



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS



VANESSA DA COSTA BESSA

**SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM
DIAGNÓSTICO ASC-US OU LSIL NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MG,
ENTRE 2014 – 2019**

OURO PRETO – MG

2021

VANESSA DA COSTA BESSA

**SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM
DIAGNÓSTICO ASC-US OU LSIL NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MG,
ENTRE 2014 – 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia pela Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais/Brasil.

Orientadora: Prof^ª. Cláudia Martins Carneiro
Co-orientadora: Dr^ª. Mariana Trevisan Rezende

OURO PRETO – MG

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

B557s Bessa, Vanessa da Costa .
Seguimento de usuários do Sistema Único de Saúde com diagnóstico
ASC-US ou LSIL no município de Ouro Preto - MG, entre 2014 - 2019.
[manuscrito] / Vanessa da Costa Bessa. - 2021.
43 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Carneiro.
Coorientadora: Dra. Mariana Resende.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Escola de Farmácia. Graduação em Farmácia .

1. Citologia. 2. Papanicolaou, Teste de. 3. Neoplasia intraepitelial
cervical. I. Carneiro, Cláudia. II. Resende, Mariana. III. Universidade
Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 618.1

Bibliotecário(a) Responsável: Soraya Fernanda Ferreira e Souza - SIAPE: 1.763.787



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DA 518ª MONOGRAFIA DO CURSO DE FARMÁCIA
DA ESCOLA DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

OURO PRETO. Aos 30 dias do mês de agosto de 2021, segunda-feira, realizou-se, a partir das 9 horas, por videoconferência, a sessão de defesa de monografia do candidato ao grau de Farmacêutico Generalista, **Vanessa da Costa Bessa, matrícula 14.2.2064**, intitulada **“SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM DIAGNÓSTICO ASC-US OU LSIL NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MG, ENTRE 2014 – 2019”**. A banca examinadora foi constituída pela Profa. Dra. Vanja Maria Veloso, pela Dra. Nívia Carolina Nogueira de Paiva (UFOP), pela co-orientadora Dra. Mariana Trevisan Rezende (UFOP) e pela orientadora Profa. Dra. Cláudia Martins Carneiro (DEACL-UFOP). De acordo com o regulamento do curso, o orientador, presidente da banca, abriu a sessão, passando a palavra ao candidato, que fez a exposição do seu trabalho. Em seguida, foi realizada a arguição pelos examinadores na ordem registrada acima, com a respectiva defesa do candidato. Finda a arguição, a Banca Examinadora se reuniu, sem a presença do candidato e do público, tendo deliberado pela sua aprovação, com a NOTA 8,5. Comunicou-se ao candidato que essa nota somente será liberada para a PROGRAD, após a entrega do exemplar definitivo de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema de Bibliotecas e Informação (Sisbin), com as devidas correções sugeridas pela banca e com o aval escrito do orientador. Nada mais havendo para constar, a presente ata foi lavrada e após a leitura pública seguirá assinada pelo orientador e pelo presidente do Colegiado. Ouro Preto, 30 de agosto de 2021.

Cláudia Martins Carneiro

Profa. Dra. Cláudia Martins Carneiro
(Orientadora)

Nancy Scardua Binda

Profa. Dra. Nancy Scardua Binda
(Presidente do Colegiado de Farmácia)

Dedico esse trabalho aos meus pais, Carmen e José, pelo incentivo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao universo por ter me trazido a uma cidade tão encantadora como Ouro Preto e possibilitado que eu pudesse viver momentos tão incríveis ao lado de pessoas tão sensacionais durante esses sete anos.

À Professora Cláudia Martins Carneiro, minha eterna gratidão! Agradeço a oportunidade que me deu de fazer parte dessa equipe da Citologia, por ser uma excelente orientadora e mulher de quem me orgulho tanto em ser aluna.

À Mari, agradeço imensamente pelo auxílio na realização deste trabalho, por ser tão cuidadosa em suas colocações e tão pertinente em cada uma delas. Você foi essencial!

A toda equipe do LAPAC, pelo aprendizado e contribuição para a construção deste trabalho.

Aos meus pais, Carmen e José, que desde o início sempre me apoiaram e incentivaram em todas as escolhas, mesmo que distantes. Vocês são meus exemplos de amor!

À Raquel, minha querida amiga, por toda ajuda técnica na construção deste trabalho, pela paciência e por dividir comigo seus conhecimentos. Em especial à Rafaela, que está sempre disponível a me ajudar nas minhas horas de aperto. Vocês são brilhantes!

Aos amigos Marcelo, Luiza, Talita, Matheus, Josiêlda e Izadora por fazerem meus dias mais leves em dias tão pesados. E a todos os outros que de alguma maneira contribuíram para eu conseguir chegar nesta etapa final. Em especial às “Mexicanas”, que me proporcionaram os dias mais lindos em Ouro Preto.

RESUMO

Introdução: O Câncer do Colo do Útero (CCU) é uma das mais graves doenças que acometem a saúde da mulher atualmente, ocupando a oitava colocação do tipo de câncer de maior incidência no mundo. Para o rastreamento do CCU, o método mais amplamente utilizado é o exame de Papanicolaou, cujo objetivo é identificar lesões precursoras do câncer e encaminhar a paciente para uma investigação e tratamento. **Objetivo:** Avaliar o seguimento de usuários do Sistema Único de Saúde com diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) ou lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) em exame citopatológico, atendidos pelo setor de Citologia Clínica do Laboratório Piloto de Análises Clínicas (LAPAC) no município de Ouro Preto-MG, no período de 2014 a 2019. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal e retrospectivo por meio da análise do banco de dados de exames citopatológicos do colo do útero. Foi realizada a tabulação destes dados que possibilitaram a extração de informações, que permitiu as análises acerca do seguimento dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Ouro Preto - MG no período de 2014 a 2019. **Resultados:** O número total de exames realizados foi de 32.463, sendo que 2% das amostras foram rejeitadas, 97,7% satisfatórios e 0,3% insatisfatórios. Dos resultados satisfatórios, 90,6% foram negativos e 7,1% positivos para malignidade, sendo 5,9% de alterações intraepiteliais em células maduras, correspondendo a 2,7% de pacientes diagnosticadas com ASC-US e 3,2% com LSIL. Em relação ao seguimento, do total de pacientes atendidas (1.602), 32,2% (500) retornaram dentro do período de tempo esperado, 43,6% (699) realizaram o retorno tardio e 25,2% (403) não retornaram para nova coleta, conforme a conduta preconizada. A respeito da evolução dos diagnósticos, foi possível verificar que 5,4% (86) tiveram evolução no quadro clínico. **Conclusão:** Os resultados desse estudo poderão contribuir para um melhor entendimento acerca das alterações escamosas observadas em células maduras, possibilitando aos profissionais e gestores da área da saúde o desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção, à adesão das pacientes aos programas e ao seguimento de forma mais eficiente.

ABSTRACT

Introduction: Cervical Cancer (CC) is one of the most serious diseases that affect women's health today, occupying the eighth place of the type of cancer with the highest incidence in the world. For cervical cancer screening, the most widely used method is the Pap test, whose objective is to identify lesions suggestive of cancer and refer the patient for investigation and treatment. **Objective:** Evaluate the follow-up of users of the Unified Health System with diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) or squamous intraepithelial lesion under grade (LSIL) in cytopathological examination, attended by the Clinical Cytology sector of the Clinical Analysis Pilot Laboratory (LAPAC) in the municipality of Ouro Preto-MG in the period from 2014 to 2019. **Methodology:** A cross-sectional and retrospective study was carried out through the analysis of the database of cervical cytopathological examinations. The tabulation of these data was performed, which enabled the extraction of information that allowed the analyses about the follow-up of users seen in the Basic Health Units of Ouro Preto - MG in the period from 2014 to 2019. **Results:** The total number of tests performed was 32,464, with 2% of samples being rejected, 97% satisfactory and 0.002% unsatisfactory. Within the satisfactory results, 86% had negative results for malignancy, 7% was the total of positive results, of this 5% had low grade lesions, being 2% of patients diagnosed with ASC-US and 3% diagnosed with LSIL. Regarding the follow-up, of the total number of patients seen (1,602), 32,2% (500) returned within the expected, 43,6% (699) of patients made the late return and 25,2% (403) did not return according to the recommended conduct. Regarding the evolution of diagnoses, it was possible to verify that 5,4% (86) had an evolution of the lesion. **Conclusion:** The results of this study may contribute to a better understanding about low grade lesions, enabling health professionals and managers to develop actions related to prevention, adherence of patients to programs and follow-up more efficiently.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades básicas de saúde 24

Tabela 2 - Relação do perfil da microbiota e alterações escamosas de baixo grau (ASC-US e LSIL), considerando cada microrganismo e sua distribuição por faixa etária 30

Tabela 3- Análises dos seguimentos através da conduta segundo as normas preconizadas nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero de acordo com o diagnóstico citopatológico 31

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Histórico das Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências	20
---	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma de recomendações de conduta para usuários do sistema único de saúde com diagnóstico citopatológico de ASC-US 25
- Figura 2** - Fluxograma de recomendações de conduta para usuários do sistema único de saúde com diagnóstico citopatológico de LSIL 26
- Figura 3** - Dados sobre usuários do sistema único de saúde atendidos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Ouro Preto/MG, entre 2014 e 2019, demonstrando informações descritivas dos resultados dos exames citopatológicos 27
- Figura 4** - Prevalência de resultados citológicos de ASC-US e LSIL de acordo com a faixa etária de usuários do sistema único de saúde 28
- Figura 5** - Distribuição dos usuários do sistema único de saúde diagnosticados com ASC-US, segundo os motivos para a realização do exame de acordo com a Requisição de Exame Citopatológico, Colo do útero do Ministério da Saúde 29
- Figura 6** - Distribuição dos usuários do sistema único de saúde diagnosticados com LSIL, segundo os motivos para a realização do exame de acordo com a Requisição de Exame Citopatológico, Colo do útero do Ministério da Saúde 29

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCU: Câncer do Colo do Útero

LSIL: *Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion* ou Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau

HSIL: *High-grade Squamous Intraepithelial Lesion* ou Lesão Intraepitelial escamosa de alto grau

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

ASC-US: *Atypical squamous cells of undetermined significance* ou Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado

ASC-H: *High-grade squamous intraepithelial lesion* ou Células Escamosas Atípicas não podendo Excluir Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

AGC: *Atypical Glandular Cells* ou células glandulares atípicas de significado indeterminado

AGC-NEO: células glandulares atípicas provavelmente neoplásicas

AGC-SOE: células glandulares atípicas sem outras especificações

HPV: *Human Papiloma Virus*

INCA: Instituto Nacional de Câncer

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

LAPAC: Laboratório de Análises Clínicas

UFOP: Universidade Federal de Ouro Preto

UBS: Unidade Básica de Saúde

IARC: *International Agency for Research on Cancer*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Câncer do Colo do Útero	17
2.2 Exame citopatológico do colo do útero	18
2.3 Nomenclaturas citopatológicas	21
3. JUSTIFICATIVA	23
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo geral	24
4.2 Objetivos específicos	24
5. METODOLOGIA	25
5.1 Local de estudo	25
5.2 Tipo de estudo	25
5.3 Análise do banco de dados.....	25
5.4 Análise do seguimento realizado após o diagnóstico	26
5.5 Frequência dos diagnósticos por faixa etária e a repetição da citologia no tempo recomendado	27
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
8. REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS.....	42
Anexo 1- Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	42
Anexo 2 – Requisição de Exame Citopatológico – Colo do útero	44

1. INTRODUÇÃO

O Câncer do Colo do Útero (CCU) é uma das mais graves doenças que acometem a saúde da mulher atualmente, ocupando a oitava colocação do tipo de câncer de maior incidência no mundo, totalizando 604.127 mil de novos casos em 2020, levando a óbito 341.831 mil mulheres no mesmo ano. Nos últimos 5 anos no Brasil, a doença acometeu 46.827 mil mulheres (WHO, 2021). O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.710, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

Os métodos para a detecção desta neoplasia são: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce consiste na abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença. O rastreamento baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que ela evolui a partir de lesões precursoras, que podem ser detectadas e tratadas adequadamente. Para o rastreamento do CCU, o método mais amplamente utilizado é o exame de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero), cujo objetivo é identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar a paciente para uma investigação e tratamento (BRASIL, 2016).

O exame de Papanicolaou abrange a coleta de células esfoliadas do colo do útero e análise ao microscópico óptico destas células após coloração e montagem. Isto permite a detecção de células anormais e assim avaliação do risco de lesão precursora não detectável clinicamente. Apesar de aparentemente simples, não são todos os países que possuem estrutura adequada e somente alguns têm conseguido reduzir de maneira consistente as taxas de prevalência e ocorrência do CCU por meio de programas planejados de rastreamento (DERCHAIN *et al.*, 2005).

Em alguns países onde o sistema de saúde ocorre de maneira integrada, a incidência de CCU pode ser reduzida em até 80% em locais em que o rastreamento for implementado com qualidade, acompanhado com o protocolo de seguimento adequado e oportuno das mulheres, além de um sistema eficaz de comunicação entre os serviços de saúde e as usuárias (FERNANDES *et al.*, 2019).

O sistema de classificação atual das anormalidades citopatológicas é baseado no Sistema Bethesda, que introduziu os termos lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL, do inglês *low-grade squamous intraepithelial lesion*) e alto grau (HSIL, do inglês, *high-grade cervical squamous intraepithelial lesion*), em substituição ao termo neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Por conseguinte, LSIL equivale ao antigo NIC1/infecção

pelo Papilomavírus Humano (HPV) e HSIL equivale a NIC2 e NIC3 (NAYAR, WILBUR, 2015).

Além disso, existem atipias citológicas em que os achados citológicos são insuficientes para caracterizar uma lesão intraepitelial escamosa ou carcinoma escamoso, ou mesmo condições inflamatórias ou reativas. Estas são denominadas “células escamosas atípicas” ou ASC e divididas em células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não-neoplásicas (ASC-US) e células escamosas atípicas não se podendo excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H) (DUFLOTH *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2011).

Alguns fatores sobre o rastreamento citológico na avaliação do risco de doença pré-invasiva ou invasiva devem levar em consideração a variação por faixa etária. Um consenso é que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de CCU por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV. Além disso, sabe-se que a lesão invasiva do colo do útero é claramente mais prevalente na quarta e quinta década de vida da mulher (entre 35 e 55 anos), sendo caracterizada como evidência alta, fato que justifica uma investigação com maior acurácia da doença (BRASIL, 2016).

Nas recomendações provenientes do método de rastreamento do CCU e suas lesões percussoras, o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Já os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2016).

A justificativa da não recomendação do rastreio antes de 25 anos, ocorre devido ao fato de nesta faixa etária prevalecerem as lesões de baixo grau, em que maior parte regredirá espontaneamente e deverá ser apenas observada. Após 60 anos, por outro lado, se a mulher tiver tido acesso à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do CCU é reduzido, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais (BRASIL, 2010).

O seguimento para pacientes que apresentam LSIL em mulheres com 25 anos ou mais é a repetição do exame de Papanicolaou em seis meses retomando o rastreio normal

após dois resultados normais consecutivos e encaminhando para a colposcopia, em caso de manutenção ou progressão da lesão (BRASIL, 2016).

Diante de um resultado citopatológico de ASC-US, a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição desse exame num intervalo de seis meses. Após dois exames subsequentes com este intervalo forem negativos, a rotina de rastreamento citológico passa a ser trienal. Se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestivo de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia (BRASIL, 2016).

Com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade do CCU, é de extrema importância que o profissional de saúde atue junto às orientações de adesão e seguimento ao exame citopatológico, divulgação das formas de prevenção, considerando que ações comportamentais ajudam a minimizar os riscos que as pacientes estão expostas, contribuindo para reduzir o risco cumulativo do CCU.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer do Colo do Útero

O CCU é uma importante causa de morte no Brasil. Talom e colaboradores (2020), avaliaram a mortalidade por esse câncer na população brasileira, entre 2012 e 2016, e observaram dados relevantes sobre a mortalidade nos grupos etários e por regiões. De acordo com o estudo, neste período o total de óbitos por este câncer foi de 27.716 casos, representando um crescimento do coeficiente de 4,6%. No que diz respeito a faixa etária, nas mulheres com idade inferior a 25 anos, observaram-se 189 mortes, equivalentes a 0,68% do total. Na faixa etária compreendida entre 25 e 64 anos, houve 18.574 óbitos e no grupo acima de 64 anos houve 8.950 mortes, representando 32,29%. O maior percentual de óbitos ocorreu na faixa etária das mulheres de 50-54 anos. As regiões que registraram os maiores e menores taxas de mortalidades são a Norte e o Sul, respectivamente.

Este câncer é causado, predominantemente, por infecção persistente via subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), transmitido sexualmente, sendo esta infecção responsável por cerca de 70% dos cânceres cervicais (LOPES e RIBEIRO, 2019). Este vírus (em inglês HPV- *human papiloma virus*) é uma das infecções de transmissão sexual mais frequentes no mundo. Estudos afirmam que 80% das mulheres sexualmente ativas serão contaminadas com algum tipo de HPV até os 50 anos de idade. Além de aproximadamente 99% dos casos de CCU terem relação com sorotipos invasivos de HPV (LIMBERGER *et al.*, 2012).

Ainda, segundo estes autores, o CCU é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, com conseqüente comprometimento do tecido subjacente, o estroma, e possível invasão de estruturas e órgãos próximos ou à distância. Refere-se a uma doença de desenvolvimento lento, com fase inicial assintomática apresentando quadro de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados da doença.

Há mais de 100 tipos de HPV, sendo que cerca de 15 (tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros) são considerados de alto risco para malignidade. Dos variados tipos de HPV existentes, dois deles se destacam em decorrência da maior relação com o CCU, são eles:

o HPV do tipo 16 e do tipo 18, sendo responsável pela causa de 70% dos CCU e lesões pré-cancerosas (OPAS, 2019).

De origem viral, a transmissão dá-se na forma sexual, por contato e pela via materno fetal. Esta acomete homens e mulheres afetando a região genital como a extragenital. A infecção pode se manifestar nas formas clínica, subclínica e latente, sendo predominantes as formas subclínica e latente entre os homens, sendo desta forma considerados propagadores dos vírus, não excluindo a possibilidade de desenvolverem a doença (COSTA e GOLDENBERG, 2013).

A infecção persistente causada pelo HPV de alto risco oncogênico é considerada o principal motivo do CCU, posto que por meio de microlesões no epitélio escamoso, o vírus pode adentrar, alcançar as células basais, liberar seu DNA e replicar-se. Desta maneira, as células sofrem maturação e multiplicação acelerada, induzidas pelas oncoproteínas virais, desenvolvendo lesões intraepiteliais, que podem evoluir para um processo neoplásico maligno (SILVA *et al.*, 2018)

Estudos comprovam que há outros fatores de risco associados a carcinogênese cervical, tais como: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos orais, tabagismo, carência nutricional e estado imunológico (INCA, 2020).

2.2 Exame citopatológico do colo do útero

Na maior parte do mundo, este exame é ainda a principal ferramenta para o rastreamento das lesões cervicais. O exame consiste numa sequência de etapas laboratoriais que, ao final, permite identificar nas células esfoliadas do colo uterino alterações suspeitas de transformação neoplásica (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Em 1941, George N. Papanicolaou criou a primeira terminologia para classificar células normais e diferentes tipos de alterações citológicas encontradas na cérvix, contribuindo dessa forma para a detecção e tratamento das lesões (AGUIAR *et al.*, 2011). Apesar de o teste de Papanicolaou estar em uso para prevenção do CCU há mais de 50 anos, a doença ainda responde por metade da carga global de câncer ginecológico no mundo, fato atribuído à falta de efetivo programa de rastreamento nos países de média e baixa renda (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

No Brasil, o controle do CCU iniciou-se por meio de iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia na década de 1940. Em 1956, o

presidente Juscelino Kubitschek foi o responsável pela a construção do Centro de Pesquisa Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente interligado ao INCA – com a finalidade de atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Essa ação foi, possivelmente, a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do CCU no país. Nos anos seguintes, esses programas expandiram, a exemplo do Programa de Oncologia (PRO-ONCO) constituído em 1986, que criou o projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e com a comunidade; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; e articulação entre os diversos níveis de atenção para o tratamento (BRASIL, 2016).

Atualmente, o exame de Papanicolaou é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser executado como um modo de acompanhamento, propiciando uma condição digna de saúde à mulher (RODRIGUES *et al.*, 2013).

O exame citopatológico pode ser realizado por meio de dois métodos diferentes, o convencional e em meio líquido (HEISE e LIMA, 2016). A primeira opção no Brasil é o método de escolha, uma vez que quando realizada dentro do padrão de qualidade não apresenta diferença em relação ao segundo método, que foi desenvolvido na tentativa de reduzir as falhas da citologia convencional por apresentar uma melhor disposição celular, facilitando a interpretação (SILVA *et al.*, 2018).

As recomendações do Ministério da Saúde é que seja realizado o exame citopatológico pelo método convencional em que se introduz o espéculo no canal vaginal a fim de expor o colo do útero e então, é inserida a espátula de Ayres para a coleta na região do ectocérvice (parte externa do colo do útero) e, com a escova cervical é coletada a amostra de endocérvice (da parte interna). Após a escamação da superfície externa e interna do colo, a amostra é fixada e enviada para análise laboratorial. Permite-se detectar possíveis lesões precursoras em diferentes estágios da doença, desde lesões iniciais, antes mesmo do aparecimento de sinais e sintomas (BRASIL, 2016; MENEZES *et al.*, 2014).

No Brasil, seguindo as determinações da Reunião de Consenso, realizada em 1988 pelo Ministério da Saúde, ficou definido que, no Brasil, o exame citopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano, e pós dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. De acordo com a última edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU, publicada em 2011, elevou-se de 60 para 64 anos a idade da mulher sem história prévia de doença pré-invasiva para encerrar

o rastreamento, o que está em concordância com o conhecimento mais atual e com a grande maioria das recomendações vigentes (BRASIL, 2016).

É importante ressaltar que durante a realização do exame de Papanicolaou é possível observar características clínicas da paciente, como o corrimento vaginal e odor. Na análise microscópica da amostra coletada é possível observar a morfologia celular e se existe a presença ou ausência de microrganismos e de sinais inflamatórios. É inclusa também a avaliação de pacientes com características de infecção pelo HPV (NETO e BURGOS, 2016).

O órgão reprodutor feminino está propício a diversas infecções, muitas delas ocasionadas por protozoários, fungos, bactérias e vírus que causam aumento da secreção vaginal, irritação e prurido vulvar, e muitas vezes mau cheiro. São três os principais tipos de vaginites infecciosas: vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase (ARAGÃO *et al.*, 2019).

A vaginose bacteriana ocorre com frequência significativamente maior entre as mulheres com anormalidades citológicas cervicais em comparação com aquelas em que a citologia cervical é normal. Dessa forma, vem sendo sugerido que a vaginose bacteriana também poderia ter papel importante no desenvolvimento da neoplasia intra-epitelial (NIC) em decorrência de nitrosaminas oncogênicas produzidas pelas bactérias anaeróbicas e, ainda, do estímulo para a produção de citocinas, como a interleucina 1 beta (LEITÃO *et al.*, 2008)

A candidíase é uma infecção causada pelo fungo denominado Cândida, geralmente *Candida albicans*, normalmente encontrado em pequenas quantidades no corpo humano, não causando qualquer sintoma. Os principais fatores predisponentes estão relacionados com a imunossupressão, gestação, uso de antibióticos, dosagem de anticoncepcional oral, os hábitos de higiene e vestuário inadequados (SANTOS *et al.*, 2021).

Os resultados relacionados aos microrganismos como *Lactobacillus sp*, cocos e bacilos são considerados achados normais, fazem parte da microbiota vaginal e não caracterizam infecção. Os microorganismos que originam infecção, indicam a presença de *Gardnerella vaginalis* e da *Candida sp.*, ambas são classificadas como vulvovaginites. A *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria encontrada em baixa concentração na microbiota vaginal, sem causar-lhe danos. Todavia, alguns fatores podem desencadear o processo inflamatório, modicando o equilíbrio biológico (LEITÃO *et al.*, 2008)

Identificar microrganismos causadores de lesões é de suma importância, pois estes agentes habitualmente acometem o colo uterino e acabam atuando na chamada zona de transformação, estimulando a substituição da mucosa do tipo glandular em mucosa recoberta por epitélio escamoso. Esse processo é denominado como metaplasia escamosa e considera-se que nele exista maior predisposição à gênese do carcinoma do colo uterino, sobretudo porque estas células são mais permissivas à infecção por HPV (ARAGÃO *et al.*, 2019).

Dessa forma, o exame de Papanicolaou se torna importante para a saúde pública em programas de rastreamento e detecção precoce de CCU, tratando-se, assim, de um exame estabelecido como teste universal.

2.3 Nomenclaturas citopatológicas

As alterações morfológicas analisadas em células descamadas do epitélio escamoso são classificadas como células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), células escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e carcinoma escamoso (ROSENDO *et al.*, 2018).

Entretanto, estas terminologias sofreram modificações ao longo do tempo. Em 1953, James Reagan introduziu a classificação displasia leve, moderada, severa e carcinoma *in situ* como lesões precursoras do carcinoma invasor. Em 1967, Ralph Richart propôs a nomenclatura Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) dividida, histologicamente, em graus I, II e III que compreende parte ou toda espessura do epitélio cervical. O autor desta terminologia, após considerar o HPV como agente causal do câncer escamoso cervical, sugeriu que as lesões precursoras passassem para duas classificações: NIC de baixo grau com alterações relacionadas ao HPV e as lesões que têm as características morfológicas de precursoras de câncer como NIC de alto grau. Porém houve crítica ao termo “neoplasia”, pois o uso desse termo implicaria na presença de câncer, fato que poderia desencadear desconfortos e distúrbios emocionais às pessoas que apresentavam uma anormalidade leve (AGUIA *et al.*, 2011).

Em 1988 foi desenvolvido e aprovado pelo Instituto Nacional do Câncer (NCI), nos EUA, o "The Bethesda System" (TBS), que passou por revisão em 1991 e 2001, e que propôs uniformizar as terminologias, assim como as condutas clínicas para cada classificação citológica. Com o TBS foram introduzidos os termos lesões intraepiteliais

escamosos de baixo (LSIL) e alto grau (HSIL). A nomenclatura LSIL compreende as modificações celulares associadas ao HPV e a NIC I. Além disso, foi criado o termo atipia escamosa, de significado indeterminado (ASC-US), para aqueles casos em que não se enquadram nos critérios morfológicos de processo reativo e não se pode afirmar alteração celular neoplásica (NAYAR, WILBUR, 2015). Uma descrição mais completa das categorias diagnósticas que são utilizadas atualmente pode ser visualizada no quadro 1.

QUADRO 1: Histórico das Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências.

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)

As diretrizes atuais para os casos com resultado de ASC-US é a repetição da citologia em seis meses nas mulheres acima dos 30 anos, em um ano nas mulheres entre 25 a 29 anos e após três anos em mulheres com menos de 25 anos. Até 2016, a recomendação era a repetição da citologia em intervalo de seis meses para mulheres acima dos 25 anos e em um ano para mulheres abaixo desta idade (ROSENDO *et al.*, 2018).

As indicações preconizadas internacionalmente para a conduta inicial de pacientes com diagnóstico de LSIL alteram entre o encaminhamento imediato para a colposcopia, a repetição da citologia em intervalos variáveis, com encaminhamento para colposcopia, caso o resultado subsequente mantenha LSIL ou apresente outras atipias, e a realização do teste de detecção de DNA-HPV, com encaminhamento para colposcopia caso o resultado seja positivo (BRASIL, 2016).

3. JUSTIFICATIVA

O CCU é um dos mais recorrentes entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 341.831 mil mulheres em 2020 (WHO, 2021). Este elevado índice pode ser reduzido por meio da realização periódica do exame citopatológico, que é a principal estratégia para detectar lesões precursoras, fazer o diagnóstico da doença e tratar (CARVALHO, QUEIROZ, 2010).

O exame citopatológico se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. É de fácil acesso, pois pode ser feito em postos ou unidades básicas de saúde da rede pública no país com profissionais capacitados. Apesar de este método ter sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiros nunca tenham se submetido ao exame. Estima-se que o rastreamento na faixa etária de 25 a 65 anos pode contribuir para a redução da mortalidade em até 80% nos casos de CCU (CRUZ, LOUREIRO, 2008).

Neste contexto, é fundamental avaliar o seguimento de usuários que apresentaram diagnóstico de ASC-US ou LSIL em exame citopatológico para obtenção de dados sobre a conduta clínica e discussão de sua aplicabilidade a respeito de qual seria o momento mais adequado para a intervenção e elaboração de exames de maior complexidade, em vez de manter somente o acompanhamento citopatológico.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar o seguimento de usuários do sistema único de saúde com diagnóstico de ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) ou LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau) em exame citopatológico, atendidos pelo setor de Citologia Clínica do LAPAC no município de Ouro Preto-MG, no período de 2014 a 2019.

4.2 Objetivos específicos

1. Determinar os seguimentos realizados após os diagnósticos.
2. Analisar a frequência dos diagnósticos por faixa etária, relacionando com a microbiota.
3. Verificar se a repetição da citologia ocorreu no tempo recomendado.

5. METODOLOGIA

5.1 Local de estudo e descrição da amostra

Este projeto foi desenvolvido no Setor de Citologia Clínica do Laboratório de Análises Clínicas (LAPAC), da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP, CEP 1.058.729. (Anexo 1).

Utilizou-se o termo “usuários do sistema único de saúde” para se referir às pessoas que ao nascer foram designadas com o gênero feminino.

5.2 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo transversal e retrospectivo por meio da análise do banco de dados do Setor de Citologia Clínica, que engloba dados de exames citopatológicos do colo do útero realizados em usuários do sistema único de saúde residentes no município de Ouro Preto/MG, que foram assistidos pelos serviços de saúde laboratoriais entre os anos 2014 a 2019.

5.3 Análise do banco de dados

Nesta etapa, o processo inicial foi a tabulação dos dados disponibilizados pelo setor para organizar as informações das requisições do exame citopatológico do colo do útero (Anexo 2):

- Se usa DIU;
- Se está grávida;
- Se usa pílula;
- Se usa hormônio;
- Se faz radioterapia;
- Se tem sangramento após relação sexual;
- Se tem sangramento após menopausa;
- Se tem sinais de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Inspeção do colo;
- Epitélios representados;

- Alterações benignas;
- Microbiologia;
- Conclusão do exame.

Feito isto, organizou-se tais dados em uma só planilha, a fim de facilitar as análises comparativas e elaborar os gráficos. Para isto, foi utilizado o software Excel – um software desenvolvido e distribuído pela Microsoft Corp.

5.4 Análise do seguimento realizado após o diagnóstico

Por meio dos dados fornecidos pelo setor de citologia, foi possível averiguar o seguimento de usuários do sistema único de saúde após diagnóstico citopatológico de ASC-US ou LSIL, de acordo com as diretrizes brasileiras para o rastreamento do CCU (INCA, 2016), conforme Tabela 1.

TABELA 1: Recomendações para conduta inicial frente aos resultados de alterações em células escamosas maduras em exames citopatológicos.

Faixa etária	Conduta inicial	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASCUS)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses.
Lesão Intraepitelial escamosa de Baixo Grau (LSIL)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
	≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses

Fonte: Adaptação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA (2016).

Estas diretrizes nortearam a tabulação e organização dos dados, o que permitiu verificar e determinar o seguimento de usuários do sistema único de saúde após o recebimento dos diagnósticos.

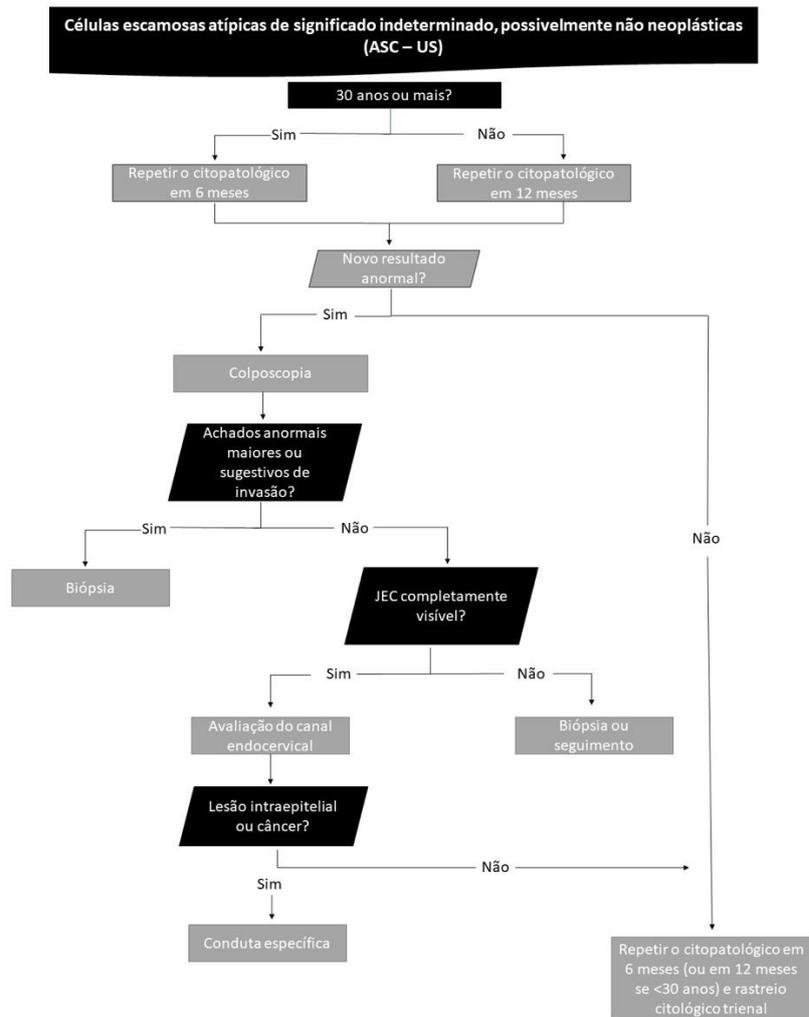
Nesta pesquisa foram analisados dados de todas os usuários do sistema único de saúde, independentemente de estarem na faixa etária indicada, isto é, entre 25 a 64 anos de idade, uma vez que as alterações em células escamosas maduras podem aparecer em qualquer idade. Embora estudos da International Agency for Research on Cancer (IARC) estimaram que, ao iniciar o rastreamento antes dos 25 anos de idade, perde-se apenas 1%

de redução da incidência cumulativa do CCU. Porém, o objeto da pesquisa são pacientes que apresentam alterações em células escamosas maduras (ASC-US e/ou LSIL).

5.5 Frequência dos diagnósticos por faixa etária e a repetição da citologia no tempo recomendado

Nesta etapa, além de usar os dados de acordo com a faixa etária, foi discriminado segundo os resultados dos exames, isto é, a análise da frequência dos diagnósticos dependeu dos resultados negativos para displasia ou neoplasia e positivo. Para delimitar os dados a serem analisados ao verificar a frequência, foram utilizadas como balizadoras as condutas recomendadas para usuários do sistema único de saúde com laudo citopatológico de ASC-US, fornecido no manual de Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, conforme Figura 1.

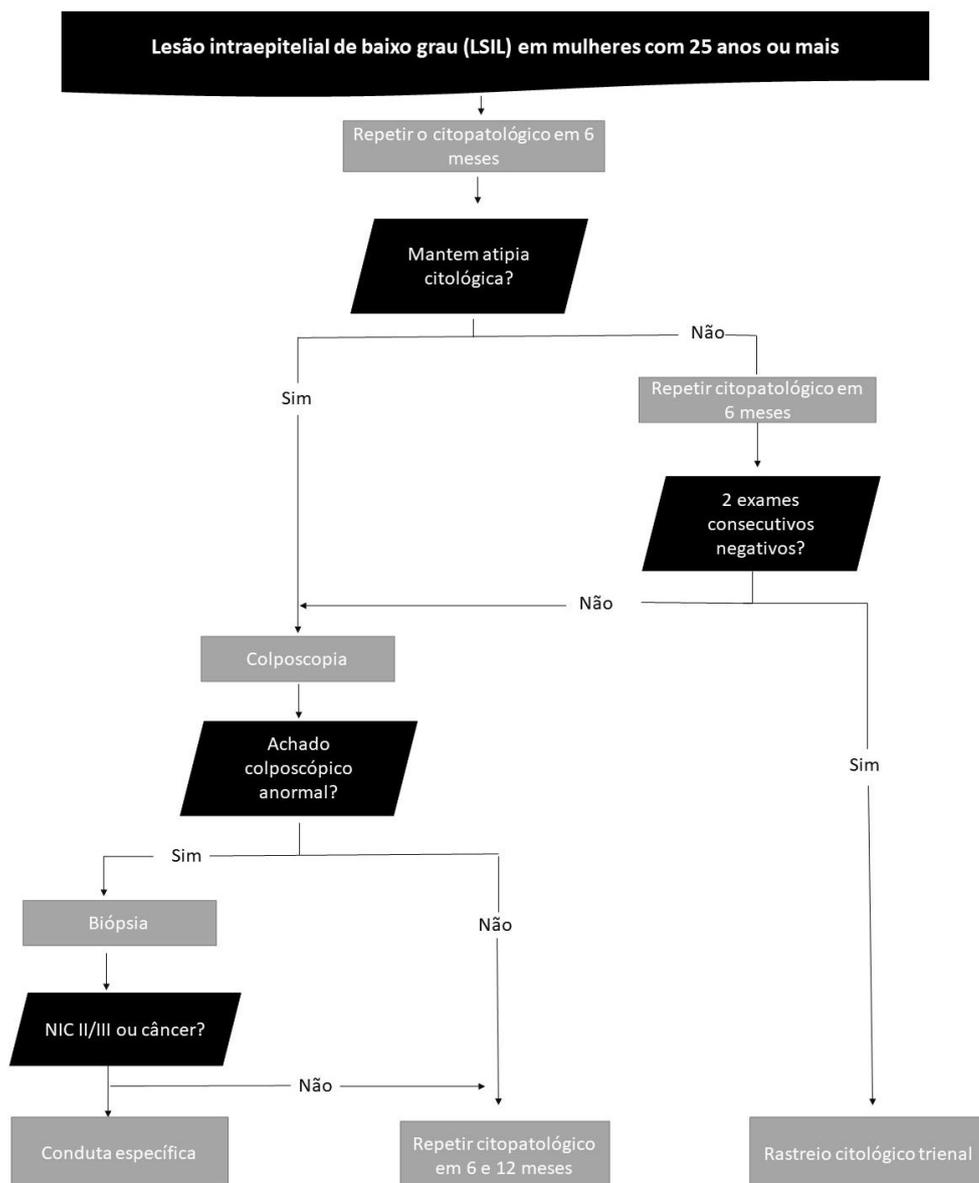
FIGURA 1: Fluxograma de recomendações de conduta para usuários do sistema único de saúde com diagnóstico citopatológico de ASC-US



Fonte: Adaptação - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA (2016).

As recomendações para a conduta inicial de usuários do sistema único de saúde com diagnóstico citopatológico de LSIL com idade de 25 anos ou mais podem ser visualizadas na Figura 2.

FIGURA 2: Fluxograma de recomendações de conduta para usuários do sistema único de saúde com diagnóstico citopatológico de LSIL



Fonte: Adaptação - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA (2016).

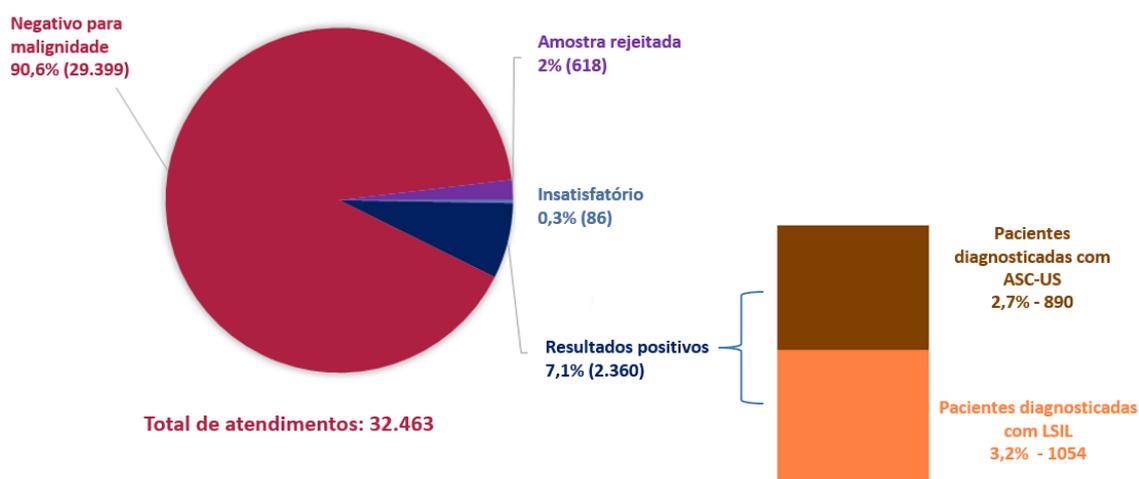
Portanto, ao tabular os dados, buscou-se recomendações presentes nos fluxogramas das Figuras 1 e 2, com a finalidade de elaborar gráficos de frequências e assim verificar se a repetição da citologia ocorreu no tempo recomendado.

Os fluxogramas permitiram avaliar a dinâmica dos seguimentos realizados após o diagnóstico, além de verificar se a repetição da citologia ocorreu no tempo esperado e com qual frequência de recorrência um determinado diagnóstico veio a acontecer, segundo a conduta especificada acima para cada tipo de alteração abordada neste trabalho.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O número total de exames realizados foi de 32.463, sendo que 2% das amostras foram rejeitadas, 97,7% satisfatórios e 0,3% insatisfatório. Dentro dos resultados satisfatórios, 90,6% apresentaram resultados negativos para malignidade, 7,1% foi o total de resultados positivos. Do número total de exames (32.463), 5,9 % apresentaram alterações de baixo grau, sendo que 2,7% dos usuários do sistema único de saúde foram diagnosticados com ASC-US e 3,2% diagnosticados com LSIL.

FIGURA 3: Dados sobre usuários do sistema único de saúde atendidos nas Unidade Básicas de Saúde do município de Ouro Preto/MG, entre 2014 e 2019, demonstrando informações descritivas dos resultados dos exames citopatológicos.



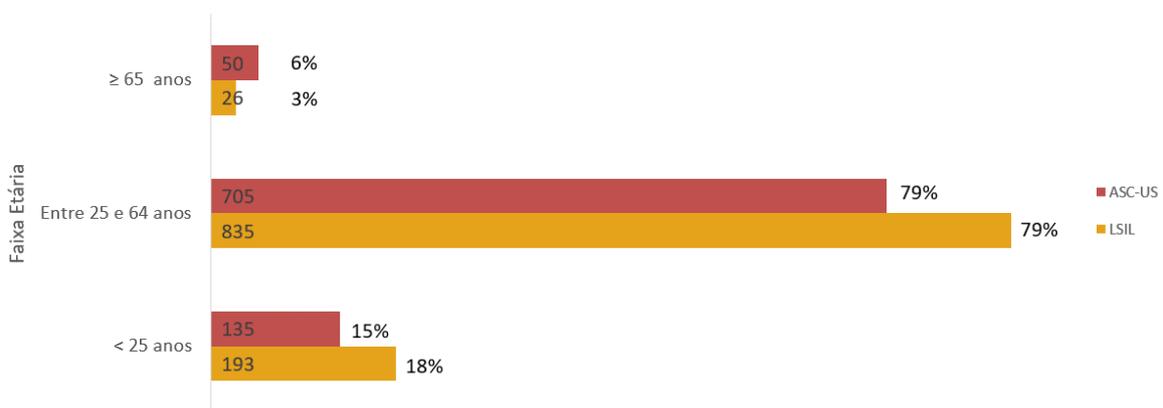
ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau.

Do percentual de resultados insatisfatórios (0,3%), percebe-se que o Laboratório de citologia clínica, está dentro dos parâmetros preconizados, que seria abaixo de 5%. Já o percentual de amostras rejeitadas (2%), apresentou um resultado acima do esperado, que seria de 1%. Estes indicadores são de suma importância, pois através deles é permitido avaliar e delinear ações de capacitação de recursos humanos visando melhorar e evitar perdas na adesão das pacientes à realização do exame, haja vista que uma amostra sendo rejeitada, é solicitado repetir o exame, o que muitas das vezes pode causar um desconforto e abandono ao seguimento/tratamento (INCA, 2014).

O gráfico abaixo (Figura 4) traz informações acerca da distribuição dos usuários diagnosticados com alterações em células escamosas maduras por composição etária. Nota-

se que a maior incidência de usuários diagnosticados com ASC-US e LSIL pode ser esperada na faixa etária entre 25 e 64 anos, com um percentual de 79% dos casos. Isto pode estar relacionado a fatores intrínsecos ou extrínsecos como, por exemplo, a maior variabilidade de parceiros, bem como o uso de contraceptivos hormonais orais e do tabaco cada vez mais cedo, expondo-se mais frequentemente aos fatores de risco associados à persistência viral do HPV e à progressão da doença em direção ao desenvolvimento do câncer (CALUMBY *et al.*, 2009). Em segundo lugar, encontram-se usuários com idade inferior a 25 anos, sendo 15% destas diagnosticados com ASC-US e 18% com LSIL; em terceiro lugar, marcado por baixos percentuais, localizam-se usuários na faixa etária igual ou maior que 65 anos de idade, com 6% de diagnósticos para ASC-US e 3% com LSIL respectivamente.

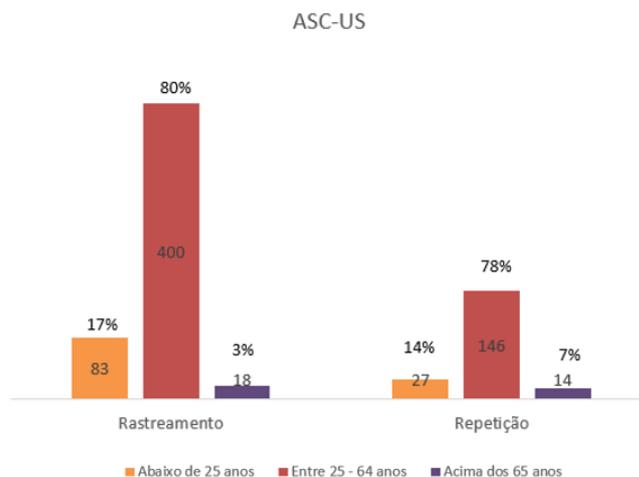
FIGURA 4: Prevalência de resultados citológicos de ASC-US e LSIL de acordo com a faixa etária de usuários do sistema único de saúde.



ASC-US: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado; LSIL: Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau.

Ao analisar os dados relacionados ao motivo do exame Papanicolaou proveniente da anamnese contida na Requisição de Exame Citopatológico se rastreo e/ou repetição, tais informações podem ser visualizados nas Figuras 4 e 5.

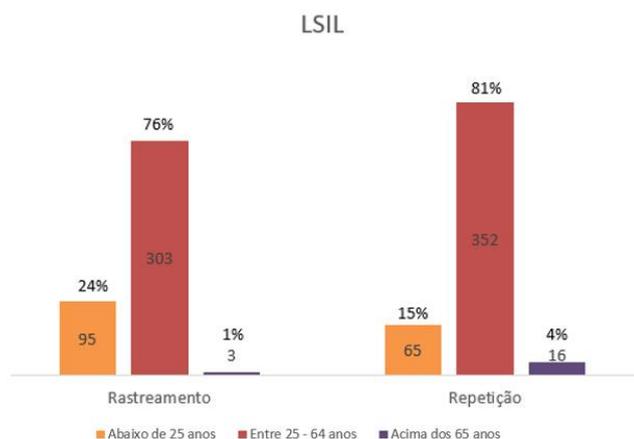
FIGURA 5: Distribuição dos usuários do sistema único de saúde diagnosticados com ASC-US, segundo os motivos para a realização do exame de acordo com a Requisição de Exame Citopatológico, Colo do útero do Ministério da Saúde.



ASC-US: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado

Do total de 890 usuários diagnosticados com ASC-US, 688 usuários, isto é 77%, responderam o motivo da realização do exame. O restante, equivalente a 202 usuários, o que corresponde a 23%, não respondeu a esta parte do questionário. É possível perceber que a faixa etária entre 25 e 64 anos possui a maior representatividade no rastreamento e na repetição, correspondendo a 80% e 78%, respectivamente.

FIGURA 6: Distribuição dos usuários do sistema único de saúde diagnosticados com LSIL, segundo os motivos para a realização do exame de acordo com a Requisição de Exame Citopatológico, Colo do útero do Ministério da Saúde.



LSIL: Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau

Do total de 1054 usuários diagnosticados com LSIL, 834 usuários, isto é, 79 %, responderam o motivo da realização do exame. O restante, isto é, 220 usuários, o que corresponde a 21%, não responderam a esta parte do questionário. É possível perceber

novamente que a faixa etária entre 25 e 64 anos possui a maior representatividade no rastreio e na repetição, correspondendo a 76% e 81% respectivamente.

A Tabela 2 expressa a relação entre a microbiota e a anormalidade citológica de baixo grau. É possível verificar que as maiores quantidades de casos são de *Lactobacillus* e *Gardnerella vaginalis* associadas a ASC-US e LSIL na faixa etária entre 25 e 64 anos, respectivamente. É importante ressaltar que a *Gardnerella vaginalis* possui uma prevalência maior nos resultados associados a LSIL dentro da mesma composição etária (25 e 64 anos). Conforme supracitado, os resultados onde são encontrados microrganismos como *Lactobacillus spp.*, cocos e bacilos são considerados achados normais, fazem parte da microbiota vaginal e não caracterizam infecção. No entanto, a *Gardnerella vaginalis* é originada de microrganismos causadores de infecções e, portanto, sugere uma maior atenção ao surgimento desta (LEITÃO *et al.*, 2008).

TABELA 2: Relação do perfil da microbiota e alterações escamosas de baixo grau (ASC-US e LSIL), considerando cada microrganismo e sua distribuição por faixa etária

FLORA	ASC-US						LSIL						
	< 25 anos (%)		Entre 25 e 64 anos (%)		≥ 65 anos (%)		< 25 anos (%)		Entre 25 e 64 anos (%)		≥ 65 anos (%)		
NOMENCLATURA													
Flora escassa		0	4	1	7	14		7	7	1	3	12	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	42	31	180	26	3	6	74	38	261	31	3	12	
<i>Lactobacillus sp.</i>	70	52	378	54	15	30	93	0	414	50	7	27	
<i>Candida sp.</i>	4	3	21	3		0	8	4	27	3		0	
<i>Actinomyces sp.</i>		0	2	0		0	1	1	5	1		0	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2	1	12	2		0	4	2	16	2	2	8	
<i>Chlamydia sp.</i>		0		0		0		0		0	1	4	
<i>Leptothrix</i>		0		0		0		0	1	0		0	
Padrão anaeróbio	17	13	108	15	25	50	13	48	104	12	10	38	
TOTAL		135		705		50		193		0		835	26

ASC-US: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado; LSIL: Lesão Intraepitelial escamosa de baixo grau.

Na Tabela 3, pode-se verificar os dados relacionados às condutas preconizadas nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do CCU, de acordo com o diagnóstico citopatológico, faixa etária e conduta. Em relação ao seguimento, do total do número de usuários atendidos (1.602), 31,2% retornaram dentro do esperado, 43,6% dos usuários realizaram o retorno tardio e 25,2% não voltaram conforme a conduta preconizada.

TABELA 3: Análises dos seguimentos através da conduta segundo as normas preconizadas nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero de acordo com o diagnóstico citopatológico

Diagnóstico citopatológico	Faixa Etária	Conduta	Total de pacientes	Retorno dentro do esperado	(%)	Retorno tardio	(%)	Sem retorno	(%)	Evolução	Diagnóstico
ASC-US	< 25 Anos	Repetir em 3 anos	93	56	60,2%	5	5,4%	32	34,4%	7	LSIL (6); HSIL(1)
	Entre 25 e 29 Anos	Repetir a citologia em 12 meses	97	37	38,1%	37	38,1%	23	23,7%	4	LSIL (2); ASC-H (1); HSIL(1)
	>30 anos	Repetir a citologia em 6 meses	508	114	22,4%	265	52,2%	129	25,4%	33	LSIL (19); AGC-SOE(2); ASC-H(9); HSIL(3)
SUBTOTAL - ASC-US			698	207	29,7%	307	44,0%	184	26,4%	44	
LSIL	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos	174	115	66,1%	7	4,0%	52	29,9%	1	HSIL (1)
	>25 anos	Repetir citologia em 6 meses	730	178	24,4%	385	52,7%	167	22,9%	41	AGC-NEO(1); AGC-SOE(5); ASC-H(16); HSIL(19)
SUBTOTAL - LSIL			904	293	32,4%	392	43,4%	219	24,2%	42	
TOTAL			1602	500	31,2%	699	43,6%	403	25,2%	(86) 5,4%	

Na Tabela 3 a soma de resultados de exames realizados é de 2.801. Desse total 1.602 é referente ao primeiro exame realizado pelo usuário (ASC-US e LSIL) e 1.199 foram repetições, sendo 500 retorno dentro do esperado e 699 retorno tardio. Do total de 2.801, 1.944 é referente a resultados com alterações em células maduras, ASC-US e LSIL (Gráfico 1), enquanto 857 é referente a resultados negativos.

Do total de 342 retornos positivos, em 86 usuários o seguimento mostrou evolução do quadro clínico (de ASC-US para LSIL, ASC-H, HSIL, AGC-SOE ou de LSIL para ASC-H, HSIL, AGC-SOE, AGC-NEO) e em 256 manteve o resultado de base, ASC-US ou LSIL.

No diagnóstico associado ao ASC-US na faixa etária menor que 25 anos de idade, em que a conduta exige a repetição do exame em 3 anos, do total de 93 usuários atendidos, 60,2% retornaram dentro do tempo esperado, 5,4% retornaram fora do tempo esperado e 34,4% não retornaram. Na faixa etária entre 25 e 29 anos, em que a conduta é a repetição da citologia em 12 meses, 38,1% retornaram dentro do esperado, 38,1% retornou fora do tempo esperado e 23,7% dos usuários não retornaram. Os usuários com idade maior ou igual a 30 anos, a conduta é repetição da citologia em 6 meses. Neste grupo, o retorno dentro do esperado foi um percentual de 22,4%, o retorno tardio foi de 52,2% e 25,4% não retornaram.

No diagnóstico associado à LSIL na faixa etária menor que 25 anos de idade, em que a conduta exige a repetição do exame em 3 anos, do total de 174 usuários atendidos, 66,1% retornaram dentro do tempo esperado, 4,0% retornaram fora do tempo esperado e 29,9% não retornaram. Na faixa etária acima de 25 anos, em que a conduta é a repetição

da citologia em 6 meses, do total de 730 usuários atendidos 24,4% retornaram dentro do esperado, 52,7% retornaram fora do tempo esperado e 22,9% dos usuários não retornaram.

Dentre as causas do não retorno, ainda no trabalho de Damolin *et al.*, (2016), os autores citam fatores como esquecimento, transporte, trabalhar fora de casa, falta de interação entre profissional e paciente, dificuldade de conseguir novo agendamento, vergonha e medo do resultado, são considerados aspectos impeditivos do retorno da mulher, tanto para receber seu exame, quanto para não realizar, justificando a baixa adesão.

No estudo realizado por Dalmolin *et al.*, (2016) o objetivo foi verificar se os usuários com o resultado alterado, atendidos nas UBS de Guaporé – RS e microrregião, foram submetidos às condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). O estudo foi composto por 5.886 prontuários, no período entre novembro de 2011 e novembro 2014, dos quais 269 apresentaram alterações. Destes, 246 usuários deveriam retornar em 6 meses, porém, apenas 18 usuários (7,31%) realizaram a citologia de seguimento no tempo determinado. Dos 23 usuários que deveriam ter realizado a colposcopia, apenas cinco (21,74%) foram encaminhados seguindo as condutas preconizadas. No presente estudo, pode-se perceber que aproximadamente 30% das mulheres com exames citopatológicos alterados foram submetidas às condutas preconizadas pelo MS, um pouco acima do observado por Dalmolin *et al.*, (2016).

Estudos mostram que a baixa adesão ao exame de Papanicolaou pode estar relacionada a sentimentos, pouca informação, sobrecarga do cotidiano, dificuldades na relação profissional-usuário e barreiras institucionais (NASCIMENTO, ARAÚJO, 2013). Além disso, outro fator que pode ser levado em consideração seria a migração do usuário com resultado positivo para a rede particular, já que este trabalho demonstrou apenas dados de usuários do SUS.

No trabalho de Rosendo *et al.*, (2018) os autores avaliaram o seguimento de usuários diagnosticados com ASC-US e adesão às diretrizes brasileiras. Os resultados encontrados em seu trabalho demonstram que apenas 17,5% com menos de 25 anos de idade, 39,9% entre 25 e 64 anos de idade e 34,4% com mais de 65 anos, repetiram o Papanicolaou no intervalo recomendado pelas diretrizes. Isto é, acima do tempo preconizado na conduta das diretrizes para com essa faixa etária.

Outra informação de suma importância é a respeito da evolução dos diagnósticos. Neste trabalho foi possível verificar que 86 usuários atendidos apresentaram tal evolução, 44 usuários com resultados ASC-US, evoluíram para atípicas como LSIL (27), HSIL (5),

ASC-H (10) ou AGC-SOE (2). Em relação aos usuários diagnosticados com LSIL, 42 deles apresentaram evolução para HSIL (20), AGC-NEO (1), AGC-SOE (5) ou ASC-H (16).

Ainda segundo o levantamento realizado por Rosendo *et al.*, (2018), ao analisar a evolução das alterações, 11,6% mantiveram o resultado de ASC-US, 5,6% LSIL, 1,9% ASC-H, 1,7% HSIL e 0,8% de células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Sabe-se que realização periódica do exame citopatológico e o seguimento é a estratégia mais amplamente adotada para o rastreamento do CCU. Vale ressaltar que o rastreamento e acompanhamento dos usuários com diagnóstico, bem como o tratamento de lesões precussoras, são fundamentais para evitar o surgimento de novos casos de CCU, pois o diagnóstico precoce permite maior potencial de prevenção, tratamento e consequentemente a cura (INCA, 2016).

Realizar alta cobertura da população definida como alvo é o elemento mais importante no âmbito da atenção primária, para que se alcance significativa redução da incidência e da mortalidade por CCU (DALMOLIN *et al.*, 2016). Segundo o INCA (2016), países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano. Para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor a duas mortes por 100 mil mulheres por ano.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo contribuem para uma melhor compreensão da evolução das alterações escamosas em células maduras, possibilitando aos profissionais e gestores da área da saúde o desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção, à adesão dos usuários aos programas e ao seguimento de forma mais eficiente.

Sugere ainda que estes resultados possam fomentar estratégias que resultem em um aumento da adesão dos usuários do sistema único de saúde ao rastreo e reciclagem dos profissionais no encaminhamento, coleta e seguimento, que são fatores de suma importância para o rastreo do CCU e reduzindo os gastos dispendiosos do sistema de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), principais portas de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do sistema, precisam ser atuantes e reforçar os programas preventivos disponibilizados, levando em conta que é essencial haver sensibilização contínua dos usuários sobre a importância de fazer o exame periodicamente e seguir as condutas e tratamentos preconizados. Afinal, somente a realização do exame sem o respectivo seguimento não impede o desenvolvimento do CCU.

Deve-se destacar ainda que a partir do uso do SUS enquanto sistema integrado como instrumento na prevenção da evolução de lesões até o desenvolvimento do CCU, bem como seu papel no rastreo e tratamento de lesões iniciais, significa uma redução nos custos finais em saúde pública uma vez que reduz significativamente o número de usuários que chegam a desenvolver o CCU e, portanto, a depender do sistema público para seu tratamento.

8. REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. S. *et al.* Avaliação crítica das nomenclaturas diagnósticas dos exames citopatológicos cervicais utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 144-149, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de abril de 2021.

ARAGÃO, F. B. A. *et al.*, Associação do perfil microbiológico com alterações citológicas em mulheres quilombolas atendidos nas unidades básicas de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 52, n. 4, p. 311-318, 2019. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v52i4p311-318. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/156929>>. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. Ed., p. 31, Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALUMBY R. J.N.*et al.*, Papiloma Vírus Humano (HPV) e neoplasia cervical: importância da vacinação. *Braz. J. Hea. ver.*, Curitiba, v. 3, n. 2, p.1610-1628, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7486>>. Acesso em 20 de julho de 2021.

CARVALHO, M.C.M.P.; QUEIROZ, A.B.Z. Lesões precursoras do câncer cervico uterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.617-624, 2010.

COSTA, A. L.; GOLDENBERG P. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.249-261, 2013.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A. Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

DALMOLIN S. P. *et al.*, Mulheres com exames citopatológicos alterados: Avaliação do seguimento de acordo com as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em:<<http://www.rbac.org.br/artigos/mulheres-com-exames-citopatologicos-alterados-avaliacao-do-seguimento-de-acordo-com-as-condutas-preconizadas-pelo-ministerio-da-saude-48n-3/>>. Acesso em 20 de julho de 2020.

DERCHAIN, S. F. M *et al.*... Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 425-433, Julio 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de março de 2021.

DUFLOTH, R. M. *et al.* Frequência de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) em mulheres grávidas e não grávidas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 229-232, Maio 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000500229&lng=en&nrm=iso>. Acesso de 19 de março de 2021.

FERNANDES, N.F.S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad. Saúde Pública*. 2019 Out; 35(10): e00234618. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00234618>>. Acesso em julho de 2021.

GONÇALVES C.V. *et al.* Cobertura do exame citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n.9, p.258-263, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a07v33n9.pdf>>. Acesso em 18 de março de 2021.

HEISE A.; LIMA A.P.W. Citopatologia convencional e citologia em meio líquido: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v.10, n.5, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Controle do câncer do colo do útero: Fatores de Risco. [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/utero>. Acesso em: 25 março. 2021.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ficha Técnica de Indicadores das Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero. Informativo Detecção Precoce. 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>. Acesso em 25 de jul. de 2021.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER; WORKING GROUP ON THE EVALUATION OF CARCINOGENIC RISKS TO HUMANS. Human papillomaviruses. **IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human**, v. 90, p. 1-636, 2007.

LEITÃO, N. M. de A. Avaliação dos laudos citopatológicos de mulheres atendidas em um serviço de enfermagem ginecológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 12.4, p. 509 – 515, 2008. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/295>>. Acesso em: 18 de agosto de 2021.

LIMBERGER, A. *et al.* Aspectos imunológicos da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). **Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.33, n.1, p.111-122, 2012.

MENEZES, M.O; *et al.* Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 2, n. 1, p. 37-49, 2014;

NASCIMENTO, G. W.C. *et al.* Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 253-260, Sept. 2015.

NASCIMENTO do G. R; ARAÚJO A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18.3, p. 557 – 564, 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/946>. Acesso em: 10 de ago. 2021.

NAYAR R, WILBUR DC (eds). Bethesda system for cytopathology cervicovaginal definitions, criteria and explanatory notes. ed 3. **Nova York**, 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. HPV e câncer do colo do útero **Folha informativa**. Brasília (DF); 2019.

RODRIGUES, A.M.X. *et al.* Importância do exame de Papanicolau no diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. **Revista multiprofissional em saúde do hospital São Marcos**, v.1, n.1, 2013.

ROSENDO, D. A. *et al.* Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US): seguimento de exames analisados no Instituto Adolfo Lutz. **Rev. bras. anal. clin.**; 50(3): 265-269, dez.16, 2018.

SANTOS, C. da S.; BISPO, I. N. ; SOUZA, O. A. de. CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE: O PAPEL DO ENFERMEIRO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 470–483, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i3.791. Disponível em: <<https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/791>>. Acesso em: 18 agosto de 2021.

SILVA *et al.*, Desempenho da citologia em meio líquido na identificação de agentes microbiológicos cérvico-vaginais. **Rev. bras. anal. Clin.**; 50(2): 130-134, nov. 23, 2018.

SILVA *et al.*, Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 18 (4): Out-Dez 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PgGpzdL6HqQTsk8RPLVD9JR/abstract/?lang=pt&format=html&stop=previous#>>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

TALLON, Blenda *et al.* Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 362-371, junho 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200362&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Março de 2021.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 25 de março de 2021.

ANEXOS

Anexo 1- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FASES PRÉ-LABORATORIAL, LABORATORIAL, E PÓS-LABORATORIAL DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO

Pesquisador: Claudia Martins Carneiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24231613.2.0000.5150

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ouro Preto

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Universidade Federal de Ouro Preto

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Ofício para incrementação de questionário ao projeto

Justificativa: Durante as visitas às Unidades Básicas de Saúde para verificar se havia seguimento

Data do Envio: 13/04/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.058.729

Data da Relatoria: 27/04/2015

Apresentação da Notificação:

Durante as visitas às Unidades Básicas de Saúde para verificar se havia seguimento das atipias citológicas conforme as recomendações do Ministério da Saúde, um dos objetivos do projeto, observamos que os profissionais de saúde que atuam na realização do exame citopatológico enfrentam dificuldades para obter resposta do centro de referência, local para onde são encaminhados os casos de citologia positiva. Isso tem gerado um quadro onde tais profissionais ficam sem resposta dos procedimentos realizados pela paciente no centro de referência, e com isso o acompanhamento da mesma na Unidade Básica de Saúde fica prejudicado. Além disso, durante o contato das pesquisadoras com esses profissionais foi observado que muitos têm dificuldades de interpretar o resultado do exame citopatológico e definir o seguimento ideal para

Endereço: Morro do Cruzeiro-ICEB II, Sala 29 -PROPP/UFOP
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 35.400-000
UF: MG **Município:** OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 **Fax:** (31)3559-1370 **E-mail:** cep@propp.ufop.br

Continuação do Parecer: 1.058.729

cada tipo de alteração conforme as diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero. Diante de tais fatos, ao longo do ano de 2014, durante a execução do projeto intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS ENVOLVIDOS NAS FASES PRÉ-LABORATORIAL, LABORATORIAL, E PÓS-LABORATORIAL DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, MG", nós percebemos a necessidade de acrescentar um questionário voltado aos profissionais de saúde que trabalham na prevenção do colo do útero no município de Ouro Preto, Minas Gerais. Sendo assim enviaremos o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido para ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP para acrescentar tais dados ao projeto.

Objetivo da Notificação:

Ofício para incrementação de questionário ao projeto a fim de investigar quais os fatores que têm dificultado a comunicação entre a Unidade Básica de Saúde e o centro de referência, para que uma medida possa ser tomada a fim de garantir um seguimento adequado para essas pacientes. Além disso, também se faz necessário um levantamento das principais dúvidas existentes entre os profissionais de saúde que atuam na realização do exame a fim de elaborar palestras e materiais de educação continuada para tais profissionais, proporcionando momentos de atualização sobre o exame citopatológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios bem definidos.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação com objetivos relevantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Morro do Cruzeiro-ICEB II, Sala 29 -PROPP/UFOP
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 35.400-000
UF: MG **Município:** OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 **Fax:** (31)3559-1370 **E-mail:** cep@propp.ufop.br

Continuação do Parecer: 1.058.729

Considerações Finais a critério do CEP:

OURO PRETO, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Núncio Antônio Araújo Sól
(Coordenador)

Anexo 2 – Requisição de Exame Citopatológico – Colo do útero

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
		<i>Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero</i>	
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município		Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*			
Nome Completo da Mulher*			
Nome Completo da Mãe*			
CPF	Apelido da Mulher	Nacionalidade	
Data de Nascimento*	Idade	Raça/cor	
Dados Residenciais			
Logradouro			
Número	Complemento	Bairro	UF
Código do Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE			
1. Motivo do exame*		7. Já fez tratamento por radioterapia*	
<input type="checkbox"/> Rastreamento <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*		8. Data da última menstruação / regra:*	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____		_____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*	
3. Usa DIU?*		(não considerar a primeira relação sexual na vida)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim	
4. Está grávida?*		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*	
5. Usa pílula anticoncepcional?*		(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim	
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
EXAME CLÍNICO			
11. Inspeção do colo*		12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.			
Data da coleta*		Responsável*	
_____ / _____ / _____		_____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

nº 415

