

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

TATIANA DA SILVA VAZ PATERRA

**Avaliação do seguimento de mulheres com alterações no exame citopatológico
do colo do útero**

Ribeirão Preto

2018

TATIANA DA SILVA VAZ PATERRA

**Avaliação do seguimento de mulheres com alterações no exame citopatológico
do colo do útero**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

P296a Paterra, Tatiana da Silva Vaz
Avaliação do seguimento de mulheres com alterações no exame citopatológico do colo do útero. Tatiana da Silva Vaz
Paterra. -- Ribeirão Preto, 2018
87 p.: il. ; quad.: tab.: fig.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco

1. Colo Uterino - Câncer. 2. Tumores. 3. Saúde Pública. I. Panobianco, Marislei Sanches. II. Título.

CDD: 618.146

Nome: PATERRA, Tatiana da Silva Vaz

Título: Avaliação do seguimento de mulheres com alterações no exame citopatológico do colo do útero

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovada em/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho a todas as mulheres que, de forma direta ou indireta,
contribuíram para a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer em cada momento necessário. Muito obrigada por ajudar na conquista de um sonho!

Aos meus pais, Divino e Helena, meu irmão Tailon e minha tia Fernanda, por estarem sempre presentes em minha vida.

Ao meu companheiro, Fernando, pela paciência, apoio, incentivo e pela compreensão em todos momentos que precisei estar ausente.

À minha orientadora, Profa. Marislei Sanches Panobianco, pela oportunidade de aprendizado, paciência, pelas correções, sugestões, críticas e por contribuir com meu crescimento pessoal e profissional.

À Profa. Thais de Oliveira Gozzo, por todos os ensinamentos e valiosas dicas, que contribuíram para esta pesquisa.

À Profa. Clicia Valim Cortes Gradim, pela participação no meu exame de qualificação e pelas importantes contribuições.

À Dra. Silvana Quintana, pelos conhecimentos compartilhados, por contribuir com esta pesquisa, e pela oportunidade de conhecer a excelência do seu trabalho com as mulheres com alteração no exame citopatológico do colo do útero.

À Secretaria Municipal de Saúde município de Batatais (SP), pelo apoio e colaboração para meu ingresso no mestrado e nos momentos que precisei participar das atividades da pós-graduação.

Às Unidades de Saúde do município de Batatais (SP), principalmente a Equipe de Saúde da Família II, pelo incentivo, paciência e colaboração nos momentos que precisei me ausentar.

A todos os funcionários do Hospital de Câncer de Ribeirão Preto - Sobecan, em especial ao Dr. Guilherme Luna Martinez, Wilian e Rafaela, pela receptividade, colaboração e auxílio, essenciais para a coleta de dados.

À minha grande amiga Aline, pelo incentivo para que eu pudesse entrar no mestrado, pela amizade, pelo ombro amigo, em momentos necessários, que foi essencial nessa etapa da minha vida.

À minha amiga Elisa, pela companhia, por me ouvir e aconselhar nas horas que mais precisei.

À minha amiga Vanessa, pela amizade, e por tantas dicas importantes para meu ingresso na pós-graduação.

À minha amiga Suelen, que mesmo longe conseguiu oferecer o apoio necessário que eu precisava.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), e à Universidade de São Paulo (USP) pela oportunidade de enriquecer meu conhecimento nessa trajetória.

A todas as mulheres que participaram desta pesquisa.

A todos, que de alguma forma acompanharam minha caminhada e torceram para que fosse possível conquistar esta etapa. Muito obrigada!

“Sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma para reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais belas sementes no terreno de sua inteligência”.

Augusto Cury

RESUMO

PATERRA, T. S. V. **Avaliação do seguimento de mulheres com alterações no exame citopatológico do colo do útero.** 2018. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O câncer do colo do útero tem alta incidência e ainda causa muitas mortes entre mulheres brasileiras. O objetivo deste estudo foi avaliar o seguimento de mulheres com exames citopatológicos alterados, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município brasileiro. Trata-se de estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo. Foram selecionadas 175 mulheres com exames alterados, realizados entre 2006 a 2014, a partir de dados oriundos do Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero (SISCOLO), do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), e livros de registros. Foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil e cor); clínicas (resultados de exames e procedimentos clínicos realizados); de seguimento (conduta adotada pelos profissionais de saúde frente ao resultado de exame alterado); intervalos temporais (tempo entre a coleta do exame e retorno para verificação do resultado, tempo de repetição do exame, tempo para realização da colposcopia e biópsia; tempo entre o encaminhamento da APS e a primeira consulta no serviço de referência). Utilizou-se a análise descritiva com distribuição percentual das variáveis categóricas, medidas de tendência central e valores de dispersão para variáveis contínuas. As condutas imediatas dos profissionais frente ao exame alterado, foram avaliadas de acordo com a Diretriz Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, vigente na data de coleta do exame. O índice de positividade dos exames foi baixo (1,5%) podendo indicar resultados falsos-negativos. A média de idade das mulheres foi de 43 anos, sendo 82,86% brancas. Mais de 85% não possuía informações registradas em prontuário sobre estado civil e escolaridade. Cerca de 90% retornou para verificar o resultado do exame com intervalo de tempo em torno de 42 dias. Verificou-se que 86% dos profissionais adotaram a conduta preconizada para ASC-US e LSIL. No entanto, a temporalidade de repetição do exame foi adequada em apenas 10% dos casos avaliados. Adicionalmente, 76% dos profissionais adotaram a conduta preconizada (solicitação de colposcopia) para outros resultados (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HSIL não podendo excluir microinvasão). O tempo

entre a data do encaminhamento e realização da colposcopia e biópsia foi de 40 e 50 dias, respectivamente. O tempo entre o encaminhamento da APS e a primeira consulta no serviço de referência apresentou mediana de 21 dias. Assim, a estrutura de seguimento de mulheres com alterações do exame citopatológico, a partir da APS, foi avaliada como adequada. A conduta dos profissionais de saúde, frente aos resultados alterados de exame citopatológico, foi adequada, na maioria dos casos avaliados, assim como o tempo entre as diferentes etapas de seguimento. A periodicidade de repetição do citopatológico foi inadequada. O rastreamento é oportunístico; algumas mulheres apresentaram perfil sugestivo de super-rastreamento, enquanto outras podem estar com a coleta em atraso ou nunca ter realizado o exame; constatou-se baixa cobertura do exame, índice de positividade baixo, alimentação inadequada dos sistemas de informação e registro inadequado de informações no prontuário. Evidenciaram-se, portanto, aspectos do seguimento que podem ser aprimorados, visando à redução de iniquidades de acesso, incremento do diagnóstico precoce do CCU e favorecimento de bom prognóstico clínico dessas mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Programas de Rastreamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

PATERRA, T. S. V. **Evaluation of the follow-up of women with alterations in the cytopathological examination of the cervix.** 2018. 87f Dissertation (Master Degree) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Cervical cancer has a high incidence and still causes many deaths among Brazilian women. The objective of this study was to evaluate the follow-up of women with altered cytopathological exams from the Primary Health Care (PHC) of a Brazilian municipality. It is a quantitative, retrospective, descriptive study. 175 women with altered exams carried out between 2006 and 2014 were selected, based on data from the Cervical Cancer Information System (SISCOLO), the Cancer Information System (SISCAN), and records books. Sociodemographic variables (age, schooling, marital status and color) were analyzed; clinics (results of exams and performed clinical procedures); follow-up (conduct adopted by health professionals regarding the altered examination result); time intervals between the collection of the examination and return for verification of the result, time to repeat the examination, time to perform the colposcopy and biopsy, time between the referral of the PHC and the first consultation in the referral service). Descriptive analysis with a percentage distribution of categorical variables, central tendency measures and dispersion values for continuous variables were used. The immediate conduct of the professionals in face of the altered examination were evaluated according to the National Guideline for the Screening of Cervical Cancer, in effect on the date of collection of the exam. The positivity index of the exams was low (1.5%) and may indicate false-negative results. The mean age of the women was 43 years, being 82.86% white. More than 85% did not have information recorded in medical records on marital status and schooling. About 90% returned to check the result of the exam with a time interval of around 42 days. It was verified that 86% of the professionals adopted the recommended course for ASC-US and LSIL. However, the timing of repetition of the exam was adequate in only 10% of the evaluated cases. In addition, 76% of the professionals adopted the recommended conduct (colposcopy request) for other results (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL and HSIL not being able to exclude micro invasion). The time between the date of referral and performance of the colposcopy and biopsy was 40 and 50 days, respectively. The time between the

PHC referral and the first referral visit had a median of 21 days. Thus, the follow-up structure of women with alterations in the cytopathological examination, from the PHC, was evaluated as adequate. The conduct of the health professionals, in face of the altered results of a cytopathological examination, was adequate, in most of the evaluated cases, as well as the time between the different stages of follow-up. The cytopathological recurrence periodicity was inadequate. Tracking is opportunistic; some women presented a profile suggestive of over tracking, while others may be overdue on collection or have never taken the test; low test coverage, low positivity index, inadequate feeding of information systems and inadequate recording of information in the medical record were found. Therefore, aspects of the follow-up that can be improved, aimed at reducing access inequalities, increasing the early diagnosis of CC and favoring a good clinical prognosis of these women.

Keywords: Neoplasms of the Cervix. Tracking Programs. Primary Health Care.

RESUMO

PATERRA, T. S. V. **Evaluación del seguimiento de las mujeres con alteraciones en el examen citopatológico del cuello del útero.** 2018. 87f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El cáncer de cuello de útero tiene alta incidencia y aún causa muchas muertes entre mujeres brasileñas. El objetivo de este estudio fue evaluar el seguimiento de mujeres con exámenes citopatológicos alterados, a partir de la Atención Primaria a la Salud (APS) de un municipio brasileño. Se trata de un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo. Se seleccionaron 175 mujeres con exámenes alterados, realizados entre 2006 a 2014, a partir de datos provenientes del Sistema de Información del Cáncer del Cuello del útero (SISCOLO), del Sistema de Información del Cáncer (SISCAN), y libros del registros. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y color); clínicas (resultados de exámenes y procedimientos clínicos realizados); de seguimiento (conducta adoptada por los profesionales de salud frente al resultado de examen alterado); (tiempo entre la recolección del examen y retorno para verificación del resultado, tiempo de repetición del examen, tiempo para realización de la colposcopia y biopsia, tiempo entre el encaminamiento de la APS y la primera consulta en el servicio de referencia). Se utilizó análisis descriptivo con distribución porcentual de las variables categóricas, medidas de tendencia central y valores de dispersión para variables continuas. Las conductas inmediatas de los profesionales frente al examen alterado fueron evaluadas de acuerdo con la Directiva Nacional de Rastreo del Cáncer del cuello del útero, vigente en la fecha de recolección del examen. El índice de positividad de los exámenes fue bajo (1,5%) pudiendo indicar resultados falsos negativos. El promedio de edad de las mujeres fue de 43 años, siendo 82,86% blancas. Más del 85% no poseía informaciones registradas en prontuario sobre estado civil y escolaridad. Alrededor del 90% regresó para verificar el resultado del examen con un intervalo de tiempo en torno a 42 días. Se verificó que el 86% de los profesionales adoptaron la conducta preconizada para ASC-US y LSIL. Sin embargo, la temporalidad de repetición del examen fue adecuada en apenas el 10% de los casos evaluados. Además, el 76% de los profesionales adoptó la conducta preconizada (solicitud de colposcopia) para otros resultados (ASC-H, ASG-US, AGC-

H, AOI 2, HSIL y HSIL no pudiendo excluir micro invasión). El tiempo entre la fecha del encaminamiento y la realización de la colposcopia y la biopsia fue de 40 y 50 días, respectivamente. El tiempo entre el encaminamiento de la APS y la primera consulta en el servicio de referencia presentó mediana de 21 días. Así, la estructura de seguimiento de mujeres con alteraciones del examen citopatológico, a partir de la APS, fue evaluada como adecuada. La conducta de los profesionales de la salud, frente a los resultados alterados de examen citopatológico, fue adecuada, en la mayoría de los casos evaluados, así como el tiempo entre las diferentes etapas de seguimiento. La periodicidad de repetición del citopatológico fue inadecuada. El rastreo es oportunista; algunas mujeres presentaron perfil sugestivo de super-rastreo, mientras que otras pueden estar con la recolección atrasada o nunca haber realizado el examen; se constató baja cobertura del examen, índice de positividad bajo, alimentación inadecuada de los sistemas de información y registro inadecuado de informaciones en el prontuario. Se evidenció, por lo tanto, aspectos del seguimiento que pueden ser mejorados, buscando la reducción de inequidades de acceso, incremento del diagnóstico precoz del CCU y favorecimiento de buen pronóstico clínico de esas mujeres.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello del Útero. Programas de Seguimiento. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, com divisão geográfica municipal.....	41
Figura 2	Fluxograma da composição da amostra do estudo.....	49
Figura 3	Fluxograma da conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico (AGC-US e LSIL).....	53
Figura 4	Fluxograma avaliativo da conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HSIL microinvasão).....	56
Figura 5	Caminho percorrido pelas mulheres com resultado alterado de exame citopatológico realizado na APS.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação das lesões intraepiteliais e cancerosas do colo do útero, segundo o MS.....	31
Quadro 2	Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.....	32
Quadro 3	Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico alterado, de acordo com as recomendações do INCA 2006.....	33
Quadro 4	Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico alterado, de acordo com as recomendações do INCA 2011.....	34
Quadro 5	Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico alterado, de acordo com as recomendações do INCA 2016.....	35
Quadro 6	Unidades de saúde pertencentes à APS do município de Batatais (SP) e modelo de atenção à saúde.....	43
Quadro 7	Recomendação quanto à temporalidade preconizada de acordo com as diretrizes do INCA de 2006 e após a revisão de 2011.....	48
Quadro 8	Valores de referência da temporalidade de repetição de exame citopatológico do colo do útero e temporalidade encontrada para a ASC-US.....	54
Quadro 9	Pontos a serem aprimorados, propostas e ações para implementação na APS do Município de Batatais (SP).....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas das 175 mulheres atendidas na APS do município de Batatais.....	50
Tabela 2	Número de exames citopatológico coletados e número de mulheres com exames alterados por unidade de saúde onde a mulher realizou a coleta do exame.....	51
Tabela 3	Resultados alterados de exames citopatológicos das 175 mulheres atendidas na APS.....	51
Tabela 4	Percentual de mulheres que realizaram o exame citopatológico anterior ao alterado, e intervalo entre o exame alterado em relação ao anterior. (n=175).....	52
Tabela 5	Resultado da repetição do exame citopatológico de mulheres (n=30) que tiveram indicação de repetição do exame em virtude do resultado alterado.....	55
Tabela 6	Relação dos procedimentos realizados com as mulheres encaminhadas para o HC-FMRPUSP e que compareceram para o atendimento. (n=37).....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABADEF	Associação Batataense dos Deficientes Físicos
AGC-H	Células Glandulares Atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau
AGC-US	Células Glandulares Atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
AIS	Adenocarcinoma <i>In Situ</i> e Invasor
AME	Ambulatório de Especialidades Médicas
AMIG	Ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas em Ginecologia
AOI 1	Células Atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas
AOI 2	Células Atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau
AONG	Ambulatório de Oncoginecologia
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC-H	Células Escamosas Atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau
ASC-US	Células Atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
Ca inv	Carcinoma Epidermoide Invasor
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CCU	Câncer do Colo do Útero
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CS	Centro de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde – Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão Intraepitelial de Alto Grau
HSIL microinvasão	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LSIL	Lesão Intraepitelial de Baixo Grau
MS	Ministério da Saúde
NCI	Instituto Nacional do Câncer
NIA	Neoplasia Intraepitelial Perianal
NIVA	Neoplasia Intraepitelial Vagina
NIVs	Neoplasia Intraepitelial Vulvar
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS13	Rede Regional de Assistência à Saúde 13
SAMU	Serviço Médico de Urgência
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SOBECAN	Sociedade Benemerita de Combate ao Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	20
2	INTRODUÇÃO.....	22
2.1	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	22
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	24
2.3	RASTREAMENTO.....	26
2.4	EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	30
3	JUSTIFICATIVA.....	37
4	OBJETIVOS.....	39
4.1	OBJETIVO GERAL.....	39
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
5	MATERIAL E MÉTODO.....	40
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	40
5.2.1	Rede de atenção à saúde de Batatais.....	40
5.2.2	Organização da linha de cuidado ao CCU em Batatais.....	42
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5.5	PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	46
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	47
6	RESULTADOS.....	49
7	DISCUSSÃO.....	59
8	CONCLUSÃO.....	66
8.1	LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	66
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES.....	76
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	76
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
	ANEXOS.....	83
	ANEXO A - Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados.	83
	ANEXO B - Aprovação do projeto	85
	ANEXO C - Parecer referente ao projeto de pesquisa externo ao DGO..	86
	ANEXO D - Parecer CEP.....	87

1 APRESENTAÇÃO

Durante o curso de graduação optei por participar da Liga do Câncer de Botucatu, como integrante da frente científica, devido ao meu precedente interesse pela área oncológica. Naquela oportunidade, participei de campanhas, palestras e discussões de casos referentes à Oncologia. Essa experiência constituiu um amplo campo de aprendizado em minha formação, pois, além de permitir minha aproximação com a área da Oncologia, também foi momento de contato com a área da saúde da mulher. Esse aprendizado foi desenvolvido por meio de aulas e discussões sobre câncer de mama e do colo do útero.

