

**ANA PAULA MAIA**

**ANÁLISE DO BANCO DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS,  
REALIZADOS EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE  
SÃO LEOPOLDO/RS, NO ANO DE 2011**

**Porto Alegre**

**2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

**ANÁLISE DO BANCO DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS,  
REALIZADOS EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE  
SÃO LEOPOLDO/RS, NO ANO DE 2011**

**ANA PAULA MAIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão da Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Andrea Wander Bonamigo**

**Porto Alegre, 2012**

**ANA PAULA MAIA**

**ANÁLISE DO BANCO DE RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS  
REALIZADOS EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE  
SÃO LEOPOLDO/RS, NO ANO DE 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão da Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em .....de..... 2012.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. (colocar nome do professor integrante da banca)

---

Prof. (colocar nome do professor integrante da banca)

## **AGRADECIMENTOS**

*Tenho muitas pessoas a agradecer, mas não posso deixar de citar Deus, pois, sem seu poder de iluminação, este momento não se tornaria realidade.*

*Agradeço à minha família, pelo apoio incondicional, por todo amor, afeto, pelas palavras de incentivo. Eles que acreditaram no meu sonho e que me guiaram com suas sabedorias a cada dia nesta caminhada, encerrando junto comigo este primeiro passo.*

*E, por fim, à minha Orientadora, que soube me conduzir com sabedoria e carinho, amenizando este momento que, algumas vezes, foi angustiante.*

*“Seu objetivo é o que você determinar.  
Sua missão é o que você se atribui.  
Sua vida será do jeito que você a criar,  
e ninguém irá julgá-la,  
nem agora, nem nunca”.*

*(Neale D. Walsch)*

## RESUMO

O câncer do colo do útero representa a segunda maior estimativa de incidência de neoplasia maligna da população feminina. O exame citopatológico do colo do útero detecta precocemente as atipias celulares, além de alterações benignas. É um estudo de caso do tipo quantitativo descritivo. Objetivou-se analisar o banco de resultados dos citopatológicos de 9.180 mulheres atendidas na rede pública de saúde do município de São Leopoldo/RS, no ano de 2011. A faixa etária que se destacou na quantidade de exames realizados foi a de 45 a 49 anos. Das atipias celulares, identificou-se 199 casos, destacando-se a faixa etária de 30 a 34 anos. Verificou-se que das 33 unidades de saúde, 27 realizavam a coleta de citopatológico. Em geral a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde foi seguida pelas unidades do município. Conclui-se que no município, houve uma diminuição de casos de alterações nos resultados dos exames citopatológicos no período em estudo, quando comparados aos estudos destacados neste. Percebeu-se a importância da prática da consulta de enfermagem na orientação a essas mulheres pelo Enfermeiro, e também de motivar a busca de melhores recursos para o gerenciamento da saúde pública.

**Palavras Chave:** Câncer do colo do útero. Saúde da mulher. Papanicolaou.

## ABSTRACT

Uterine cervix cancer represents the second most common cause of malignancy in women. The Papanicolau smear detects early cellular atypia, besides benign alterations. This is a case quantitative, descriptive study. The aim was to verify results of 9.180 cytopathologic tests of women of the public health service in São Leopoldo/RS, in 2011. The age group that has highlighted on the amount of exams has been between 45 and 49 years. Considering the cellular atypias, it was observed 199 cases, highlighting the 30 to 34 age group. It has been noticed that from the existing 33 health units, 27 have collected the cytopathologic. Town units followed the guidelines established by the State Health Department. Concluding, there was a decreasing in cases presenting alterations in the cytopathologic exam results in town during the study time, comparing to the studies highlighted here. It was noticed the importance of nurse consulting practice on these women orientation by nurse, and also stimulating of seeking better resources for public health management.

**Key Words:** Cancer of the uterine cervix. Women health. Papanicolau.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais.....	19
Quadro 2: Processo de realização do exame citopatológico do colo do útero por Unidade de Saúde.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Total de exames citopatológicos dentro da normalidade por faixa etária..	31
Tabela 2: Total de Atipias Celulares por faixa etária.....	32
Tabela 3: Tipos de Atipias Celulares Escamosas de Significado Indeterminado por faixa etária.....	33
Tabela 4: Total de Atipias Celulares de Significado Indetermindao por faixa etária..	35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 O Sistema Único de Saúde - SUS.....	14
2.2 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.....	15
2.2.1 Histórico das Ações.....	15
2.2.2 Objetivos do Programa.....	18
2.2.3 Classificação Bethesda para Laudos Cervicais.....	18
2.3 Câncer do colo uterino .....	20
2.4 Estratégias para o Controle do Câncer do Colo do Útero .....	23
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo de estudo.....	26
3.2 Cenário do estudo .....	26
3.3 População .....	28
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	28
3.5 Coleta dos dados .....	28
3.6 Análise das informações .....	29
3.7 Considerações bioéticas .....	29
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>44</b>
APÊNDICE A – Termo de compromisso para utilização dos dados enviado ao Laboratório.....	45
APÊNDICE B – Termo de compromisso para utilização dos dados enviado ao Município.....	46

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino geralmente é uma doença de evolução lenta, com aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos bem definidos para sua detecção (MOTTA et al., 2001), apresentando fases pré-invasivas, portanto benignas, caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais, e fases invasivas malignas caracterizadas pela evolução de uma lesão cervical (PINHO e MATTOS, 2002).

Sem considerar os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) ocupam a segunda posição mais frequente, na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição (INCA, 2012a).

A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento. Com exceção do câncer da pele não melanoma, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2012a).

O exame citopatológico do colo uterino constitui-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle deste câncer. No Brasil, a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é justamente este exame, prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA, 2012a).

Para o Brasil, no ano de 2012, esperam-se 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Rio Grande do Sul a estimativa para 2012 são de 850 casos novos (INCA, 2012a).

O diagnóstico precoce do câncer do colo uterino permite o rastreamento, ou *screening*, das lesões em suas fases iniciais, antes de se tornarem lesões invasivas, através de um método de detecção conhecido como citopatológico (CP), ou exame de Papanicolaou (PINHO e MATTOS, 2002).

