

## Seguimento de Resultados Alterados de Papanicolau nas Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo

Follow-up of abnormal Pap smear results in Basic Health Units in São Paulo

José Luiz Vieira Franco<sup>1</sup>, Brunna Verna Castro Gondinho<sup>2</sup>,  
Jaqueline Vilela Bulgareli<sup>3</sup>, Karine Laura Cortellazzi<sup>4</sup>,  
Luciane Miranda Guerra<sup>5</sup>, Adriana Dantas da Costa<sup>6</sup>,  
Denise da Fátima Barros Cavalcante<sup>7</sup>, Gláucia Maria Bovi Ambrosano<sup>8</sup>,  
Antonio Carlos Pereira<sup>9</sup>.

### Resumo

O câncer de colo do útero, quando diagnosticado precocemente, apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Os objetivos do estudo foram: a) avaliar a proporção de resultados alterados de Papanicolau nas 20 unidades da Região da Supervisão de Saúde da Penha da cidade São Paulo, Brasil; b) diagnosticar os fluxos de acompanhamento corretos nas unidades de saúde e c) averiguar o acompanhamento dos exames alterados nas unidades de saúde. Utilizou-se a verificação dos livros de registro de exames, seu preenchimento correto e a coleta de dados, bem como os resultados destes exames. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, tabelas de distribuição de frequências e análise de correlação de

Spearman. Verificou-se que os indivíduos apresentaram em média 32 anos (intervalo de confiança de 95%), maior prevalência de NIC (Neoplasia Intra Epitelial) I (79,3%) e o tempo entre coleta de exame e diagnóstico final foi de 91 a 123 dias. Encontraram-se apenas nove unidades em conformidade com Protocolos de Seguimento do Ministério da Saúde e, nestas, o tempo entre coleta e diagnóstico final era menor. Concluiu-se que a implantação de protocolos é fator preponderante para um melhor seguimento dos exames alterados de Papanicolau.

**Palavras-Chaves:** Serviços de saúde da mulher, Prevenção e controle, Colo do útero, Teste de Papanicolaou.

<sup>1</sup> Mestrado Saúde Coletiva FOP/UNICAMP, [b.ru1988@hotmail.com](mailto:b.ru1988@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutoranda em Odontologia FOP/UNICAMP, [bvernacondim@hotmail.com](mailto:bvernacondim@hotmail.com)

<sup>3</sup> Pós-doutoranda em Odontologia FOP/UNICAMP, [jaquelinebulgareli@gmail.com](mailto:jaquelinebulgareli@gmail.com)

<sup>4</sup> Docente área bioestatística FOP/UNICAMP, [karinecortellazzi@gmail.com](mailto:karinecortellazzi@gmail.com)

<sup>5</sup> Docente área Psicologia Aplicada FOP/UNICAMP, [lumiranda1302@gmail.com](mailto:lumiranda1302@gmail.com)

<sup>6</sup> Mestrado Saúde Coletiva FOP/UNICAMP, [b.ru1988@gmail.com](mailto:b.ru1988@gmail.com)

<sup>7</sup> Mestrado Saúde Coletiva FOP/UNICAMP, [dradenisecavalcante@gmail.com](mailto:dradenisecavalcante@gmail.com)

<sup>8</sup> Docente área bioestatística FOP/UNICAMP, [glauucia@fop.unicamp.br](mailto:glauucia@fop.unicamp.br)

<sup>9</sup> Docente da área Saúde Pública FOP/UNICAMP, [apereira111@gmail.com](mailto:apereira111@gmail.com)

## Abstract

Cervical cancer is the one with one of the highest potential for prevention and cure. The aim of the study was to: a) assess the proportion abnormal Pap test results in 20 units of Health Supervision in the region of Penha city São Paulo, Brazil; b) diagnose the correct monitoring flows in health facilities; c) investigate the monitoring of exams altered in the health units. We used it for the verification of the existence of tests record books, their correct completion, and data collection time and results of these tests. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution tables and Spearman correlation analysis. It was found that the subjects had an average of 32 years (95% confidence interval), higher prevalence of CIN (Epithelial Neoplasia Intra) I (79.3%) and the time between collection and examination of final diagnosis 91-123 days. They met only nine units in accordance with Tracking Protocols of the Ministry of Health and in these the time between collection and final diagnosis was lower. It was concluded that the implementation of protocols is a major factor for a volley of altered Pap tests.

**Key words:** Health services for women, Prevention and control, Cervix, Pap smear.

## Introdução

O controle do câncer, no Brasil, é um dos grandes desafios enfrentados pelo

atual modelo de assistência. Atualmente, o câncer é um problema de saúde pública mundial, uma vez que, a cada ano, mais de 12,7 milhões de pessoas no mundo são diagnosticadas com câncer e 7,6 milhões de pessoas morrem vítimas dessa doença. Para 2030 são estimados 26 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por ano. No Brasil, entre 2000 e 2007, os investimentos do Ministério da Saúde com a doença aumentaram em 20% ao ano, passando de R\$ 200 milhões para R\$ 1,4 bilhão, em 2007. A estimativa do custo do câncer à economia global em mortes prematuras e invalidez, sem considerar os custos médicos, é equivalente a US\$ 1 trilhão<sup>1</sup>.

De acordo com um relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/Organização Mundial de Saúde - OMS (*World Cancer Report*), elaborado em 2008, o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos, sendo estimado que naquele ano ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos. Isso é devido ao contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, o que afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo, fato que recai, principalmente, sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. Tal pesquisa estimou que, em 2008, metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorrerão nessas localidades<sup>2</sup>.

Desde 2003, a Organização Pan-Americana de Saúde já alertava sobre a situação do câncer cervical na América Latina e no Caribe, pois, ao longo dos últimos 40 anos, as taxas de mortalidade e de incidência não haviam diminuído significativamente como na América do Norte. Do total de mortes por carcinoma de colo de útero mundial, 83,9% ocorreram na América Latina. Este dado pode estar relacionado com programas ineficientes de rastreio em países em desenvolvimento<sup>3</sup>.

Diante de tal contexto, se torna fundamental a elaboração de planejamento estratégico, que inclua ações de prevenção e controle de câncer por meio de medidas efetivas<sup>4,5</sup>, o qual pressupõe informações por meio de um sistema de vigilância estruturado, capaz de fornecer informações sobre a magnitude e o impacto do câncer, assim como a efetividade de programas de controle e de registros de câncer<sup>2</sup>.

Contudo, há de se considerar as diferenças entre os vários tipos de câncer em função de sua letalidade e de sobrevida. Diante disso, para os tumores de maior letalidade, a mortalidade permite uma aproximação do que seria a incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de pele não melanoma, mama feminina, cólon, reto, próstata e incluindo também o câncer de colo do útero<sup>2</sup>.

O câncer do colo do útero se inicia a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos, que geralmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não, impossível. A partir de longa discussão, que culminou com a elaboração do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), o exame de colpocitologia oncótica com a técnica de Papanicolau foi escolhido como o método de rastreio mais efetivo, devido à sua boa relação custo-benefício-efetividade<sup>6-9</sup>. O programa traz, ainda, importante contribuição ao recomendar a ampliação da oferta do método na rede de saúde e a captação precoce de grupos vulneráveis, que podem ser consideradas ações capazes de promover a cura em até 100% dos casos em fases iniciais da doença<sup>10,11</sup>.

Todavia, embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame Papanicolau para detecção precoce do câncer do colo do útero, a doença continua a ser um problema de saúde pública. Isto porque apenas 30% das mulheres se submetem ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta um diagnóstico já na fase avançada em 70% dos casos<sup>12</sup>. Isto reflete na elevação dos custos para a saúde e aumento da demanda por tratamentos, resultando na incidência de novos casos de

câncer de colo de útero a cada ano, sendo que, em 2010, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) divulgou 18,43 novos casos para cada 100 mil mulheres<sup>2</sup>.

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo<sup>3</sup>. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), após consenso sobre as políticas e planos de ação contra o câncer no Brasil, recomenda que a mulher que tem ou já teve vida sexual ativa deve realizar exame preventivo periódico, principalmente na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Esse exame deve ser realizado anualmente e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) revelarem resultado normal, ele pode passar a ser feito a cada três anos<sup>13-14</sup>.

Há casos em que estes procedimentos podem ser realizados previamente à remoção cirúrgica do tumor, seja para diminuí-lo, seja porque não é possível no momento removê-lo. São procedimentos complexos e que requerem serviços especializados, sendo internacionalmente recomendado que aconteçam do começo ao fim, na mesma unidade de saúde. Isto também se aplica aos chamados cuidados paliativos, que são dispensados aos doentes que não têm mais

possibilidade de cura, visando aliviar o sofrimento até a morte<sup>15</sup>.

Durante todo o tempo de tratamento, a paciente deverá fazer vários exames para avaliar a eficácia dos procedimentos adotados, bem como para acompanhamento de seu estado geral de saúde. Grande parte dos procedimentos terapêuticos é dispendioso e requer equipamentos de alta tecnologia. Também é necessário contar com equipes especializadas, com psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, além de vários especialistas médicos. Portanto, tratar de câncer é complexo e caro. Tão mais complexo e caro, quanto mais avançado o estado da doença<sup>16</sup>.

Contudo, existe contradição no tratamento do câncer, pois enquanto a assistência oncológica é de alta qualidade, por outro lado ainda é grande o número de potenciais falhas na continuidade, decorrente de problemas na comunicação entre médicos e prestadores de cuidados, acarretando em planejamento tardio do tratamento e duplicação desnecessária de testes<sup>17</sup>.