Ainda na graduação tive a oportunidade de realizar o estágio supervisionado na atenção primária, em um Centro de Saúde (CS) e pude acompanhar consultas de Enfermagem e um grande volume de exames e coleta de Papanicolaou, além de campanhas realizadas para esta finalidade. Após a graduação fui aluna do programa de residência multiprofissional com ênfase na atenção básica na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e permaneci dois anos em estágio em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) - Cidade Jardim, do município de São José do Rio Preto (SP). Nessa unidade tive a oportunidade de participar de várias atividades como as campanhas de prevenção de doenças relacionadas à saúde da mulher, entre elas, o Outubro Rosa, o mutirão noturno para coleta de Papanicolaou, o ônibus da saúde para coleta de Papanicolaou em áreas distantes da unidade (chácaras de difícil acesso); chá da tarde para discutir um tema na área da saúde da mulher em um dos domicílios de uma paciente da comunidade; salas de espera na unidade, abordando temas como câncer de mama e colo do útero; discussão junto aos alunos do curso de graduação em Enfermagem e docentes da saúde pública sobre as temáticas da área.

Atuei ainda como enfermeira residente de Oncologia do Hospital do Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, onde fiz estágio no ambulatório de saúde da mulher e desenvolvi um estudo de caso na área de oncoginecologia, abordando o caso de uma paciente com diagnóstico de câncer do colo do útero, submetida a tratamento, baseado no protocolo alemão. O estudo de caso foi discutido com os demais residentes da equipe multiprofissional e esteve sob supervisão dos coordenadores da residência, o que contribuiu para o desejo de continuar pesquisando essa temática.

Minha vivência apresentada reforça meu interesse pela linha de pesquisa de assistência à saúde da mulher no ciclo vital para o mestrado. Atualmente como enfermeira de saúde da família, desenvolvo atividades de prevenção e promoção da saúde da mulher e identifico lacunas existentes no que concerne ao seguimento das mulheres com câncer do colo do útero.

Acredito que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas e, ainda, possibilitar a melhor qualidade da assistência e seguimento das mulheres com lesões precursoras desse tipo de câncer.

2 INTRODUÇÃO

2.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero (CCU) caracteriza-se pela replicação desordenada das células do epitélio de revestimento do colo uterino, comprometendo o tecido subjacente, e pode invadir estruturas e órgãos próximos ou distantes. Dentre as categorias dos carcinomas invasores do colo do útero, destacam-se dois principais, carcinoma epidermoide, que acomete o epitélio escamoso e representa 80-90% dos casos e o adenocarcinoma, que acomete o tecido glandular, responsável por cerca de 10% dos casos (BRASIL, 2016a).

A evolução do CCU ocorre de forma lenta, com fases pré-clínicas detectáveis, exibindo expressivo potencial de cura (BRASIL, 2011a). Em fase anterior ao CCU, se tem as lesões precursoras, que constituem uma alteração do epitélio original e, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para malignidade (MEDEIROS et al., 2005).

O Papilomavírus Humano (HPV) está diretamente relacionado ao CCU, e pode ser identificado em 99,7% destes tumores (ZUR HAUSEN, 2002). Atualmente é apontado como o principal fator de risco tanto para o desenvolvimento dessa neoplasia quanto para o das lesões precursoras. Infecções persistentes pelos HPV oncogênicos 16 e 18 originam cerca de 70% dos casos de câncer cervical invasor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Além do HPV, transmitido nas relações sexuais, o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, múltiplos partos, baixa ingestão de vitaminas, coitarca precoce e a coinfeccção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* também se constituem em fatores de risco para o desenvolvimento do CCU (MELO et al., 2009).

Para o ano de 2012, foi estimada, no mundo, a ocorrência de 527 mil casos novos de CCU, configurando o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. De acordo com a última estimativa mundial, em 2012, essa neoplasia foi responsável por cerca de 265 mil óbitos em mulheres, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou, para os anos de 2018 e 2019, 16.370

casos novos de CCU, com risco estimado de 15,43 para 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição dentre as neoplasias (BRASIL, 2018).

Estudos apontam que, para o ano de 2030, 474.000 mulheres deverão morrer em consequência do CCU, e 95% dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda (WANG; QIAO, 2014; McGRAW; FERRANTE, 2014).

A maior incidência em nível nacional concentra-se na região Norte (25,62/100 mil), seguida pelas regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil). Na região Sul é o terceiro tipo mais incidente (14,07/100 mil) e ocupa a quarta posição na região Sudeste (9,97/100 mil) (BRASIL, 2018).

As altas taxas de incidência refletem na taxa de mortalidade, que em 2013 ao ser padronizada para a população mundial, deixou em destaque a região Norte do Brasil como a de maior índice no país, com 11,51 casos por 100 mil mulheres, seguido por 5,83/100 mil na região Nordeste e 5,63/100 mil na região Centro-Oeste. As menores taxas ocorreram nas regiões Sul e Sudeste com 4,39/100 mil e 3,59/100 mil casos respectivamente (BRASIL, 2016a).

As últimas estimativas sobre a mortalidade por CCU, no Brasil, são de 2015, registrando a ocorrência de 5.727 óbitos (BRASIL, 2018). Os dados apresentados expressam iniquidades de distribuição por região refletindo na desigualdade social do país.

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém, são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados.

Aproximadamente 85% dos casos de CCU acontecem nos países menos desenvolvidos da América Latina, e, sobretudo, naqueles das regiões mais pobres da África, que apresentam taxas elevadas de incidência, enquanto os Estados Unidos, o Canadá, a Austrália, o Japão e países europeus apresentam as menores taxas. A mortalidade por este câncer varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de dois por 100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental (BRASIL, 2016a).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

A problemática do CCU no Brasil mostra a necessidade de intervenções governamentais relativas à prevenção e controle da doença, e historicamente, em nível nacional, essas ações foram marcadas por várias iniciativas, como a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, após a organização de um movimento popular de mulheres que reivindicaram por melhores ações de saúde em todos os ciclos biológicos (BRASIL, 2004; TEIXEIRA, 2015).

Esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST), CCU e câncer de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) teve grande influência sobre o PAISM e com a operacionalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) consolidou-se a municipalização das ações, ampliando a responsabilidade dos municípios na atenção básica e reorganizando serviços básicos, dentre eles a atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

No ano de 1997, o Ministério da Saúde (MS) criou o projeto piloto denominado Viva Mulher em seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe). O projeto priorizou o atendimento às mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Posteriormente, em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU), com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial (BRASIL, 2002).

Já como estratégia organizativa, de gerenciamento e de consolidação das ações do PNCCU, o INCA, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), desenvolveu, em 1998, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). O objetivo desse sistema consistia em permitir aos gestores e profissionais da saúde avaliar os indicadores de saúde da população-alvo e qualidade da coleta de material, além de mensurar o

percentual de mulheres que estavam sendo tratadas após a realização do diagnóstico (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a).

O controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi incluído como uma das onze prioridades do Pacto pela Saúde de 2006, com objetivo definido para o fortalecimento, a integração e a resolubilidade do SUS, por meio de estratégias de corresponsabilização dos gestores federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

O MS, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher e do INCA, publicou, no ano de 2006, o documento Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas – Recomendações para Profissionais de Saúde. O resultado desse trabalho buscou estabelecer, por meio de evidências científicas, condutas preconizadas para mulheres com alterações no exame citopatológico (BRASIL, 2006a).

No ano de 2011 foi elaborada a primeira edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, resultado da revisão e atualização das recomendações publicadas, em 2006, pelo MS sob o título Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas.

Também no ano de 2011 foi lançado o plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, pela Presidência da República, sendo que um dos eixos de destaque foi a prevenção do CCU e a qualificação da assistência oncológica.

Para o controle do CCU, os objetivos destacaram-se em garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade às mulheres de 25 a 64 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras desse tipo de câncer. As principais ações do plano incluíram a qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o rastreamento, gestão da qualidade dos exames citopatológicos, comunicação e mobilização social, fortalecimento da gestão regionalizada do PNCCU para acompanhamento e monitoramento das ações e a criação da versão do SISCOLO em plataforma web para aprimorar o gerenciamento das ações (BRASIL, 2011b).

No ano de 2012 foi criado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que consiste em uma versão da plataforma web que integra os sistemas SISCOLO e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). O SISCAN tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, fortalecer as ações de controle e prevenção desses cânceres. Além disso, possibilita que as unidades de saúde

informatizadas e com acesso à internet sejam usuárias do sistema para fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (BRASIL, 2013c).

Devido à relação de ocorrência de infecção por HPV com o desenvolvimento do CCU, no ano de 2014, o MS, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), iniciou a campanha de vacinação contra o HPV. A vacina disponível pelo SUS é a quadrivalente, oferecendo proteção contra os tipos de vírus HPV 6, 11, 16 e 18.

Inicialmente a vacina foi disponibilizada para meninas adolescentes, de 11 a 13 anos, com esquema de três doses. Essa faixa etária foi escolhida por ser a que apresenta maior benefício pela grande produção de anticorpos e pelo fato de essas meninas terem sido, provavelmente, menos expostas ao vírus por meio de relações sexuais. No ano de 2015 foi ampliada a faixa etária para meninas de nove a 13 anos e a partir do ano de 2016 o esquema passou a ser apenas duas doses da vacina e o intervalo mínimo entre a primeira e segunda dose é de seis meses. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A partir de janeiro de 2017 o MS estendeu o esquema vacinal contra o HPV para os meninos de 11 a 14 anos, com o mesmo número e intervalo de doses preconizados para as meninas. A faixa etária será ampliada gradualmente até 2020, quando a vacina estará disponível para meninos de nove a 13 anos (BRASIL, 2016e). Ressalta-se que a vacinação contra o HPV não substitui o rastreamento de rotina para o CCU (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No ano de 2016 foi lançada a segunda edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, resultado da atualização da versão anterior, publicada em 2011. Essa publicação faz parte de um conjunto de materiais técnicos consoantes com as ações do PNCCU e visa a subsidiar os profissionais da saúde em suas práticas assistenciais e apoiar os gestores na tomada de decisão em relação à organização e estruturação da linha de cuidados da mulher com CCU (BRASIL, 2016a).

2.3 RASTREAMENTO

Apesar de todas as iniciativas governamentais direcionadas à prevenção e controle do CCU, observa-se elevada incidência e mortalidade por essa doença no país. E, nesse sentido, estudos afirmam que uma forma de elas serem reduzidas é

por meio de programas efetivos de rastreamento (VALE et al., 2010; NAVARRO et al., 2015).

O rastreamento é uma intervenção de saúde pública dirigida a uma população-alvo assintomática e tem a finalidade de identificar indivíduos com maior probabilidade de ter a doença, propriamente dita, ou um precursor da doença. O objetivo dos programas do CCU é submeter ao rastreamento as mulheres que são alvo do programa nacional, na maior proporção possível, e garantir o manejo apropriado para todas que tenham um resultado anormal do exame (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

O rastreamento do CCU deve seguir um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas, denominado de rastreamento organizado (MADLENSKY et al., 2003). Todavia, é sabido que ainda predomina, em países como o Brasil, a realização de controles não relacionados com as normas estabelecidas, e sim, pela procura ocasional dos serviços de saúde por diversas razões que não o rastreamento do CCU. Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico, e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do CCU (VALE et al., 2010; NAVARRO et al., 2015), pois apresenta baixa cobertura da população alvo, super-rastreia um pequeno grupo de mulheres, geralmente aquelas que, espontaneamente, procuram o serviço de saúde para realizar o exame citopatológico em intervalo anual, portanto, é menos custo-efetiva (GOLDIE et al., 2005).

O MS brasileiro utiliza como estratégia primordial para rastreamento do CCU e lesões precursoras, a realização do exame citopatológico, popularmente conhecido como preventivo de câncer ou Papanicolaou, e afirma que o CCU detectado em fases iniciais tem alto índice de cura, diminuindo a mortalidade e reduzindo o custo do tratamento (ARZUAGA-SALAZAR et al., 2011; BRASIL, 2013b; ARAÚJO et al., 2014).

A oferta desse exame estende-se a todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos que já iniciaram atividade sexual. A padronização da idade constitui a população alvo, devido ao fato de que nessa faixa etária há maior ocorrência das lesões passíveis de tratamento (BRASIL, 2011c).

Ao considerar que o CCU se caracteriza como uma doença de evolução lenta, o MS recomenda que após dois exames citopatológicos anuais, consecutivos, com resultado normal, o exame possa ser repetido a cada três anos (BRASIL, 2016a).

Nos países desenvolvidos, os programas de rastreamento do CCU são organizados, ou seja, direcionados às mulheres elegíveis de uma suposta população que são convidadas formalmente a realizar exames periódicos, havendo uma vigilância das mulheres inscritas (VALE et al., 2010; NAVARRO et al., 2015). Entre os países com programas de rastreamento organizado é possível destacar: Austrália, Canadá, Finlândia, Reino Unido e Suécia, além de outros países europeus (CHORLEY et al., 2016).

Nos países que adotam esse tipo de rastreamento tem-se observado uma redução nas taxas de incidência e mortalidade da doença (BRITO-SILVA et al., 2001) com valores inferiores a seis casos para 100 mil mulheres (FERLAY et al., 2015).