Tal exame foi introduzido no ano de 1943, por Papanicolaou e Traut (MOTTA et al., 2001) e através de um esfregaço citológico que deve ser obtido da vagina, ecto e endocérvice, com o máximo de rigor técnico de colheita (FOCCHI et al., apud SOUZA E VIANNA, 2007), representa o método de detecção e rastreamento mais eficaz para o câncer da cérvice uterina e de lesões precursoras, visto que este tipo de carcinoma apresenta alta taxa de cura quando identificado precocemente (GAMARRA; PAZ e GRIEP, 2005).

A realização deste exame e sua grande aceitabilidade, tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde, têm permitido a redução significativa da incidência de câncer cervical nos países desenvolvidos (MOTTA et al., 2001). Isso deve-se ao fato de o exame citopatológico apresentar características inerentes a um bom método diagnóstico: confiabilidade dos resultados, técnicas simples e baixo custo (LORETTO et al., 1993, apud SOUZA e VIANNA, 2007), permitindo também a análise microbiológica.

Segundo Rosenstein Júnior (2003), em países onde as mulheres não têm acesso a um sistema de saúde eficiente nem ao exame *Papanicolaou*, os índices de câncer cervical têm aumentado, o que contribui para um crescimento na porcentagem de mortes por esta doença, representando assim, um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

Além da detecção precoce, o citopatológico objetiva o monitoramento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, no que tange a regressão ou

progressão, colaborando na determinação da conduta apropriada, seja na repetição do exame ou na realização do tratamento (ALDRIGHI e ALECRIN, apud SOUZA E VIANNA, 2007).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero tem como objetivo 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 o tratamento e reabilitação das mulheres (INCA, 2011).

As diretrizes aqui apresentadas atualizam a linha de cuidados e destacam o papel e as ações do INCA no controle do câncer do colo do útero. O objetivo é oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle deste câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil (INCA, 2011).

Este estudo tem como objetivo geral identificar e analisar à luz da gestão os resultados dos exames citopatológicos, realizadas em mulheres atendidas na rede pública de saúde do município de São Leopoldo/RS, no ano de 2011. Seguido dos objetivos específicos: identificar os locais que realizam o exame citopatológico no município, identificar o número de exames realizados por faixa etária e identificar as principais alterações apresentadas nos exames.

Sabendo da importância deste estudo para o planejamento da assistência à saúde da mulher, procurou-se avaliar na cidade de São Leopoldo, os resultados dos citopatológicos das mulheres atendidas na rede pública de saúde do município em estudo, em seus aspectos referentes ao diagnóstico citopatológico de atipias celulares, a fim de buscar subsídios para o planejamento de políticas públicas no controle do câncer do colo de útero em seu desfecho crônico.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O Sistema Único de Saúde - SUS**

A Lei N° 8080/90 dispõe sobre as condições de proteção e recuperação da saúde, como da organização e funcionamento dos serviços, incluindo parâmetros para o modelo assistencial e o papel das três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) – Federal, Estadual e Municipal – onde se enquadra a atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1990a).

Destacamos que a nível municipal, o Sistema Único de Saúde tem como atribuição, a execução, controle, avaliação e serviços das ações em saúde (BRASIL, 2008).

Os princípios e diretrizes que definem a Lei do SUS são caracterizados pela universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990a).

É uma das atribuições legais do SUS, descrita no artigo 196 da Constituição Federal, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 1988).

É de conhecimento de todos, que os cidadãos têm seus direitos e deveres. É um dos deveres, o de fiscalizar os serviços de saúde, juntamente aos Conselhos Municipais de Saúde, que são os órgãos de controle do SUS pela sociedade e foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, garantindo a saúde como um direito (BRASIL, 1990b).

De acordo com Nery e Vanzin (1998, p. 49), a definição clássica de Winslow, em 1920, define a saúde pública de uma maneira mais ampla:

A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio e controle de doenças infecto- contagiosas, promover a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças e o desenvolvimento do arsenal social de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

Segundo Rosenstein Jr (2003), em países onde as mulheres não têm acesso a um sistema de saúde eficiente, nem ao exame citopatológico, os índices de câncer cervical têm aumentado, o que contribui para um crescimento na porcentagem de mortes por esta doença, representando assim, um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

## **2.2 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**

### **2.2.1 Histórico das Ações**

Em 1984 foi lançado o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Em suas bases programáticas, é destacada a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama (INCA, 2011).

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) foi criado em 1986 como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Com a Lei Orgânica da Saúde, em 1991, o Pro-Onco foi transferido para o INCA, tornando-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação, com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama (INCA, 2011).

Em setembro de 1995, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional, visando ao controle do câncer do colo do útero. Uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde, em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou um estudo piloto que, mais tarde, subsidiaria o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011).

O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (INCA, 2011).

Em 21 de junho de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98. A primeira fase de intensificação ocorreu de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações (SISCOLO) e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo. Nesta fase, mais de três milhões de mulheres foram mobilizadas para fazer o exame citopatológico (INCA, 2011).

A coordenação do programa foi oficialmente transferida para o INCA por meio da Portaria nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Neste mesmo ano foi instituído

o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO - para monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30/08/1999).

De 1999 a 2001 as ações pela oferta de serviços foram ampliadas, resultando na realização de oito milhões de exames citopatológicos por ano. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de uma segunda fase de intensificação. A exemplo do projeto piloto e da primeira fase de intensificação foi dada prioridade para a faixa etária entre 35 e 49 anos. Nesta fase, foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres (INCA, 2011).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama, propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi destacada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011).

A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. O plano prevê investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios. No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é a garantia da confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras; a gestão da qualidade dos exames de citopatologia; a qualificação de profissionais de saúde; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, a perspectiva é dar continuidade às ações de expansão do acesso ao tratamento do

câncer com qualidade, conforme os objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2011).

Cabe ressaltar que a faixa etária do teste de Papanicolaou, anteriormente fixada entre 25 e 59 anos, foi recentemente estendida até 64 anos pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Em consequência, a rede de atenção básica deverá se programar para a realização de um número maior de exames (INCA, 2011).

### 2.2.2 Objetivos do Programa

Os objetivos do programa são ações que visam buscar estratégias para o controle do câncer do colo do útero no Brasil (INCA 2011), descritas a seguir:

- Diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero.
- Formular políticas e propor diretrizes técnicas para o controle do câncer.
- Promover e coordenar a produção de informação epidemiológica sobre câncer.
- Prover apoio técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde nas ações de rastreamento e tratamento das lesões precursoras.
- Apoiar a organização da rede assistencial para o tratamento do câncer.
- Capacitar profissionais em áreas estratégicas no controle do câncer.
- Planejar e implementar ações de comunicação em saúde.
- Monitorar e avaliar as ações no nível nacional.

### 2.2.3 Classificação Bethesda para laudos citopatológicos.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher e do INCA, submeteu à consulta pública e recomendou para utilização

nacional, nos laudos citopatológicos, o documento: Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (BRASIL, 2006a).

A classificação descrita na Figura 1 consiste da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas recomendada para Profissionais de Saúde.

<p><b><u>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentro dos limites da normalidade, no material examinado;</li> <li>- Alterações celulares benignas;</li> <li>- Atipias celulares.</li> </ul> <p><b><u>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inflamação</li> <li>- Metaplasia escamosa imatura</li> <li>- Reparação</li> <li>- Atrofia com inflamação</li> <li>- Radiação</li> <li>- Outras (especificar)</li> </ul> <p><b><u>ATIPIAS CELULARES</u></b></p> <p>Células atípicas de significado indeterminado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escamosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Possivelmente não-neoplásicas;</li> <li>Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.</li> </ul> </li> <li>- Glandulares: <ul style="list-style-type: none"> <li>Possivelmente não-neoplásicas;</li> <li>Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.</li> </ul> </li> <li>- De origem indefinida: <ul style="list-style-type: none"> <li>Possivelmente não-neoplásicas;</li> <li>Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Em células escamosas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I);</li> <li>- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III);</li> <li>- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão;</li> <li>- Carcinoma epidermóide invasor.</li> </ul> <p><u>Em células glandulares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adenocarcinoma <i>in situ</i>;</li> <li>- Adenocarcinoma invasor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cervical;</li> <li>Endometrial;</li> <li>Sem outras especificações.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>MICROBIOLOGIA</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactobacillus sp;</li> <li>- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus);</li> <li>- Outros bacilos;</li> <li>- Cocos;</li> <li>- Candida sp;</li> <li>- Trichomonas vaginalis;</li> <li>- Sugestivo de Chlamydia sp;</li> <li>- Actinomyces sp;</li> <li>- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes;</li> <li>- Outros (especificar).</li> </ul>
---

**Quadro 1:** Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais  
**Fonte:** BRASIL (2006a)

## 2.3 Câncer do colo uterino

O câncer (neoplasia ou tumor maligno) constitui um grupo de doenças caracterizado por crescimento anormal e pela tendência a disseminação para outros tecidos do organismo (metástases), ocasionado por diferentes mecanismos ou combinação de fatores, favorecendo seu crescimento, invasão e disseminação (DUNCAN et al., 2004).

O colo uterino possui dois tipos de epitélio, podendo desenvolver tumores do tipo carcinoma epidermóide, em epitélio escamoso ou o adenocarcinoma endocervical, em epitélio glandular (HALBE, 2000).

Os carcinomas também recebem a classificação de *in situ* (não invasivo) e invasivo de acordo com o estadiamento. O primeiro estágio, carcinoma *in situ*, é aquele em que as células neoplásicas situam-se somente na camada onde se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem, fase na qual a chance de cura é grande. No estágio invasivo, o câncer já invadiu outras camadas celulares do órgão, podendo se estender para outras partes do organismo. O estadiamento, extensão de acometimento da neoplasia, é essencial para a escolha adequada do tratamento, sendo realizado através de exames complementares. As neoplasias intra-epiteliais de grau leve e moderado ocorrem com maior frequência em torno dos 34 anos de idade (MURTHY et al., apud HALBE, 2000).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Apesar de ser considerada uma condição necessária, a infecção pelo HPV por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para

lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. O tabagismo eleva o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Esse risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta sobretudo quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC). Desses, os mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (INCA, 2012a).

Sabe-se atualmente que, para o surgimento do câncer do colo do útero, a condição necessária é a presença de infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). O câncer do colo do útero é geralmente causado por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Desses, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são: tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2012a).

Dentre todos os tipos de cânceres, aquele provocado pelo HPV, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2012a).

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a FDA (*Food and Drug Administration*) dos Estados Unidos e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) do Brasil, aprovaram para comercialização a primeira vacina desenvolvida para a prevenção do câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra HPV pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o câncer de colo de útero é o segundo tipo mais comum (9,3%), aparecendo depois do câncer de mama (27,9%), com estimativa de 18.680 mil casos

novos, ou seja, 19 casos para 100.000 mulheres. A sobrevida média do câncer de mama, após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%. Em geral, o câncer do colo do útero tem a razão mortalidade/incidência de 52% (INCA, 2011).

Já no Rio Grande do Sul este câncer ocupa o quarto lugar com 6,1%, aparecendo respectivamente após o câncer de mama feminina (28,4%), cólon e reto (8,7%), traquéia, brônquio e pulmão (8,1%) (INCA, 2011).

A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta, rapidamente, até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 50 a 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento. Com exceção do câncer da pele não melanoma, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2011).

A prevenção primária pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A principal estratégia utilizada para detecção precoce é através do exame preventivo (citopatológico), em mulheres sem os sintomas da doença, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser mais eficaz (BRASIL, 2008c), pois o colo do útero é revestido, de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas denominadas atipias, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Na maioria dos casos, a evolução do câncer de colo de útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis (Brasil, 2002c).

Segundo Armstrong, citado por Motta et al. (2001), os cálculos generalistas realizados no Brasil determinam que a probabilidade de uma mulher vir a desenvolver um câncer cervical invasivo ou *in situ*, durante a sua vida é da ordem de 0,7% a 2,0%.

## 2.4 Estratégias para o Controle do Câncer do Colo do Útero

Há um aumento na ênfase no aspecto de promoção à saúde, em que a conscientização do auto-cuidado inclui os exames preventivos. A preocupação leva em consideração o estilo de vida de cada um, proporcionando manejos de melhorias na qualidade de vida dentro das possibilidades existentes (CARVALHO e FUREGATO, 2001).

Afirma Poli e Silveira (1994), que a prevenção, entendida como a arte de evitar acontecimentos, é possível e efetiva no carcinoma epidermóide do colo uterino, baseada em: integrar a prevenção primária, obtenção de dados da história ginecobstétrica, atentar sobre aspectos da vida sexual, informar à mulher a periodicidade de avaliação médica e identificar pacientes de risco, a partir dos dados epidemiológicos da anamnese e dos exames clínicos e complementares.

Compete à unidade básica de saúde: recrutar as mulheres da sua área de abrangência para a realização do citopatológico de colo uterino, em todas as oportunidades de contato com a população feminina da área de abrangência, sensibilizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico, tratamento precoce e orientar medidas de promoção à saúde, prevenção do câncer do colo uterino, coletar material para o exame de acordo com a técnica preconizada (BRASIL, 2002b).

A Consulta de Enfermagem consiste exatamente em uma abordagem humanizada, um cuidado holístico que engloba elementos primordiais para uma relação interpessoal, incluindo o ouvir atento à cliente, respeito às crenças, valores e sentimentos da mesma e ainda, estabelecimento de atitude para com esse e seus familiares, conduzindo informações pertinentes às suas necessidades (NERY e VANZIN, 1998). Somando a isto, é necessário esclarecer as dúvidas das mulheres antes da coleta do citopatológico, oferecendo argumentos e informações adequadas sobre a prevenção do câncer do colo uterino.

Estudos epidemiológicos traçaram o perfil das mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, perfil esse caracterizado por: baixo nível sócio-econômico, multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce de atividade sexual, infecção pelo HPV, tabagismo, uso de contraceptivo oral, baixa ingestão de vitaminas A, C e E (DUNCAN et al., 2004).

A educação sexual pode auxiliar no sentido de diminuir as agressões sobre o epitélio cervical. Alguma atuação pode ser feita no sentido de desestimular a promiscuidade, de assumir condutas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis, como o uso obrigatório de preservativos em relações esporádicas, de orientar contra a multiparidade, adotando eficiente meio anticoncepcional (POLI e SILVEIRA, 1994).

Um aspecto importante na elaboração de qualquer política de saúde é determinar o nível de escolaridade da população atendida. Dessa forma, segundo dados divulgados pelo DATASUS, em São Leopoldo, no ano de 2000, a taxa de alfabetização na faixa etária dos 20 aos 49 anos é de 97,2%, e acima de 50 anos é de 87,1%, um índice bom para implantação de métodos de educação em saúde (BRASIL, 2008a).

De acordo com Motta et al. (2001), um estudo realizado em São Paulo/SP, nos anos de 1994 à 1998, observou-se que a maioria (90,8%) das mulheres avaliadas era alfabetizada, sendo o maior contingente com idade abaixo de 40 anos (54,6%), totalizando 3.725 amostras.

Segundo Motta et al. (2001), um programa de rastreamento populacional de lesões cervicais para obter sucesso, deve procurar se alinhar com os seguintes tópicos:

- a) identificação da população de risco;
- b) sistematização que permita a adequada convocação e re-convocação de mulheres a intervalos pré-estabelecidos;

- c) recursos adequados para coleta, exame e relatório do esfregaço cérvico-vaginal (inclusive com critérios de qualidade), com tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados;
- d) informação e orientação da mulher para que conheça e compreenda o significado do programa de rastreamento;
- e) avaliação contínua do programa a intervalos curtos e longos;
- f) identificação clara do responsável pelo programa.

Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento dessas pacientes (BRASIL, 2002a).

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Tipo de estudo**

A metodologia utilizada foi de caráter quantitativo, do tipo descritivo com delineamento transversal. A avaliação quantitativa dos dados baseou-se principalmente nos métodos estatísticos para organizar e extrair informações dos dados existentes, com o objetivo de permitir a tomada de decisões em presença da incerteza (GOLDIM, 2000). A pesquisa de cunho descritivo teve por objetivo informar sobre a ocorrência de um evento na população estudada (PEREIRA, 2002).

Segundo Pereira (2002), o estudo transversal é uma pesquisa em que a população examinada, esteja exposta a uma doença em um determinado período. Junto a isto fornece informações de como as variáveis estão relacionadas, naquele momento. Permitindo verificar a prevalência das alterações e identificar, dentro daquela população, a faixa etária onde se concentra o maior risco e quais são os mais ou os menos afetados por estas alterações.

### **3.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de São Leopoldo/RS, na rede pública de saúde do município.

O município de São Leopoldo localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre/RS, tem sua população estimada de 211.661 habitantes, com uma população feminina, na faixa etária de 10 a mais de 80 anos, de 93.230 para 2007 (BRASIL, 2012).

Tem como gestão de municipalização de saúde, a gestão plena, o que permite que a Secretaria Municipal de Saúde receba recursos diretamente do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, sem a intermediação do governo estadual, o que representa uma melhora significativa na capacidade de organização do sistema e de melhoria na qualidade de saúde da população, além de aumentar a capacidade de captação de novos recursos financeiros.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSAD) oferece aos leopoldenses 33 unidades de saúde. Estas unidades estão divididas em Centros de Saúde, Centro de Especialidades Médicas, Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Posto de Saúde Volante e Unidade Móvel (SÃO LEOPOLDO, 2012).

A coleta do citopatológico foi realizada nas unidades de saúde semanalmente e via agendamento prévio, devido a necessidade de orientações a respeito da coleta. Depois de realizada a coleta, as lâminas foram encaminhadas ao Laboratório Histolab. Feita a análise, o resultado era impresso em uma única página contendo dados completos da mulher avaliada, para a entrega e a busca ativa, caso havia alteração do resultado. Os exames eram encaminhados à Secretaria de Saúde e a partir disto, distribuídos para as unidades respectivas.

O Laboratório Histolab está estabelecido na cidade e presta serviços ao município. A análise é feita por profissional qualificado. Todos os dados são registrados no SISCOLO, e também é feito o envio mensal via *web*, de uma cópia do relatório com os dados dos exames citopatológicos realizados, naquele período, para a 1ª Coordenadoria Regional – Saúde da Mulher de Porto Alegre.

Foi autorizada a divulgação do nome do Laboratório Histolab para a utilização neste estudo (Apêndice A).

### **3.3 População**

A população alvo deste estudo foram as mulheres que realizaram o exame citopatológico na rede pública do município de São Leopoldo, no período de 1º de Janeiro à 31 de Dezembro de 2011, no município de São Leopoldo.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas neste estudo as mulheres que realizaram o exame citopatológico na rede pública de saúde, no período de 1º de Janeiro à 31 de dezembro de 2011. Foram excluídas aquelas mulheres que não atenderam aos critérios de inclusão.

### **3.5 Coleta dos dados**

Para a realização deste trabalho foi necessário identificar o resultado dos exames citopatológicos realizados em 2011 e o processo que envolve a realização deste exame.

Primeiramente buscaram-se as informações no município, não sendo satisfatória, buscaram-se em nível estadual, ou seja, na Saúde da Mulher localizada no Centro Administrativo da capital – 1ª Coordenadoria Regional. Depois de repassado as informações via relatórios em Excel, provenientes do SISCOLO, pode ser iniciada a análise dos dados.

Devido a dificuldade de obter relatórios específicos pelo município, optou-se a utilização das informações do SISCOLO para a obtenção dos laudos dos exames

realizados no período em estudo. Utilizou-se uma planilha contendo itens como tipo de alteração, faixa etária e resultado.

### **3.6 Análise das informações**

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, utilizando tabelas de freqüências em Excel.

### **3.7 Considerações bioéticas**

Durante todo o processo da pesquisa, respeitou-se a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta e orienta quanto as pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Reunindo sob a perspectiva do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética. Sendo eles a autonomia, que deverá tratar seres humanos envolvidos em pesquisas com dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade; a não maleficência que garante de que danos previsíveis serão evitados; a beneficência, é a ponderação consideração entre riscos e benefícios e a justiça relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Foi permitido pelo Secretário de Saúde, via termo de compromisso, a utilização do nome do município e o acesso aos dados (Apêndice B).

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O número total de exames citopatológicos de colo uterino realizados no município para o ano de 2011, que estão no banco de dados do Siscolo foram de 9.180 exames com laudos, dentro ou não da normalidade, como demonstra a Tabela 1.

**Tabela 1:** Total de exames citopatológicos dentro da normalidade por faixa etária e frequência

Faixa etária	Sim	%	Nao	%	Total	Frequência
Até 11 anos	1	50,00	1	50,00	2	0,02
12 a 14	7	41,18	10	58,82	17	0,19
15 a 19	296	61,80	183	38,20	479	5,22
20 a 24	480	67,89	227	32,11	707	7,70
25 a 29	531	65,47	280	34,53	811	8,83
30 a 34	579	67,33	281	32,67	860	9,37
35 a 39	638	67,44	308	32,56	946	10,31
40 a 44	700	66,92	346	33,08	1.046	11,39
45 a 49	801	68,00	377	32,00	1.178	12,83
50 a 54	588	58,16	423	41,84	1.011	11,01
55 a 59	425	50,24	421	49,76	846	9,22
60 a 64	249	41,29	354	58,71	603	6,57
Acima de 64	276	40,95	398	59,05	674	7,34
Total	5.571	60,69	3.609	39,31	9.180	100,00

Fonte: SISCOLO, 2011.

Em São Leopoldo há uma população de 214.210 habitantes (FEE/RS, 2010), sendo que 51,3% são mulheres. Na tabela analisada, a faixa etária que se destacou na quantidade de exames realizados foi a de 45 a 49 anos com 1.178 exames (12,83%), seguida de 40 a 44 anos com 1.046 exames (11,39%). Estudo de Souza e Vianna (2007), realizado em um Ambulatório de Ginecologia Preventiva, que apresentou um total de 1.780 amostras, onde o maior número de mulheres a realizar o exame foi da faixa etária de 41 a 45 anos, com 241 exames (13,54%), seguido de 36 a 40 anos, com 212 exames (11,91%). Já o estudo realizado por Hermida (2006), no município de Indaiatuba/SP, onde a população é de 201.848 habitantes e um percentual de 50,25% de mulheres (IBGE, 2010), mostra que em 206 amostras coletadas no ano de 2005, a faixa etária que mais se destacou na realização do exame foi de 30 a 34 anos, demonstrando neste estudo, a preocupação mais precoce ao exame.

Observa-se que a faixa etária que mais realizou o exame não são as que possuem maior risco de ocorrência do agravo segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), que mostra ser de 20 a 29 anos. E o risco aumenta nas mulheres de 45 a 49 anos, devido a lenta progressão da doença que pode ser de 10 anos ou mais para se desenvolver, o que demonstra que as mulheres estão se preocupando tardiamente.

A totalidade dos exames que não estão dentro da normalidade podem diferenciar-se da totalidade de alterações, devido a possibilidade de apresentar alterações na microbiologia não demonstrada neste estudo, devido ser uma busca por atipias celulares, que são as causadoras do câncer de colo uterino.

Na análise das Atipias Celulares (Tabela 2), observou-se 199 casos, na qual a faixa etária que se destacou foi de 30 a 34 anos, com 36 casos (18,09%) e frequência de 2,1% em relação a totalidade da amostra analisada. De acordo com Congo (2007), em estudo realizado no município de Piracicaba/SP, no mês de abril de 2007, foram realizados 573 exames, 17 amostras apresentaram atipias celulares, correspondendo a 3%. Verificando-se que em São Leopoldo, a incidência é menor sendo de 1,09%.

**Tabela 2:** Total de Atipias Celulares e frequência por faixa etária

Faixa etária	Total	%	Total	Frequência
Ate 11 anos	0	0,00	2	0,00
12 a 14	0	0,00	17	0,00
15 a 19	19	9,55	479	1,99
20 a 24	30	15,08	707	2,13
25 a 29	24	12,06	811	1,49
30 a 34	36	18,09	860	2,10
35 a 39	13	6,53	946	0,69
40 a 44	26	13,07	1.046	1,25
45 a 49	20	10,05	1.178	0,85
50 a 54	12	6,03	1.011	0,60
55 a 59	4	2,01	846	0,24
60 a 64	10	5,03	603	0,83
Acima de 64	5	2,51	674	0,37
Total	199	100	9.180	1,09

Fonte: SISCOLO, 2011.

Na tabela 3, foram analisados os tipos de alterações nas Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado, observou-se 91 casos, e a principal alteração nessas atipias foi a Lesão Intra-Epitelial de baixo grau (HPV e NIC I) com 70 casos, predominando a faixa etária de 20 a 24 anos, com 14 casos (20%); seguido de Lesão Intra-Epitelial de alto grau (NIC II e NIC III), com 16 casos, prevalecendo na faixa etária de 40 a 44 anos, com quatro casos (25%); a Lesão de alto grau, não podendo excluir micro-invasão, apareceu com três casos nas faixas etárias de 25 a 29 anos, 20 a 24 anos, 20 a 34 e 45 a 49 anos (33,33%); e Carcinoma Epidermóide Invasor com dois casos na faixa etária acima de 64 anos (100%).

Entre os 51 casos de alterações epiteliais escamosas identificadas em estudo realizado por Souza e Vianna (2007), evidenciou-se seis (11%) amostras com diagnóstico de carcinoma epidermóide invasivo, observa-se no estudo, que as neoplasias intraepiteliais cervicais (NICs) acometeram a população mais jovem, com aparecimento dos 21 aos 50 anos. O HPV foi evidenciado em 24 (1,3%) amostras e acometeu com maior freqüência a faixa etária de 16 a 20 anos, com seis amostras.

**Tabela 3:** Total de Atipias de Células Escamosas por faixa etária

Faixa etária	Lesão de baixo grau (HPV e NIC I)	%	Lesão de alto grau (NIC II e NIC III)	%	Lesão alto grau, não podendo excluir micro-invasão	%	Carcinoma epidermóide invasor	%	Total	%
Ate 11 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19	10	14,29	1	6,25	0	0,00	0	0,00	11	12,09
20 a 24	14	20,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	15	16,48
25 a 29	11	15,71	3	18,75	0	0,00	0	0,00	14	15,38
30 a 34	12	17,14	3	18,75	1	33,33	0	0,00	16	17,58
35 a 39	6	8,57	1	6,25	0	0,00	0	0,00	7	7,69
40 a 44	6	8,57	4	25,00	0	0,00	0	0,00	10	10,99
45 a 49	5	7,14	1	6,25	1	33,33	0	0,00	7	7,69
50 a 54	3	4,29	1	6,25	0	0,00	0	0,00	4	4,40
55 a 59	1	1,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,10
60 a 64	2	2,86	2	12,50	0	0,00	0	0,00	4	4,40
Acima de 64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100	2	2,20
Total	70	100	16	100	3	100	2	100	91	100

Fonte: SISCOLO, 2011.

Nas Atipias Celulares de Significado Indeterminado (Tabela 4), com 206 casos, evidenciou-se a prevalência de Atipias nas Células Escamosas, possivelmente não neoplásicas, com 94 casos, com incidência maior na faixa etária de 30 a 34 anos, com 16 casos (17,02%); seguido de Atipias em Células Escamosas, que não se pode afastar lesão de alto grau, com oito casos, com incidência maior na faixa etária de 30 a 34 e 40 a 44 anos, com dois casos cada faixa (25%); em Atipias em Células Glandulares, possivelmente não neoplásicas, observou-se um caso na faixa etária de 40 a 44 anos (66,67%); e em Células glandulares, que não se pode afastar lesão de alto grau, um caso de na faixa etária de 50 a 54 anos (100%); em Atipias de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, e em Atipias de origem indefinida, que não se pode afastar lesão de alto grau, um caso cada na faixa etária de 30 a 34 anos (100%).

**Tabela 4:** Total de Células Escamosas, Glandulares e de Origem indefinida por faixa etária

Faixa etária	Escamosas - possivelmente não neoplásicas	%	Escamosas - não se pode afastar lesão de alto grau	%	Glandulares- possivelmente não neoplásicas	%	Glandulares-não se pode afastar lesão de alto grau	%	Indefinida- possivelmente não neoplásicas	%	Indefinida- não se pode afastar lesão de alto grau	%	Total	%
Ate 11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19	8	8,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	7,41
20 a 24	14	14,89	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	13,89
25 a 29	9	9,57	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	9,26
30 a 34	16	17,02	2	25,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	100,00	20	18,52
35 a 39	5	5,32	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	5,56
40 a 44	12	12,77	2	25,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	14,81
45 a 49	13	13,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	12,04
50 a 54	6	6,38	0	0,00	1	33,33	1	100,00	0	0,00	0	0,00	8	7,41
55 a 59	3	3,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,78
60 a 64	5	5,32	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	5,56
Acima de 64	3	3,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,78
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fonte: SISCOLO, 2011.

Em regiões pobres e subdesenvolvidas, o câncer cervical é o tumor com maior frequência, chegando a quase 50% das lesões malignas na mulher, sendo o tipo adenocarcinoma por 5%. Em regiões ricas e desenvolvidas, a prevalência do câncer de colo uterino cai, como o adenocarcinoma, elevando-se percentualmente o último (HALBE, 2000). Em São Leopoldo não houve nenhum caso de alterações como Adenocarcinoma *in situ* e Adenocarcinoma Invasor no período em estudo.

Analisando o processo que envolve a realização dos exames citopatológicos no município atualmente (Quadro 1), observa-se que das 33 unidades de saúde existentes, 27 realizam a coleta de citopatológico, 06 não realizam devido não ter o profissional enfermeiro contratado na unidade para realização do exame.

**Quadro 2:** Processo de realização do exame citopatológico do colo do útero por Unidade de Saúde

UNID.	UNIDADES DE SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO	REALIZA O EXAME
1	Centro de Saúde Centro	Sim
2	Centro de Saúde Campina	Sim
3	Centro de Saúde Feitoria	Sim
4	Centro de Saúde Scharlau	Sim
5	Centro de Saúde Vicentina	Sim
6	Centro de Especialidades Médicas	Não
7	Unidade Básica de Saúde Campestre	Sim
8	Unidade Básica de Saúde Baum	Sim
9	Unidade Básica de Saúde Jardim América	Não
10	Unidade Básica de Saúde Materno-Infantil	Sim
11	Unidade Básica de Saúde Pinheiro	Sim
12	Unidade Básica de Saúde Rio Branco	Não
13	Unidade Básica de Saúde S. Cristóvão	Sim
14	Unidade Básica de Saúde Vicentina	Sim
15	Unidade de Saúde Volante	Não
16	Unidade Básica de Saúde Brás	Sim
17	Unidade Básica de Saúde Santos Dumont	Não
18	Unidade Básica de Saúde Cohab Duque	Sim
19	Unidade Básica de Saúde Cohab Feitoria	Sim
20	Unidade Básica de Saúde Paim	Sim
21	UBS dos Aposentados	Não
22	Unidade Móvel	Sim
23	Estratégia de Saúde da Família Parque Mauá	Sim
24	Estratégia de Saúde da Família Rio dos Sinos	Sim
25	Estratégia de Saúde da Família Santo André	Sim
26	Estratégia de Saúde da Família Santos Dumont	Sim
27	Estratégia de Saúde da Família Trensul	Sim
28	Estratégia de Saúde da Família Brás 1	Sim
29	Estratégia de Saúde da Família Brás 2	Sim
30	Estratégia de Saúde da Família Cohab Feitoria 1	Sim
31	Estratégia de Saúde da Família Cohab Feitoria 2	Sim
32	Estratégia de Saúde da Família Paulo Couto 1	Sim
33	Estratégia de Saúde da Família Paulo Couto 2	Sim

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora jan/fev/mar. 2012.

O citopatológico do colo uterino é um exame simples e rápido, em todas as unidades que possuem o profissional enfermeiro o exame é realizado percebendo-se assim, a preocupação do município para com a demanda.

Observa-se que em geral a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde é seguida pelas unidades do município que realizam estes procedimentos.

Em estudo realizado por Verdiani (2003), em Campinas/SP, entre janeiro e dezembro de 2000, 159 mulheres foram atendidas para realização de exames complementares após diagnóstico de atipias de células glandulares. Portanto necessitaram de seguimento cuidadoso, necessitando de colposcopia, curetagem endocervical, biópsia colpodirigida ou conização, conforme é indicado pelo Ministério da Saúde e o município de São Leopoldo também realiza.

## 5 CONCLUSÃO

Trabalhar a questão dos resultados dos exames citopatológicos de São Leopoldo foi um grande desafio. A busca pelos dados deu-se através do banco de dados do SISCOLO, no Departamento da Saúde da Mulher de Porto Alegre, pois no município não há um registro dos resultados na maioria das unidades, identificando-se a necessidade de capacitar os profissionais que fazem a coleta do exame, a realizarem o correto registro dos mesmos, para que mantenham dados como data, nome completo da mulher, idade, endereço, telefone e resultado.

O Laboratório Histolab possui um sistema específico, o SISCOLO-Laboratórios, no qual não permite a emissão de relatórios no nível de complexidade que necessitava para o presente estudo.

Pode ser observado que no resultado de Atipia por Carcinoma Epidermóide Invasivo, houve uma maior incidência na faixa etária acima de 64 anos, evidenciando-se também que as lesões pré-invasivas como o HPV (Lesão intra-epitelial de baixo grau) apresentaram um aumento da incidência na faixa etária entre 20 e 24 anos, identificando-se a diminuição da frequência de sinais de infecção pelo HPV com o progredir da faixa etária.

A conscientização mediante aos fatores de risco e principalmente a periodicidade e eficácia do exame citopatológico podem trazer à mulher benefícios relacionados à prevenção do carcinoma de cérvix uterina. A consulta de enfermagem pode ser feita no sentido de assumir condutas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis, como o uso de preservativos nas relações e de orientar com relação ao planejamento familiar.

Em geral, no município, observa-se uma diminuição de casos de alterações nos resultados dos exames citopatológicos quando comparados aos estudos destacados neste.

Identificou-se a faixa etária com maior prevalência de atipias celulares de 30 a 34 anos, demonstrando um bom indicador de que a busca por estas mulheres está sendo realizada precocemente, conforme esperado pelo Ministério da Saúde com foco nas mulheres de 25 a 64 anos.

Ainda é necessário o planejamento de ações que visem a prevenção desse câncer que possui o método mais simples de prevenção demonstrado nesse estudo, que é a realização do exame citopatológico do colo do útero.

Identificou-se que nas unidades de saúde, a coleta do citopatológico é realizada pelo profissional Enfermeiro ou Ginecologista.

As condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde são seguidas pela rede pública de saúde municipal.

Acredita-se que seja importante a aplicação periódica deste estudo, a fim de que se possa reavaliar sempre a realidade da assistência à saúde da mulher que vem sendo oferecida. O estabelecimento de programas de rastreamento de câncer cervical deve ser realizado a partir do reconhecimento da população a ser investigada, incluindo sua perspectiva do exame e seus objetivos, o que possibilitaria inclusive propor medidas assistenciais cada vez mais efetivas.

Dessa forma, as análises do exame de prevenção do câncer do colo do útero realizadas neste estudo, permitiram sugerir algumas propostas de melhoria da assistência à saúde da mulher, dentre as quais se destaca o planejamento de ações que estimulem as mulheres a realizarem com regularidade o exame de prevenção do câncer do colo do útero, como por exemplo, expandir o serviço de coleta em todas as unidades de saúde, com a contratação de profissionais habilitados. Realização de campanhas de coletas como "O Dia "D" da Coleta de CP", dispendo profissionais em locais estratégicos para a realização em grande escala, buscando um número substancial de coletas realizadas, a fim de atingir toda a população, da área mais carente a mais central da cidade. Promovendo em igual escala a educação em saúde, orientando da importância da realização anual do exame.

O presente estudo trouxe subsídios à construção de um embasamento teórico e metodológico para a prática profissional do enfermeiro, não somente na prática diária da coleta do citopatológico, mas à prática da consulta de enfermagem para a orientação às mulheres da importância da realização do exame e também de motivar a busca de melhores recursos para o gerenciamento da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/constituicao\\_federal/cf196a200.htm](http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm)>. Acesso em: 25 fev. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei N° 8080/90** - Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei N° 8.142/90** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 25 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=1459](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1459)>. Acesso em: 25 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conhecendo o Viva Mulher**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Conhecendo\\_o\\_viva\\_mulher\\_v\\_22\\_06\\_01.doc](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Conhecendo_o_viva_mulher_v_22_06_01.doc)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para laboratórios**. Brasília, 2002a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher/documentos/manual\\_laboratorio.pdf](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/manual_laboratorio.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde**. Brasília, 2002b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_profissionaisdesaude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Mulher – Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro, 2002c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura **Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas**. Rio de Janeiro, 2006a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas\\_2\\_1705.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 13, 2006b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad13.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Mulher**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa 2012 – Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa\\_20122111.pdf](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa_20122111.pdf)>. Acesso em 10 mar. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Notas técnicas**. Notas Técnicas. Rio de Janeiro, 2011c. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/notas\\_tecnicas](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/notas_tecnicas)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Dados estatísticos de São Leopoldo**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

CARVALHO, Marta. L. O.; FUREGATO, Antonia R. F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2001.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2004. vol.1.

FEE/RS. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. Dados populacionais do Município de São Leopoldo, 2010. Disponível em: <[http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pop\\_estado\\_mapa2\\_municipio.php?municipio=S%C3%A3o+Leopoldo&id=364](http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pop_estado_mapa2_municipio.php?municipio=S%C3%A3o+Leopoldo&id=364)>. Acesso em: 29 mai.2012.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 270-276, abr. 2005.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HALBE, Hans W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Editora Roca, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais do Município de Indaiatuba, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352050>>. Acesso em: 29 mai. 2012.

MOTTA, E. V., et al. Colpocitologia em Ambulatório de Ginecologia Preventiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 4, p. 302-310, out./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7396.pdf> >. Acesso em: 10 mar. 2012.

NERY, Maria E. S.; VANZIN, A. S. **Enfermagem em Saúde Pública**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

PEREIRA, Maurício G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINHO, A. A., MATTOS, M. C. F. I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, vol. 38, n. 3, p. 225-231, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v38n3/4036.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

POLI, Marcelino E. H.; SILVEIRA, Gustavo G. **Ginecologia Preventiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ROSENSTEIN JÚNIOR, R. Prevenção e intervenção precoce nas lesões precursoras do câncer de colo de útero. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 26, p. 76-83, abr. 2003.

SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal. **Serviços de Saúde Municipal**. São Leopoldo, 2012. Disponível em: < [https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/show\\_page.asp?id\\_CONTEUDO=1369&codID\\_CAT=1&id\\_SERVICO=&ID\\_LINK\\_PAI=28&categoria=%3Cb%3ESecretarias%3C/b%3E](https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/show_page.asp?id_CONTEUDO=1369&codID_CAT=1&id_SERVICO=&ID_LINK_PAI=28&categoria=%3Cb%3ESecretarias%3C/b%3E) >. Acesso em: 10 mar. 2012.

SOUZA, Lien. G., VIANNA, Ana. C. C. Análise dos exames colpocitológicos de clientes atendidas pelo ambulatório de ginecologia preventiva, do Hospital Geral de Bonsucesso/RJ, no período entre Maio/2004 e Abril/2005. **Revista Novo Enfoque**, v. 5, n. 5, 2007. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/pesquisa/vol5/PDFs/03.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

## **APÊNDICES**

# APÊNDICE A – Termo de compromisso para utilização dos dados enviado ao Laboratório



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE  
(Modalidade à Distância)



## TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS

### Título do Estudo

Resultados de exames citopatológicos realizados em mulheres atendidas na rede pública de saúde de São Leopoldo/RS, no ano de 2011.

A pesquisada do presente estudo solicita a permissão para divulgação do nome do Laboratório Histolab, e se compromete a preservar essas informações que serão utilizadas para execução deste trabalho.

Novo Hamburgo, 13 de março de 2012.

Nome da Pesquisadora	Assinatura
Ana Paula Maia	

Autorizado por:	Assinatura e carimbo
Roque Domingos Furian	 

**APÊNDICE B – Termo de compromisso para utilização dos dados enviado ao Município**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE  
(Modalidade à Distância)



**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Título do Projeto

Resultados de citopatológicos, realizados em mulheres atendidas na rede pública de São Leopoldo/RS, no ano de 2011.

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados nos Centros de Saúde onde são realizados os Citopatológicos. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Compromete-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Solicito a permissão para divulgação do nome do município no trabalho.

Novo Hamburgo, 13 de março de 2012.

Nome da Pesquisada	Assinatura
Ana Paula Maia	

Autorizado por:	Assinatura e carimbo
Valmor Ruaro	

MD. Valmor Ruaro  
Secretário Municipal de Saúde  
PMSU/Somente uma nova cidade