Desta forma, a melhora do tratamento do câncer necessita que os gestores desenvolvam estratégias organizacionais para os fatores que afetam a continuidade dos processos do tratamento. Para tanto, sistemas de registro ou de monitoramento são importantes

ferramentas para rastrear os pacientes e seus destinos, sendo tais condições recomendadas como um pré-requisito para a gestão da doença. Assim, o registro permite que a equipe de atendimento possa promover uma ampla gama de serviços como também ser uma forma de medição de desempenho e *feedback*. No entanto, tais sistemas, requerem considerável compromisso institucional e de recursos para a manutenção e atualização, bem como a concepção inicial e implementação<sup>18</sup>.

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer possa ser alcançada pelo rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto, é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes<sup>19</sup>.

A implementação e o desenvolvimento de triagens têm o potencial de reduzir drasticamente a carga de câncer cervical já que o baixo risco nos países desenvolvidos se deve a programas de rastreio eficientes. Pois, antes da introdução de programas de rastreio, as taxas de incidência, na maioria dos países desenvolvidos, foram semelhantes aos encontrados em países em desenvolvimento hoje<sup>20</sup>.

Nas unidades de saúde, os livros de registros possibilitam sua utilização para a localização das usuárias. No entanto, as informações registradas pelos serviços deveriam ser utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades, reorientação das práticas, mas, muitas vezes, os sistemas de informações apresentam qualidade duvidosa, inacessíveis, não padronizadas, e, ainda, de utilidade desconhecida pelos trabalhadores que as produzem rotineiramente. Isso dificulta os processos de avaliação.

Diante disso, o objetivo do estudo foi: a) avaliar a proporção de mulheres com resultados alterados de Papanicolau nas 20 unidades da Região da Supervisão de Saúde da Penha da cidade São Paulo, Brasil; b) diagnosticar as unidades de saúde com fluxos de acompanhamento corretos, determinando o tempo entre a chegada do resultado e seu efetivo diagnóstico e c) averiguar se as unidades estão fazendo o acompanhamento desses exames alterados.

## **MATERIAL E MÉTODO**

### Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, conforme Resolução 196/96, do Ministério da Saúde,

protocolo 412/09-CEP/SMS CAAE:  
0140.0.162.000-09.

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo e retrospectivo, com a utilização de dados secundários de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

#### Área do estudo

O estudo foi realizado na Supervisão Técnica de Saúde Penha, da Coordenadoria de Saúde Sudeste, da cidade de São Paulo, composta por 20 unidades de saúde distribuídas em uma área de 41,4 Km com 475.000 habitantes, sendo 221.000 mulheres e 254.000 homens, sendo ainda 185.000 mulheres com idade entre 25 e 59 anos, principal faixa para controle de câncer de colo de útero.

#### Amostra

As planilhas foram produzidas pelo programa TABWIN, tabulador de dados de uso geral, desenvolvido pelo DATASUS/MS. Esse programa é usado localmente, por permitir aos profissionais da área da saúde a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS. Nas 20 unidades da Supervisão Penha, em 2008, 2009 e 2010, foram realizados 75.077 exames de Papanicolau.

As unidades têm como protocolo de controle de exames alterados anotar em

Seguimento de Resultados Alterados de...

livro próprio todos os exames realizados constando seus resultados.

#### Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo as unidades da região de Supervisão Penha da cidade de São Paulo, que permitiram a pesquisa e que continham os dados requeridos da paciente e dos resultados de exames de Papanicolau. As unidades de saúde com registros incompletos foram excluídas da amostra.

#### Coleta de dados

Foram pesquisados os livros de registro de exames de Papanicolau neste período, sendo que das 20 unidades apenas 15 permitiram a pesquisa, as cinco que não permitiram alegaram que estavam com dificuldades de envio do livro por estar em uso. Destas 15 unidades, seis unidades tinham seus livros incompletos, sem os dados recomendados pelo Ministério da Saúde para compor o Livro de Registro, ou estavam faltando livros, ou ainda estavam sem anotações necessárias para a pesquisa, restando apenas nove unidades.

No presente trabalho, calculou-se a cobertura de exames Papanicolau na população feminina, na idade recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>13</sup> (25 a 59 anos) e por vários autores em estudos de revisão sistemática<sup>14</sup>.

Inicialmente foi analisado o tempo decorrido da data da coleta até a chegada do resultado (Tempo 1), depois verificou-se quanto tempo levou para que o exame fosse entregue a paciente em consulta (Tempo 2), outro tempo avaliado foi o tempo após esta consulta até a consulta de referência para exame de colposcopia (Tempo 3). Esses tempos foram obtidos através do Sistema de Acompanhamento Ambulatorial (SIGA), implantado na Prefeitura de São Paulo para administrar toda a rede de serviços.