No Brasil, embora o exame represente um instrumento adequado, prático e de baixo custo para o rastreamento da doença, repercutindo na diminuição da morbimortalidade, o país ainda apresenta taxas de cobertura distantes do preconizado pelo MS, que é de 80 a 85% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a).

Segundo a OMS, a cobertura consiste na proporção de mulheres da população-alvo rastreadas nos intervalos preconizados. O número de exames citopatológicos realizados não representa a cobertura, pois muitas mulheres são super-rastreadas, ou seja, realizam o exame com uma frequência maior do que o recomendado (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2018).

Um estudo brasileiro de revisão integrativa realizado por Soares e Silva (2016), evidenciou intervenções eficazes no aumento da adesão e realização do exame citopatológico como: utilização de gerente de caso, contato telefônico, carta-convite, atividades educativas, divulgação na mídia, agentes de saúde da comunidade, parcerias, rastreamento de base populacional e múltiplas intervenções.

Alguns países, como a Inglaterra, possuem um sistema informatizado eficiente, com objetivo de alertar sobre a periodicidade do exame de cada mulher, e dessa forma, iniciar a convocação periódica das mesmas. Nesse país, foi constatado aumento da cobertura de 42% em 1988 para 85% em 1994, após a introdução de um sistema de convocação de cartas-convite para mulheres integrantes da população alvo (QUINN et al., 1999).

Estudos que compuseram uma revisão sistemática realizada por Martins, Thuler e Valente (2005), com objetivo de apresentar um panorama da cobertura do

exame de Papanicolaou no Brasil, mostraram que a cobertura desse exame ainda é baixa e apontaram para desigualdades regionais na cobertura do exame na população feminina brasileira. Dois desses estudos realizados nos anos 80 mostraram coberturas de 55 e 68,9%. Uma pesquisa realizada em Minas Gerais, no período entre 2000 e 2010, constatou coberturas inferiores à meta pactuada pelo Programa Viva Mulher (63,8%) e a estimada pelos critérios populacionais (66,4%), (NASCIMENTO et al., 2015). Outro estudo, realizado no Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca/SP, identificou-se que no ano de 2007 a cobertura variou de 8,4% a 37,5% com média de 16,4%; e no ano de 2008 variou de 1,1% a 38,5%, com média de 15,1%, apresentando uma diminuição na média da cobertura anual (SOARES, 2010).

Apesar desses dados se referirem apenas aos exames realizados pelo SUS, essas porcentagens se apresentam muito aquém daquela preconizada para impactar e diminuir a morbimortalidade causada pelo CCU.

Destaca-se que nos países com cobertura superior a 70% do exame citopatológico, realizado a cada três a cinco anos, esta taxa é igual ou menor a duas mortes por 100.000 mulheres e nos países com cobertura superior a 50%, as taxas são inferiores a três mortes por 100.000 mulheres (ANTTILA et al., 2009).

A partir de um exame citopatológico com resultado alterado, é necessário assegurar o seguimento adequado da mulher, ou seja, acompanhá-la com garantia de percurso assistencial articulado e acesso aos serviços e cuidado integral, ou seja, repetir o exame, encaminhar para realização de colposcopia, biópsia ou a centros especializados, conforme preconizado pelo MS. A eficiência do rastreamento depende do seguimento adequado, uma vez que se isso não ocorrer, a mulher corre o risco de vir a apresentar a doença futuramente, até mesmo sem saber que já tinha lesões precursoras ou um câncer em evolução (ALBUQUERQUE et al., 2012).

Uma das condições para um programa de rastreamento eficaz é a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A APS, no Brasil denominada Atenção Básica (AB), por se constituir na porta de entrada do usuário no sistema de saúde, é responsável por atividades de prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e reabilitação (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b). É função da AB desenvolver ações para prevenção do CCU por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do CCU e de suas lesões precursoras pelo rastreamento. Os profissionais atuantes nesse nível de atenção

devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar as mulheres para tratamento, de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento (BRASIL, 2016a).

Também devem ser considerados os níveis de atenção secundária e terciária, com maiores e diferentes densidades tecnológicas, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, para apoiar e complementar as ações da AB. No caso do CCU, as unidades secundária e terciária deverão confirmar o diagnóstico e tratar em ambulatório as lesões precursoras desse câncer, pela realização de exames como: colposcopia, biópsia, exame histopatológico para diagnosticar o tipo de lesão e propor os tratamentos como: exérese da zona de transformação ou conização, histerectomia, radioterapia, quimioterapia e cuidados paliativos para os casos em que o tratamento não for possível. Os serviços especializados devem servir de referência para um conjunto de unidades de AB e disponibilizar atendimento mediante encaminhamento por meio de sistemas logísticos, como, por exemplo, centrais de regulação (BRASIL, 2016c).

2.4 EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO

O exame citopatológico, também conhecido como colpocitologia, exame de Papanicolaou, citologia oncótica, Pap Test ou exame preventivo é preconizado para o reconhecimento das alterações epiteliais de natureza neoplásica ou pré-neoplásica do colo uterino (GUARISI, 2003). Apesar de não ser o ideal, o exame também pode sugerir a presença de agentes infecciosos como *Candida sp*, *Gardnerella/mobiluncus*, *Trichomonas Vaginalis* e bacilos supracitoplasmáticos (ADAD et al., 2001; MOTTA et al., 2001).

O resultado do exame citopatológico pode ser considerado normal, com alterações reacionais benignas, e com atipias celulares (de significado indeterminado, em células escamosas e em células glandulares), conforme quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das lesões intraepiteliais e cancerosas do colo do útero, segundo o MS.

Classificação		
Atipias de significado indeterminado	<i>Escamosas (ASC)</i>	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US de Bethesda). Não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda)
	<i>Glandulares (AGC)</i>	Possivelmente não neoplásicas. Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.
	<i>De origem indefinida (AOI)</i>	Possivelmente não neoplásicas. Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.
Atipias de células escamosas	a) Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC [Neoplasia intraepitelial cervical] grau I). b) Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) (compreendendo NIC graus II e III). c) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão. d) Carcinoma epidermoide invasor.	
Atipias de células glandulares	a) Adenocarcinoma in situ (AIS). b) Adenocarcinoma invasor: - cervical; - endometrial; - sem outras especificações.	

Fonte: Brasil (2012b).

Para atendimento adequado aos casos cujos exames apresentam alterações em seus resultados, é importante a padronização da terminologia utilizada, a fim de evitar erros diagnósticos e encaminhamentos desnecessários, ou seja, condutas inapropriadas, fatos que podem levar ao aumento da incidência do CCU (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Diversos conceitos já foram utilizados para designar as alterações do resultado citopatológico, porém, atualmente a classificação mais aceita é o Sistema Bethesda, de 1988, que foi desenvolvido e aprovado pelo Instituto Nacional do Câncer (NCI), nos Estados Unidos da América. No Brasil, que utiliza esse sistema desde 1999, a terminologia utilizada para classificar as lesões intraepiteliais e invasoras do colo do útero é a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos de 2006, que foi baseada no Sistema de Bethesda (BRASIL, 2016c). O quadro 2 contém as diversas terminologias citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início de exame citopatológico para o diagnóstico das alterações citológicas cervicais escamosas e suas equivalências.

Quadro 2 – Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

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

Fonte: Brasil (2016c).

As nomenclaturas de Papanicolaou, que utilizam classes numéricas, e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que usam o termo displasia, não têm o uso recomendado, pois diferenciam indevidamente graus de doença pré-invasiva (BRASIL, 2011c).

Os quadros 3, 4 e 5 representam os possíveis resultados de exames citopatológicos alterados e resumem as respectivas recomendações iniciais, considerando: a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas – Recomendações para Profissionais de Saúde de 2006 (Quadro 3); as diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero publicada em 2011 (Quadro 4) e as diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero revisadas em 2016.

Quadro 3 - Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico alterado de acordo com as recomendações do INCA 2006.

		Resultados	Faixa etária	Conduta
Atipias significado indeterminado	de <i>Escamosas (ASC)</i>	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US de Bethesda).		Repetição da citologia em 6 meses.
		Não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda).		Encaminhamento para colposcopia
	<i>Glandulares (AGC)</i>	Possivelmente não neoplásicas.		Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.		Encaminhamento para colposcopia
	<i>De origem indefinida</i>	Possivelmente não neoplásicas.		Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.		Encaminhamento para colposcopia
Atipias células escamosas	em	a) LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC [Neoplasia intraepitelial cervical] grau I). b) HSIL (compreendendo NIC graus II e III). c) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão. d) Carcinoma epidermoide invasor.		Repetição da citologia em 6 meses Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia
Atipias células glandulares	em	a) AIS b) Adenocarcinoma invasor: - cervical; - endometrial; - sem outras especificações.		Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia

Fonte: Brasil (2006a).

Quadro 4 - Recomendações iniciais após o resultado de exame citopatológico alterado de acordo com as recomendações do INCA 2011.

		Resultados	Conduta
Atipias de significado indeterminado	<i>Escamosas (ASC)</i>	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US de Bethesda).	Repetição da citologia em 6 meses (\geq 30 anos) ou 12 meses ($<$ 30 anos)
		Não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda).	Encaminhamento para colposcopia
	<i>Glandulares (AGC)</i>	Possivelmente não neoplásicas.	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia
	<i>De origem indefinida</i>	Possivelmente não neoplásicas.	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	a) LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC [Neoplasia intraepitelial cervical] grau I). b) HSIL (compreendendo NIC graus II e III). c) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão. d) Carcinoma epidermoide invasor.	Repetição da citologia em 6 meses Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia	
Atipias em células glandulares	a) AIS b) Adenocarcinoma invasor: - cervical; - endometrial; - sem outras especificações.	Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia	

Fonte: Brasil (2011c).

Quadro 5 - Recomendações iniciais após o resultado de exame citopatológico alterado de acordo com as recomendações do INCA 2016.

		Resultados	Faixa etária	Conduta
Atipias significadas indeterminadas	<i>Escamosas (ASC)</i>	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US de Bethesda).	< 25 anos Entre 25 e 29 anos ≥ 30 anos	Repetição da citologia em 3 anos Repetição da citologia em 12 meses Repetição da citologia em 6 meses.
		Não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda).		Encaminhamento para colposcopia
	<i>Glandulares (AGC)</i>	Possivelmente não neoplásicas.		Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.		Encaminhamento para colposcopia
	<i>De origem indefinida</i>	Possivelmente não neoplásicas.		Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.		Encaminhamento para colposcopia
Atipias células escamosas	em	a) LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC [Neoplasia intraepitelial cervical] grau I). b) HSIL (compreendendo NIC graus II e III). c) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão. d) Carcinoma epidermoide invasor.	< 25 anos ≥ 25 anos	Repetição da citologia em 3 anos Repetição da citologia em 6 meses Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia
Atipias células glandulares	em	a) AIS b) Adenocarcinoma invasor: - cervical; - endometrial; - sem outras especificações.		Encaminhamento para colposcopia Encaminhamento para colposcopia

Fonte: Brasil (2016c).

De maneira geral, apenas duas alterações no exame citopatológico requerem como conduta inicial repetição do exame: células atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e a LSIL. Para as demais alterações é recomendado realizar colposcopia: células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H); células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (AGC-US); células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC-H); células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas (AOI 1); células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AOI 2); HSIL e lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão (HSIL microinvasão) ou carcinoma epidermoide invasor (Ca inv).

É importante destacar as mudanças sobre as recomendações para as alterações ASC-US e LSIL ao longo das atualizações das diretrizes de 2006 e 2011, e da mais recente diretriz de 2016. Na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas – Recomendações para Profissionais de Saúde de 2006, para ambas as alterações a recomendação era repetir o exame em seis meses, independentemente da idade da mulher. No entanto, a partir de 2011, com atualização das normas houve mudança quanto a recomendação inicial, para ASC-US, sendo que para mulheres menores de 30 anos o exame deveria ser repetido em doze meses.

Na nova diretriz, de 2016, houve mudanças quanto à idade da mulher para as recomendações iniciais de ACS-US e LSIL. Para ASC-US: mulheres abaixo de 25 anos de idade, entre 25 e 29 anos e com idade igual ou maior que 30 anos, devem repetir o exame em três anos, doze meses e seis meses, respectivamente. Para LSIL, a recomendação que era repetir em seis meses, independentemente da idade. A partir de 2016 afirma que mulheres menores de 25 anos devem repetir em três anos e com idade maior ou igual a 25 anos, repetir em seis meses (BRASIL, 2016c).

3 JUSTIFICATIVA

A proposta deste estudo se embasa em informações da literatura, tanto nacional, quanto internacional, que apontam a pouca observância das diretrizes do programa de rastreamento do CCU preconizadas pelos órgãos competentes de atenção à saúde da mulher de alguns países, em especial aqueles em desenvolvimento. Evidencia, ainda, que a maioria das mulheres com exames alterados recebeu conduta de encaminhamento inadequada, e, que os serviços de saúde não estão articulados, o que resulta em importantes falhas no seguimento. Além disso, os programas de rastreamento bem estruturados foram capazes de diminuir em até 80% sua incidência em países desenvolvidos e têm potencial para redução de mortalidade.

Em minha vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, atuando no município de Batatais (SP) há aproximadamente quatro anos, pude perceber algumas fragilidades dos sistemas de informação relacionados ao CCU. O SISCOLO permite verificar diversas variáveis relacionadas aos exames alterados, mas não permite registrar a história do rastreamento dessas mulheres e, conseqüentemente, não possibilita a identificação daquelas que nunca realizaram o exame preventivo ou o fizeram há mais de três anos. Assim, a dificuldade na obtenção do histórico de rastreamento individual das mulheres dificulta a proposição de estratégias de seguimento. O SISCAN, por sua vez, avança no sentido de garantir uma gerência mínima do cuidado da mulher, por possibilitar o cadastramento da requisição de exames citopatológicos e acesso aos laudos desses exames nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, percebo ainda, certa dificuldade dos profissionais de saúde na alimentação desses sistemas de informação.

Em relação à cobertura de exame citopatológico na população-alvo no município de Batatais (SP), foi observado que não está adequada. Verificou-se a evolução do indicador 'razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 64 anos segundo municípios de residência', por meio do acesso ao TABNET – aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que congrega e permite a tabulação de indicadores de saúde apresentados por diferentes níveis de gestão.

Em Batatais (SP), entre os anos de 2012 e 2017, o indicador citado variou entre 0,41 e 0,46, sem tendência para progressão positiva, sendo o valor ideal 0,75.

Ressalta-se que o valor pactuado pelo município no SISPACTO, sistema de pactuação do MS, para o triênio 2016-2018 é de 0,55 (BRASIL, 2015).

Ao saber que os sistemas de informação em saúde são ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado e percebendo fragilidades já citadas, além da cobertura baixa de exame citopatológico, em nível municipal, surgiu o questionamento: As mulheres com exame citopatológico alterado estão realizando seguimento conforme preconizam as diretrizes nacionais de controle do CCU?

Dessa forma, mostra-se importante identificar como se dá o seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado, inseridas no programa de rastreamento do CCU, avaliando o tempo gasto em cada etapa e evidenciando as possíveis barreiras de acesso que dificultam a coordenação das ações, – exigida na estruturação de uma linha de cuidado efetiva – e que refletem no prognóstico da doença.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o seguimento de mulheres com exames citopatológico alterado a partir da APS de um município paulista.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o registro das condutas dos profissionais na APS, no seguimento das mulheres com exames citopatológicos alterados;
- b) Identificar o registro das condutas dos profissionais de saúde, em serviço de referência, no seguimento das mulheres com exames citopatológicos alterados;
- c) Verificar o tempo entre a coleta do exame e o recebimento do resultado “citopatológico alterado”, pelas mulheres em consulta, para a conduta do profissional na APS;
- d) Verificar o tempo entre o encaminhamento na APS e primeira consulta no serviço de referência.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem metodológica quantitativa, no qual foi avaliado o seguimento de mulheres diagnosticadas com alteração no exame citopatológico do colo do útero atendidas no município de Batatais, interior do Estado de São Paulo. Entende-se por estudo de caráter retrospectivo como sendo histórico, ou seja, realiza-se o estudo a partir de registros do passado. É importante que haja credibilidade nos dados dos registros computados, em relação à exposição e/ou intensidade do fator e pela ocorrência da patologia ou situação clínica (HOCHMAN et al., 2005).

A pesquisa descritiva é aquela na qual o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos, expondo suas características sem interferir no objeto investigado, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados, além da determinação de uma condição relacionada à saúde (LAKATOS; MARCONI, 2011; PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem metodológica quantitativa foi selecionada para alcance dos objetivos propostos, ou seja, mensurar os dados, além de envolver a análise dos números para obtenção da resposta à pergunta ou hipótese formulada (TERENCE; ESCRIVÃO-FILHO, 2006).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

5.2.1 Rede de atenção à saúde de Batatais

O município de Batatais (SP) pertence à região de saúde Vales das Cachoeiras, situada na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo, na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde-Ribeirão Preto

(DRS XIII), composta por sete municípios e abrangendo uma população total de 135.832 habitantes (Resolução Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nº 04 de 29/08/2016) (Figura 1). O DRS XIII compreende vinte e seis municípios e cobre uma população de 1.468.323 habitantes. A Rede Regional de Assistência à Saúde 13 (RRAS 13) é formada pela junção das regionais de saúde de Ribeirão

Preto, Araraquara, Barretos e Franca, abrangendo uma população de 3.604.131 habitantes.

Figura 1 - Mapa da Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, com divisão geográfica municipal.



Fonte: Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais (2017).

A população de Batatais é de aproximadamente 61.040 habitantes, sendo o 114º município mais populoso do Estado de São Paulo (BRASIL, 2016b). Em 1998, por meio da NOB/96, o município assumiu a gestão plena da APS.

A rede municipal de saúde está constituída por: uma Secretaria Municipal de Saúde (Unidade de Avaliação e Controle, Informatização, Planejamento, Regulação, Administração); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); uma base do Serviço Médico de Urgência (SAMU) regional de Ribeirão Preto; um Centro de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, de Vetores e de Saúde do Trabalhador); um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS); nove Estratégias de Saúde da Família (ESF); três Unidades Básicas de Saúde (UBS) Tradicional; um CS; um Centro de Saúde Escola (CSE); um Ambulatório de Especialidades Médicas (AME); um Ambulatório de IST; um Ambulatório de Saúde Mental; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); uma Farmácia Central; um setor de ambulâncias e um laboratório municipal.

As ações complementares à rede municipal são realizadas por meio de convênio com instituições privadas e filantrópicas: Santa Casa de Misericórdia e Asilo dos Pobres de Batatais, Associação Batataense dos Deficientes Físicos (ABADEF) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). O município mantém ainda contrato, por meio de processo licitatório, com Laboratórios de Análises Clínicas, Serviço de Ressonância Magnética e outros serviços de apoio.

Para os atendimentos de média e alta complexidade, a rede tem como referência a Santa Casa de Batatais, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o Hospital Estadual de Ribeirão Preto e o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em Bauru.

5.2.2 Organização da linha de cuidado ao CCU em Batatais

A linha de cuidado ao CCU direciona o fluxo assistencial das mulheres na RAS, de acordo com suas necessidades identificadas em cada fase do programa de rastreamento. São cinco os pontos constituintes desta linha:

1. Consulta com médico generalista, ginecologista e/ou enfermeiro (rastreamento e diagnóstico precoce);
2. Consulta especializada (investigação);
3. Diagnóstico (exames laboratoriais, de imagem e biópsia);
4. Tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia);
5. Cuidados paliativos (controle dos sintomas e alívio da dor; suporte espiritual; e apoio ao cuidador) (BRASIL, 2013b).

A seguir apresentam-se os serviços constituintes dessa linha de cuidado em Batatais:

- **APS em Batatais**

Nos serviços de APS são realizados o rastreamento e diagnóstico precoce, bem como a investigação, uma vez que o profissional ginecologista compõe todas as equipes de APS no município, incluindo as de saúde da família.

Atualmente, o município conta com nove ESFs, tendo superado nos últimos anos a meta mínima de 50% de cobertura da população, e apresenta meta de ampliação a partir de 2018 (PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE BATATAIS, 2017).

Em relação às unidades de saúde que compõem a AB do município, segue abaixo quadro ilustrativo com nome das unidades e modelo de atenção à saúde.

Todas as unidades de APS (Quadro 6) de Batatais realizam a assistência à saúde da mulher no ciclo vital, e a coleta do exame citopatológico do colo do útero. No período escolhido para realizar esta pesquisa existiam nove unidades de saúde no município, sendo que as unidades nº 4, 6, 7, 8 e 9 foram inauguradas posteriormente.

Quadro 6 - Unidades de saúde pertencentes à APS do município de Batatais (SP) e modelo de atenção à saúde.

Nº	Unidade de Saúde	Modelo
1	Programa de Saúde da Família Batatais CAIC CNES: 2047578	ESF I
2	UBS Doutor João de Souza Marques CNES: 2038188	ESF II
3	UBS Doutor João de Souza Marques CNES: 6183700	ESF III
4	UBS CECAP II Dr. Luís Cândido Alves de Batatais CNES: 2028999	ESF IV*
5	UBS Alvorada João Lellis CNES: 7525079	ESF V
6	UBS de Vila Lúcia Dra. Shirley Agda Garcia De Barros CNES: 2047292	ESF VI*
7	UBS CECAP II Dr. Luís Cândido Alves de Batatais CNES: 2028999	ESF VII*
8	Centro de Saúde I Dr. José Mello E Silva CNES: 2032244	ESF VIII*
9	Centro De Saúde Escola Dr. Angelo Marcolini CNES: 5469309	ESF IX*
10	Centro De Saúde Escola Dr. Angelo Marcolini CNES: 5469309	CSE
11	Centro de Saúde I Dr. José Mello E Silva CNES: 2032244	CS
12	UBS da Vila Cruzeiro Dr. José Vinicius De Moura CNES: 3053660	UBS
13	UBS da Vila Lúcia Dra. Shirley Agda Garcia De Barros CNES: 2047292	UBS
14	UBS CECAP II Dr. Luís Cândido Alves de Batatais CNES: 2028999	UBS

*Unidades de saúde inauguradas após 2015. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2017)

- **Serviço diagnóstico**

A leitura das lâminas dos exames citopatológicos coletadas no município de Batatais é realizada no Hospital do Câncer de Ribeirão Preto – Fundação SOBECAN (Sociedade Benemerita de Combate ao Câncer), hospital filantrópico, fundado em 1997, que atende em média 400 pacientes ao mês, provenientes da DRS XIII. A entidade atua nas áreas de pesquisa, prevenção e assistência ao câncer.

Colposcopias e biópsias eram realizadas no Ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas em Ginecologia (AMIG) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), hospital

universitário de nível terciário. A partir de novembro de 2015, esses exames passaram a ser realizados em Batatais, por uma médica ginecologista treinada.

Portanto, o AMIG funcionava como serviço de apoio diagnóstico para o município de Batatais, ainda que localizado em hospital de referência. Até 2015, a mulher era contrarreferenciada à APS após a realização de colposcopia e biópsia com resultado normal; se o resultado apresentasse alterações, a mulher permanecia em acompanhamento no AMIG, e, se necessário, já iniciava o tratamento: conização, procedimentos mais complexos como cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

- **Hospital de referência**

O HCFMRP-USP é referência de Batatais para o tratamento do CCU e cuidados paliativos.

Dois são os principais serviços de acompanhamento dessas mulheres no HCFMRP-USP: o AMIG e o Ambulatório de Oncoginecologia (AONG). O AMIG também era o local de referência do município de Batatais para realização de colposcopias e biópsias até 2015.

Há um protocolo com os critérios de elegibilidade para o AMIG e AONG, disponível para os profissionais da APS consultarem e procederem com a referência bem indicada. Ademais, a partir de 2011, a regulação formal desses casos foi instituída no município.

No AMIG os critérios para encaminhamento incluem pacientes não grávidas com:

- a) Infecção pelo HIV, HPV, condilomatoses, neoplasias intraepiteliais de grau 1, 2 e 3 no colo uterino, na vagina - Neoplasia Intraepitelial Vagina (NIVA), na vulva - Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIVs) e perianal - Neoplasia Intraepitelial Perianal (NIA), lesões ulceradas genitais, herpes genital, cancro duro, *Chlamydia trachomatis*, candidíase de repetição; pacientes que sofrem estupro ou outra forma de abuso sexual agudo e outras infecções (após contato telefônico com a equipe do AMIG para discussão e confirmação da necessidade de encaminhamento).
- b) Doenças não incluídas no item 1, mas que podem eventualmente ser atendidas após contato telefônico com a equipe para discussão da necessidade de

encaminhamento. Exames necessários para encaminhamento: exame especular e citologia oncótica.

- c) Patologia cervical: pacientes com citologia alterada, sugestiva de lesão de alto grau (classificação de Bethesda); células glandulares atípicas de significado incerto, células endometriais atípicas, células escamosas atípicas de significado indeterminado (após repetição e persistência do achado), com diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial e carcinomas microinvasores e invasores do colo. Exames necessários para o encaminhamento, sem os quais a paciente não é agendada: exame ginecológico, Papanicolaou e anatomopatológico, se disponível.
- d) Endométrio: achados ultrassonográficos sugestivos de malignidade e com diagnóstico de carcinoma de endométrio, não operadas. Exames necessários para o encaminhamento sem os quais a paciente não é agendada: exame ginecológico, ultrassonografia detalhada e anatomopatológico, se disponível.

No AONG, os critérios para encaminhamento incluem pacientes com:

- a) Tumores anexais e carcinomas de ovário;
- b) Doença trofoblástica gestacional;
- c) Doenças da vulva: prurido vulvar crônico, líquen escleroso e hiperplasias, lesões pré-neoplásicas - NIVs e carcinomas.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo definiu-se a partir dos seguintes critérios de inclusão: mulheres que realizaram o exame citopatológico, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014, na APS de Batatais, e que apresentaram alteração no resultado do exame, com diagnóstico de atipias celulares registrado no prontuário.

Esclarece-se que resultado do exame citopatológico com diagnóstico sugestivo de infecção ginecológica não foi considerado exame alterado neste estudo. Os critérios de exclusão foram: mulheres das quais não foi possível localizar o prontuário na APS; mulheres que não possuíam informações sobre exame citopatológico alterado registradas no prontuário da APS.

No levantamento do número de mulheres com exames alterados, foi observado que algumas delas tinham vários resultados com alteração. Optou-se por

escolher o exame citopatológico alterado mais antigo dessas mulheres, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014, para avaliação do seguimento.

O período selecionado para o estudo justifica-se pelo fato de a SOBECAN fornecer dados a partir de 2006, e, de que a partir do ano de 2015, houve alteração do fluxo assistencial da mulher com necessidade de realizar colposcopia. Ademais, em 2016, foi publicada nova diretriz nacional do programa de rastreamento do CCU.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi encaminhado ao secretário de saúde do município de Batatais (SP) (ANEXO A), à coordenadora do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto Fundação SOBECAN (ANEXO B) e ao presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP (ANEXO C), sendo aprovado o desenvolvimento do projeto nos respectivos locais. Posteriormente, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP), apresentando protocolo de aprovação CAE 65391217.8.0000.5393 (ANEXO D), segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012a).

As mulheres que contemplaram os critérios de inclusão foram contatadas via contato telefônico ou visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde e convidadas a participarem do estudo. Para as que aceitaram participar, foi agendado dia, hora e local para orientações quanto aos objetivos do estudo e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foi assegurado sigilo de suas identidades, direito a recusa e a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo. Foi solicitado dispensa do TCLE para aquelas mulheres que foram a óbito ou que não foi possível localizar.

5.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A identificação do número total de exames citopatológicos e daqueles com resultado alterado, realizados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014 em Batatais, foi feita por meio de consulta ao SISCOLO, SISCAN e livros de registro

de exames citopatológicos com resultados alterados, no laboratório do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto – SOBECAN, para onde as lâminas de citologia eram encaminhadas.

Após identificação das mulheres com exames citopatológicos alterados, foi realizada visita às unidades de APS do município de Batatais, a fim de obter informações de seguimento nos prontuários. Para aquelas encaminhadas para serviços de complexidade clínica de média e alta complexidade, foi realizada consulta aos prontuários do HCFMRP-USP para obtenção de dados complementares.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2017 e direcionada por instrumento construído pela pesquisadora (APÊNDICE A). Antes da aplicação, o instrumento foi analisado por duas enfermeiras, professoras universitárias de Enfermagem, expertises no assunto abordado. As modificações na versão inicial foram realizadas, conforme sugestão das enfermeiras. Assim, o seguimento dessas mulheres deu-se a partir da identificação do primeiro exame citopatológico alterado, ou seja, o exame mais antigo, realizado entre 2006 e 2014.

Foram utilizadas variáveis de perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, estado civil, e cor); clínicas (resultados de exames e procedimentos clínicos realizados); e relativas ao seguimento (conduta adotada pelos profissionais de saúde frente ao resultado de exame alterado; intervalos de tempo entre a coleta do primeiro exame com resultado alterado e o retorno para verificação do resultado, o tempo para repetição do exame, o tempo para realização da colposcopia e da biópsia; tempo médio entre o encaminhamento da APS para serviço de referência e a primeira consulta nesse serviço; situação atual das mulheres que foram encaminhadas ao serviço terciário de referência do município).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha de Excel 2010, com dupla digitação e validação. Na análise descritiva dos dados, foi realizada a distribuição percentual das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Em relação às condutas imediatas dos profissionais, essas foram comparadas com a Diretriz Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011c), vigente na data da coleta do

exame. Para a alteração ASC-US foram consideradas as mudanças que ocorreram nas diretrizes de 2011, conforme quadro 7.

Quadro 7 - Recomendação quanto a temporalidade preconizada de acordo com as diretrizes do INCA de 2006 e após a revisão de 2011.

Resultado do exame citopatológico	Temporalidade preconizada de 2006 até 2011	Temporalidade preconizada a partir de 2011
Mulheres < 30 anos	6 meses	12 meses
Mulheres ≥ 30 anos	6 meses	

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

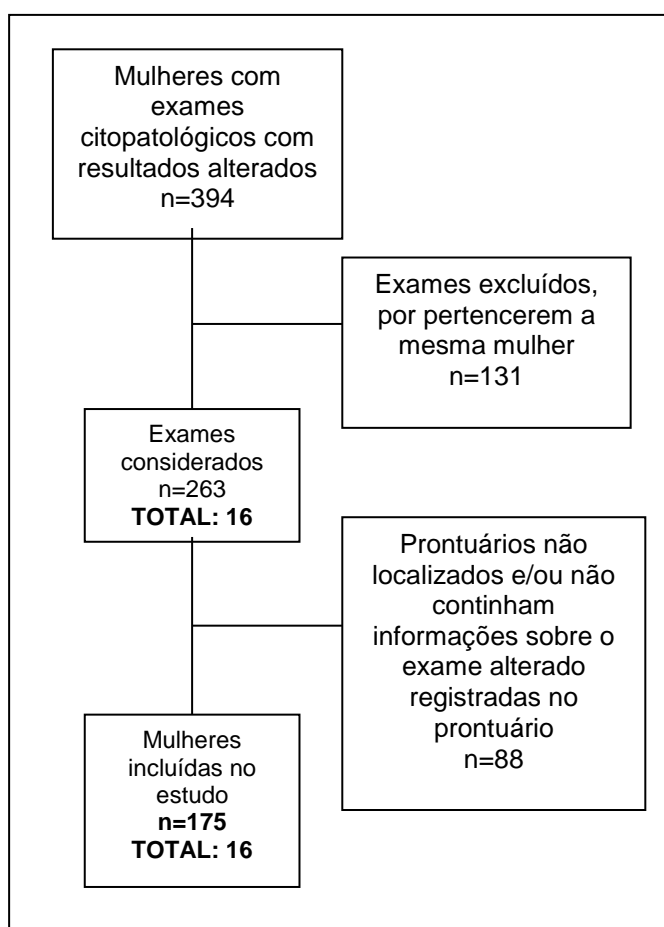
Quanto à avaliação da conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico que requerem colposcopia (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HLIL microinvasor), considerou-se como conduta adequada tanto a solicitação da colposcopia, quanto o encaminhamento para o hospital de referência, visto que as colposcopias e biópsias eram realizadas no HCFMRP-USP, até 2015.

Na definição do caminho percorrido pelas mulheres na RAS, foi classificado como serviço diagnóstico o local com consulta especializada, que realiza exames de colposcopia e biópsia. Foi classificado como hospital de referência o local que realiza o tratamento e cuidados paliativos.

6 RESULTADOS

No município de Batatais (SP), no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014, foram realizados 25.366 exames citopatológicos, sendo que 394 (1,5%) apresentaram resultados alterados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (elegibilidade), foram incluídas 175 mulheres como apresentado na figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da composição da amostra do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Na ocasião do primeiro resultado de exame citopatológico alterado, a média de idade das mulheres foi de 43 anos ($\pm 13,79$), sendo que 132 (75,43%) estavam na faixa etária de 25 a 64 anos, 39 (22,29%) estavam abaixo dos 25 anos, e apenas quatro (2,28%) acima dos 64 anos.

Adicionalmente, 82,86% dessas mulheres eram brancas e mais de 85% não possuíam informações registradas em prontuário sobre estado civil e escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas das 175 mulheres atendidas na APS do município de Batatais. Janeiro de 2006 a dezembro de 2014. Batatais (SP), 2017.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Idade (em anos)		
< 25 anos	39	22,29
25 - 34	50	28,57
35 - 44	39	22,29
45 a 54	24	13,71
55 a 64 anos	19	10,86
>64 anos	4	2,28
Cor		
Branca	145	82,86
Preta	4	2,28
Parda/mulata	21	12,00
Amarela	1	0,58
Não informado	4	2,28
Estado civil		
Com união estável	10	5,71
Sem união estável	11	6,29
Não informado	154	88,00
Escolaridade		
Não tem	1	0,57
Até 4 anos	1	0,57
De 5 a 8 anos	2	1,14
De 9 a 12 anos	8	4,57
Acima de 13 anos	2	1,14
Não informado	161	92,00

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

Três UBS (Vila Lídia, ESF I e CS I) concentraram 61,7% dos exames citopatológicos alterados, sendo que foram responsáveis por 45% dos exames coletados (Tabela 2). A ESF IV, devido à inauguração em maio de 2014, foi seguida por apenas sete meses, não apresentando exames alterados no período.

Tabela 2 – Número de exames citopatológico coletados e número de mulheres com exames alterados por unidade de saúde onde a mulher realizou a coleta do exame. Batatais (SP), 2017.

Unidade de saúde onde a mulher coletou o exame	Número exames coletados	Porcentagem de exames coletados no município	Mulheres com exames alterados	Porcentagem de mulheres com exames alterados
CS I	3661	14,43	33	18,85
CSE	2125	8,37	11	6,29
ESF I	3117	12,29	32	18,28
ESF II	2924	11,53	11	6,29
ESF III	1757	6,93	11	6,29
ESF IV	18	0,07	0	0,00
UBS Altino Arantes	4538	17,89	16	9,14
UBS Vila Cruzeiro	2491	9,82	18	10,29
UBS Vila Lídia	4735	18,67	43	24,57
Total	25366	100%	175	100%

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

Dois tipos de lesões representaram 76,57% das alterações no resultado dos exames citopatológicos: ASC-US e LSIL (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados alterados de exames citopatológicos das 175 mulheres atendidas na APS. Batatais (SP), 2017.

Resultado do exame citopatológico alterado	n	%
ASC-US	66	37,71
ASC-H	4	2,29
AGC-US	4	2,29
ASC-H	3	1,71
AOI2	1	0,57
LSIL	68	38,86
HSIL	19	10,86
HSIL microinv	4	2,29
Ca inv	2	1,14
Outros	4	2,29
Total	175	100

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

Entre as 175 mulheres com exames alterados, observou-se que 90% (n=157) retornaram à unidade de saúde para verificar o resultado do exame citopatológico

(mediana de intervalo de tempo entre coleta do exame e verificação do resultado de 42 dias). As demais mulheres (n=18) não apresentam conduta relativa à devolutiva do exame alterado registrada em prontuário.

A tabela 4 mostra que 65% (114) das mulheres realizaram exame citopatológico anterior ao alterado, sendo que 43% (76) delas em um intervalo inferior a três anos.

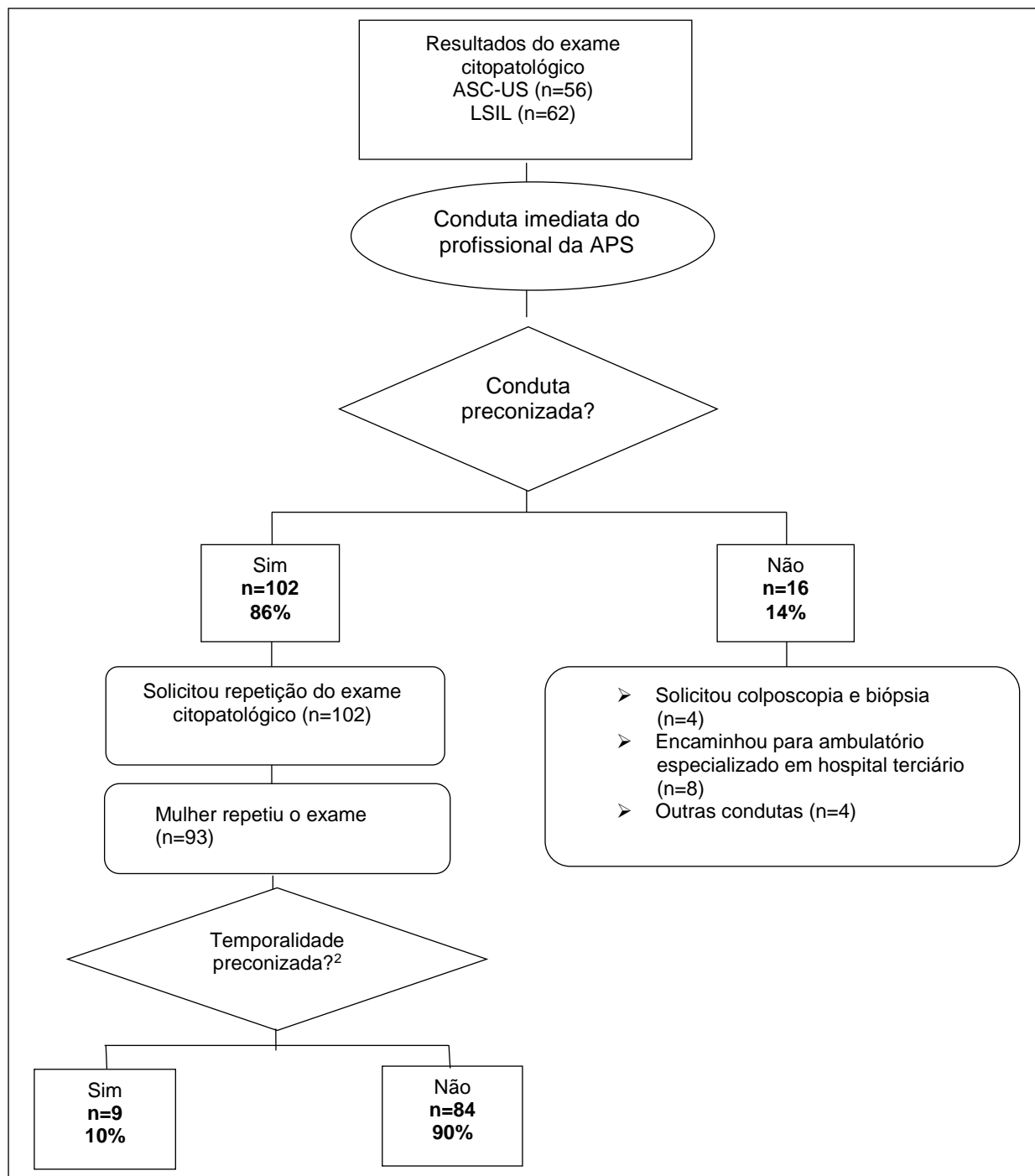
Tabela 4 - Percentual de mulheres que realizaram o exame citopatológico anterior ao alterado, e intervalo entre o exame alterado em relação ao anterior. (n=175). Batatais (SP), 2017.

Variáveis do exame citopatológico	n	%
Realizou exame citopatológico anterior ao alterado		
Não	4	2,29
Sim	114	65,14
Não informado	57	32,57
Intervalo do exame alterado em relação ao anterior		
Menos de 1 ano	12	6,86
1 a 2 anos	41	23,43
2 a 3 anos	23	13,14
3 a 4 anos	11	6,29
4 a 5 anos	14	8,00
Mais de 5 anos	12	6,86
Não informado	62	35,43

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

A figura 3 demonstra a conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico ASC-US e LSIL, cuja recomendação do programa nacional de rastreamento (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011c) é a repetição do exame.

Figura 3 – Fluxograma da conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico (AGC-US e LSIL) no período de 2006 a 2014.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Verificou-se que 86% dos profissionais adotaram a conduta preconizada, no entanto, quanto à temporalidade de repetição do exame citopatológico, apenas 7,5% das mulheres a realizaram no tempo indicado. Entre as mulheres com resultado

LSIL e que repetiram o exame (n=49), a maioria coletou a segunda amostra em menos de seis meses (n=30) e, apenas três mulheres coletaram em seis meses, como deveria acontecer.

O quadro 8 apresenta o número de mulheres que repetiram o exame para a alteração ASC-US de acordo com a temporalidade preconizada. Neste estudo foi observado que entre as mulheres com 30 anos ou mais, com resultado ASC-US e que repetiram o exame (n=33), a maioria coletou a segunda amostra em menos de seis meses (n=17), e, apenas três coletaram no tempo preconizado. Já entre as mulheres com menos de 30 anos, com resultado ASC-US, e que repetiram o exame até 2011 (n=4), apenas uma repetiu em seis meses, conforme e preconizado. A partir de 2011, com a nova recomendação de repetir em doze meses, das mulheres que repetiram o exame (n=7) foi observado que a maioria (n=4) repetiu em tempo menor do que recomendado pelo INCA.

Quadro 8 - Valores de referência da temporalidade de repetição de exame citopatológico do colo do útero e temporalidade encontrada para a ASC-US.

Resultado exame citopatológico	Temporalidade preconizada entre 2006 e 2011	Temporalidade encontrada entre 2006 e 2011	Temporalidade preconizada a partir de 2011	Temporalidade encontrada a partir de 2011
Mulheres ≥30 anos	6 meses	< 6 meses (n=5) 6 meses (n=0) > 6 meses (n=4)	6 meses	< 6 meses (n=12) 6 meses (n=3) > 6 meses (n=9)
Mulheres < 30 anos	6 meses	< 6 meses (n=3) 6 meses (n=1) > 6 meses (n=0)	12 meses	< 12 meses (n=4) 12 meses (n=0) > 12 meses (n=3)

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Entre as mulheres para as quais foi solicitada repetição do exame (n=102), observou-se que a maioria (93-91%) compareceu para realizar novamente o exame citopatológico. Contudo, somente foi possível identificar o resultado do 2º exame registrado em prontuário de 30 (32%) delas. Desse total de 30 resultados, 12 (40%) foram diagnosticados como LSIL e seis (20%) como AGC-US. Entretanto, sete mulheres (23,3%) evoluíram para outras lesões: dois casos (6,67%) diagnosticados como AGC-H e cinco como HSIL (16,67%) (Tabela 5).

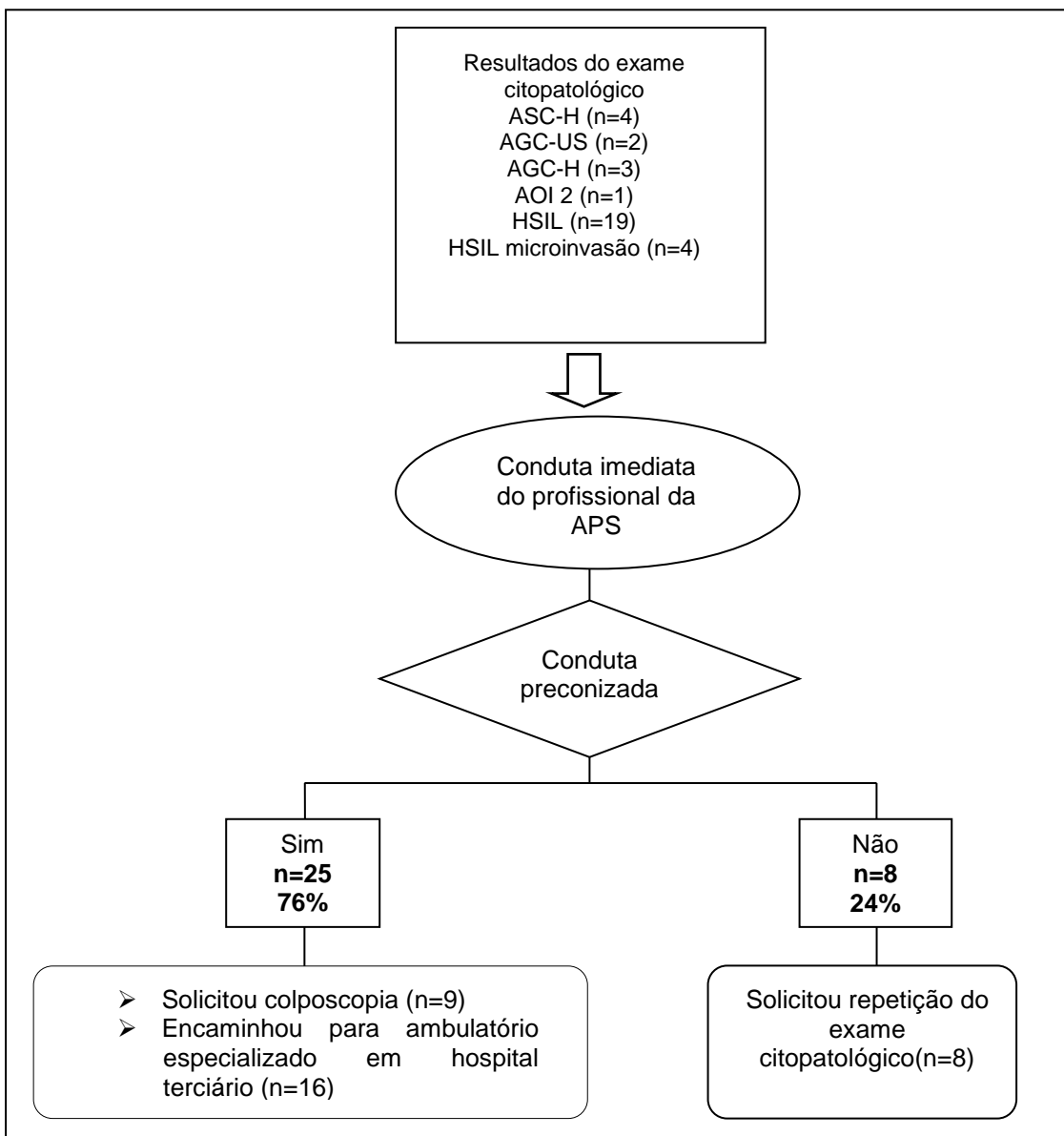
Tabela 5 - Resultado da repetição do exame citopatológico de mulheres (n=30) que tiveram indicação de repetição do exame em virtude do resultado alterado. Batatais (SP), 2017.

Resultado da repetição do exame	n	%
ASC-US	6	20,00
AGC-H	2	6,66
LSIL	12	40,00
HSIL	5	16,67
Não informado	5	16,67

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

A figura 4 demonstra a conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico, cuja recomendação do programa nacional de rastreamento (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011c) é a solicitação de colposcopia (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HSIL microin). Verificou-se que 76% dos profissionais adotaram a conduta preconizada. A mediana do intervalo de tempo entre a data do encaminhamento e realização da colposcopia e biópsia foi de 40 e 50 dias, respectivamente.

Figura 4 – Fluxograma avaliativo da conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados alterados do exame citopatológico (ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HSIL microinvasão) no período de 2006 a 2014. Batatais (SP).



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Seis mulheres foram encaminhadas diretamente para o hospital de referência após verificação das seguintes alterações no exame citopatológico: AIS (n=2); carcinoma microinvasivo do colo uterino (n=1); lesão vegetante (n=2) e carcinoma escamoso queratinizante (n=1).

Das 49 mulheres encaminhadas para outro serviço, foi verificado que a maioria (n=40) foi encaminhada para o hospital de referência HCFMRP-USP. O tempo entre o encaminhamento da APS e a primeira consulta especializada no

serviço de referência apresentou mediana de 21 dias (50% das mulheres foram atendidas em até 21 dias). Verificou-se a realocação interna de 22 mulheres – entre 32, inicialmente encaminhadas para o HC-AONG – para o HC-AMIG.

As demais mulheres (n=9) foram encaminhadas para outros hospitais que não eram referência do município de Batatais (SP), e portanto, não há informações adicionais sobre seu seguimento; Hospital Beneficência Portuguesa (n=1), SOBECAN (n=7) e Hospital de Câncer de Barretos (n=1).

A tabela 6 mostra os procedimentos realizados com as mulheres encaminhadas ao HCFMRP-USP. Todas repetiram o exame citopatológico, mais de 85% realizaram a colposcopia e a biópsia, e 72,97% (n=27) foram submetidas a conização. Os resultados histológicos da conização revelaram NIC II/III em 25 casos. Procedimentos mais complexos como cirurgia, radioterapia e quimioterapia foram indicados para oito mulheres (22%). Entre estas oito mulheres, cinco realizaram exame citopatológico anterior ao resultado, sendo três em intervalo inferior a três anos.

Tabela 6 - Relação dos procedimentos realizados com as mulheres encaminhadas para o HC-FMRPUSP e que compareceram para o atendimento. (n=37). Batatais (SP), 2017.

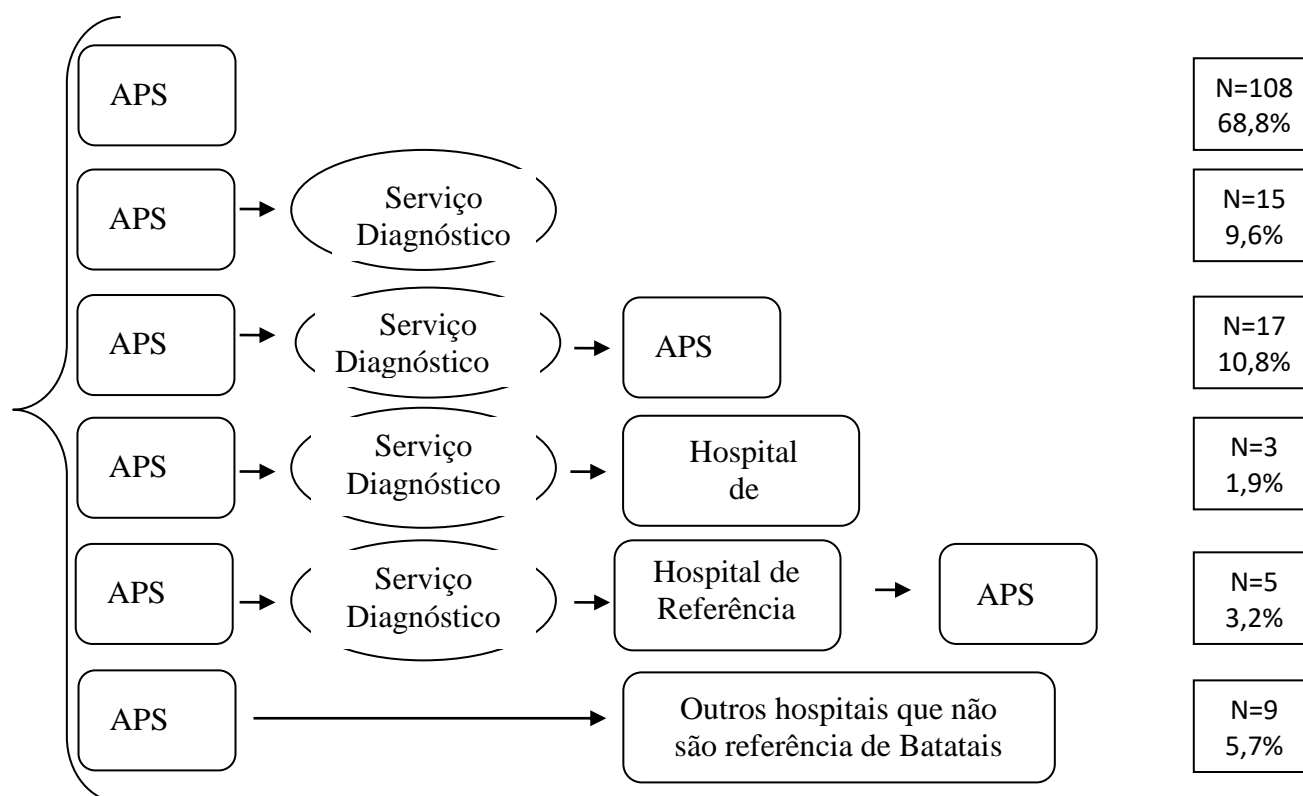
Procedimentos realizados no HC	n	%
Exame citopatológico	37	100
Colposcopia	32	86,48
Biópsia	34	91,89
Conização	27	72,97
PCR para HPV	22	68,75
Cirurgia	5	13,51
Histerectomia	3	8,10
Wertheim-Meigs	2	5,40
Radioterapia	4	10,81
Quimioterapia	4	10,81
Cuidados paliativos	1	2,70

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

A figura 5, a seguir, apresenta o caminho percorrido na RAS pelas mulheres seguidas neste estudo (n=157). A maioria delas teve seu caso resolvido em nível de APS (n=108). Entre as mulheres encaminhadas para serviço diagnóstico (n=40), três

não compareceram, dez perderam seguimento e duas continuam em acompanhamento; 17 mulheres foram contra referenciadas à APS; oito foram encaminhadas para atenção terciária. Nove mulheres foram encaminhadas para outros hospitais que não eram referência do município de Batatais.

Figura 5 – Caminho percorrido pelas mulheres com resultado alterado de exame citopatológico realizado na APS.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Ao término da coleta dos dados das 40 mulheres que foram encaminhadas para o serviço de referência, 20 estavam em acompanhamento ginecológico regular na APS; oito frequentavam a APS; mas não estavam em acompanhamento ginecológico; seis não estavam frequentando a unidade de saúde, uma não foi possível localizar informação sobre o último atendimento na unidade de saúde e cinco foram a óbito. As causas dos óbitos de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10) foram: neoplasia maligna do útero (n=1), lesão invasiva dos órgãos genitais femininos (n=1), trato intestinal parte não especificada (n=1), outras formas de obstrução intestinal (n=1) e causas mal definidas (n=1) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

7 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que no período de 2006 a 2014, os seguimentos de mulheres com alterações do exame citopatológico, a partir da APS de Batatais (SP) aconteceram de forma adequada, conforme as recomendações do MS. Percebeu-se a adaptação de fluxos assistenciais ao longo dos anos, aumentando a possibilidade de coordenação do cuidado pela APS, de modo a estruturar, adequadamente, a linha de cuidado para o controle do CCU. Dessa forma, a maioria das condutas dos profissionais de saúde, frente aos resultados alterados de exame citopatológico, como colposcopia e biópsia, foi adequada, assim, como o tempo entre as diferentes etapas de seguimento. Já a temporalidade na repetição do exame citopatológico, quando houve alterações, não mostrou a mesma adequabilidade, e na realização da colposcopia e biópsia ficou próximo do recomendado.

Em Batatais (SP), nesse intervalo de nove anos, foram realizados 25.366 exames citopatológicos, sendo que 394 (1,5%) apresentaram resultados alterados; estudos realizados em outros municípios brasileiros mostram uma variação de 1,02% (MELO et al., 2009) na região sul a 7,37% na região centro-oeste (ARAÚJO et al., 2014). O acompanhamento dos percentuais de exames classificados como alterados é denominado índice de positividade. O MS recomenda que o valor esperado esteja entre 3% e 10%. Esse valor expressa o percentual de exames citopatológicos com resultados alterados em relação ao total de exames realizados no mesmo local e período. Também avalia a sensibilidade do processo de rastreamento para detectar lesões na população examinada (BRASIL, 2014). Neste estudo foi observado um índice de positividade muito baixo (1,5%), indicando que alterações suspeitas podem estar deixando de ser identificadas pelo laboratório, o que pode acarretar exames falsos-negativos.

Observou-se que a falta das informações registradas nos prontuários dificultou a obtenção de dados. Assim, não foi possível delinear um perfil sociodemográfico das mulheres, especialmente, o estado civil e a escolaridade. Essas informações se fazem importantes, uma vez que a escolaridade constitui fator de risco para desenvolvimento do CCU, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade maior a chance de ocorrência do agravo (MASCARELLO et al., 2012).

Em relação à raça/cor, verificou-se que a maioria era branca (82,86%), dado esperado, pois segundo o último censo o número de mulheres brancas de 25 a 64

anos em Batatais (SP) era de 11.508, enquanto o número de não brancas no mesmo período e faixa etária era de 3.733 (BRASIL, 2010).

Em relação à população-alvo, 75,43% das mulheres estavam na faixa etária preconizada para o rastreamento (25 a 64 anos) (BRASIL, 2016a), sendo que 39 (22,29%) tinham menos de 25 anos e quatro (2,28%) tinham mais de 64 anos na data da coleta do exame citopatológico. No Brasil, em 2013, a proporção de exames citopatológicos realizados na faixa etária recomendada foi de 78%, enquanto na região sudeste foi de 71% (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, há evidências de que exame citopatológico em mulheres entre 35 e 64 anos é muito mais efetivo em detectar lesões progressivas do que exames em mulheres por volta dos 20 anos (ARBYN et al., 2008). E, ainda, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução das taxas de incidência e mortalidade por CCU. Um estudo realizado na Inglaterra evidenciou que o rastreamento anterior aos 25 anos não tem impacto importante na redução do CCU, pois é raro esse tipo de câncer na faixa etária entre 20 a 24 anos (CASTANON et al., 2013). Além disso, a maioria das lesões regride espontaneamente antes dos 25 anos (BRASIL, 2018a).

Entre os resultados alterados, as lesões mais prevalentes foram ASC-US (37,7%) e LSIL (38,86%). Nesses casos, a recomendação é que a proporção de ASC-US não deva ser maior que 60% entre resultados alterados (BRASIL, 2015a), uma vez que em si não caracteriza um diagnóstico, mas uma junção de diagnósticos diferenciais e dificuldades diagnósticas (grande variação em sua reprodutividade) (BRASIL, 2014).

Entre as mulheres com resultado de ASC-US e LSIL, para as quais foi solicitado repetição do exame (n=102), observou-se que a maioria (n=93) delas compareceu para repetir o exame. Contudo, foi possível checar o resultado do segundo exame no prontuário de apenas 32% (n=30) dessas mulheres, sendo que dois casos (6,67%) evoluíram para AGC-H (n=2) e cinco para HSIL (16,67%).

Sobre a possível evolução dessas lesões, um estudo de seguimento realizado na Noruega com 1055 mulheres diagnosticadas, inicialmente, com ASCUS e LSIL, mostrou que 20,28% das mulheres desenvolveram NIC II entre três e seis anos (BUDAL et al., 2014).

Esses fatos justificam uma conduta conservadora para tais lesões, sendo indicada a repetição do exame citopatológico em seis ou 12 meses, a depender da

idade da mulher (\pm de 30 anos) (BRASIL, 2011c) e, mais recentemente, com a atualização da diretriz de 2016 o intervalo de tempo para repetição foi alterado para três anos para mulheres menores de 25 anos (BRASIL, 2016c).

Verificou-se boa adesão das mulheres ao seguimento: 65% realizaram exame citopatológico anterior ao alterado, em um intervalo inferior a três anos; 90% compareceram para receber o resultado do exame citopatológico; 91% repetiram o exame citopatológico sob recomendação profissional. Esse perfil é sugestivo de mulheres mais preocupadas com sua saúde. Vale ressaltar, no entanto, que parte dessas mulheres, provavelmente, é super-rastreada, enquanto outras podem estar com atraso na coleta ou até mesmo nunca ter realizado exame.

O intervalo de tempo entre a coleta do exame citopatológico e a comunicação do resultado foi em torno de 42 dias, intervalo adequado, pois o recomendado é que seja de dez dias para envio da lâmina ao laboratório, e até 30 dias para o laboratório emitir o resultado (BRASIL, 2013b).

Neste estudo, 86% dos profissionais solicitaram adequadamente a repetição do exame citopatológico para ASC-US e LSIL. Contudo, a temporalidade de repetição em sua maioria (90%) foi inadequada, sendo grande parte antes de seis meses, independentemente da idade da mulher. O exame citopatológico não deveria ser repetido com intervalo menor do que o preconizado, uma vez que o epitélio cervical precisa de um tempo para regenerar (ARBYN et al., 2008); e 55% e 67% das infecções por HPV carcinogênicos regridem espontaneamente em seis e 12 meses, respectivamente (RODRIGUEZ et al., 2008).

Em relação à conduta imediata dos profissionais da APS frente aos resultados ASC-H, ASG-US, AGC-H, AOI 2, HSIL e HSIL não podendo excluir microinvasão, verificou-se que 76% adotaram a conduta preconizada – solicitar colposcopia (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2016c). Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado no município de Goiânia (GO), no período de 2006 a 2008, que observou que 61,22% das mulheres com exame citopatológico alterado tiveram seguimento ignorado e, que possivelmente, não foram submetidas às condutas preconizadas pelo MS para rastreamento de CCU (ARAÚJO et al., 2014).

A mediana do intervalo de tempo entre a data do encaminhamento e realização da colposcopia e biópsia foi de 40 e 50 dias, respectivamente. Nas diretrizes brasileiras de rastreamento do CCU (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2016c) não há menção sobre a temporalidade adequada referente à

realização destes exames, e assim, baseia-se nas diretrizes europeias de rastreamento do CCU (ARBYN et al., 2008) para avaliar a adequabilidade do tempo neste estudo: para lesões de alto grau, não deve ser superior a quatro semanas. Dessa forma, o tempo de realização da colposcopia e biópsia, encontrado neste estudo, esteve dentro do recomendado. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), na baixada fluminense, com 1227 mulheres, avaliou o tempo de espera para obter a primeira colposcopia por mulheres com exame citopatológico alterado. Foi verificado que a maior parte das mulheres (71,69%) teve acesso ao exame dentro de 30 ou de 60 dias a partir da data do encaminhamento da unidade de origem (NASCIMENTO et al., 2015).

Seis mulheres foram encaminhadas direto para o hospital de referência após a verificação dos seguintes resultados: AIS (n=2); carcinoma microinvasivo do colo do útero (n=1); carcinoma escamoso queratizante (n=1) e lesão vegetante (n=2). A conduta dos profissionais da APS foi considerada adequada, devido ao fato de que, no contexto avaliado, o serviço diagnóstico (atenção secundária) era locado no hospital de referência.

A mediana do intervalo de tempo entre a data do encaminhamento e a primeira consulta no serviço de referência foi de 21 dias, tempo adequado, considerando que a mulher tem o direito de iniciar o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico de câncer (BRASIL, 2012c).

Das 49 mulheres encaminhadas, a maioria (n=40) foi para o serviço de referência e, apenas 18,36% (n=9) foram para outros hospitais e não foi avaliado o seguimento nesses casos. Foi possível observar que entre as mulheres encaminhadas para o serviço de referência e que compareceram para atendimento (n=37), houve realocação interna entre os ambulatórios AMIG e AONG para a maioria das mulheres (n=22), ou seja, para essas mulheres atendidas inicialmente no AONG foi necessário encaminhá-las para o AMIG internamente para continuidade do seguimento, conforme protocolo estabelecido.

Dessa forma, é possível observar que a mulher foi encaminhada pela APS conforme necessário, mas não foi seguido o protocolo dos ambulatórios do hospital de referência. Também é importante ressaltar que o treinamento de uma profissional para realizar colposcopia e biópsia em nível municipal foi uma forma de melhorar a acessibilidade, uma vez que as pacientes eram encaminhadas para o hospital de referência para realizar esses procedimentos.

Em relação ao tratamento, das 37 mulheres seguidas no hospital de referência, 27 foram submetidas à conização. E, resultados histológicos do espécime de incisão revelaram NICII/III em 25 casos, evidenciando adequação da indicação do procedimento, e não havendo sobretratamento (BRASIL, 2016c).

Em relação às mulheres que perderam seguimento nas diferentes etapas, foi observada uma quantidade reduzida dos registros de busca ativa.

A maioria (68,8%) das alterações no exame citopatológico foi restrita aos cuidados primários; 40 mulheres (25,47%) foram direcionadas ao serviço de referência. Os encaminhamentos parecem adequados, uma vez que entre as 40 mulheres encaminhadas, 34 mulheres receberam algum tratamento (conização e/ou procedimentos mais complexos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado na microrregião de Andradina (MS), entre junho a julho de 2014, que observou que 78% das mulheres com LSIL foram encaminhadas para atenção secundária, e 21% das lesões que deveriam ser encaminhadas foram mantidas em seguimento na APS, evidenciando falhas importantes de seguimento (FARIAS; BARBIERI, 2016).

Ao fim deste estudo, os dados confirmaram que cinco mulheres foram a óbito, e apenas uma delas teve registrada como causa do óbito o CCU. Para as demais mulheres não constavam, informações adicionais, nos dados fornecidos pela vigilância epidemiológica do município estudado, que permitissem correlacionar os óbitos com o CCU, especificamente.

Algumas características – alta adesão das mulheres seguidas; inexistência de registros sobre busca ativa; não checagem de exames repetidos – sugerem que o programa de rastreamento avaliado, embora bem estruturado em relação aos fluxos assistenciais, é ainda oportunístico. O rastreamento oportunístico é a prática de coletar exame citopatológico pela iniciativa própria da mulher ou em qualquer oportunidade, por exemplo, consulta clínica para outros propósitos (ARBYN et al., 2008). Tal ação, por vezes, está em desacordo com as diretrizes de rastreamento estabelecidas, e pode ocasionar baixa cobertura da população alvo, alto índice de detecção tardia, e super-rastreamento de determinados grupos, sendo, portanto, menos custo efetivo que o rastreamento estruturado.

Ao se comparar os resultados encontrados com outros estudos nacionais (FARIAS; BARBIERI, 2016; ARAÚJO et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2012) observou-se que o programa de rastreamento avaliado apresenta-se bem

estruturado. Há que se destacar que o município de Batatais (SP) se encontra localizado no Estado de São Paulo, onde o acesso aos recursos em saúde é melhor que em outros estados. Outro ponto positivo é o fato de médicos ginecologistas comporem as equipes de saúde da família em Batatais (SP), realidade muito diversa da observada em outros municípios.

Apesar de os resultados deste estudo apresentarem, em sua maioria, adequação no seguimento das mulheres com exames citopatológicos alterados, alguns pontos ainda podem ser aprimorados e, nesse sentido, formulou-se um quadro com sugestão de propostas e ações para implementação de tais propostas, no sentido de contribuir para esse fim (Quadro 9).

Quadro 9 - Pontos a serem aprimorados, propostas e ações para implementação na APS do Município de Batatais (SP).

Pontos a serem aprimorados	Propostas para aprimoramento	Ações para implementação das propostas
Baixa cobertura do exame	Campanhas nas UBS e locais extramuros; Elaboração de sistema informatizado eficiente capaz de alertar qual a mulher tem indicação para coleta ou está em atraso; Contribuição dos enfermeiros na coleta do exame.	Divulgação do exame citopatológico por meio de folders, palestras na unidade de saúde e em outros setores como escolas e empresas; Implantação do sistema nas unidades de saúde e treinamento dos profissionais quanto ao manejo do sistema; Capacitar e incentivar enfermeiros para contribuírem com as coletas de exames.
Índice de positividade baixo	Avaliar o monitoramento interno de qualidade do laboratório	A análise por prestador de serviço para identificar se o laboratório necessita de alguma intervenção
Alimentação inadequada dos sistemas de informação	Treinamento dos profissionais de saúde	Capacitação presencial e supervisão do processo de alimentação dos registros pelo gestor/coordenador.
Temporalidade de repetição do exame inadequada	Treinamento dos profissionais de saúde	Curso presencial ou online com garantia de liberação dos profissionais para realizarem o curso.
Perda de seguimento das mulheres	Garantir o seguimento de mulheres com exame citopatológico alterado	Busca ativa das mulheres com exames alterados: convocação por telefone, carta-convite e visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde.
Super-rastreamento e controle ineficaz de mulheres em atraso ou que nunca realizaram o exame.	Garantir o rastreamento organizado.	Realização de exames com periodicidade recomendada pelas diretrizes brasileiras de rastreamento e busca ativa das mulheres com exame em atraso ou que nunca realizaram o exame.
Registro inadequado de informações no prontuário	Desenvolver um formulário próprio para o rastreamento.	Capacitar os profissionais para o preenchimento adequado.

Sistema de referenciamento inapropriado	Embora já estabelecido, desenvolver um formato de checar se a paciente compareceu ao serviço de referência.	Ação no serviço de referência e vigilância; Alimentação do sistema com informações pertinentes e adequadas relativas ao seguimento.
---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

8 CONCLUSÃO

Neste estudo, a estrutura de seguimento de mulheres com alterações do exame citopatológico, a partir da APS de Batatais (SP), foi avaliada como adequada. A linha de cuidado do câncer do colo do útero mostra-se bem estruturada e foram identificados investimentos na regulação do cuidado, que já contribuíram na melhoria do acesso qualificado aos serviços de atenção secundária e terciária.

A conduta dos profissionais da APS de Batatais, frente aos resultados alterados de exame citopatológico, foi classificada como adequada, na maioria dos casos avaliados. O tempo entre as diferentes etapas de seguimento – tempo entre a coleta do exame citopatológico e a comunicação do resultado à mulher; tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta no serviço de referência – foi adequado. O tempo entre a comunicação do resultado de exame citopatológico alterado e a realização da colposcopia e biópsia foi aceitável. Contudo, algumas características deste seguimento permitem classificá-lo como rastreamento oportunístico.

A periodicidade de repetição do exame citopatológico foi inadequada. Algumas mulheres deste estudo possuem perfil sugestivo de super-rastreamento, enquanto outras podem estar com atraso na coleta ou até mesmo nunca ter realizado o exame. Destaca-se, também, a baixa cobertura do exame, alimentação inadequada dos sistemas de informação, temporalidade inadequada de realização do exame, perda de seguimento de algumas mulheres, registro inadequado de informações no prontuário, sistema de referenciamento inapropriado e baixo índice de positividade. Assim, evidenciaram-se alguns aspectos do seguimento que podem ser melhorados, visando, principalmente, a redução de iniquidades de acesso e o incremento do diagnóstico precoce do CCU, favorecendo o prognóstico clínico dessas mulheres.

8.1 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Devido ao fato de a atenção secundária e terciária serem localizadas no mesmo serviço de referência, optou-se por considerar encaminhamento para serviço de referência e solicitação de colposcopia, como ações similares. Assim, não foi possível afirmar se a intenção dos profissionais da APS era realmente encaminhar para atenção secundária. Não obtive-se dados referentes ao atendimento na

atenção suplementar/privada. Não foram coletados dados sobre resultados de exames citopatológicos anteriores ao alterado. Não foram avaliadas as consequências das falhas nas condutas de encaminhamento. A baixa qualidade da informação obtida de fontes secundárias, principalmente dos prontuários, dificultou a obtenção de alguns dados.

REFERÊNCIAS

ADAD, S. J. et al. Frequency of trichomonas vaginalis, Candida sp and Gardnerella vaginalis in cervical-vaginal smears in four different decades. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 200-205, nov. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v119n6/6661.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

ALBUQUERQUE, Z. B. et al. Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo recomendações do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 258-253, jun. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n6/v34n6a02.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 4, n. 15, p. 2649-2658, 2009.

ARAÚJO, E. S. et al. Avaliação do seguimento de mulheres com exames citopatológicos alterados de acordo com as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil em Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 7-13, 2014. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/03-artigo-avaliacao-do-seguimento-de-mulheres-com-exames-citopatologicos-alterados-de-acordo-com-as-condutas-preconizadas-pelo-ministerio-da-saude-do-brasil-em-goiania-goias.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

ARBYN, M. et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening . Second Edition - Summary Document. **Annals of Oncology**, Boston, v. 21, n. 3, p. 448-458, mar. 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826099/pdf/mdp471.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

ARZUAGA-SALAZAR, M. A. et al. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 541-546, jul./set. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/16.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sínteses de resultados e comentários**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas recomendações para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA, 2013c. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/siscan.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016c. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes para o Rastreamento do cancer do colo do utero 2016 corrigido.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento cancer colo utero.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Informativo Detecção Precoce**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 1-12, jan./abr. 2015a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Informativo deteccao precoce 2015.pdf](http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Informativo_deteccao_precoce_2015.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do câncer do colo do útero. **Detecção precoce**. Rio de Janeiro: INCA; 2018a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Agenda estratégica para o controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/agenda_estrategica/apresentacao_agenda_estrategica>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: INCA, 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FI](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FI%20CHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8)
[CHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FI%20CHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8)
[26080469faa79859bed5120665fa8](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FI%20CHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8)>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nomenclatura_laudo_cervical.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do controle do câncer de mama e do colo do útero – SISMAMA / SISCOLO**: manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_contro](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_controle_do_cancer_de_mama.pdf)
[le_do_cancer_de_mama.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_controle_do_cancer_de_mama.pdf)>. Acesso em: 05 Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Meninos também serão vacinados contra HPV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016e. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv)
[meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv)>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Viva Mulher - Câncer do colo do útero**: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde a mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretr](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
[izes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf
>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **SISPACTO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativa da população 2016 em Batatais – SP**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350590&idtema=130&search=sao-paulo|batatais|estimativa-da-populacao-2016->>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Presidência da República, 2012c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BUDAL, E. B. et al. HPV DNA testing improves CIN2+ risk stratification and detection of CIN2+ in delayed triage of ASCUS and LSIL. A population-based follow-up study from Western Norway. **Cancer Medicine**, Malden, v. 3, n. 1, p. 182-189, feb. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930403/pdf/cam40003-0182.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

CARVALHO, M. C. P.; QUEIROZ, A. B. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-624, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a26.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

CASTANON, A. et al. Characteristics and screening history of women diagnosed with cervical cancer aged 20–29 years. **British Journal of Cancer**, London, v. 109, n. 1, p. 35-41, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708588/pdf/bjc2013322a.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

CHORLEY, A. J. et al. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 26, n. 2, p. 161-172, feb. 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324630/pdf/PON-26-161.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

FARIAS, A. C. B.; BARBIERI, A. R. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160096, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160096.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2017.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Geneva, v. 136, n. 5, p. e359-386, sep. 2014. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.29210>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, jul. 2011. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n7/1312-1322/pt>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

GOLDIE, S. J. et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 353, n. 20, p. 2158-2168, nov. 2005. Disponível em:< https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa044278?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 18 jul. 2017.

GUARISI, R. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. 2003. 83f. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Ciências, Universidade de Campinas, Campinas (SP), 2003. Disponível em:< <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313224>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MADLENSKY, L. et al. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 39, n. 12, p.1648-1653, aug. 2003.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame Papanicolau no Brasil e seus determinantes: uma revisão sistematizada da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, ago. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

MASCARELLO, K. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 417-426, 2012. Disponível em:< http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2018.

McGRAW, S. L.; FERRANTE, J. M. Update on prevention and screening of cervical cancer. **World Journal of Clinical Oncology**, Hong Kong, v. 4, n. 4, p. 744-752, 2014.

MEDEIROS, V. C. R. D. et al. Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 227-231, out./dez. 2005.

MELO, S. C. C. S. et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 602-608, out./dez. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a04v30n4.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

MOTTA, E. V. et al. Colpocytology in a preventive gynecological ambulatory service. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 302-310, out./dez. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7396.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

NASCIMENTO, G. W. C. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) . **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 253-260, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-253.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

NAVARRO, C. et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 17, p. 1-8, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005554.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID -10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo de útero**: guia de práticas essenciais. Washington: OPAS, 2014. Disponível em: < <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **British Medical Journal**, London, v. 318, n. 7188, p. 904-908, 1999. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27810/pdf/904.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

RODRIGUEZ, A. C. et al. Rapid clearance of human papillomavirus and implications for clinical focus on persistent infections. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 100, n. 7, p. 513-517, apr. 2008. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705579/pdf/nihms440431.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SOARES, M. B. O. **Estudo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero do Departamento Regional de Saúde de Franca - SP, nos anos de 2007 e 2008**. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010. Disponível em: <<http://btdt.ufmt.edu.br/handle/tede/138>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 404-414, mar./abr. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0404.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

TEIXEIRA, L. A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-239, jan./mar. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n1/pt_0104-5970-hcsm-22-01-00221.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO-FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26., 2006., Fortaleza. **Anais**. Rio de Janeiro: ABEPRO, 2006. Disponível em: < http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

VALE, D. B. A. P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/17.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

WANG, S. M.; QIAO, Y. L. Implementation of cervical cancer screening and prevention in China – challenges and reality. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 45, n. 1, p. 7-11, jan. 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jjco/article/45/1/7/889507>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Early detection**: cancer control - knowledge into action - WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO, 2007a. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/doc/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human papillomavirus (HPV)**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 89, n. 43 p. 465-492, oct. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf?ua=1>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

ZUR HAUSEN H. Papillomaviruses and câncer: from basic studies to clinical application. **Nature Reviews. Cancer**, London, v. 2, n. 5, p. 342-350, may. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Dados sociodemográficos:

Nome: _____ Nº de ordem: _____

Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ___/___/___ Número do SUS: _____

Número da Família: _____

Idade na data da coleta do exame citopatológico: _____ anos

Endereço atual: _____

nº: _____ Bairro: _____ Complemento: _____

Raça/cor ___ ___			
Branca	01	Amarela	04
Preta	02	Vermelha (indígena)	05
Parda/mulata	03	Não informado	99
Estado civil na data do exame ___ ___			
Com união estável	01		
Sem união estável	02		
Não informado	99		
Escolaridade na data do exame ___ ___			
Não frequentou	01	De 9 a 12 anos	04
Até 4 anos	02	Acima de 13 anos	05
De 5 a 8 anos	03	Não informado	99

Dados sobre o exame citopatológico

Unidade de Saúde onde estão sendo coletadas as informações no prontuário: _____

Unidade de Saúde onde realizou a coleta do exame citopatológico: _____

Data da coleta do exame citopatológico (DD/MM/AAA): _____

Realizou exame citopatológico anterior ao exame alterado?

1. Sim, Data: ___/___/___

2. Não

99. Não informado

Resultado do exame citopatológico: ___ ___	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica	01
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau	02
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	03
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	04
Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas	05
Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	06
Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I)	07
Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC graus II e III)	08
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão	09
Carcinoma epidermoide invasor	10
Adenocarcinoma in situ	11
Adenocarcinoma invasor	12
Outros: _____	13
Não informado	99

Seguimento na unidade de saúde:**Retornou a unidade de saúde para verificar resultado do exame citopatológico?**

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

Condutas realizadas na unidade de saúde:**() Solicitado para repetir exame citopatológico**

1.Sim 2.Não 99.Não informado

() Compareceu para realizar o exame:

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() Resultado**0. Negativo para neoplasia**Para as alterações (utilizar código da tabela anterior) e quando outros, especificar: _____

_____**() Solicitado colposcopia**

1.Sim 2.Não 99. Não informado

() Realizou colposcopia:

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99. Não informado

() Resultado

1. Achados normais
2. Achados anormais
3. Achados suspeitos de invasão
4. Achados insatisfatórios
5. Achados vários

() Solicitado biópsia

1.Sim 2.Não 99. Não informado

() Realizou biópsia:

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99. Não informado

Resultado: _____

_____**() Outras condutas**

1.Prescrição medicamentosa

2. Solicitado outros exames

3. Conduta não registrada no prontuário ()

4. Letra ilegível ()

Encaminhada

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99. Não informado

Se sim, para qual serviço de saúde ()

1.HC

2.HC-AMIG

3.HC-AONG

4.Outros serviços de saúde: Qual? _____

Seguimento no HC:**() Compareceu para o atendimento no HC?**

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99. Não informado

() Foi atendida em qual ambulatório?

1. AMIG

2. AONG

() Repetição do exame citopatológico

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() Resultado**0. Negativo para neoplasia**Para as alterações (utilizar código da tabela anterior) e quando outros, especificar: _____
_____**() Colposcopia**

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() Resultado

1. Achados normais

2. Achados anormais

3. Achados suspeitos de invasão

4. Achados insatisfatórios

5. Achados vários

() Biópsia

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

Resultado: _____
_____**() Exérese da zona de transformação**

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() Conização

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() PCR para HPV (Papiloma Vírus)

1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado

() Resultado

1. Positivo		
2. Negativo		
3. Não informado		
() Cirurgias		
1.Sim, Data: ___/___/___ 2.Não 99.Não informado		
() Tipo de cirurgia		
1. Histerectomia		
2. Em caso de outros tipos de cirurgia, especificar: _____		
() Radioterapia		
1.Sim 2.Não 99.Não informado		
() Quimioterapia		
1.Sim 2.Não 99.Não informado		
() Cuidados paliativos		
1.Sim 2.Não 99.Não informado		
() Desfecho no HC		
1. Alta com contrarreferencia para UBS		
2. Perdeu seguimento (faltou em uma ou mais consultas)		
4. Em acompanhamento no HC		
() Situação da mulher na coleta de dados		
Frequentando a unidade de saúde	01	
Sem informação: última vez na unidade de saúde	02	
Frequentando o HC	03	
Sem informação: última vez no HC	04	
Frequentando a unidade de saúde, mas não acompanha com ginecologista.	05	
Não está frequentando a unidade de saúde	06	
Óbito	07	Data do óbito: ___/___/___
() Causa do óbito		
1. Pelo câncer	1.Sim 2.Não 99.Não informado	
2. Outra causa	1.Sim 2.Não 99.Não informado	
Especificar:		

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da pesquisa: Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico cervicouterino alterado na atenção básica de um município paulista.

Pesquisadores responsáveis: Tatiana da Silva Vaz Paterra (aluna de mestrado) e Marislei Sanches Panobianco (orientadora).

Convido a senhora a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar dados relativos aos exames de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolaou) com resultados alterados (que mostraram algum problema e as mulheres precisaram de seguimento, ou seja, continuar com acompanhamento médico) realizados nas unidades básicas de saúde (posto de saúde) da cidade de Batatais, no período de 2006 a 2014.

Essa pesquisa é importante, pois o seguimento inadequado pode levar à realização de exames desnecessários, demora do diagnóstico e tratamento da doença, e aumentando o dinheiro gasto com a saúde do município.

Sua participação consiste em autorizar a utilização dos seus prontuários das Unidade de Saúde e/ou do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto onde buscaremos as seguintes informações: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, também buscaremos os dados relativos ao resultado de exame de Papanicolaou, assim como de outros exames e tratamentos realizados, os quais serão fornecidos pelo Hospital de Câncer de Ribeirão Preto - Fundação SOBECCan (Sociedade Benemerita de Combate ao Câncer), local para onde os exames realizados em Batatais são enviados para análise.

Caso nos autorize, assumimos o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, como por exemplo, pode ocorrer um desconforto devido à exposição dos dados que serão coletados dos seus prontuários, mas não haverá nenhum procedimento com a senhora, só buscaremos as suas informações nos prontuários. Garantimos que manteremos esses dados sobre nossa guarda em sigilo, e caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa a senhora tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país.

A senhora pode não ter benefícios em participar, mas os resultados deste estudo poderão auxiliar na melhoria dos cuidados prestados às mulheres com alterações no exame de Papanicolaou.

A senhora receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. A senhora não terá nenhum gasto decorrente da pesquisa e também não receberá dinheiro ou outro benefício por sua participação. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e a senhora pode se recusar a participar, sem nenhum problema. Caso aceite participar, será respeitada sua decisão de desistir, no momento que desejar, mesmo que a pesquisa já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência não irá interferir no seu atendimento na Unidade de Saúde ou no Hospital. Os resultados deste estudo serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico. Este documento será elaborado em duas vias, sendo que uma delas ficará comigo e a senhora receberá uma via assinada por mim.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 em dias úteis, das 8 às 17 horas ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora Tatiana da Silva Vaz Paterra no endereço e telefone:

Endereço: Rua Adriano Coutinho, 261, Bairro: Jardim Virginia - Batatais
Telefone: (16)3662-2808

Eu, _____
tendo recebido as informações sobre a minha contribuição nesse estudo, e ciente dos meus direitos, aceito participar desta pesquisa. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discutí-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2017

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da participante

Obs.: este documento será impresso em frente e verso

Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP).

Prezada Sra.

Solicitamos a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) relativo ao projeto intitulado “**Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado na atenção básica de um município paulista**” proposto por Tatiana da Silva Vaz Paterra (aluna de mestrado) e Marislei Sanches Panobianco (orientadora) para as participantes que foram a óbito e/ou sem possibilidades de contato (sem acompanhamento regular na instituição, sem endereço residencial válido e/ou sem contato telefônico após pelo menos três tentativas frustradas) com base na Resolução 466/12 que contempla a dispensa do TCLE em situações de impossibilidade de obtenção do mesmo.

Os pesquisadores envolvidos no projeto acima se comprometem a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução 466/12 e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.





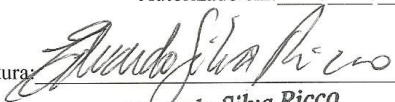
Ribeirão Preto, 06 de Março de 2017.

Tatiana da Silva Vaz Paterra
Pesquisadora Responsável

Marislei Sanches Panobianco
Profa. Dra.EERP-USP

ANEXOS

ANEXO A - Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados

	PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE BATATAIS ESTADO DE SÃO PAULO Praça Dr. Paulo de Lima Corrêa, 01 – Centro - 14300-000 – (16) 3761-2999	
Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados		
Batatais, <u>28</u> de <u>12</u> de 2016.		
Prezado Sr. Eduardo da Silva Ricco - Secretário Municipal de Saúde da Estância Turística de Batatais-SP,		
Solicitamos autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado na atenção básica de um município paulista” .		
A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).		
Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo não experimental, com abordagem metodológica quantitativa, utilizando dados secundários. Para a coleta de dados será utilizado um instrumento para obtenção de informações. Os dados serão coletados de prontuários, nas unidades da atenção básica do município de Batatais, com o propósito de analisar o seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado.		
Esclarecemos às mulheres da pesquisa que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este será lido e explicado àquelas que farão parte da pesquisa (são mulheres cujos exames citopatológico apresentarem resultado alterado, e sua participação constará em autorizar a utilização dos dados de seus prontuários). Serão orientadas ainda sobre seu anonimato na publicação dos dados e da liberdade em se recusar a participar deste estudo, a qualquer momento, sem ônus para o seu tratamento. A pesquisa será desenvolvida pela discente Tatiana da Silva Vaz Pattera, sob orientação da Profª Drª Marislei Sanches Panobianco.		
Contamos com a colaboração desta Instituição.		
		Atenciosamente,
<hr/> Tatiana da Silva Vaz Pattera Pesquisadora Responsável		
		
<hr/> Marislei Sanches Panobianco Profª Dra. da EERP – USP		
Autorizado em: <u>28, 12, 2016</u>		
Assinatura:		
<hr/> Dr. Eduardo Silva Ricco Secretário Municipal de Saúde		

Autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados

Ribeirão Preto, 10 de Setembro de 2017.

Prezado Sr. Rosemeire Lemes Marques Da SILVA,

Solicitamos autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico alteradona atenção básica de um município paulista”**.

A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo não experimental, com abordagem metodológica quantitativa, utilizando dados secundários. Para a coleta de dados será realizado um levantamento, com auxílio do SISCOLO, no laboratório do Hospital do Câncer de Ribeirão Preto - SOBECAN, do número total de exames citopatológicos realizados, e número de exames citopatológicos alterados, de mulheres atendidas na rede de atenção básica do município de Batatais, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014.

Solicitamos esta autorização, uma vez que a leitura das lâminas do exame citopatológico coletadas no município de Batatais é realizada pelo laboratório da Fundação SOBECAN.

Esclarecemos às mulheres da pesquisa que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este será lido e explicado àquelas que farão parte da pesquisa (são mulheres cujos exames citopatológicos apresentarem resultado alterado, e sua participação constará em autorizar a utilização dos dados de seus exames). Serão orientadas ainda sobre seu anonimato na publicação dos dados e da liberdade em se recusar a participar deste estudo, a qualquer momento, sem ônus para o seu tratamento. A pesquisa será desenvolvida pela discente Tatiana da Silva Vaz Paterra, sob orientação da Profª Drª Marislei Sanches Panobianco.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

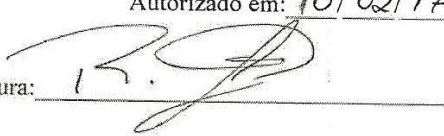


Tatiana da Silva Vaz Paterra
Pesquisadora Responsável



Marislei Sanches Panobianco
Profª Dra. da EERP –USP

Autorizado em: 10/02/17

Assinatura: 

ANEXO B - Aprovação do projeto



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 3602-2583 - Fax (016) 3602-1524

Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2017.

Ilma. Sra. Profa. Dra.
Marislei Sanchez Panobianco

Prezada Professora,

O projeto intitulado "**Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado na atenção básica de um município paulista**", de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Informamos que o projeto foi **APROVADO** para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, reading 'Ricardo de Carvalho Cavalli'.

Prof. Dr. Ricardo de Carvalho Cavalli
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

ANEXO C - Parecer referente ao projeto de pesquisa externo ao DGO

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone (016) 3602-2231 - Fax (016) 3633-1028

Ribeirão Preto, 11 de fevereiro de 2017

PARECER REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA EXTERNO AO DGO

Título: Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado na atenção básica de um município paulista

Pesquisadoras:

- Mestranda: Tatiana da Silva Vaz Paterra
- Orientadora: Marislei Sanchez Panobianco

Programa: Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Local que será desenvolvido o estudo:

- Secretaria de Saúde de Batatais
- Sobecan
- HCFMRP- Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia (AMIG)

Trata-se de um projeto de pesquisa que avaliará de forma retrospectiva o seguimento de mulheres que apresentaram alteração citológica no exame de rastreamento de câncer do colo uterino na atenção básica de saúde no município de Batatais. O local para referência destas pacientes é o Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia (AMIG) do Hospital das Clínicas, cuja responsável sou eu, Professora Silvana Quintana. Visto que as pesquisadoras utilizarão as informações do banco de dados deste ambulatório que fazem parte de um conjunto de dados utilizados em vários projetos de pesquisa deste setor, a aprovação deste projeto para utilizar os dados do AMIG fica OBRIGATORIAMENTE atrelada a parceria na pesquisa e participação da coordenadora do Setor nas diferentes fases do projeto assim como na coautoria no artigo que será publicado.

ANEXO D - Parecer CEP



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 069/2017, de 05.04.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 05 de abril de 2017.


Protocolo CAAE: 65391217.8.0000.5393

Projeto: Avaliação do seguimento das mulheres com exame citopatológico cervicouterino alterado na atenção básica de um município paulista.

Pesquisadores: Tatiana da Silva Vaz Paterra
Marislei Sanches Panobianco (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Marislei Sanches Panobianco

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP