

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento
em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde.**

DANIELA MONTANO WILHELMS

Orientadora: Prof. Dra. MARY CLARISSE BOZZETTI

Porto Alegre, JUNHO de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento
em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde.**

DANIELA MONTANO WILHELMS

Orientadora: Prof. Dra. Mary Clarisse Bozzetti.

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Wilhelms, Daniela Montano

Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde. / Daniela Montano Wilhelms. -- 2012.

63 f.

Orientadora: Mary Clarisse Bozzetti.

Coorientador: Rui Flores.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Neoplasias do Colo do Útero. 3. Avaliação em Saúde. I. Bozzetti, Mary Clarisse, orient. II. Flores, Rui, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Alice de Medeiros Zelmanowicz, Doutora em Epidemiologia, Coordenadora do Centro de Prevenção de Câncer da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Prof. Dr. Erno Harzheim, Pós Doutorado em Epidemiologia. Professor do Programa de Pós Graduação de Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Porto Alegre.

Prof. Dra. Camila Giugliani, Doutorado em Epidemiologia. Professora Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Porto Alegre.

“A efetividade de um programa de rastreamento depende de uma série de eventos que vão desde as mulheres submeterem-se ao exame até a adequada abordagem das alterações identificadas. Destarte, os métodos e as atividades do programa devem ser aceitáveis para as mulheres e tem de respeitar a sua dignidade, privacidade e autonomia.”

Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. World Health Organization 1999.

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo Hospitalar Conceição e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, em especial ao PPG da Epidemiologia que tornaram possível a realização deste mestrado, aproximando as duas instituições.

Ao Ministério da Saúde pelo financiamento deste mestrado.

Ao GHC por disponibilizar redução da carga horária funcional, permitindo assim a realização deste estudo.

À Mary Bozzetti e Rui Flores, orientadores neste caminho.

À Camila Giugliani e Gisele Nader pela dedicada responsabilização com a turma.

À interessante e diversa turma de mestrado pelo respeito à diferença e por investir na Atenção Primária. A Lisiane Périco pela serenidade e grandes dicas para tornar este percurso mais suave. Ao Ricardo Fagundes por desvendar que no início “os passos são de bebê”.

À equipe da Unidade Jardim Leopoldina do Serviço de Saúde Comunitária, em especial à Martha Marcantonio, pela doçura, compreensão e apoio que possibilitou a concretude deste trabalho.

À amiga Sílvia Takeda pelo movimento, incentivo e contribuições neste percurso. E à “minha equipe” do Monitoramento e Avaliação pelo suporte.

Aos/às profissionais do Serviço de Saúde Comunitária pelo empenho em pensar e fazer saúde.

À Vânia Naomi Hirakata pela generosidade, paciência, competência e análise estatística.

Ao Egidio Antonio Demarco pelo carinho, confiança, parceria deste e de outros tempos, amizade de alma e dedicação na revisão do texto. E a Eliana Dable de Mello pela escuta, cuidado e conversas instigantes. À bela Antonia, pelas aulas de inglês e por trazer uma série de dúvidas.

À Martha Hezberg pela inspiração, confiança, apoio carinhoso, inteligência e por ser a mulher que é.

A Clau, Mone, Dri e Maira e os “por si”, pela amizade que desafia o tempo e a distância. E por acreditarem em uma saúde pública de melhor qualidade.

Para @s querid@s amig@s, Fabiano e os almoços de domingo e Beri por estimular sabedoria e arte em minha vida.

A Bruna Eibel pela ajuda na revisão do texto, simplicidade e bondade.

Aos meus irmãos Cássio, Alex e Fábio e a minha irmã Alessandra pela companhia, emoção e afeição ao longo dos anos. À minha mãe Beatriz de grande coração, pela força de vida e por me mostrar o que é o humor e a liberdade.

Para a Gladis, “la mama” pelo apoio operacional e amabilidade. Ao Fabrício e Rodrigo pelo afeto, brincadeiras, o estudo e o “abraço em grupo”.

Ao José pela compreensão e amor.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	08
Resumo	10
Abstract	12
1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Incidência e mortalidade por câncer do colo do útero	17
3.2 Rastreamento para câncer do colo do útero	18
3.3 Atenção Primária à Saúde e controle do câncer do colo do útero	21
3.4 Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) e a vigilância ao câncer do colo do útero	24
4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	28
5. OBJETIVOS	30
5. REFERÊNCIAS	31
6. ARTIGO	35
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. ANEXOS	
8.1 Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	63

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Alterações em células escamosas
APS	Atenção Primária à Saúde
AGUS	Atipias de significado indeterminado em células glandulares
ASC ou ASCUS	Atipias de significado indeterminado em células escamosas (atypical squamous cells of undetermined significance)
ASC-US	Atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas
ASC-H	Atipias de significado indeterminado em células escamosas não podendo excluir lesão de alto grau
CCU	Câncer do colo do útero
CID10	Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão
CP	Exame citológico do colo do útero
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IARC	International Agency of Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LIEAG	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau

LIEBG	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
LP	Lesões precursoras
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SISCOLO	Sistema de Informação em Saúde de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil
SMS/POA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SSC	Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde

RESUMO

Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde.