Após a realização da colposcopia, caso fosse necessário, a paciente era encaminhada para referências hospitalares. Para isso, foi preciso aguardar que o sistema de regulação conseguisse vaga. Este tempo não foi possível checar pela impossibilidade de encontrar registros deste encaminhamento. A paciente somente retornava para as unidades de saúde por ocasião de necessitar de alguma outra consulta.

Sabendo que a evolução pode ser rápida, esse estudo verificou quanto tempo se dava entre a chegada do resultado positivo até a efetiva resolução do caso.

#### Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, tabelas de distribuição de frequências e análise de correlação de Spearman.

### **RESULTADOS**

Inicialmente foram verificadas quais unidades básicas enviaram seus livros e quais estavam com o preenchimento correto. Pôde-se observar que das 20 unidades da Supervisão da Penha apenas 15 (75%) enviaram seus livros de controle de Papanicolau. Dessas, somente 9 (45%) estavam em condições de serem incluídas no estudo, por conterem os dados requeridos da paciente e do resultado.

Na tabela 1 é apresentada a população das unidades, o número de exames colhidos e o coeficiente de cobertura de exames de Papanicolau de cada unidade. Este coeficiente é calculado dividindo o total de exames colhidos na faixa etária de 25 a 59 anos, pela população da área de abrangência da Unidade.

Tabela 1: População, quantidade de exames coletados na faixa etária e Coeficiente de Cobertura nos anos de 2008, 2009 e 2010 (TABWIN).

UNIDADES	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA
	2008	2008	2009	2009	2010	2010
AMB	2.192	0,25	2007	0,23	2040	0,23
CR DST/AIDS	219	*	276	*	285	*
UBS 1	1.317	0,22	1227	0,20	1164	0,19
UBS 2	1.908	0,14	2194	0,16	2149	0,16
UBS 3	989	0,05	1428	0,07	1139	0,06
UBS 4	0	**	128	**	466	**
UBS 5	1.357	0,23	1472	0,25	1532	0,26
UBS 6	1.943	0,54	2614	0,72	2394	0,66
UBS 7	1.019	0,17	1642	0,27	1301	0,22
UBS 8	1.441	0,26	1815	0,32	1423	0,25
UBS 9	729	0,11	825	0,12	805	0,12
UBS 10	699	0,35	597	0,30	831	0,41
UBS 11	1.017	0,43	1033	0,44	1104	0,47
UBS 12	1.571	0,30	3051	0,58	1677	0,32
UBS 13	944	0,14	892	0,13	1033	0,15
UBS 14	439	0,07	693	0,11	1162	0,18
UBS 15	1.007	0,12	1275	0,15	1189	0,14
UBS 16	1.421	0,39	1456	0,40	1170	0,32
UBS 17	851	0,07	877	0,07	657	0,06
UBS 18	1.354	0,23	1091	0,19	1422	0,24
	23.519	0,18	26615	0,21	24943	0,19

\*Unidade de referencia sem área de abrangência.

\*\*Unidade nova sem área total ainda.

Observa-se, nessa tabela, o número de exames colhidos nas mulheres de 25 a 59 anos, de cada unidade. Com estas informações, calculou-se o coeficiente de cobertura de exames de Papanicolau de cada unidade, nos seguintes anos, 2008, 2009 e 2010.

Com os dados da Tabela 2, calculou-se o índice de cobertura de cada unidade de saúde. Este coeficiente é calculado

dividindo o total de exames colhidos na faixa etária de 25 a 59 anos, pela população da área de abrangência da Unidade. Nota-se que o Coeficiente de Cobertura Total variou de 0,18 (2008) a 0,21(2009), sendo que o valor preconizado pelo SISPACTO-(Sistema de Pactuação de uma série de indicadores de saúde) é de 0,20. Portanto, em 2008, o índice esteve ligeiramente abaixo do preconizado, ultrapassando em



2009 e novamente declinando em 2010. Ainda, verificou-se que algumas unidades mantiveram seu baixo índice de cobertura nos 3 anos pesquisados (UBS 3 e 18), enquanto outras tem um índice alto em todos estes anos (UBS 6, 11 e 16).

Na tabela 2, são apresentadas todas as variáveis analisadas. Observa-se que a idade média dos indivíduos ficou em 32,3 anos (IC = 30,8 - 33,7). O tempo entre a

coleta e chegada do resultado está na média de 34,3 dias (IC95%=32,9 - 35,3). O tempo entre chegada do resultado e consulta ficou em 6,4 dias, na média (IC95%=5,9 - 6,9). O tempo entre consulta e realização do exame com média de 64,4 dias, (IC95%= 62,1 - 66,7). O tempo total da coleta até o exame foi, em média, de 105 dias, (IC95%=102,3 - 107,6).

