



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Erica Cristina do Nascimento Rodrigues

**Ações para o controle do câncer do colo do útero na Atenção
Primária à Saúde (APS) do Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Erica Cristina do Nascimento Rodrigues

**Ações para o controle do câncer do colo do útero na Atenção Primária
à Saúde (APS) do Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R696 Rodrigues, Erica Cristina do Nascimento

Ações para o controle do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município do Rio de Janeiro / Erica Cristina do Nascimento Rodrigues – 2023.
151 f.

Orientadora: Márcia Silveira Ney

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Neoplasias do Colo do Útero – prevenção & controle. 2. Programas de Rastreamento. 3. Mulheres. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Política de Saúde – Rio de Janeiro (RJ). I. Ney, Márcia Silveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616-006.6

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Erica Cristina do Nascimento Rodrigues

**Ações para o controle do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde
(APS) do Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 04 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Rosangela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fátima Meirelles Pereira Gomes
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos refletem a minha gratidão, superação e determinação. Primeiramente, agradeço a Deus, por me permitir chegar até aqui, concluindo um objetivo profissional tão desejado. Força, inspiração e fé determinaram esse momento tão especial.

À minha família, pela compreensão e apoio que se fizeram presentes, minhas princesas Ester e Rebeca, que entenderam os momentos que precisei me dedicar aos estudos e na produção textual da dissertação.

Ao meu esposo, Itamar de Sousa Rodrigues, minha imensa gratidão por toda dedicação à nossa família e pela oportunidade de prosseguirmos juntos em nossos propósitos.

Aos meus pais, Robson Messias do Nascimento e Maria Julita dos Santos do Nascimento, que partiram durante a minha trajetória no curso de mestrado, como foi difícil e devastadora a ausência e saudade.

No entanto, aprendi com minha mãe Julita a ser forte, determinada e nunca desistir dos meus objetivos, seu amor e força sempre estarão presentes em mim. Ao meu pai, Robson, sua preocupação com a família e conosco foram marcantes, serei sempre grata, proveu tudo para chegarmos até aqui. Sem vocês foi tudo mais difícil, mas prosseguimos levando o amor e valentia que pulsa em nossas veias e em nosso coração.

Aos meus irmãos, Marcus e Aline, amo vocês e sei o quanto me apoiaram para concluir o Mestrado.

À professora Dra. Marcia Ney, minha orientadora, que me auxiliou na fase mais difícil da minha vida, após a perda dos meus pais. Sua compreensão, apoio e atitude de amor ao entender que eu precisava de um tempo para o luto. Minha gratidão, confesso toda a minha admiração por sua postura e atitude, sem isso não seria possível continuar.

Aos chefes e todos os colegas de trabalho da CAP 5.1, Raphael Costa Pinto, Erivelto Soares e toda equipe da Divisão de Ações e Programas em Saúde (DAPS) da Área Programática 5.1, minha gratidão por essa segunda família, amigos chegados como irmãos, me impulsionaram, apoiaram e compreenderam todos os

momentos que vivi nesses dois anos. Orgulho desse time que batalha todos os dias por um sistema de saúde forte e de qualidade.

Aos amigos, estes que tanto amo, que estão sempre ao meu lado, como sou feliz por vocês existirem, nossos cafés, risadas, choro, alegria e orações, quantas histórias de fé, superação, amor e amizade. Com vocês a vida fica mais feliz!

Por fim, à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por meio do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, pela parceria enquanto instituição de ensino com a Secretaria Estadual de Saúde, ao promover a inovação do Mestrado Profissional como uma proposta de oportunidade e qualificação para os servidores Estaduais do Rio de Janeiro.

RESUMO

RODRIGUES, Erica Cristina do Nascimento. **Ações para o controle do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município do Rio de Janeiro**. 2023. 151 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O presente estudo descreve o panorama do Estado e Município do Rio de Janeiro relativo ao rastreamento para o câncer do colo do útero, os resultados de exames citopatológicos e o seguimento das mulheres registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) no período de 2015 a 2022. O estudo ressalta a importância da atenção primária à saúde nas ações para o controle efetivo e a prevenção do câncer do colo do útero na população. A metodologia utiliza o levantamento do referencial teórico através da análise das produções bibliográficas encontradas na literatura para contextualização temática do estudo, a utilização de dados secundários e a obtenção dos achados disponibilizados no SISCAN com relação aos registros dos laudos de exames citopatológicos realizados pelas mulheres no período de análise do estudo. Como resultados, foi possível identificar falhas de registro, baixo número de exames e fragilidades para o gerenciamento do sistema de informação pela gestão estadual e municipal. Com os resultados preliminares, foi necessário analisar a produção de exames citopatológicos no Sistema de Informação ambulatorial (SIA) para subsidiar as discussões e hipóteses para o encontrado, como a baixa produção de exames citopatológicos e o sub-registro no SISCAN no Estado e Município do Rio de Janeiro. Considera-se que existe a necessidade urgente de uma reorganização dos serviços locais para implementar as ações do rastreamento para o câncer do colo do útero, incluindo a garantia do acesso para detecção precoce e o acompanhamento das mulheres encaminhadas a outros níveis de atenção da rede para confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento. Ressalta-se a importância de assegurar a integralidade das ações para o controle efetivo do câncer do colo do útero em todo o Estado e Município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: câncer do colo do útero; rastreamento; seguimento assistencial; sistema de informação; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

RODRIGUES, Erica Cristina do Nascimento. **Actions to control cervical cancer in Primary Health Care (PHC) in the City of Rio de Janeiro**. 2023. 151 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The present case study describes an analysis of cytopathological exam reports registered in the Cancer Information System (SISCAN) from 2015 to 2022 in the Municipality and State of Rio de Janeiro. Above all, the study seeks to highlight the importance of primary health care in actions to control and prevent cervical cancer. The methodology used to develop the study consists of surveying the theoretical framework through the analysis of bibliographical productions found for the thematic contextualization of the study and the use of a secondary database and obtaining possible findings in SISCAN on the records of exam reports cytopathological. In this sense, it was possible to identify registration flaws, a low number of exams and weaknesses in the management of the information system by state and municipal management. In view of this, it was necessary to analyze the production of cytopathological exams in the outpatient Information System (SIA) to support discussions and hypotheses of the results found, such as the high incidence and mortality from cervical cancer, the low production of cytopathological exams and under-registration in SISCAN in the State and Municipality of Rio de Janeiro. Concluding, therefore, the urgent and imminent need for the organization of local services to implement organized screening actions for cervical cancer, including ensuring access to early detection and monitoring of women referred to other levels of care in the network for diagnostic confirmation and treatment. Therefore, ensure the completeness of cervical cancer control actions throughout the State and Municipality of Rio de Janeiro.

Keywords: cervical cancer; tracking; follow-up; cancer information system; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Número estimado de novos casos no mundo, 2020, em mulheres, todas as idades	24
Gráfico 2 -	Taxas estimadas de incidência e mortalidade padronizadas por idade em 2020, mundo, mulheres, todas as idades (excluindo Câncer de Pele Não melanoma)	25
Figura 1 -	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma	28
Figura 2 -	Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada por idade pela população mundial - Brasil e regiões - 1980 a 2020.....	29
Figura 3 -	Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, específicas por faixas etárias, por 100 mil mulheres – Brasil - 1979 a 2020	30
Gráfico 3 -	Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de colo do útero, segundo localização primária do tumor, Estado do Rio de Janeiro, nos períodos de 2012 a 2016 e 2017 a 2021 ...	32
Gráfico 4 -	Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes em 2021, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Rio de Janeiro - RJ, entre 1979 e 2021.....	33
Figura 4 -	Anatomia do útero	34
Figura 5 -	Localização da Junção Escamocolunar (JEC)	35
Figura 6 -	História natural do câncer	39
Figura 7 -	Linha de cuidado do câncer	41
Figura 8 -	Linha do Tempo da Política Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero	50
Gráfico 5 -	Evolução da população com cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro	56
Gráfico 6 -	Cobertura de exame citopatológico no Município do Rio de Janeiro - anos de 2018 a 2021	58

Gráfico 7 -	Cobertura de exame citopatológico no Município do Rio de Janeiro - ano 2022	58
Quadro 1 -	Resultados citopatológicos e condutas clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero	62
Figura 9 -	Linha de cuidado estabelecida pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero	73
Figura 10 -	Mapa do Município do Rio de Janeiro por bairros	87
Figura 11 -	Divisão do Município do Rio de Janeiro por Área Programática	88
Figura 12 -	Pirâmide etária do município do Rio de Janeiro em 2022	89
Figura 13 -	Mapa do Estado do Rio de Janeiro, segundo regiões sanitárias e população residente e densidade demográfica estimadas - 2022	89
Quadro 2 -	Seleção dos parâmetros e medidas disponíveis no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)	91
Gráfico 8 -	Percentual de exames citopatológicos realizados segundo o laudo e ano do resultado, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do RJ, período entre 2015 e 2022	98
Gráfico 9 -	Percentual de exames alterados no laudo de citopatológico, segundo motivo do exame, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do RJ, período de 2015 a 2022	99
Gráfico 10 -	Percentual de exames citopatológico com resultado alterado, realizado em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022	100
Gráfico 11 -	Percentual de exames alterados segundo o motivo do exame, em mulheres de 25 a 64 anos de idade, residentes do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2022	101
Gráfico 12 -	Percentual de exames citopatológicos segundo informação sobre citologia anterior, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022.....	102
Gráfico 13 -	Percentual de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 64 anos segundo informação sobre citologia anterior presente no preenchimento da ficha de requisição de exame,	

	em residentes no Estado do Rio de Janeiro no período entre 2015 e 2022	102
Gráfico 14 -	Percentual de exames citopatológicos com resultado alterado segundo registro de citologia anterior, em mulheres de 25 a 64 anos, residentes do Estado do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022	103
Gráfico 15 -	Número de exames para rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, período entre 2012 e 2022	105
Gráfico 16 -	Exames para rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a a64 anos, residentes no Estado do RJ, período entre 2018 e 2022	106
Gráfico 17 -	Total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, segundo o SISCAN e o TABNET-RJ e percentual que tiveram o laudo inserido no SISCAN, período de 2015 a 2022	108
Gráfico 18 -	Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, segundo TABNET Estadual no período de 2015 a 2022	109
Gráfico 19 -	Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, segundo o Sistema de Informação do Câncer, no período entre 2015 e 2022	109
Gráfico 20 -	Percentual de exames citopatológicos realizados segundo laudo alterado e ano do resultado, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022	111
Gráfico 21 -	Percentual de exames segundo resultado e motivo do exame, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes no município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022	112
Gráfico 22 -	Percentual de exames citopatológicos com resultados alterados, segundo o motivo do exame, realizados em	

	mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022	113
Gráfico 23 -	Percentual de exames citopatológicos segundo registro de citologia anterior, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, SISCAN, no período de 2015 a 2022	113
Gráfico 24 -	Percentual de exames citopatológicos relacionados ao registro de resultado de citologia anterior, realizado em mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, no período entre 2015 e 2022	114
Gráfico 25 -	Percentual de exames citopatológicos segundo registro de citologia anterior e laudo do exame, realizado em mulheres de 25 a 64 anos residentes do município do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022	115
Gráfico 26 -	Número total de exames para rastreamento do Câncer do Colo do Útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, dispostos no SIA-SUS, segundo ano, no período de 2012 a 2022	116
Figura 14 -	Cartilha com orientações para agentes comunitários de saúde	121
Figura 15 -	Carteira de Serviços da Atenção Primária	122
Gráfico 27 -	Total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro presentes no SISCAN e no SIA-SUS, e percentual dos que tiveram o laudo inserido no SISCAN, no período de 2015 a 2022	123
Gráfico 28 -	Razão de exames citopatológicos do colo do útero na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, estimados a partir dos dados do SISCAN, no período de 2015 a 2022	124
Gráfico 29 -	Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, estimada a partir de dados do SIA-SUS, no período de 2015 a 2022	124

Figura 16 -	Fluxo de encaminhamento para atenção secundária	127
Figura 17 -	Linha de cuidado do câncer do colo uterino no Município do Rio de Janeiro	128
Figura 18 -	Conduas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde	129
Figura 19 -	Situação clínica conforme resultado de exame citopatológico alterado	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária – Brasil .	27
Tabela 2 -	Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, Estado do Rio de Janeiro	31
Tabela 3 -	Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, no Município do Rio de Janeiro	32
Tabela 4 -	Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos, Brasil e Regiões - 2016-2021	83
Tabela 5 -	Produção de colposcopia e de biópsias diante do número estimado como necessário para o seguimento de mulheres de 25 a 64 anos, usuárias do SUS, em relação à necessidade estimada para uma cobertura de rastreamento de 100% - Brasil e Regiões de 2016 a 2021	84
Tabela 6 -	Número de exames citopatológicos registrados no SISCAN e no SIA-SUS e percentual de exames realizados com laudo de exame citopatológico inserido no SISCAN, no período de 2015 a 2022, no Estado do Rio de Janeiro.....	97
Tabela 7 -	Distribuição das mulheres de 25 a 64 anos de idade, segundo o principal motivo de nunca ter feito exame preventivo – Brasil – PNS – 2019	117
Tabela 8 -	Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos - Brasil e Regiões - 2016-2021	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGC	Células glandulares atípicas de significado indeterminado
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
AP	áreas programáticas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC-H	Células escamosas Atípicas de significado indeterminado
ASC-US	Células escamosas Atípicas de significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial dados Individualizados
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Coordenações de Áreas de Planejamento
CCU	Câncer do colo do útero
CEI	Carcinoma epidermoide invasor
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EZT	Exérese da zona de transformação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau

IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBSCC	<i>International Biological Study on Cervical Cancer</i>
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IPP	Instituto Pereira Passos
JEC	Junção escamocolumnar original
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
MEC	Ministério da Educação
MP	Mestrado Profissional
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo uterino
PREFEC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SRAG	Síndrome da angústia respiratória grave
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador Genérico de Dados Públicos de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO	24
1.1	Incidência e mortalidade do câncer do colo do útero	24
1.2	Anatomia do útero	34
1.3	Fatores associados ao câncer do colo do útero	36
1.4	História natural do câncer do colo do útero	38
1.5	Linha de cuidado do câncer do colo do útero	39
1.6	Políticas e programas para o controle do câncer do colo do útero	46
2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	51
3	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	55
3.1	Princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde	64
3.2	Histórico da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro	68
3.3	APS nas ações de controle do CCU no MRJ	72
4	SEGUIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	76
5	PANDEMIA PELO COVID-19: AS REPERCUSSÕES NAS AÇÕES DE SEGUIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	81
6	OBJETIVOS	85
6.1	Objetivo geral	85
6.2	Objetivos específicos	85
7	PERCURSO METODOLÓGICO	86
7.1	Desenho do estudo	86
7.2	Cenário do estudo	86
7.2.1	<u>Cobertura da Atenção Primária à Saúde</u>	88

7.3	Etapas do estudo	90
7.4	Fontes de coleta de dados	92
7.5	Unidades de análise de dados	92
7.6	Aspectos éticos	95
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	96
8.1	Exames citopatológicos informados no SISCAN, segundo o laudo: uma análise do Estado do Rio de Janeiro no período entre 2015 e 2022	96
8.2	Produção de exames citopatológicos no Estado do Rio de Janeiro	104
8.3	Seguimento de exames citopatológicos de residentes no Estado do Rio de Janeiro informados no SISCAN	106
8.4	Exames citopatológicos informados no SISCAN, segundo o laudo: uma análise no Município do Rio de Janeiro no período entre 2015 e 2022	110
8.5	Produção de exames citopatológicos no Município do Rio de Janeiro	115
8.6	Seguimento de exames citopatológicos alterados informados no SISCAN, residentes no Município do Rio de Janeiro	119
8.7	Condutas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro	127
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
	REFERÊNCIAS	136
	ANEXO – Carta de anuência	148

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres no mundo; no Brasil o número estimado de casos novos do câncer do colo do útero, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 17.010, correspondendo a um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2023b).

O CCU é a neoplasia que vem preocupando a população mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que, para o ano de 2030, no mundo, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença.

No país, o câncer do colo do útero apresenta uma incidência com diferenças regionais, é o primeiro mais incidente na região Norte (26,24/100 mil) e o segundo nas regiões Nordeste (16,10/100 mil) e Centro-Oeste (12,35/100 mil). Já na região Sul (12,60/100 mil) ocupa a quarta posição e, na região Sudeste (8,61/100 mil), a quinta posição (INCA, 2019).

Em um estudo feito recentemente por Silva *et al.* (2022) foi evidenciado que o modelo de rastreamento para o câncer do colo do útero utilizado no país não tem sido suficiente para garantir o controle da doença. Os fatores associados à queda na cobertura, dificuldades no controle do seguimento das mulheres com resultados alterados e o diagnóstico confirmado de câncer do colo do útero indicam a necessidade de aprimoramento das estratégias de detecção precoce e efetivas ações de monitoramento e avaliação.

O câncer do colo do útero (CCU) é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres. Possui associação com a infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV) (chamados de tipos oncogênicos), podendo infectar pele e mucosas, cuja transmissão se dá pela relação sexual (Brasil, 2022). Sabe-se que a infecção pelo HPV isoladamente não é suficiente para o desenvolvimento do câncer, sendo necessária a infecção persistente e a influência de fatores como imunidade, genética, dentre outros. Em grande parte das mulheres, a resposta imunológica auxilia na eliminação da infecção pelo HPV (Brasil, 2021).

Observa-se relação causal de HPV e câncer do colo do útero em cerca de 90% a 100% dos casos, incluindo um número elevado de lesões da região cervical,

anormalidades citológicas incipientes, displasias de diferentes graus, até o câncer cervical (Leto *et al.*, 2011).

O risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é de cerca de 30% se as lesões precursoras não forem avaliadas e tratadas, e as alterações celulares que progridem para o câncer ocorrem, geralmente, de forma lenta, podendo levar de 10 a 20 anos, período em que podem se apresentar como lesões pré-neoplásicas assintomáticas (INCA, 2017).

Este estudo realizou uma análise sobre o seguimento das mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados e registrados no sistema de informação do câncer, no sentido de corroborar para uma reflexão dos fluxos e protocolos utilizados na atenção primária à saúde, além disso permitir uma descrição sobre o cenário atual, no município do Rio de Janeiro, do número de exames citopatológicos com alterações das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.

O método atual de rastreamento do CCU no Brasil é o exame citopatológico, que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, a cada três anos, com história prévia de dois exames iniciais anuais negativos. A priorização dessa faixa etária como a população-alvo do rastreamento justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau. Aos 65 anos e com dois exames consecutivos negativos nos últimos cinco anos, o rastreio poderá ser encerrado. Essas recomendações visam garantir o balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento (INCA, 2016).

É importante salientar a experiência dos países desenvolvidos, que demonstra que tanto a incidência quanto a mortalidade por CCU podem ser reduzidas com a implantação de programas de rastreamento organizados (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016; Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). Para a OMS, uma cobertura de rastreamento da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016; *World Health Organization*, 2002).

Desta forma, o tratamento das lesões precursoras pode prevenir a maioria dos CCU, por isso, as mulheres sem acesso aos serviços efetivos de rastreamento e tratamento são as mais atingidas pela doença invasiva.

Diante disso, salienta-se que o CCU é um problema de saúde pública com grande relevância epidemiológica para saúde da mulher e importante causa de morbimortalidade no Brasil.

Neste sentido, podemos considerar que o acesso e acompanhamento das mulheres na faixa etária alvo de 25 a 64 anos de idade constituem-se um desafio para atenção primária à saúde (APS), com a organização e planejamento das ações preventivas e assistenciais. Cabe destacar o importante papel desempenhado pela APS, como porta de entrada e acesso universal do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), visando acolher o indivíduo em suas diversas necessidades, individuais e coletivas, além de racionalizar a organização e a gestão da atenção à saúde.

Assim, temos como ponto de partida o acesso a todos os níveis da atenção como um instrumento para garantia da integralidade, considerando que esse atributo interfere na organização da equipe multiprofissional, na oferta e articulação dos serviços de saúde para resolução dos problemas da comunidade (Starfield, 2002).

O papel da atenção primária no desenvolvimento das ações para prevenção do câncer do colo do útero envolve ações educativas, vacinação e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. O rastreamento é uma tecnologia da APS, e os profissionais devem ser capacitados para conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendada, além de realizar o encaminhamento para o tratamento de acordo com os resultados dos exames, a fim de garantir o seu seguimento (INCA, 2016).

Para Farias e Barbieri (2016), o rastreamento oportuniza a detecção de alterações celulares em estágios iniciais, o que permite intervenções em tempo oportuno, assegurando o seguimento das mulheres como garantia da assistência nos diversos pontos de atenção da rede à saúde e a integralidade do cuidado.

Destaca-se a importância da sistematização e o controle do seguimento de mulheres com lesão de alto grau, uma vez que estudos apontam que o percentual de seguimento/tratamento informado no Sistema de informação do câncer do colo do útero é de apenas 9%, demonstrando a fragilidade dos profissionais e gestores no acompanhamento dessas mulheres (Brasil, 2010b).

Nesse cenário, questiona-se se os serviços de rastreamento do câncer de colo uterino, principalmente no que tange a coordenação do seguimento das mulheres acompanhadas na APS, que foram prejudicados pela pandemia de

COVID-19, de alguma forma poderiam ter implicado em algum prejuízo no combate ao avanço desse tipo de neoplasia em todo o país.

Essa pesquisa tem como objeto de estudo as ações de controle e prevenção do CCU no município do RJ. E a pergunta que norteou o trabalho foi: o seguimento das mulheres com resultados de exames citopatológico alterados estão sendo registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), como previsto nas ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero no Município do Rio de Janeiro?

Nas justificativas para a escolha do objeto deve ser lembrado que o rastreamento é uma eficiente medida para redução da mortalidade por CCU, a estratégia quando adotada de forma abrangente e constante pode reduzir os óbitos em até 70% em relação às populações não assistidas. Há dois motivos para este efeito: o primeiro é que em grande número de mulheres é detectada ainda com doença pré-invasora e, o segundo, relaciona-se a doença detectada na sua forma invasora, em estádios mais precoces, cuja chance de cura é maior (Farias, 2016).

Embora o país possua diretrizes clínicas que apontam para definição de fluxos e protocolos assistenciais para o rastreamento, paradoxalmente não há critérios estabelecidos para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Sendo assim, o monitoramento fica restrito às ações de rastreamento, sem a coordenação das ações de seguimento que incluem a investigação diagnóstica e o tratamento de lesões precursoras (Ribeiro *et al.*, 2019).

Neste sentido, torna-se relevante aprimorar o conhecimento das equipes da APS no que tange à diretriz de rastreamento e controle do câncer do colo de útero, para que intervenções e encaminhamentos sejam realizados de forma precisa, segura e oportuna de acordo com protocolos e fluxos assistenciais estabelecidos, além de promover condições para o monitoramento e acompanhamento do seguimento.

O termo seguimento adotado no estudo, refere-se ao acompanhamento realizado na APS, das mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados que necessitam em casos específicos de repetição, e encaminhamento a outro nível de atenção para investigação diagnóstica e tratamento.

A parte a dimensão epidemiológica e relativa à gestão do problema sanitário, de reconhecida relevância, parece oportuno correlacionar a escolha também com minha trajetória profissional, que recupero brevemente na sequência. Enquanto

enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com habilitação em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), no período de 1996 à 1999, optei pelos cursos de pós-graduação para qualificação profissional em Doenças Infecciosas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas concluído no ano de 2003 e Residência em Enfermagem Clínica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) durante 24 meses, concluído em 2002. O mestrado profissional veio atender um grande desejo pessoal para agregar conhecimentos na minha área de atuação.

Exerço atividade profissional na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, desde o ano 2002, quando ingressei por concurso público e iniciei a minha primeira experiência como enfermeira em um ambulatório de atendimento as pessoas vivendo com HIV/AIDS por dois anos no Centro Municipal de Saúde Belizário Penna, localizado na área de Planejamento 5.2, que abrange os bairros de Campo Grande e Guaratiba na Zona oeste do Rio de Janeiro. Logo após esse período, fui convidada para atuar no mesmo CMS na equipe de gestão da unidade.

Em 2012, passei por diversas experiências na gestão na coordenação das Linhas de cuidado em um Centro Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, logo depois desempenhei atividades como assessora da coordenação de área assumindo a gerência e coordenação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatórios de atenção primária e Policlínica na área programática 5.2, no ano de 2019.

Ingressei no Mestrado Profissional (MP) em 2020 para atender a necessidade pessoal de qualificação técnica e, de certa forma, poder contribuir com uma produção científica que fizesse relação com um problema de saúde pública. Foi quando optei, durante a disciplina de Planejamento no MP em estudar sobre o câncer do colo do útero e as ações de controle e detecção na atenção primária à saúde, visto que durante toda a minha trajetória na APS, esse foi um problema de saúde que, apesar do investimento feito pelo Ministério da Saúde nas ações de controle do CCU, na prática profissional ainda há muitas limitações pelos profissionais da ESF no que tange ao rastreamento das mulheres na faixa etária alvo e ao acompanhamento do seguimento das mulheres como garantia da coordenação desse cuidado.

Considerando os anos de trabalho na APS, tive grande inquietude com a cobertura de exame colpocitológico tão baixa no Município do Rio de Janeiro (MRJ)

e com ações frágeis para o controle do seguimento, com falhas no processo de busca ativa das mulheres.

A partir daí, fiquei motivada a desenvolver um estudo que pudesse contribuir para ações de controle do CCU na APS, principalmente na coordenação do seguimento das mulheres com resultado de exame citopatológico alterado, que requer um acompanhamento organizado e bem coordenado pelas equipes da ESF.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

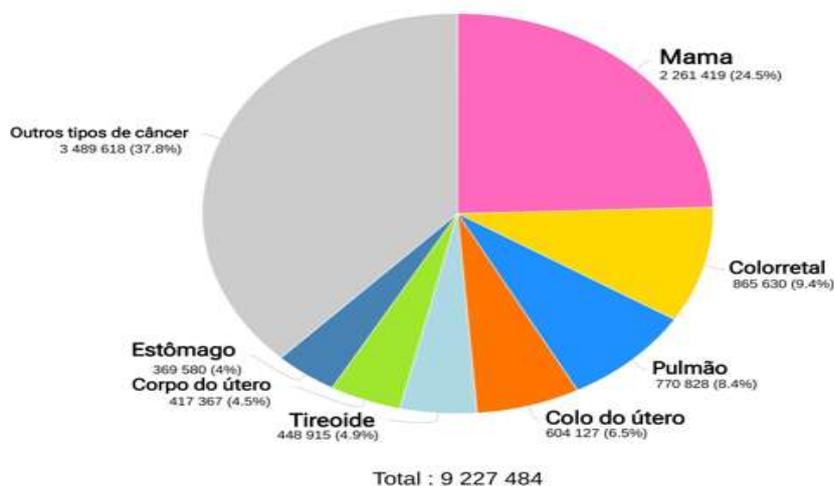
1.1 Incidência e mortalidade do câncer do colo do útero

O câncer é um problema de saúde pública mundialmente, configurando como umas das principais causas de morte e da diminuição da expectativa de vida em todo o mundo. Na maioria dos países, é a primeira ou segunda causa de morte antes dos 70 anos de idade. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial (Sung *et al.*, 2021).

O câncer de colo do útero, objeto do estudo, é um tumor maligno localizado no tecido epitelial do colo do útero, proveniente das multiplicações anormais e descontroladas nas células da superfície cervical, que se desenvolve de uma forma gradativa e lenta (Fonseca; Silva, D.; Silva, M., 2021).

A estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em mulheres em 2020, com uma estimativa de 604 mil casos novos, representando 6,5% de todos os tipos de câncer em mulheres (Gráfico 1). Esse valor corresponde a um risco estimado de 13,30 casos por 100 mil mulheres, e as taxas de incidência mais elevadas foram estimadas para os países do continente africano (Sung *et al.*, 2021).

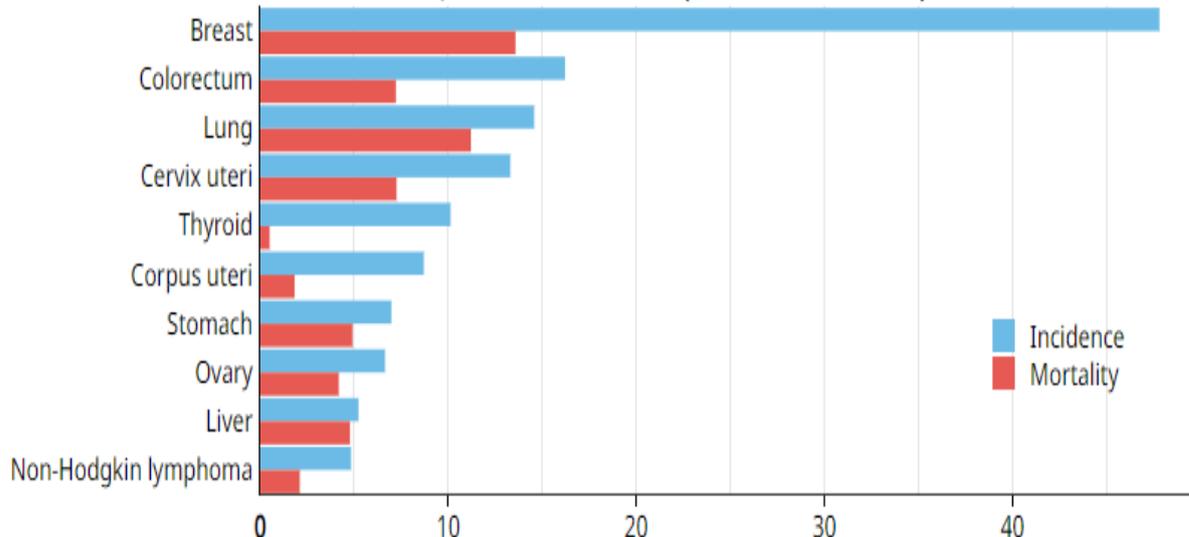
Gráfico 1 - Número estimado de novos casos de câncer no Mundo, 2020, em mulheres, todas as idades



Fonte: *International Agency for Research on Cancer, 2023.*

Em contrapartida, quando se analisa a mortalidade na população mundial, observa-se uma taxa de 7,3 por cada 100 mil mulheres (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Taxas estimadas de incidência e mortalidade padronizadas por idade em 2020, mundo, mulheres, todas as idades (excluindo Câncer de Pele Não Melanoma)



Nota: Mundo por 100 mil mulheres.

Fonte: International Agency for Research on Cancer, 2023.

Estimativas do *Global Cancer Observatory* (Globocan), elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2020), apontam o grande impacto no mundo por câncer, com 19,3 milhões de casos novos (18,1 milhões, se forem excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). Estima-se que 1 a cada 5 indivíduos terão câncer durante a vida. Os dez principais tipos de câncer representam mais de 60% do total de casos novos destes, o câncer de mama feminina é o mais incidente, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido pelo câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%); cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos (INCA, 2023c).

Entretanto, no Brasil, a estimativa aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, para o período compreendido entre 2023 a 2025; destes, 483 mil, se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma, que é o câncer mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com

32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. Nas mulheres, estima-se que os tipos de câncer de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) novos casos serão os mais incidentes, enquanto nos homens os mais frequentes serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%) (INCA, 2023b).

A distribuição do câncer se comporta diferentemente nas diversas regiões do país; a incidência por região geográfica mostra que as regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 70% da incidência, e que na região Sudeste, encontram-se a metade dos casos. Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, mas, para as de maior índice de desenvolvimento humano (IDH), sudeste, centro-oeste e sul, os de cólon e reto ocupam a segunda ou a terceira posição, enquanto, para as de menor IDH (Regiões Nordeste e Norte), o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais frequente. Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente e, nas regiões com maior IDH, os cânceres de cólon e reto são o segundo ou terceiro mais frequente, enquanto nas regiões Norte e Nordeste com menor IDH, o câncer do colo do útero permanece na segunda posição (INCA, 2023b).

O número estimado de casos novos do câncer do colo do útero para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 17.010, correspondendo a um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2023b) (Tabela 1, a seguir).

Tabela 1 - Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária – Brasil

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	-	-	-	73.610	66,54	41,89	73.310	66,54	41,89
Próstata	71.730	67,86	55,49	-	-	-	71.730	67,86	55,49
Cólon e reto	21.970	20,78	12,43	23.660	21,41	11,06	45.630	21,10	11,43
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	17,06	12,73	14.540	13,15	9,26	32.560	15,06	10,52
Estômago	13.340	12,63	9,51	8.140	7,36	4,92	21.480	9,94	7,08
Colo do útero	-	-	-	17.010	15,38	13,25	17.010	15,38	13,25
Glândula tireoide	2.500	2,33	1,84	14.160	12,79	6,68	16.660	7,68	4,83
Cavidade oral	10.900	10,30	7,64	4.200	3,83	2,61	15.100	6,99	4,95
Linfoma não Hodgkin	6.420	6,08	4,55	5.620	5,08	3,00	12.040	5,57	3,79
Leucemias	6.250	5,90	4,75	5.290	4,78	3,95	11.540	5,33	4,43
Sistema nervoso central	6.110	5,80	4,56	5.380	4,85	3,80	11.490	5,31	4,33
Bexiga	7.870	7,45	3,96	3.500	3,14	1,58	11.370	5,25	2,75
Esôfago	8.200	7,76	5,46	2.790	2,49	1,43	10.990	5,07	3,38
Pâncreas	5.290	5,00	3,74	5.690	5,15	3,22	10.980	5,07	3,31
Fígado	6.390	6,06	5,18	4.310	3,89	3,14	10.700	4,95	4,29
Pele de melanoma	4.640	4,37	2,24	4.340	3,9	1,56	8.980	4,13	1,88
Corpo do útero	-	-	-	7.840	7,08	4,13	7.840	7,08	4,13
Laringe	6.570	6,21	5,07	1.220	1,09	0,72	7.790	3,59	2,68
Ovário	-	-	-	7.310	6,62	5,01	7.310	6,62	5,01
Linfoma de Hodgkin	1.500	1,40	0,84	1.580	1,41	0,78	3.080	1,41	0,75
Outras localizações	41.730	39,49	26,17	33.970	30,69	19,70	75.700	34,99	21,96
não melanoma	239.430	226,56	185,61	244.160	220,75	154,08	483.590	223,59	169,63
Pele não melanoma	101.920	96,44	-	118.570	107,21	-	220.490	101,95	-
Todas as neoplasias	341.350	323,00	-	362.730	327,96	-	704.080	325,53	-

Nota: População-padrão mundial (1960) / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Estimativa INCA (2023b, p. 62).

O câncer do colo do útero no país é o terceiro tipo de câncer mais incidente nas mulheres, excluídos os tumores de pele não melanoma, e ocupa a sexta posição entre os tipos mais frequente de cânceres em toda população. Para o ano de 2023, foram estimados 17.010 casos novos, o que representa um risco de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022a) (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%	Homens	Mulheres	Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	21.970	9,2%			Cólon e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

Nota: Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Estimativas INCA (2023b, p. 62).

Quanto à distribuição geográfica, é o segundo mais incidente nas Regiões Norte (20,48 por 100 mil) e Nordeste (17,59 por 100 mil). Na Região Centro-oeste (16,66 por 100 mil), ocupa a terceira posição; na Região Sul (14,55 por 100 mil), a quarta; e, na Região Sudeste (12,93 por 100 mil), a quinta posição (INCA, 2023b).

O CCU é o primeiro mais incidente na Região Norte (22,47/100 mil), em seguida na região Nordeste com 17,62/100 mil e Centro-Oeste 15,92/100 mil. Já na Região Sul e Sudeste, ocupa a quarta e quinta posição, respectivamente (INCA, 2021).

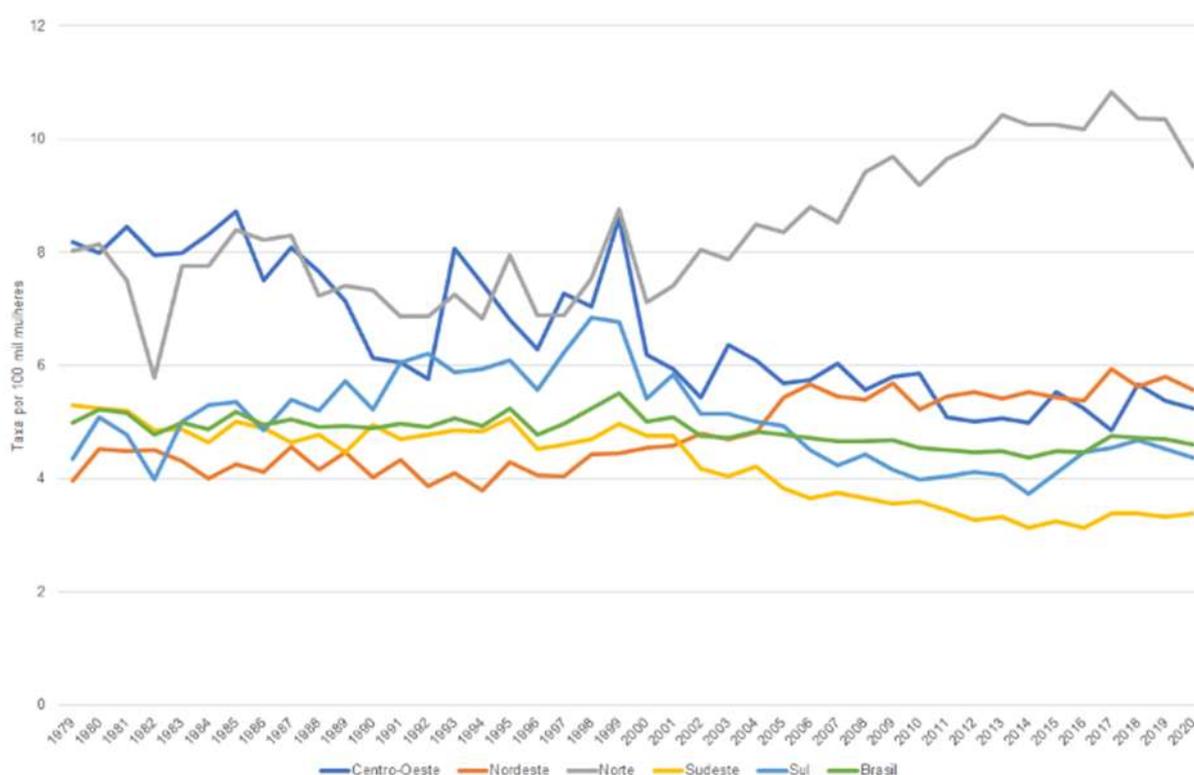
Cabe destacar que o CCU acomete as mulheres na idade reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 35 anos, e atingindo o seu pico máximo de incidência entre 45 e 49 anos. No entanto, tem sido observado um aumento da ocorrência em mulheres mais jovens. É mais frequente em mulheres de populações urbanas, de classe social e escolaridade mais baixas, residentes em países em desenvolvimento, negras, não virgens, múltiparas, com início precoce de relações sexuais, primeira gestação em idade jovem, múltiplos parceiros e fumantes.

Além disso, a prevalência na lesão do colo é superior a 98% e associada a dois subtipos do vírus HPV (16 e 18), que estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor. Outros fatores associados à sua ocorrência também estão relacionados como as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente na presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o uso de tratamento imunossupressor e história de transplante de órgãos (Mendonça, 2008).

O CCU é uma doença prevenível, curável, com elevada morbidade e mortalidade em países que não apresentam programas de prevenção organizados, como o Brasil (Primo; Speck; Roteli-Martins, 2020).

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada pela população mundial, foi 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020 (INCA, 2020). Na série histórica das taxas de mortalidade do Brasil e regiões, é possível observar que é na região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, com nítida tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2017 (Figura 2).

Figura 2 - Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada por idade pela população mundial - Brasil e regiões - 1980 a 2020

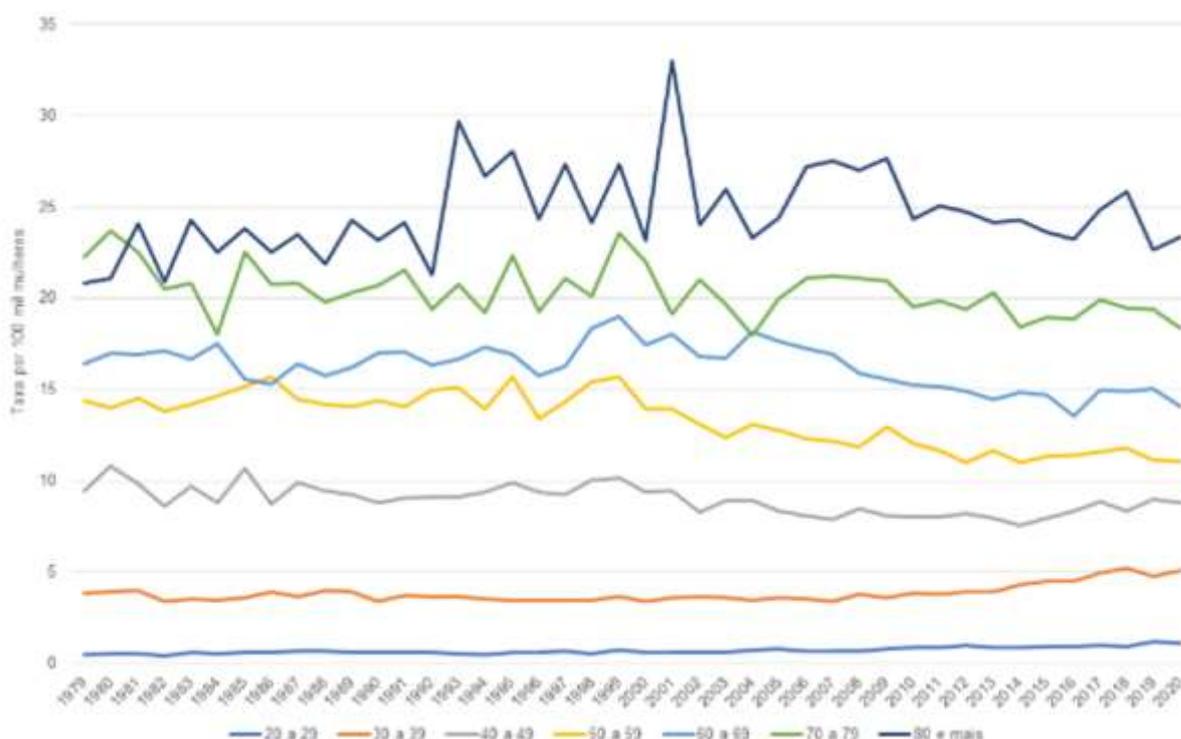


Fonte: INCA, 2023a.

Em relação à taxa de mortalidade proporcional por câncer em mulheres, em 2020, os óbitos por CCU ocupam o terceiro lugar no país, representando 6,1% do total, sendo mais preocupante a situação na região Norte do país, onde os óbitos por CCU ocupam a primeira posição, com 15,7% dos óbitos por câncer em mulheres. Já os menores percentuais se encontram nas regiões sudeste e sul, com 4,3% e 4,8% respectivamente (INCA, 2021).

Já em relação à idade mais acometida, o câncer CCU é raro em mulheres até 30 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida (Figura 3).

Figura 3 - Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, específicas por faixas etárias, por 100 mil mulheres – Brasil - 1979 a 2020



Fonte: INCA, 2023a.

Em um estudo realizado por Tallon (2020), que apontou as tendências da mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil em 5 anos (2012-2016), foi observado um crescimento da mortalidade no período, com maior percentual de óbitos na faixa etária de 50-54 anos. Além disso, foram identificados óbitos que não estão contempladas pelas recomendações para o rastreamento dessa neoplasia no Brasil, bem como verificado, a partir das diferenças regionais brasileiras, a região Sul com o maior aumento percentual das taxas de mortalidade específica.

A partir daí, pode-se perceber que o CCU ainda é um desafio no país, demonstrando a necessidade de melhorias nos programas de prevenção, com intensificação nas ações de rastreamento organizado, imunização contra o HPV e orientação à população.

Na análise regional, sobre o câncer do colo do útero, as taxas de incidência e números de novos casos, permitem avaliar a magnitude da doença a fim de subsidiar programas e ações locais. Na Tabela 2, observa-se as estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, no Estado do Rio de Janeiro.

Em uma análise, sobre a incidência por CCU no Estado do Rio de Janeiro, pode-se identificar 1.540 novos casos, o que corresponde uma taxa de bruta de 16,71 por 100 mil mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, Estado do Rio de Janeiro

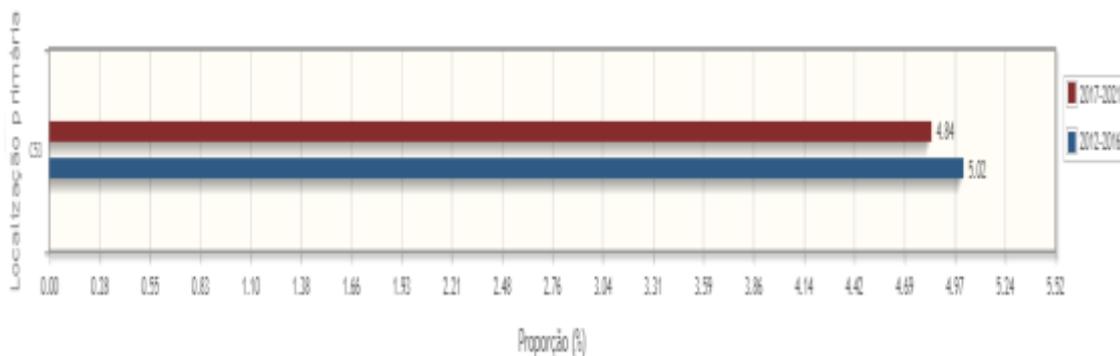
LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa	Casos	Taxa bruta	Taxa	Casos	Taxa bruta	Taxa
Mama feminina	-	-	-	10.290	111,83	70,57	10.290	11,83	70,57
Próstata	7.930	93,84	57,48	-	-	-	7.930	93,84	57,48
Cólon e reto	2.730	32,37	24,68	3.150	32,22	19,61	5.880	33,34	21,01
Traqueia, brônquio e pulmã	1.550	18,3	13,66	1.450	15,81	9,87	3.000	17,00	10,92
Estômago	920	10,93	5,28	680	7,37	2,78	1.600	9,08	3,73
Colo do útero	-	-	-	1.540	16,71	11,76	1.540	16,71	11,76
Glândula tireoide	210	2,48	1,84	1.260	13,68	7,68	1.470	8,32	6,24
Cavidade oral	1.000	11,81	9,19	430	4,7	2,78	1.430	8,10	5,58
Linfoma não Hodgkin	540	6,36	4,92	550	5,95	3,57	1.090	6,14	4,15
Leucemias	440	5,16	4,24	370	3,97	2,80	810	4,54	6,48
Sítima nervoso central	470	5,57	4,52	430	4,71	3,25	900	5,12	3,69
Bexiga	950	11,29	7,26	430	4,68	2,49	1.380	7,85	4,08
Esôfago	510	6,06	4,76	170	1,87	0,87	680	3,87	2,63
Pâncreas	490	5,80	4,49	580	6,30	3,58	1.070	6,06	3,93
Fígado	420	4,94	3,77	340	3,74	1,77	760	4,31	2,56
Pele de melanoma	300	3,57	2,63	170	1,84	1,04	470	2,67	1,82
Corpo do útero	-	-	-	1.080	11,71	7,64	1.080	11,71	7,64
Laringe	540	6,43	5,10	100	1,13	0,71	640	3,67	2,52
Ovário	-	-	-	710	7,77	4,81	710	7,77	4,81
Linfoma de Hodgkin	130	1,55	0,39	100	1,09	0,81	230	1,31	0,45
Outras localizações	2.950	34,89	25,77	2.880	31,28	16,48	5.830	33,01	20,17
Todas as neoplasias,	22.080	261,40	197,76	26.710	290,41	183,59	48.790	276,52	182,23
Pele não melanoma	12.270	145,26	-	11.320	123,06	-	23.590	133,69	-
Todas as neoplasias	34.350	406,67	-	38.030	413,49	-	72.380	410,22	-

Fonte: Estimativas INCA (2023b, p. 116).

Pode-se afirmar que o país apresentou uma tendência crescente para a mortalidade por CCU, no entanto, a distribuição geográfica dos óbitos não é uniforme em todo o território nacional, indicando a persistência das desigualdades regionais. Além disso, observa-se elevadas proporções de mortalidade na população negra e em mulheres com baixos níveis de escolaridade, que podem ser possíveis para uma relação causal com os óbitos (Fonseca; Silva, D.; Silva, M., 2021).

Na região Sudeste, mais especificamente no Estado do Rio de Janeiro, observa-se que, nos últimos nove anos, houve uma redução da distribuição proporcional do total de mortes por CCU (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de colo do útero, segundo localização primária do tumor, Estado do Rio de Janeiro, nos períodos de 2012 a 2016 e 2017 a 2021



Fonte: INCA, 2023a.

Já no Município do Rio de Janeiro, observa-se que a tendência para incidência, considerando a taxa bruta por câncer do colo do útero, é de 15,34/ 100 mil, uma taxa menor quando comparada ao Estado do RJ apresentado anteriormente (Tabela 3, a seguir).

Tabela 3 - Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, no Município do Rio de Janeiro

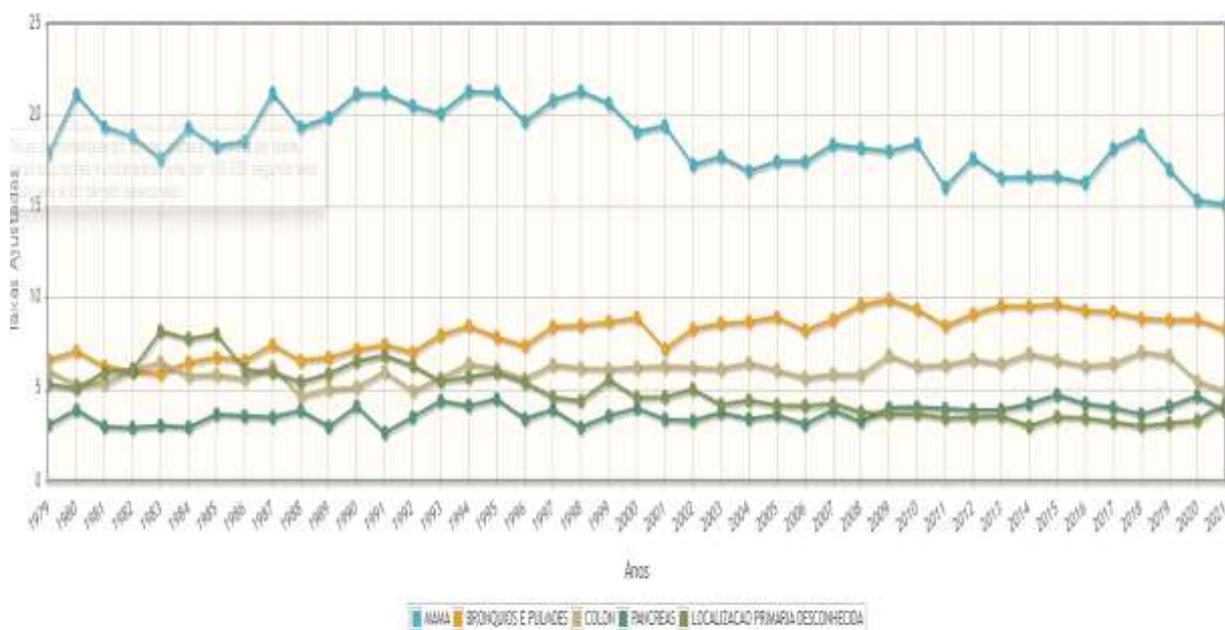
LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa	Casos	Taxa bruta	Taxa	Casos	Taxa bruta	Taxa
Mama feminina	-	-	-	4.850	130,6	74,76	4.850	130,80	74,76
Próstata	3.350	102,53	56,19	-	-	-	3.350	102,53	56,19
Cólon e reto	1.390	42,52	28,08	1.700	45,78	22,13	3.090	44,26	24,09
Traqueia, brônquio e pulmão	690	21,05	13,23	720	19,48	10,73	1.410	20,21	11,43
Estômago	320	9,87	4,07	300	8,03	2,59	620	8,89	3,10
Colo do útero	-	-	-	570	15,34	8,74	570	15,34	8,74
Glândula tireoide	100	3,04	2,00	530	14,4	6,48	630	9,08	5,79
Cavidade oral	380	11,72	8,74	190	5,19	2,72	570	8,25	5,19
Linfoma não Hodgkin	260	8,08	5,96	270	7,39	4,03	530	7,71	4,80
Leucemias	200	6,11	4,74	180	4,84	2,96	380	5,43	3,83
Sistema nervoso central	210	6,33	4,96	180	4,93	3,12	390	5,59	3,78
Bexiga	440	13,43	7,52	210	5,54	2,37	650	9,24	7,03
Esôfago	160	4,76	3,32	60	1,72	0,62	220	3,14	1,78
Pâncreas	230	6,98	5,1	290	7,93	3,83	520	7,49	4,31
Fígado	180	5,38	3,87	150	3,95	2,06	330	4,62	2,89
Pele de melanoma	140	4,33	2,95	90	2,32	1,08	230	3,26	1,95
Corpo do útero	-	-	-	530	14,33	6,74	530	14,33	6,74
Laringe	200	6,02	4,18	40	1,13	5,00	240	3,42	2,07
Ovário	-	-	-	370	10,01	5,46	370	10,10	5,46
Linfoma de Hodgkin	60	1,90	1,50	40	1,19	0,86	100	1,52	1,10
Outras localizações	1.490	45,68	32,06	1.430	38,45	20,74	2.920	41,84	21,87
Todas as neoplasias,	9.800	300,06	197,65	12.700	342,48	180,76	22.500	322,61	183,25
Pele não melanoma	5.600	171,41	-	4.860	131,05	-	10.460	149,95	-
Todas as neoplasias	15.400	471,52	-	17.560	473,53	-	32.960	472,59	-

Nota: População-padrão mundial (1960) / Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2023b, p. 117.

Ainda no Município do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade relacionada às cinco localizações primárias mais frequentes em 2021 por tipo de câncer, destaca-se mama em primeira posição em mulheres, seguido por câncer de pulmão, intestino, pâncreas e localização primária desconhecida (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes em 2021, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Rio de Janeiro - RJ, entre 1979 e 2021



Fonte: INCA, 2023a.

Em um estudo recente sobre a mortalidade por CCU no Brasil, observa-se uma tendência crescente no número de óbitos e no índice de mortalidade, que são resultados esperados no país, visto que é uma doença recorrente em países que estão em desenvolvimento. Além disso, aspectos como baixa renda, baixo nível de escolaridade e dificuldade ao acesso aos serviços de saúde são indicados como determinantes para o aumento dos óbitos por câncer de colo do útero (Fonseca; Silva, D.; Silva, M., 2021).

Cabe destacar que, a estratégia global proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para acelerar a eliminação da doença como problema de saúde pública, inclui algumas metas que devem ser alcançadas até 2030: 90% das meninas totalmente vacinadas contra HPV aos 15 anos; 70% das mulheres submetidas a um teste de rastreamento de alta performance aos 35 e aos 45 anos; e 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras e câncer recebendo tratamento (*World Health Organization, 2020*).

Dessa forma, é primordial analisar o perfil epidemiológico da população, identificando os grupos mais vulneráveis, intensificar a vacinação para HPV em adolescentes, e reorientar as ações e os serviços de saúde para um rastreio organizado e acesso ao tratamento adequado das lesões precursoras do CCU.

1.2 Anatomia do útero

O útero é um órgão fibromuscular do aparelho reprodutor feminino, em forma de pera invertida, localizado na cavidade pélvica. Possui as tubas uterinas na região lateral e mais abaulada e vai até a região inferior até a vagina.

Figura 4 - Anatomia do útero

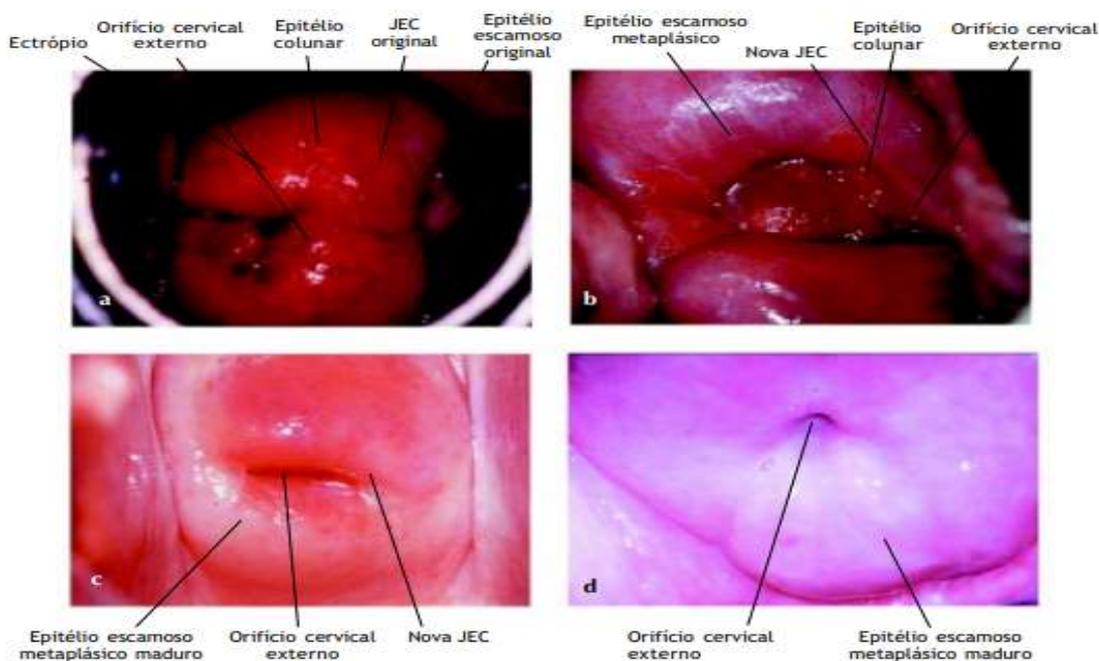


Fonte: *American Cancer Society*, 2020.

O colo do útero tem a forma cilíndrica, com comprimento variável entre 2,5 e 3 cm, se apresenta em duas partes: uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, denominada epitélio colunar simples. Já a parte externa, que faz contato com a vagina e é denominada de ectocérvice, é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher. Na infância e período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da fase reprodutiva da mulher, usualmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse, definido por ectopia ou eversão.

Nesse sentido, se o epitélio colunar ficar em contato com o ambiente vaginal, que é ácido e hostil para essas células, que se transformam em células escamosas mais adaptadas, dando origem a um novo epitélio, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. É na zona de transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero (Brasil, 2013d).

Figura 5 - Localização da Junção Escamocolunar (JEC)



Legenda: (a) Junção escamocolunar original (JEC) em uma mulher jovem no início da idade reprodutiva. A JEC está localizada distante do orifício externo. Observe a presença de epitélio colunar evertido que ocupa uma vasta porção da ectocérvix produzindo o ectrópio; (b) a nova JEC deslocou-se para muito mais próximo do orifício cervical externo em uma mulher na casa dos 30. A JEC é visível como uma linha branca distinta após a aplicação de ácido acético a 5% por causa da presença de epitélio escamoso metaplásico imaturo adjacente à nova JEC; (c) A nova JEC está na altura do orifício externo na mulher na perimenopausa; (d) nova JEC não é visível e retraiu-se para o interior da endocérvix na mulher na pós-menopausa. O epitélio escamoso metaplásico maduro ocupa a maior parte da ectocérvix.

Fonte: *International Agency for Research on Cancer*, 2023.

1.3 Fatores associados ao câncer do colo do útero

É um câncer que está diretamente associado à persistência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), mais especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (*World Health Organization*, 2010).

A infecção pelo HPV é muito comum nas mulheres, estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo da vida. Em torno de 290 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos (Sanjosé *et al.*, 2007).

O câncer do colo do útero tem como fator de causalidade a ocorrência a infecção pelo HPV. Para a *International Biological Study on Cervical Cancer* (IBSCC), 92,9% dos cânceres do colo do útero em 22 países estavam relacionados à infecção pelo HPV, que uma vez infectadas as células do colo uterino irão promover desordens no epitélio, com avanço gradual até atingir e romper a membrana basal e a invasão no tecido conjuntivo abaixo do epitélio, considerado carcinoma invasor. O HPV 16 é o responsável por 50 % dos casos (INCA, 2002).

Observa-se a relação causal do HPV e o câncer do colo do útero em cerca de 90% a 100% dos casos, incluindo um número elevado de lesões da região cervical, anormalidades citológicas incipientes, displasias de diferentes graus, até o câncer cervical (Leto *et al.*, 2010).

Sabe-se que a infecção pelo HPV é um fator necessário para o desenvolvimento do CCU, mas não é suficiente. Na maioria das vezes, a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses e dois anos após a exposição (*International Agency for Research on Cancer*, 2007).

A literatura aponta que no pequeno número de casos nos quais a infecção persiste pelo subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), cuja identificação e tratamento adequado previne a progressão para o câncer cervical invasivo (*World Health Organization*, 2008).

Além de outros aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV como subtipo, carga viral, infecção única ou múltipla, existem fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual que parecem influenciar os mecanismos

ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção, bem como a sua progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero (INCA, 2021).

A idade também interfere nesse processo, a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (*International Agency for Research on Cancer, 2007*).

Em relação ao tabagismo, estudos apontam que há um aumento para o risco do desenvolvimento do câncer do colo do útero, por diminuir as células do componente de defesa do epitélio cervical, facilitando as infecções virais e, por sua vez, o processo de carcinogênese (*International Collaborations of Epidemiological Studies of Cervical Cancer et al., 2006*).

Existem controvérsias em relação a associação do CCU com o uso de contraceptivos orais, uma vez que esse tipo de câncer não tem sido considerado como hormônio dependente. No entanto, alguns hormônios na composição de certos contraceptivos parecem aumentar a oncogênese do HPV, interferindo na regressão espontânea das lesões causadas pelo vírus. Contudo, cabe ressaltar que os benefícios do método contraceptivo ao se evitar gravidez indesejada são superiores quando comparado à pequena possibilidade de aumento do risco do câncer do colo do útero que pode resultar do uso por mais de cinco anos de alguns contraceptivos orais (INCA, 2021 *apud* Sasieni, 2007).

Ainda sob esse aspecto, sob a influência ou associação do usos de contraceptivos orais com CCU, uma publicação da *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, que avalia riscos carcinogênicos para seres humanos, concluiu que contraceptivos que combinam estrogênio-progesterona podem aumentar o risco para o câncer do colo do útero em mulheres infectadas pelo HPV, o que sugere a importância da inclusão dessas mulheres que utilizam esse método de contracepção por longo tempo a participarem de grupos de planejamento reprodutivo e de rastreamento para o CCU na APS.

Outro fator que pode implicar em risco para o desenvolvimento do CCU é o comportamento sexual, uma vez que, a infecção pelo HPV é uma infecção sexualmente transmissível e o risco acumulado em três anos da incidência da

infecção pelo HPV após a primeira relação sexual com um parceiro masculino pode chegar a 50%. No entanto, esse risco aumenta se o primeiro parceiro já tiver tido experiências sexuais anteriores (Byington, 2016).

Ainda considerando os aspectos associados ao CCU, o autor mencionado acima destaca que alguns estudos apontam a relação de hábitos alimentares com o maior risco de desenvolvimento do CCU, no que se refere a mulheres que não tem o hábito de comer frutas e vegetais, além do sobrepeso, pois também existe a maior probabilidade de desenvolver adenocarcinoma do colo do útero.

1.4 História natural do câncer do colo do útero

O câncer é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. Especificamente no CCU, acomete uma parte específica o colo do útero, que fica em contato com a vagina. Considerando a história natural do câncer do colo do útero, uma afecção é iniciada com transformações intraepiteliais progressivas, que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, em um prazo longo de 10 a 20 anos (Brasil, 2012).

Os estudos apontam que a maioria das infecções por HPV, conforme já mencionado no capítulo anterior, é assintomática e auto resolutiva, sendo assim, nem toda infecção pelo vírus HPV irá evoluir para câncer e, em torno de 80% regridem espontaneamente.

Portanto, as infecções persistentes pelo vírus HPV podem levar ao CCU, com avanço para estágios pré-malignos conhecidos como neoplasias intraepiteliais cervicais de estágio 1, 2 ou 3 (NIC 1, 2 ou 3), classificados de acordo com o acometimento da cérvix. Essas lesões pré-malignas, designadas como lesões intraepiteliais de baixo e alto grau (LSIL e HSIL), dependem do quanto o epitélio é afetado e como as células anormais irão aparecer. Isso se dá de forma progressiva, inicialmente as lesões leves displásicas vão evoluir para severas e, posteriormente, para o carcinoma e, se não tratadas, evoluem para o câncer invasivo cervical escamoso (Vidal, 2009),

Ainda, em um estudo de Ostor (1993 *apud* por Vidal, 2009), a probabilidade de regressão de NIC 1 é de 60%, da lesão persistir é de 30% e de sua progressão para NIC 3 é de 10%, enquanto para o câncer invasivo é de 1%. Para NIC 2, a probabilidade é de 40%, tanto para regressão quanto para persistência, e de 20% para progressão para NIC 3 e de 5% para câncer invasivo. Refere ainda que a probabilidade de regressão de NIC 3 é de 33% e de progressão para carcinoma invasivo é maior do que 12%.

Com base nestas probabilidades e nas estimativas de duração média das lesões intraepiteliais foi ilustrado no estudo citado por Vidal (2009), segue uma figura representativa da história natural do câncer de colo uterino.

Figura 6 - História natural do câncer



Fonte: INCA, 2020, p.67.

1.5 Linha de cuidado do câncer do colo do útero

A Linha de Cuidado do CCU corresponde ao percurso assistencial dentro da rede de saúde, organizando o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, com a integração dos vários níveis de serviços de atenção à saúde para a implementação de ações voltadas para a promoção, prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Para cada tipo de câncer há sua própria história natural de doença, as linhas de cuidado exigem um fluxo assistencial do que deve ser feito, envolvendo cuidados assistenciais e encaminhamentos, para atender às necessidades de saúde, de

acordo com as possibilidades de se intervir no processo de evolução da doença (INCA, 2020).

Cabe destacar que, o desenho da linha de cuidados está recomendado no Caderno de Atenção Básica nº 13, Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, de 2013 (Brasil, 2013d). No que tange ao câncer de colo de útero, temos diversas diretrizes nacionais que conformam a Linha de Cuidado, destacando-se a Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria nº 741/ 2005), as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Portaria nº 497, de 2016), o Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2010, dentre outros documentos utilizados para construção deste capítulo.

O modelo assistencial deve ser organizado, possibilitando a articulação de recursos nos diferentes pontos de atenção à saúde, na perspectiva do cuidado e acesso integral, com a preservação da singularidade de cada indivíduo e fundamentalmente uma abordagem ampla sobre a doença nas diversas dimensões apresentados pelas pessoas, sejam elas física, espiritual, cultural ou social, e a preservação da qualidade de vida (INCA, 2016).

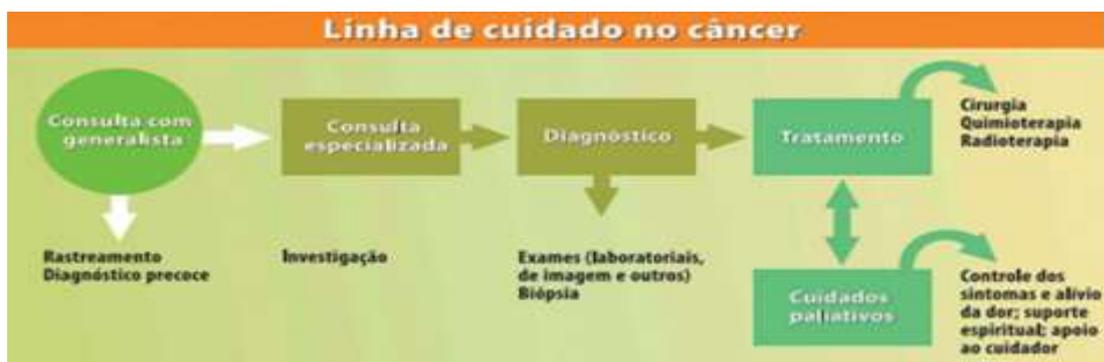
O desenho da linha de cuidados do CCU, para Sousa *et al.* (2021), se inicia na prevenção primária, por meio da vacinação contra o HPV para meninos e meninas, conforme faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, seguida da prevenção secundária, que corresponde a realização do rastreio da doença pelo exame citopatológico do colo do útero (teste de Papanicolaou). A partir dos resultados do exame, existem etapas de acordo com as recomendações do INCA a serem seguidas pelos profissionais de saúde, que incluem investigação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras. Neste sentido, quando há o diagnóstico de malignidade, a paciente é encaminhada para o tratamento da doença na assistência de alta complexidade, podendo chegar aos cuidados paliativos.

A literatura comprova que a consolidação da linha de cuidado por meio de redes de atenção organizadas por território, apesar de ainda ser ainda um desafio para o Brasil, é a melhor estratégia de estruturação de política públicas para o atendimento integral da população.

Portanto, a linha de cuidado deve abranger ações e serviços de saúde embasados em critérios epidemiológicos e de regionalização que garantam o acesso aos serviços de saúde de forma integrada, estabelecendo o fluxo assistencial (o

percurso) das pacientes de acordo com as suas necessidades, com vistas a prevenção, acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado e em tempo oportuno.

Figura 7 – Linha de cuidado do câncer



Fonte: Brasil, 2013d, p.26.

O Caderno da Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde, Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da mama, de 2013, recomenda que a linha de cuidados deve ser organizada a partir das seguintes diretrizes:

→ Prevenção e detecção precoce:

- Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer.

- Estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta.

- Acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011).

→ Programa Nacional de Qualidade da Citologia:

- Garantia de citologias de alto padrão.
- Garantir referência para cito e histopatologia.

→ Acesso à confirmação diagnóstica:

- Garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno.

- Definir e pactuar que a unidade de referência deve realizar todos os procedimentos: colposcopia, biópsia, excisão da zona de transformação (EZT) e utilizar o método “ver e tratar”.

- Implantar centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora.

→ Tratamento adequado e em tempo oportuno:

- Definir e pactuar serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia.

- Garantir que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível.

- Permitir que as mulheres com câncer do colo de útero sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada.

- Garantir que toda mulher com câncer do colo de útero receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

- Garantir que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.

- Garantir que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Neste sentido, quando se fala na garantia do diagnóstico e tratamento, vale destacar a Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo para seu início, em seu Art. 2, que diz:

O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde destaca que o rastreamento é o passo principal e inicial da inserção da mulher na linha de cuidado e do seu seguimento em toda a rede. A recomendação do rastreamento citopatológico é para todas as mulheres de 25 a 64 anos, a cada três anos após dois exames com resultados negativos realizados anualmente (INCA, 2016, 2021).

No Brasil, o CCU ainda representa um dos grandes desafios para a saúde pública e considerando ser a APS a organizadora dos cuidados para a prevenção e promoção à saúde, torna-se fundamental a implementação de ações para um rastreamento organizado (Brasil, 2010b).

O rastreamento ainda é oportunístico, ocorrendo quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. A desvantagem desse tipo de rastreamento é pelo fato de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade e mais oneroso para o sistema de saúde (INCA, 2016).

Em relação à faixa etária, estudos apontam o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero. Esses achados, que demonstram baixa eficiência do rastreamento em mulheres nessa faixa etária, deve-se ao fato de que, quando diagnosticado em mulheres muito jovens, o CCU é mais agressivo, além da citologia com diagnóstico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) em mulheres com menos de 25 anos corresponder mais frequentemente à NIC II do que NIC III, cujo comportamento evolutivo das lesões se dá semelhante às lesões de baixo grau, com tendência a regressão espontânea (INCA, 2016).

Nos países desenvolvidos, a implementação de medidas de rastreamento promoveu significativa redução na morbimortalidade por CCU, enquanto nos países em desenvolvimento não houve o mesmo resultado. De certa forma, pode-se explicar pela prática em países desenvolvidos, de programas de rastreamento organizados com prioridade para identificação e mobilização das mulheres de maior risco para o desenvolvimento da doença. Já nos países em desenvolvimento, é caracterizado pelo modelo oportunístico, com baixa cobertura, qualidade precária e financiamento inadequado (Meira, 2013).

No Brasil, há predomínio do rastreamento oportunístico, ou seja, as mulheres de uma forma geral realizam o exame de Papanicolau quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Sendo assim, 20% a 25% dos exames são realizados fora do grupo etário recomendado, e em torno da metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Sendo assim, há um grupo de mulheres superrastreadas e outro sem qualquer exame de rastreamento (INCA, 2016).

Nesse sentido, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e acesso à confirmação diagnóstica e ao tratamento adequado, é possível reduzir em até 90% a incidência do câncer cervical invasivo.

A finalidade do rastreamento é a detecção das alterações celulares em estágios iniciais, para que as intervenções sejam oportunas, e por fim assegurar o seguimento das mulheres. A oferta do seguimento/tratamento possibilita a garantia da assistência e do percurso assistencial articulado em rede, com atribuições e fluxos claramente definidos para cada ponto de atenção, a fim de garantir o acesso aos serviços e o cuidado integral à saúde da mulher (Farias, 2016).

Para Barbieri *et al.* (2016), o desconhecimento por parte da atenção primária interfere diretamente na capacidade resolutiva e na confiança depositada pela população assistida. O encaminhamento aos serviços de referência para intervenções que deveriam ser realizadas no nível local, traduz baixa eficiência à atenção básica e retarda o seguimento das mulheres.

Cabe destacar que, para Barbieri *et al.* (2016), o sucesso no rastreamento se dá, dentre outros fatores, com a capacitação dos profissionais, monitoramento, registros e a gestão dos sistemas de informação, além do adequado diagnóstico e acompanhamento do seguimento.

No caso do câncer do colo do útero, esses serviços devem realizar a colposcopia, bem como os outros procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA; Dias; Ribeiro, 2019). A colposcopia deve ser realizada em todas as mulheres que apresentem exame citopatológico de rastreamento com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H), células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), células atípicas de origem indefinida (AOI), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), adenocarcinoma *in situ* e invasivo e carcinoma epidermoide. As mulheres com resultados de LSIL e ASC-US devem ser encaminhadas se, na repetição do exame citopatológico, mantem o resultado inicial ou lesão mais grave. Estima-se que a necessidade de colposcopia para investigação inicial é de 2,0% das mulheres rastreadas.

As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA; Dias; Ribeiro, 2019), ainda recomendam que as mulheres submetidas à excisão de lesão precursora façam o seguimento colposcópico semestral.

No entanto, ainda segundo as diretrizes para o rastreamento, além da colposcopia, a realização da biópsia está indicada para a confirmação diagnóstica dos casos alterados na citologia. Já a exérese da zona de transformação (EZT) / Conização, excisões tipo 1, 2 e 3 (são métodos excisionais para o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

A partir daí, as mulheres com encaminhamento para tratamento oncológico com diagnóstico de câncer confirmado após a investigação devem ser direcionadas para tratamento em estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (INCA, 2019).

Com isso, espera-se que a rede de Atenção Terciária seja bem planejada com base em parâmetros populacionais, com a oferta de um conjunto mínimo de procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia), sendo diretamente responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer (INCA, 2019).

Outro aspecto sinalizado no Caderno da Atenção Básica nº 13, de 2013, refere-se às ações em cuidados paliativos. A unidade de atenção terciária que tem esta ação mais estruturada é o INCA onde se constitui em uma unidade separada, distante da clínica da família de referência da usuária, considerando as limitações geográficas e a dificuldade de deslocamento da usuária na cidade do MRJ. Nesta etapa, grande parte das necessidades pode ser realizada pela equipe da APS, com a adoção de estratégias que podem minimizar o sofrimento e a insegurança, tanto da usuária quanto de sua família. A abordagem e acolhimento, quando realizados de forma integral, podem garantir uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias, facilitando a transição entre os cuidados hospitalares e domiciliares, compartilhando de forma integrada com as equipes das unidades de alta complexidade (Melo, 2022).

1.6 Políticas e programas para o controle do câncer do colo do útero

O câncer nas últimas décadas, tem sido motivo de preocupação para saúde pública no Brasil, fato que vem motivando novas estratégias prioritárias com o objetivo de reduzir a incidência e mortalidade por neoplasia no país (INCA, 2018).

A primeira iniciativa de prevenção no Brasil para o controle do câncer de colo de útero ocorreu em 1940, com a realização de citologia e colposcopia (INCA, 2016).

O marco da primeira iniciativa institucional no país ocorreu em 1956, durante o governo do Presidente Juscelino Kubitschek, com a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao INCA – para o atendimento aos casos de câncer de mama e do aparelho genital feminino.

No país, surge em 1984 as primeiras estratégias no campo das políticas públicas para a prevenção do CCU, com as ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incentivou a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica. Em 1986, o Ministério da Saúde iniciou o projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino que possibilitou a ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia, estabelecendo a periodicidade e a faixa etária para o exame de prevenção do CCU (INCA, 2016).

De acordo com o INCA, as estratégias e ações voltadas para detecção precoce do CCU eram isoladas, por meio de programas pontuais, até meados dos anos 90. Até então, não existia uma organização das ações por níveis de atenção, rede institucional e serviços de saúde com possibilidades para um planejamento integrado para o rastreamento da doença no Brasil.

Com a Constituição Brasileira em 1988 e a criação do SUS, o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer (INCA, 2016).

Em 1997, teve início o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo uterino (PNCCCU), o Programa Viva Mulher, uma estratégia do Ministério da Saúde assumida pelo governo durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China em 1995, visando à redução da morbimortalidade por CCU.

O Programa Viva Mulher teve, como papel fundamental, a ampliação das políticas de controle do câncer e a construção de redes de atores e instituições dedicadas para lidar com o câncer no Brasil. Entretanto, passou por diversas transformações historicamente até tornar-se parte da agenda nacional da saúde pública, estabeleceu ações que perduram na política atual, com capacitação dos profissionais de saúde, parceria entre coordenações estaduais e o INCA, bem como o início da organização dos sistemas de informação para o controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

Já em 1998, o Programa Viva Mulher teve sua primeira fase de intensificação, com a estruturação da rede assistencial; melhorias na logística de transporte de lâminas para os laboratórios; ampliação e qualificação da rede laboratorial para o exame citopatológico e para o tratamento ambulatorial; articulação de redes regionais para o tratamento em nível terciário e organização da assistência em locais de difícil acesso; desenvolvimento do sistema de informações (SISCOLO); estabelecimento de mecanismos para a captação de mulheres para controle; definição de competências nos três níveis de governo; e mobilização de mulheres para o exame (INCA, 2018).

Ainda em 1998, com a publicação da Portaria nº 3.040 /GM/MS, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, e o sistema de informação como estratégia de monitoramento e gerenciamento de ações, com a criação do SISCOLO (Brasil, 1998).

Entre 1999 e 2000, o período é marcado pela fase de consolidação do Programa, com a definição de diretrizes gerais para que as ações fossem incorporadas pelos gestores e profissionais de saúde do SUS, com ênfase na necessidade de articulação e integração de uma rede nacional para controle do câncer do colo do útero.

Em 2002, o INCA e o Ministério da Saúde intensificam a segunda fase do Programa, visando ampliar a cobertura das ações de rastreamento do câncer do colo do útero em todo o país, o incentivo à captação de mulheres na faixa etária com maior risco de apresentar lesões precursoras deste câncer.

O Programa Viva Mulher passou gradativamente a ser denominado por Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e, posteriormente, as ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

passaram a ser desenvolvidas de forma descentralizada na Atenção Básica, através do fortalecimento e expansão da Estratégia Saúde da Família.

Contudo, apesar do desuso do nome Viva Mulher, o marco histórico do programa foi fundamental para a saúde pública brasileira, com efeitos na política atual de controle do CCU.

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída através da Portaria 2439 de 31 de dezembro de 2005, a fim de estabelecer como prioridade o controle dos cânceres do colo do útero e de mama previstos nos planos estaduais e municipais de saúde (Brasil, 2005). O Pacto pela Saúde, em 2006, também reafirmou a importância da detecção precoce dessas neoplasias, com a inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios.

Em 2010, o Ministério da Saúde, considerando a relevância epidemiológica do câncer do colo do útero no país, instituiu com a Portaria nº 310, de 10 de fevereiro de 2010, o Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero, com amplo debate dos avanços e desafios nas áreas de gestão, acesso e cobertura do rastreamento, qualidade do exame citopatológico, acesso e qualidade do tratamento, indicadores de impacto do programa do câncer do colo e novas tecnologias de controle. As conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo de útero (Brasil, 2010a).

Ainda nesse ano, foi lançado o Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero, cujas propostas serviram de base para o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), quanto à organização de ações e serviços voltados para controle dessa neoplasia.

A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento, pelo governo federal, de ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde; entre elas, a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama (Brasil, 2011).

Em 2013, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do SUS, que corresponde a integração do SISCOLO e do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) por meio de uma plataforma web e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 874/2013 (Brasil, 2013a).

Já em 2013 e 2014, o Ministério da Saúde redefiniu, através da Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 (Brasil 2013b), a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e criou, por meio da Portaria nº 189 de 31 de janeiro de 2014 (Brasil, 2014b), os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), com a definição incentivos financeiros de custeio e de investimento para a implantação e critérios para habilitação (INCA, 2016).

Outro aspecto relevante adotado pelo Ministério da Saúde foi o início da campanha de vacinação de meninas adolescentes entre 11 e 13 anos contra o HPV em 2014, por meio do Programa Nacional de Imunizações.

Em 2016, destaca-se a publicação da 2ª edição revista, ampliada e atualizada das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e, também, a 2ª edição revista e ampliada do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia (INCA, 2016).

Já em 2020, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020, estabeleceu em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro, sendo uma medida para o fortalecimento no SUS das ações de rastreamento, detecção precoce e controle do CCU e câncer de mama durante a pandemia de Covid-19 como uma estratégia complementar ao enfrentamento aos seus impactos, com ampliação da cobertura na população-alvo, considerando as recomendações estabelecidas pelo Ministério (Brasil, 2020a).

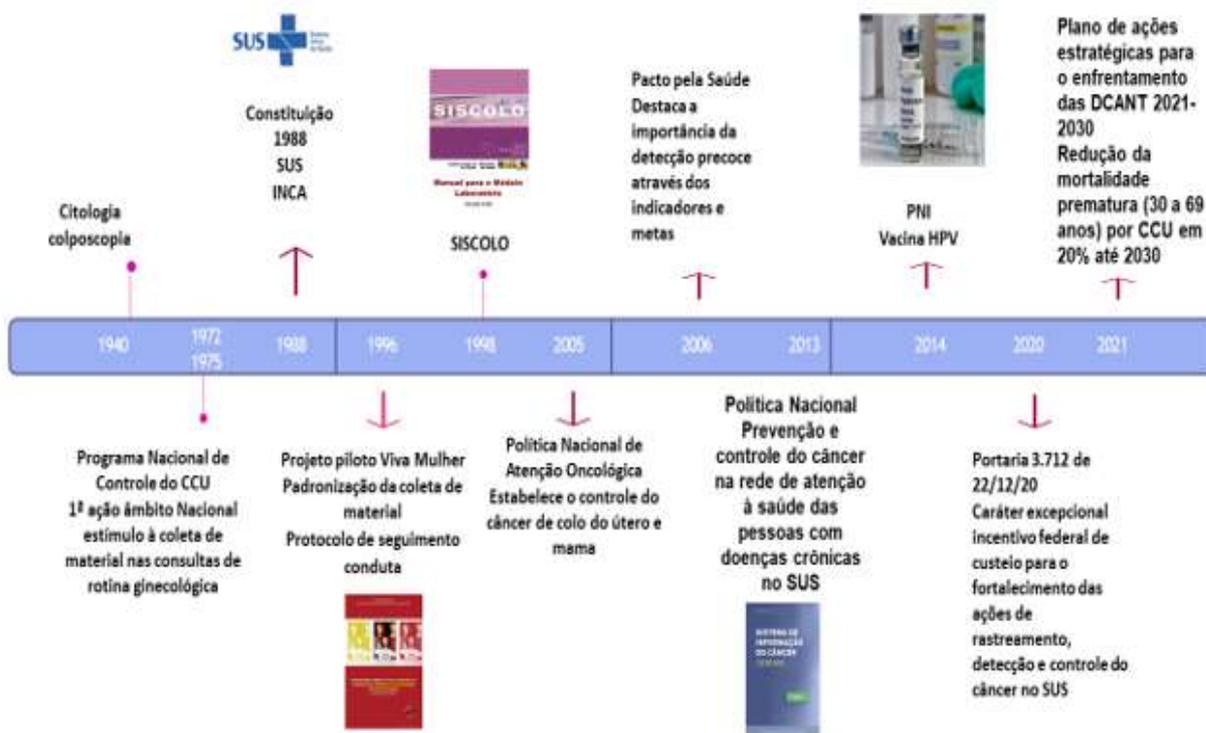
Vale ressaltar dois marcos importantes no ano de 2021, com a publicação pelo Ministério da Saúde do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, com destaque para as metas estabelecidas com vistas a redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20% até 2030. E, para

alcance dessa meta, direcionou ações que visam a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce do câncer de colo de útero e o aperfeiçoamento do rastreamento, evoluindo do modelo oportunístico para o modelo organizado (Brasil, 2021).

Ainda em 2021, com a publicação da Portaria nº 38, de 24 de junho de 2021, é instituída a Câmara Técnica Assessora para o enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cuja finalidade é propor medidas, discussões, avaliação por meio de experiências e conhecimentos no âmbito científico, visando ao aperfeiçoamento de ações estratégicas e o auxílio para a tomada de decisões nas questões relacionadas ao câncer de colo do útero e a implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A Figura 8, disposta na sequência, sumariza alguns dos principais eventos relacionados à Política Nacional de Controle do CCU discutidas anteriormente ao longo dessa seção.

Figura 8 - Linha do Tempo da Política Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero



Fonte: A autora, 2023.

2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A implantação do programa-piloto de rastreamento do câncer do colo do útero, realizado na década de 1990 no país, foi um marco crucial para se identificar a necessidade de um registro de dados para o acompanhamento dos resultados do programa. Com isso, em 1999, foi criado o SISCOLO, para registro dos exames de rastreamento (exame citopatológico) e confirmação diagnóstica (exame histopatológico), realizados no SUS, além de informações sobre o seguimento das mulheres com exames alterados (Tomazelli; Ribeiro; Dias, 2022).

Em 2006, com o pacto pela Saúde, é constituído um conjunto de compromissos sanitários e o controle do câncer passa a ser uma prioridade na política de saúde no Brasil, com a proposta de fortalecimento, integração, resolutividade do SUS e com papel de corresponsabilizar a gestão de todos os entes federativos - Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006).

Já em 2008, por meio da publicação da Portaria SAS/MS nº 779/08, ocorre a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Ambos são sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, com a finalidade de informatização dos dados nos procedimentos relacionados à detecção e confirmação diagnóstica do câncer no SUS.

Cabe destacar que, em março de 2011, foi lançado, pela Presidente Dilma Rousseff, o Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama, onde um dos eixos contempla a melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer. Surge, então, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA).

Em 2013, foi implantado em todo território do Brasil, integrando os sistemas SISCOLO e SISMAMA. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações que visam corroborar para melhoria das ações de controle do CCU.

O SISCAN foi instituído através da Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, no âmbito do SUS, com a definição de objetivos bem definidos do sistema, dentre os quais vale destacar: a integração dos sistemas de informação do câncer

do colo do útero e do câncer de mama; a identificação do usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB); o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce; a padronização dos formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama (Brasil, 2013c).

O Instituto Nacional de Câncer é o gestor do SISCAN, sua finalidade é monitorar as ações de detecção precoce do câncer.

Outro aspecto que cabe mencionar é a padronização e aprimoramento da qualidade dos laudos, tornando obrigatório o uso para resultados padronizados pelo Ministério da Saúde dos exames de mamografia, de citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama, além de permitir a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos.

Além disso, o SISCAN colabora para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias, disponibiliza relatórios gerenciais padronizados que visam permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente.

O SISCAN é utilizado nas unidades de saúde, laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames pelo SUS, e nas coordenações estaduais, regionais, municipais e intramunicipais responsáveis pelo acompanhamento das ações de detecção precoce do câncer (INCA, 2013).

Por meio do SISCAN, é possível acessar relatórios gerenciais da assistência à saúde da mulher, visualizar laudos e o monitoramento do seguimento com a articulação e coordenação do cuidado (Farias *et al.*, 2016).

Foi desenvolvido em plataforma *web* com a possibilidade das unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet fazer solicitação de exames, visualizar resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento).

Com o avanço do SISCAN, emerge a capacidade de avaliação dos serviços de saúde que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, para o planejamento das ações de controle, a organização

da rede de assistência para o diagnóstico e tratamento, bem como o acompanhamento dos exames alterados.

A capacidade de integração com (CADWEB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permite a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS, e não apenas do exame, além da atualização automática do histórico de seguimento, identifica os profissionais das unidades de saúde e prestadores de serviços habilitados para solicitar e fornecer laudos de exames (INCA, 2013).

Entretanto, a maior parte dos dados do SISCAN são digitados diretamente no sistema e a confiabilidade das informações geradas depende da qualidade dos dados coletados e registrados pelos profissionais.

Os dados registrados no SISCAN permitem o cálculo dos indicadores de monitoramento das ações referentes à detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama, como cobertura, qualidade dos exames, resultados alterados ou suspeitos, entre outros. O SISCAN também permite aperfeiçoar a organização das ações, auxiliando, por exemplo, no seguimento de mulheres com exames de rastreamento alterados. Como resultado, desde sua implantação, os dados têm sido utilizados para subsidiar a gestão do programa e a análise crítica do cenário do câncer do colo do útero no sistema público do país, e para a elaboração de publicações científicas na área (Brasil, 2022).

Prestadores de serviços laboratoriais responsáveis por gerar a rotina de envio de arquivos podem ser a fonte de maior diferença entre os dados consolidados dos sistemas. Esses prestadores de serviços que utilizam o SISCAN, possuem a responsabilidade de realizar o processo de encerramento da competência ao final do mês, gerando o arquivo de Boletim de Produção Ambulatorial dados Individualizados (BPA-I), que deve ser encaminhado ao setor de faturamento e, ao mesmo tempo, os dados epidemiológicos ficam disponíveis na base nacional, possibilitando avaliações das ações de controle dos cânceres do colo do útero (Silva, 2021).

No entanto, observa-se algumas limitações durante a migração dos dois sistemas, no que diz respeito as informações disponibilizadas, pois não há mais, desde 2015, informações do SISCOLO e SISMAMA disponíveis para serem comparadas à produção apresentada no SIA/SUS, uma vez que os registros passaram para o SISCAN. Pode-se inferir que, em localidades que estejam em fase de implantação, possa ocorrer altas proporções de perda de registro dos dados

epidemiológicas associadas ao maior uso do SISCOLO e SISMAMA e essa proporção de perda refletiria provavelmente a ausência na disponibilidade dessas bases (Silva *et al.*, 2022).

Nos anos de 2018 e 2019, observou-se queda na perda de informação na maior parte dos Estados, incluindo o Rio de Janeiro e o MRJ, como reflexo da consolidação da implantação do SISCAN, com elevado percentual de perda em todos os anos, o que pode ser explicado pela manutenção do uso do SISCOLO e SISMAMA pelos laboratórios de grande porte, que possuem sistemas de informação próprios e que não exportam suas informações ao SISCAN (Tomazelli; Ribeiro; Dias, 2022).

Sendo assim, a perda de informação dos sistemas cuja finalidade é o registro dos procedimentos de rastreamento e diagnóstico do CCU tem impacto direto na utilização dos dados para análise, monitoramento e planejamento das ações de controle do câncer.

Com a implantação do SISCAN, é possível o acompanhamento da usuária por toda a Linha de Cuidado, já que no módulo seguimento verifica-se o acompanhamento das mulheres que apresentam resultado de exame normais e alterados. O histórico de seguimento apresenta também tratamentos posteriores a esse exame, possibilitando o gerenciamento das ações de controle. Considerando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e os próprios da prefeitura do município, a distribuição de serviços é desigual, havendo uma concentração destes nas zonas Norte, Centro e Sul e baixa na Zona Oeste da cidade (Carvalho, 2015).

No MRJ, em 2022, a Secretaria Municipal de Saúde criou o Instrutivo carioca para implantação do sistema de informação do câncer, visando instrumentalizar os profissionais na utilização do sistema SISCAN. Inicia-se, a partir daí, treinamentos direcionados aos gestores e profissionais para implantação do sistema no Município.

Entendendo as diversas possibilidades de análise através do sistema de informação (SISCAN), dentro da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, a implantação no MRJ, permitirá análises de informações para profissionais, gestores e pesquisadores que podem contribuir de forma qualificada para a Linha de Cuidado.

3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo tem por objetivo esclarecer o papel da APS no controle do CCU no MRJ, descrever a cobertura de ESF e de exame colpocitológico no MRJ, as ações que são desenvolvidas pelas equipes para o rastreamento, bem como os fluxos e protocolos adotados para o acompanhamento das mulheres sob sua responsabilidade.

A APS, tem um papel extremamente relevante na Rede de Atenção à Saúde, principalmente no que se refere ao controle do câncer de colo de útero, pois é o primeiro contato assistencial centrado na pessoa de forma a atender as suas necessidades.

Nesse sentido, Starfield (2002) menciona uma característica muito peculiar da APS, sendo o primeiro nível de atenção que coordena todo o cuidado, mesmo quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Sugere ainda alguns atributos para as práticas da atenção primária, como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação. Para entendimento desses conceitos, na concepção de Mendes (2011), o primeiro contato nos remete o acesso e o uso do serviço de saúde para cada novo problema para os quais se procura o cuidado. Já a longitudinalidade requer o acompanhamento regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa e família. A integralidade aponta um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização dos profissionais de saúde pela oferta de serviços em outros pontos da RAS e o reconhecimento adequado dos problemas do indivíduo, e, por fim, a coordenação fala da capacidade de garantir a continuidade da atenção pelas equipes de saúde.

Para isso, compreendemos a necessidade inicialmente de uma breve caracterização da população no MRJ, utilizado o *site* e-Gestor AB (Informação e Gestão na Atenção Básica) como fonte para acesso as informações.

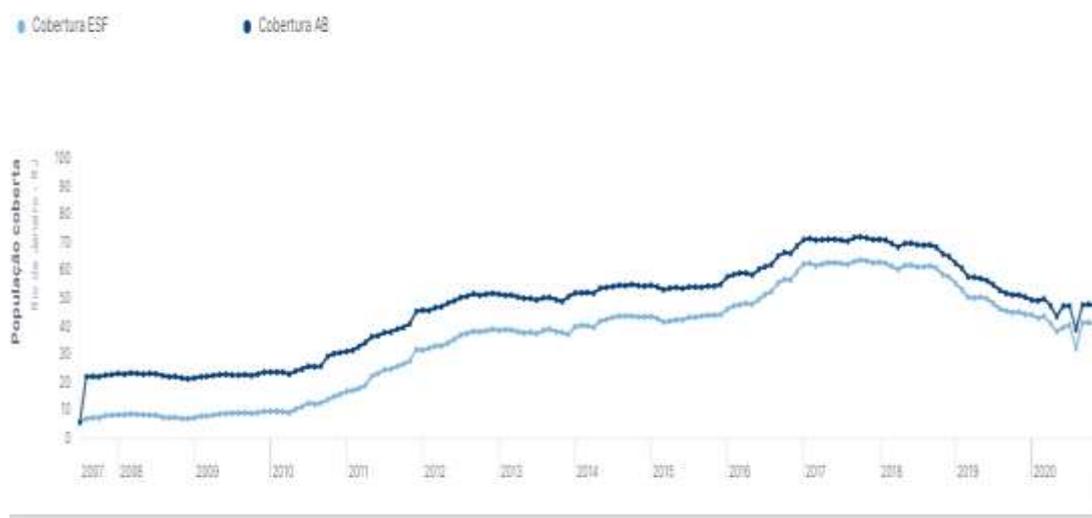
Em dezembro de 2012, o município contava com 771 equipes de estratégia de saúde da família vinculadas, 114 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF

equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 29 equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

Nesse sentido, a estimativa da população coberta pelas equipes de saúde da família na AB era de 3.089.663 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família era de 2.660.813 pessoas, correspondendo a uma cobertura de ESF nesse mesmo período de 39,6% (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2012; IBGE, 2010).

Em dezembro de 2007, a população coberta no MRJ era de 8,21% de ESF e 22,74% de AB. Comparando a evolução nos últimos 13 anos, há um aumento expressivo da cobertura de ESF no Município, chegando em dezembro de 2020 com 39,6% de ESF e 47,25% de AB, conforme ilustrado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Evolução da população com cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Brasil, 2020b.

Cabe destacar que, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Programa Previne Brasil foi instituído, estabelecendo um novo modelo de financiamento e de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017.

Com isso, um conjunto de indicadores do pagamento por desempenho passa a ser observado na atuação das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção

Primária, até o ano de 2020, abrangendo as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão arterial e diabetes).

Nesse contexto, é estabelecido o indicador cobertura de exame citopatológico, que mede a proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos atendidas na APS que realizaram um exame citopatológico do colo do útero no intervalo de três anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. A meta de cobertura pactuada para o ano de 2020 foi de 40%.

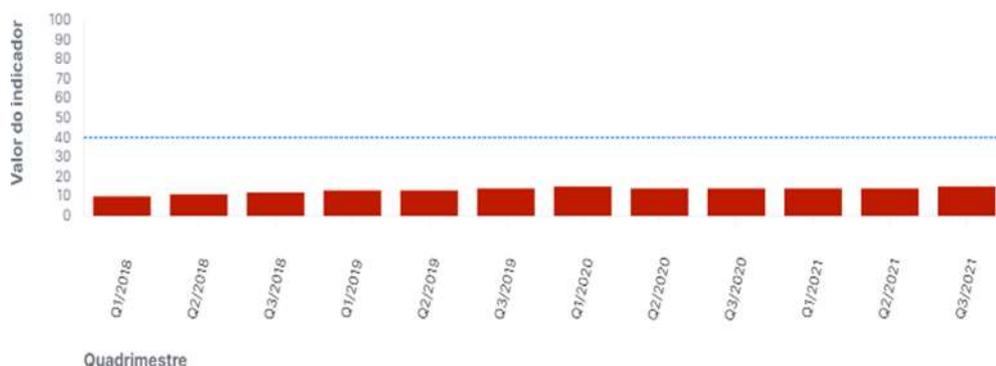
Compreendendo o método de cálculo desse indicador, no numerador é identificado o número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com idade entre 25 e 64 anos no quadrimestre analisado e que realizaram um procedimento de coleta de citopatológico de colo uterino em até 3 anos podendo ser marcação de campo rápido ou Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) correspondente. Já no denominador, é considerada a mensuração que obtiver o maior resultado: 1- Estimado: projeção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos do município estimada pelo IBGE para o ano corrente, corrigido pela população coberta pelas equipes APS do município dividido pela população IBGE, ou 2- Informado: Quantidade de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente no município no período analisado (INCA, 2014).

No entanto, existem limitações relacionadas à cobertura deste indicador, pois se refere à população que faz o exame citopatológico na APS.

Ao longo dos anos de 2018 a 2021, a cobertura no MRJ do exame citopatológico permaneceu abaixo da meta de pactuação, não ultrapassando a cobertura de 15% no terceiro quadrimestre do ano de 2021. Vale destacar que, no ano de 2020, a APS sofre um grande impacto da pandemia por COVID-19, limitando os atendimentos dos serviços da APS ao acolhimento dos casos de Síndrome gripal e Síndrome da angústia respiratória grave (SRAG).

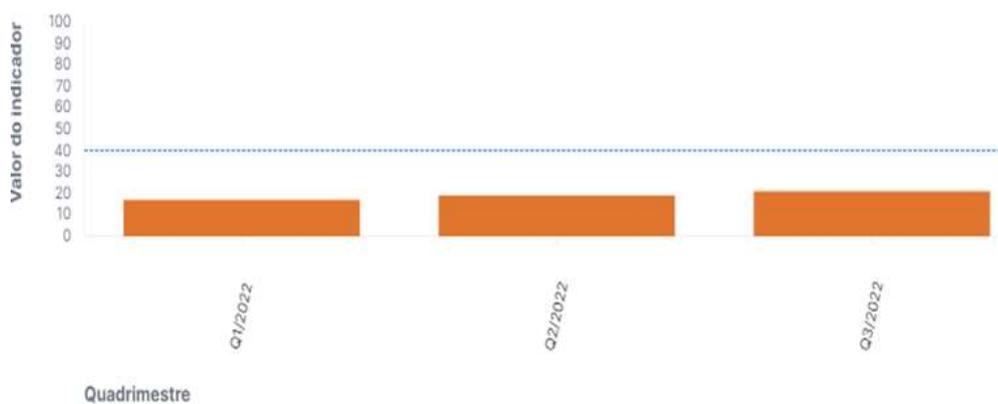
Já no ano de 2022, com a retomada da APS e, com isso, a busca ativa das equipes de ESF das mulheres para realização do exame citopatológico, a cobertura tem um crescimento, chegando a 21% no terceiro quadrimestre de 2022. Essa cobertura é demonstrada através dos Gráficos 6 e 7 que estão ilustrados a seguir.

Gráfico 6 - Cobertura de exame citopatológico no Município do Rio de Janeiro – anos de 2018 a 2021



Fonte: Rio de Janeiro, 2023.

Gráfico 7 - Cobertura de exame citopatológico no Município do Rio de Janeiro - ano de 2022



Fonte: Rio de Janeiro, 2023.

Para melhor compreensão das ações desenvolvidas pela APS para o controle do CCU, foi realizado uma revisão do conjunto de produções governamentais sobre a temática, dentre os quais: Caderno da Atenção Básica número 13, controle dos cânceres de colo do útero e de mama (Brasil, 2013d); Diretrizes do INCA (2013); *World Health Organization* (2002); Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016); Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária nº 29, Rastreamento, 2010; Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016) e o Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2010).

A primeira ação realizada na APS, é o cadastro de todos os usuários em sua área adstrita, para o reconhecimento da sua população e identificação das mulheres na faixa etária prioritária, bem como para identificar aquelas que possuem maior risco para a doença. Essa atividade de cadastro é feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), por meio de visita domiciliar ou oportunizando quando o usuário procura o serviço de saúde, conforme consta no documento “Carteira de Serviços da Atenção primária: Abrangência do Cuidado (Rio de Janeiro, 2021).

A partir daí, é possível a identificação das mulheres na idade prioritária de 25 a 64 anos para realização do exame citopatológico, permitindo as equipes da ESF, por meio de listas geradas pelo prontuário eletrônico, verificar as mulheres que já realizaram o exame e aquelas que ainda deveriam realizar, definindo assim a cobertura do exame e estratégias de captação para o rastreamento.

O rastreamento realizado pelas equipes da APS é o principal método para a detecção precoce do câncer do colo do útero (INCA, 2016), com a oferta e realização do exame citopatológico nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, possibilitando assim a identificação precoce de lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a sua progressão para o câncer.

As recomendações da faixa etária para o rastreamento justificam-se pelo entendimento do pico da infecção pelo HPV ocorrendo em torno dos 15 a 20 anos, porém as lesões precursoras de câncer têm seu pico em torno dos 30 anos e a incidência desse câncer aumenta nas mulheres a partir dos 35 anos e atinge o seu máximo na quinta ou sexta décadas de vida. Sendo assim, as infecções por HPV prevalecem antes dos 25 anos, bem como as lesões de baixo grau que regredirão espontaneamente na maioria dos casos, ou lesões de alto grau que apresentam significativa taxa de regressão espontânea nesse grupo etário (INCA, 2016).

O tratamento de lesões precursoras no colo do útero de adolescentes e mulheres jovens, com menos de 25 anos, está associado ao aumento da morbidade obstétrica e neonatal, bem como do parto prematuro. Além disso, pode ser grande o impacto psíquico negativo do diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível e precursora de câncer sobre a autoimagem e a sexualidade nesse grupo etário (INCA, 2016).

Por esse motivo, justifica-se o início do rastreamento aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Após os 65 anos, se a mulher tiver

feito os exames de rastreamento regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido, dada a sua lenta evolução. A orientação para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico é realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2021).

Considerando os “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero” (INCA, 2019), a periodicidade recomendada para o rastreamento é de três anos, após dois exames negativos anuais consecutivos. Essa recomendação se justifica em razão da ausência de evidências de que o rastreamento anual seja mais efetivo do que se realizado em um intervalo de três anos. Conforme já descrito no capítulo anterior, a doença possui uma evolução lenta, e o intervalo de três anos garantiria encontrar a lesão precursora e iniciar o tratamento.

É importante destacar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero) e que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivo, continuam sob o risco de desenvolver alguns tipos de CCU, e necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina (INCA, 2016).

Existem também algumas situações especiais, que requerem recomendações distintas para o rastreamento, tais como: as mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunodeprimidas devem realizar o exame logo após iniciar a vida sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral; mulheres submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero não devem ser incluídas no rastreamento; mulheres grávidas devem seguir a rotina normal do rastreamento; mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero (INCA, 2016).

Segundo a OMS, com uma cobertura de rastreamento da população-alvo de, no mínimo, 80%, somado a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016; *World Health Organization*, 2002).

Além da captação das mulheres na faixa etária alvo para o rastreamento, as equipes da APS realizam a coleta do exame citopatológico, avaliam os resultados e os exames insatisfatórios que necessitem de uma nova coleta.

Contudo, as ações preventivas merecem seu destaque como estratégia fundamental para melhorar adesão das mulheres para realização do exame preventivo, orientar sinais e sintomas de alerta que devem ser observados, reforçando seu papel educativo em todo contato das usuárias com o serviço de saúde (BRASIL, 2013d).

A recomendação da realização do exame preventivo deve ser preferencialmente realizada na unidade de saúde, por agendamento ou livre demanda, com a oferta em horários mais convenientes para as mulheres, respeitando sua singularidade e necessidade. Nas situações em que, após a convocação para realização do exame, as mulheres não compareçam por algum motivo, a equipe de saúde deve realizar busca ativa e ofertar novo agendamento para coleta do exame preventivo.

O fluxo atual para o controle do CCU na APS abrange a prevenção primária por meio da vacinação contra o vírus HPV e do rastreio estabelecido nas “Diretrizes Brasileiras para o Rastreio do Câncer do Colo do Útero”. A imunização contra o HPV se inicia na pré-adolescência para meninos e meninas. Em seguida, o rastreio para todas as mulheres elegíveis por meio do exame citopatológico de material cervicovaginal, onde os resultados com alteração devem ser submetidos ao seguimento de acordo com o tipo de lesão encontrada, conforme mostrado no Quadro 1, onde são apresentadas as recomendações e condutas frente os resultados de exames citopatológicos.

Quadro 1 - Resultados citopatológicos e condutas clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: INCA, 2016, p. 32.

No pequeno grupo cujos exames mostram-se alterados, é dado o seguimento necessário de acordo com o grau de lesão encontrada. Posteriormente, os exames para diagnóstico como a colposcopia e biópsia são utilizados para definir condutas. Por fim, para as mulheres com lesões invasivas, a última parte da linha de cuidado será o tratamento adequado, que pode abranger diferentes condutas como cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou da combinação destas (INCA, 2016).

No MRJ, as equipes da APS fazem a solicitação do exame citopatológico no SISCAN e, logo após a realização da coleta, o material é encaminhado para análise em laboratório contratualizado; além disso, é realizado o registro do procedimento no prontuário eletrônico, com a ativação do código do procedimento 02.03.01.001-9-EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL / MICROFLORA e 02.03.01.00-8 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL / MICROFLORA- RASTREAMENTO no Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Com relação ao resultado do exame, este deve ser informado à mulher, preferencialmente durante a consulta. O profissional deve realizar a conduta de acordo com o resultado e realizar o registro no prontuário eletrônico. Neste caso, se o encontrado determinar a necessidade de encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação qualificada, com os dados de identificação relevantes sobre a usuária, a descrição do quadro clínico e sobre o resultado do exame.

Além disso, é necessário que a equipe da APS continue acompanhando essa mulher, enquanto coordenadora do cuidado, verificando a adesão ao tratamento e as possíveis necessidades de intervenção durante todo o processo.

Nesse sentido, é fundamental que as equipes da APS conheçam os protocolos de seguimento, bem como os fluxos atualizados e elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde na plataforma da (Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), para que a tomada de decisão frente aos resultados alterados seja fundamentada em condutas seguras e cuidados necessários ao atendimento integral às necessidades da saúde da mulher.

No entanto, ao analisar os documentos disponíveis pela SMS aos profissionais de saúde, ainda que haja uma diversidade de protocolos, guias, normas técnicas, manuais, carteira de serviços, dentre outros, não identificamos documentos que façam alusão ao acompanhamento e o seguimento da usuária dentro da Linha de Cuidado. Também não foi identificado, nos materiais disponíveis, referências para busca ativa, acompanhamento dos resultados, encaminhamentos, adesão ao tratamento, bem como o desenvolvimento de ações educativas dentro desta linha.

Vale destacar que o “Caderno da Atenção Básica, número 13” faz referência ao acompanhamento integral: “Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo)” (Brasil, 2006, p. 20).

A atenção à linha de cuidados pela APS, enquanto responsável pelo acompanhamento longitudinal das usuárias, mesmo quando estão em outro nível de assistência, tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços, a fim de propiciar prevenção da doença e acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (Carvalho; O´Dwer; Rodrigues, 2018).

Diante de todo o exposto, vale a reflexão sobre o papel da APS no controle do CCU como uma condição indispensável para que os profissionais desenvolvam as suas ações de saúde, embasadas no conhecimento da realidade da população, em conhecimento científico e com planejamento, de forma a cumprir não só as metas pactuadas, mas também oferecer a população feminina o acesso à informação e qualidade no atendimento (INCA, 2016).

3.1 Princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde

Com a Constituição Federal de 1988, o conceito saúde é incorporado como direito e dever do Estado, direcionando a um modelo de saúde que visa a redução do risco de doença e de agravos com o acesso universal e igualitário no âmbito das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

Demonstrando, assim, a relevância no aspecto legal e jurídico no que diz respeito ao acesso à saúde, garantindo o que durante anos foi fator determinante de exclusão social, e que, por sua vez, passa a ser compreendido como um sistema único, cujas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, organizada e hierarquizada.

O ponto de partida para reestruturação do sistema de saúde no Brasil foi o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia norteadora da APS e que foi efetivamente implantado no SUS a partir de 1994, com o apoio do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de saúde

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde vem sendo colocada como uma tendência dos sistemas de saúde de todo o mundo, representando uma prática de baixo custo, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo diante de situações de grande iniquidade social (Starfield, 2002).

Com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, outro marco histórico se inicia para a consolidação nacional e expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS (Silva, 2019).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2012, p. 21).

A PNAB foi revisada em 2011, com vistas a necessidade de adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, buscando a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização dessa, constituindo-se como a porta de entrada principal do usuário no SUS e o eixo para coordenação do cuidado integral e da ordenação da Rede de Atenção à Saúde (Silva, 2019).

Com a elaboração do Relatório Mundial de Saúde de 2008, elaborado pela OMS, os cuidados primários de saúde passam a ser ponto de destaque para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, propondo reformas que contribuam para equidade em saúde e, justiça social, com o fim da exclusão nos sistemas de saúde orientado pelo acesso universal e da proteção social da saúde.

Para a OMS, a cobertura universal é tida como um alicerce para atingir a equidade em saúde, embora isoladamente não seja suficiente para atingir essa equidade. No entanto, reforça a ideia de que a cobertura universal fomenta a equidade em saúde e o acesso universal em um país (Ramos, 2005).

No contexto da PNAB de 2017, a Atenção Básica possui como princípios norteadores a universalidade, equidade e integralidade. O primeiro princípio, a universalidade, define o acesso como universal e contínuo aos serviços de saúde, com acolhimento das pessoas sem distinção, buscando compreender suas necessidades.

O entendimento do segundo princípio, a equidade, traduz uma oferta de cuidados com o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e de saúde da população, com redução das iniquidades e desigualdades, considerando a singularidade de cada indivíduo.

A integralidade ocorre quando as redes de atenção atendem as necessidades de saúde da população, que vão desde ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. É um mecanismo importante, pois assegura que os serviços sejam ajustados as necessidades de saúde da população.

Segundo Starfield (2002), a integralidade é um dos atributos mais importantes para as discussões sobre a resolutividade da APS, pois implica que as unidades primárias de saúde possam garantir que o indivíduo receba todos os serviços de atenção à saúde necessários, responsabilizando-se por suas condições mais comuns, bem como pelo encaminhamento para outros serviços secundários e terciários, e o adequado manejo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Esse atributo exige, assim, que a APS como o primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde reconheça as necessidades relacionadas à saúde da população, bem como disponibilize os recursos necessários. Sabe-se que a APS deve resolver 80% dos problemas de saúde da população, e que apenas entre 3% e 5% dos casos seriam encaminhados a outros níveis, demonstrando assim sua capacidade de resolução (Portela, 2017).

Já as diretrizes da APS, segundo a PNAB 2017, estão ligadas as normas que devem ser adotadas pelos entes federados para a Atenção Primária. Dentre elas, a regionalização como modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como porta de entrada ao sistema; a territorialização que permite o planejamento e desenvolvimento de ações em um território específico, considerando seus determinantes e fatores condicionantes de saúde das pessoas e coletividade.

O território por sua vez, possui uma população adscrita à UBS, onde as relações de vínculo e responsabilidade das equipes devem ser contínuas, de forma a garantir a continuidade das ações e serviços de saúde e a referência para o cuidado.

As ações de cuidado devem ser centradas na singularidade de cada indivíduo, estimulando o desenvolvimento de sua autonomia, conhecimentos, aptidões, competências para tomada de decisão sobre sua própria saúde. Desta forma, o cuidado centrado na pessoa é construído junto com o indivíduo, família e comunidade nas quais eles vivem.

Portanto, ao se considerar as diferenças de cuidado, seja ele no campo individual ou coletivo, deve-se pensar na importância de uma atenção básica resolutive, com a construção de vínculos positivos e intervenções de saúde efetivas, que coordene o cuidado nos diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Para isso, o cuidado deve ser pensado de forma contínua orientado para as pessoas, envolvendo as relações de vínculo dos profissionais de saúde com a população, bem como requer uma coordenação adequada com fluxos de informações entre os pontos da rede de atenção à saúde.

Neste sentido, a longitudinalidade, no contexto da APS, considera fundamental o investimento em uma relação de vínculo de longa duração, entre profissionais e usuários nas unidades de saúde, pressupondo uma fonte regular de atenção ao longo do tempo (Starfield, 2002).

Ainda na concepção de Starfield (2002), os possíveis benefícios atrelados ao atributo longitudinalidade, com destaque para redução da utilização de serviços, das hospitalizações e do custo assistencial, por uma atenção preventiva mais adequada e oportuna.

A coordenação do cuidado, em sua essência, aponta para organização do fluxo dos usuários nos diversos pontos de atenção da rede de serviços, da disponibilidade de informações a respeito de serviços prestados na APS de forma integrada e coordenada. Essa coordenação requer mecanismos de transferência e reconhecimento de informações. Quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários e o compartilhamento de informações pelos diferentes profissionais envolvidos na atenção, maior a probabilidade de os pacientes mostrarem uma melhora subsequente (Starfield, 2002).

O papel de ordenar a rede, de acordo com a PNAB (Brasil, 2017), pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde e a organização com os diversos pontos de atenção à saúde, corroborando para o planejamento de ações e a programação dos serviços, em toda a Rede. A OMS orienta que os serviços de saúde devam se voltar para as necessidades e expectativas das pessoas, com políticas públicas que garantam a saúde das comunidades, com equidade e sem exclusões (*World Health Organization*, 2008).

Por fim, a diretriz participação da comunidade se traduz ao incentivo da participação popular e orientação comunitária das ações de saúde e a competência

cultural no cuidado, a partir da lógica centrada nas pessoas e no exercício do controle social.

Para Oliveira e Pereira (2013 *apud* Mendes, 2012), ainda que a APS seja imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, persistem muitos desafios para que de fato possa desempenhar o seu papel de organizadora do sistema e da coordenação do cuidado, diante das variadas limitações existentes no que tange a carência de infraestrutura das unidades de saúde da ESF, a baixa densidade tecnológica, a precarização nas relações de trabalho, a falta de profissionalização da gestão, a fragmentação da oferta das ações e serviços de saúde e o subfinanciamento, dentre outros fatores.

3.2 Histórico da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Para a compreensão sobre a implantação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, este capítulo descreve, baseado em uma revisão de literatura, um recorte do cenário político e institucional da política de saúde no município na década de 1990 a 2000 até a Reforma da APS, com o foco no contexto da organização da atenção básica e a trajetória da Estratégia Saúde da Família

No que tange à cobertura de ESF no MRJ e o número de equipes de saúde da família, os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2014a) apontam que, até dezembro de 2000, o município possuía 22 equipes de estratégia de saúde da família, representando uma cobertura populacional de 1,36%, concentrada em apenas 10 localidades da cidade, com 294 agentes comunitários de saúde que cobriam 3,02% da população do município.

O período entre 1997 e 2001, no MRJ, é um marcado pela municipalização dos hospitais federais. Com isso, novas responsabilidades são agregadas à gestão municipal e ao sistema de saúde, sendo motivo de conflitos entre gestores estaduais e municipais pela dificuldade de gerenciamento das novas unidades advindas pelo processo de municipalização e emergindo problemas relacionados a recursos humanos para atuação, principalmente, na atenção básica, com baixo número de profissionais formados na área e ausência de concurso público (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Cabe destacar que, até o final da década de 1990, o funcionamento da atenção básica no MRJ continuava com predomínio da oferta de serviços baseados nos programas de saúde do Ministério da Saúde, voltado para ações básicas de imunização, consultas básicas e dispensação dos medicamentos referentes aos programas e ainda era muito incipiente a organização do território através da organização das “áreas programáticas”, que apresentava limitada capacidade de resolução dos problemas da população e baixa integração com outros serviços de saúde (Lima, 2014).

Ainda analisando a década de 1990 a 2000, existiu baixa capacidade na ampliação dos serviços da APS, bem como na oferta de serviços e no financiamento público. Acreditava-se que a expansão da APS na década de 90 viesse minimizar as situações de desigualdades, no entanto observou-se que a ampliação da provisão de serviços e ações da APS foi alcançada nas pequenas e médias cidades, no que tange os municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O Município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, ainda apresentava uma cobertura da Estratégia Saúde da Família em torno de 7%. A partir daí, teve início uma mudança marcante na gestão da saúde pública com ênfase para a APS, por meio do estímulo à Estratégia, chegando, ao final do ano de 2012, a uma cobertura de cerca de 40% (Brasil, 2012).

Em maio de 2009, foi lançado no bairro de Santa Cruz, zona oeste do MRJ, as diretrizes do Programa “Saúde Presente”, em que a Estratégia de Saúde da Família passou a ter novos recursos de investimentos e custeio para expansão programada até 2012 da ordem de 35%. Nas palavras do Plano Estratégico da Prefeitura para o período de 2009 - 2013, a meta era ampliar dez vezes a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família.

No município do Rio de Janeiro, as condições estruturais das clínicas da família foram construídas em 2009, com o início da Reforma da APS, para que se pudesse atingir a meta de expansão estabelecida para o período de 2010-2012. A primeira unidade de Saúde da Família do novo modelo de atenção primária foi inaugurada em novembro de 2009, no bairro de Padre Miguel, zona oeste da cidade: a chamada “Clínica da Família Olímpia Esteves”, localizada na área programática 5.1 (Rio de Janeiro, 2009).

Ainda em 2009, por meio do Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009 a 2012, período esse que vem culminar com a Reforma da Atenção

Primária na cidade do Rio de Janeiro com a definição clara e ações concretas para ampliação da cobertura e melhoria na qualidade assistencial através dos serviços de atenção primária com a ideia de uma nova estratégia de saúde da família.

Nessa perspectiva, a primeira ação prática foi a separação das atividades de atenção primária em saúde em uma Subsecretaria de Saúde, dando visibilidade às ações de planejamento, monitoramento e avaliação, cuja ideia foi de facilitar o monitoramento da expansão do número de equipes completas de Saúde da Família no MRJ.

Ainda no contexto do entendimento no disposto pelos Plano Plurianual 2010-2013, Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012 e Plano Municipal de Saúde 2009-2012, todos os instrumentos de gestão apontavam para uma redefinição da antiga rede de atenção primária à saúde em um novo modelo, com a ampliação do escopo dos serviços ofertados para população.

A partir de então, a nova subsecretaria passou a dispor de recursos orçamentários independentes da área hospitalar, o que facilitou também a descentralização orçamentária para as dez coordenações das áreas de planejamento, que operam a rede de serviços na APS (Soranz, 2017).

A Agenda para a Saúde viabilizou novos recursos orçamentários no período de 2010- 2013, com a construção de 70 novas Clínicas da Família até o fim de 2013 e a instalação de prontuários eletrônicos em 98,2%, atingindo 115 clínicas da família com 100% dos registros em prontuários eletrônicos neste ano.

Atualmente, conforme consta no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022-2025, a rede de Atenção Primária é composta por três tipos de unidades: Clínica da Família (CF), onde todo o território é coberto por ESF; Centro Municipal de Saúde (CMS), onde parte ou totalidade do território é coberta por ESF; e Centro de Saúde Escola (CSE), que são unidades de ensino-aprendizagem onde todo o território é coberto por ESF. O crescimento da APS foi expressivo da cidade, dispondo de 128 Clínicas da Família; 105 Centros Municipais de Saúde; Centros Saúde Escola; 1.136 equipes de Saúde da Família; 1.136 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola; 75 Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e 358 equipes de Saúde Bucal (Rio de Janeiro, 2021).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, em 2019 foi feito o cadastramento da SMS-Rio junto ao Ministério da Educação (MEC) enquanto instituição proponente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e

Comunidade (PREFEC) em 2015 garantindo ao MRJ a autonomia para a formação integral de especialistas em Enfermagem de Família e Comunidade. O Programa teve início em 2020, com oferta de 26 vagas, porém com a pandemia de Covid-19 houve ampliação na oferta de vagas, chegando até 50 vagas por ano. Sem dúvida, o investimento na formação profissional agrega para o fortalecimento de uma rede assistencial com a garantia do acesso e uma oferta de serviços mais resolutivos.

Outro aspecto que vale mencionar, para além do aumento da cobertura de ESF, foi o aumento dos procedimentos realizados na APS, o incentivo de valorização profissional e instalações das unidades de saúde e o foco na qualificação assistencial por meio de um processo de educação permanente promovida pela SUBPAV e CAP, com a produção de materiais norteadores por meio dos Guias de referência rápida e a instituição da carteira de serviços da APS, que orienta profissionais para a oferta dos serviços, a sua organização, e as ações que devem ser garantidas aos usuários.

Diante disso, a proposta da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMS-RJ) deu ênfase à mudança na proposta de qualidade e não apenas no aspecto quantitativo da expansão de cobertura da ESF. O ponto essencial de mudança qualificou a proposta normativa da Estratégia de Saúde da Família ao criar as Clínicas da Família. Estas unidades de saúde são estruturalmente equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos; e, o mais importante, com condições para atraírem profissionais de saúde de qualidade (Harzheim; Lima; Hauser, 2013).

Diante do exposto nas referências citadas, que transcorrem sobre a expansão e trajetória no MRJ, é possível compreender as experiências bem-sucedidas no modelo de gestão adotado em que o MRJ avançou com a organização do sistema de saúde, aumentou a cobertura de ESF e fortaleceu esse modelo como garantia de uma estratégia de cuidado integral, longitudinal e coordenado com os demais serviços da rede de saúde.

3.3 APS nas ações de controle do CCU no MRJ

A Estratégia Saúde da Família apresenta-se como o eixo estruturante da APS e do sistema de saúde no Brasil, exercendo o papel primordial na organização das ações para prevenção do CCU por meio de educação em saúde, vacinação e rastreamento (INCA, 2016).

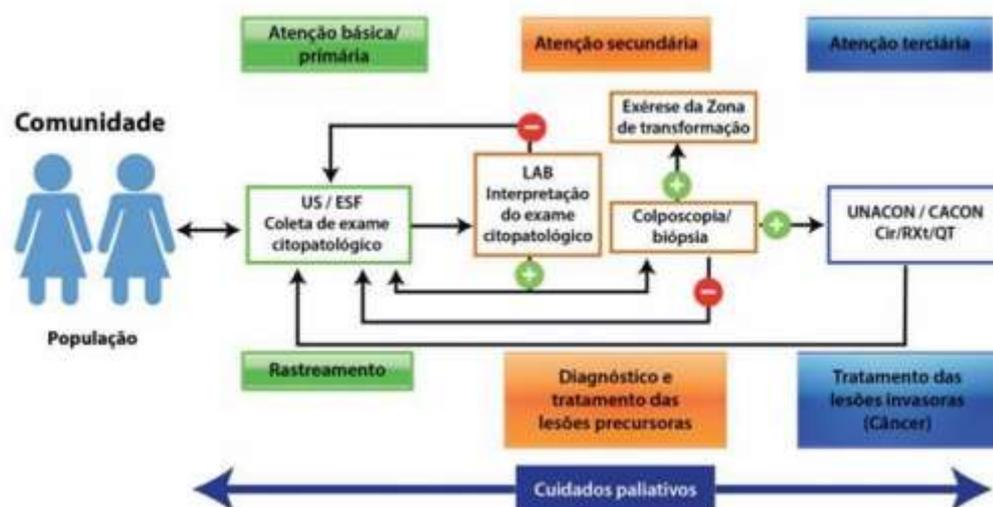
Nesse sentido, desempenha ações para a detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas por meio do rastreamento, o exame citopatológico (teste de Papanicolaou), que permite a detecção das lesões precursoras da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas (Brasil, 2010b).

Sendo assim, destaca-se a importância das ações efetivas de detecção precoce do CCU na atenção primária à saúde através das equipes da estratégia de saúde da família na realização de busca ativa das mulheres na faixa etária alvo e no seguimento das mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados.

A APS, é definida pelo princípio constitucional da atenção à saúde como um direito, busca compreender as necessidades individuais e coletivas, valorizando a articulação entre as atividades de prevenção e cuidado. A equipe composta por profissionais de diversas categorias exerce importante papel na promoção e prevenção da saúde, sendo uma das formas mais efetivas de promoção da saúde da mulher, visando a detecção precoce e orientação sobre os benefícios da prevenção (Brasil, 2013).

Especialmente em relação ao CCU, a APS deve ser orientada pela linha de cuidados cuja finalidade é assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços, participando na definição dos fluxos e contrafluxos e na determinação das prioridades da população (Brasil, 2013d) (Figura 9, a seguir).

Figura 9 – Linha de cuidado estabelecida pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero



Fonte: Boletim Informativo Detecção Precoce p.2 (INCA, 2015).

A APS tem o seu papel primordial nas ações de prevenção do CCU, incluindo o rastreamento como uma estratégia para realizar exame citopatológico, nas mulheres com maior risco para a doença. Além disso, contribuir para o diagnóstico precoce de lesões que podem evoluir para o CCU, com a organização de suas ações de forma sistematizada para o alcance da população alvo, e com a garantia da cobertura do exame citopatológico dentro de um território adstrito.

As atividades das equipes de ESF, são desenvolvidas nas dimensões de cuidado na prevenção primária e secundária, envolvendo as atividades de educação em saúde, imunização, consultas e realização do exame citopatológico, além das estratégias efetivas para captação das mulheres e busca ativa de faltosas ou daquelas que nunca realizaram o exame.

A OMS recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle do câncer do colo do útero. O conjunto de ações recomendado com intervenções multidisciplinares, incluindo componentes de educação comunitária, mobilização social, vacinação, triagem, tratamento e cuidados paliativos.

Nesse sentido, o MRJ através das equipes na APS desenvolve as ações na prevenção primária, com ênfase para a vacinação contra o HPV para meninas e meninos com idade entre 9 e 14 anos, antes de se tornarem sexualmente ativas, com ênfase na melhoria da cobertura vacinal em adolescentes cariocas. Para isso,

foi retomado no ano de 2023, a vacinação no ambiente escolar com a estratégia em parceria com Programa Saúde na Escola (PSE), denominado “Bora pra escola”.

A vacina HPV quadrivalente disponibilizada pelo SUS previne contra as principais complicações do HPV, pois confere proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18., responsáveis tanto por parte importante dos casos de CCU como de verrugas genitais. Em dezembro de 2022, a OMS publicou seu posicionamento e atualização referente à vacina HPV, recomendando que mulheres e homens imunocomprometidos, incluindo aqueles que vivem com HIV, e crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, devido ao risco aumentado de contrair doenças relacionadas ao HPV, sejam considerados para a vacinação contra o HPV como prioridade nos programas de saúde pública.

Em agosto de 2023, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica nº 63/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS, instituiu a ampliação da vacina HPV para de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV. Além de manter os grupos com condições clínicas especiais de nove aos 45 anos de idade (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras).

A meta do Ministério da Saúde é vacinar 80% da população elegível, mas os números ainda estão abaixo do esperado no Brasil, atingindo uma cobertura de 57% para meninas e, nos meninos, não chegando a 40%, sendo que o ideal para prevenir a doença é uma cobertura de 90% (Instituto Butantan, 2023).

Desde 2020, a OMS trabalha com a meta de eliminar o câncer de colo de útero, por ser um problema de saúde pública mundial. Segundo a OMS, é esperado que, até 2030, 90% das meninas estejam vacinadas aos 15 anos de idade.

Ainda destacando a relevância da APS no controle do CCU, a detecção precoce e rastreamento são iniciativas que visam identificar lesões sugestivas de câncer de colo de útero para investigação e tratamento. O exame citopatológico é realizado pelas equipes da ESF para identificar casos precocemente, nas quais as intervenções terapêuticas podem ser benéficas, tanto em termos de sobrevida quanto de qualidade de vida.

Outro aspecto a ser considerado são as atividades para o acompanhamento do seguimento das mulheres examinadas, sendo este um elemento fundamental

para avaliação da resolutividade das ações de controle do CCU. As equipes da ESF devem ser capazes de fazer o seguimento, com a identificação e o acesso facilitado às informações que permitam a avaliação das ações (Oliveira; Pereira, 2013).

Além da imunização contra o vírus HPV e o rastreamento realizado pelas equipes da APS, ainda existem algumas limitações que envolvem a baixa cobertura do exame citopatológico no MRJ e a baixa adesão das mulheres para realização do exame.

Apesar da ampla divulgação da importância do exame citopatológico nos últimos anos e das campanhas promovidas pelo MS, estudos apontam diversos fatores que ainda influenciam na realização do exame, como a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, situação conjugal, e a limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras culturais e geográficas (Ramos *et al.*, 2014).

Já no estudo feito por Martins (2015), que avaliou os motivos pelos quais as usuárias não tiveram acesso ao resultado do exame citopatológico, foi identificado com maior frequência o fato de que, quando a usuária retornava na data agendada para buscá-lo, este não estar pronto; o fato de estar trabalhando e não conseguir liberação foi o segundo motivo alegado; a falta de tempo também foi alegada, seguida pela dificuldade para remarcar a consulta para receber o resultado do exame.

Diante disso, percebe-se a necessidade da organização da APS para melhorar o acesso, permitindo um vínculo mais próximo dos profissionais de saúde com as usuárias, o desenvolvimento de estratégias que facilitem a comunicação e liberação dos laudos de exames, e principalmente o envolvimento do agente comunitário de saúde para entrega dos agendamentos e busca ativa das mulheres faltosas para consultas e exames.

Nesse sentido, o MRJ, em 2023, vem desenvolvendo a iniciativa junto aos laboratórios prestadores de serviço para a disponibilização do laudo do exame citopatológico no prontuário eletrônico, facilitando assim a liberação dos resultados em tempo hábil e oportuno.

Além disso, a educação permanente dos profissionais da ESF pode ser o caminho para aprimorar o cuidado nas ações de CCU, uma vez que padroniza os atendimentos e, possibilita melhor vínculo com as mulheres, aumentando a adesão ao exame citopatológico e contribuindo, assim, para uma assistência de melhor qualidade (Motta, 2017).

4 SEGUIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A importância do seguimento do câncer do colo do útero após a realização do exame citopatológico, ocorre em função da necessidade de continuidade de um processo de coordenação da linha de cuidados do CCU, que vai desde a detecção de complicações como de lesões residuais, a instituição de tratamento conservador em tempo oportuno e a redução do risco de câncer pós-tratamento conservador (Farias, 2016).

Nesse sentido, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU apontam alguns motivos para a realização do exame citopatológico; o primeiro faz menção ao rastreamento, para as mulheres assintomáticas, de repetição, quando o resultado do exame de rastreamento anterior estiver alterado com células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) ou Lesão intraepitelial escamosa de Baixo Grau (LSIL), e o seguimento para aquelas mulheres que são encaminhadas para colposcopia, que estão em acompanhamento ou após o tratamento de uma lesão de alto grau ou câncer (INCA, 2016).

A Diretriz mencionada tem por objetivo propagar as recomendações baseadas em evidências científicas para orientar profissionais de saúde na tomada de decisões, proporcionando uma comunicação mais efetiva e organizada entre as equipes e serviços de saúde.

Para Farias (2016), a rede de atenção à saúde necessita de protocolos e fluxos assistenciais para subsidiar a assistência, com definição de competências para os níveis de atenção primária e especializada. O desconhecimento da Diretriz pela atenção primária interfere diretamente na capacidade resolutiva e na confiança depositada pela população nos serviços primários, e os encaminhamentos desnecessários aos serviços de referência para intervenções que podem ser realizadas na APS podem inferir pouca eficiência, além de retardar o tratamento.

Diante disso, neste capítulo a proposta é descrever as recomendações feitas pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero de 2016, com as devidas interpretações e condutas para cada resultado alterado no

exame citopatológico, que devem ser adotadas e divulgadas para os profissionais da APS.

De acordo com esse documento (INCA, 2016, p. 47), o termo células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) pode ser definido como:

[...] achados citológicos caracterizados pela presença de alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial, mas alterações mais significativas do que as encontradas em processos inflamatórios. Como a nova categoria apresentava limitações por não definir se as alterações citológicas eram regenerativas ou neoplásicas, houve uma revisão dessa classificação em 2001. Essa categoria foi então reclassificada em células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) e células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H).

Para resultado do exame citopatológico compatível com células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), a recomendação e conduta, na mulher com 30 anos ou mais, será a repetição desse exame em um intervalo de seis meses e, nas mulheres com menos de 30 anos, a repetição do exame citopatológico em 12 meses. Se os dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 06 ou 12 meses, de acordo com o protocolo segundo a idade, forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal.

Porém, se o resultado da citologia de repetição for igual ou sugestivo de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deve ser encaminhada à unidade de referência para realização da colposcopia.

Segundo a Diretriz (INCA, 2016), as recomendações diante do resultado da colposcopia, de achados anormais maiores (sugestivos de NIC II/III) ou suspeitos de invasão, deve ser realizar a biópsia. Em caso de colposcopia com JEC visível e com achados anormais menores (sugestivos de NIC I), a biópsia poderá ser dispensada, se a mulher tiver menos de 30 anos, história de rastreamento prévio negativo para lesão intraepitelial ou câncer e possibilidade de seguimento.

Esse seguimento deverá ser feito na APS, com exames citopatológicos semestrais até dois exames consecutivos negativos, quando deverá retornar ao rastreamento trienal, ou até que surja um diagnóstico citológico diferente que direcione para outra conduta. Já nas situações de mulheres com JEC não visível ou parcialmente visível, deverá ser feita a avaliação do canal endocervical e a conduta deverá seguir o resultado desses exames (INCA, 2016).

Vale lembrar que existem situações especiais com fluxo direcionado e específico, como por exemplo mulheres com menos de 25 anos, que representam um grupo com maior incidência e prevalência de infecção por HPV, porém a maioria dessas infecções tem resolução espontânea. Entretanto, se a mulher até 24 anos tiver sido submetida ao exame citopatológico e apresentar ASC-US, a citologia deverá ser repetida em três anos, e mantido o seguimento citológico trienal, caso se mantenha essa atipia. No entanto, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, a partir dos 25 anos deverá ser encaminhada para colposcopia.

Em gestantes, a incidência do CCU é rara, ocorrendo de um a 15 casos para 10 mil gestações e não superior aos demais períodos da vida da mulher, e as recomendações de conduta com resultado de citologia de ASC-US não devem ser diferente na gestante (INCA, 2016).

Já nas mulheres na pós-menopausa, resultado como ASC-US pode representar apenas atrofia. Diante disso, as recomendações para mulheres na pós-menopausa ou com atrofia diagnosticada clinicamente, é realizar o preparo com estrogênio antes da colposcopia, prescrito pelo médico na unidade básica de saúde, antes de ser submetida à nova citologia ou colposcopia.

Nas mulheres com história de imunossupressão, as evidências demonstram que a infecção por HPV em pacientes infectadas pelo HIV é mais persistente, relacionando-se à carga viral de HIV mais alta (>400 HIV-1 cópias RNA/mL) ou níveis de CD4+ abaixo. Nesses casos, deve ser realizado o encaminhamento para colposcopia já no primeiro exame alterado. O seguimento citológico, quando não evidenciada lesão intraepitelial, deve ser semestral, até dois exames negativos (INCA, 2016).

Já nos resultados de exame citopatológico apresentando células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H), todas as mulheres devem ser encaminhadas para realização de colposcopia. A conduta após a colposcopia, para realização de biópsia, deve considerar se a JEC é visível; no caso de visão total da JEC (ou seja, nas ZT tipos 1 ou 2) e achados anormais maiores, deve ser realizada a biópsia, mas a excisão tipo 1 ou 2 são aceitáveis. Se o achado na colposcopia for anormal, ou seja, sem visão da JEC (ZT tipo 3), deve-se proceder à biópsia e avaliação do canal e, neste caso, a conduta dependerá do resultado. Se confirmado a presença de NIC I ou o resultado

dessa investigação for negativo, inicia-se o seguimento, repetindo a citologia e a colposcopia em seis meses (INCA, 2016).

Nas situações especiais, de gestantes com achados nos resultados de ASC-H, deve ser feito o encaminhamento para a colposcopia e realizar biópsia apenas se houver suspeita de lesão invasiva, com reavaliação em 90 dias após o parto em unidade secundária, para confirmação diagnóstica e decisão terapêutica.

Para a categoria de atipias em células glandulares de alto risco (AGC), existe uma associação com NIC II/III ou câncer em 15% a 56% dos casos, sendo as NIC mais comuns em pacientes com menos de 40 anos. Neste caso, as recomendações incluem o encaminhamento para colposcopia, e deve ser realizada nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal cervical, bem como avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal em pacientes acima de 35 anos e, se o achado for anormal, realizar anatomopatológico do endométrio (INCA, 2016).

Nos achados, onde o diagnóstico apresentar laudo citológico de células atípicas de origem indefinida, o encaminhamento para investigação deverá ser realizado em unidade secundária, sendo recomendável a avaliação de órgãos pélvicos com exame de imagem, e a avaliação endometrial para mulheres acima de 35 anos. Na unidade secundária, deve-se solicitar a revisão da lâmina e ser coletada uma nova amostra para citologia no momento da realização da colposcopia (INCA, 2016).

Sabe-se que, em relação à lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), esta representa a manifestação citológica da infecção causada pelo HPV, altamente prevalente e com potencial de regressão, nas mulheres com menos de 30 anos. Diante de um laudo com achado para LSIL, deve-se repetir o exame citopatológico em seis meses na APS e processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser submetidos ao tratamento antes da nova coleta. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal na APS e, quando uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar à unidade de atenção secundária para realização da colposcopia (INCA, 2016).

Para as mulheres que apresentarem laudo citopatológico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), a conduta é o encaminhamento para colposcopia, sendo a repetição da citologia inaceitável como conduta inicial. Neste

caso, a conduta seguirá por profissionais da atenção secundária, o tratamento excisional ambulatorial é chamado de exérese da zona de transformação (EZT), realizado por colposcopia e anestesia local. Está indicado para doença ectocervical ou quando a JEC não ultrapassa o primeiro centímetro do canal endocervical. A prática considerada mais efetiva é conhecida como “Ver e Tratar”. Nesse caso, o tratamento é ambulatorial e pode ser feito na primeira consulta, reduzindo o tempo entre a captação e o tratamento dessas mulheres, minimizando perdas no seguimento (INCA, 2016).

Nas situações em que a mulher apresentar exame citopatológico com diagnóstico de lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor, ou com suspeita clínica de câncer na APS, deverá ser encaminhada à unidade secundária para colposcopia. O diagnóstico de carcinoma microinvasor é realizado em espécime obtido por EZT ou conização (excisões tipos 1, 2 ou 3), desde que as margens cirúrgicas estejam livres (INCA, 2016).

O adenocarcinoma *in situ* e invasor teve prevalência de diagnóstico no citopatológico menor do que 0,01% entre todos os exames realizados em 2013 e ocorreu em 0,29% de todos os exames alterados nesse ano no Brasil. Nesses casos, a recomendação para APS inclui o encaminhamento para colposcopia na atenção secundária. Essas pacientes possuem a indicação de excisão tipo 3, exceto se, à colposcopia, forem observados achados sugestivos de invasão. Nessa situação, a biópsia deverá ser realizada e mediante o diagnóstico histopatológico confirmado, deve ser realizado o encaminhamento para alta complexidade na atenção terciária.

Cabe destacar que muitas mulheres são reencaminhadas para as APS, após o diagnóstico ou tratamento, para realização do seguimento citológico, conforme as diretrizes aqui descritas. Portanto, é recomendado que os profissionais da atenção secundária e terciária façam o encaminhamento formal, com o resumo da história clínica, diagnóstico e tratamentos realizados, bem como orientar os profissionais da Atenção Primária quanto ao seguimento (INCA, 2016).

Desta forma, é imprescindível a qualificação do cuidado prestado pelas equipes da APS, com o investimento em um processo de educação permanente dos profissionais, com vistas ao conhecimento e adoção de condutas de acordo com os protocolos clínicos assistenciais da Linha de cuidado do CCU. Uma vez que, a qualidade do cuidado ofertado está diretamente relacionada aos aspectos

mencionados, além disso a necessidade da oferta da atenção integral e contínua para um seguimento adequado (Farias, 2016)

5 PANDEMIA PELO COVID-19: AS REPERCUSSÕES NAS AÇÕES DE SEGUIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declara como pandemia a doença causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). No Brasil, o primeiro caso confirmado de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, ocorreu em fevereiro de 2020.

Em 04 de fevereiro de 2020, através da Portaria nº 188/GM, é declarada a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Em março, alguns estados já apresentavam transmissão comunitária, levando à regulamentação dos critérios para isolamento e quarentena pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. A partir daí, os casos foram aumentando progressivamente, com alto índice de contágio, sendo necessário implementar medidas efetivas com a finalidade de retardar a expansão e o avanço da doença, assim como distanciamento social da população em geral, isolamento e medidas de higiene.

Também em março de 2020, o INCA publica a Nota técnica DIDEPRE/CONPREV/INCA, que recomendava aos profissionais de saúde a orientarem as pessoas quanto a não procurar os serviços de saúde para rastreamento de câncer no momento, com remarcação das coletas de exame citopatológico e o adiamento das consultas e exames para quando as restrições diminuíssem (Brasil, 2020a).

Já em julho de 2020, o INCA emite outra Nota Técnica com as orientações sobre o rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19, NT/DIDEPRE/CONPREV/INCA, de 09/07/2020, salientando que a pandemia pelo COVID-19 impactou os sistemas de saúde em todo o mundo, com a suspensão de procedimentos eletivos, incluindo o rastreamento do câncer, em função da eminente necessidade nacional de priorização de atendimento as urgências e redução da disseminação do novo coronavírus nos serviços de saúde.

À medida que a pandemia evoluiu, as incertezas permearam a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, pois em alguns locais do Brasil as restrições começaram a diminuir e, conseqüentemente, os serviços de saúde

passaram a avaliar a retomada de procedimentos eletivos, tais como o rastreamento de câncer.

Sendo assim, a Nota Técnica emitida em julho de 2020, pelo INCA, estabeleceu o aconselhamento de gestores ao retorno das ações de rastreamento, mediante avaliação dos indicadores de incidência de acordo com cada região, a identificação da disponibilidade de testes para confirmação da infecção, a mortalidade pela doença, disponibilidade de leitos de terapia intensiva e a letalidade dos casos de COVID-19.

Considerando o cenário epidemiológico do país, em maio de 2021, o Brasil já acumulava mais de 18 milhões de casos da doença e 513 mil óbitos notificados. Neste sentido, houve grande impacto no sistema de saúde, não só pela demanda de atendimento dos casos de COVID-19, como também pelas medidas de isolamento e de distanciamento social, que comprometeram o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde (Ribeiro; Correa; Migowski, 2021).

Nesse cenário, a Atenção Primária, exerceu forte papel desde o início da pandemia, com a organização dos serviços ofertados e qualificação da equipe para atendimento à população adstrita, contribuindo para diminuição da incidência da doença e, conseqüente, sua morbimortalidade, com a adoção de medidas preventivas junto às famílias e comunidade.

Desta forma, a Atenção Primária reorganizou os serviços para mitigar os efeitos da pandemia, organizando o serviço de forma a garantir os atributos da APS, como o primeiro acesso do usuário, a integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, competência cultural e a orientação familiar e comunitária (Starfield, 2002).

Com o avanço da pandemia, houve aumento das internações pela COVID-19 e com as restrições sociais impostas e a mudança na logística dos meios de transporte coletivo, os pacientes que realizariam o rastreamento ou exames diagnósticos deixaram de comparecer às consultas, devido à dificuldade de locomoção, por medo do contágio ou por estarem contaminados pela COVID-19. Por outro lado, a superlotação dos centros de saúde pela demanda de atendimentos por COVID-19, fez com que exames fossem deixados em segundo plano, pela falta de materiais, medicamentos e instrumentos. O aumento inesperado na demanda gerou preços exorbitantes de insumos e a falta de estoques (Oliveira *et al.*, 2022).

Além disso, vários profissionais de saúde deixaram de atender em suas especialidades para dar suporte nos atendimentos do novo coronavírus. O avanço da doença exigiu uma adequação à nova realidade e aos protocolos da OMS, com redução da capacidade em muitos serviços e a destinação de leitos hospitalares para pacientes com COVID-19 (Cavalcante *et al.*, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), foi observada uma evasão nos diagnósticos e tratamentos oncológicos em aproximadamente 75% da população durante a pandemia em 2020 (SBOC, 2020). Diante disso, no período da pandemia, considerando as notas técnicas de interrupção dos atendimentos eletivos e do programa de rastreamento do CCU, houve uma diminuição expressiva dos exames de investigação diagnóstica como colposcopia e biópsia em todas as regiões do país (INCA, 2020).

Para exemplificar, segue tabela com a produção de procedimentos de investigação diagnóstica do câncer do colo do útero, destacadamente a colposcopia e a biópsia, com tendência a oscilação ao longo dos anos e redução em 2020, em todas as regiões, no cenário da pandemia de Covid 19 (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos, Brasil e Regiões - 2016-2021

Ano	Procedimento	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2016	Colposcopia	282.006	7.863	114.015	11.739	121.340	27.049
	Biópsia	44.324	1.671	12.809	2.770	20.409	6.665
2017	Colposcopia	276.968	9.726	109.062	11.522	118.831	27.827
	Biópsia	42.706	2.215	11.349	2.230	20.228	6.684
2018	Colposcopia	280.330	10.732	106.137	12.351	123.410	27.700
	Biópsia	43.668	2.102	11.922	1.850	21.527	6.267
2019	Colposcopia	296.177	10.180	109.439	14.287	132.191	30.080
	Biópsia	47.058	2.541	13.618	1.906	21.513	7.480
2020	Colposcopia	177.114	8.343	52.057	10.498	85.469	20.747
	Biópsia	29.583	2.463	6.629	1.238	13.229	6.024
2021	Colposcopia	223.662	11.077	71.254	13.267	102.593	25.471
	Biópsia	40.819	3.139	10.643	1.803	7.723	7.723

Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) do INCA (2022, p. 26).

De acordo com parâmetros técnicos atuais, estima-se que são necessários 1,90% de procedimentos de colposcopia e 0,28 de biópsia do colo uterino (INCA, 2019) em relação ao total da população rastreada.

Nesse sentido, o INCA também apontou para uma queda na produção de colposcopia e biópsia em todas as regiões durante a pandemia de COVID-19, conforme mostrado na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 - Produção de colposcopia e de biópsias diante do número estimado como necessário para o seguimento de mulheres de 25 a 64 anos, usuárias do SUS, em relação à necessidade estimada para uma cobertura de rastreamento de 100% - Brasil e Regiões de 2016 a 2021

Ano	Procedimento	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2016	Colposcopia	38%	12%	48%	19%	44%	25%
	Biópsia	40%	17%	37%	31%	51%	41%
2017	Colposcopia	36%	14%	45%	19%	42%	25%
	Biópsia	38%	21%	32%	25%	48%	41%
2018	Colposcopia	36%	15%	43%	19%	43%	25%
	Biópsia	38%	20%	33%	20%	51%	38%
2019	Colposcopia	37%	14%	44%	22%	45%	26%
	Biópsia	40%	23%	37%	20%	50%	44%
2020	Colposcopia	22%	11%	21%	16%	29%	18%
	Biópsia	25%	22%	18%	13%	30%	35%
2021	Colposcopia	28%	14%	28%	20%	35%	22%
	Biópsia	34%	27%	28%	19%	40%	45%

Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Nota: os valores foram calculados considerando a população de mulheres na faixa etária alvo por localidade, descontando a taxa de cobertura da saúde suplementar.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde (SIB/ANS) do INCA (2022, p. 25).

Pode-se observar, segundo o INCA, que a produção é pequena e continua distante do padrão adequado, um cenário que traduz o gargalo que existe na atenção secundária à saúde, o que leva muitas mulheres a enfrentarem dificuldades para terem acesso à confirmação diagnóstica. Reforça-se a necessidade de adequação da rede para a realização dos procedimentos necessários em todas as regiões.

Segundo Oliveira *et al.* (2022), a pandemia do novo coronavírus gerou repercussões que implicaram na realização dos exames de rastreamento para o CCU. Isto se deu por diversas questões já apontadas, no entanto, o isolamento social, o medo de contágio e a superlotação de hospitais demandou remanejamento de profissionais de saúde, e menos pessoas procuraram atendimento médico. Como consequência, houve diminuição no número de exames citopatológicos, quando comparado ao período pré-pandemia. Essa queda implicará no diagnóstico precoce, com impacto no prognóstico e morbimortalidade, além de afetar diretamente nos gastos públicos com o tratamento de alta complexidade.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Analisar o acompanhamento de mulheres detectadas com alterações celulares nos laudos de exames citopatológicos realizados pelas equipes de Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2022, a fim de subsidiar ações de controle e seguimento do câncer do colo do útero.

6.2 Objetivos específicos:

- a) descrever o panorama do Estado e Município do Rio de Janeiro relativo ao rastreamento para o câncer do colo do útero, os resultados de exames citopatológicos e o seguimento das mulheres registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) no período de 2015 a 2022;
- b) analisar o percentual de seguimento informado das lesões de alto grau do colo do útero, no Município do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2022;
- c) desenvolver um fluxograma para o acompanhamento das mulheres detectadas com alterações celulares nos laudos de exames citopatológicos na APS que contribua para as ações de controle do câncer de colo do útero no Município do Rio de Janeiro.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

7.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de natureza descritiva. O estudo de caso foi realizado no município do Rio de Janeiro, através de uma análise dos laudos de exames de citopatológicos registrados no SISCAN pelas equipes de Atenção Primária do Município no período de 2015 a 2022, sendo considerada esta atividade como extremamente relevante para o controle e prevenção do câncer de colo uterino.

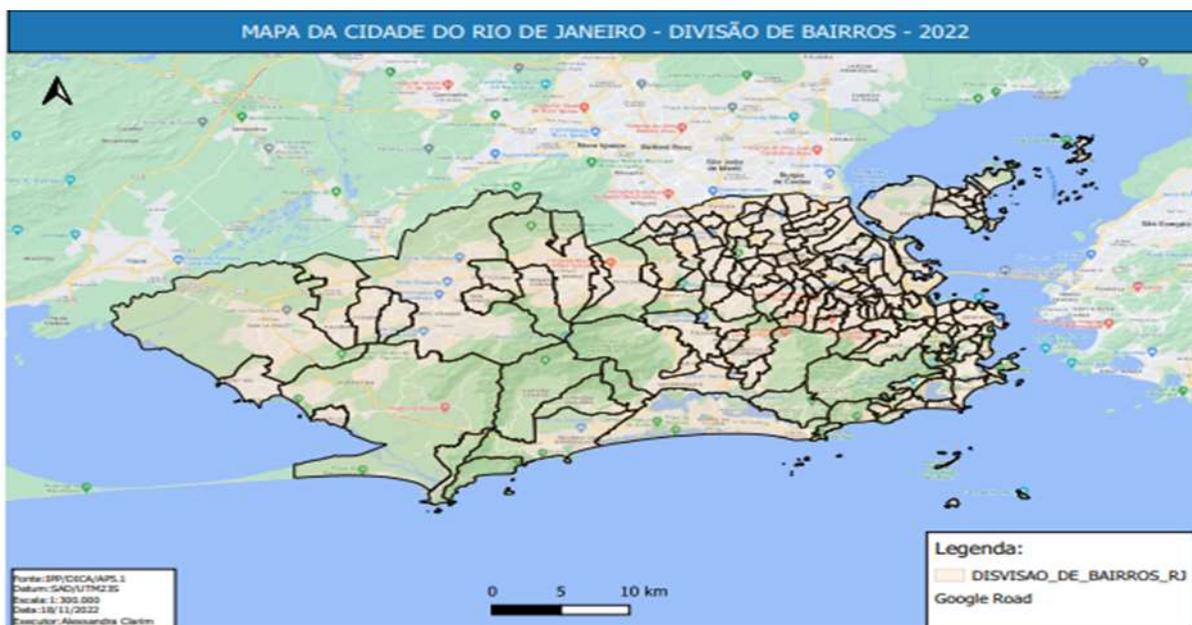
Com o estudo de caso foi possível identificar a situação de registro no SISCAN no Estado e Município do Rio de Janeiro, considerando os resultados de exames citopatológicos normais e alterados, o acompanhamento e seguimento informado pelas equipes da APS a respeito das mulheres que tiveram os exames citopatológicos registrados no SISCAN no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2022.

Para o aprofundamento teórico da temática, foi realizado um levantamento bibliográfico em manuais do Ministério da Saúde, diretrizes, recomendações do INCA, pesquisas, teses, dissertações e artigos mais recentes publicados sobre a temática.

7.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Município do Rio de Janeiro, que possui geograficamente uma divisão em 10 áreas programáticas (AP), abrangendo 33 regiões administrativas, que ficam distribuídas em quatro zonas: Central, Sul, Norte e Oeste, totalizando 164 bairros, com uma área territorial de 1.200.329 km² e uma população estimada de 6.775.561 habitantes e um total de 1.912.582 de mulheres em idade fértil (10-49 anos) em 2010 (IBGE, 2010) (Figura 10, a seguir).

Figura 10 - Mapa do Município do Rio de Janeiro por bairros

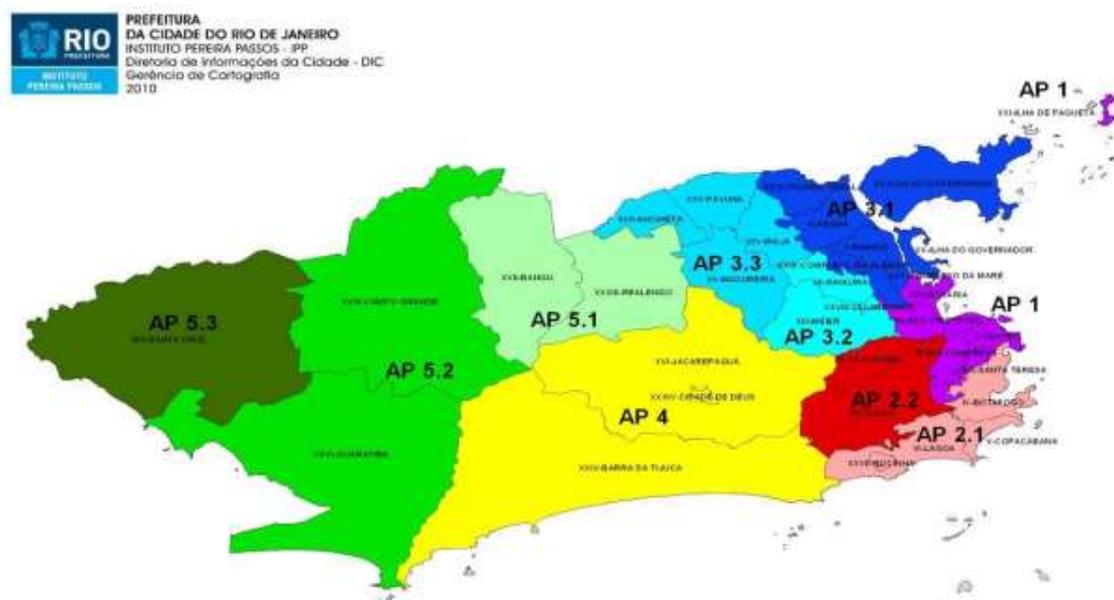


Fonte: Elaborado pela Divisão de Controle e Avaliação (DICA), AP 5.1 (Rio de Janeiro, 2022a).

Em estudo realizado pelo Instituto Pereira Passos (IPP)/RJ, órgão da prefeitura do Rio de Janeiro, o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), quando comparado as realidades microurbanas da Cidade do Rio de Janeiro em 2008, já apontava as diferenças entre os bairros cariocas e de qualidade de vida entre eles.

O município foi dividido em 10 áreas programáticas (AP) para efeito de organização da rede de saúde, onde que cada AP possui uma coordenação de saúde (CAP) local, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, que é responsável pela sua área de abrangência, tanto para questões administrativas como para análises epidemiológicas. Na Figura 13, temos esta divisão, sendo: CAP 1.0 – Centro, CAP 2.1 - Zona Sul, CAP 2.2 – Grande Tijuca, CAP 3.1 – Região da Leopoldina e Ilha do Governador, CAP 3.2 – Grande Méier, CAP 3.3 – Grande Madureira, CAP 4.0 – Jacarepaguá e Barra da Tijuca, CAP 5.1 – Grande Bangu, CAP 5.2 – Grande Campo Grande, Guaratiba e CAP 5.3 - a Grande Santa Cruz (Figura 11, a seguir).

Figura 11 - Divisão do Município do Rio de Janeiro por Área Programática



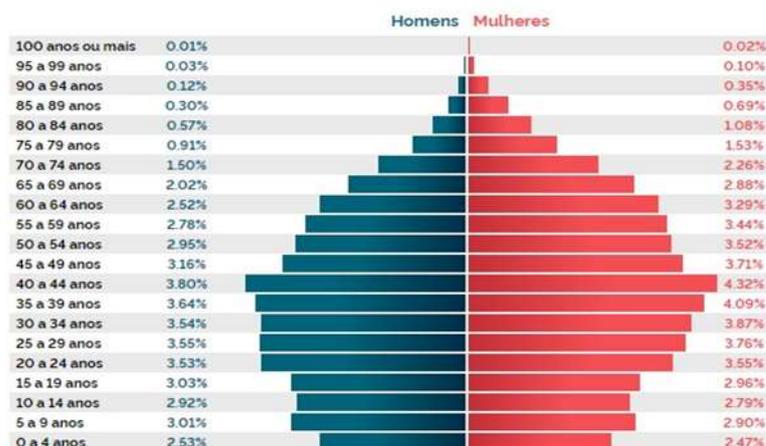
Legenda AP – Área Programática.
 Fonte: Armazém de Dados (Rio de Janeiro, 2015).

7.2.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

O MRJ possuía uma população de 6.775.561 em 2010 (IBGE, 2010), com 1.175 equipes de estratégia de saúde da família, totalizando uma população cadastrada de 5.025.239 e uma cobertura de 75,08 % de AP em julho de 2022. Em uma análise comparativa com o Estado do Rio de Janeiro, localizado na região Sudeste do país, este possui uma cobertura de APS de 60,84%, uma população de 17.463.349 e um total de 3.060 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2022).

O Município do Rio de Janeiro possui uma população de 6.211.423 pessoas, uma densidade demográfica de 5.174,77 habitante por quilômetro quadrado, segundo o último censo IBGE de 2022. De acordo com a pirâmide etária, o MRJ possui 1.855.424 de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, público-alvo deste estudo (Figura 12, a seguir).

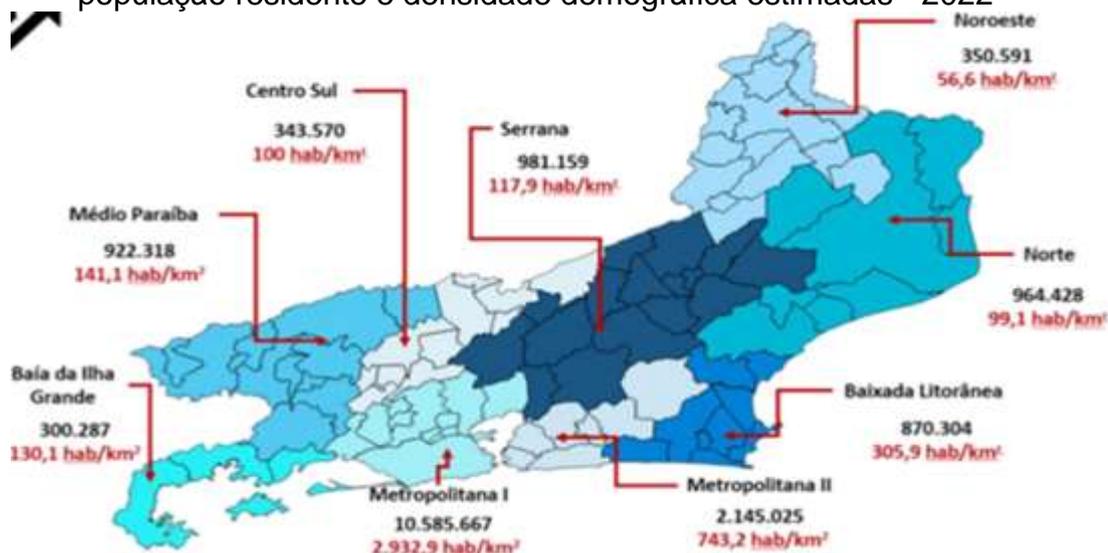
Figura 12 - Pirâmide etária do município do Rio de Janeiro em 2022



Fonte: IBGE, 2023.

A população do Estado do Rio de Janeiro, segundo o último censo IBGE 2022, possui 16.054.524 habitantes e uma densidade demográfica de 366,96 habitante por quilômetro quadrado e com uma população de 5.203.123 mulheres em idade fértil (IBGE, 2022). Possui oito regiões de saúde, compreendido pelas regiões Baía da Ilha Grande (BIG), Centro Sul Fluminense, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (Figura 13).

Figura 13 - Mapa do Estado do Rio de Janeiro, segundo regiões sanitárias e população residente e densidade demográfica estimadas - 2022



Fonte: IBGE, 2023.

7.3 Etapas do estudo

O estudo foi realizado em cinco etapas, descritas a seguir.

Inicialmente, a primeira etapa foi composta pela realização do levantamento do referencial teórico através da análise das produções bibliográficas encontradas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) centradas nas produções em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, utilizando como descritores as palavras-chave “câncer do colo de útero” “rastreamento”, “seguimento”, “atenção primária à saúde”, bem como nos manuais do Ministério da Saúde, nas Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, Portarias e publicações relacionadas ao tema. Nesse levantamento, foram identificados 28 estudos sobre a temática pretendida e delimitadas as produções cujos estudos abordavam as questões relacionadas ao rastreio e seguimento.

Após a contextualização temática do estudo, para a segunda etapa do estudo foram realizadas consultas no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), as informações da Produção Ambulatorial de Procedimentos do SIA/e-SUS-AB, TABNET Estadual para a utilização de um banco de dados secundários e obtenção dos possíveis achados relacionados aos registros dos laudos de exames citopatológicos realizados no Estado do RJ e Município do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2022.

Esse período foi escolhido por permitir uma análise comparativa dos últimos oito anos, cuja temporalidade visa permitir identificar o registro do seguimento informado no SISCAN no Estado e Município do RJ no período mencionado.

Nesta etapa, foi realizada uma seleção dos parâmetros disponíveis no SISCAN, para o acompanhamento dos resultados de exames citopatológicos e do seguimento com base nos resultados de exames citopatológicos informados no sistema. Foram selecionados sete parâmetros de informação no Sistema, classificados em sete subgrupos: período de análise, município de residência, laudo do exame citopatológico, motivo do exame (rastreamento, repetição e seguimento), citologia anterior, ano da liberação do resultado do exame e faixa etária.

A opção por essa classificação foi necessária para que as análises pudessem ser realizadas a partir de uma estrutura que favorecesse a análise dos resultados encontrados.

Após a seleção dos parâmetros fornecidos no sistema, a terceira etapa consistiu na construção de um quadro com os parâmetros que foram utilizados como medidas de análise (Quadro 2).

Quadro 2 - Seleção dos parâmetros e medidas disponíveis no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Município de residência	Rio de Janeiro									
Faixa etária	25 a 64anos									
Período analisado no SISCAN	2015 a 2022									
Laudo citopatológico	Carc. Epiderm. Inv	Adenocarc invasor	Adenocarc in situ	Les IEp Alto Grau	At.Glan.Ind. Alto Grau	ASC-H	Ori.Indef. Alto Grau	Les IE Baixo Grau	At.Glan.Ind.Não Neo	ASC-US
Motivo do exame	Rastreamento			Repetição			Seguimento			
Citologia anterior	sim		Não		Não sabe			Sem informação na ficha		
Ano do resultado	01/2015 a12/2022									

Legenda: Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-H); Células Atípicas de significado Indeterminado (ASC-US).

Fonte: Elaborada a partir das informações disponíveis de 2022 no SISCAN.

A quarta etapa do estudo envolveu a análise minuciosa dos dados a partir do relatório coletado no SISCAN os resultados foram organizados através de uma planilha no programa EXCEL para fins de elaboração dos gráficos e tabelas para facilitar o diagnóstico, a análise e a discussão dos resultados.

A quinta e última etapas do estudo consistiu na discussão dos resultados apresentados com o diagnóstico do panorama no Estado e Município do Rio de Janeiro acerca dos laudos de exames citopatológicos informados no SISCAN. A análise da produção de exames citopatológicos foi realizada utilizando TABNET (uma ferramenta de tabulação de domínio público desenvolvida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que permite tabulações *on-line* de dados e geração de planilha da base de dados do SUS).

Após essa etapa, foi realizada a construção de uma proposta de fluxograma para o acompanhamento das mulheres detectadas com alterações nos laudos de exames citopatológicos registrados no SISCAN, como uma das ações para controle e o monitoramento do CCU pelas equipes da APS.

7.4 Fontes de coleta de dados

Para o alcance dos objetivos do estudo, optou-se pela utilização de algumas fontes de evidência com a construção da base de dados a partir do SISCAN a tabulação dos dados obtidos, além dos documentos do INCA que apontam as diretrizes e recomendações para o controle do câncer de colo uterino, a síntese da revisão de literatura sobre a perspectiva do tema escolhido para estudo e a descrição dos eventos observados e analisados.

Além disso, foi utilizado como fonte de dados as informações obtidas através do portal do INCA, tais como: Atlas da mortalidade por câncer, que permite identificar os óbitos por neoplasia em todo país; estimativas de novos casos de câncer e estatísticas internacionais de incidência e mortalidade de câncer elaboradas pelo *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, da Organização Mundial da Saúde, que são disponibilizadas por meio do projeto Globocan, uma plataforma interativa baseada na *web* que apresenta estatísticas globais sobre o câncer para informar o controle e pesquisa do câncer, portal da transparência Sistema Nacional de Regulação (SISREG), Painel Oncológico e a publicação pelo INCA das Estimativas para o Câncer de 2023, relativa ao período 2023-2025.

7.5 Unidades de análise de dados

Foi construído um banco de dados proveniente do SISCAN referente ao período pretendido para o estudo, e levantado as informações disponíveis no sistema que correspondem os seguintes tópicos:

- a) resultado do laudo de exame citopatológico;
- b) motivo do exame (rastreamento, repetição e seguimento);
- c) município de residência;
- d) interpretação do resultado do exame (Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau, Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou células glandulares atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau, Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou células atípicas de origem indefinida, quando não se pode afastar lesão de alto grau, Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor, Adenocarcinoma in situ e invasor);
- e) ano do resultado do exame citopatológico;
- f) faixa etária da mulher;
- g) raça.

Foram utilizados dois indicadores para a realização da análise. Estes indicadores foram descritos pelos seguintes parâmetros: definição, interpretação, método e fonte de dados de acordo com a ficha técnica de indicadores do INCA (2014).

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária

Definição: Relação entre o total de exames realizados em mulheres de 25 a 64 anos e um terço das mulheres deste mesmo grupo etário residentes no mesmo local e período.

Relevância do Indicador: Contribui na avaliação da oferta de exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina. Possibilita análise de variações temporais no acesso a este exame. Trata-se de um proxy da cobertura

dos exames. Expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais.

Método de cálculo:

Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e ano

Nº de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano

Fonte: INCA, 2014.

Proporção de seguimento informado para mulheres com lesão intraepitelial de alto grau

Definição: Percentual de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) que tiveram seu seguimento informado no sistema de informação de câncer (SISCOLO) em um determinado local e período.

Parâmetro para análise: 100%

Relevância do Indicador: O objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é identificar e tratar precocemente suas lesões precursoras. A informação do seguimento das mulheres que tiveram este diagnóstico é fundamental para avaliação das ações do programa de controle deste câncer.

Método de cálculo:

Nº de mulheres com resultado de lesão intraepitelial de alto grau com informação de seguimento*, em determinado local e período

Nº de exames com resultado de lesão de alto grau, no respectivo local e período

Fonte: INCA, 2014.

Limitações: Mede o grau de informação, entretanto não avalia a qualidade da informação fornecida. Com a implantação do SISCAN, esta informação será atualizada pelo próprio sistema.

7.6 Aspectos éticos

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, de acesso público, para a emissão dos relatórios de registros no SISCAN e TABNET Estadual, sendo importante destacar que para obtenção e acesso às informações não houve necessidade de senha ou autorização.

Diante disso, não foi necessário submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para cumprimento dos preceitos éticos, uma vez que não contempla, de forma direta ou indireta, pesquisas em seres humanos. Trata-se de uma pesquisa de uso de dados públicos (acesso aberto) de pesquisa em seres humanos, cujo dados são anonimizados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) - Lei nº 13.853 de 08 de julho de 2019 no artigo 5º.

Acrescento que após cinco anos do término da pesquisa, os dados coletados serão destruídos (tritutados) conforme Resolução CNS nº 466/2012.

Foi obtido a declaração de anuência da Secretaria Estadual de Saúde (SES), setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde, para realização da pesquisa intitulada "Recomendações para o controle do câncer de colo uterino na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro" no âmbito da SES/RJ (ANEXO X).

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Exames citopatológicos informados no SISCAN, segundo o laudo: uma análise do Estado do Rio de Janeiro no período entre 2015 a 2022

No intuito de avaliar o impacto das ações de controle do câncer do colo do útero no Estado do Rio de Janeiro, foi verificado no SISCAN os laudos de exames citopatológicos, com código Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) exame citopatológico cervico- vaginal/microflora - rastreamento (Procedimento: 02.03.01.008-6) e exame citopatológico cervico-vaginal/microflora (Procedimento: 02.03.01.001-9, a fim de identificar os resultados normais e alterados por ano de análise.

Além disso, observou-se no SISCAN, os resultados alterados de exames citopatológicos segundo o motivo da realização do exame (rastreamento, repetição e seguimento), bem como os resultados de citologia anterior realizados e o seguimento informado.

Para além dessas informações, identificou-se a produção de exames citopatológicos no Estado do Rio de Janeiro, cuja fonte de dados é registrada pelo SUS por meio de DATASUS), através do SIA-SUS) obtidas e acessadas no TABNET estadual em 04 de setembro de 2023 (Tabela 6, a seguir).

Tabela 6 – Número de exames citopatológicos registrados no SISCAN e no SIA-SUS e percentual de exames realizados com laudo de exame citopatológico inserido no SISCAN, no período de 2015 a 2022, no Estado do Rio de Janeiro

Ano	Total de exames no SISCAN	Total de exames no TABNET	Percentual de exames realizados com laudo no SISCAN
2015	58855	255.172	23,06
2016	62235	324.993	19,15
2017	60415	413.056	14,63
2018	68.411	335.583	20,39
2019	79.657	291.891	27,29
2020	63.294	160.863	39,35
2021	151.631	259.286	58,48
2022	68.394	281.306	24,31
Total	612.892	2.322.150	26,39

Legenda: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN); Sistema de Informação Ambulatorial-Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN e TABNET Estadual, 2023.

Na análise realizada no Estado do Rio de Janeiro, acerca do total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e que tiveram o laudo inserido no SISCAN, período de 2015 a 2022, identifica-se um total de 612.892 exames registrados no SISCAN, quando comparado a produção desses exames no mesmo período de análise no TABNET, há um total de 2.322.150 exames.

Essa divergência mostra que apenas 26,39% do total de exames no período possui laudo com inserção no SISCAN, com importante variação anual nessa proporção de registro. Fato este, que mostra a dificuldade de coleta de dados do SISCAN, seja pela implantação gradual do sistema no Estado e Município do Rio de Janeiro, consequentemente os dados são incompletos e há necessidade de adotar outros sistemas de informação.

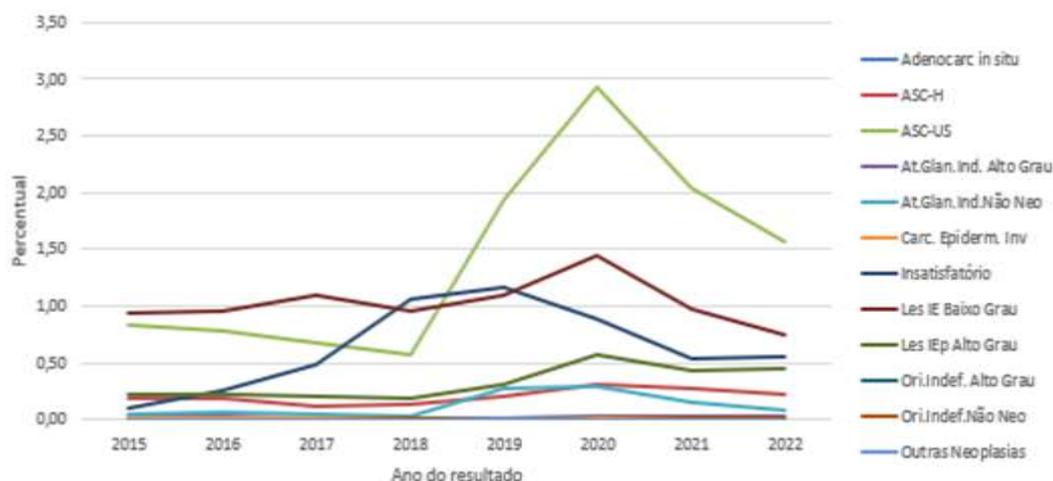
No período de análise do estudo, que correspondeu aos anos de 2015 a 2022, foram registrados no SISCAN um total de 612.892 exames no Estado do Rio de Janeiro. Destes, 96,09% apresentaram resultado negativo nos laudos de exames citopatológicos, 0,002% dos laudos tiveram no laudo o resultado para adenocarcinoma *in situ* ou invasor (13 casos), células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo se afastar lesão de alto grau (ASC-H) com 0,21%, células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não

neoplásicas (ASC-US) com 1,5%, alterações glandulares indeterminada de alto grau com 0,02%, alteração glandular indeterminada não-neoplásica com 0,13%, carcinoma epidermoide invasor com 0,01%, resultados insatisfatórios 0,63%, lesão intraepitelial de baixo grau com 1,01%, lesão intraepitelial de alto grau com 0,34%, Origem Indefinida. Alto Grau (origem indefinida não neoplásica e outras neoplasias) correspondendo a 0,0038% dos resultados.

Observa-se que os resultados com ASC-US, obtiveram o maior quantitativo de registro no SISCAN, o qual requer, segundo as diretrizes do INCA para rastreamento, a recomendação de repetição do exame, em 6 ou 12 meses de acordo com a idade da mulher. Logo em seguida, ocupando a segunda posição, os resultados correspondentes a lesão intraepitelial de baixo grau, seguido de resultados com amostras insatisfatórias, ocupando a quinta posição as lesões intraepiteliais de alto grau, conforme mostrado no Gráfico 8, a seguir.

Cabe destacar, que, para a construção dos gráficos, foram excluídos os laudos negativos, e os resultados foram apresentados por percentual e por ano do resultado para fins de análise, onde cabe destacar que no ano de 2020, há um aumento registrado nos laudos com resultados para: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), lesão intraepitelial de baixo grau e lesão intraepitelial de alto grau, no entanto não foi possível correlacionar uma hipótese para esse achado.

Gráfico 8 - Percentual de exames citopatológicos realizados segundo o laudo e ano do resultado, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Quando analisamos o percentual de exame citopatológico, segundo o motivo da realização (rastreamento, repetição ou seguimento), no qual o resultado define a conduta a ser adotada para o seguimento, 98,59% dos exames realizados por motivo de rastreamento obtiveram resultados sem alterações e 1,41% apresentaram alteração no exame. Ao considerar o motivo de realização como repetição, 83,16% dos resultados não tiveram alteração e 16,84% apresentavam-se com alteração. Por fim, o motivo seguimento obteve 95,57% dos exames sem alteração e apenas 4,43% destes com alteração no resultado com recomendação para o controle de seguimento segundo as diretrizes para o rastreamento do CCU (INCA, 2016) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Percentual de exames alterados no laudo de citopatológico, segundo motivo do exame, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

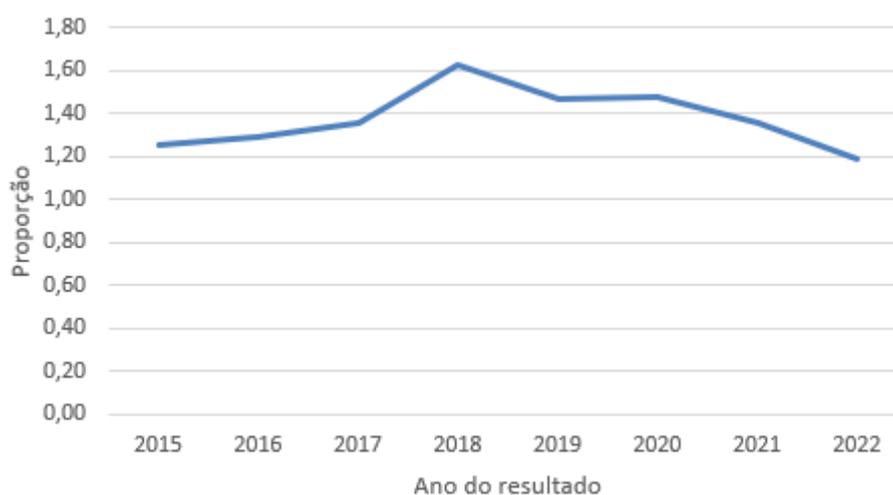
A partir da análise desse gráfico, percebe-se que na série histórica dos últimos oito anos, período de 2015 a 2022, a maior parte dos resultados de exames citopatológicos (laudos) que tiveram alteração, o motivo foi por repetição (16,84%) e seguimento (4,83%). São consideradas mulheres com exames alterados aquelas que apresentaram pelo menos um dos seguintes resultados: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H); lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); carcinoma epidermoide invasor (CEI); células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC);

adenocarcinoma *in situ* (AIS) e invasor, células atípicas de origem indefinida e outras neoplasias (INCA, 2016).

O seguimento dos resultados previsto nos laudos com alteração se refere a necessidade de encaminhamento a atenção secundária para fins de confirmação diagnóstica através da colposcopia e biópsia, conforme recomendação de rastreamento pelas Diretrizes do INCA em 2016.

Ao avaliar o percentual de exames citopatológicos com resultado alterado, realizado em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Estado do RJ no período de 2015 a 2022, encontramos um total de 9.831 exames com alteração. Percebe-se que, no ano de 2018, houve um pico no número de exames com alteração no Estado do RJ, correspondendo ao valor de 1,62% (829 exames) do total de exames registrados no SISCAN (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Percentual de exames citopatológico com resultado alterado, realizado em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

No período de 2015 a 2022, verifica-se 612.892 exames citopatológicos do colo do útero registrados, destes detectados 9.381 exames com alterações: 16,81%, com necessidade de repetição e 4,43% de seguimento. O Gráfico 11, a seguir, apresenta a série histórica nos anos de 2015 a 2002, com os resultados de exame citopatológico que tiveram alteração segundo o laudo do exame e o motivo da solicitação, onde percebe-se que a maior parte dos exames que tiveram alteração, foi relacionado a repetição e seguimento, com maior percentual a partir de 20 até

2021 para os exames de repetição, correspondendo a 16,84% e 4,43% dos laudos cujo motivo da solicitação foi o seguimento.

Gráfico 11 - Percentual de exames alterados segundo o motivo do exame, em mulheres de 25 a 64 anos de idade, residentes do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Sob outro aspecto de análise, observou-se que, em relação ao percentual de exames segundo citologia anterior realizada, existem fragilidades no que tange o preenchimento da ficha de requisição do exame citopatológico, pois 43.752 fichas (7,14% do total de exames) não apresentavam essa informação no campo específico para esse registro. No campo da ficha “não sabe informar”, foi constatado 106.874 fichas (16,44% dos exames) com essa afirmação, ou seja, mulheres que desconhecem o histórico anterior de seus laudos ou resultados de exames (Gráfico 12, a seguir).

Diante disso, ressalta-se a importância da completeza dos registros nas fichas que alimentam o sistema de informação do câncer, salientando-se a necessidade e responsabilidade dos profissionais no preenchimento das fichas de requisição e digitação dessas informações, uma vez que são fundamentais para o diagnóstico e ações no controle do CCU no Estado.

Gráfico 12 - Percentual de exames citopatológicos segundo informação sobre citologia anterior, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Estado do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Percebe-se no Gráfico 12 que 78% dos casos tiveram informação de citologia anterior (“sim”), porém ao se desconsiderar essa informação”, o maior motivo é não saber informar se houve ou não o procedimento prévio.

Para a construção do Gráfico 13, desconsiderou-se os casos com citologia anterior "sim", para que a figura pudesse ter dados mostrando as flutuações entre os registros. No período de 2015 a 2022, 81.260 (7,30%) não realizaram citologia anterior, 106.874 (11,09%) não souberam informar e 43.752 (3,92%) estavam sem informação na ficha.

Gráfico 13 - Percentual de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 64 anos segundo informação sobre citologia anterior presente no preenchimento da ficha de requisição de exame, em residentes no Estado do Rio de Janeiro no período entre 2015 e 2022



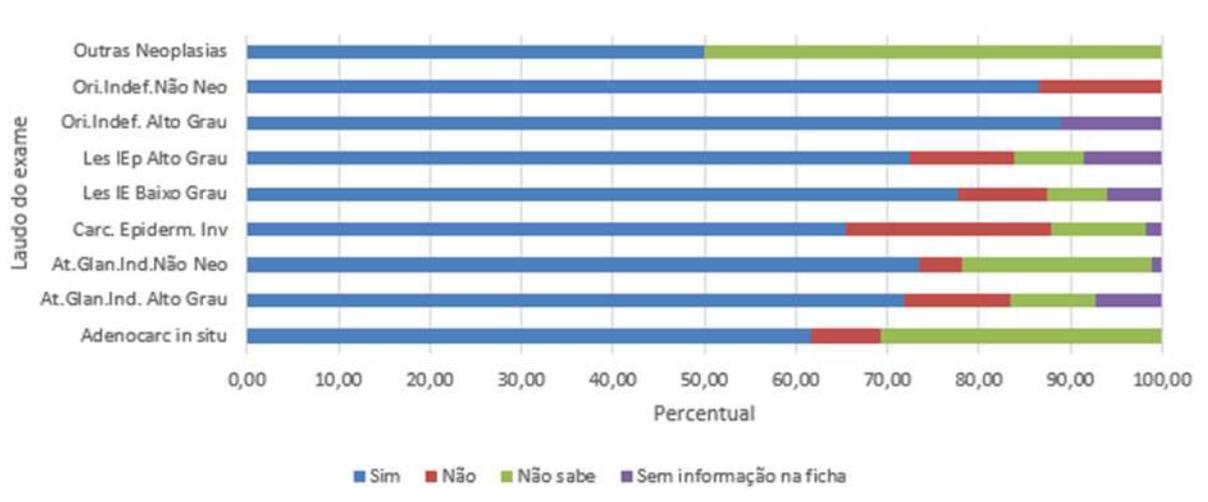
Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Ainda em relação à citologia anterior informada no SISCAN, percebe-se que 78% das mulheres tiveram a informação da realização de citologia anterior na ficha de requisição do exame citopatológico, destes 9,75% das mulheres não realizaram citologia anteriormente, correspondendo a um valor absoluto de 913 laudos com diagnóstico para lesão precursora do câncer de colo do útero já no primeiro exame citopatológico de mulheres na faixa etária e período de análise do estudo.

Além disso, 8,14% das mulheres não sabiam informar sobre a situação de realização da citologia anterior e 6,11% das fichas estavam sem o registro dessa informação.

Desta forma, verificou-se que 7.719 laudos apresentaram alteração, destes 8 com diagnóstico de adenocarcinoma *in situ*, 99 apresentaram alteração glandular indeterminada de alto grau, 590 com alteração glandular indeterminada não neoplásica, 38 diagnósticos para carcinoma epidermoide invasor, 4.840 com laudo de lesão intraepitelial de baixo grau, 1.521 com lesão intraepitelial de alto grau alto Grau, 8 com lesão Origem Indefinida Alto Grau, 13 com Origem Indefinida Não Neoplásica e 3 para outras neoplasias (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Percentual de exames citopatológicos com resultado alterado segundo registro de citologia anterior, em mulheres de 25 a 64 anos, residentes do Estado do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

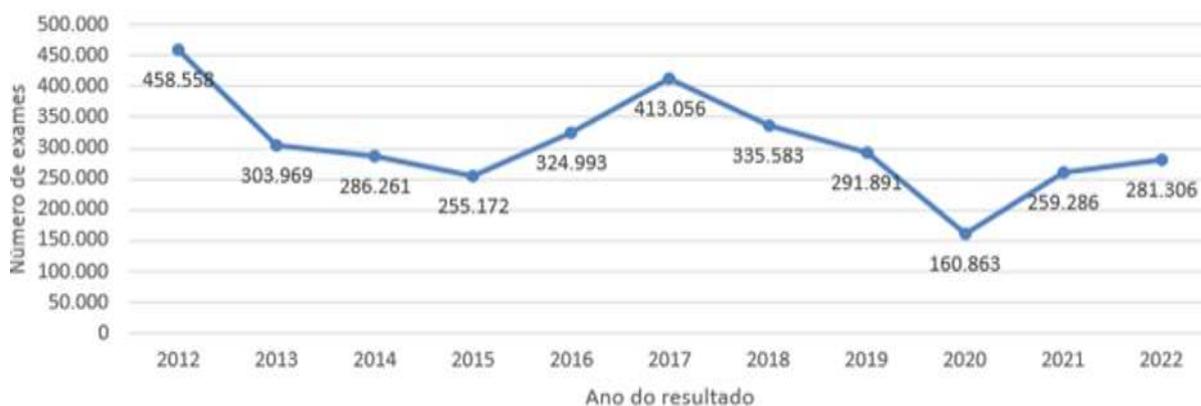
8.2 Produção de exames citopatológicos no Estado do Rio de Janeiro

Para análise da produção de exame citopatológico no Estado do RJ, foi realizado um levantamento da série histórica nos últimos 10 anos, período compreendido entre 2012 e 2022, no TABNET Estadual, com os códigos SIGTAP: (0201020033) coleta de material do colo de útero para exame citopatológico, (0203010019) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e (0203010086) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento.

Ao se analisar a produção de acordo com o procedimento SIGTAP (0203010086) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento, observa-se que, nos anos de 2012 e 2013, não há registro dessa produção, porém a partir do ano de 2014 há um crescimento progressivo na produção por rastreio, saindo de 19.237 exames neste ano para 167.925 exames no ano de 2022. Ao se verificar a produção com código SIGTAP (0203010019) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora, em 2012 observa-se uma produção de 458.558 exames e, no ano de 2013, de 303.969 exames. Identifica-se, então, diferenças no quantitativo da produção apresentada de acordo com o código SIGTAP utilizado. Portanto, para fins de análise da produção do Estado, foram utilizados os três códigos SIGTAP (0203010086, 0203010019 e 0201022033).

Cabe destacar, a queda na produção nos anos de 2020 e 2021, período de pandemia por COVID -19 nos exames de rastreamento para CCU (Gráfico 15, a seguir).

Gráfico 15 – Número de exames para rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, período entre 2012 e 2022



Fonte: Elaboração própria, período entre 2015 e 2022, a partir do TABNET Estadual.

Ao analisar os dados de produção no TABNET, há uma queda no número de exames para rastreamento do CCU a partir do ano de 2012 e uma retomada com crescimento no ano de 2017, no entanto não se mantém e especificamente em 2020 com a pandemia de COVID-19, há uma queda de 60% quando comparado ao número de exames realizados em 2017.

Em contrapartida, a mortalidade por câncer do colo de útero no Estado do Rio de Janeiro, foi de 6,13 por 100.000 mil mulheres, enquanto no Brasil foi uma taxa bruta de 5,75 por 100.000 mulheres entre 2012 e 2021 (INCA, 2023a).

Porém, na análise do número de exames na faixa etária alvo, é importante considerar que estes devem respeitar a periodicidade recomendada. Dessa forma, um alto número de exames por si só pode ser devido à repetição pelas mesmas mulheres, em periodicidade menor do que a trienal.

As evidências científicas apontam que o rastreamento na faixa etária alvo é capaz de reduzir a incidência e a mortalidade por CCU. Sendo assim, é primordial a ampliação da cobertura na faixa etária recomendada, visando as ações de controle do CCU (INCA, 2016).

Pode-se constatar também que, na consulta realizada para o total de exames coletados para rastreamento do câncer de colo de útero nas mulheres de 25 a 64 anos, residentes do Estado do RJ, na série histórica dos últimos cinco anos, pode-se inferir que, com pandemia de COVID-19, houve uma queda considerável dos

exames de rastreamento no ano de 2020, chegando a 61.090 exames para rastreio em todo Estado, o menor valor dos últimos cinco anos (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Exames para rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no Estado do RJ, período entre 2018 e 2022



Fonte: Elaboração própria, período entre 2015 e 2022, a partir do TABNET Estadual.

8.3 Seguimento de exames citopatológicos de residentes no Estado do Rio de Janeiro informados no SISCAN

As Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero do INCA de 2016 recomendam que as mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL devem repetir o exame citopatológico em seis meses. Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes da nova coleta. Se a citologia de repetição negativar em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, a paciente deve realizar colposcopia. Nas situações especiais, as mulheres imunossuprimidas, como as infectadas pelo HIV, ou imunocomprometidas, devem ser encaminhadas para colposcopia após o primeiro exame citopatológico mostrando LSIL.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer enfatiza a importância do cuidado integral em saúde, envolvendo as ações de planejamento,

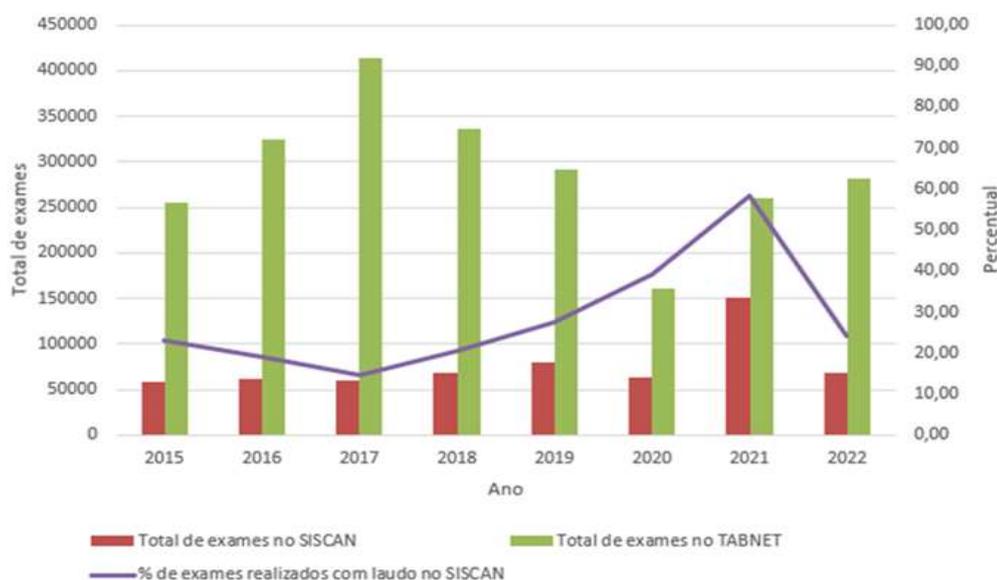
monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde voltados para a prevenção e o controle, com a utilização dos dados disponíveis incluindo as informações epidemiológicas e assistenciais (Ribeiro; Silva, 2018).

Já no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis tem, dentre as metas pactuadas, o aumento da cobertura do exame preventivo e o tratamento de 100% das mulheres com lesões precursoras até 2022. Nesse sentido, faz-se necessário assegurar as ações de rastreamento e o acesso ao diagnóstico e tratamento das mulheres com alteração nos exames citopatológicos.

Portanto, a recomendação para os exames citopatológicos alterados é a realização de colposcopia imediata, nos laudos que constarem: células atípicas de significado indeterminado, escamosas, em que não se pode afastar lesão de alto grau; células atípicas de significado indeterminado glandulares; lesão de alto grau; carcinoma epidermoide invasor; e adenocarcinoma.

No Gráfico 17, a seguir, verifica-se que no ano de 2021 houve um aumento dos exames realizados com laudo no SISCAN, chegando a 58,48% dos exames. Em contrapartida, no ano de 2017 foi realizado um quantitativo de 413.056 exames citopatológicos para rastreamento, conforme consta na produção levantada desses exames no TABNET. No entanto, nesse mesmo ano, apenas 14,63% dos exames estavam inseridos no SISCAN, evidenciando-se a fragilidade das informações registradas neste Sistema, o que pode comprometer as ações de vigilância para o controle do CCU através do sistema de informação.

Gráfico 17 - Total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, segundo o SISCAN e o TABNET-RJ e percentual que tiveram o laudo inserido no SISCAN, período de 2015 a 2022



Legenda: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

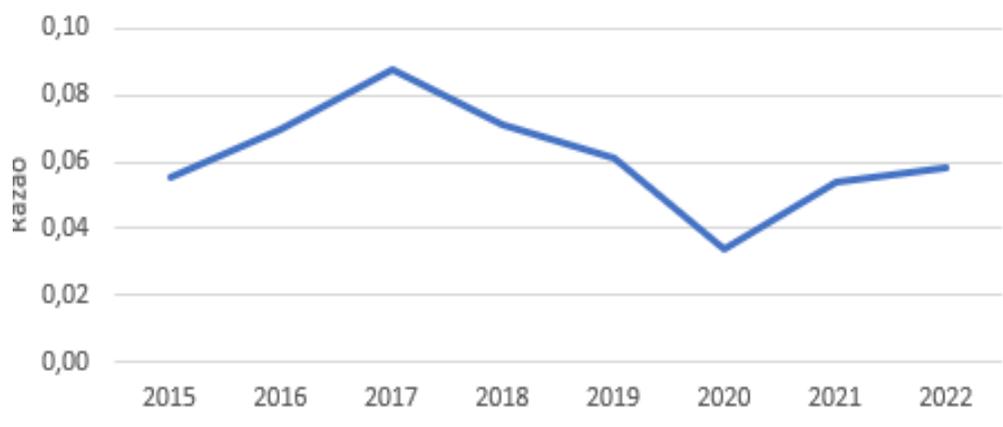
Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Reforça-se a importância dos registros no Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação do Câncer, pois o sub-registro nos sugere que os exames para rastreio e confirmação diagnóstica do câncer do colo uterino são inferiores à esperada em relação ao registro encontrado no SISCAN. Além disso, o encaminhamento inadequado das mulheres e a ausência do acompanhamento das mulheres com lesão precursora podem comprometer o êxito do rastreio.

No estudo, verificou-se ainda divergências de informações entre a razão de exames citopatológicos encontrada no SISCAN e a razão no TABNET. Para o cálculo da razão de exames citopatológicos foi considerado a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos residentes no Estado do RJ, nos anos de 2015 a 2022.

Constatou-se que a razão de exames no Estado, de acordo com o TABNET, encontra-se extremamente baixa, com discreta ascensão no ano de 2017, atingindo a razão de 0,09, e a partir daí vem decrescendo de forma significativa até a pandemia por COVID-19 em 2020 e atingindo a razão de 0,6 em 2022 (Gráfico 18, a seguir).

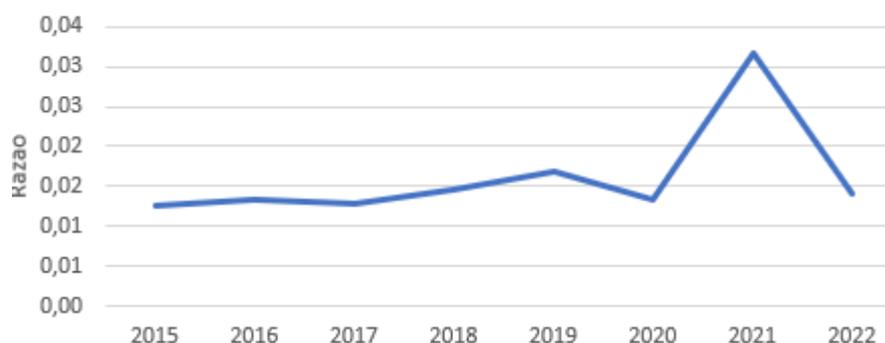
Gráfico 18 - Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Estado do RJ, segundo TABNET Estadual no período de 2015 a 2022



Fonte: Rio de Janeiro, 2018.

No entanto, a razão de exame citopatológico encontrada no SISCAN, considerado a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos residentes no Estado do RJ, nos anos de 2015 a 2022, encontra-se ainda mais baixa, atingindo, no ano de 2021, a maior razão com valor de 0,03. Já em 2022, apresenta nova queda atingindo a razão 0,01 (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, segundo o Sistema de Informação do Câncer, no período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Ao comparar os Gráficos 18 e 19, nota-se que a razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos no Estado do Rio de Janeiro, segundo o SISCAN, no período que compreende o estudo, apresenta-se com

valores menores quando comparado a razão encontrada no TABNET, e com isso pode-se inferir a dificuldade de trabalhar com as ações de prevenção e controle do CCU, em especial o acompanhamento, monitoramento e avaliação das mulheres que realizam exame citopatológicos no contexto da APS, devido a incompletude dos dados do SISCAN e a implantação gradual do sistema no Estado

8.4 Exames citopatológicos informados no SISCAN, segundo o laudo: uma análise no Município do Rio de Janeiro no período entre 2015 e 2022

No período de análise do estudo, que correspondeu os anos de 2015 a 2022, foram registrados no SISCAN um total de exames 33.875 exames citopatológicos no Município do Rio de Janeiro, na população de 25 a 64 anos. Destes, 96,56% (25.111 laudos) apresentaram resultado negativo nos laudos de exames citopatológicos, 01 resultado com alteração para adenocarcinoma *in situ* ou invasor, 66 laudos com alteração para células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo se afastar lesão de alto grau (ASC-H), 299 laudos com resultado células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), 07 laudos com alterações glandulares indeterminada de alto grau, 31 laudos com alteração glandular indeterminada não-neoplásica, 4 diagnósticos para carcinoma epidermoide invasor, 171 laudos com resultados classificados como insatisfatórios, 218 laudos com alteração para lesão intraepitelial de baixo grau, 95 laudos com lesão intraepitelial de alto grau e 02 laudos como Origem Indefinida de alto grau.

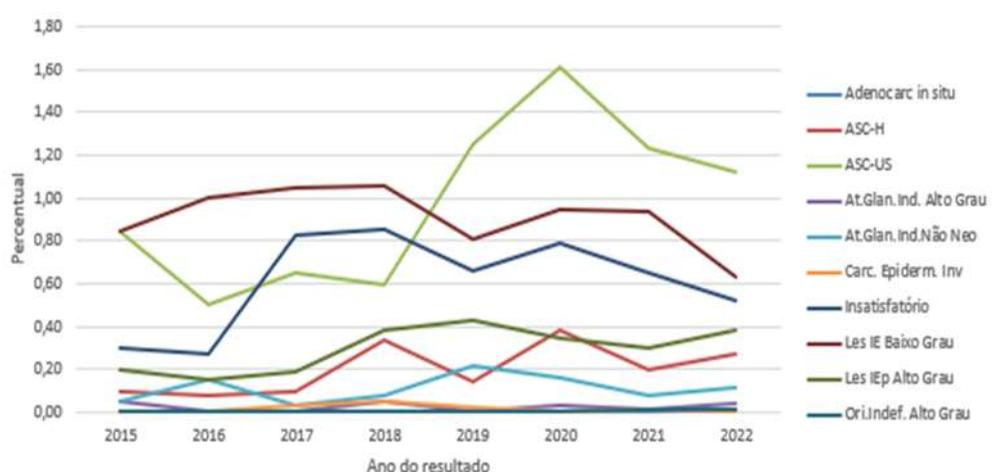
Observa-se que os resultados positivos para ASC-US ocuparam a primeira posição com 299 diagnósticos, logo em seguida, ocupando a segunda posição, encontram-se os diagnósticos para lesões intraepiteliais de baixo grau, correspondendo a um total de 218 laudos, 95 laudos apresentaram resultado com lesão intraepitelial de alto grau, seguido de 171 resultados com amostras insatisfatórias, e ocupando a quarta posição as lesões intraepiteliais de alto grau. Em relação aos diagnósticos encontrados em fases mais avançadas, foram 04 laudos detectados como carcinoma epidermoide invasor e 01 laudo para adenocarcinoma *in situ*, ou seja, 0,019% do total de exames.

Considerando que o diagnóstico para ASC-US no laudo do exame citopatológico, requer segundo as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do INCA, a necessidade de repetição do exame em 3 anos para mulheres com menos de 25 anos, 6 meses para mulheres entre 25 e 29 anos, e repetição em 12 meses para mulheres com 30 anos ou mais.

Além disso, segundo as recomendações para o rastreamento nas Diretrizes Brasileiras, os outros diagnósticos encontrados na análise dos resultados, como ASC-H, Alterações Glandulares atípicas de significado Indeterminado não neoplásica, lesão intraepitelial de baixo e alto grau, devem ser encaminhados pela equipe da APS ao nível de atenção secundária para realização da colposcopia, e responsabilizar-se pelo acompanhamento do seguimento.

Cabe destacar que, para a construção dos gráficos foram excluídos os laudos negativos, e os resultados de exames citopatológicos alterados foram apresentados por percentual e por ano do resultado para fins de análise (Gráfico 20).

Gráfico 20 - Percentual de exames citopatológicos realizados segundo laudo alterado e ano do resultado, em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

No entanto, quando analisamos o percentual de exame citopatológico, segundo o motivo da realização (rastreamento, repetição ou seguimento), cujo resultado dita a conduta para o acompanhamento, verificou-se 32.177 exames citopatológico que foram realizados por motivo de rastreamento, dos quais 1,20% obtiveram resultados com alterações; dos, 418 exames realizados com a finalidade de repetição, 5,02% tiveram alteração nos laudos. Já para o seguimento, foram

realizados 1.280 exames, com 3,83% apresentando alteração no resultado do exame e, com isso já teriam a indicação de recomendação para o controle de seguimento segundo as diretrizes para o rastreamento do CCU (INCA, 2016) (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Percentual de exames segundo resultado e motivo do exame, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes no município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Dados do SISCAN indicam que, no período de 2015 a 2022 foram registrados no Município do RJ, um total de 33.875 exames citopatológicos do colo do útero dos quais foram detectados 457 exames com alterações, destes 5,02% com necessidade de repetição e 3,83% de seguimento.

Ao analisar, a série histórica dos últimos 08 anos (2015 a 2022), percebe-se que o motivo do exame para repetição atingiu o maior percentual nos anos de 2018 e 2019, com 7,41% e 9,09% respectivamente. Em contrapartida, ao analisar percentual de exames citopatológicos segundo o motivo “seguimento”, alcançou o maior percentual no ano de 2020 com 6,53% e queda em 2021 para 4,10%. Os exames alterados segundo o motivo de rastreamento mantiveram-se baixos, oscilando entre 0,97% em 2015 e 1,52% no ano de 2018 (Gráfico 22, a seguir).

Gráfico 22 - Percentual de exames citopatológicos com resultados alterados, segundo o motivo do exame, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Sob outro aspecto de análise, observou-se que em relação ao percentual de exames citopatológicos segundo citologia anterior realizada, existem fragilidades no que tange o preenchimento da ficha de requisição do exame citopatológico, onde percebeu-se que 1.019 fichas (3,92% do total) não apresentavam essa informação no campo específico para esse registro. No campo da ficha “não sabe informar”, foram constatadas 2.881 fichas, ou seja, mulheres que desconhecem o histórico anterior de seus laudos ou resultados de exames citopatológicos (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Percentual de exames citopatológicos segundo registro de citologia anterior, realizados em mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, SISCAN, no período de 2015 a 2022



Legenda: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

No entanto, quando se desconsiderou os casos com citologia anterior "sim", pode-se observar as flutuações desses registros no gráfico. Nesse caso, a análise da informação apresentada é a proporção de exames realizados e a realização ou não da citologia anterior. Percebe-se que 78% dos casos têm citologia anterior. Ao desconsiderar a informação de citologia anterior "sim", percebe-se que o maior motivo é não saber informar se houve ou não a realização da citologia (Gráfico 24).

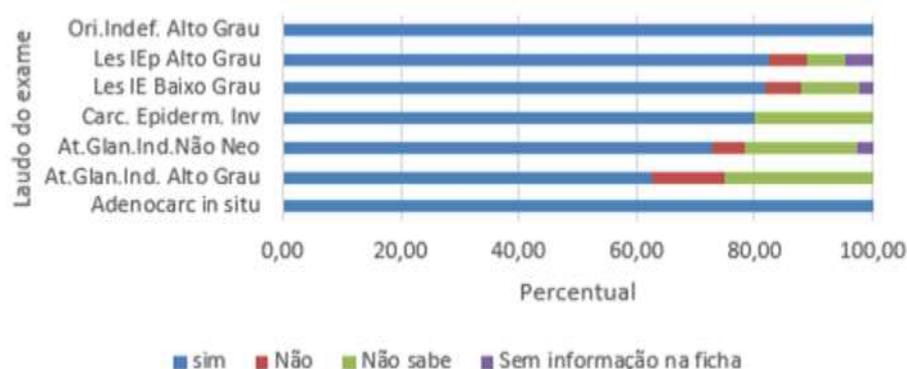
Gráfico 24 - Percentual de exames citopatológicos relacionados ao registro de resultado de citologia anterior, realizado em mulheres de 25 a 64 anos residentes do Município do Rio de Janeiro, no período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

Sobre o percentual de exames citopatológicos com resultado alterado segundo o registro de no Sistema de citologia anterior, verifica-se que 80,96% possuíam histórico de citologia anterior realizada, 6,13% não realizaram, 10,07% não sabiam informar e 2,84% não possuíam registro na ficha (Gráfico 25, a seguir).

Gráfico 25 - Percentual de exames citopatológicos segundo registro de citologia anterior e laudo do exame, realizado em mulheres de 25 a 64 anos residentes do município do Rio de Janeiro, período entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN, período entre 2015 e 2022.

8.5 Produção de exames citopatológicos no Município do Rio de Janeiro

Na consulta realizada no TABNET Estadual, foi selecionado o total de exames coletados para rastreamento do câncer de colo de útero nas mulheres de 25 a 64 anos, residentes do MRJ, correspondente aos códigos SIGTAP: (0201020033) coleta de material do colo de útero para exame citopatológico, (0203010019) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e (0203010086) exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento.

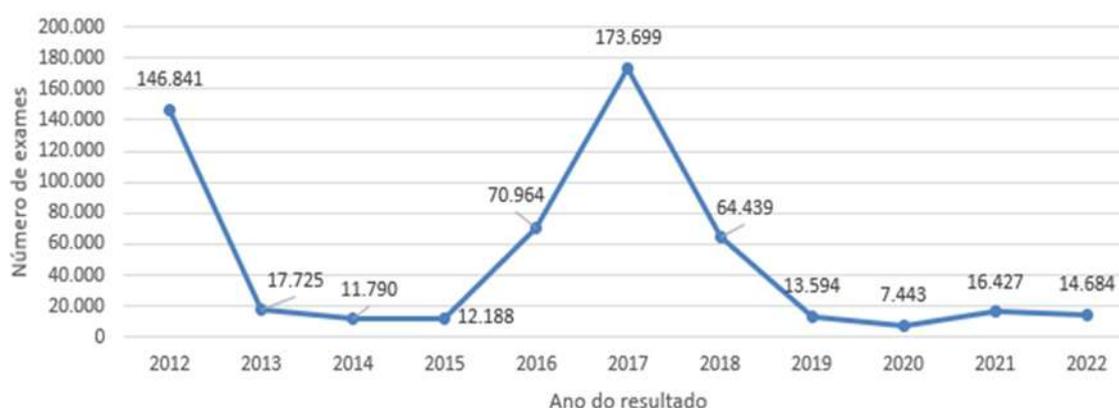
Percebe-se, ao analisar produção de exames citopatológicos no MRJ, que no período entre 2012 e 2022, um total de 549.794 exames foram realizados. Nos anos de 2012 e 2013, não houve registro de produção para os códigos SIGTAP 0201020033 coleta de material do colo de útero para exame citopatológico e 0203010086 exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento, ressaltando-se que, paralelamente neste período, houve a migração do SISCOLO e SISMAMA e a criação do SISCAN em 2013.

No período de análise do estudo, no ano de 2015 a 2022, foram realizados 373.438 exames citopatológicos no MRJ. No ano de 2017, houve o maior registro na produção de exames, com 173.699 exames realizados no Município, um número ainda baixo quando comparado a população feminina municipal nessa faixa etária.

Em 2018, com a supressão das equipes de saúde da família no Município já menciona ao explorar a evolução histórica da APS no MRJ, observa-se uma queda considerável dos exames de rastreamento realizado, o que vem se acentuar no período da pandemia de COVID 19, chegando a 7.443 exames no ano de 2020, menor valor histórico dos últimos 10 anos.

Ainda em 2020, houve uma queda significativa na realização de exames em consequência da pandemia da COVID-19. Em 2021, verifica-se um aumento no número de exames em 220,70% (16.427) em relação a 2020, mas ainda inferior aos resultados alcançados nos anos anteriores à pandemia (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Número total de exames para rastreamento do Câncer do Colo do Útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, dispostos no SIA-SUS, segundo ano, no período de 2012 a 2022



Legenda: Sistema de Informação Ambulatorial-Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Fonte: Brasil, 2023.

Estudos científicos evidenciam que, no país, o rastreamento e o diagnóstico de câncer foram os mais afetados do que o tratamento. Este fato se deu, em virtude das recomendações adotadas pelas autoridades sanitárias, em razão de se avaliar o risco benefício de manter as ações de rastreamento no cenário completamente desfavorável que foi a pandemia por COVID-19 (Ribeiro; Correa; Migowski, 2021).

Cabe destacar que, durante o início da pandemia, o INCA recomendou que os exames de rastreamento poderiam ser adiados e que os casos com resultados alterados no rastreamento fossem investigados e tratados. Posteriormente, considerando-se o cenário epidemiológico e a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde no nível local, foi indicado a retomada, com prioridade aos exames para confirmação diagnóstica e o tratamento (Ribeiro; Correa; Migowski, 2021).

Em 2022, já com a retomada plena das atividades e expansão da APS no município, no que diz respeito a realização das consultas e exames, observou-se um aumento de aproximadamente 197% (14.684) no total de exames citopatológicos realizados em relação ao ano de 2020.

No entanto, ainda há muitos desafios para APS no que se refere a captação de mulheres na faixa etária alvo, visto que, se observou uma queda expressiva nos exames de rastreamento durante os anos de 2020 e 2021, com a pandemia de COVID-19.

Além disso, existem outros fatores associados a baixa captação de mulheres na faixa etária alvo. Em uma pesquisa realizada pelo IBGE (2019 *apud* INCA, 2021) foi detectado a proporção de mulheres que não fazem o exame preventivo por não acharem necessário, sendo este o principal motivo de não realização do exame (45,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das mulheres de 25 a 64 anos de idade, segundo o principal motivo de nunca ter feito exame preventivo – Brasil – PNS – 2019

Principal motivo de nunca ter feito exame de preventivo	%
Não acha necessário	45,1
Não foi orientada para fazer o exame	14,8
Tem vergonha	13,1
Nunca teve relações sexuais	8,8
O serviço de saúde era distante, demorado ou com horário de funcionamento incompatível com o da mulher	7,3
Outro	5,2
Fez cirurgia de retirada do útero/histerectomia	2,3
Tem dificuldades financeiras	2,1
Está marcado, mas ainda não realizou	1,4

Legenda: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).
Fonte: INCA, 2022a,

Nesse sentido, cabe destacar o potencial da APS para implementar um rastreamento organizado, visto que a territorialização e o cadastramento das mulheres na faixa etária alvo favorecem a captação das mulheres que nunca realizaram o exame ou daquelas que já estão há mais de três anos sem fazer o exame.

As equipes da estratégia de saúde da família no Município utilizam o prontuário eletrônico para o registro da solicitação do exame citopatológico, com a ativação do código SIGTAP (0201020033 - coleta de material do colo de útero para exame citopatológico). Além disso, é possível gerar listas pelo prontuário eletrônico das mulheres elegíveis para o exame, o que facilitaria a organização da captação e do controle.

Ainda na perspectiva de um rastreamento organizado, as equipes podem utilizar estratégias diversas para realizar a captação das mulheres para o exame, por meio de cartas convite ou até mesmo com a utilização da ferramenta de Whats App da equipe, com a convocação das mulheres elegíveis para o rastreio, e fundamentalmente otimizar o trabalho, que é realizado pelos agentes comunitários em todo território do Município.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que estabelece as diretrizes para organização da atenção básica, no âmbito do SUS, faz menção a atribuição do ACS como membro integrante da equipe, na informação aos usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados.

Entretanto, estudos apontam que o país, apesar de contar com um sistema universal de saúde, com as ações de detecção precoce pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, capilarizadas em todo o território nacional, o que se observa, de uma forma geral, é a predominância de um rastreamento oportunístico, com a oferta do exame para as mulheres que procuram a unidade de saúde, sem busca ativa ou convocação das mulheres na faixa etária, ações de educação em saúde e seguimento das mulheres (Claro; Lima; Almeida, 2021).

Nesse sentido, faz-se necessário estudos que reforcem o papel da APS na coordenação do cuidado das ações de CCU, com a implementação de estratégias para o rastreamento organizado, visto que as equipes da ESF possuem essas atividades como atribuição na atenção primária, incluindo as ações de vigilância dos resultados alterados, que devem seguir as condutas e recomendações de acordo com as diretrizes previstas pelo INCA.

Desta forma, a APS considera o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural, com atenção integral às suas necessidades, incorporando as ações de vigilância em saúde, que é constituída por um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação das informações sobre os eventos relacionados à saúde. Além disso, visa o planejamento das ações e a

implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, incluindo atividades de promoção e prevenção da saúde e o controle de doenças (Brasil, 2017).

8.6 Seguimento de exames citopatológicos alterados informados no SISCAN, residentes no Município do Rio de Janeiro

Como já discutido anteriormente, o SISCAN foi implementado no país em 2013, como uma política nacional, que permite o monitoramento e seguimento das mulheres que realizaram o exame citopatológico, por meio de um sistema nominal. Além disso, possibilita o registro e arquivo das informações referentes ao rastreamento de forma sistematizada.

No entanto, o SISCAN não está plenamente implementado em todos os municípios e estados do país. O sistema de informação nominal é uma condição para a realização do rastreamento organizado. Nesse sentido, torna-se fundamental a implantação do SISCAN em todo o país para a estruturação de um rastreamento organizado, com possibilidade para o acompanhamento do seguimento das mulheres com exames citopatológicos alterados e o monitoramento dos indicadores de cobertura (Claro; Lima; Almeida, 2021).

No Município do RJ, o SISCAN foi implementado somente em 2023. As ações de monitoramento de cobertura e seguimento anteriormente à implantação eram coordenadas pela área técnica de saúde da mulher e gerência do câncer da SMS, por meio das informações oriundas nos relatórios encaminhados pelo laboratório contratualizado, bem como por meio dos registros de produção no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). A gerência, por sua vez, manteve o controle das informações por planilhas de Excel® com o histórico de cobertura dos exames citopatológicos anualmente, e o compartilhamento dessas planilhas com as Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP), onde atuam as apoiadoras da linha de cuidados saúde da mulher, lotadas na Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

Observa-se que, após o envio das planilhas para os gestores das unidades pela linha de cuidados, não há um fluxo sistematizado de acompanhamento do

seguimento pelas equipes da APS. Além disso, não há um controle sobre as condutas realizadas pelos profissionais diante de resultados alterados.

Percebe-se, então, que as equipes realizam o rastreio das mulheres; no entanto, os resultados dos exames citopatológicos estão alterados, cada equipe desempenha sua conduta sem que haja um monitoramento acerca da sua adequabilidade diante do resultado alterado.

Para Claro, Lima e Almeida (2021), ainda existem muitos problemas relacionados às informações sobre o seguimento das mulheres com exames alterados de forma persistente no país. Os autores referem que, em 2010, apenas 23% das mulheres que obtiveram o diagnóstico no ano anterior, tiveram o seguimento registrado no Sistema de informação.

Ainda, segundo os autores, a implementação parcial do SISCAN nos municípios impossibilita o monitoramento dos exames citopatológicos realizados em mulheres na faixa etária alvo. Além disso, a ausência de um sistema de controle de qualidade e as falhas no seguimento das mulheres com exames alterados agravam a situação no país.

Ao analisar o seguimento das mulheres com alteração nos exames no SISCAN, no MRJ, no período de análise do estudo compreendido entre os anos de 2015 e 2022, observou-se o baixo percentual de exames realizados e do seguimento informado. Este fato nos instigou a fazer contato com a área técnica da gerência do câncer da SMS, para compreender melhor o cenário encontrado no sistema de informação.

Diante disso, obteve-se a informação que os registros encontrados no SISCAN diziam respeito aos exames do Instituto Fernandes Figueira (IFF) apenas, pois o Município do RJ, na ocasião, dezembro de 2022, ainda não havia implantado o SISCAN.

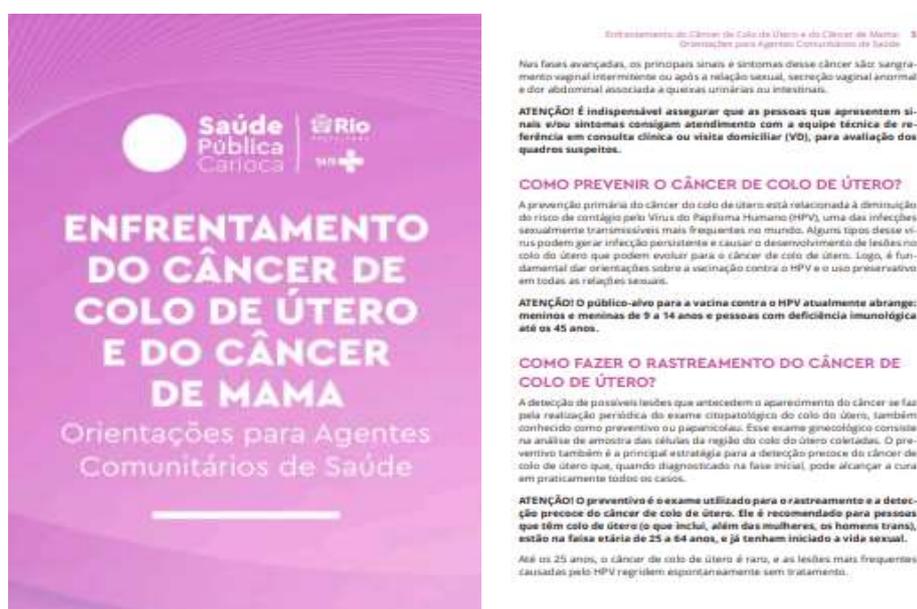
A partir daí, foi informado a área técnica sobre o presente estudo e a relevância das informações registradas no SISCAN, visto ser uma Política Nacional criada desde 2013, e o quanto a ausência desses registros impactam nas ações de CCU.

Em janeiro de 2023, iniciou-se o processo de implantação do SISCAN no MRJ, com treinamentos para gestores e profissionais para o manuseio do sistema e de suas funcionalidades.

Atualmente, o MRJ tem implantado o SISCAN nas dez áreas de planejamento da cidade, as equipes da ESF fazem a solicitação do exame citopatológicos no SISCAN, realizam o registro da solicitação no prontuário eletrônico e avaliam os resultados liberados no sistema.

Percebe-se que a SMS vem investindo nas ações de CCU com treinamentos para os profissionais da saúde em todo município, incluindo capacitação para os agentes comunitários de saúde, com o lançamento da “Cartilha Enfrentamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama”, com orientações para agentes comunitários (Figura 14).

Figura 14 - Cartilha com orientações para agentes comunitários de saúde



Fonte: Rio de Janeiro, 2022b.

Ainda sobre as produções técnicas confeccionadas pela SMS, cabe destacar a “Carteira de Serviços da Atenção Primária”, versão profissional, que é um documento norteador para profissionais de saúde, com a sistematização da organização e serviços de saúde na APS. No que tange ao exame colpocitológico, a Carteira menciona que o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de sete dias, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado deve estar disponível em, no máximo, 20 dias úteis (p. 88) (Figura 15, a seguir).

Figura 15 - Carteira de Serviços da Atenção Primária



Fonte: Rio de Janeiro, 2021.

Ao avaliar o total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no MRJ, e que tiveram o laudo inserido no SISCAN, no período de 2015 a 2022, identificou-se um total de 33.875 exames. Paralelamente, ao comparar com a produção informada no TABNET, verificou-se o total de 373.438 exames no mesmo período.

Diante desse resultado, pode-se inferir que apenas 9,07% dos exames foram inseridos no SISCAN, demonstrando a fragilidade que ainda existe em relação aos registros no sistema de informação, possivelmente em função de sua implantação ainda não vigente no período examinado. Em 2018, inicia-se um aumento crescente e progressivo do percentual de exames com laudos inseridos no SISCAN, chegando a 54,58 % dos exames realizados com laudo inserido no SISCAN no MRJ (Gráfico 27, a seguir).

Gráfico 27 - Total de exames para rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro presentes no SISCAN e no SIA-SUS, e percentual dos que tiveram o laudo inserido no SISCAN, no período de 2015 a 2022

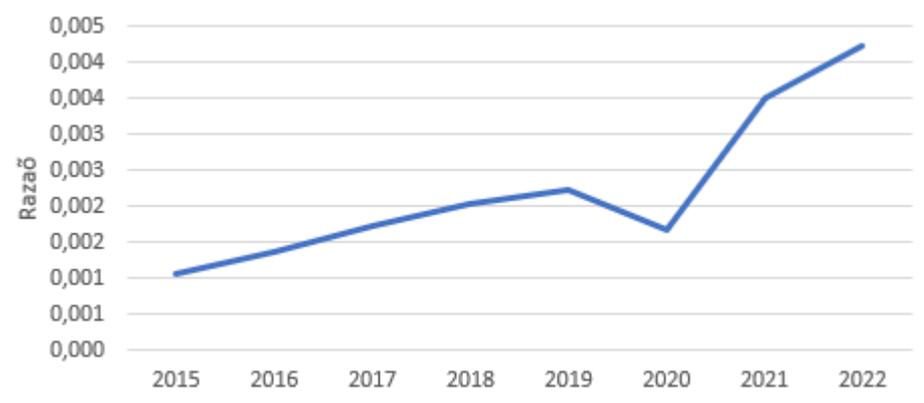


Legenda: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN); Sistema de Informação ambulatorial-Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN e TABNET Estadual, 2023.

Verificou-se divergências de informações entre a razão de exame citopatológico encontrada no SISCAN e a razão de exames no TABNET. Para o cálculo da razão de exames citopatológico foi considerado a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos residentes no MRJ, nos anos de 2015 a 2022 e constatou-se que esta razão, de acordo com o SISCAN, encontra-se extremamente baixa, porém com tendência a ascensão durante o período avaliado e queda no ano de 2020, com recuperação no ano de 2021 para uma razão de 0,003. Já em 2022, atinge a razão máxima de 0,004 alcançada nos últimos oito anos analisados (Gráfico 28, a seguir).

Gráfico 28 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, estimados a partir dos dados do SISCAN, no período de 2015 a 2022

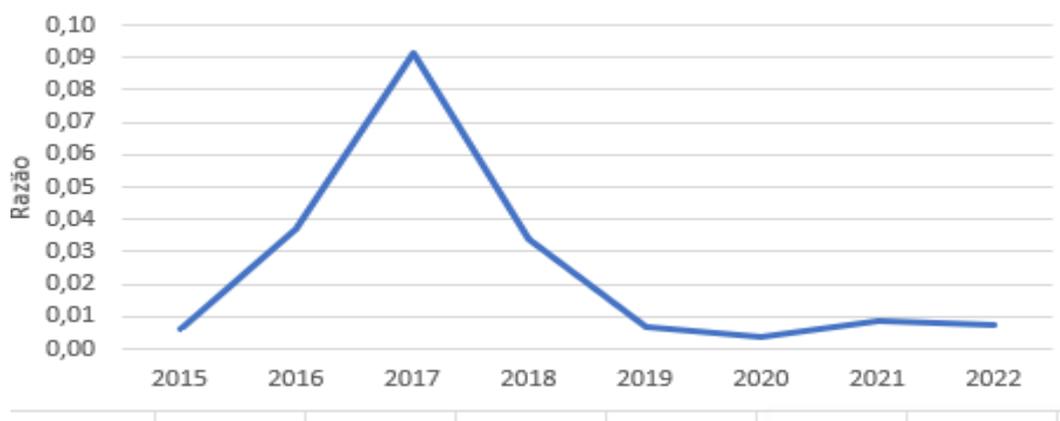


Legenda: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Fonte: Elaboração própria, a partir do SISCAN e TABNET Estadual, 2023.

No entanto, ao analisar a razão de exames citopatológicos do colo do útero no TABNET, no mesmo período de análise e mesma faixa etária, identificou-se que o MRJ atingiu a maior razão de exames citopatológicos (0,09) no ano de 2017 e, partir daí, houve uma queda expressiva, atingindo a menor razão 0,01 em 2015, do período de análise do estudo (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Razão de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 64 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, estimada a partir de dados do SIA-SUS, no período de 2015 a 2022



Legenda: Sistema de Informação Ambulatorial-Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Fonte: Rio de Janeiro, 2018.

Este fato é preocupante e pode-se refletir em algumas possibilidades que possam estar associadas ao desfecho desfavorável para as ações do CCU no Município. Observou-se no período analisado uma queda acentuada no número de exames citopatológicos realizados no MRJ, conforme apresentado no Gráfico 29.

Outro fato foi a implantação do SISCAN no Município realizada apenas no ano de 2023, dificultando o processo de análise das informações no sistema.

Vale destacar que a meta pactuada no MRJ para o indicador razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes no MRJ é maior ou igual a 0,40.

As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU norteiam as condutas e recomendações para APS diante dos resultados de exames com alterações e, nesse sentido, além da repetição do exame quando necessário, para fins de confirmação diagnóstica em situações específicas de acordo com o protocolo, a APS realiza o encaminhamento para outro nível de atenção, a atenção secundária para realização da colposcopia e biópsia quando indicado.

Em um levantamento realizado pelo INCA em 2022, a produção de procedimentos de investigação diagnóstica do CCU, fundamentalmente a colposcopia e a biópsia, estão reduzindo e oscilando ao longo dos anos, principalmente em 2020 com a pandemia de COVID 19. Em 2021, observa-se a recuperação da produção destes procedimentos, quando comparado com o ano anterior à pandemia em algumas regiões do Brasil (Tabela 8, a seguir). Isso se apresenta no Sudeste, onde se localiza o estado do RJ, mas em valores ainda aquém de 2019 e dos anos anteriores.

Tabela 8 - Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos - Brasil e Regiões - 2016-2021

Ano	Procedimento	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2016	Colposcopia	282.006	7.863	114.015	121.340	27.049	11.739
	Biópsia	44.324	1.671	12.809	20.409	6.665	2.770
2017	Colposcopia	276.968	9.726	109.062	118.831	27.827	11.522
	Biópsia	42.706	2.215	11.349	20.228	6.684	2.230
2018	Colposcopia	280.330	10.732	106.137	123.410	27.700	12.351
	Biópsia	43.668	2.102	11.922	21.527	6.267	1.850
2019	Colposcopia	296.177	10.180	109.439	132.191	30.080	14.287
	Biópsia	47.058	2.541	13.618	21.513	7.480	1.906
2020	Colposcopia	177.114	8.343	52.057	85.469	20.747	10.498
	Biópsia	29.583	2.463	6.629	13.229	6.024	1.238
2021	Colposcopia	223.662	1.077	71.254	102.593	25.471	13.267
	Biópsia	40.819	3.139	10.643	17.511	7.723	1.803

Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Nota: Quantidade aprovada, Procedimentos: Biópsia do Colo Uterino (0201010666), Colposcopia (0211040029). Faixa etária: 25 a 64 anos. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2021.

Fonte: INCA, 2022b.

Percebe-se que, além da queda nos exames de rastreamento para CCU, houve uma redução nos procedimentos de investigação diagnóstica como colposcopia e biópsia, chegando a uma queda de 20,69% em 2021 no Brasil e 15,45% na região Sudeste, no ano de 2022 quando comparado ao ano de 2016 na realização das colposcopias.

Diante dos valores apresentados, o INCA aponta, no relatório anual 2022, os dados e números sobre o câncer do colo do útero e destaca que essa produção é pequena, distante do padrão adequado. Fato este que demonstra o gargalo que ainda existe na atenção secundária à saúde, quanto a dificuldade de acesso das mulheres à confirmação diagnóstica.

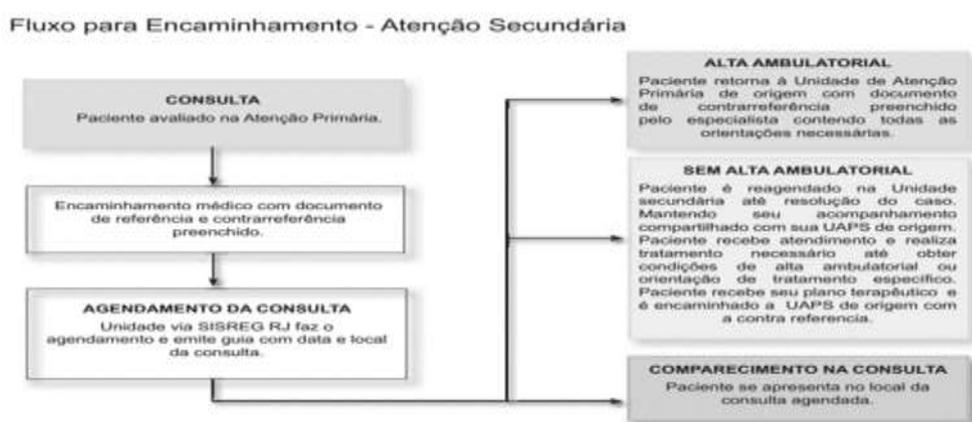
Ressalta-se a necessidade de adequação da rede de saúde para a realização dos procedimentos necessários, visando a garantia da integralidade e acesso, como princípios da organização do SUS, em todas as regiões do país. De acordo, com parâmetros técnicos, estima-se que são necessários 1,90% procedimentos de colposcopia e 0,28% de biópsia do colo uterino em relação ao total da população rastreada (INCA, 2019).

8.7 Conduitas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

O rastreamento como uma tecnologia da APS, faz-se necessário que os profissionais conheçam bem o método, a periodicidade, a população-alvo recomendada, as orientações e os encaminhamentos das mulheres para o tratamento sejam realizados de acordo com os resultados dos exames assegurando o seu seguimento (INCA, 2016).

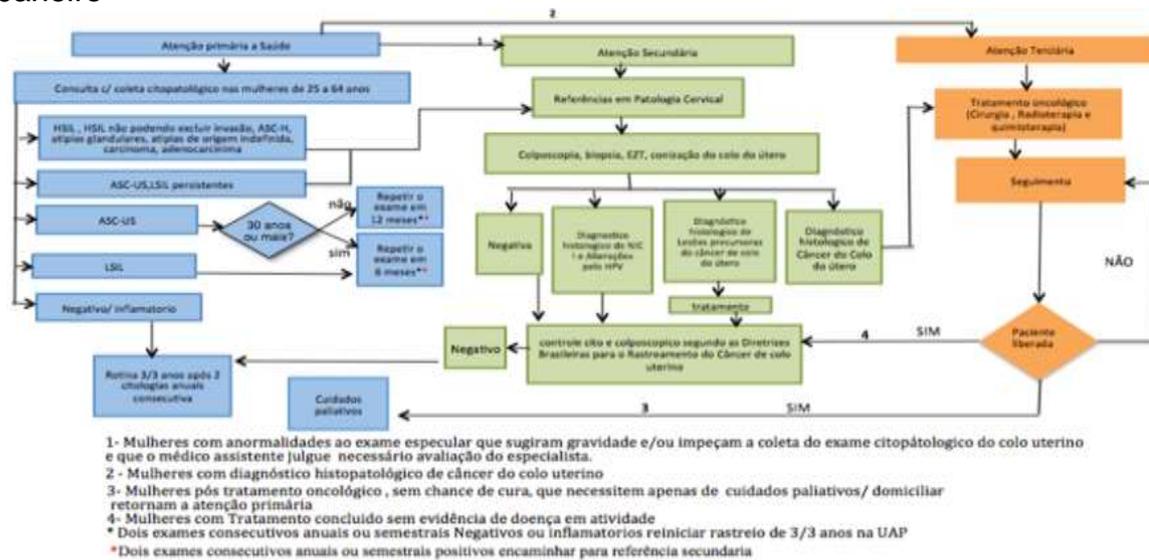
Dentro das recomendações da linha de cuidado, além das atribuições da APS nas ações de controle do CCU, destacamos a atenção secundária, que pode ser composta por unidades ambulatoriais ou estar localizada na estrutura de um hospital, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados. Tem a função de referência para as unidades de Atenção Primária, prestando atendimento mediante encaminhamento pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), procedimento consulta em ginecologia - Polo de Patologia Cervical, sendo este serviço o responsável pela confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do CCU (Figuras 16 e 17).

Figura 16 – Fluxo de encaminhamento para atenção secundária



Fonte: INCA, 2019, p. 14.

Figura 17 - Linha de cuidado do câncer do colo uterino no Município do Rio de Janeiro

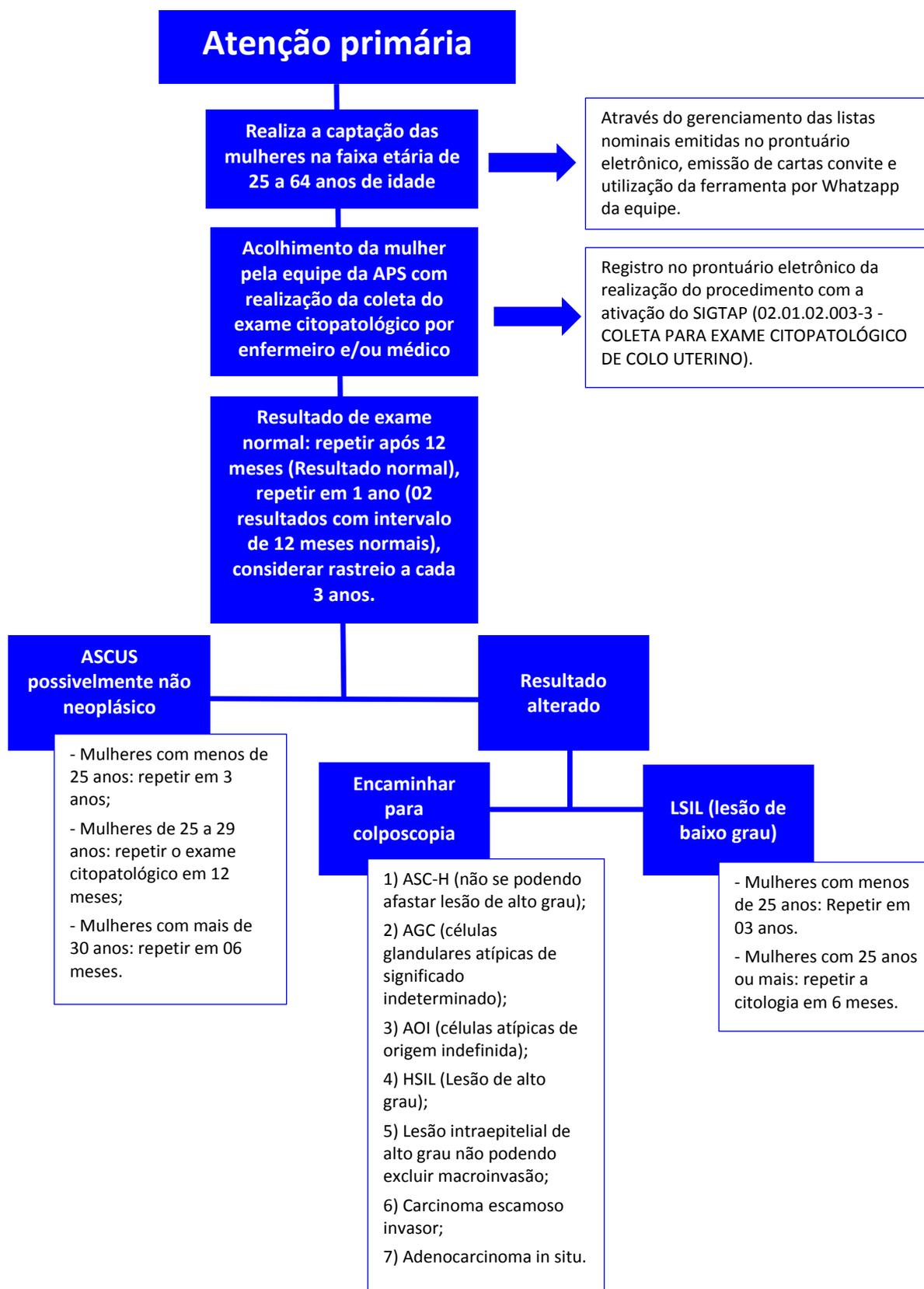


Fonte: Ofício circular PG/9/2016, p. 5 (Rio de Janeiro, 2016).

No sentido, de facilitar a compreensão e interpretação dos laudos de exames citopatológicos pelas equipes da APS, foi elaborado com base nas Diretrizes para o Rastreamento do CCU, publicado pelo INCA em 2016, a construção de um fluxograma para o acompanhamento do percurso assistencial das mulheres detectadas com alterações celulares nos laudos de exames citopatológicos na APS.

Nesse sentido, a construção do fluxograma visa contribuir para maior clareza das equipes da APS na identificação de laudos citopatológicos alterados e as condutas adequadas frente aos resultados, fortalecendo as ações de controle do câncer de colo do útero na APS do Município do Rio de Janeiro (Figura 18, a seguir).

Figura 18 - Conduas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaboração própria, a partir das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016).

Observações:

O encaminhamento à colposcopia é via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), inserir em consulta em Ginecologia patologia cervical. A solicitação pode ser realizada pelo Enfermeiro, conforme regulamentado no Ofício circular nº 035/2021/ SUBPAV de 24 de novembro de 2021.

Figura 19 – Situação clínica conforme resultado de exame citopatológico alterado

SITUAÇÃO CLÍNICA/CONDIÇÃO → RESULTADO DE EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO	
Procedimentos/ consulta	Consulta em Ginecologia patologia cervical (colposcopia)
Indicação	Conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, Ministério da Saúde/INCA, 2016.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, SUBPAV (Rio de Janeiro, 2023).

Após o encaminhamento para colposcopia, a coordenação da linha de cuidado do câncer do colo do útero envolve o compartilhamento desse cuidado, refletindo na atenção integral com o acompanhamento das mulheres no comparecimento das consultas, realização dos exames e de futuros agendamentos, bem como a busca ativa quando necessário.

Depois de confirmação diagnóstica do câncer do colo do útero, a APS deve inserir a solicitação do encaminhamento para tratamento no Sistema Estadual de Regulação (SER).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto no desenvolvimento do estudo, o câncer do colo do útero e as ações de controle na atenção primária, ainda são bastante desafiadores no Estado e Município do Rio de Janeiro, que enfrentam limitações para o desenvolvimento das ações de controle do CCU em sua integralidade e organização.

Sabe-se que o CCU é uma doença prevenível, com grande possibilidade de cura, quando realizado o rastreamento e tratamento das lesões precursoras da doença em tempo oportuno. No entanto, o país, bem como o Estado e Município do RJ, ainda enfrentam altas taxas de incidência e mortalidade para a doença.

Considerando a expansão da Estratégia de Saúde da Família e o aumento do percentual de cobertura da APS, observam-se ainda fragilidades no que se refere ao rastreamento organizado e oportuno, no acompanhamento do seguimento, nos indicadores de cobertura de exame citopatológico no Estado e Município do RJ e nos registros SISCAN.

Nesse aspecto, a APS possui importante papel nas ações de imunização contra o vírus HPV em adolescentes na faixa etária recomendada e no rastreamento para o câncer do colo do útero organizado, que permitirá a captação de mulheres na faixa etária alvo, de 25 a 64 anos. Além disso, o aumento da cobertura do exame e seguimento em toda a linha de cuidado pode reduzir a incidência e mortalidade pela doença, com a aplicabilidade das ações de controle do CCU em todo estado e município do RJ.

Este estudo traz como proposta as discussões e reflexões acerca das ações de controle do CCU desenvolvidas na APS. Apesar das medidas de rastreamento e detecção precoce do CCU serem amplamente conhecidas e divulgadas enquanto uma Política Nacional de Prevenção para o controle do câncer do colo do útero, ainda é o terceiro tipo de câncer que mais acomete mulheres no país e a quarta causa de morte por câncer na população feminina.

O processo de expansão da APS no município aumentou a capilaridade com a Estratégia de Saúde da Família, no entanto ainda não se evidenciou os impactos nos indicadores de saúde relacionados a cobertura de citopatológico, incidência e mortalidade por CCU.

A APS desenvolve seu papel de coordenação do cuidado, possui uma linha de cuidados cuja finalidade é desenhar o percurso assistencial e a organização da rede, bem como a divulgação das diretrizes e protocolos. Ainda assim, destaca-se a necessidade de qualificação e fortalecimento da integração entre os pontos da rede de saúde, para que de fato possa se refletir em uma atenção mais resolutiva, integral e de fácil acesso a população feminina.

No estudo, foi verificado falta de informações no SISCAN ou até mesmo o sub-registro no Sistema, o que vem demonstrar a necessidade de responsabilização da gestão estadual e municipal para a inserção dos dados, visto que a não alimentação ou até mesmo a inserção de uma parte dos dados pode acarretar na falta de informações para adoção de políticas públicas e no desenvolvimento das ações de controle do CCU mais efetivas. No SISCAN, é possível verificar o acompanhamento das mulheres que tiveram lesões precursoras do colo do útero, no campo seguimento, no entanto observou-se percentuais muito baixos de seguimento quando comparado ao número de exames citopatológicos realizados.

Outro aspecto evidenciado foi relacionado as divergências de informações no SISCAN e no Sistema de informação ambulatorial (SIA) pelo TABNET/ DATASUS; a produção de exame citopatológico é bem superior ao resultado encontrado no SISCAN, o que nos leva a refletir sobre a falta de gerenciamento do sistema e sua plena utilização no Estado e Município.

Ainda foi possível identificar que os exames citopatológicos alterados no SISCAN podem não refletir o número exato de mulheres acometidas por lesões precursoras para o CCU, pois apenas 26,39% dos laudos foram inseridos no SISCAN no Estado do RJ, enquanto no Município um número ainda menor, de 9,07% dos laudos.

Os resultados do estudo possibilitaram verificar uma redução significativa dos exames para rastreio do CCU durante a pandemia de COVID 19 no ano de 2020, com impacto no Estado e município do RJ, chegando a uma redução de 55,11% no Estado e 54,75% no MRJ, quando comparados ao ano de 2019 pré-pandemia.

No entanto, apesar do efeito avassalador da pandemia de COVID-19, o momento de retomada da APS é oportuno para o planejamento das ações de CCU, no sentido de oportunizar a implementação de um modelo de programa de rastreamento organizado, onde as mulheres na faixa etária alvo são convidadas ativamente realizar o exame na periodicidade recomendada.

Dessa forma, pode-se estabelecer um controle mais efetivo nas ações de rastreamento, com o gerenciamento das listas geradas no prontuário eletrônico de mulheres elegíveis para o exame citopatológico, incluindo também as ações de educação em saúde pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com informações para a população, melhoria da cobertura vacinal para HPV, e rastreamento organizado com detecção precoce e seguimento oportuno.

Além disso, cabe destacar a necessidade de qualificação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para as ações de rastreamento, reduzindo os encaminhamentos desnecessários, e o amplo domínio e conhecimento das recomendações e condutas adequadas diante de resultados citopatológicos com alterações nos laudos.

A educação permanente em saúde faz-se necessária como parte do processo de trabalho das equipes da APS, cuja finalidade deve ser a qualificação dos profissionais quanto aos fluxos existentes na rede de saúde, conhecimento dos protocolos e diretrizes norteadores para condutas profissionais adequadas, com a garantia de espaços institucionalizados de modo a contemplar a qualificação dos profissionais.

A Política Nacional da Atenção Básica de 2017 defende a Educação Permanente em Saúde como um processo de aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, valorizando a aprendizagem significativa que possa vislumbrar na transformação de práticas dos trabalhadores da saúde.

Outro aspecto relevante do estudo foi estabelecer um fluxograma para aplicabilidade na APS, como sugestão de um modelo prático e de fácil acesso para as equipes manusearem e obterem as informações contidas nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU.

Ainda, nesse sentido, o estudo vem ressaltar o papel da APS nas ações de controle do CCU com a utilização de ferramentas que auxiliem as equipes no monitoramento e acompanhamento das mulheres que tiveram alterações nos exames citopatológicos, dentre elas a comunicação da citologia de repetição para as mulheres que tiverem seus exames alterados e com essa recomendação. Neste caso, a comunicação do retorno por mensagem de WhatsApp do telefone da equipe, a sinalização por meio de sinais de alerta no prontuário eletrônico e a customização

no prontuário de um campo para seguimento para o acompanhamento dos resultados de exames realizados na atenção secundária (colposcopia e biópsia).

Neste estudo, houve limitações para coleta de dados, visto ter sido utilizado a fonte de dados secundários, não possível verificar o indicador proporção de seguimento informado para mulheres com lesão intraepitelial de alto grau, uma vez que para fórmula de cálculo seria necessário obter no numerador o número de mulheres com resultado de lesão intraepitelial de alto grau com informação de seguimento. A obtenção desse dado não foi possível, pois exigiria acesso ao SISCAN com senha para acesso a essa informação.

No entanto, foi possível identificar o número de resultados alterados na citologia e estratificar os tipos de lesões mais acometidas nas mulheres que obtiveram seus exames registrados no SISCAN no período de análise do estudo. Percebeu-se que 1,55% dos exames citopatológicos registrados no SISCAN no Estado do RJ obtiveram alteração nos laudos compatíveis para repetição e seguimento, enquanto no MRJ o resultado demonstrou 1,34% dos laudos com alteração.

Porém, o MRJ, durante o período de análise do estudo, ainda não tinha implementado o SISCAN como sistema oficial para registro dos exames de rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero, podendo-se compreender que esse número tende ser uma realidade maior, no entanto desconhecida, no sistema oficial nacional.

Precisa-se refletir o quanto as mulheres na faixa etária alvo ainda se encontram sem acesso aos serviços para as ações de rastreamento do CCU, resultando em diagnósticos tardios e com impacto desfavorável para altas taxas de incidência e mortalidade.

Além disso, é notório a falta de gerenciamento e coordenação da gestão estadual e municipal do SISCAN, com reflexos de baixos registros no Estado e Município, fato que pode comprometer o acompanhamento das mulheres suscetíveis ao câncer de colo de útero, a vigilância dos resultados alterados e o pleno entendimento do cenário epidemiológico do CCU.

Por fim, existe a necessidade urgente e iminente da organização dos serviços locais e regionais para implementar as ações de rastreamento para o CCU, incluindo a garantia do acesso para detecção precoce do CCU e o acompanhamento das mulheres que necessitam ser encaminhadas a outros níveis de atenção para

confirmação diagnóstica e tratamento, portanto o seguimento considera-se como um o princípio doutrinário do SUS, que envolve a integralidade das ações de controle do câncer do colo do útero em todo Estado e Município do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. *O colo do útero*. 03 jan. 2020. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-colo-do-utero/765/128/>. Acesso em: 22 set. 2023.

BARBIERI, R. A. *et al.* Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160096>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Produção ambulatorial, TABNET/ DATA SUS, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbrj.def>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. TABNET. *Produção Ambulatorial do SUS - Rio de Janeiro - Por local de residência*. 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbrj.def>. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil*. Brasil, 2014a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.xhtml>. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.712*, de 22 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 84, de 15 de dezembro de 2021. *Institui Câmara Técnica Assessora para o enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 189*, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 310, de 10 de fevereiro de 2010. *Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013. *Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.473*, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.439*, de 31 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.040*, de 21 de junho de 1998. Institui o Programa Nacional de combate ao Câncer de Colo do Útero. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. *Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito)*, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.394*, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *e-Gestor Atenção Básica*. Painéis de Indicadores da Atenção Primária. Saúde da Família. 2020b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer. DATASUS. *Colo do útero e Mama*. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>. Acesso em: 13 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. *Indicadores de Desempenho*. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2023.
- BYINGTON, M. R. L. *A evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil: uma discussão sobre idade, período e coorte*. 2015. 80f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. *Consulta Profissionais*. 2012. Disponível em: <https://cnes.datasus.org.br/>. Acesso em: 23 set. 2023.
- CARVALHO, L. D. *A organização dos serviços de atenção ao controle do câncer de colo do útero a partir da atenção primária à saúde: um estudo no município do Rio de Janeiro*. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- CARVALHO, P. G. D.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate*, Londrina, v. 42, n. 118, p. 687–701, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300687&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 fev. 2024.
- CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol. serv. saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000400010>. Acesso em: 13 set. 2023.
- CLARO, I. B.; LIMA, L. D.; ALMEIDA, P. F. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4497–4509, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>. Acesso em: 21 ago. 2022.

FARIAS, A. C. B.; BARBIERI, A. R. Follow-up uterine cervical cancer: study of continue assistance to patient in a health region. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160096>. Acesso em: 21 ago. 2022.

FONSECA, T. A. A.; SILVA, D. T. A.; SILVA, M. T. A. Distribuição dos óbitos por câncer de colo do útero no Brasil. *J. Health Biol. Sci.*, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.4009.p1-6.2021.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família*. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Global Cancer Observatory. *Cancer Today*. 2023. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=population. Acesso em: 23 set. 2023.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Global Cancer Observatory. World Health Organization. Principais dados e números importantes iarc sobre o Câncer. 2020. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/biennial-report-2020-2021web/>. Acesso em: 23 set. 2023.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. *Human papillomaviruses*. Lyon: IARC, 2007. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, v. 90. Disponível em: <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono90.pdf>. Acesso em: 23 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *População do Estado do Rio de Janeiro*. Censo IBGE. 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. Acesso em: 23 setembro 2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019 *apud* INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Deteção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção populacional. Censo 2010. *População residente Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 24 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção populacional 2023*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 13 set. 2023.

INSTITUTO BUTANTAN. *Vacina Contra o HPV: a melhor e mais eficaz forma de proteção contra o câncer de colo de útero*. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/hpv#:~:text=A%20vacina%20do%20Instituto%20Butantan,de%20p%C3%AAnis%2C%20anal%20e%20oral>. Acesso em: 22 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer* 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 112 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Atlas On-line de Mortalidade*. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo02/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 13 set. 2023a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Cobertura do rastreamento em inqueritos nacionais*. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/cobertura-do-rastreamento-em-inqueritos-nacionais>. Acesso em: 13 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. p.14. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_brasileiras_rastreamento_cancer_colo_uterio_2ed_rev_ampl_atual.pdf. Acesso em: 21 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. *Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Dados e números sobre câncer do colo do útero*. Relatório Anual: INCA, 2022b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Dados e números sobre câncer do colo do útero*. Relatório Anual. 2023b. p. 26. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021 *apud* SASIENI, P. Cervical cancer prevention and hormonal contraception. *Lancet*, London, v. 370, n. 9599, p. 1591-1592, Nov. 2007. Disponível em: <http://lib.ajaums.ac.ir/booklist/55435.pdf>.

Acesso em: 20 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Diretrizes para o Rastreamento do câncer do colo do útero. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uteropdf. Acesso em: 23 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023c.

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Informativo Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA 2017. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccaoprecoce-1-2017.pdf>. Acesso em: 25 setembro 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama, *Boletim Informativo Detecção Precoce*, ano 6, n.1, jan./abr. 2015. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-1-2015.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//plano-de-acao-para-reducao-da-incidencia-e-mortalidade-por-cancer-do-colo-do-utero-2010.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Sistema de Informação do Câncer*. Manual preliminar para apoio à implantação. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/siscan_manual_preliminar.pdf. Acesso em: 22 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos*. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/programa_viva_mullher_2018_completo.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; DIAS, M. B. K; RIBEIRO, C. M. (org.). *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 32 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros_tecnicos_colo_do_utero_2019.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

INTERNATIONAL COLLABORATIONS OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int. J. Cancer*, New York, v. 119, n. 5, p. 1108, 1124, Sep. 2006. DOI: 10.1002/ijc.21953.

LETO, M. G. P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *An. bras. dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 86, p. 306–317, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/abd/a/W8xQS6MSSk7tT8CLRCnbs8f/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2022.

LIMA, D. M. C. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINS, L. F. L. *Estudo dos fatores associados ao não acesso ao resultado do exame preventivo para câncer do colo do útero na Rede SUS do município do Rio de Janeiro*. 2015. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MEIRA, K.C. *Mortalidade por câncer do colo do útero em três localidades da Região Sudeste, no período de 1980 a 2009: análise do efeito da idade-período-corte*. 2013. 159 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

MELO, D. F. C. *Linha de cuidado do câncer do colo do útero em municípios de Pernambuco: práticas, desafios e perspectivas da atenção primária à saúde*. 2022. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2022.

MENDES, E. V. *A APS no Brasil. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p., 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 20 setembro 2023.

MENDONÇA, L. L. A importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações e políticas de saúde no programa de saúde da família do município de Porto Alegre. *Rev. Eletrônica Sist. Informação*, [s.l.], v. 7, n. 2, artigo 4, 2008.

MOTTA, A. L. B. *Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro*. 2017. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA, G. I. *et al.* O impacto da pandemia da COVID-19 nos exames de rastreamento do câncer no Brasil: um estudo comparativo dos cânceres de mama, próstata e colo de útero. *J. bras. econ. saúde*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 217–223, dez. 2022. Disponível em: https://jbess.com.br/wp-content/uploads/2022/12/JBES_143-p217-223.pdf. Acesso em: 27 set. 2023.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 66, p. 158–164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2023. *apud* MENDES, E. V. *A APS no Brasil. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 66, p. 158–164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais*. Washington: OPAS, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12813:controle-integral-do-cancerdo-colo-do-utero-guia-de-praticas-essenciais&Itemid=40602&lang=es. Acesso em: 09 set. 2023.

OSTOR, A. G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. A critical review. *Int. Gynecol. Pathol.*, New York, v. 12, n. 2, p. 186-192, 1993 *apud* VIDAL, A. T. *Gestão da incorporação de tecnologias preventivas para o HPV sob a perspectiva da eficácia e efetividade*. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255–276, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2023.

PRIMO, W. Q. S. P.; SPECK, N. M. G.; ROTELI-MARTINS, C. M. Chamada para eliminar o câncer de colo de útero na próxima década com foco no Brasil. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 12-13, 2020.

RAMOS, A. I. *et al.* Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. *Sanare*, Sobral, v. 13, n. 1, p. 84-91, 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437/292>. Acesso em: 21 ago. 2022.

RAMOS, M. C. S. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. *Rev. Direito Admin.*, [s.l.], v. 22, p. 147-165, out./dez. 2005. Disponível em: https://www.pge.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-10/2010-04_O_direito_fundamental.pdf. Acesso em: 21 ago. 2022.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00183118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183118>. Acesso em: 21 ago. 2022.

RIBEIRO, C. M.; CORREA, F. M.; MIGOWSKI, A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. *Epidemiol. serv. saúde*, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. e2021405, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100010>. Acesso em: 20 ago. 2022.

RIBEIRO, C. M.; SILVA, G. A. E. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015*. *Epidemiol. serv. saúde*, Brasília, DF, v. 27, n. 1, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100004>. Acesso em: 20 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). DATA.RIO. *População residente estimada e projetada, por sexo e grupos etários do Brasil, Estado do RJ e Município do Rio de Janeiro entre 1980/1991/2000-2065*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/4270f14453ed4e6ea8407b5b53f28df5/about>. Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Armazém de dados. *Mapa do Município do Rio de Janeiro por Área Programática*. 2015. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs_Mapa. Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Divisão de Controle e Avaliação (DICA). *Mapa do Município do Rio de Janeiro por bairros - área programática (AP) 5.1*. Rio de Janeiro, 2022a.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (Org.). *Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado*. 3. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: SMS, 2021. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229_\(2\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229_(2).pdf). Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. *Enfrentamento do câncer do colo de útero e do câncer de mama: orientações para agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: SMS, 2022b. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_EnfrentamentoCancerColoUteroMama_PDFDigital_20221101_\(2\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_EnfrentamentoCancerColoUteroMama_PDFDigital_20221101_(2).pdf). Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Indicadores. Disponível em: https://subpav.org/aps/indicadores_sisab. Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Ofício Circular PG/9/2016, p. 5. Rio de Janeiro: SMS, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/linhas_de_cuidado_do_cancer.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Ofício Circular N 035/2021/ SUBPAV de 24 de novembro de 2021. Disponível em: https://subpav.org/download/oficios/Oficio_Circular_35_2021_SUBPAV.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Plano Municipal de Saúde 2009-2013*. Rio de Janeiro: SMS, 2009. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANJOSE, S. *et al.* Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet, Infect. dis.*, New York, v. 7 n.7, p. 453-459, jul. 2007.

SASIENI, P. Cervical cancer prevention and hormonal contraception. *Lancet*, London, v. 370, n. 9599, p. 1591-1592, Nov. 2007. Disponível em: <http://lib.ajaums.ac.ir/booklist/55435.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

- SILVA, G. A. *et al.* Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. e 00041722, 2022. DOI:10.1590/0102-311XPT041722.
- SILVA, I. N. C. J. A. G. *Sistema de informação do câncer (Siscan)*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
- SILVA, M. M. Estratégia saúde da família: um olhar no modelo de organização da atenção básica no Brasil. *Revista EDUC*, Duque de Caxias, v. 06, n. 2, jul./dez. 2019. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.
- SORANZ, D. R. P. *Reforma da Atenção Primária em Saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado*. 2017. 137 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>. Acesso em: 20 set. 2023.
- SOUSA, G. A. D. *et al.* Linha de Cuidado Do Câncer Do Colo Do Útero No Amazonas: Uma Análise Da Prevenção Ao Tratamento de Lesões Precursoras. *Rev. bras. cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, jul. 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1282>. Acesso em: 24 fev. 2024.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, 2002. 726 p.
- SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer J. Clin.*, New York, v. 71, n. 3, p. 209-249, Feb. 2021. DOI: 10.3322/caac.21660.
- TALLON, B. *et al.* Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). *Saúde Debate*, Londrina, v. 44, p. 362–371, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>. Acesso em: 29 set. 2023.
- TOMAZELLI, J.; RIBEIRO, C. M.; DIAS, M. B. K. Cobertura dos Sistemas de Informação dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama no Brasil, 2008-2019. *Rev. bras. cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. e-121544, fev. 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1544>. Acesso em: 24 fev. 2024.
- VIDAL, A. T. *Gestão da incorporação de tecnologias preventivas para o HPV sob a perspectiva da eficácia e efetividade*. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>. Acesso em: 28 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report 2008*. Lyon: 2008. Disponível em: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2008>. Acesso em: 20 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer: Human papillomavirus and related cancers in Brazil. [Nova York]: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>. Acesso em: 20 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estratégia global para acelerar a eliminação do cancro do colo do útero como problema de saúde pública*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em: 25 fev. 2024.

ANEXO – Carta de anuência



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA
FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 2.361/2021
CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A CARTA Nº 0212/CONEP/CNS/2010
CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A RESOLUÇÃO CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para a pesquisadora **Erica Cristina do Nascimento**, da instituição: Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) para realização da pesquisa intitulada "**Recomendações para o controle do câncer de colo uterino na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição..

Carina Pacheco Teixeira
Superintendente de Educação em Saúde
ID: 50005839

Suzi da Silva Faria
Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde
ID: 3969653-7

Rio de Janeiro, 20 de abril de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 20/04/2023, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **Suzy da Silva Faria, Coordenadora**, em 20/04/2023, às 19:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019.



A autenticidade desse documento pode ser conferida no site:
http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **50691271** e o código CRC **A2CDBC9**

Referência: Processo nº SEI - 080001/007417/2023

SEI nº 50691271

Rua México, 128 - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142

Telefone: - www.saude.rj.gov.br