

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Leilane Ummen Cunha

**COMO VIVEM, ADOECEM E MORREM, EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO, AS MULHERES DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UBS 03, DE
OLHO D'ÁGUA DO CASADO, ALAGOAS – MORTES EVITÁVEIS**

**Maceió
2021**

Leilane Ummen Cunha

**COMO VIVEM, ADOECEM E MORREM EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO, AS MULHERES DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UBS 03, DE
OLHO D'ÁGUA DO CASADO, ALAGOAS – MORTES EVITÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas como requisito básico para a conclusão do Curso de Especialização (Pós-Graduação *latu sensu*) em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Orientadora: Juliana Enders Lisboa.

Maceió

2021

Leilane Ummen Cunha

**COMO VIVEM, ADOECEM E MORREM, EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO, AS MULHERES DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UBS 03, DE
OLHO D'ÁGUA DO CASADO, ALAGOAS – MORTES EVITÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas como requisito básico para a conclusão do Curso de Especialização (Pós-Graduação *latu sensu*) em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Orientadora: Juliana Enders Lisboa

Banca Examinadora

Prof^a. Juliana Enders Lisboa (Orientadora)

Dayseanne Costa Teixeira (UFAL)

Aprovado em Maceió, em _____ de _____ de 2021.

Aos meus filhos, Margareth Ummen
Cunha e Rafael Ummen Cunha Peixoto.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ivânia Ricardo Paes Damasceno.

À Sra. Maria dos Prazeres Bezerra Lino.

Ao Sr. Willian Magno da Silva.

À Sra. Regineide Rodrigues França.

Aos demais membros da equipe da UBS 03 e à comunidade de Olho d'Água do Casado, Alagoas.

[...] ao menos mais cinco havia
com nome de Severino
filhos de tantas Marias
mulheres de outros tantos,
já finados, Zacarias,
vivendo na mesma serra
magra e ossuda em que eu vivia.
Somos muitos Severinos
iguais em tudo na vida [...] e iguais também porque o sangue
que usamos tem pouca tinta.
E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia.

“Morte e vida Severina”, de João Cabral de Mello Neto

RESUMO

Este trabalho traça um breve histórico de como a citologia oncótica e a colposcopia foram introduzidas no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), como propostas de política de estado. O câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais predominante entre as mulheres do Brasil. O Nordeste é a região de maior número de casos, e, em Alagoas, o município de Olho d'Água do Casado apresenta os índices mais elevados da 10ª Região de Saúde. Diante disso, o presente trabalho faz um recorte da UBS 03, no período de junho de 2018 a maio de 2019, comunidade sertaneja, urbana/rural e patriarcal com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), baixa escolaridade e alta prevalência do câncer do colo do útero. O levantamento dos dados de rastreamento da população-alvo – mulheres de 25 a 64 anos e 11 meses – identificou insuficiente oferta de exames de citologia oncótica, incipiente coleta de exames e elevado número de resultados de exames de citologia oncótica alterados, bem como dois óbitos por câncer do colo do útero. O objetivo da proposta de intervenção é reduzir a morte de mulheres por câncer do colo do útero através do aumento da oferta de exames de citologia oncótica e do cumprimento do pacto feito pelo MS em relação a ofertas de exames que garantam cobertura a 80% da população-alvo. Como objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes: negociar com o gestor recursos para implementar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; identificar e adequar as dificuldades das usuárias e a interface com a equipe; elevar o número de agendamentos a partir da otimização dos recursos humanos e materiais, a fim de garantir a meta; promover a saúde de forma integral; conscientizar, estrategicamente, a comunidade para que ela exerça o controle social no âmbito do SUS; imunizar para o HPV; e realizar atividade educativa continuada com adolescentes como proposta de melhoria efetiva da prevalência do câncer do colo do útero e do câncer do pênis.

Palavras-chave: Câncer. Colo do útero. Mortes evitáveis.

RESUMÉ

Ce travail fait un court historique de comme la cytologie oncotique et la colposcopie ont été introduits au Brésil comme politique nationale par le Ministère de la Santé.

Le cancer du col utérin c'est le deuxième néoplasie la plus prévalente parmi les femmes au Brésil, en étant le Nord-Est la région avec le plus grand chiffre de cas et à Alagoas, Olho d'Água do Casado présente les indices les plus élevés de la 10ème Région de Santé.

Le travail fait une coupure de l'UBS 03, communauté provinciale, urbaine/rurale, patriarcale, avec un bas IDH, baisse scolarité et haute prévalence de cancer du col utérin, sur la période de juin 2018 jusqu'à mai 2019. La collecte de données de la population cible, femmes de 25 ans a 64 ans et 11 messes, a identifié comme insuffisante l'offre des examens de suivi, insipide collecte et chiffre élevé de examens en présentant des anomalies et deux décès par cancer du col de l'utérus.

L'objectif du travail de la proposition d'intervention c'est réduire le décès des femmes par cancer du col de l'utérus, à travers de l'augmentation des examens cytologiques oncotiques et par le respect du pacte préconisé par le Ministère de la Santé d'offrir des examens qui garantissent la couverture de 80% de la population cible. Négocier, avec gestionnaire, des ressources pour mettre en œuvre le Programme d'Assistance Intégrale de Santé de la Femme ; identifier et adapter les difficultés des utilisateurs et l'interface avec l'équipe ; augmenter le nombre de rendez-vous, avec l'optimisation des ressources humaines et matérielles, afin d'assurer l'objectif ; promouvoir la santé de manière intégrale ; sensibiliser la communauté comme stratégie de contrôle social ; immuniser pour le VPH et effectuer une activité éducative continue avec des adolescents comme proposition de résolution effective de la prévalence de le cancer du col de l'utérus et le cancer du pénis.

Mots-clés : Cancer. Col de l'utérus. Décès évitables.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mulheres em idade fértil e escolaridade (Olho D'água do Casado/AL)...	17
Tabela 2 – Citologia Oncótica (de jun. 2018 a maio 2019)	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Nomenclatura de Citopatologia e Histopatologia – equivalências.....	32
Quadro 2 – Conduta na Atenção Básica (Citologia oncótica e faixa etária)	41
Quadro 3 – Colposcopia (Nomenclatura).....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HPV	<i>Human papillomavirus</i> (Papilomavírus humano)
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
RX	Raio-X
SESI	Serviço Social da Indústria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde da Família
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i> (Vírus da imunodeficiência humana)
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
ACHO	Anticoncepcional Hormonal Oral
ACHI	Anticoncepcional Hormonal Injetável
DIU	Dispositivo intrauterino
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
LSIL	<i>Low-grade intraepithelial lesion</i> (Lesão intraepitelial de baixo grau)
HSIL	<i>High-grade intraepithelial lesion</i> (Lesão intraepitelial de alto grau)
EUA	Estados Unidos da América
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PRO-ONCO	Programa de Oncologia do Ministério da Saúde, 1986
CITO-2001	Consenso – Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de

Conduitas Preconizadas

Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ABPTGIC	Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
Oncocentro	Fundação Oncocentro São Paulo
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
ASC-US	<i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i> (Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica)
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
ACS-H	<i>Atypical squamous cells of high-grade</i> (Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau)
AGC	<i>Atypical glandular cells</i> (Células glandulares atípicas de significado indeterminado)
CAF	<i>Cirurgia de Alta Frequência</i>
Fosp	Fundação Oncocentro de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Assistência à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Aspectos gerais	14
1.2	Territorialidade e população de Olho d'Água do Casado, Alagoas	14
1.3	População de mulheres	17
1.4	Organização política e social	17
1.5	O sistema municipal de saúde	18
1.6	A UBS 03 de Olho d'Água do Casado, Alagoas	18
1.7	A implementação dos grupos de trabalho da UBS 03	19
1.8	Problemas de saúde da mulher da UBS 03	20
1.9	Priorização dos problemas e elaboração do plano de intervenção	21
2	JUSTIFICATIVA	23
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo geral	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	METODOLOGIA	26
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1	Epidemiologia do câncer do colo do útero	27
5.2	Fatores de risco para o câncer do colo do útero	27
5.3	Histórico do rastreamento	28
5.4	Nomenclatura de Citopatologia: equivalências	32
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1	Descrição do problema priorizado	34
6.2	Explicação do problema priorizado	36
6.3	Seleção dos problemas críticos	36
6.3.1	Problemas relacionados ao gestor	36
6.3.2	Problemas relacionados à equipe da UBS 03	36
6.3.3	Problemas relacionado às usuárias	37
6.4	Desenho das operações acerca dos problemas críticos	37
6.5	Proposta e resultado, recursos, viabilidade e gestão	39
6.6	Condutas para a Atenção Básica, citologia oncótica e faixa etária	40
6.7	Colposcopia - Nomenclatura	41
6.7.1	Achados colposcópicos normais	41
6.7.2	Achados colposcópicos anormais	42