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis analisadas (idade, tempo de coleta, consulta e consulta médica e o tempo total).

Variáveis	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança 95%
Idade (anos)	32,3	12,9	30,8-33,7
Tempo entre coleta e chegada do resultado (dias)	34,3	9,9	32,9-35,3
Tempo entre a chegada do resultado e consulta (dias)	6,4	4,2	5,9-6,9
Tempo entre a consulta com médico e realização do exame (dias)	64,4	20,3	62,1-66,7
Tempo total da coleta até o exame (dias)	105	23,6	102,3-107,6

Na tabela 3, são apresentadas as frequências de resultados dos exames em função do resultado do exame. Observa-se que dos 300 exames compilados, 238 (79,3%) foram NIC I, 34 (11,3%) foram NIC II III e 12 (4%) NIC II e sendo apenas 1 (0,30%) carcinoma.

**Tabela 3.** Tabela de distribuição de frequências dos resultados dos exames.

Resultado	Frequência	Porcentagem
NIC* I	238	79,30%
NIC II	12	4,00%
NIC III	8	2,70%
NIC I II	4	1,30%
NIC I III	3	1,00%
NIC II III	34	11,30%
CARCINOMA	1	0,30%

\*NIC- Cervical Intraepithelial Neoplasia (Neoplasia Intra-Epitelial Cervical)

Na tabela 4, são apresentadas as médias e desvios padrão das idades e tempos entre as consultas e tempo total em função do resultado do exame. De acordo com esta tabela, a idade média da amostra com o resultado NIC I foi de 32,0 anos, com um tempo de chegada médio de 34,7 dias, tempo para consulta de 6,7 dias e tempo para exame de 64,9 dias, tendo um tempo total médio de 106,1 dias.

A idade média para NIC II III foi de 33,4 anos, com um tempo de chegada médio de 31 dias, tempo para consulta de 42,0 dias e tempo para exame de 55,9 dias, com tempo total de 91,1 dias. A média de idade da amostra com resultado NIC II foi de 29,2 anos, com um tempo de chegada de exame de 40,8 dias, tempo médio para consulta de 7,8 dias e tempo para exame de 75,0 dias com tempo total de 123,6 dias.

**Tabela 4.** Média (desvio padrão) das variáveis em função do resultado do exame.

Resultado (frequência)	Idade (anos)	Tempo 1 (dias)	Tempo 2 (dias)	Tempo 3 (dias)	Tempo total (dias)
NIC I (n=238)	32,0 (13,3)	34,7 (13,3)	6,7 (4,3)	64,9 (20,7)	106,1 (23,8)
NIC II (n=12)	29,2 (9,6)	40,8 (11,0)	7,8 (5,1)	75,0 (12,5)	123,6 (18,4)
NIC III (n=8)	40,5 (14,0)	30,5 (10,0)	7,1 (3,8)	78,0 (11,2)	115,6 (12,6)
NIC I II (n=4)	24,5 (4,2)	29,8 (6,4)	6,8 (6,2)	52,0 (15,0)	88,5 (15,6)
NIC I III (n=3)	43,7 (4,6)	28,3 (2,9)	5,0 (1,7)	58,7 (13,3)	92,0 (12,1)
NIC II III (n=34)	33,4 (11,5)	31,0 (4,4)	4,2 (2,9)	55,9 (18,6)	91,1 (19,6)
Carcinoma (n=1)	30,0 (-)	41,0 (-)	2,0 (-)	55,0 (-)	98,0 (-)

Tempo 1: tempo entre coleta e chegada do resultado; Tempo 2: tempo entre a chegada do resultado e consulta (dias); Tempo 3: tempo entre a consulta com medico e realização do exame (dias); Tempo total: tempo total da coleta ate o exame (dias).

Pela análise de Spearman, nesta tabela, verificamos que não houve uma correlação significativa entre a gravidade do resultado e o tempo entre etapas.

## DISCUSSÃO

Alguns estudos demonstram que a efetividade no controle do câncer de colo do útero depende de elevados índices de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas<sup>21-25</sup>.

Durante esta pesquisa, ficou clara a não utilização de ferramentas colocadas nas unidades pela Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP, como o Sistema de Gestão Ambulatorial - SIGA, o livro de registro de exames realizados e o livro de controle de resultados alterados.

Apesar de, desde 2004, a Supervisão Técnica de Saúde Penha colocar a coleta de Papanicolau como Meta Anual de trabalho, algumas unidades deixam o controle e acompanhamento para um segundo plano, sob a alegação de falta de recursos humanos. Com o uso do sistema SIGA, seria possível o controle sobre informações das pacientes, necessárias para o acompanhamento, mas somente em 2011(sistema implantado em 2006) houve um maior entendimento da necessidade destes registros.

Quanto ao tempo entre exame e consultas, verificou-se que está dentro de um prazo considerado normal, baseado em verificações de demanda e disponibilidade de oferta de consulta no Sistema SIGA,

apesar de 123,6 dias, entre coleta e definição do caso, ser um tempo alto.

O Ministério da Saúde sugere que devem constar do livro de registro os seguintes dados: nome da paciente, com apelido quando houver; idade; endereço completo e ponto de referência; nome da mãe; número do telefone quando possível; data da coleta do material para o exame; resultado do exame; data agendada para retorno; e encaminhamento à Unidade de Referência, se necessário <sup>26</sup>, contudo, isso não foi verificado em diversas unidades avaliadas neste estudo.

Diante disto, o exame citopatológico do colo uterino, é considerado como o método de rastreamento mais bem-sucedido na história da medicina, sendo sua efetividade dependente de uma sequência de eventos, ressaltando a importância de todas as etapas envolvidas, desde a captação das mulheres, a coleta do material para o exame, o transporte e processamento das lâminas, a identificação das lesões, à entrega dos resultados, o tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados, onde estas devem acontecer de forma sincronizada e com a máxima qualidade. E advertem que qualquer falha neste processo pode comprometer o impacto do rastreamento <sup>27</sup>. Ao considerar os "Indicadores de Qualidade de cuidados de saúde" no modelo de DONABEDIAN<sup>28</sup>, verifica-se uma falha no componente

“estrutural”, quando da não utilização do livro de registro de exames realizados e do livro de controle de resultados alterados, pois o *sistema de informação* não é alimentado, acarretando em prejuízo no rastreamento e cuidados de saúde de tais pacientes.

Assim, para que o processo de prestação de cuidados aos pacientes seja eficaz, é necessário controlar as interfaces entre processos e envolver todos os atores, como uma rede interligada e com a responsabilidade de entregar um atendimento e serviço com alta qualidade<sup>29</sup>.

Em um estudo retrospectivo <sup>30</sup>, foi avaliada a prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP, realizou um levantamento de prontuários, considerando o período de julho de 2001 a julho de 2003, tendo como o público alvo 681 mulheres que tinham pelo menos 20 anos de idade e que fossem sexualmente ativas. Observou-se associação entre a realização da coleta do exame e a faixa etária mais jovem. O grupo de mulheres dos 20 aos 34 anos foi o que apresentou a melhor cobertura (48,9%) e o de 50 a 64, a pior (19,4%).

As afirmações dos grupos de trabalho da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer, corroboram com as condutas do Programa de Combate ao Câncer de colo de Útero (PCCCU) do

Brasil, quando descrevem que programas organizados não devem incluir mulheres com idades inferiores a 25 anos, justificando haver uma vantagem mínima na inclusão destas nos programas de rastreamento. Argumentam, ainda, que esta inclusão levaria a um aumento na quantidade de exames realizados e tratamento de inúmeras lesões precursoras, das quais muitas, provavelmente, sofrerão processo de regressão, além de causar ansiedade excessiva entre as mulheres afetadas e pouco efeito sobre a morbidade por câncer de colo do útero.

Pelos dados coletados neste estudo, a cobertura de exames está dentro da faixa preconizada nos protocolos do Ministério da Saúde, como também os tempos entre consultas estão dentro do que o sistema, hoje, é capaz de fornecer.

Deve-se pensar que não apenas a realização de mais exames nas faixas de idade recomendadas seria a solução para diminuição da mortalidade por esta patologia, mas que o que deve ser feito após o resultado alterado é determinante no sucesso, pois enquanto se aumenta a coleta para prevenir casos mais avançados, aumenta-se também a descoberta de resultados alterados.

Contudo, o aumento da realização do exame citopatológico pela população feminina não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. Para o sucesso

do programa de rastreamento é necessário que as mulheres examinadas recebam tratamento adequado, pois há evidências de que uma quantidade significativa de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a realizá-la, e que o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento <sup>31</sup>. Decorrente disto, a Supervisão Técnica de Saúde Penha tem por obrigação agir, pois o problema já está instalado e basta que todo o sistema entenda que depois de instalado o problema, o fator crucial é a rapidez na solução.

Com esta afirmação, pode-se dizer que existe uma necessidade urgente de se normatizar o sistema de controle e acompanhamento dos exames de Papanicolau, para não incorrerem em gastos excessivos em mulheres em idades que não seriam acometidas pela patologia e deixarmos de dar a atenção aos grupos mais suscetíveis.

Os dados deste estudo sugerem a necessidade de reorganização das ações de controle do câncer do colo do útero na Supervisão Técnica de Saúde Penha, no sentido do aumento da cobertura, da busca ativa da população que sofre maior risco e da realização de seguimento nos casos alterados, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Também fica claro que não basta ter tecnologias de última geração se o sistema

como um todo não evoluir também, deixando o fazer pelo simples aumento de números e produção e começar a qualificar esta produção, direcionando suas energias nos grupos e ações mais específicas, procurando trabalhar o dado com um olhar epidemiológico acentuado.

Desse modo, a adoção de medidas preventivas e detecção precoce do câncer de colo de útero, passa a desempenhar um papel importante na redução da mortalidade. Agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a Agência para regulamentação de medicamentos americana - *Food and Drug Administration* (FDA) /U.S., e brasileira - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovaram, para comercialização, a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra HPV pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero <sup>32</sup>.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, para obter-se redução na mortalidade por câncer do colo do útero, recomenda-se que os programas de detecção precoce estejam associados a taxas de cobertura de 80% da população-alvo <sup>33</sup>. Estima-se que esta cobertura esteja

Seguimento de Resultados Alterados de...

associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50% <sup>34</sup>.

Portanto, além de maior cobertura de exames, deve-se agir para dar soluções dos casos alterados, pois quanto mais exames, maior probabilidade de mais resultados alterados e cada vez mais a capacidade de reação estará comprometida, engessada.

A solução para melhorar este acompanhamento, passa pelo entendimento de que não basta aumentar números, mas sim dar solução ao que for encontrado, pois, a partir do diagnóstico, tem-se que dar soluções práticas e rápidas a todas as demandas.

Deve-se, também, considerar a relação de interdependência entre as ações de promoção da saúde para a prevenção desta neoplasia, destacando-se, aí, a necessidade do controle, em nível local, das coletas realizadas, seguimento das mulheres examinadas e adequação das estratégias de sensibilização das mulheres para a realização do exame de Papanicolau, portanto um trabalho intersetorial.

Nesta pesquisa perceberam-se algumas limitações no cálculo da cobertura, pois os dados disponíveis não permitiram examinar somente as mulheres do grupo de risco conforme determinação do Ministério da Saúde. Além disso, não foi possível garantir que cada exame coletado fosse de

uma mulher ainda não examinada ou de uma mulher que estava repetindo o exame.

Essas limitações corroboram com a Portaria n°. 2.394, de 19 de dezembro de 2003, do Ministério da Saúde<sup>35</sup>, que traz o fato do numerador abranger somente o universo de exames de mulheres (desse grupo etário) atendidas em unidades vinculadas ao SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde. Acrescenta-se, ainda, que esse indicador não reflete adequadamente o direcionamento dessa política de saúde à população-alvo pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher.

Após os 25 anos, a incidência aumenta até atingir um pico, aos 35-40 anos, em populações de incidência moderada, ou cerca de 10 anos mais tarde, em populações de alta incidência. Após os 60 anos ou mais, pode ocorrer declínio na incidência. Portanto, em relação às mulheres que aos 65 anos tiverem pelo menos dois resultados de exames citopatológicos negativos nos últimos dez anos em um programa de rastreamento organizado, estas poderão deixar de ser rastreadas<sup>14,36</sup>.

## **Conclusão**

Esta pesquisa levanta a reflexão acerca da importância da readequação dos

livros de registro, a fim de permitir um controle uniforme em todas as unidades, bem como a realização do exame na faixa etária e frequência preconizada e o uso adequado da ferramenta SIGA para registros dos dados. Assim, recomenda-se que todas as unidades de saúde estabeleçam, dentro de suas prioridades, um programa que incentive o exame citopatológico, fato que facilita o acesso às mulheres e organiza seus registros com dados que serão relevantes para futuros estudos, bem como intensifica a entrega dos resultados, que deverão ser liberados no menor tempo possível.

Concluiu-se, ainda, que a implantação de protocolos é fator preponderante para um melhor seguimento dos exames alterados de Papanicolau e o não preenchimento dos mesmos indica uma falha “estrutural” que afetará os cuidados de saúde.

## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Declaração Mundial Contra o Câncer. INCA; 2015. [página na Internet]. [acessado 2015 ago 25]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/internacional/declaracao\\_mundial\\_contra\\_cancer](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/internacional/declaracao_mundial_contra_cancer)
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Incidência do Câncer no Brasil. INCA; 2009. [página na Internet]. [acessado 2011 mai 20]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa\\_2010\\_incidencia\\_cancer.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf)
3. Pan American Health Organization (OPAS). A Situational Analysis of Cervical Cancer Latin America & the Caribbean. OPAS; 2004 [página na Internet]. [acessado 2011 mai 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165994/1/92%2075%2012531%207.pdf?ua=1>
4. Bulgareli JV, Diniz OCCF, Faria ET, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Cien Saud Col* 2013; 18(12):3461-3473.
5. Ohira RHF, Junior LC, Nunes EFPA. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Cien Saud Col* 2014; 19(11):4439-4448.
6. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(8): 485-492.
7. Caetano R, Vianna CMM, Thuler LC, Girianelli V. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer do colo uterino no Brasil. *Physis* 2006;16(1):99-118.
8. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. *Rev Bras Canc* 2006; 52(2): 197.
9. Andrade SSC, Silva FMC, Silva MSS, Oliveira SHS, Leite KNS, Sousa MJ. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. *Cien Saud Col* 2013; 18(8):2301-10
10. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(4): 387-90.
11. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publ* 2010; 26(5):1045-50.
12. Ramos NPD, Amorim JÁ, Lima CEQ. Uterus cancer: influence of the suitability of the cervical sample on the result of cytological test. *Rev Bras Anal Clin* 2008; 40(3):215-8.
13. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer do Brasil: INCA; 2011. [página na Internet]. [acessado 2011 ago 17]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf).
14. Castro B, Ribeiro DP, Oliveira J, Pereira MB, Sousa JC, Yaphe J. Rastreamento do câncer do colo do útero: limites etários, periodicidade e exame ideal: revisão da evidência recente e comparação com o indicador de desempenho avaliado em Portugal. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4): 1113-22.
15. Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP). Boletim CEInfo Impacto do câncer no Município de São Paulo. São Paulo: PMSP, 2009. [página na Internet]. [acessado 2009 nov 20]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_ImpactodoCancer.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_ImpactodoCancer.pdf).
16. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. INCA, 2011. [página na Internet]. [acessado 2011 ago 17]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF).



17. Fennell ML, Das IP, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010; 40: 72-80.
18. Zapka JG, Taplin SH, Solberg LI, Manos MM. A framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12(1):4-13.
19. Arantes RC. *A realização do exame papanicolaou em Paracatu-MG: análise do período 2004 a 2006*. [dissertação]. Franca (SP): Universidade de Franca; 2009.
20. Sankaranarayanan R; Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: The size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20 (2): 207-25.
21. Amorim VMSL, Chester MBAB, César LG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolau: um estudo de base populacional no Município de Campinas. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2329-2338.
22. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saude Publica* 2001;17(4): 909-14.
23. Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(Supl. 2): 397-403.
24. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. *Rev Lat Am Enferm* 2006; 14(4):503-9.
25. Zeferino LC, Costa AM, Morelli MGLD, Tambascia J, Panetta K, Pinotti JA. Programa de detecção do câncer do colo uterino de Campinas e região: 1968-1996. *Rev Bras Cancerol* 1999; 45(4):25-33.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: MS; 2013. [página na Internet]. [acessado 2013 ago 17]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlcancerescolo utero 2013.pdf>.
27. Thuler LCS, Zardo LM, Zeferino LC. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. *J Bras Patol Med Lab* 2007;43 (2):103-14.
28. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.
29. El Haj HI, Lamrini M, Rais N. Quality Of Care Between Donabedian Model And Iso9001v2008. *International Journal For Quality Research* 2013; 7(1): 17-30.
30. Ribeiro LP, Maradei CM, Silva CL, Tombolato RM, Vieira EM. Prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto. *Rev Atenção Primária à Saude* 2004; 7(2): 91-5.
31. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 5 (30): 213-15.
32. Vidal MLB. *Efeitos adversos tardios subseqüentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Câncer; 2008
33. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Indicadores de Salud: *Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud*. Boletín Epidemiológico. OPAS; 2001. [página na Internet]. [acessado 2011 ago 17]. Disponível em: [http://www1.paho.org/spanish/sha/eb\\_v22\\_n4.pdf](http://www1.paho.org/spanish/sha/eb_v22_n4.pdf)
34. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Falando sobre câncer do colo do útero. Brasília: INCA; 2002. [página na Internet]. [acessado 2011 mai 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo utero.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo utero.pdf)
35. Brasil. Portaria Nº 2.394 de 19 de dezembro de 2003. Brasília: MS; 2003. [página na Internet]. [acessado 2015 ago17]. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2004/portaria2394.pdf>

36. International Agency for Research on Cancer (IARC). Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. *Br Med J* 1986;13 (293): 659–664.

Recebido: 25.03.2018

Revisado: 20.07.2018

Aprovado: 27.11.2018

Seguimento de Resultados Alterados de...

#### **Participação dos autores:**

FRANCO, JLV trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto.

GONDINHO, BVC trabalhou na concepção teórica e elaboração e redação final do texto.

BULGARELI, JV trabalhou na concepção teórica e elaboração e redação final do texto.

CORTELLAZZI, KL trabalhou na concepção teórica e elaboração e redação final do texto.

GUERRA, LM trabalhou na concepção teórica e elaboração e redação final do texto.

COSTA, AD trabalhou na concepção teórica, coleta de dados.

CAVALCANTE, DFB trabalhou na concepção teórica elaboração e redação final do texto.

AMBROSANO, GMB trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto.

PEREIRA, CA trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto.