais apresentou as principais causas, demonstradas na Figura 10:

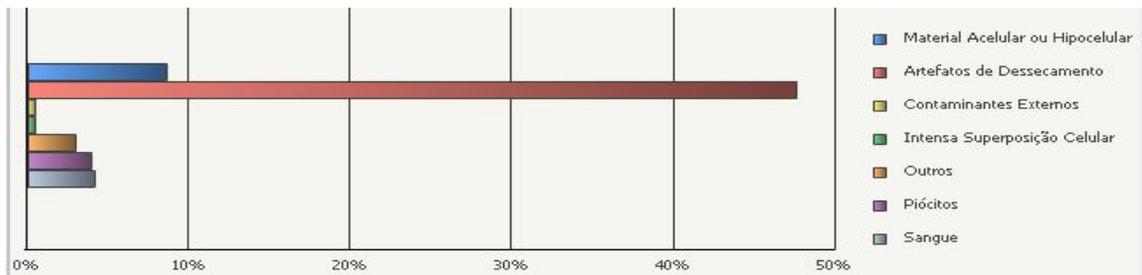


Figura 10 - Motivo de amostras insatisfatórias no estado de Minas Gerais ano de 2009³⁶.

O Percentual de Amostra Insatisfatória indica para o Estado os municípios que precisam de capacitação, enquanto para o município, aponta as causas das amostras insatisfatórias com definição de estratégias para correção³⁶.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os exames citopatológicos insatisfatórios não devem ser superiores a 5% do total de exames realizados³⁶. Este indicador de qualidade é observado para o município de Itaobim na Figura 11, onde se verifica que no ano de 2008 foi de 2% em 1148 coletas de exames citopatológicas, as quais aumentaram em 2009 para 3,15%, em 857 coletas de exames³⁶.

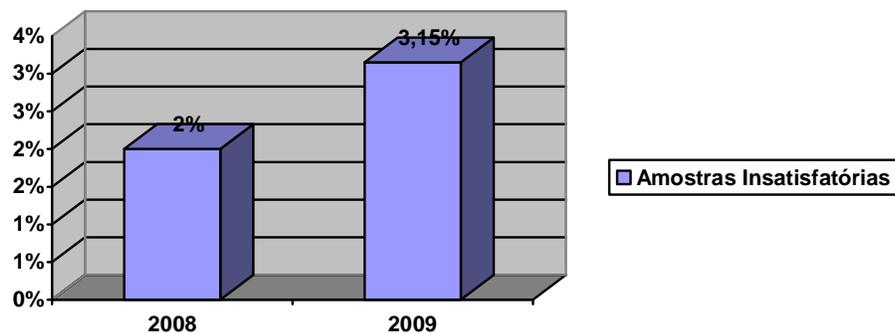


Figura 11 – Percentil de amostras insatisfatórias nos exames Papanicolaou, entre 2008 e 2009 no município de Itaobim³⁶.

Além deste indicador de qualidade, outros podem ser incluídos como acompanhamento das lesões de alto grau, número de coletas de exames segundo faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (1988) e principalmente a periodicidade⁴⁻⁵.

A terceira ação da Diretriz do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero refere-se ao *fortalecimento do sistema de informação – SISCOLO*.

... É o sistema de informática do Ministério da Saúde, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil...⁵

É composto por dois módulos operacionais:

- Módulo laboratório – registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade;
- Módulo coordenação - registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados⁵.

No município de Itaobim, o programa de rastreamento para câncer de colo do útero não é informatizado, sendo os dados colhidos via *Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul-MG*.

Outro ponto para o fortalecimento do sistema de informação refere-se à Agenda da Mulher. Em Itaobim, esta agenda ainda não é utilizada por nenhuma unidade de Estratégia Saúde da Família, uma vez que a mesma não existe no município, a qual tem como proposta:

... Registrar dados clínico-ginecológicos básicos, como os exames preventivos do câncer de colo de útero, das mamas e outros, além de imunizações,

*planejamento familiar, DSTs, atenção ao climatério, cirurgias e seus respectivos laudos AP, internações/procedimentos e doenças crônico-degenerativas...*⁵

A quarta ação da Diretriz do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero é o *desenvolvimento de capacitação*, que se refere à construção de rede de educação oncológica. Esta proposta é imprescindível, uma vez que insere a rede de saúde na ação de educação em saúde. Esta proposta associa-se a quinta ação que é a de mobilização social. Em 2009, foi feita a primeira mobilização social com realização de campanha para exame Papanicolaou para a população alvo, ou seja, mulheres de 25 a 59 anos. Foram coletados 347 exames citopatológicos pelas seis equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Itaobim. Outra mobilização foi o tema da V Conferência Municipal de Saúde de Itaobim no ano de 2009, com tema central: Metas do Milênio na Saúde. Todas estas ações em conjunto propiciaram meios de divulgação do serviço e trabalhar ações de promoção e prevenção em saúde.

A sexta e última ação da Diretriz do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero é o desenvolvimento de pesquisa. Somente com realização de pesquisa e análise crítica e reflexiva, com embasamento científico, é possível melhorar o serviço de rastreamento do câncer de colo do útero e de outros programas propostos pela Estratégia Saúde da Família.

Todas as diretrizes estão interligadas umas as outras, sendo que cada ação desenvolvida será reflexo de outra ação.

4. Considerações finais

A revisão bibliográfica realizada sobre o câncer do colo de útero pode ser utilizada como cartilha de informação para os profissionais integrantes das ESF's, a fim de se capacitarem para contribuir para o PNCCU na atenção primária.

Quanto aos dados do PSF Alvorada em Itaobim, pode-se constatar que ainda existem mulheres que não fazem o exame Papanicolaou, enquanto outras fazem com a periodicidade não preconizada pela diretriz do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero.

Este resultado aponta para um grande desafio levando a uma reflexão crítica não somente por parte da equipe multiprofissional que desenvolve as ações de rastreamento do câncer de colo de útero através do exame Papanicolaou, mas também da gestão local diante da organização do processo de trabalho com as diretrizes do PNCCU.

A não adesão ao exame Papanicolaou reflete a organização do trabalho. Materiais são gastos com repetições de exames desnecessários, fato este que poderia ser otimizado em campanhas educativas e em informações adequadas sobre o PNCCU aos usuários e/ou capacitações permanentes à equipe multiprofissional.

Nesta perspectiva espera-se que outros estudos sejam desenvolvidos junto ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero – Viva Mulher no sentido não somente de reorganizar o programa local, como o de reduzir a incidência da morbimortalidade por câncer de colo de útero.

5. Referências

1-Associação Brasileira do Câncer, ABCÂNCER. Disponível em: <<http://www.abccancer.org.br>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

2-BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

3- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Caderno de informação de saúde municipal, *Ano*. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/MG/MG_Itaobim_Geral.xls>. Acesso em: 12 dez. 2009.

4- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2009.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica n 13: Controle dos cânceres do colo de útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 124p.

6- PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Revista de APS, v.11, n.2: p.199-206, abr./jun 2008. Disponível em: <www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewPDFInterstitial/.../100>. Acesso em: 12 dez. 2009.

- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Desafio feminino do câncer. Revista Rede Câncer, n. 9: p.20-25, nov. 2009.
- 8- *Portaria GM/MS nº2. 439, de 8 de dezembro de 2005.* Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conhecendo o Viva Mulher; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <200.189.113.52/.../Cancer/Mama/Conhecendo_o_viva_mulher_v_22_06_01.doc>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Núcleo de Coordenação Nacional. Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino Proposta de continuidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 61p. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2010.
- 11- JÚNIOR, E.J. et al. Citologia Oncótica, Colposcopia e Histologia no Diagnóstico de Lesões Epiteliais do Colo do Uterino. Newslab, ed.63, p.126-130, 2004. Disponível em: <www.newslab.com.br/newslab/ed_anteriores/.../colposcopia61.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2010.
- 12- SELLORS, J.W.; SANKARANARAYANAN, R. Capítulo 1 - Introdução à anatomia do colo uterino. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/doc/colpochapterpt01.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2010.
- 13- COSTA, C.A. A Saúde da Mulher. A Feridinha e a Cauterização. Disponível em: <www.drCarlos.med.br/artigo_011.html> Acesso em: 10 jun. 2010.
- 14- BUENO, S.K. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. RBAC, vol.40(2): 121-128, 2008. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_40_02/09.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2010.

15- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Capítulo 2 - Fisiopatologia do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>. Acesso em: 26 jan. 2010.

16- SELLORS, J.W.; SANKARANARAYANAN, R. Capítulo 2 - Introdução à neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/colpochap.php?long=4&chap2>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

17- ROSALBA, A.C. A Realização do exame papanicolaou em Paracatu-MG: análise do período 2004 a 2006. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Franca, 2009. Disponível em: <<http://www.promocaodesaude.unifran.br/index.php?corpo=dissertacoes/dissertacoes2009.html>>. Acesso em: set. 2009.

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

19- LIMA, D.N.O. et al. Diagnóstico citológico de Ascus: sua importância na conduta clínica. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v.28, n.1: p. 45-49, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpm/v28n1/a09v38n1.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2010.

20- JÚNIOR, E.J. et al. Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) - Estudo de 208 casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.22,n.3: 135-139, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n3/12160.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2010.

21- WOLCLSCHICK, M.N. et al. Câncer de colo de útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. RBAC, vol. 39, (2): 123-129, 2007.

Disponível em:

<http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_02/rbac_39_2_08.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2010.

22- ALBRING, L.; VARGAS, V.R.A.; SCHMITT, V.M. O Câncer do Colo do Útero em Mulheres de Populações Indígenas do Brasil e Confins Fronteiriços da América do Sul: Revisão Sistemática. Newslab, ed.79, p: 122-132, 2006. Disponível em: <www.newslab.com.br/ed_anteriores/79/art05/art05.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2010.

23- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer de colo do útero. Manual Técnico. Profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf>.

Acesso em: 20 jan. 2010.

24- ANDRADE, J.M. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001. Disponível em:

<<http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/2/5/052-Brazil-cacu-Prof.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

25- LIMA, C.A.; PALMEIRA, J.A.V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. Cad. Saúde Pública, 22, (10): 2151-6,2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/14.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

26- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.J.R. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3rd ed. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

- 27- ALBRING, L; BRENTANO, J.E.; VARGAS, V.R.A. O câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano(HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão. RBAC, vol.38(2): 87-90, 2006. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_05.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.
- 28- SAMPAIO, L.C.; ALMEIDA, C.F. Vitaminas Antioxidantes na Prevenção do Câncer do Colo Uterino. RBCA, 55(3): 289-296, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/93_revisao_literatura4.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2010.
- 29- ROSA, M.I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5): 953-964, mai, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/02.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2010.
- 30- ROSENBLATT, C.; LUCON, A.M.; WROCLAWSKI, E.R. Patogênese e a Importância do Homem como Transmissor. Disponível em: <<http://www.hpvinfos.com.br/hpv-3.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2010.
- 31- PEREYRA, E.A.G.; PARELLADA, C.I. HPV nas Mulheres. Disponível em: <<http://www.hpvinfos.com.br/hpv-5.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2010.
- 32- CAETANO, R.; CAETANO, C.M.M. Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil: Um Estudo Exploratório. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/HPV/relatorio%20do%20estudo%20HPV.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2010.
- 33- NETO, A.R.; FOCCHI, J.C.L.R.J.; BARACAT, E.C. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. RBGO, 23 (4): 209-216, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032001000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 jan. 2010.

- 34- THULER, L.C. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Evidências científicas para rastreamento do câncer. Belo Horizonte, 2005.
- 35- SILVA, D.W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , 28(1): 24-31, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29590.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2010.
- 36- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Painel de indicadores do câncer de colo do útero. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/painel/p3/>>. Acesso em: 01 fev. 2010.
- 37- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.

Anexos

ANEXO A – EXAME PAPANICOLAOU- Coleta material e esfregaço da ectocérvice

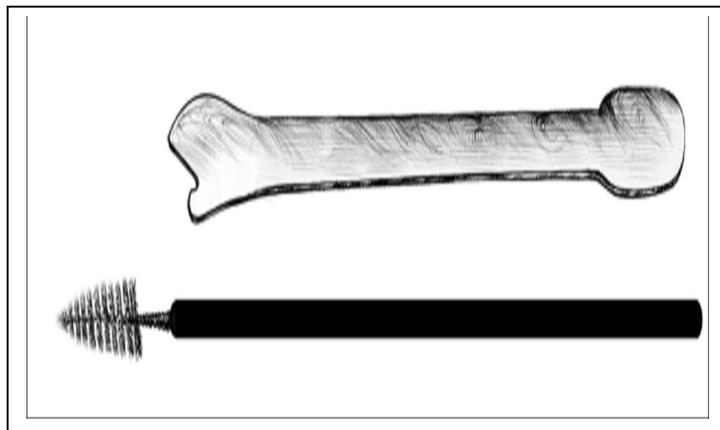


Fig. 1 - Espátula e escova de Ayres para coleta papanicolaou.



Fig. 2 – Coleta de material ectocervical com espátula de Ayres.

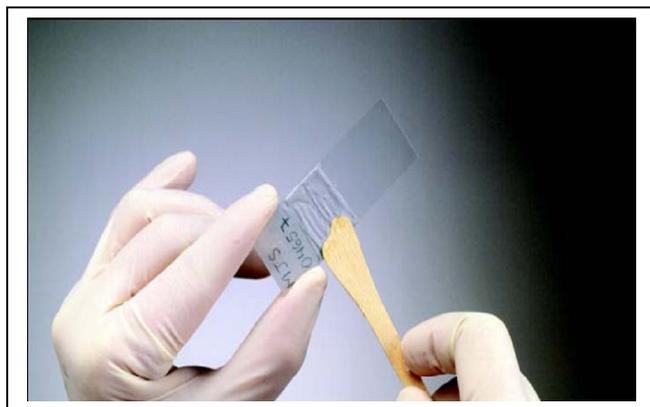


Fig. 3 – Esfregaço do material colhido da ectocérvice

FONTE: INCA, 2002.

ANEXO B – EXAME PAPANICOLAOU- Coleta material e esfregaço da endocérvice

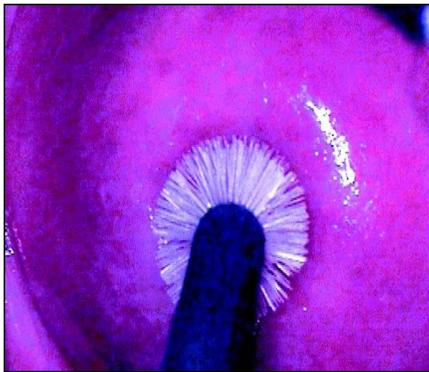


Fig. 1- Coleta de material endocervical com escova cervical.

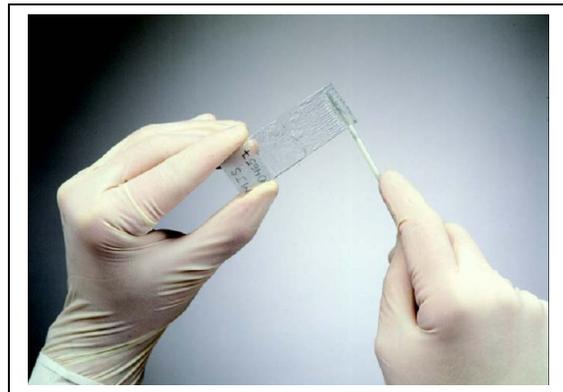


Fig.2- Esfregaço colhido da endocérvice

ANEXO C –

3.1 Ficha de Requisição de Exame Citopatológico (SUS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA**
 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero por Meios

UF _____ DMS _____
 Unidade de Saúde: _____
 Código de Município _____ Município _____ Fone/Fax: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS _____ Sexo Masculino Feminino
 Nome completo do(a) paciente _____
 Nome completo do(a) responsável _____
 Identidade _____ Orgão Emissor _____ UF _____ CPF (CPF) _____
 Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ Cor/Raça: Branco Preto Pardo Amarelo Indígena
 Outros Identificadores: _____
 Logradouro: _____
 Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ UF: _____
 Código do Município _____ Município _____
 CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____
 Fone de Referência: _____
 ESCOLARIDADE: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Superior Completo

DIAGNÓSTICO DAS LESÕES

1. Já foi realizada um esfregaço ou raspado de vagina? (Pelo menos de 1 vez)
 Sim, mesmo esfregaço
 Sim, mesmo raspado
 Não

2. Você está grávida ou amamentando?
 Sim
 Não
 Não sabe

3. Já ocorreu risco elevado* para câncer de mama?
 Sim
 Não
 Não sabe

* Risco elevado são:
 - Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de - câncer de mama antes dos 50 anos de idade
 - Mulheres com história familiar de câncer de ovário em qualquer fase da vida
 - Mulheres com diagnóstico histopatológico de hiperplasia atípica ou carcinoma in situ de mama

DIAGNÓSTICO DAS LESÕES

4. Descrição do caso:

MAMAS	
Tipo de lesão: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Sítio (lesão): <input type="checkbox"/> Cílix <input type="checkbox"/> Coto <input type="checkbox"/> Sítio-árvore	Localização: <input type="checkbox"/> Q1L <input type="checkbox"/> Q1C <input type="checkbox"/> Q1M <input type="checkbox"/> Q1A <input type="checkbox"/> Q1M1 <input type="checkbox"/> Q1M2 <input type="checkbox"/> Q1M3 <input type="checkbox"/> Q1M4 <input type="checkbox"/> Q1M5 <input type="checkbox"/> Q1M6

Observação: em caso de múltiplas lesões documentadas em um esfregaço para colposcopia ou esfregaço para citologia, o esfregaço deve ser enviado para um mesmo laboratório.

5. Natureza do esfregaço:
 Amarelo esfregaço Esfregaço papilar
 Amarelo raspado Raspado esfregaço Esfregaço esfregaço

6. Tem tumor residual após punção?
 Sim
 Não

7. Tumor residual punção é o mesmo residual?
 Sim
 Não

8. Número de Múltiplas/lesões citológicas: _____

Data de Colheita: _____ / _____ / _____ Examinador: _____

3.2 Laudo preenchido pelo laboratorista dos resultados de exames citopatológicos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório _____	
Número do Exame _____	
Nome do Laboratório _____	Recebido em: ____ / ____ / ____
ESPECIMENS	
Localização: <input type="checkbox"/> Naso-vaginal <input type="checkbox"/> Naso-oral	Adequabilidade do material: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória por: _____
Quantidade (nº de lâminas/col) _____	
ESPECIMENS DE FUNÇÃO EPITELIAL	
Processos biológicos. Regime para diagnóstico complementar: <input type="checkbox"/> Neóplasia <input type="checkbox"/> Abcesso subcutâneo mucoso <input type="checkbox"/> Miconioses <input type="checkbox"/> Neovascularização <input type="checkbox"/> Coração fibrotico mucoso <input type="checkbox"/> Lesão cística/lesões proliferativas com atipia <input type="checkbox"/> Outros (qualificar lesões): _____	Padrão citológico suspeito para malignidade: <input type="checkbox"/> Lesão cística/proliferativa com atipia <input type="checkbox"/> Outros: _____
Padrão citológico positivo para malignidade complementar: <input type="checkbox"/> Tumor papilar <input type="checkbox"/> Tumor sólido <input type="checkbox"/> Outros: _____	Padrão citológico positivo para malignidade complementar: <input type="checkbox"/> Carcinoma ductal <input type="checkbox"/> Carcinoma lobular <input type="checkbox"/> Outros (qualificar os regimes): _____
ESPECIMENS DE LESÃO PAPILAR / OUTROS CÍSTICOS	
Padrão citológico de lesão: <input type="checkbox"/> Material celular <input type="checkbox"/> Regime para diagnóstico <input type="checkbox"/> Padrão citológico de malignidade laboratorial <input type="checkbox"/> Padrão para diagnóstico <input type="checkbox"/> Carcinoma com lesão papilar <input type="checkbox"/> Carcinoma com processo infiltrativo	
Observação: _____ _____	
Data de emissão do resultado ____ / ____ / ____	
Médico Responsável pelo resultado _____	CRM _____
	CNPJ(CPF) _____
Localização: QSL - Quadrante superior lateral QSI - Quadrante inferior lateral QSM - Quadrante superior medial QSM - Quadrante inferior medial QSL - Unão dos quadrantes laterais	QUSup - Unão dos quadrantes superiores QUSmed - Unão dos quadrantes mediais QUSinf - Unão dos quadrantes inferiores IRA - Região retrocervical PA - Prolongamento axial