



CURSO DE ENFERMAGEM

LUZIANE SILVA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES QUE
REALIZARAM EXAME DE PAPANICOLAU NO PSF OLIVEIRAS
NO PERÍODO DE JANEIRO/2019 A JANEIRO/2020**

Sinop/MT

2023



CURSO DE ENFERMAGEM

LUZIANE SILVA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES QUE
REALIZARAM EXAME DE PAPANICOLAU NO PSF OLIVEIRAS
NO PERÍODO DE JANEIRO/2019 A JANEIRO/2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem, da UNIFASIPE- Centro Universitário, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Alvaro Carlos Galdos Riveros

Sinop/MT

2023

LUZIANE SILVA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES QUE REALIZARAM EXAME DE
PAPANICOLAU NO PSF OLIVEIRAS NO PERÍODO DE JANEIRO/2019 A
JANEIRO/2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem do Centro Educacional Fasipe - UNIFASIPE como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___

Alvaro Carlos Galdos Riveros

Professor Orientador

Departamento de Enfermagem – UNIFASIPE

Vanessa Gisele dos Santos

Departamento de Enfermagem – UNIFASIPE

Bruno Jonas Rauber

Departamento de Enfermagem – UNIFASIPE

Coordenador do Curso de Enfermagem

**Sinop/MT
2023**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente à Deus por estar sempre comigo.

Aos meus pais, José e Luzilene.

A meus irmãos Haialla, Lucas, Raildo, Josemir e a família, que mesmo de longe me dão a força necessária para esta caminhada.

A Dra. Camila Trevisan e Dra. Monica Trevisan por todo apoio, carinho, dedicação e paciência comigo durante toda a trajetória.

A minha segunda família Trevisan pela paciência, apoio e tolerância, e a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente estiveram comigo neste momento especial e de conquista.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus, por me conceder vida e ter me sustentado até aqui. A minha família pelo apoio mesmo de longe e a minha segunda família Trevisan pela força, apoio, por me orientando e ajudando no que fosse necessário.

A minhas amigas, Franciele, Jaciele, Jaqueline, Monque, Natali que me apoiaram desde do início.

A minhas amigas de graduação, Ana Beatriz, Ana Eduarda, Edvayne, Julia, que juntas estamos em busca de um mesmo objetivo.

A o Centro cultural de Capoeira Lendário de Palmares que sempre me incentivou e apoio desde do início.

Ao meu professor e coordenador de curso Me Bruno Jonas Rauber pela ajuda durante o desenvolvimento do meu trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Alvaro Galdos que me orientou de forma objetiva para obter êxito neste trabalho.

A professora Me. Vanessa Gisele, pelo apoio em auxílio no início dessa pesquisa.

A Enfermeira Ellen Leticia Ribeiro do PSF Oliveiras pela ajuda no desenvolvimento do trabalho.

E todos os professores que me acompanharam durante esta caminhada.

Obrigada a todos pelo carinho e paciência.

EPÍGRAFE

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.”

Isaias 41:10

SANTOS, Luziane Silva. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES QUE REALIZARAM EXAME DE PAPANICOLAU NO PSF OLIVEIRAS NO PERÍODO DE JANEIRO/2019 A JANEIRO/2020.** 2023. Monografia de conclusão de curso FASIPE - Faculdade de Sinop

RESUMO

O câncer de colo de útero é o terceiro câncer mais prevalente em mulheres e uma causa frequente de morte. A taxa de mortalidade por câncer de colo do útero caiu significativamente com o aumento do rastreamento da doença através do exame de Papanicolau. O exame preventivo é simples, rápido e indolor e a sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito de forma precoce e reduza a mortalidade pela doença. Este é um trabalho de levantamento de dados, retrospectivo com a finalidade de identificar as características epidemiológicas das mulheres que realizaram o exame no PSF Oliveiras no período de janeiro/2019 a janeiro/2020. Foram analisados 170 pacientes, 44% tinham idade entre 20 a 35 anos (idade mínima de 12 e máxima de 75 anos), 44% eram de etnia parda, 38% viviam com companheiro (união estável), 39% não haviam concluído ensino fundamental. Em relação as características histológicas, 48% dos pacientes apresentavam exame negativo para neoplasia e 11% resultados possivelmente não neoplásicos. A maior prevalência dos micro-organismos foi de lactobacillus *sp* 35% seguido pela presença de outros lactobacillus 32% e gardnerella vaginalis 26%. Sobre a adequabilidade da amostra coletada, 96,4% das amostras obtiveram a realização da coleta de forma satisfatória. O responsável pela coleta em 120 pacientes foi o enfermeiro(a) e somente em 50 pacientes foi realizado pelo médico (a). Os dados encontrados corroboram com os encontrados nas produções científicas atuais, demonstrando a importância do rastreamento e diagnóstico precoce, a fim de diminuir a mortalidade pelo CCU. Ações educativas e preventivas devem ser desenvolvidas de forma contínua, tendo o enfermeiro papel fundamental na desmistificação cultural e na conscientização dessas mulheres sobre seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde.

PALAVRA CHAVE: Câncer de colo do útero; Exame de Papanicolau; Prevenção.

SANTOS, Luziane Silva. **EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WHO PERFORMED PAPA SCOUT EXAM AT PSF OLIVEIRAS FROM JANUARY/2019 TO JANUARY/2020.** 2022. Course completion monograph FASIPE - Faculdade de Sinop

ABSTRACT

Cervical cancer is the third most prevalent cancer in women and a frequent cause of death. The death rate from cervical cancer has dropped significantly with increased screening for the disease through the Pap smear. The preventive examination is simple, quick and painless and its periodic performance allows the diagnosis to be made early and reduces mortality from the disease. This is a retrospective data collection work with the purpose of identifying the epidemiological characteristics of the women who underwent the exam at the Oliveiras PSF from January/2019 to January/2020. 170 patients, 44% were aged between 20 and 35 years (minimum age 12 and maximum age 75 years), 44% were of brown ethnicity, 38% lived with a partner (stable union), 39% had not completed elementary school. Regarding the histological characteristics, 48% of the patients had negative results for neoplasia and 11% had possibly non-neoplastic results. The highest prevalence of microorganisms was lactobacillus sp 35% followed by the presence of other lactobacillus 32% and gardnerella vaginalis 26%. Regarding the adequacy of the sample collected, 96.4% of the samples obtained the collection satisfactorily. The nurse was responsible for the collection in 120 patients and only in 50 patients was performed by the physician. The data found corroborate those found in current scientific productions, demonstrating the importance of screening and early diagnosis in order to reduce mortality from CC. Educational and preventive actions must be developed continuously, with nurses having a fundamental role in cultural demystification and in raising these women's awareness of their role as subjects responsible for their health.

Keywords: Cervical cancer. Pap smear. Prevention

LISTA DE ABREVIATURAS

- ASC-US** - Células escamosas atípicas de significado indeterminado
- ASC-H** - Células escamosas atípicas, não se pode descartar uma lesão de alto grau
- CEC** - Carcinoma de Células Escamosas
- CCU** - Câncer de Colo de Útero
- HPV** - Papilomavírus Humano
- INCA** - Instituto Nacional de Câncer
- JEC** - Junção Escamo-colunar
- MS** - Ministério da Saúde
- NIC** - Neoplasia Intraepitelial Cervical
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PNI** - Programa Nacional de Imunizações
- SDM** - Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama
- SISCAN** - Sistema de Informação de Câncer
- SISCOLO** - Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero
- SRC** - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Anatomia do colo uterino	18
Figura 2 – Histologia do colo uterino	19
Figura 3 - Papilomavírus Humano.....	22
Figura 4 – Exame Preventivo	25
Figura 5 – Preventivo (espátula de Ayres)	25
Figura 6 – Preventivo (escovinha)	25
Figura 7 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica para o diagnóstico de lesões cervicais	27
Figura 8 - Distribuição dos tipos de câncer.....	28
Figura 9 - Representação das taxas brutas de câncer de colo do útero, segundo os estados brasileiros (incidência por 100 mil mulheres)	29
Figura 10 – Mapa do Município de Sinop	33

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Tipos histológicos do câncer de colo uterino.....	20
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	37
Gráfico 2 – Estado civil, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	39
Gráfico 3 – Cor/raça, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	40
Gráfico 4 – Grau escolaridade, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	41
Gráfico 5 – Presença de micro-organismos, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	42
Gráfico 6 – Resultados do Papanicolau, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	43
Gráfico 7 – Avaliação da amostra, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	45
Gráfico 8 – Responsável pela coleta, dados UBS Oliveiras (2019 a 2020)	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Problemática	15
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Geral	16
1.3.2 Específicos.....	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor	18
2.2 Histologia do câncer de colo do útero	19
2.3 Fatores de Risco	21
2.4 Manifestações Clínicas do câncer de colo do útero	22
2.5 Diagnóstico do câncer de colo do útero	22
2.6 Nomenclatura do exame citopatológico do colo do útero	25
2.7 Epidemiologia do câncer de colo do útero	26
2.8 Rastreamento do câncer de colo do útero	28
2.9 Ações de Controle do câncer de colo do útero	29
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 Tipo de Pesquisa	32
3.2 Contexto da pesquisa	32
3.3 População e Amostra	33
3.4 Técnicas de Coleta e Análise dos Dados	34
3.5 Aspectos éticos	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	53
ANEXOS	57

1.INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que anualmente, entre 2020 a 2022, sejam diagnosticados 16.590 novos casos de câncer de colo do útero, ocupando a terceira posição (INCA, 2019).

Os pré-cânceres são diagnosticados com muito mais frequência do que o câncer de colo do útero invasivo. Para a maioria das mulheres, os pré-cânceres desaparecem sem tratamento, porém em algumas delas se tornam invasivos. As lesões pré-cancerígenas podem ser diagnosticadas realizando o exame de Papanicolau e posteriormente tratadas para impedir o desenvolvimento de um câncer. A idade média no momento do diagnóstico é aos 50 anos, podendo ser diagnosticado em mulheres entre 35-44 anos e raramente antes dos 20 anos (IARC, 2020).

O exame de Papanicolau, também conhecido como exame preventivo ou ainda esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical, é um teste de rastreio realizado para detectar alterações nas células do colo do útero, sendo a principal estratégia para detectar lesões precocemente. É um exame simples, rápido e indolor e pode ser realizado em Postos ou Unidades de Saúde da rede pública por médico/a ou enfermeiro/a desde 1997 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; ZONTAR et al., 2017).

O exame recebe este nome “Papanicolaou” em homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método no início do século XX, com o objetivo de investigar alterações nas camadas do epitélio do útero. A partir disso, facilitou o diagnóstico em menor tempo e com uma maior segurança (RODRIGUES et al., 2012).

O exame é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do planejamento familiar, pré-natal e ginecologia, visando a adesão e a diminuição na faixa etária de incidência de câncer do colo do útero (INCA,2021a).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o rastreamento deve se iniciar aos 25 anos de idade para as mulheres que já iniciaram atividade sexual com a realização de dois exames anualmente. Após dois exames negativos, o intervalo entre os exames deve ser de três anos até completar os 64 anos de vida (SILVA et al., 2019).

Conhecer o perfil de mulheres que realizam o exame Papanicolau, traz a equipe de saúde da região uma forma de buscar estratégias adequadas para alcançar esse atendimento as mulheres que não realizam o exame, muitas vezes por vergonha, medo ou por sentir dor durante a coleta, e também traz uma cobertura eficaz da sua população-alvo (POLO et al., 2019).

1.1 Problematização

No ano de 2019, a população feminina somava 52,2% dos 109,4 milhões de brasileiros, sendo o grupo que mais utiliza o Sistema Único de Saúde. Estima-se que o câncer está entre um dos diagnósticos que mais mata no mundo, e o câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Apesar do rastreamento, vacinação e conscientização da população, observa-se um aumento na taxa de mortalidade pelo câncer de colo do útero. As altas taxas de mortalidade atingem principalmente mulheres de baixa renda, negras e de idade entre 45-64 anos (SIMÕES et al., 2018).

Em 2020, ocorreram 6.627 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa ajustada de mortalidade por este câncer de 4,60/100 mil mulheres. No Brasil, em 2022, são esperados 16.710 casos novos, com um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2021).

Infecção por Papilomavírus Humano (HPV), tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero (IGCS, 2018).

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 (INCA,2016).

Mediante o exposto acima surge o questionamento de qual é o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau na prevenção de câncer de colo do útero no PSF Oliveiras de 2019 a 2020?

1.2 Justificativa

O trabalho refere-se ao campo humano, pois o diagnóstico precoce obtido através do exame de Papanicolau pode reduzir o risco do câncer de colo do útero ou qualquer outra doença relacionada ao sistema reprodutor feminino, evitando um dano maior para a vida da paciente.

No estudo realizado por Nóbrega et al. (2014), através de uma revisão bibliográfica, ele destacou que o câncer de colo uterino é uma doença com alto índice de prevenção, tendo como método efetivo para o seu rastreamento o exame Papanicolau. A realização deste exame de prevenção permite reduzir em até 70% a mortalidade por câncer de colo de útero na população de risco, pois esta neoplasia tem um desenvolvimento lento, e as alterações celulares que podem desencadeá-la são facilmente descobertas no exame preventivo.

Quando o exame é realizado adequadamente, apresenta uma sensibilidade e especificidade de 77,8% e 100%, demonstrando que o Papanicolau é o método de triagem rentável para a detecção precoce de lesões cervicais, pré-malignas e malignas (SOUZA, 2017).

O papel do enfermeiro é de extrema importância nas ações de Assistência Integral à Saúde da Mulher, incluindo a realização do Papanicolau. Isso se dá por meio de um atendimento humanizado, fazendo com que a paciente adquira confiança, conhecimento sobre a importância da realização e rastreamento através do exame e apoio necessário para o tratamento. Dessa maneira, reduzindo o índice de mortalidade por uma doença de fácil prevenção (RAMOS, A. L., 2014)

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

- Realizar um levantamento epidemiológico das pacientes que realizaram o exame de Papanicolau no PSF Oliveiras, no período de 1 ano (janeiro/2020 a janeiro/2021).

1.3.2 Objetivos Específicos

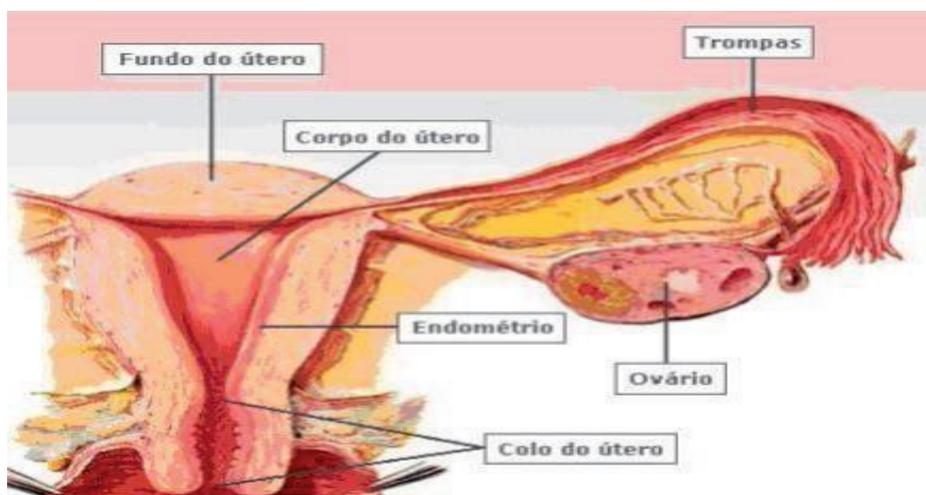
- Revisar a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino;
- Apresentar o conceito de câncer de colo do útero, as lesões precursoras e os fatores de risco;
- Identificar os índices de mortalidade de câncer de colo de útero no Brasil;
- Descrever como são desenvolvidas as ações do programa de prevenção ao câncer de colo do útero pela equipe multidisciplinar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino

O sistema genital feminino é dividido em genitália externa e interna. A genitália externa é composta por vulva e períneo (região vulvoperineal) e a genitália interna pela vagina, útero, trompas de falópio e ovários. Dentre suas funções, destacam-se a produção de gametas femininos (os ovócitos), a produção de hormônios sexuais e manutenção do embrião, e depois o feto, ao longo de seu desenvolvimento até o nascimento (REZENDE MONTENEGRO, 2017).

Figura 1. Colo Uterino



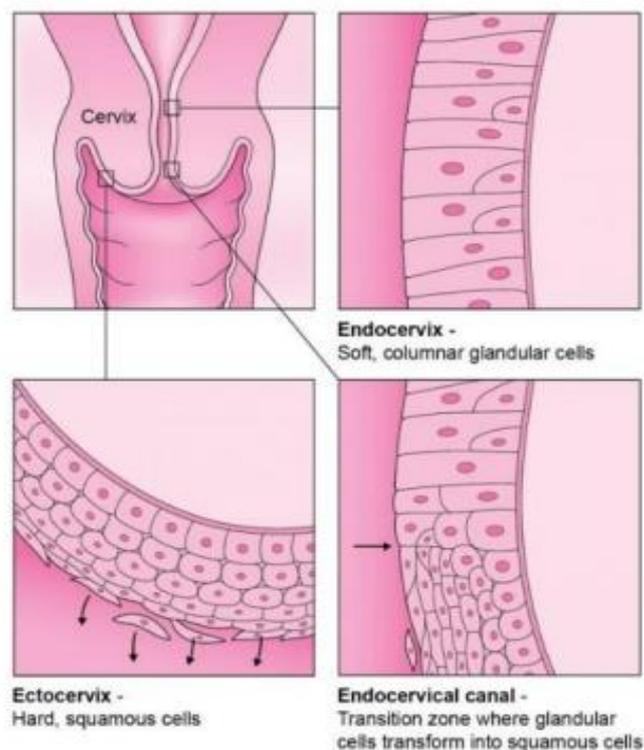
Fonte: REZENDE MONTENEGRO 2010 p.14

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino, fibromuscular em forma de pera invertida, que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. O colo do útero tem forma cilíndrica, com comprimento variável entre 2,5 e 3 cm (GONZALEZ, 2010).

O útero tem como principais funções o transporte dos espermatozoides em direção ao oviduto, a regulação da função do corpo lúteo, a implantação e gestação do embrião/feto e o parto (CUNNINGHAM, 2016).

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher (REZENDE MONTENEGRO, 2017).

Figura 2. Colo Uterino (histologia)



Fonte: JOSTRUST..., 2020, P. 2,3

As características anatômicas, funcionais, histológicas e patológicas tornam o colo do útero de grande importância para a saúde da mulher (GONZALEZ, 2010).

2.2 Histologia do câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. É uma doença que se origina em alterações intraepiteliais que podem se transformar em um processo invasor, de natureza crônica. Pode originar-se do epitélio escamoso da ectocérvice (carcinoma de células escamosas - CEC) ou do epitélio escamoso colunar do canal cervical (adenocarcinoma cervical). Os carcinomas de células escamosas (CEC) representam 70% dos casos, adenocarcinomas 25% e carcinomas adenoescamosos 3 a 5% (IARC, 2020).

Carcinomas neuroendócrinos e de pequenas células podem se originar na cérvix uterina, mas são raros. O rabdomiossarcoma primário do colo uterino é uma doença rara e se apresenta em mulheres jovens e adolescentes. Linfoma primário do colo uterino e sarcomas são outras possibilidades pouco frequente (INCA, 2019a).

Os tipos histológicos de carcinoma de colo uterino estão listados na Tabela 1. A variedade de tipos histológicos, seus diferentes comportamentos clínicos e tratamentos tornam obrigatória a biópsia para a confirmação do tipo histológico (INCA, 2020).

Tabela 1. Tipos histológicos do câncer de colo uterino

Carcinoma de células escamosas	Adenocarcinoma tipo células claras
Carcinoma de células escamosas queratinizante de grandes células	Adenocarcinoma seroso
Carcinoma de células escamosas não-queratinizante de grandes células	Adenocarcinoma tipo mesonéfrico
Carcinoma verrucoso	Adenocarcinoma tipo células em anel de sinete
Carcinoma de células transicionais	Adenoma maligno
Carcinoma linfoepitelioma-like	Adenocarcinoma viloglandular
Adenocarcinoma	Carcinoma adenoescamoso
Endocervical (mucinoso)	Carcinoma adenoide cístico
Endometriode	Carcinoma de pequenas células
Adenocarcinoma padrão intestinal	Carcinoma indiferenciado

Fonte: INCA 2021, P.3.

As células na zona de transição não se transformam repentinamente em câncer, elas sofrem, gradualmente alterações anormais chamadas de lesões pré-cancerígenas. Existem várias nomenclaturas para descrever essas alterações pré-cancerígenas, incluindo neoplasia intraepitelial de colo do útero (NIC), lesão intraepitelial espinocelular e displasia. (INCA, 2011)

As lesões cervicais consideradas precursoras possuem diferentes graus evolutivos classificados como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é classificada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas (INCA, 2019a).

As NICs de grau I geralmente regridem em períodos entre 12 e 24 meses ou não progridem para graus II ou III, não sendo consideradas lesões precursoras. Os graus II e III, considerados os mais graves, apresentam maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas, possuindo maior probabilidade de progressão para o câncer ((INCA,2017).

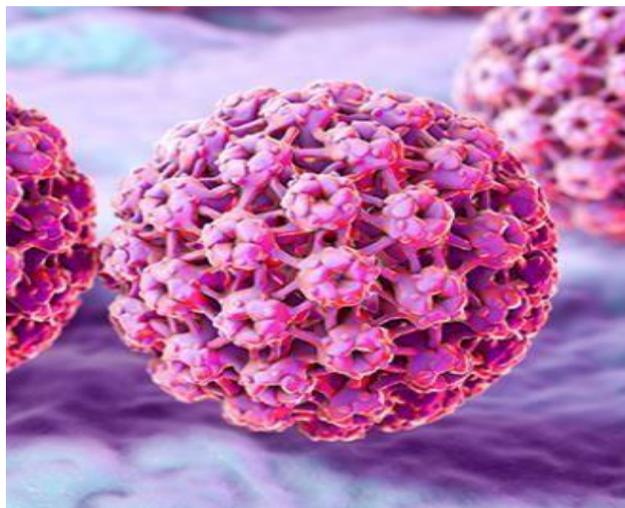
2.3 Fatores de risco

A Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), Carcinoma de Células Escamosas (CEC) e adenocarcinomas compartilham a maioria dos fatores de risco, sendo eles: início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros sexuais, promiscuidade, história de doença sexualmente transmitida (*Chlamydia trachomatis* e herpes simplex vírus), multiparidade, imunossupressão, baixo nível socioeconômico, uso prolongado de anticoncepcional oral e história prévia de displasia escamosa da vulva ou vagina. No caso do carcinoma espinocelular, o tabagismo também é fator de risco (INCA,2011).

Adenocarcinomas, que incluem os subtipos mucinoso, endometrióide, de células claras e seroso, têm aumentado em incidência desde a década de 1970, especialmente em mulheres com menos de 35 anos. O motivo não está bem estabelecido e podem contribuir para essa tendência o maior uso de anticoncepcionais orais, menor frequência de tumores com histologia não definida e maior dificuldade no diagnóstico de lesões pré-invasivas (OLIVEIRA,2015).

O papiloma vírus humano – HPV (figura 3) desempenha papel central na patogênese da doença e pode ser detectado em 99,7% dos cânceres de colo uterino, seja no CEC seja no adenocarcinoma (SANARFLIX,2020).

Figura 3. Papilomavírus Humano



Fonte: Sanarflix 2020, P.7.

A infecção pelo HPV é muito comum. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos (SOUZA, 2017).

Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (WHO, 2008). No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ), cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o câncer cervical invasivo (WHO, 2017).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer (SANARFLIX,2020).

Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero (IGCS, 2018). 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 (OLIVEIRA,2015).

O espectro de doenças causadas pelos vírus é grande e inclui verrugas genitais, papilomatose laríngea juvenil, câncer da vulva, vagina, ânus e pênis, assim como cânceres da cabeça e pescoço, além do câncer invasivo de colo uterino (WHO, 2008).

2.4 Manifestações Clínicas do câncer de colo do útero

O câncer em estágio inicial é frequentemente assintomático. Quando se manifesta clinicamente, os sintomas mais comuns são: sangramento vaginal anormal, sangramento menstrual mais prolongado que o habitual, sangramento após a menopausa, sangramento após a relação sexual, dor pélvica e/ou lombar, com irradiação para a região posterior dos membros. Casos mais extremos podem evoluir com sintomas decorrentes de invasão/obstrução das estruturas adjacentes, como hematúria e ureterohidronefrose secundários à invasão do trato geniturinário ou hematoquezia e suboclusão intestinal pela invasão do reto (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2013d).

2.5 Diagnóstico do câncer de colo do útero

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (SOUZA, 2017).

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002b). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2017).

O exame pode ser feito em qualquer rede de saúde pública ou privada por profissionais treinados para a realização da coleta. O procedimento não causa dor a paciente, pode ter apenas um pequeno desconforto, é simples de ser feito e rápido. As pacientes devem seguir algumas recomendações no dia que antecede o exame: não fazer sexo, mesmo com preservativo; não realizar ducha vaginal; não usar medicamentos na vagina e não estar menstruada, pois esses

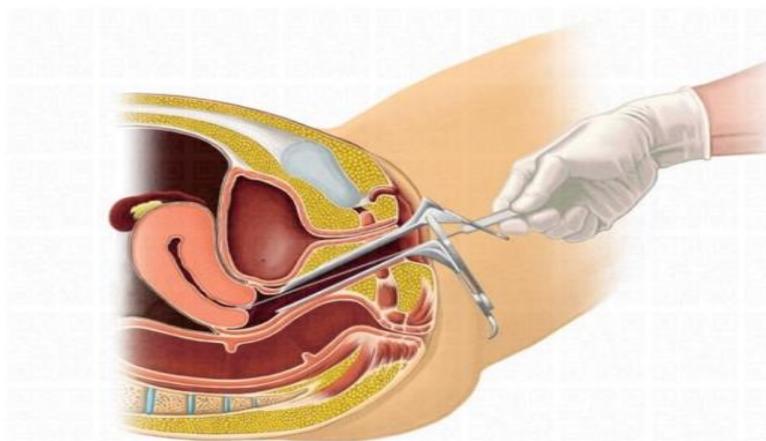
fatores podem alterar o resultado do exame (BALDUINO; COSTA; SOUZA, 2016; ZANOTELLI, 2013).

Para a realização do exame preventivo são necessários alguns materiais, tais como: avental para uso da paciente; luvas; espéculo; pinça cheron; espátula de ayre; escovinha; lâmina de vidro; frasco porta lâmina; fixador spray de polietilenoglicol; gaze; fita adesiva para identificar de que paciente pertence esse exame; requisição do exame; lápis e lençol descartável para colocar na maca antes da realização do exame (BALDUINO; COSTA; SOUZA, 2016).

Segundo Machado (2015) o modo de realizar o exame Papanicolau consiste em:

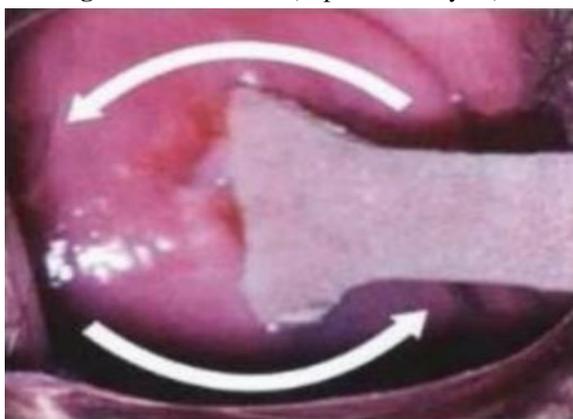
1. Afastam-se os pequenos lábios, introduzindo o espéculo no sentido longitudinal-oblíquo.
2. Depois, gira-se o espéculo para o sentido transversal.
3. Com o espéculo já posicionado na vagina e aberto, utiliza-se a espátula de Ayre coletando uma amostra do orifício cervical através de um giro nesse instrumento de 360°.
4. Desse modo, coletando células de toda a superfície da zona de transição (ectocérvice e junção escamocolunar).
5. Próximo passo é o uso da escova, que deve ser inserida na endocérvice para a coleta deste material.
6. Por fim, o material coletado deve ser espalhado e fixado na lâmina.
7. Depois é analisado no microscópio óptico

Figura 4. Exame de Papanicolau



Fonte: Balduino; Costa; Souza, (2016, P.14)

Figura 5. Preventivo (Espátula de Ayres)



Fonte: Balduino; Costa; Souza, 2016, P.23

Figura 6. Preventivo (Escovinha)



Fonte: Balduino; Costa; Souza (2016, P.23)

As amostras satisfatórias podem ter células do epitélio do colo uterino provenientes da endocérvice (células glandulares), ectocérvice (células escamosas) e junção escamocolunar (células metaplásicas). Já as amostras insatisfatórias são devidas a algum fator que prejudica a leitura do exame, como: material acelular ou hipocelular; presença de sangue, artefatos, piócitos ou superposição celular. É válido ressaltar que a presença das células da JEC na amostra é considerada como indicador da qualidade da coleta do PCCU. Tal fato é justificado porque é nesta região que se encontra a maior parte dos CCU (BRASIL, 2013b).

2.6 Nomenclatura do exame citopatológico do colo do útero

A nomenclatura do exame citopatológico passou por diversas modificações ao longo do tempo, que iniciou com o George Papanicolaou, na década de 40. O mesmo utilizou os termos “classes” para nomear as alterações do exame. Sabe-se, entretanto, que somente a classificação V era definida como malignidade. George não levava em conta as alterações precursoras do câncer de colo de útero (BRASIL, 2016).

Devido a estas discordâncias entre as classificações do exame citopatológico do colo do útero, em 1988, ocorreu uma conferência em Bethesda, Estados Unidos, onde foi elaborada uma nova nomenclatura denominada: Bethesda (BRASIL, 2016). Nesta classificação, as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL) não representam lesões precursoras de CCU e sim a infecção pelo vírus HPV. Na maior parte dos casos, estas lesões regredem. Já as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) tem maior probabilidade de progredir para CCU (BRASIL, 2013b).

Figura 7 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica para o diagnóstico de lesões cervicais

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema Bethesda (2001)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL	LSIL
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	HSIL	HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

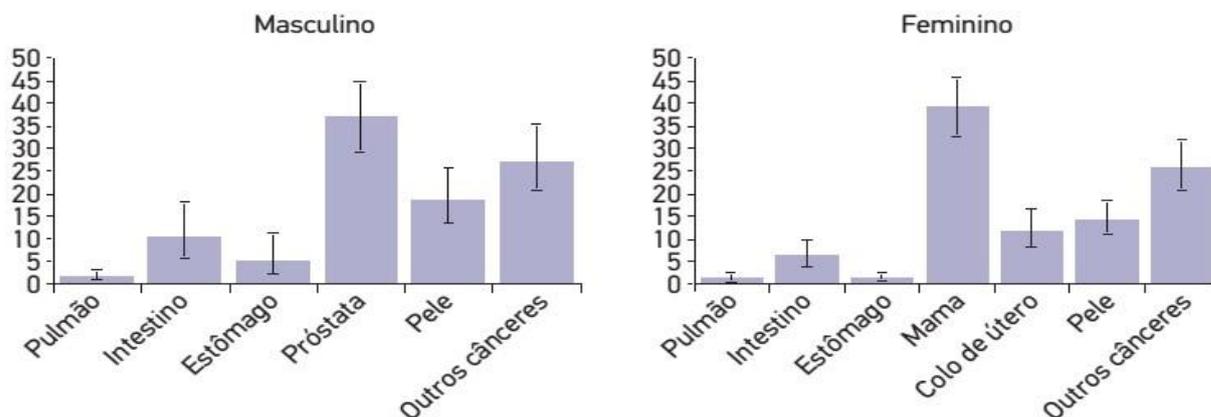
Fonte: INCA, 2016, P.3

É válido ressaltar que dentre as alterações benignas no exame citopatológico do colo do útero, podemos encontrar: inflamação; metaplasia escamosa imatura; reparação; atrofia com inflamação; alterações devido radiação ou quimioterapia; achados microbiológicos, como: *Lactobacillus* sp, cocos, *Gardnerella*, *Mobiluncus* sp, *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp; e citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa (BRASIL, 2016).

2.7 Epidemiologia do câncer do colo do útero

Com aproximadamente 570 mil casos novos por ano no mundo o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Ele é responsável por 311 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (IARC, 2020).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres. Para o ano de 2022 foram estimados 16.710 casos novos, o que representa um risco considerado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2021).

Figura 8. Distribuição dos tipos de câncer

Fonte: Oliveira, 2015, P.6.

Na análise regional, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na região Norte (26,24/100 mil) e o segundo nas regiões Nordeste (16,10/100 mil) e Centro-Oeste (12,35/100 mil). Já na região Sul (12,60/100 mil) ocupa a quarta posição e, na região Sudeste (8,61/100 mil), a quinta posição (INCA, 2019).

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada pela população mundial, foi 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020. Na região Norte que se evidencia as maiores taxas do país, com nítida tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2017 (INCA, 2020)

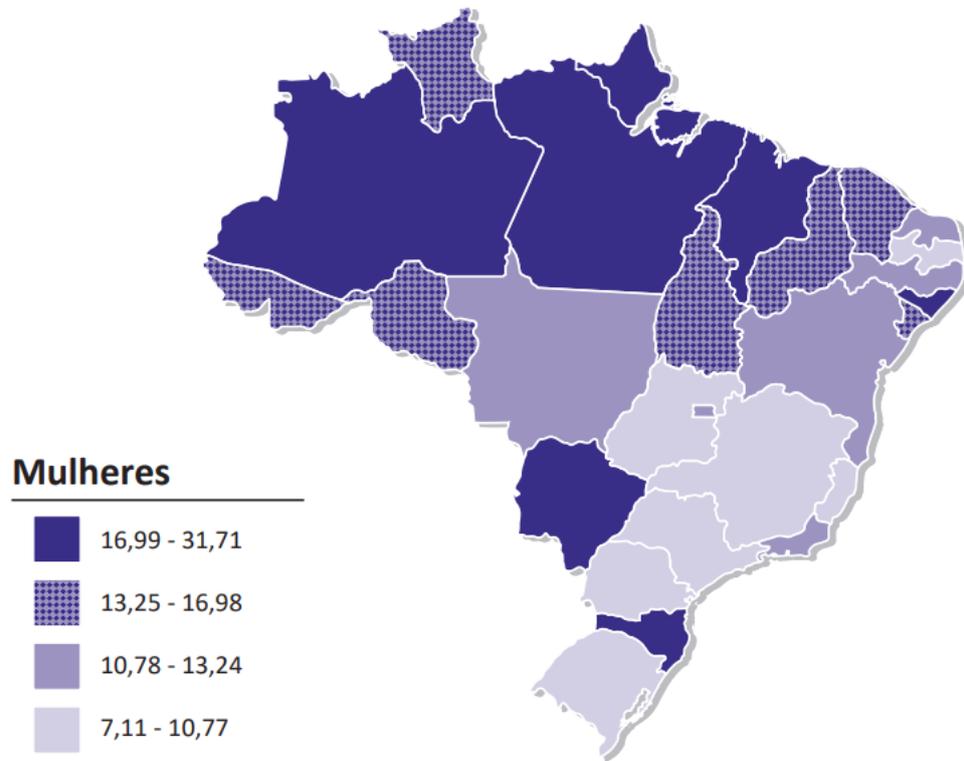
Na mortalidade proporcional por câncer em mulheres, em 2020, os óbitos por câncer do colo do útero ocupam o terceiro lugar no país, representando 6,1% do total. Esse padrão é semelhante para as regiões Centro-Oeste e Nordeste onde também ocupa a terceira posição, com 7,6% e 8,2% dos óbitos respectivamente. Os menores percentuais são os do Sudeste (4,3%) e Sul (4,8%), onde ocupam respectivamente a sétima e a sexta posição. Chama a atenção a região Norte, onde os óbitos por câncer do colo do útero ocupam a primeira posição, com 15,7% dos óbitos por câncer em mulheres (SIMÕES et al., 2018).

Houve um declínio no número de mortes por essa neoplasia desde a década de 1930, relacionado principalmente, mas não exclusivamente, à realização do exame preventivo de citologia oncológica, o exame de Papanicolau. No entanto, nos países em desenvolvimento, o câncer de colo uterino continua sendo uma das principais causas de morte em mulheres. Vários

fatores contribuem para esse fato, como a falta de programas para detecção precoce, falta de aderência das mulheres a esses programas e a elevada taxa de infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e diferenças culturais com relação à atividade sexual (INCA, 2021).

No Brasil, a sua incidência torna-se evidente na faixa etária dos 20-29 anos e atinge o pico entre 45 e 49 anos de idade. Estima-se que medidas como exame de Papanicolau frequente e tratamento das lesões precursoras nas mulheres entre 25 e 65 anos de idade possam reduzir a mortalidade pela doença em 80% (INCA, 2008).

Figura 9 - Representação das taxas brutas de câncer de colo do útero, segundo os estados brasileiros (incidência por 100 mil mulheres)



Fonte: INSTITUTO (2022, p. 3)

2.8 Rastreamento do câncer de colo do útero

Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (INCA,2022).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico, que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016). Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer (WHO, 2021).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2016).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (SOUSA,2017)

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (BRASIL, 2012).

2.9 Ações de controle do câncer do colo do útero

Em 1984 foi lançado o 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,2022).

O Ministério da Saúde reconheceu, em setembro de 1995, 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. 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 (BRASIL,2020).

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, 2010b).

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. Nesta fase, foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres (BRASIL, 2022).

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 (Portaria GM 2439/2005). Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 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 (BRASIL, 2013).

Em 2010 o Ministério da Saúde, considerando a persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no Brasil e sua magnitude social, instituiu por meio da Portaria nº 310/2010 (BRASIL, 2010), um Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. As conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo (INCA, 2010b), publicado pelo INCA em 2010.

Em 2013 a Portaria nº 874/2013 (BRASIL, 2013a) instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano a Portaria nº 3.394/2013 instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (BRASIL, 2013b) uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Em 2014, a Portaria nº 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Esta Portaria estabeleceu os critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer (BRASIL, 2014).

Ainda em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o

vírus HPV. A vacina trará importante contribuição nas ações de prevenção deste câncer (BRASIL, 2021a).

Em 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020 que instituiu, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro federal com o objetivo de fortalecer o acesso às ações de prevenção, detecção precoce e controle de câncer durante a pandemia de Covid-19, no Sistema Único de Saúde, por meio da reorganização da rede de atenção e seus fluxos assistenciais (BRASIL, 2020).

Em 2021, o Ministério da Saúde publicou o novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Dentre as metas estabelecidas está a redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%, no Brasil, até 2030. Como ação estratégica para o alcance da meta está a implementação de linhas de cuidado e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce do câncer de colo de útero e o aperfeiçoamento do rastreamento evoluindo do modelo oportunístico para o modelo organizado (SIMÕES et al., 2018).

Ainda em 2021, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N°84 que institui a Câmara Técnica Assessora para o enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde com o objetivo de promover discussões, avaliar e propor medidas, por meio do intercâmbio de conhecimentos e experiências, visando ao aperfeiçoamento de ações estratégicas e ao auxílio técnico científico para a tomada de decisões sobre questões direta ou indiretamente relacionadas ao Câncer de Colo do Útero (BRASIL, 2021b).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado com dados coletados em registros da vigilância epidemiológica. A pesquisa descritiva tem o objetivo de analisar, identificar, relatar, aspectos e acontecimentos. Buscando-se abordagem quantitativa, frequência, particularidade, relação e associações entre variáveis (DYNIEWICZ,2009).

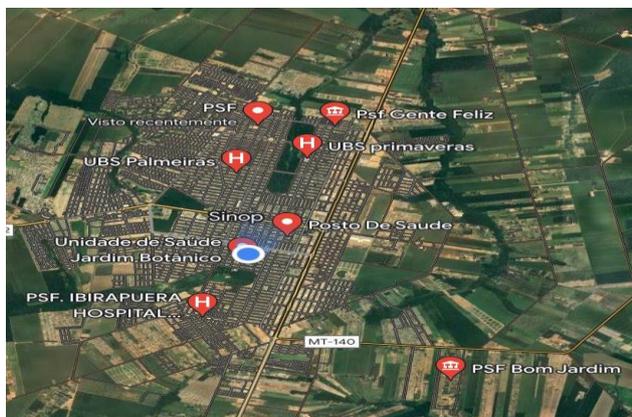
3.2 Contexto da Pesquisa

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Sinop – Mato Grosso. A cidade de Sinop é resultado da política de ocupação da Amazônia Legal Brasileira, desenvolvida pelo Governo Federal na década de 1970. O seu nome deriva das letras iniciais da Colonizadora que projetou a cidade – Sociedade Imobiliária Noroeste do Paraná.

Sua população em 2016 é estimada em 132,934 habitantes, e sua população flutuante passa de 200 mil, estando entre as maiores do estado.

Estrategicamente localizada às margens da BR 163 interligando-se com o Estado do Pará, Sinop fica a aproximadamente 500 quilômetros da capital, Cuiabá.

Figura 10: Mapa do município de Sinop



Fonte: Locais (2023, p.1)

3.3 População e Amostra

Para dar embasamento a esta pesquisa, o estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Sinop - Mato Grosso. A pesquisa visou responder a seguinte questão norteadora: Qual é o perfil de mulheres que realizam periodicamente o exame Papanicolau? Elaborada na estratégia PICO, P (Paciente), I (Faixa etária, raça, escolaridade, idade, início da vida sexual e resultado de exames), C (Papanicolau/câncer), O (Perfil de mulheres que realizam o exame). Os critérios de inclusão serão: registro de mulheres residentes da região de Sinop – MT, na área coberta pela estratégia saúde da família, pertencentes a unidade básica de saúde – PSF Oliveiras, dentre a faixa etária de 15 a 80 anos de idade e que já realizaram o exame citopatológico (Papanicolau). Os critérios de exclusão serão: registros incompletos (SANTOS MARC, 2014).

3.4 Técnicas de Coleta e Análise dos Dados

Os dados propostos para a análise deste estudo foram obtidos do sistema de informação do câncer de colo do útero (SISCOLO), conforme definição do MS:

[...] é o Sistema de informática oficial, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de Citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame, referentes ao programa de controle de colo do útero no Brasil. É composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – registra os dados referentes aos procedimentos de Citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade – e o módulo coordenação, registram as informações das mulheres que realizaram o exame (BRASIL, 2006^a p.87).

Para atender ao objetivo do estudo foram selecionadas as variáveis: faixa etária, raça, escolaridade, idade de início da atividade sexual, quantidade de parceiros, quantidade de gestações, abortos, renda familiar, tabagismo, infecção prévia por HPV, vacinação para HPV, infecção por ISTs.

Para a análise estatística, os dados serão apresentados em frequência absoluta e relativa percentual, com auxílio de gráficos e tabelas. Baseado na Portaria GM / MS Nº 3.712 de 22 de dezembro de 2020, que institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio

para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde.

3.5 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente trabalho em questão não viola qualquer questão ética, uma vez que se utiliza exclusivamente de dados de caráter público. Além disso, não há qualquer intenção de causar qualquer tipo de malefício, seja físico, psicológico ou social, aos indivíduos envolvidos na pesquisa. Segue em anexo parecer do CEP.

A utilização de dados públicos preserva a privacidade e confidencialidade dos sujeitos de estudo, não interferindo em sua intimidade ou direitos individuais. Dessa forma, a pesquisa conduzida cumpre integralmente com as disposições éticas estabelecidas, assegurando a integridade dos participantes e contribuindo para o avanço do conhecimento na área estudada.(BRASIL, 2013).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implementação dos programas de prevenção é a principal responsável pela modificação da taxa de incidência do Câncer de Colo de Útero (CCU) na maioria de países em processo de transição socioeconômica (BRASIL, 2015). No entanto, atingir o nível adequado de cobertura da população-alvo continua um desafio para países em vias de desenvolvimento, sendo o conhecimento dos fatores, associado a realização do exame de Papanicolau, ferramenta essencial na construção de estratégias para a redução da incidência e mortalidade por CCU (CORREA; VILLELA; ALMEIDA, 2012).

O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (IAS) com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual. A faixa etária constitui um indicador de saúde muito importante, pois quanto menor a idade de início da mulher para a realização do exame, mais precoce será o IAS. Ainda assim, o Ministério da Saúde (MS) recomenda captar, obrigatoriamente, mulheres entre 25-64 anos (BRASIL, 2011a; MELO et al., 2012).

Segundo a OMS, a incidência de CCU aumenta em mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta década de vida (BRASIL, 2011a) o que vem ao encontro dos dados sociodemográficos identificados no presente estudo, no qual se identificou que 100% eram do sexo feminino, 44% tinham idade entre 20 a 35 anos (idade mínima de 12 e máxima de 75 anos), 44% eram de etnia parda, 38% viviam com companheiro (união estável), 39% não haviam concluído ensino fundamental.

Em relação as características histológicas, 48% dos pacientes apresentavam exame negativo para neoplasia e 11% resultados possivelmente não neoplásicos. Em 12% foi detectado lesão intra-epitelial de alto grau (NIC II ou III) e 19% dos casos não foi possível afastar lesão de alto grau, sendo um deles com possível micro invasão, somente em 6% neoplasia intraepitelial de baixo grau (NIC I).

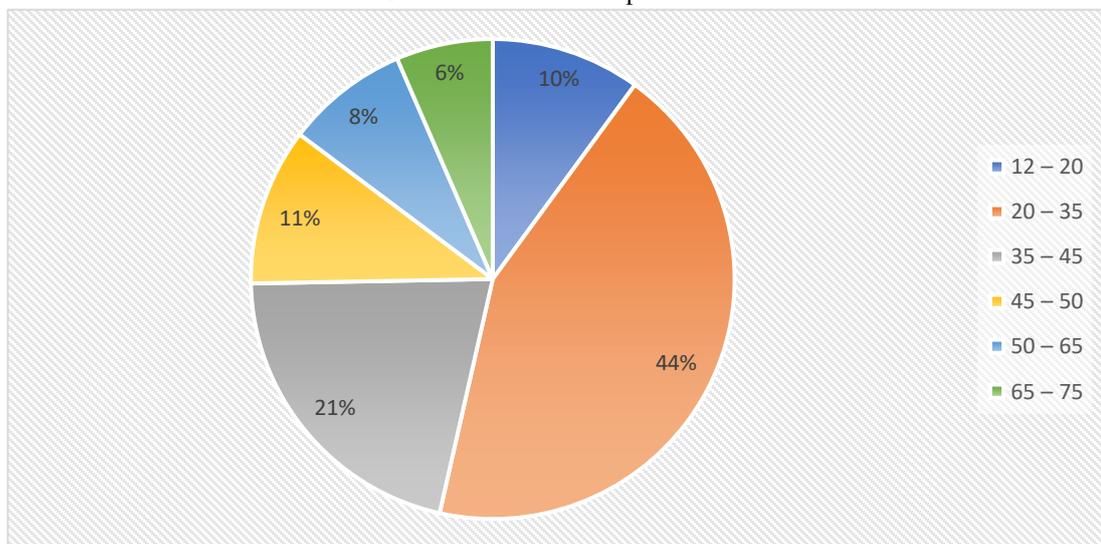
A maior prevalência dos micro-organismos foi de *Lactobacillus sp* 35% seguido pela presença de cocos 32% e *Gardnerella vaginalis* 26%.

Sobre a adequabilidade da amostra coletada, 96,4% das amostras obtiveram a realização da coleta de forma satisfatória e somente 3,6% amostras insatisfatórias, com necessidade de recoleta.

O responsável pela coleta em 120 pacientes foi o enfermeiro(a) e somente em 50 pacientes foi realizado pelo médico (a). O exame pode ser realizado em Postos ou Unidades de Saúde da rede pública por médico/a ou enfermeiro/a desde 1997 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; ZONTAR et al., 2017).

Em relação a faixa etária a maioria das pacientes apresentavam idade entre 20-35 anos (44%), em segundo lugar as pacientes de 35-45 anos (21%), terceiro lugar entre 45-50 anos (11%), logo em seguida as pacientes com idade entre 12-20 anos (10%), e por último as pacientes com idade acima de 50 anos (14%), como mostra o gráfico 1, concordando com um estudo realizado em Minas Gerais, onde 70% das mulheres que realizaram o exame possuíam entre 25 a 44 anos. (FIGUEIREDO et al., 2015).

Gráfico 01: Idade das pacientes



Fonte: Própria (2023)

Conforme a literatura, o câncer uterino apresenta evolução lenta com a forma invasiva, frequentemente, encontrada em mulheres de 40 a 60 anos. Com uma estimativa de 10 anos para atingir sua forma mais grave, a maior parte dos diagnósticos precoces entre os 30 anos de idade (MARTINS et al., 2017). No Brasil, é recomendado que mulheres de 25 a 64 anos realizem o teste anualmente e, após duas citologias consecutivas com resultado negativo, a cada três anos (INCA, 2016).

Nas pacientes com história de lesão intraepitelial de alto grau ou adenocarcinoma *in situ*, o rastreamento deve ser mantido até 20 anos depois do diagnóstico (SASLOW et al., 2012).

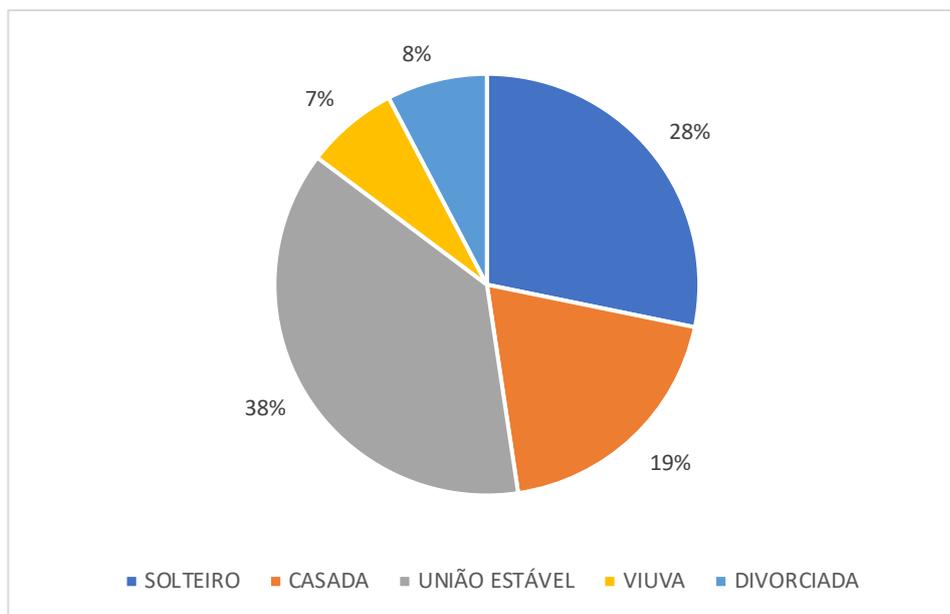
Do total dos testes Papanicolau realizados, 10% das mulheres estavam fora da faixa etária recomendada. Segundo estudos de Damacena, Luz e Mattos (2017), a realização do teste de Papanicolau em idade menor de 25 anos apresenta pequena representatividade, com apenas 1% de redução da incidência cumulativa de câncer do colo do útero. Enquanto Sousa et al. (2018) demonstrou que antes dos 25 anos, o rastreamento não apresentou impacto na redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino, já que apenas 1% dos casos ocorrem abaixo dessa idade.

De acordo com SANTOS *et al.* (2015), antes dos 25 anos de idade, há a prevalência das infecções por HPV com lesões de baixo grau, que tendem a regressão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas.

No entanto, nos Estados Unidos, o índice de infecção pelo HPV é considerado um dos mais altos do mundo, com cerca de 6,2 milhões de novos casos por ano, com maior prevalência em mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade (SPECK et al., 2015), sendo o principal motivo para as instituições norte-americanas recomendarem o exame preventivo a partir dos 21 anos de idade (COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE, 2009; SASLOW et al., 2012).

Após os 65 anos, com os exames preventivos regulares e normais, o risco de desenvolvimento de CCU torna-se reduzido, devido sua lenta evolução (SANTOS et al., 2015). Além disso, também é difícil de se obterem amostras satisfatórias para a interpretação de mulheres idosas devido à atrofia e estenose do colo de útero; no entanto, o rastreamento de mulheres de até 70 anos, ou mais, que não tenham sido examinadas previamente e que possuam novos parceiros sexuais é sugerido por JIN (2010).

Em relação ao estado civil, 38% viviam em união estável e 19% casadas, 28% se declararam solteiras, 15% viúvas/divorciadas (Gráfico - 2).

Gráfico 02: Estado civil das pacientes

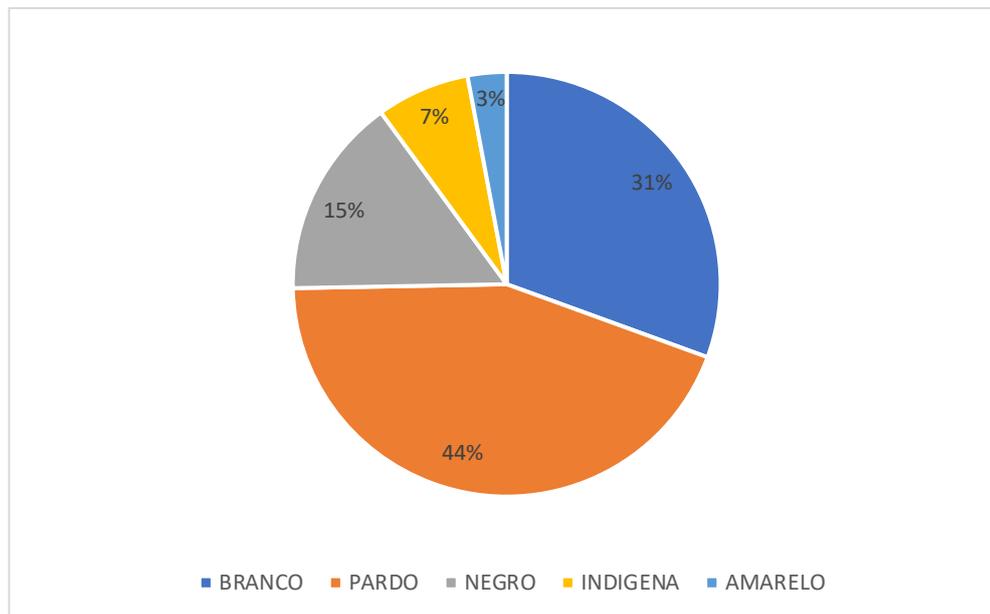
Fonte: Própria (2023)

Essa variável apresenta grande importância, uma vez que mulheres casadas tem maior propensão ao não uso de preservativo nas relações sexuais, facilitando a transmissão de IST (MARTINS et al., 2017).

Em contrapartida, Figueiredo et al. (2015), consideram que não há relação entre situação conjugal e as lesões precursoras, já que elas estão relacionadas ao comportamento sexual desprotegido e não ao estado civil.

Considerando a cor/raça 44% se declararam pardas, 31% brancas, 15% pretas/negras, 7% indígenas e 3% amarelas, como mostrado no gráfico 3.

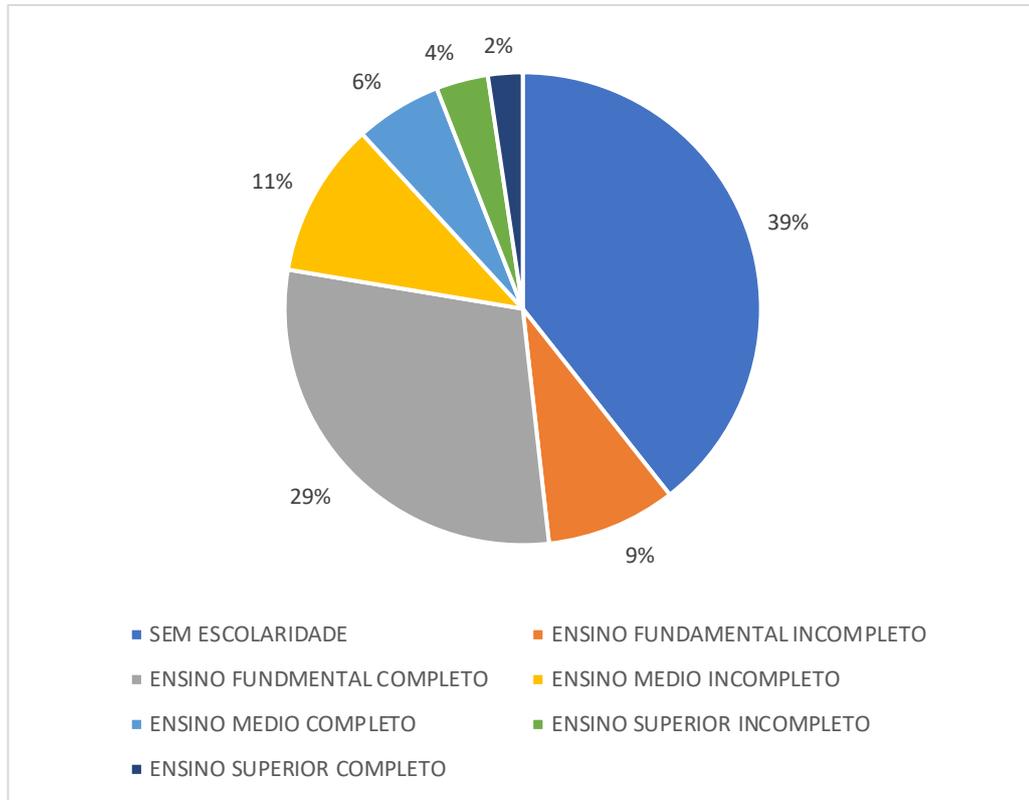
Em um estudo realizado na Bahia, as mulheres não brancas apresentaram duas vezes mais chances de desenvolverem o câncer uterino quando comparadas as brancas (SANTIAGO; ANDRADE; PAIXÃO, 2014). Outro estudo realizado em Recife-PE, demonstrou também que ser de cor não branca está relacionado a maior risco de mortalidade sendo observado que 60,5% dos óbitos por câncer de colo uterino ocorreram em mulheres negras (MELO et al., 2017).

Gráfico 03: Cor/raça das pacientes

Fonte: Própria (2023)

Um estudo realizado em São Leopoldo e Pelotas, Rio Grande do Sul (RS), objetivou investigar o acesso de mulheres negras e brancas aos exames de detecção precoce de câncer de mama e colo de útero (citopatológico) na qual foram entrevistadas 2.030 mulheres, sendo que 16,1% eram negras e 83,9% brancas. A probabilidade de mulheres não realizarem os exames citopatológicos e de mama foi significativamente maior nas negras. A desigualdade racial no acesso aos exames de detecção precoce de câncer persistiu após controle para idade e variáveis socioeconômicas (BAIRROS et al., 2011).

Como podemos observar no gráfico 4 temos 67 pacientes sem escolaridade, 15 pacientes com ensino fundamental incompleto, 50 pacientes com ensino fundamental completo, 18 pacientes com ensino médio incompleto, 10 pacientes com ensino médio completo, 6 pacientes com ensino superior incompleto e apenas 4 com ensino superior completo, refletindo a falta de escolaridade das pacientes que frequentam aquela região, aonde a maioria não chegaram a concluir o ensino médio.

Gráfico 04: Grau de escolaridade das pacientes

Fonte: Própria (2023)

Estudos demonstram que a baixa escolaridade está relacionada diretamente a um maior risco de morbimortalidade para o câncer de colo do útero devido à falta de informação, minimização dos sinais e sintomas e a baixa procura aos serviços de saúde para a promoção de sua própria saúde, dificultando o diagnóstico precoce de possíveis lesões precursoras (OLIVEIRA et al., 2014).

SILVA et al. (2014), em estudo observacional através de dados cadastrados no SISCOLO realizado no estado do Maranhão de janeiro a dezembro de 2011, identificaram o ensino fundamental incompleto como a escolaridade mais prevalente: 51,2% encontravam-se dentro dessa escolaridade, sugerindo ser esse um fator associado para o desenvolvimento do CCU.

Segundo Melo et al. (2017), pode-se relacionar as desigualdades de raça na realização do exame uma vez que a população não branca está em maior quantidade nas baixas camadas socioeconômicas e nos menores índices de escolaridade, duas variáveis que interferem no grau de conhecimento de autocuidado. A baixa escolaridade é um fator de risco para alterações no

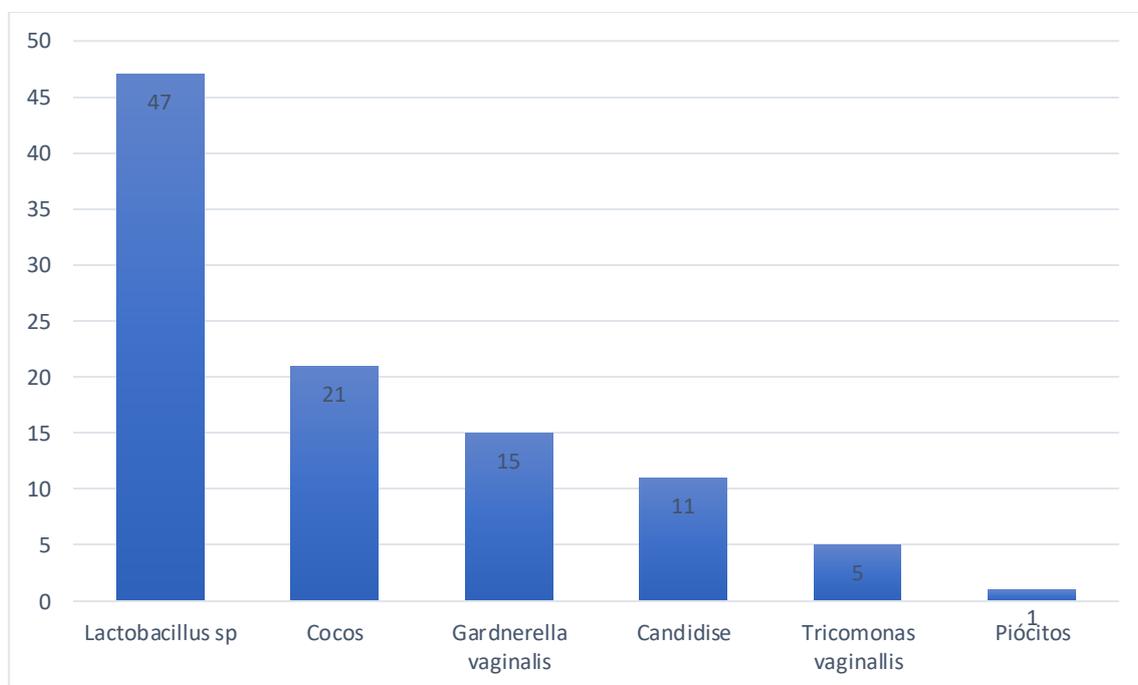
teste de Papanicolau e a não realização dele devido à falta de conhecimento e pouco acesso aos serviços de saúde pública (MELO et al., 2017).

De acordo do MALTA; SILVA JR. (2013) as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso as informações e aos serviços de saúde, são consideradas as mais vulneráveis às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer.

O embasamento científico indica que o grau de escolaridade pode influenciar na detecção precoce do CCU, tendo em vista que o menor nível de informação e entendimento pode resultar em baixa adesão as estratégias de prevenção. Quando sua importância é de conhecimento da população-alvo, pode ocasionar o diagnóstico precoce, o estabelecimento de tratamento adequado e, conseqüentemente, a redução na mortalidade.

Em relação ao gráfico 5, observou-se que, em 68% das amostras, os resultados encontrados estavam dentro da normalidade da microflora vaginal, apresentando como microrganismo dominante o *Lactobacillus* sp (47%) ou cocos (21%). Houve também a prevalência de: bacilos supracitoplasmáticos (*Gardnerella vaginalis*) (15%), *Candida* (11%) e *Trichomonas vaginalis* (5%).

Gráfico 05: Presença de micro-organismos no Papanicolau



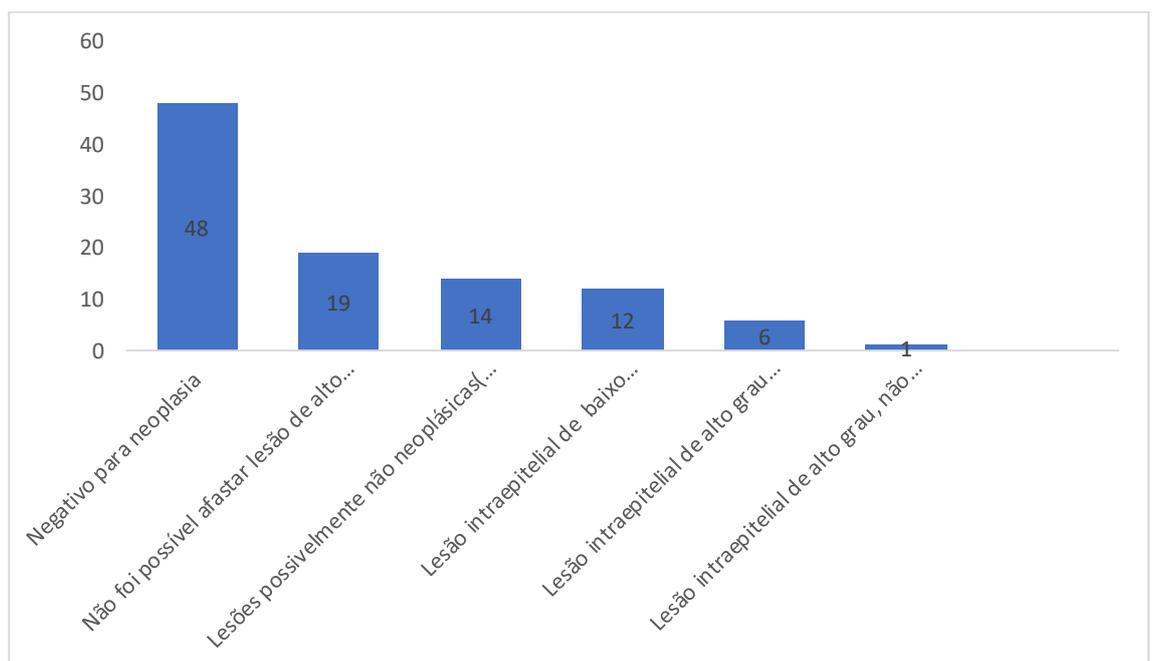
Fonte: Própria (2023)

Achados laboratoriais com presença microbiológica de *Lactobacillus* sp e cocos constituem achados normais, pois fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento (BRASIL, 2011b). Os resultados laboratoriais encontrados neste estudo corroboram com o preconizado pelos estudos dos manuais do MS cuja prevalência microbiológica achada foi de *Lactobacillus* sp e de cocos.

A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda que incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos: as células escamosas e glandulares devem ter o diagnóstico citológico diferenciado; a inclusão do diagnóstico sugestivo da infecção por HPV, dividindo-as em lesões intraepiteliais de baixo (LSIL) e alto (HSIL) graus, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora; e a introdução da análise da qualidade do esfregaço. Quanto à qualidade da amostra é considerada satisfatória ou insatisfatória (INCA, 2012).

No gráfico 06 podemos observar as características histológicas obtidas através do resultado do exame de Papanicolau, no qual observamos 48% das pacientes apresentando resultado negativo para neoplasia, 14% lesões possivelmente não neoplásicas, 19% não foi possível afastar lesão de alto grau, sendo 1 com possível micro invasão, 12% das pacientes apresentavam lesão intraepitelial de alto grau (NIC II ou III) e somente 6% lesão de baixo grau (NIC I). Apesar da maioria não apresentar lesões neoplásicas, 31% das pacientes já apresentavam lesão de alto grau, que poderiam ter sido prevenidas e tratadas se detectadas em estágio mais precoce.

Gráfico 06: Resultados do Papanicolau



Fonte: Própria (2023)

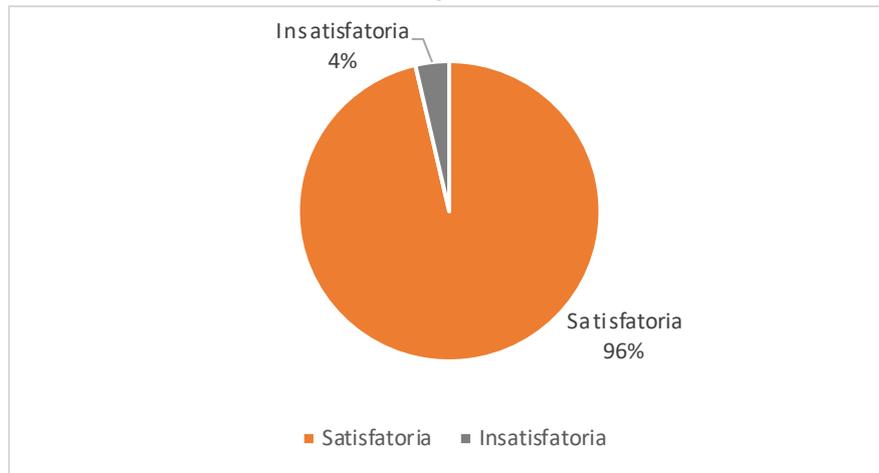
A lesão intraepitelial de baixo grau (NIC I), em sua maioria, apresenta prognóstico de cura, por se tratar de alterações consideradas benignas e na maioria dos casos reversível em mulheres jovens adultas (MARTINS et al., 2017). A maioria das infecções pelo HPV apresenta-se de forma assintomática e têm alta probabilidade de regredir espontaneamente (DOORBAR et al., 2012).

As alterações citopatológicas relacionadas aos efeitos do HPV foram predominantemente do tipo não neoplásica. Esta classe inclui as células do tipo ASCUS, ASCH, LSIL, células glandulares possivelmente não neoplásicas e células indefinidas possivelmente não neoplásicas. Contudo, é importante ressaltar que mesmo não sendo considerado como câncer cervical, estas lesões devem ser constantemente monitoradas pelo profissional de saúde (DIAS MBK, et al., 2022).

No estudo realizado em Barra do Garças, Mato Grosso, no período de 2014 a 2016 a prevalência de lesão intraepitelial de baixo grau foi vista em mulheres com faixa etária menor de 25 anos, 65,85% e de 25 a 35 anos, 38,46% (MATOS et al., 2018). Tais dados apontam para uma eficácia no rastreamento de lesões precursoras do CCU em tempo oportuno, pois este rastreamento se trata de uma prevenção secundária desta neoplasia (SILVA, 2016; COSTA 2016; SILVA 2018).

No que tange a lesões de alto grau, esta forma é mais prevalente nas faixas etárias de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos (ROCHA, S.; 31 BAHIA; ROCHA, C., 2016). As lesões de alto grau tem um mal prognóstico, pois são consideradas precursoras do CCU. O Papanicolau pode, entretanto, evitar que lesões cheguem a esse grau. É nítido que é importante a conscientização das mulheres, através de campanhas de saúde, para que as mesmas realizem o exame, de acordo com a faixa etária e frequência preconizada pelo Ministério da Saúde (MACHADO; SOUZA; GONÇALVES, 2017).

Quanto a adequabilidade dos exames, cerca de 164 (96,4%) dos exames tiveram análise satisfatória, 6 (3,6%) foram insatisfatórias e tiveram que ser rejeitadas (gráfico – 7). Estudos realizados em outras cidades brasileiras também tiveram resultados semelhantes (MIRANDA, 2010; MORAES, JERÔNIMO, 2015; ALMEIDA, GOMES, VERAS, 2016; SILVA, ARAÚJO A, ARAÚJO M, 2011; SILVA, 2018).

Gráfico 07: Avaliação da amostra

Fonte: Própria (2023)

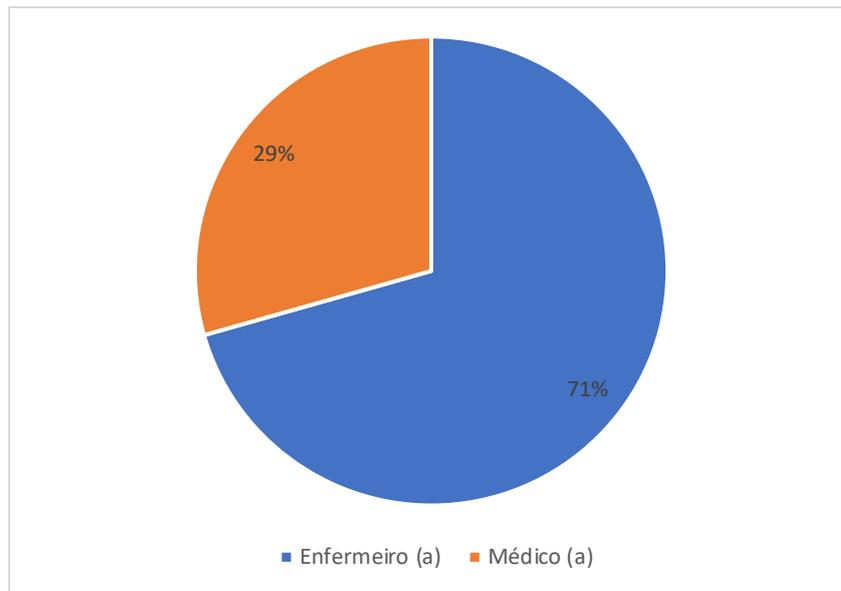
Designa-se satisfatória, a amostra que apresente células em quantidade suficiente, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica (Inca, 2012). Uma amostra é considerada insatisfatória quando não apresenta condições mínimas de leitura da lâmina para o diagnóstico, necessitando a repetição do exame.

A repetição do exame citopatológico no período até um ano é indicada somente para mulheres que realizaram o exame pela primeira vez, ou que tiveram exames com amostra insatisfatória, ou que apresentaram alterações com necessidade de controle em intervalo menor (Inca, 2006).

A técnica adequada da coleta da amostra se faz por meio da captação de células da ectocérvice com a espátula de Ayres e esfregando em metade da lâmina em sentido unidirecional (de cima para baixo) e células da endocérvice com a escovinha endovaginal de modo a esfregar na outra metade da lâmina em sentido rotativo unidirecional (da esquerda para a direita) (SILVA et al., 2014).

O MS orienta que a quantidade de amostras insatisfatórias ou rejeitadas não devem ultrapassar o valor de 5% (INCA, 2016), o que condiz com o achado deste estudo.

Sobre o profissional responsável pela coleta, houve predomínio da categoria de profissionais da Enfermagem. Algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar essa significativa discrepância, sendo elas: a diferença na quantidade de vagas disponíveis na agenda para essa finalidade, a preferência da população local por essa classe profissional para realizar o procedimento, uma menor sensação de constrangimento para realizar o exame com a enfermagem (categoria profissional exclusivamente feminina nesse local), e a disparidade no acesso ao exame – uma vez que em relação às enfermeiras os exames são feitos por ordem de chegada, enquanto para os médicos as realizações dos exames são agendadas.

Gráfico 08: Responsável pela coleta

Fonte: Própria (2023)

É necessário que o profissional destinado a realizar esse exame esteja dotado de conhecimento técnico-científico para realizar a coleta corretamente e identificar qualquer alteração visível. O profissional da saúde, independente da classe profissional, precisa investir em ações de educação e promoção à saúde, visando esclarecer dúvidas, informando sobre a necessidade do autocuidado e, principalmente, conscientizando sobre a importância de um diagnóstico precoce (MARTINS et al., 2017).

O enfermeiro apresenta papel fundamental na prevenção do câncer uterino nas unidades básicas de saúde. As UBS são a porta de entrada das mulheres na rede de atenção básica, sendo assim, é o local mais oportuno para realização de atividades educativas, esclarecimento de dúvidas, prevenção de fatores de risco, realização de consultas ginecológicas e exames preventivos. Assim, contribuindo para um diagnóstico precoce (RAMOS et al., 2014).

Segundo Severino (2019) temos pouca procura das mulheres para fazer o exame do preventivo, porque além de existir um principal déficit no conhecimento das mulheres em relação a esse exame, existe também dentro da própria equipe de saúde, profissionais que pouco conhecem sobre o exame de PCCU, então uma boa capacitação com qualidade da equipe, tanto no conceito como na técnica de realizar o exame do preventivo, para um aumento da qualidade das amostras e precisão do diagnóstico, seria mais eficaz, porque a taxa de cobertura é alta. Primeiro capacitamos a equipe e depois realizamos trabalhos de educação na comunidade, de modo a influenciar a adesão das mulheres ao programa de rastreamento, e diminuição das

mulheres que não tem risco para CCU, evoluindo com melhora para o aumento da cobertura de PCCU (SEVERINO, 2019).

Sem falar da falta de adesão feminina, que para (NAVARRO et al, 2015) tudo indica que mulheres de baixa renda, principalmente, tem dificuldade de aderir ao programa preventivo, por falta de conhecimento da doença e de seu mecanismo de prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo, conhecer o câncer de colo de útero, refletindo sobre as características do sistema reprodutor feminino, fatores de riscos, métodos de diagnóstico, meios de prevenção e controle, através de revisão de literatura e conhecer o perfil epidemiológico das pacientes que realizaram o exame de Papanicolau no PSF Oliveiras no período de um ano.

Notou-se que, existe uma falta de dados no SISCOLO e no caderno de dados das pacientes de total importância para acompanhamento dessas pacientes como idade de início da atividade sexual, quantidade de parceiros, quantidade de gestações, abortos, renda familiar, tabagismo, infecção prévia por HPV, vacinação para HPV, infecção por ISTs.

Conhecer e entender os sentimentos que prejudicam a prática da prevenção é o passo fundamental para o planejamento e definição de estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da população feminina. Enfim, há necessidade de os gestores se preocuparem com a capacitação dos profissionais responsáveis por essa atividade, com a reorientação dos serviços de saúde, com a reorganização das fichas de coleta de dados proporcionando às usuárias conhecimento e sensibilização para atuarem como corresponsáveis da sua saúde.

Conclui-se que uma boa consulta de enfermagem deve ser feita com embasamento teórico e prático para que não haja impasses entre cliente e profissional, fazendo assim com que a cliente retorne com segurança para realização de exames e busca de seus resultados, confiando na sabedoria da equipe que a receber.

A presença do enfermeiro(a) no âmbito de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero é de extrema importância para todas as mulheres do país, sendo nosso papel sanar dúvidas e fazer a educação em saúde com bom êxito, para que assim sejam finalmente reduzidos os índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério de Saúde, 2013d.

BRASIL, 2013. **Resolução nº 466/2012**, Disponível em: Conselho Nacional de Saúde (saude.gov.br) Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **SUS oferta vacinas contra HPV para meninas de 9 a 11 anos**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL (Ministério saúde). PORTARIA GM/MS Nº 3.712, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020. **PORTARIA GM/MS Nº 3.712, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020**, [s. l.], ed. 245, p. 98, 23 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. de. Desafios à organização de programa de rastreamento de câncer de colo de útero em Manaus-AM. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 395-400, 2012.

CUNNINGHAM, F. GARY. **Obstetricia de Willians**. 24. ed. [S. l.: s. n.], 2016. cap. 2, p. 16

DYNIIEWICZ, A.M. **Metodologia em pesquisa em saúde para iniciantes**. 2eds. São Caetano, do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

F. AZEVEDO, M. AZEVEDO, Leiliane, Marcos. **Mapa Sinop a Confresa**. [S. l.], 13 jan. 2010.

JOSTRUST. **O colo do útero**, [S. l.], p. 2,3, 26 jul. 2020. Disponível em: <https://www.jostrust.org.uk/information/cervix/about-the-cervix>. Acesso em: 19 jun. 2023.

GONZALEZ, Helcye. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. 15. ed. [S. l.]: Senac, 2010. cap. 1, p. 13.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cancer today**. Lyon:

WHO, 2020.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. **Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies.** The Lancet, Boston, v. 370, n. 9599, p. 1609-1621, nov. 2007.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. **Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies.** Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**, [s. l.], 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 15. ed. Rio de Janeiro: 2019a. cap. 1, p. 32.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Detecção precoce do câncer.** – Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Atlas da mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA, 2021b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer do colo do útero.** – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico das ações**, [S. l.], p. 1, 16 set. 2022.

INSTITUTO Nacional de Câncer - INCA. **Incidência**, [S. l.], p. 3, 26 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do->

APÊNDICE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES QUE REALIZARAM EXAME DE
PAPANICOLAU NO PSF OLIVEIRAS NO PERÍODO DE JANEIRO/2019 A
JANEIRO/2020**

Iniciais do nome: _____

Data da coleta __/__/2023

Nº _____

PERFIL

1. Idade: _____

2. Cor /raça?

1. Branca () 2. Parda () 3. Preta/ Negra () 4. Indígena () 5. Amarelo ()

3. Estado civil?

1. Casada () 2. Viúva () 3. Divorciada () 4. Amasiada () 5. Solteira ()

4. Escolaridade?

1. Sem escolaridade ()

5. Ensino médio completo ()

2. Ensino fundamental incompleto ()

6. Ensino superior incompleto ()

3. Ensino fundamental completo ()

7. Ensino superior completo ()

4. Ensino médio incompleto ()

TOTAL: 170 PACIENTES	
IDADE (ANOS)	
12 – 20 anos	17
20 – 35 anos	74
35 – 45 anos	36
45 – 50 anos	18
50 – 65 anos	14
65 – 75 anos	11
	170
RAÇA	
Branco	52
Pardo	75
Negro	26
Indígena	12
Amarelo	5
	170
ESOLARIDADE	
Sem escolaridade	67
Ensino fundamental incompleto	15
Ensino fundamental completo	50
Ensino médio incompleto	18
Ensino médio completo	10
Ensino superior incompleto	6
Ensino superior completo	4
	170
ESTADO CIVIL	
Solteiro	48
Casada	33
União estável	64
Viúva	12
Divorciada	13
	170
RESULTADO DE PAPANICOLAU	
Negativo para neoplasia	82
Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	23
Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	32

Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I)	11
Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III)	21
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir micro invasão	1
	170
PRESENÇA DE MICROORGANISMOS	
Lactobacillus sp	59
Cocos	54
Gardnerella vaginalis	44
Candidíase	10
Trichomonas vaginalis	2
Piócitos	1
	170
AVALIAÇÃO DA AMOSTRA	
Satisfatórias	164
Insatisfatórias	6
	170
RESPONSÁVEL PELA COLETA	
Enfermeiro (a)	120
Médico (a)	50
	170

ANEXO