6.7.3	Achados colposc6picos insatisfat6rios	42
6.7.4	Achados variados	42
6.7.5	Alterat6es menores	42
6.7.6	Alterat6es maiores.....	42
6.8	As diretrizes de detecat6o do c6ncer do colo do 6tero e a Atenat6o B6sica..	44
6.9	Financiamento	45
7	CONSIDERAAT6ES FINAIS	46
	REFER6NCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais

No Protocolo de Cuidados à Saúde da Mulher, estão contemplados cinco grandes eixos de atuação, além dos eixos comuns que dizem respeito às doenças crônicas. O Protocolo de Saúde da Mulher tem início com a Saúde Sexual, enfatizando o respeito às escolhas e focando a vivência livre, plena, prazerosa e respeitosa da própria sexualidade. Há, também, a Saúde Reprodutiva, que disserta sobre o acesso aos métodos contraceptivos, livremente escolhidos, e à concepção assistida. Toda mulher e todo casal têm o direito de ser assistidos e de realizar a maternidade; quando não obtiverem êxito, têm o direito de ser amparados e cuidados. O protocolo envolve, ainda, o ciclo gravídico-puerperal com o binômio mãe-feto, suas patologias e seus múltiplos fatores. Aparecem o Protocolo de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e o Protocolo de Prevenção do Câncer de Mama, que, sendo simples, se revestem, todavia, de complexidade ante as dificuldades de acesso das usuárias aos serviços previstos para os tratamentos. Por fim, são abordados o climatério e seus rastreamentos e cuidados.

Além disso, menciona-se a violência contra as mulheres, em especial as mais vulneráveis, que se situam nos extremos da existência: as adolescentes e as idosas, que vão do abuso ao desamparo material e/ou afetivo e da desassistência aos maus-tratos. Aborda-se a violência de gênero, a misoginia (da infância à senilidade), os abusos sexuais, a violência doméstica, a ofensa moral, a intimidação e a desigualdade de gênero no trabalho (do assédio ao plano de cargos e salários).

1.2 Territorialidade e população de Olho d'Água do Casado, Alagoas

O município de Olho d'Água do Casado localiza-se no vale do Rio São Francisco, às margens do Lago de Xingó, que represa as águas do Rio São Francisco, na fronteira mais longínqua do estado de Alagoas. A rodovia AL-220 faz a ligação dos municípios de Água Branca e Delmiro Gouveia, atravessa Olho d'Água do Casado e segue em direção ao município de Piranhas. O clima é semiárido, seco e quente, com fraco regime pluviométrico, vegetação nativa de caatinga – palavra tupi que designa floresta branca, galhos despídos de folhas, segundo o Houaiss (2021). Há, no vale,

lençóis freáticos que, por vezes, afloram em olhos d'água – o que nomeou a própria cidade. Esta nasceu como acampamento dos trabalhadores da ferrovia, que percorriam as margens do Rio São Francisco, integrando e escoando a produção de algodão no Sertão, de fumo no Agreste e de cana de açúcar na Zona da Mata. A luminosidade é intensa, o pôr do sol é quase ofuscante, o céu é límpido e, frequentemente, a lua cobre de prata a caatinga, como na canção de Luiz Gonzaga: “não há, ó gente, ó não, luar como este do sertão”. Como já dito, a caatinga é a vegetação típica. As árvores plantadas, como proposta urbanística, são castanholas, em sua maioria, ou arbustos ornamentais que são podados de forma agressiva pela Secretaria de Infraestrutura do município. Não há sombra da copa das árvores, e o calor é causticante. Não se plantam árvores frutíferas: umbuzeiro, mangueira, mangabeira ou cajazeira.

De acordo com o Censo 2010 do IBGE (2010), Olho d'Água do Casado possui 8.491 habitantes. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da cidade é de R\$ 7.442,43 e corresponde a 7,2% da população, constituída por trabalhadores formais com Carteira de Trabalho assinada. Os demais 92,8% da receita do município vem de fonte externa. Os trabalhadores formais são 667 e têm renda média de 1,95 salários-mínimos. Uma parcela significativa da população, 53,3%, possui renda *per capita* de meio salário-mínimo. A população da cidade é constituída por 51,58% dos habitantes residentes; a área rural, por 48,42%.

Com baixíssimo nível de escolaridade, 80,24% da população não possui nenhuma instrução ou apresentam ensino fundamental incompleto. Praticam agricultura de subsistência, principalmente milho e feijão; se beneficiam incipientemente da castanha do caju; e, aos sábados, os agricultores dos assentamentos comercializam frutas, verduras e hortaliças na feira livre. Para além da barragem, há a pesca artesanal no Rio São Francisco e o turismo ecológico/arqueológico, devido à presença de artefatos e de sítios pré-históricos com pinturas rupestres. São pinturas localizadas nos cânions do Rio São Francisco e em áreas de assentamentos rurais, às margens do rio, semelhantes às encontradas no Parque Nacional da Serra da Capivara, em São Raimundo Nonato, Piauí. “Uma grande empresa de granito de Alagoas que explorou predatoriamente a região [...] uma pedra enorme, com cinco metros de altura, ainda com restos de pinturas rupestres. No meio dela, furos prontos para acolher dinamite [...]” (NOLASCO, 2017, p. 119).

Há trilhas na caatinga que conduzem a Angicos, onde Virgulino Ferreira, o Lampião, e seu bando foram emboscados e trucidados por volantes da polícia em 1938. Acerca disso, conforme o Dicionário Latim-Português e Português-Latim (PORTO EDITORA, 2012), “cangaço”, etimologicamente, vem de *canga*, artefato de madeira utilizado para subjugar e forçar o boi a arar a terra. Assim, Cangaço é a denominação do movimento libertário que ocorreu no Sertão nordestino em oposição ao coronelismo e às milícias armadas dos latifundiários, nas primeiras décadas do século XX – mesmo período dos movimentos messiânicos.

No tocante ao acesso à cidade em Olho d'Água do Casado, o caminho é pavimentado da rodovia AL-220 até a sede do município. O centro urbano, onde está localizada a administração municipal, possui ruas calçadas, algumas delas com saneamento, mas a maioria é composta por casas humildes que não respeitam o traçado das ruas e utilizam fossas sépticas. O abastecimento de água é disponibilizado em toda a área urbana, e há poços e cisternas na área rural. O Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) não é cobrado pelo governo municipal. A coleta de lixo ocorre em dias alternados e o descarte se dá em aterro sanitário. As ruas são limpas e contam com serviço de limpeza urbana, que é bem mantido pela população.

Segundo dados do Cadastro Municipal, o fornecimento de luz elétrica abrange todo o município. Porém, conforme a operadora telefônica, há quedas de energia frequentes, e o sinal de telefonia móvel é, por vezes, instável e não contempla todas as operadoras de telefonia, como a Claro. Além disso, a *internet* é de baixa velocidade e descontínua. Esses problemas acabam prejudicando a operacionalização de computadores da UBS (Unidade Básica de Saúde) e do Raio-X (RX) odontológico.

As instituições urbanas existentes na territorialidade da equipe citada são uma pequena igreja católica, dois templos evangélicos modestos e mais três templos de igrejas de outras designações cristãs. Há o predomínio de católicos entre a população, de acordo com dados da paróquia de São José, que é padroeiro da cidade e cuja festa é em 19 de março, período no qual é plantado o milho que será colhido para os festejos juninos. A missa comemorativa é antecedida por novena na igreja matriz de São José, padroeiro das famílias e protetor dos esposos. Há, no município, uma pracinha em frente à UBS, o Serviço Social da Indústria (SESI), que possui uma pequena biblioteca, duas escolas de ensino fundamental – uma delas na zona rural –, e um colégio de ensino médio na principal via de acesso, ao lado do Batalhão de Polícia Militar.

A proximidade com Arapiraca, região produtora de fumo, faz com que seja grande o número de fumantes em Olho d'Água do Casado, um fator de risco. A cidade também está situada na rota do tráfico de droga, o que eleva o nível de violência, principalmente na comunidade de Pedrinhas.

Há um êxodo de mão de obra masculina em busca de trabalho, ocorrendo a migração sazonal para o corte da cana de açúcar, além de um fluxo migratório importante para o Sudeste, especificamente para a grande São Paulo. Com isso, há a presença das chamadas “viúvas da seca”, cujos maridos migram e não retornam.

1.3 População de mulheres

O Censo 2010 do IBGE (2010) expressa que a população de mulheres acima de 10 anos e em idade fértil, no município em questão, é de 2.090. Quanto à distribuição geográfica delas, tem-se 51,58% residindo em área urbana, e 48,42%, em área rural.

Mulheres em idade fértil e escolarizadas é um recorte emblemático. Agrupadas por escolaridade, das 2.090 em idade fértil, 80,24% (1.677) dessas mulheres não têm instrução ou têm o fundamental incompleto; 10,24% (214) têm ensino fundamental completo e ensino médio incompleto; 7,61% (159) têm ensino médio completo e superior incompleto; e 1,91% (40) têm ensino superior completo.

Tabela 1 – Mulheres em idade fértil e escolaridade (Olho D'água do Casado/AL)

Número de mulheres	Percentual	Grau de escolaridade
1.677	80,24%	Sem instrução ou ensino fundamental incompleto
214	10,24%	Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto
159	7,61%	Ensino médio completo e ensino superior incompleto
40	1,91%	Ensino superior completo

Fonte: IBGE (2010)

1.4 Organização política e social

A organização político-partidária de Olho d'Água do Casado é liderada por dois grupos que se alternam no poder com margem estreita nas disputas e políticas assistencialistas. A organização social é baixa, exceto nas igrejas – no plural. Não obstante a maioria da população seja católica, é inegável a disputa territorial que há das igrejas de diversas designações cristãs em busca de fiéis. Os grupos religiosos são aqueles frequentados por seus membros, os quais participam da vida pública e debatem as políticas de saúde nas convenções e seminários, nos quais é notável a ausência de representação dos diversos segmentos da população. Os locais onde a população se encontra são a feira livre, aos sábados, a praça em frente à prefeitura e o Clube Municipal. Há, ainda, um museu particular de portas fechadas e a antiga Estação Ferroviária que não cumpre sua função de atração turística e equipamento de lazer. Não há creches, e as crianças, em sua maioria, são cuidadas pelos avós, enquanto as mães trabalham. No município, existe uma forte influência dos hábitos patriarcais; contudo, é crescente o empoderamento das mulheres, que vêm melhorando o nível de instrução e de reivindicação. A presença da Escola Técnica Federal de Piranhas e do *campus* da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) em Delmiro Gouveia contribui, de forma significativa, para esse processo.

1.5 O sistema municipal de saúde

O município é dividido em quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas equipes predominantemente urbanas (ESF 01 e ESF 03), e duas equipes predominantemente rurais (ESF 02 e ESF 04). A equipe de ESF 03 está localizada na UBS, em uma unidade que foi adaptada para receber as equipes de ESF 01 e ESF 03, uma vez que a sede da unidade 03 permanece inacabada. A Secretaria de Saúde do município informou que, na gestão anterior, os recursos foram consumidos sem que a obra fosse concluída.

1.6 A UBS 03 de Olho d'Água do Casado, Alagoas

Na UBS, além das equipes de ESF 01 e 03 – compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) –, funciona a triagem geral do Posto de Saúde, realizada por enfermeira, com 2 técnicos de enfermagem, 2 motoristas, 2

receptionistas, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de cozinha (coordenados por administradora), farmacêutico, auxiliar de farmácia e técnica de enfermagem responsável pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Na unidade, há também o Núcleo de Assistência à Saúde de Família (NASF), composto por nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e fisioterapeuta. A assistência social funciona ao lado, na Secretaria de Saúde, e a Vigilância Sanitária está localizada no prédio contíguo à UBS.

O espaço físico é bom, a conservação é razoável, a recepção é comum às duas equipes; tem uma pequena sala de espera e de triagem que é dividida com o PNI e é onde ocorrem as rodas de conversa. O consultório é pequeno e necessita de alguns reparos no mobiliário, na rede elétrica e em equipamentos eletroeletrônicos. O consultório de Enfermagem e a sala de Odontologia se situam em outra ala da UBS. As reuniões são realizadas ora no consultório de enfermagem, ora no consultório médico, e as atividades dos grupos, em outro espaço comum da unidade, entre os blocos anterior e posterior.

1.7 A implementação dos grupos de trabalho da UBS 03

Em dezembro de 2018, tiveram início, na equipe da UBS 03, as atividades profissionais da médica brasileira, sendo estabelecidas as atividades dos grupos que não estavam funcionando ou que funcionavam pelo empenho e dedicação da enfermeira. Foi também iniciado o processo de reestruturação do serviço de atendimento médico, que funcionava quase que exclusivamente por demanda espontânea. Estabeleceu-se a rotina de discussão sobre os processos de trabalho com a equipe da UBS 03, a fim de desenhar os problemas mais importantes da área de abrangência, construindo, coletivamente, o perfil da equipe.

O Programa de Hipertensos, Diabéticos, Obesos, Sobrepeso e Idosos foi a primeira atividade a ser reestruturada com calendário definido e instituído, assim como as atividades educativas e as mobilizações em outras instituições públicas do território da equipe 03. Destacam-se a atuação da enfermeira e da técnica de enfermagem no êxito dos trabalhos, o apoio da gestão municipal às mobilizações e as parcerias com a enfermeira da equipe 01 e o NASF. O entrave dos programas são os exames laboratoriais, os exames de imagem e o desabastecimento da farmácia. A equipe 03 envolveu o NASF nas rodas de conversa e nas ações conjuntas com a equipe 01.

Havia a demanda das crianças e dos adolescentes e a pressão da Secretaria de Educação para a avaliação antropométrica. Na unidade, o Programa Saúde na Escola foi iniciado a partir de uma reunião da direção, da coordenação e dos professores regentes de classe com a equipe da UBS 03, para que ouvissem as necessidades da unidade. Essa sondagem permitiu a avaliação antropométrica, o que envolveu a equipe 03 e o NASF. O olhar atento dos professores norteou a avaliação individual dos alunos. A inspeção dermatológica e a ausculta cardiorrespiratória permitiram encaminhamentos aos especialistas e avaliações epidemiológicas no grupo de doenças negligenciadas, como hanseníase e tuberculose. Foi identificada uma criança com sintomas sugestivos de tuberculose, encaminhado para baciloscopia.

Desenvolver atividades lúdicas e levar o teatro à escola, por meio da obra de Monteiro Lobato, foi a estratégia utilizada para valorizar o homem do campo enquanto autor e protagonista de sua história. Foram realizadas apresentações de Jeca Tatu e do Sítio do Pica Pau Amarelo para sensibilizar as crianças e para construir, coletivamente, hábitos de higiene e de nutrição. A nutricionista conversou com os alunos e orientou as merendeiras. A aquisição de alimentos foi realizada entre a direção da escola e os produtores de agricultura familiar de forma direta, com inegável melhoria na qualidade das refeições oferecidas pela instituição.

Na escola de ensino médio, a enfermeira realizou testes rápidos de rastreamento de Sífilis, HIV 1 e 2 e Hepatite B, segundo Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007), e coordenou, com a técnica de enfermagem, a imunização de *Human papillomavirus* (HPV) na população-alvo – meninos de 11 a 14 anos e meninas de 9 aos 14 anos, além dos casos previstos pelo protocolo do “Guia prático sobre HPV” (BRASIL, 2013). O odontólogo e a técnica em saúde bucal disponibilizaram oficinas de escovação. Em conjunto, a médica e a psicóloga executaram atividades em espaços públicos, com apresentação do teatro do SESI, jograis e palestras interativas com os estudantes do ensino médio, de modo que houve um enfoque na educação sexual, na reprodução, nas infecções sexualmente transmissíveis (IST) e na cultura da paz em contraponto ao *bullying*.

1.8 Problemas de saúde da mulher da UBS 03

Nas reuniões de Processo de Trabalho, foram coletados dados e foi elaborada uma relação de problemas pertinentes à saúde da mulher, uma rápida estimativa.

Foram enumerados o início precoce da vida sexual, antes do primeiro ano da menarca e/ou antes dos 16 anos e nos casos de vítimas de abusos; o papel do Conselho Tutelar e do Ministério Público na rede de proteção; a gravidez da menor/adolescente e a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG); a disponibilização de métodos contraceptivos – anticoncepcional hormonal oral (ACHO), ACHO de emergência e anticoncepcional hormonal injetável (ACHI) mensal e trimestral; os métodos de barreira – preservativos feminino e masculino; o diafragma; o dispositivo intrauterino (DIU); os protocolos de esterilização; a prevenção do câncer do colo do útero e a prevenção do câncer de mama; o pré-natal e o climatério.

O preservativo feminino e o diafragma não tiveram adesão. Não é disponibilizado o contraceptivo de emergência, o DIU tem protocolo de inserção pela médica e os protocolos de esterilizações masculina e feminina são direcionados à sede da 10ª Região de Saúde, em Santana de Ipanema.

O programa de pré-natal se apresentava bem estruturado. A implementação das atividades educativas do pré-natal se deu conjuntamente com a enfermeira, que já o realizava sem a participação da médica, e houve a inclusão do NASF (BRASIL, 2019). Ainda, houve capacitação, oferecida pela Secretaria de Estado da Saúde do de Alagoas para o manejo do Pré-natal de Baixo Risco e do Pré-natal de Alto Risco, em diálogo com o “Manual de orientação e assistência ao pré-natal” (FEBRASGO, 2000).

O climatério foi a temática de menor interesse, talvez pela não valorização da vida sexual/afetiva da mulher idosa.

1.9 Priorização dos problemas e elaboração do plano de intervenção

As rodas de conversa e a implementação da solicitação do exame de citologia oncótica elevaram o número de exames de citologia oncótica e revelaram elevado número de resultados alterados. Na sequência, reuniram-se a Coordenação da Atenção Básica, a responsável pelo Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e a equipe da UBS 03 para discutir os achados dos exames de citologia oncótica e a constatação de duas pacientes com diagnóstico de câncer do colo do útero. Verificou-se, nesse momento, que havia uma necessidade urgente de

se fazer rastreamento e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, pois os dados apresentavam índice estatístico muito elevados.

A equipe da UBS 03 possui 1.231 mulheres cadastradas, das quais 620 estavam na faixa etária de 25 anos a 64 anos e 11 meses, no período do recorte deste trabalho – junho de 2018 a maio de 2019.

2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero apresenta alta ocorrência no Brasil. Conforme o INCA (BRASIL, 2016), é a segunda neoplasia mais encontrada em mulheres, sendo apenas ultrapassado pelo câncer da mama. Em 2018, ocorreram 1.316.719 óbitos por câncer em território brasileiro; destes, faleceram 582.417 mulheres, das quais 6.526 morreram em decorrência de câncer do colo do útero (BRASIL, 2020) – 1,28% do total de óbitos no Brasil. A Região Nordeste registrou 1.990 óbitos, 30,49% do total de casos, o mais alto percentual das cinco regiões do país.

Na 10ª Região de Saúde de Alagoas, o município de Olho d'Água do Casado apresenta a taxa bruta mais alta de incidência do câncer do colo do útero por 100 mil habitantes dentre todos os municípios da microrregião, representando 21,77%.

As mulheres cadastradas na UBS 03 de Olho d'Água, em maio de 2019, somaram 1.231; destas, as que estavam na faixa etária de 25 a 64 anos e 11 meses, população alvo para o rastreamento, representavam 620 mulheres. Uma cobertura mínima de 80% das mulheres corresponderia a 496 exames de citologia oncótica, que devem ser oferecidos como estratégia de rastreamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O presente trabalho realizou o levantamento dos rastreamentos do câncer do colo do útero, tendo por base os dados obtidos pelos exames de citologia oncótica do público-alvo no período de junho de 2018 a maio de 2019 (doze meses). Esse período foi escolhido como base para análise por contemplar seis meses de atuação da profissional médica estrangeira, de nacionalidade cubana, e seis meses da profissional médica brasileira, autora desta pesquisa.

O quantitativo pesquisado foi de 427 mulheres, amostra que representa 68,87% da população-alvo. Elas foram rastreadas com exames de citologia oncótica no primeiro período, de junho de 2018 a novembro de 2018, totalizando 25 mulheres; já no segundo período, de dezembro de 2018 a maio de 2019, 72 mulheres foram identificadas mediante exames de citologia oncótica. No total, 97 mulheres chegaram a realizar exames – 22,72% do total de 427 mulheres pesquisadas –, e destas 8 apresentaram alterações (8,25% da amostra), conforme o Quadro 2.

Ocorreram dois óbitos de mulheres por câncer de colo do útero nesse período. Pela relevância social, importância epidemiológica e dimensão humana, a morte de

mulheres por câncer do colo do útero representa mortes evitáveis, as quais não devem ser ignoradas, justificando, assim, esta proposta de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Aprofundar a discussão sobre territórios vinculados à saúde da mulher, visando a implementar a Assistência Integral à Saúde da Mulher, de forma a reduzir, no âmbito da UBS 03 de Olho d'Água do Casado, as mortes (evitáveis) de mulheres por câncer do colo do útero.

3.2 Objetivos específicos

- Implementar o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher no município de Olho d'Água do Casado, Alagoas;
- Instituir uma rotina de rastreamento do câncer do colo do útero que ofereça cobertura de exame de citologia oncológica a, no mínimo, 80% das mulheres entre 25 e 64 anos e 11 meses, como indicado pelo Ministério da Saúde, obedecendo o consenso efetiva, permanente e sustentavelmente a periodicidade e a faixa etária;
- Estabelecer, com o gestor municipal, um sistema em rede de referência e contrarreferência para o rastreamento do câncer do colo do útero;
- Garantir o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer do colo do útero, em consonância com as propostas do Ministério da Saúde;
- Negociar a ampliação, de forma sustentável, da oferta de insumos e serviços destinados à Saúde da Mulher;
- Instituir um programa de educação sexual continuado no colégio de ensino médio e a imunização contra o HPV como estratégias de redução da incidência das IST/HIV e das lesões precursoras do câncer do colo do útero;
- Promover o diálogo e a conscientização da comunidade como instrumento de controle social.

4 METODOLOGIA

No presente trabalho, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas da área de abrangência, escolhida por critérios de importância e urgência, bem como pelos nós críticos e pelas ações demandadas. Para o percurso metodológico, foram considerados os trabalhos de Faria, Campos e Santos *et al.* (2017), Costa (2003) e Corrêa, Vasconcelos e Souza (2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Epidemiologia do câncer do colo do útero

A epidemiologia do câncer do colo do útero é desconhecida pela inexistência de estudos de monta confiáveis. Sua ocorrência tem aumentado nos registros de saúde devido ao rastreamento, ao diagnóstico do HPV, à identificação de seus subtipos e à detecção de lesões precursoras de câncer de colo do útero, que incidem em mulheres cada vez mais jovens (SANTOS *et al.*, 2007).

5.2 Fatores de risco para o câncer do colo do útero

Os fatores de risco das lesões precursoras e os fatores de risco das IST são os seguintes: início precoce da vida sexual, principalmente de menores de 16 anos e/ou antes ou após o primeiro ano da menarca; gestação precoce; múltiplos parceiros; parceiros de alto risco, que são os que apresentam, igualmente, múltiplos parceiros, infecção por HIV e antecedentes de câncer do colo do útero ou de câncer do pênis; infecção por HPV 16, 18, 31 e 33; multiparidade; infecção por Herpes II e citomegalovírus; imunodeprimidos; deficiência de vitamina A e C; ACHO; tabagismo; estresse e radiação. Estes são fatores de risco compartilhados entre os parceiros (SANTOS *et al.*, 2007).

[...] as lesões precursoras apresentam várias características em comum com as DST: atividade sexual responde pelo principal fator de risco. Estão envolvidos início precoce da atividade sexual (coincidindo com a eversão fisiológica do epitélio cilíndrico na adolescente), na multiplicidade de parceiros, a infecção pelo papilomavirus (HPV) e outros fatores. [...] As protaminas e histonas da cabeça do espermatozoide parecem exercer transformação neoplásica, independente do HPV. (SANTOS *et al.*, 2007, p. 384)

De acordo com o INCA (BRASIL, 2016), o câncer do colo do útero atinge estatisticamente mulheres após os 35 anos. Ainda sobre a faixa etária, o rastreamento antes dos 25 anos não tem impacto na redução da incidência. Dessa forma, ao “Iniciar o rastreamento aos 25 anos de idade, e não aos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do câncer do colo do útero” (BRASIL, 2006, p. 33).

Rezende (1980) afirma que a realização do exame de citologia oncótica no pré-natal deve ser estimulada. Entretanto, os resultados precisam ser analisados com prudência, uma vez que há a possibilidade de sobretratamento, acarretando riscos de morbidade obstétrica. A ablação, mesmo parcial, do colo pode levar à incontinência cervical e ao parto prematuro. Nesse sentido, “Na edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicado em 2011, elevou-se para 64 anos a idade da mulher sem história prévia de doença invasiva para encerrar o rastreamento” (BRASIL, 2010, p. 34).

5.3 Histórico do rastreamento

No Brasil, o rastreamento do câncer do colo do útero, por meio de exames de citologia oncótica e de colposcopia, teve início incipiente na década de 1940.

O Presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção, em 1956, do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao INCA – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino [...] foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país. (BRASIL, 2016, p. 21)

Na década de 1920, nos Estados Unidos da América, George Nicholas Papanicolaou, médico grego e naturalizado americano, descreveu o método de pesquisa comparativa de células com base na análise de células esfoliativas vaginais e do colo do útero. Utilizava, para os diferentes padrões encontrados, como nomenclatura o termo “classe” e agrupava os achados em cinco classes, indicadas por números romanos de I a V. A primeira, I, era representada por um padrão normal, negativo para células neoplásicas; e a última, classe V, era conclusiva para malignidade e carcinoma invasor, de acordo com o “Atlas de Citologia Esfoliativa” (PAPANICOLAOU, 1954).

Na década de 1950, nos Estados Unidos da América, James Reagan e, na Suíça, Stanley F. Patten Jr. propuseram uma nova nomenclatura e subdividiram as lesões em displasias leves, moderadas e acentuadas. Patten Jr., então, publica “Diagnóstico Citopatológico da Cérvix Uterina” (NOVAK; JONES; JONES, 1970).

Em 1960, nos Estados Unidos da América, Koss em 1961 publica “Citologia Diagnóstica e sua Base Histopatológica”; Graham em 1963 publica “Diagnóstico Citológico do Câncer” (NOVAK; JONES; JONES, 1970).

Já em 1970, nos Estados Unidos da América, Ralph Richert propõe a expressão “neoplasia intraepitelial cervical” (NIC). Stanley F. Patten, em 1978, publica “Gradação das Lesões Intraepiteliais”, no qual, pela organização das lâminas e pelo detalhamento da evolução do processo do carcinoma invasivo, realiza uma notável contribuição ao diagnóstico e aos critérios de tratamento do câncer do colo do útero. O autor apresenta, na Sociedade Americana de Câncer, os “Critérios Morfológicos da Citologia Oncótica das Lâminas”. Sua base de dados robusta, detalhada e ilustrada constituem elementos que tornam irrefutável a nomenclatura utilizada por ele. As reedições de suas obras serão sempre largamente ampliadas e criteriosamente revistas, como pontua Bereck (2008).

As nomenclaturas de uma maneira geral são desenvolvidas para facilitar a comunicação entre profissionais de áreas afins, à medida que a ciência e a tecnologia vão se desenvolvendo, novos conceitos surgem em virtude das novas descobertas, é necessária a revisão periódica dessas nomenclaturas. (BRASIL, 2016, p. 25)

Em 1988, em Bethesda, Maryland, EUA, ocorre a primeira Conferência de Consenso em Citopatologia, que unificou as nomenclaturas existentes (BRASIL, 2012).

Quanto ao HPV – papilomavirus humano – e seus 13 subtipos oncogênicos principais, os subtipos HPV 16 e HPV 18 são os que predominam nos casos de carcinoma de colo do útero. O papilomavirus humano já havia sido identificado em Colúmbia, nos Estados Unidos, por Patten e alguns de seus colaboradores. Seu mecanismo de ação na gênese da doença intraepitelial cervical – que, na dependência do subtipo envolvido, pode se apresentar como lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) e lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) – e os subtipos HPV 16 e HPV 18 são encontrados em 70% das pacientes que apresentam câncer do colo de útero no Brasil (BRASIL, 2012).

A UNICAMP (Campinas, São Paulo), em 1968, iniciou o programa de controle do câncer de colo, o qual, em 1970, a Fundação Oncocentro de São Paulo estendeu

a outros municípios paulistas, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2000).

Nos demais estados, esse serviço era oferecido pelas Cátedras de Patologia, Ginecologia e Obstetrícia, de modo incipiente, como parte do treinamento de internos, residentes e mestrands. No entanto, teve o pioneirismo de formar mão de obra qualificada que ampliou, significativamente, a oferta de serviços de citologia oncótica e colposcopia em entidades públicas e privadas.

Em 1972, o Ministério da Saúde criou a Divisão Nacional de Câncer.

O Programa Nacional de Controle do Câncer, em 1975, apesar de ser destinado ao enfrentamento do câncer em geral, foi o primeiro programa nacional de rastreamento do câncer de colo do útero (BRASIL, 2016).

Em 1984, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que regulamentou o protocolo da assistência do Pré-natal de Baixo Risco. Este passou a ser realizado por enfermeiros e médicos em conjunto, obtendo inegável melhoria na assistência prestada às gestantes e instituindo a coleta de citologia oncótica por parte do enfermeiro. Essa coleta começou a fazer parte dos procedimentos de rotina em consultas ginecológicas, em clínicas públicas e privadas, aumentando, exponencialmente, a quantidade de exames (BRASIL, 2016).

O Pro Onco, em 1986, realizou o projeto de Expansão da Prevenção e Controle de Câncer Cérvico-Uterino, que ampliava a rede de coleta existente em sintonia com as demandas da coletividade, com a ampliação da capacidade dos laboratórios de Citopatologia e com a implantação de rede de referência e contrarreferência (BRASIL, 2016).

Em 1988, o Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino foi instituído (BRASIL, 2016).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, previsto pela Constituição de 1988, o INCA incorporou a si o Pro Onco e se tornou responsável, nacionalmente, pela prevenção e pelo controle do câncer (BRASIL, 2016).

Em 1996, o “Viva Mulher” é criado como um projeto piloto em resposta a alta preponderância de câncer de colo uterino. No Nordeste, o projeto foi implantado, inicialmente, em Aracaju e em Recife. Estabeleceu o protocolo para padronizar a coleta de material de citologia oncótica, bem como a padronização das condutas face às alterações (BRASIL, 2016).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero estende, em 1998, o projeto “Viva Mulher” a todo o território nacional, o SISCOLO é criado e são estruturadas a rede de cuidados e as competências dos três níveis de governo (BRASIL, 2016).

Em 2002, o CITO 2001 – conjunto de normas técnicas que conferiam uniformidade à nomenclatura dos achados citológicos dos exames de citologia oncológica – é regulamentado e implantado, permanecendo, até os dias atuais, como a nomenclatura adotada pelo Ministério da Saúde (FEBRASGO, 2004).

Em 2006, a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Conduas Preconizadas é publicada pelo INCA, e o Pacto pela Saúde, destacando a substancialidade do diagnóstico precoce do câncer do colo do útero por sua importância epidemiológica e social, inclui os indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios (FEBRASGO, 2004).

Em 2010, um grupo de trabalho do INCA reavalia o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, observando a gestão, o rastreamento, a qualidade dos exames de citologia oncológica e o tratamento. As conclusões foram apresentadas no Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2016).

Já em 2011, o Ministério da Saúde institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais, Grupos de Especialistas e Comitês de Mobilização Social, organizados por Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Ainda, a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama foi elaborada em colaboração com a Fiocruz, a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e a FEBRASGO (BRASIL, 2016).

Em 2013, o SUS implementa o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). O sistema citado redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito) na prevenção, a partir do qual os laboratórios públicos e privados têm seu desempenho acompanhado e monitorado pelos gestores do SUS (BRASIL, 2016).

Em 2014, são definidos os Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama, sendo asseguradas as verbas de custeio e de investimento necessárias à sua implantação. Também lhe são garantidos os exames de rastreamento, conforme

dados das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2016).

Ainda em 2014, a vacina tetravalente para o HPV é disponibilizada pelo PNI, inicialmente, para as meninas de 9 anos a 14 anos e, posteriormente, para os meninos de 11 anos a 14 anos. Nesta faixa etária, são administradas 2 doses (BRASIL, 2016).

Em 2018, ocorreram 6.526 óbitos por câncer do colo do útero, o que corresponde a 1,12% do total das mortes de mulheres por câncer. O Nordeste registrou 1.990 óbitos por câncer do colo do útero: 30,49% do total de mortes, índice mais elevado das cinco regiões do País (BRASIL, 2018).

Em Alagoas, na 10ª Região de Saúde, no município de Olho d'Água do Casado, a taxa bruta de incidência de câncer do colo do útero por 100 mil habitantes é de 21,77%, a maior dentre os municípios limítrofes. Seguem-no Delmiro Gouveia, com 11,15%, Piranhas, com 15%, e Inhapi, com 10,68% (BRASIL, 2018).

5.4 Nomenclatura de Citopatologia: equivalências

O Quadro 1 foi elaborado com base em Papanicolaou (1954), Novak, Jones e Jones (1971) e Santos *et al.* (2007).

Quadro 1 – Nomenclatura de Citopatologia e Histopatologia – equivalências

Papanicolaou	OMS 1952	Richart 1969	Bethesda 2001	Clas. Bras.2006
Classe I				Negativo para células neoplásicas
Classe II			Alt. Benigna Atipia significado indeterminado. ASC - US	Alt. Benignas Atipia significado indeterminado. ASC - US
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia grave	NIC I NICII NIC III	LSIL HSIL HSIL	LSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma in situ	NIC III	HSIL Adenocarcinom a in situ AIS	HSIL Adenocarcinoma in situ AIS

Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor
----------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Fonte: elaborado pela autora de acordo com Papanicolaou (1954), Novak (1971) e Santos *et al.* (2007).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema priorizado

Este trabalho se propõe a realizar um levantamento, no período de junho de 2018 a maio de 2019, de como vivem, adoecem e morrem por câncer de colo do útero as mulheres da UBS 03, de Olho d'Água do Casado, Alagoas. Para tanto, faz reúne, aqui, dados de rastreamento de câncer do colo do útero na população-alvo, respeitando o consenso acerca da periodicidade e da faixa etária, segundo pautas do Ministério da Saúde.

Em maio de 2019, a população de mulheres cadastradas na UBS 03 era de 1.231; na faixa etária de 25 a 64 anos e 11 meses, de 620.

Foi, então, iniciada uma pesquisa documental e quantitativa com análise qualitativa mediante a coleta de dados obtidos das entrevistas fechadas com mulheres de 25 a 64 anos e 11 meses em relação à realização de exame de citologia oncótica (de junho de 2018 a maio de 2019). Assim, buscou-se na fonte primária as informações dos exames em questão. Ao obter resposta positiva para o rastreamento do câncer do colo do útero, é solicitada à paciente a apresentação do exame. Verificados a data, o resultado e a idade, são anotados os dados do exame de citologia oncótica. O procedimento também ocorria nas consultas médicas da UBS 03, quando a paciente portava o exame de citologia oncótica ou quando este se encontrava reportado no Prontuário Médico da UBS 03 e registrado na Ata de Citologia Oncótica da UBS 03 – fonte secundária. O número de mulheres, em maio de 2019, era de 620, quantidade que atendia o consenso de periodicidade e de faixa etária desta pesquisa. Foram levantados dados de 427 mulheres, 68,87% da população-alvo, e verificou-se que a taxa de rastreamento de câncer do colo do útero foi de 22,72%.

No primeiro período, junho de 2018 a novembro de 2018, foram disponibilizados 75 exames de citologia oncótica e realizados 25 exames, 33,33% da cota disponibilizada; no segundo período, dezembro de 2018 a maio de 2019, foram acessados 75 exames de citologia oncótica e realizados mais 72, 96% da cota disponível. Dos 97 exames de citologia oncótica realizados, foram encontradas alterações em 8 deles, correspondendo a 8,25% da amostra. Ademais, 2 mulheres apresentavam câncer do colo do útero já diagnosticado.

Os resultados dos exames de citologia oncótica, de junho de 2018 a maio de 2019, foram analisados e quantificados, e as alterações, registradas. As citologias oncóticas negativas para células neoplásicas tiveram registro quantitativo, e as que apresentaram alterações qualitativas tiveram registro do resultado e foram quantificadas (Tabela 2).

Os dados colhidos tiveram por objetivo realizar o diagnóstico situacional e ajudar a pensar a estratégia a ser adotada, a fim de garantir o acesso ao exame de citologia oncótica às mulheres-alvos desta pesquisa, com cobertura mínima de 80% – 496 de 500 exames de citologia oncótica realizados anualmente, definidos pelo Ministério da Saúde como estratégia de prevenção e de controle do câncer do colo do útero.

Tabela 2 – Citologia Oncótica (de jun. 2018 a maio 2019)

Meses	Quantidade de exames realizados	Exames alterados
Junho de 2018	3	
Julho de 2018	14	
Agosto de 2018	0	
Setembro de 2018	3	
Outubro de 2018	3	
Novembro de 2018	2	
Dezembro de 2018	15	02 ACS – US 02 NIC II/III 01 HSIL - lesão intraepitelial de alto grau 01 carcinoma epidermoide invasor
Janeiro de 2019	15	
Fevereiro 2019	8	
Março de 2019	16	
Abril de 2019	6	
Maio de 2019	12	01 HSIL - lesão intraepitelial de alto grau 01 NICII/III

Fonte: elaborado pela autora (2021)

A análise dos resultados encontrados nos exames de citologia oncótica levantados na pesquisa serviu como base para o diagnóstico situacional e subsidiou

as estratégias a serem adotadas. Não se realiza controle do câncer do colo do útero sem rastreamento, sem sistema em rede de cuidados de referência e de contrarreferência, sem acesso ao tratamento precoce, sem imunização para o HPV e sem educação sexual.

6.2 Explicação do problema priorizado

Há um exacerbado número de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e 11 meses quanto ao rastreamento do câncer do colo do útero: 620 mulheres. Elas estavam cadastradas, em maio de 2019, na UBS 03 de Olho d'Água do Casado, que dispõe de uma cota de 150 exames de citologia oncótica anualmente, oferecendo ao público-alvo acima apenas 24,19% de cobertura.

É necessário, pois, aumentar a quantidade de exames de rastreamento, de forma a garantir a cobertura mínima de 80% a essas 496 mulheres cadastradas na UBS 03 de Olho d'Água do Casado.

6.3 Seleção dos problemas críticos

Os problemas críticos que impactam a resolutividade estão relacionados ao gestor, à equipe da UBS 03 de Olho d'Água do Casado e às usuárias.

6.3.1 Problemas relacionados ao gestor

A cota disponibilizada pelo gestor é de 150 exames de citologia oncótica anualmente, o que oferece uma cobertura de somente 24,19% ao público-alvo de 620 mulheres.

6.3.2 Problemas relacionados à equipe da UBS 03

A coleta de exame de citologia oncótica, no período de junho de 2018 a novembro de 2019, utilizou 33,33% da cota disponibilizada; já no período de dezembro de 2018 a maio de 2019, utilizou 96% da cota; em 12 meses, cobriu 22,72% da amostra, o que representa 15,64% do público-alvo desta pesquisa. O número reduzido de coletas de exame de citologia oncótica demonstrou uma capacidade ociosa, a falta

de insumos, as dificuldades de agendamento com os ACS, a ausência da busca ativa e a ausência de programas de educação sexual permanentes para adolescentes do ensino médio.

6.3.3 Problemas relacionado às usuárias

Nesse caso, há o absenteísmo, que revela a desmotivação com o trabalho desenvolvido na UBS 03, o baixo IDH, a baixa escolaridade, a desinformação, o machismo e a submissão.

6.4 Desenho das operações acerca dos problemas críticos

Existe o problema relacionado ao aumento da cota de exames. Portanto, era preciso negociar com o gestor o aumento da cota de 150 exames de citologia oncótica por ano para cada equipe de ESF, a fim de que alcançasse a quantidade de 496/500 exames, de modo a cumprir a pactuação realizada com o Ministério da Saúde e oferecer cobertura mínima a 80% ao público-alvo. O projeto é o aumento da cota de exames, o resultado é a elevação da oferta de exames de citologia oncótica e o produto é a realização dos exames de rastreamento em mulheres de 25 a 64 anos e 11 meses, possibilitando o controle do câncer do colo do útero na UBS 03.

A estrutura física é pré-existente, e os recursos materiais e financeiros necessários à implantação e à manutenção são garantidos pelo pacto com o Ministério da Saúde.

A Secretaria de Saúde de Olho d'Água do Casado disponibiliza uma cota de 150 exames de rastreamento, enquanto a demanda é de 620 mulheres. A cobertura mínima precisa, ao contrário, ser de 80% (496 de 500 dos exames de citologia oncótica). A elevação para 500 exames de rastreamento demanda recursos materiais e financeiros, ainda, recursos humanos e cognitivos adicionais a viabilização.

A análise dos números de exames realizados (Tabela 2), revelou uma capacidade ociosa em relação ao número de exames de citologia oncótica realizados. As causas são a baixa cota anual (150), que leva à falta de agendamento semanal. O absenteísmo resulta na ausência de buscas ativas pelos ACS, por não ter agendamento garantido, uma vez que a cota contempla apenas um quarto do público-alvo.

O ano possui 52 semanas, das quais são subtraídas as férias da enfermeira (5 semanas), o carnaval (1 semana), a Páscoa (1 semana) e o recesso natalino (2 semanas). O número, portanto, reduz-se para 43 semanas; com 10 agendamentos semanais, temos uma estimativa de 430 exames de citologia oncótica anuais, o que não cobre a meta. A solução pensada foi aumentar o agendamento de 10 para 12 exames, como nas consultas médicas, que contemplam os ACSs com 2 agendamentos por turno; uma vez que há 6 ACSs, totalizam 12 consultas agendadas.

A sensibilização da enfermeira, que concordou com a elevação da quantidade de exames de citologia oncótica, foi fundamental para a viabilidade do projeto, assim como o apoio da técnica de enfermagem e dos ACSs. Assim, ficou negociado com os profissionais o acréscimo de trabalho, elevando-se as os exames para 12.

Em 43 semanas, com o agendamento de 12 pacientes, teríamos 516 exames de citologia oncótica por ano, número que cumpre a meta pactuada e que garante aos ACSs, que são quem consolida as relações com a população, os 2 agendamentos semanais, permitindo a implementação da busca ativa.

Mobilizar a comunidade, que está desestimulada por não tem suas demandas atendidas, como os exames laboratoriais e de imagem; executar os exames de mamografia, realizados no mamógrafo móvel, que ficaram sem resultados. Como resolver tais questões, para além do baixo nível de escolaridade, do baixo IDH, do machismo, da cultura da não intervenção nas lides e na intimidade do casal, da não exposição do corpo, do corpo da mulher como objeto de pertencimento do homem, das ISTs, do sobrepeso, do tabagismo ativo e passivo. A resposta vem da informação que ressignifica, da educação que transforma, do lugar de fala que empodera e rompe com o silêncio, da ação que se contrapõe à submissão.

Há, ainda, os entraves relacionados à equipe, como a baixa oferta de exames de citologia oncótica, a falta de agendamento pelos ACS, a impossibilidade de realizar uma busca ativa, por não poder garantir o exame de rastreamento, e o cronograma de exames na terça-feira. A aproximação do final de semana aumenta a possibilidade de contato sexual, impossibilitando a abstinência obrigatória de 72h. Tem-se, também, o absenteísmo por outras causas, devido à irregularidade menstrual, ao uso de medicação por via vaginal, a data de recebimento de bolsa social etc. As soluções pensadas foram a troca do dia do exame de citologia oncótica para a quinta-feira e a adoção de agenda suplementar: em vez de agendar 2 pacientes, agendar 3 pacientes, de sorte que, se a paciente não comparecer ou não puder realizar o exame, será

substituída, e a paciente que deixou de realizar o exame será reagendada para a semana subsequente.

6.5 Proposta e resultado, recursos, viabilidade e gestão

Propõe-se, aqui, a implementação, juntamente com a Coordenação de Atenção Básica, de um sistema em rede de referência e de contrarreferência, bem como a garantia do tratamento precoce do câncer do colo do útero, guiados pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

Além disso, pretende-se intensificar as atividades nas escolas com os pré-adolescentes e os adolescentes enquanto estratégia de prevenção do câncer do colo do útero e do câncer do pênis. Nesse cenário, é necessário abordar as pautas de educação sexual: o início precoce da vida sexual e o abuso, o papel do Conselho Tutelar e da Promotoria de Justiça na rede de proteção, os métodos contraceptivos e a gravidez na adolescência, a prevenção das IST/AIDS, o tabagismo e o *bullying*.

É importante também implementar o PNI, garantindo o calendário completo de imunização dos adolescentes e a cobertura de 95% da imunização de HPV como protocolo de prevenção do câncer do colo do útero e do câncer do pênis.

Outra questão importante é a negociação com o PNI no concernente à imunização recomendada pela FEBRAGO, pela Federação de Pediatria e pela Sociedade de Imunização, que recomendam a imunização para HPV a todas as mulheres até os 45 anos. Isso porque a vacina as protege, ainda, do condiloma acuminado, em que prevalecem os subtipos oncogênicos HPV 6 e HPV11, patologia recorrente em adolescente-gestante. Segue como proposta de adesão.

Ademais, propõe-se a instalação da “Academia da Cidade” como estratégia de promoção da saúde. O Programa do Ministério da Saúde garante as verbas de instalação e de custeio desse projeto.

O diálogo e a conscientização são sempre, nessa conjuntura, instrumentos efetivos e permanentes de controle social. Assim, é preciso debater e estimular o diálogo, utilizando-se as rodas de conversa na UBS 03, nos espaços públicos e na rádio comunitária, com o objetivo de promover a consciência crítica.

Distribuir e reproduzir materiais do Ministério da Saúde, como panfletos e cartilhas temáticas, é também um passo imprescindível.

Outro método importante é a realização de oficinas para pensar e produzir materiais didáticos, tais como panfleto, cartilha e cordel, que melhor expressem a realidade local, contribuindo para uma política afirmativa que eleve a autoestima e que fortaleça o controle social.

Além dessas ações citadas, há outras:

- manter a pauta adotada e seguir monitorando a coleta dos exames de citologia oncológica;
- motivar a equipe e transmutar o luto pelas perdas de vidas, em luta pela pactuação;
- garantir os insumos necessários e os recursos críticos junto ao gestor;
- monitorar os resultados dos exames e agendar a consulta enfermeira/médica para avaliação do resultado dos exames realizados;
- reavaliar o processo, periodicamente, a fim de corrigir os rumos e de realizar os ajustes que se fizerem necessários;
- estabelecer padronização de conduta na Atenção Básica diante do resultado alterado dos exames de citologia oncológica (Quadro 2).

6.6 Condutas para a Atenção Básica, citologia oncológica e faixa etária

Em casos de células escamosas atípicas de significado indeterminado, temos: possivelmente não neoplásicas; se abaixo de 25 anos, repetir o exame em 3 anos, se de 25 a 29 anos, repetir em 1 ano e, se acima 30 anos, repetir 6 meses; quando não afastar lesão de alto grau, encaminhar para a colposcopia.

Em relação à Lesão Intraepitelial de baixo grau (LSIL), se a mulher tiver abaixo de 25 anos, é preciso repetir o exame em 3 anos; se igual ou acima de 25 anos, repeti-lo em 6 meses.

Em casos de Lesão Intraepitelial de alto grau (HSIL), deve-se encaminhar a mulher para a colposcopia.

Quanto à HSIL, não excluir micro invasão e encaminhá-la para a colposcopia.

Se houver Carcinoma escamoso invasor, dirigi-la para colposcopia. No caso de Adenocarcinoma *in situ* ou invasor, encaminhar a mulher para a colposcopia.

Abaixo, podem ser vistas as condutas preconizadas nas alterações dos exames de citologia oncológica, conforme o INCA (BRASIL, 2012).

Quadro 2 – Conduta na Atenção Básica (Citologia oncótica e faixa etária)

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Cel. escamosas atípicas indeterminadas	Possivelmente não neoplásicas	Menos 25 anos	Repetir em 3 anos
		25 a 29 anos	Repetir em 1 ano
		Mais de 30 anos	Repetir em 6 meses
	Não afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Cel. glandulares atípicas indeterminadas	Não afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Cel. Atípicas origem indefinida	Não afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		Menor de 25 anos	Repetir em 3 anos
		Mais de 25 anos	Repetir em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau (não excluir micro invasão)			Encaminhar para a colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para a colposcopia
Adenocarcinoma in situ ou invasor			Encaminhar para a colposcopia

Fonte: Brasil (2012, p. 31)

6.7 Colposcopia - Nomenclatura

6.7.1 Achados colposcópicos normais

Os achados colposcópicos normais são epitélio escamoso original, epitélio colunar e zona de transformação normal.

6.7.2 Achados colposcópicos anormais

Os achados colposcópicos anormais são epitélio acetobranco, epitélio plano, epitélio micropapilar, epitélio pontilhado, mosaico, leucoplasia, zona iodo-negativo e vasos atípicos.

6.7.3 Achados colposcópicos insatisfatórios

Os achados colposcópicos insatisfatórios são junção escamocolunar não visível, inflamação intensa, atrofia intensa e cérvix não-visível.

6.7.4 Achados variados

Os achados variados se referem à superfície micro papilar não-acetobranca, condiloma exofítico, inflamação, atrofia e úlcera.

Os achados colposcópicos anormais devem ser seguidos pela indicação de sua localização, expressa em horas, se dentro da zona de transformação ou fora desta na ectocérvice ou mesmo na vagina. Deve-se apontar, também, se as alterações são menores ou maiores.

6.7.5 Alterações menores

As alterações menores são epitélio acetobranco, mosaico fino, pontilhado fino e leucoplasia tênue.

6.7.6 Alterações maiores

Quadro 3 – Colposcopia (Nomenclatura)

Achados colposcópicos normais	Epitélio escamoso original Epitélio colunar Zona de transformação normal
Achados colposcópicos anormais	Epitélio aceto-branco Plano Micropapilar ou microcircunvoluções Pontilhado Mosaico Leucoplasia

	Zona iodo-negativa Vasos atípicos
Achados colposcópicos sugestivos de câncer invasor	
Achados colposcópicos insatisfatórios	Junção escamocolunar não-visível Inflamação intensa ou atrofia intensa Cérvice não-visível
Achados colposcópicos variados	Superfície micropapilar não-acetobranca Condiloma exofítico Inflamação Atrofia Úlcera
Alterações colposcópicas menores	Epitélio acetobranco Mosaico fino Pontilhado fino Leucoplasia tênue
Alterações colposcópicas maiores	Epitélio acetobranco acentuado Mosaico áspero Pontilhado áspero Leucoplasia densa Vasos atípicos Erosão

Fonte: Santos *et al.* (2007, p. 286)

As alterações maiores são epitélio acetobranco acentuado, mosaico áspero, pontilhado áspero, leucoplasia densa, vasos atípicos e erosão.

Após colher a lâmina do exame de citologia oncológica, toda paciente deve ser submetida ao teste de Schiller, que consiste em corar o colo do útero com lugol. Se, pela presença do glucogênio, corar marrom, o teste de Schiller é negativo; se não corar, corar parcialmente ou apresentar área acetobranca, o teste de Schiller é positivo. Este é critério de encaminhamento direto para colposcopia. É um teste simples, tecnicamente de fácil execução, e demanda pouquíssimos insumos, (solução de lugol e solução de ácido acético). Deve ser realizado, pela enfermeira, depois de cada coleta de exame de citologia oncológica como estratégia de rastreamento.

De acordo com Santos *et al.*, 2007, os achados colposcópicos anormais devem ser seguidos por sua localização e indicar as alterações, se menores ou maiores.

O teste de Schiller deve ser realizado pela enfermeira após a coleta da citologia oncológica e consiste em aplicar solução iodada no colo do útero. As células, ricas em glicogênio, são coradas em marrom, o teste de Schiller é negativo. Se a coloração for clara ou ausente, o teste de Schiller é positivo, o que sugere células atípicas, metaplasias ou inflamação. Apesar de não ser específico, é um critério para indicação de colposcopia, pela própria enfermeira na Atenção Básica.

6.8 As diretrizes de detecção do câncer do colo do útero e a Atenção Básica

A Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde, desenvolvida na UBS 03 de Olho d'Água do Casado, enquanto organização do SUS, garante o direito à atenção integral resolutiva e qualitativa a todos, de acordo com suas demandas. As Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos, constituídos por territórios de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e de serviços de saúde, a fim de melhor assistir aos usuários do SUS.

Aos gestores locais cabe a configuração e a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos de serviços de saúde que são articulados entre os níveis de complexidade tecnológicas. Por sua vez, ao gestor municipal compete o apoio logístico e tecnológico, com o intuito de garantir às pessoas o cuidado integral.

A RAS reafirma a regionalização, a hierarquização e a descentralização como princípios do SUS que deve ser seguido pela UBS. A UBS é a via de acesso do paciente ao sistema de saúde e são responsáveis pelo cuidado e pelo encaminhamento aos diferentes níveis de atenção e de complexidade. A tecnologia para detecção precoce do câncer do colo do útero é extremamente simples e deve ser construída localmente na UBS, a partir dos profissionais e dos recursos existentes. É na UBS que o cuidado acontece.

Por isso, é importante divulgar as diretrizes de detecção precoce aos gestores, aos profissionais de saúde que trabalham na RAS e ao usuário. As RAS devem articular e integrar os níveis de atenção. A UBS é o eixo estruturante do SUS e o primeiro nível da Rede de Atenção à Saúde, tendo ações e a responsabilidade de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva em sua área de atuação, dentro dos princípios de responsabilidade sanitária.

Uma das funções da UBS é dar conta dos problemas de saúde e organizar o fluxo e o contrafluxo dos usuários. Ela, para mais, possui a tarefa de desenvolver ações de prevenção do câncer do colo do útero mediante a educação em saúde, a vacinação e a detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento, que é a tecnologia da Atenção Básica.

Para tanto, o papel da UBS é conhecer a população-alvo, as pautas relacionadas à faixa etária e à periodicidade, os parâmetros de encaminhamento para rastreamento – de acordo com os resultados dos exames de citologia oncótica – e as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

6.9 Financiamento

O financiamento deste projeto é próprio, contando com o investimento de R\$ 1.100,00 na aquisição de impressora e de material de reprografia pela autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, desenvolvido pela equipe da UBS 03 de Olho d'Água do Casado, realizou o levantamento, de um período de 12 meses, dos exames de rastreamento de câncer do colo do útero. Esse recorte contemplou seis meses de atuação da profissional médica estrangeira e seis meses de atuação da profissional médica brasileira. O período total abrangeu de junho de 2018 a maio de 2019.

Constatou-se que, no primeiro período, mesmo diante da reduzida oferta de exames de citologia oncótica, foram realizados 25 exames, utilizando-se 33,33% da cota; já no segundo período, foram realizados 92 exames, utilizando-se 96% da cota. Na amostra dos 97 exames realizados, 8 deles apresentaram alterações importantes e foram analisados segundo as pautas recomendadas para a conduta inicial na Atenção Básica.

Dentre as pacientes que apresentaram *Atypical squamous cells of undetermined significance* (ASC-US), a que tinha menos de 30 anos foi orientada a repetir o exame após 1 ano, e a que tinha mais de 30 anos foi direcionada a repetir o exame depois de 6 meses. As 03 pacientes que apresentaram LSIL – NIC II/III possuíam idade superior a 25 anos e foram encaminhadas para a colposcopia semestral; as 02 pacientes com HSIL foram encaminhadas para a colposcopia, que diagnosticou o carcinoma invasor em uma delas – foram hysterectomizadas e seguem bem; a paciente com carcinoma epidermoide invasor foi encaminhada para a colposcopia e para o Serviço Social para acompanhamento na rede terciária.

A ocorrência de duas pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero, evoluído para óbito, indica que o diagnóstico foi tardio ou o tratamento não foi precoce.

O câncer de colo do útero ocorre após os 35 anos (BRASIL, 2016). Sua existência antes dos 35 anos sugere que as medidas de rastreamento das lesões precursoras e a profilaxia dos fatores de risco falharam.

Nesse cenário, são ações possíveis a otimização dos recursos humanos e cognitivos, que elevou o número de exames de citologia oncótica em 20%; as estratégias de gerenciamento, objetivando otimizar os agendamentos e as coletas dos exames; a sensibilização da equipe da UBS 03; a conscientização da comunidade; a pactuação; e a pressão da comunidade junto ao gestor que detém as verbas de custeio e de investimento necessárias à implantação do programa em conformidade

com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2016).

Assim, o trabalho em foco é o de conscientização da comunidade, de sensibilização da equipe da UBS 03 e de convencimento do gestor para que se proponha a elevar de 150 a 500 a quantidade anual de exames de citologia oncológica, o que contemplaria 80% do público-alvo no rastreamento.

Ainda, são importantes a implementação das ações educativas nas escolas, a disponibilização de testes rápidos para HIV-AIDS, Sífilis e Hepatite B e C – para a população escolar pré-adolescente e adolescente –, a garantia 95% de cobertura vacinal contra o HPV como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero e do câncer do pênis e a ênfase em retardar o início da vida sexual, uma vez que o início subsequente à menarca e a multiplicidade de parceiros sexuais são fatores de risco independentes do HPV.

É preciso ampliar a vacinação contra o HPV, conforme recomendação da FEBRASGO, para todas as mulheres até os 45 anos, visto que a vacina é a forma mais eficiente e menos dispendiosa de cuidado. A imunização ampliada para o HPV reduziria a incidência de câncer do colo do útero e do condiloma acuminado, recorrente entre adolescentes/gestantes e relacionado aos subtipos HPV 6 e HPV 11, presentes na vacina HPV. Segue como sugestão a ser negociação com o PNI.

Uma ação possível seria a instalação da Academia da Cidade a partir do Programa Nacional do Ministério da Saúde, que seria um ponto pacificado como estratégia de promoção da saúde.

A mortalidade de mulheres em idade fértil era decrescente até 2013. A partir desse período, tem percorrido uma preocupante escalada ascendente. Essa ascensão tem acontecido também com as lesões precursoras entre adolescentes segundo SANTOS *et al.* (2007), o que reflete a redução dos investimentos em Saúde da Mulher por parte do Governo Federal.

A cada mulher que morre de câncer do colo do útero, cabe a reflexão: em que medida a equipe da UBS, enquanto promotora de saúde, foi omissa quando não promoveu a acessibilidade aos meios disponíveis de rastreamento e de tratamento ou quando deixou de cumprir os protocolos? A voz dessas mulheres não pode ser silenciada; reverbera. Cada mulher que morre de câncer de colo de útero não pode ser silenciada, pois é inaceitável. Traduzem pejo, vergonha e expressam a falência do estado como promotor de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- BERECK, J. S. **Berek e Novak**: tratado de ginecologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BRASIL. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Plano de ação para redução da incidência de Mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático sobre HPV**: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CAATINGA. *In*: HOUAISS, Dicionário. Disponível em: https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v5-4/html/index.php#2. Acesso em 31 jul. 2021.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão do curso. Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 2017.

COSTA, M. R N. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos:** monografia, dissertações e teses. Recife: INSAF, 2003.

FEBRASGO. **Diabete e hipertensão na gravidez:** manual de orientação. São Paulo: Editora Ponto, 2004.

FEBRASGO. **Manual de orientação e assistência ao pré-natal.** São Paulo: Febrasgo, 2000.

IBGE. **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NOLASCO, G. **Os Chicos:** prosa. 2. ed. Belo Horizonte: Nitro Editorial, 2017.

NOVAK, E. R.; JONES, G. S.; JONES, H. W. **Tratado de ginecologia.** 8. ed. Cidade do México: Nueva Editorial Interamericano, 1971.

OLHO D'ÁGUA DO CASADO. **Livro de Ata de Planejamento Familiar.**

OLHO D'ÁGUA DO CASADO. **Livro de Registro de Citologia Oncótica.**

OLHO D'ÁGUA DO CASADO. **Prontuários Médicos da UBS 03.**

PAPANICOLAU, G. N. **Atlas of exfoliative cytology.** Cambridge: Harvard University Press, 1954.

PORTO EDITORA. Dicionário Latim-Português, Português-Latim. Porto: Porto Editora, 2012.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

SANTOS, L. C *et al.* **Ginecologia Clínica:** diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: MedBook Editora Científica, 2007.