O câncer do colo do útero (CCU) é passível de prevenção e tratamento, quando detectado precocemente e seguido do efetivo tratamento. Ainda assim, é o terceiro tipo mais comum entre as mulheres no mundo e mantém-se como a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Em países desenvolvidos observou-se diminuição importante da incidência e mortalidade por CCU nas últimas décadas, principalmente após a implantação de programas organizados de rastreamento. Estes programas pressupõem uma rede de atenção coordenada de serviços, capazes de oferecer desde o rastreamento populacional com foco e cobertura no grupo mais suscetível até a garantia de tratamento de qualidade quando necessário.

A oferta de exames citológicos do colo do útero tem sido uma importante estratégia para o controle deste câncer na população feminina no Brasil. Entretanto supõe-se que um percentual significativo de mulheres, com exames alterados no rastreamento, que são encaminhadas para avaliação colposcópica para confirmação diagnóstica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento.

Nesta direção, estudo observacional, tipo coorte histórica, foi realizado com usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, RS, Brasil. O objetivo principal foi avaliar o programa de rastreamento desenvolvido neste serviço, principalmente em relação ao seguimento dos casos positivos identificados no rastreamento. Todas as mulheres que apresentavam lesões precursoras de câncer do colo do útero, no exame citológico (CP), entre 2001-2007, foram elegíveis para o estudo e acompanhadas até agosto de 2011. Avaliou-se a condição prévia de rastreamento, o diagnóstico/tratamento e o seguimento. Para a análise da qualidade do cuidado foram considerados o alcance dos atributos da APS (acesso, longitudinalidade e coordenação dos cuidados) e a efetividade do tratamento e do acompanhamento subsequente.

A ausência de CP anterior estava associada à detecção de alteração de maior grau. A maioria das mulheres (94%) foi encaminhada para avaliação ginecológica, sendo que 97% delas compareceram a consulta. O tempo mediano entre as datas do CP alterado e a consulta no serviço de referência foi de 25 dias. Houve a confirmação do diagnóstico em 80% das mulheres que fizeram histologia. Após tratamento, 89% apresentaram CP normal, sendo que 66% têm seguimento subsequente realizado na APS. Estimamos que a vigilância em saúde com auxílio da busca ativa contribuiu para melhorar o acesso e a adesão aos cuidados. Este serviço trabalha para controle do CCU há mais de 20 anos, e as taxas de mortalidade por este câncer são menores do que as encontradas em Porto Alegre. O maior alcance da longitudinalidade e coordenação dos cuidados, características de um serviço orientado pela APS, pode ter relação com estes resultados.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Cervical cancer control: screening program evaluation in a primary care oriented health service

Cervical cancer is preventable and treatable depending on its early detection followed by effective treatment. Even so, it is the third type of cancer more common among women in the world. In Brazil is the fourth cause of death due to cancer among women. In developed countries, an important decrease in incidence and mortality of cervical cancer has been observed in the last decades, mainly after the implementation of organized screening programs. Such programs are responsible for a network of services capable to offer population screening focusing on more susceptible groups, and including the warranty of high quality treatment when necessary.

The offer of cytological exams of the uterine cervix has been an important strategy to control this cancer among Brazilian women. However, it is estimated that a significant proportion of women with abnormal screening exams who are referred to colposcopy to diagnostic confirmation do not perform such exam, and the health system is not efficient enough to control this event.

In this perspective, a historical cohort study was performed, including women who attended a Primary Care Service in Porto Alegre city, southern Brazil. The main objective was to evaluate the screening program developed in this service, especially regarding the follow-up of positive cases identified during screening. All women who presented cervical cancer precursor lesions in the cytological exam between 2001 and 2007, were eligible for the study and they were followed-up until august 2011. The women condition prior to screening, diagnostic/treatment and follow-up was evaluated. To analyze the quality of care were considered the scope of the Primary Care attributes (access, longitudinality and coordination of care) and effectiveness of treatment and subsequent follow-up.

The absence of a previous cytological exam was associated to the detection of a high grade abnormality. The majority of women (94%) were sent to gynecological

evaluation and 97% attended the appointment. The median time between the date of the abnormal cytological exam and the appointment was 25 days. There was diagnostic confirmation through biopsy in 80% of the studied women. After treatment, 89% presented normal cytological exam, being 66% performed in the Primary Care Service. It's estimated that a health surveillance with active search contributed to improve the access and adhesion to the follow-up. This service works to control the cervical cancer for more than 20 years, and the mortality rates of this cancer are lower than those reported for the whole city of Porto Alegre. The greatest extent of longitudinality and coordination of care, characteristics of a service-driven APS, may be related to these results.

Key words: Primary Health Care; Cervical Cancer Neoplasms, Health Evaluation.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em março de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, iniciando-se a partir de uma lesão precursora curável na quase totalidade dos casos. É uma das formas de câncer mais preveníveis e tratáveis, quando detectado precocemente e seguido do efetivo tratamento. Entretanto, ainda é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo (Miller, 2000; IARC, 2010).

Estudos do tipo caso-controle mostraram forte associação negativa entre o rastreamento e a incidência de doença invasora, o que indica efeito protetor do rastreamento. A incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero declinaram nas últimas décadas em países desenvolvidos, principalmente após implantação de programas de rastreamento utilizando o exame Papanicolaou ou citológico.

O objetivo primordial do rastreamento é identificar mulheres que apresentem maior risco de desenvolver câncer do colo do útero. A prioridade seriam aquelas que nunca foram submetidas ao exame na faixa etária preconizada; e aquelas cujos resultados dos exames citológicos do colo do útero indiquem maior potencial de malignidade.

A detecção precoce do câncer de colo permite evitar ou retardar a progressão para câncer invasor com o uso de intervenções clínicas como colposcopia e biópsia, excisão local, conização e eventualmente a histerectomia. No entanto, supõe-se que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento.

O controle do câncer do colo do útero está diretamente relacionado com a possibilidade de diagnóstico correto e tratamento efetivo. Para tal as mulheres deveriam ter acesso fácil e ágil aos serviços, com flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento. Nesta direção, a avaliação dos serviços em relação ao acesso, resolutividade e integração do sistema de referência e contra-referência pode oferecer subsídios para auxiliar a modificar esse quadro.

Estudos apontam que sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde

(APS) apresentam melhores resultados, no que se refere à provisão de cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários. Além disso, há certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como a base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade.

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Conceição tem orientado suas ações sob a perspectiva do modelo da APS, desde sua criação em 1983. E, trabalha há mais de 20 anos com ações programáticas para o controle do câncer do colo do útero. Na identificação de mulheres com lesões precursoras no rastreamento, realiza vigilância e busca ativa em caso de dificuldades na adesão ao diagnóstico/tratamento e acompanhamento. Entretanto, ainda não dispõe de avaliação sistematizada sobre os resultados destas ações ao longo do tempo.

REVISÃO DE LITERATURA

Incidência e mortalidade por câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres, no mundo: em 2008, ocorreram aproximadamente 530.000 casos novos e 275.000 mulheres foram a óbito por esta causa (IARC, 2010). De forma geral, é muito mais comum em países em desenvolvimento, onde mais de 85% dos casos e mortes ocorrem (Jemal, 2011). É uma das formas de câncer mais preveníveis e tratáveis, quando detectado precocemente e seguido do efetivo tratamento (Miller, 2000). No Brasil, em 2009, esta neoplasia foi responsável pela quarta causa de morte por câncer em mulheres com taxa de mortalidade ajustada por idade de 4,78/100 mil mulheres (INCA, 2012). No ano de 2012, são esperados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011a).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) considera a “saúde da mulher como uma prioridade de governo”. Para tanto, formulou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com princípios e diretrizes que deveriam subsidiar as ações na atenção à saúde da mulher para o período de 2004-2007, incorporando, num enfoque de gênero e de direitos humanos, a integralidade e a promoção da saúde (MS, 2004). Este documento aponta como “discreta a diminuição” da mortalidade por câncer de colo de útero, embora seja uma patologia de simples diagnóstico, com tecnologia existente e tratamento acessível, e propõe que:

“A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como a sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação” (MS, 2004).

O estudo de Azevedo e Silva (2010) sobre a evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil com correção da mortalidade com base na redistribuição proporcional dos óbitos por câncer do útero, “porção não especificada” encontrou taxas de mortalidade maiores do que aquelas publicadas oficialmente. O período avaliado foi de 1981- 2006. Apesar disso, os achados confirmaram uma

tendência decrescente nas capitais em todas as regiões do país, observada a partir de 1995. Já nos municípios do interior, houve aumento nas regiões Norte e Nordeste, declínio nas regiões Sudeste e Sul e estabilidade no Centro-oeste.

Pode-se supor que a implementação do programa nacional para controle do câncer cervical no ano de 1998 e a intensificação das ações a partir do ano de 2002 contribuíram para modificar a mortalidade em algumas regiões do país. Entretanto o estudo ressalta que a queda observada, embora desigual, poderia ser ainda melhor com investimento no aumento de cobertura do rastreamento, especialmente entre as populações de maior risco.

O estudo de Carmo (2011) encontrou sobrevida média de 48% após cinco anos. Esta avaliação foi realizada em mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino em um centro brasileiro. Dentre todas as variáveis analisadas, o estágio clínico ao diagnóstico foi a única significativamente associada com o prognóstico. O achado fortalece a abordagem populacional com ênfase na detecção precoce para esse problema.

Na cidade de Porto Alegre, onde foi realizada a presente pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde descreve tendência de queda nos coeficientes de incidência por câncer do colo do útero em todas as faixas etárias, no período de 1996 a 2006 (oitava causa de óbito por câncer entre as mulheres). Contudo, aponta para uma inversão da curva de distribuição proporcional dos casos de óbito por câncer de colo de útero em mulheres de “40 a 59 anos” em relação às demais faixas etárias. Uma maior atenção ao diagnóstico precoce e ao tratamento em mulheres principalmente nessa faixa etária foi sugerida (PMPA, 2006).

Rastreamento para câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero (CCU) é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, iniciando-se a partir de uma lesão precursora (LP) curável na quase totalidade dos casos. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Apesar de ser considerada uma condição necessária, a infecção pelo HPV por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e

carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC). Desses, os mais comuns são o HPV16 e o HPV18.

A vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta para o combate a esse câncer, porém ainda é uma prática distante da realidade dos países de baixa e média rendas, em razão de seu alto custo. Além disso, as vacinas disponíveis hoje no mundo não conferem imunidade contra todos os tipos de HPV. A incorporação desta vacina no Programa Nacional de Imunizações permanece em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se tornar uma das ferramentas para o controle do câncer do colo do útero no futuro (INCA, 2011b).

Atualmente, o rastreamento organizado ainda é a melhor estratégia para o controle do câncer do colo do útero. Estudos do tipo caso-controle mostraram forte associação negativa entre o rastreamento e a incidência de doença invasora, o que indica efeito protetor do rastreamento (La Vecchia, 1984; Berrino, 1986; Laara, 1987; Gustafsson, 1997; Quinn, 1999; Waxman, 2005; Bray, 2005; Sasiene, 2009). A experiência destes países indica que, a faixa etária priorizada e a extensão da cobertura no grupo mais suscetível à doença são indicadores-chave de sucesso na redução do câncer cervical (Denny, 2006).

De forma geral, os critérios utilizados para definir quais agravos devem ser prevenidos consideram a combinação de pelo menos três aspectos, a carga de sofrimento da doença, o exame de rastreamento e o tratamento. A carga de sofrimento é avaliada em termos de morte, doença, deficiência funcional, desconforto, descontentamento e despesa. O teste de rastreamento deve ter boa sensibilidade e especificidade, bem como ser simples, de baixo custo, baixo efeito de rótulo, seguro e acessível. E, nas situações em que a condição for encontrada, o tratamento deve ser bom em termos de efetividade, segurança e custo-efetividade. É

necessário observar que o tratamento inicial após o rastreamento deve ser mais eficaz do que o tratamento posterior sem o rastreamento (Fletcher, 2006).

O câncer do colo do útero é doença que se enquadra nos critérios para ações de detecção precoce. A questão de como rastrear o colo uterino é motivo de discussão no meio científico. No Brasil houve a definição pelo exame o exame Papanicolaou ou citológico. Uma das experiências que embasam esta opção são estudos sobre declínio da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero nas últimas décadas em países desenvolvidos, principalmente após a implementação de programas de rastreamento utilizando o exame Papanicolaou (Hakama, 1985; Laara, 1987; Quinn, 1999; Gustafsson, 1997; WHO, 2002; Bray, 2005). Estima-se que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o exame CP e tratamento das lesões precursoras (LPs) com alto potencial de malignidade utilizando-se procedimentos de baixo custo e menos mutilantes para as mulheres.

No Brasil, as ações para o controle deste câncer aconteceram de forma isolada até o ano de 1996. Em 1997, coube ao MS implantar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, sendo o INCA designado para coordenar o projeto piloto denominado “Viva Mulher”. Este programa foi posteriormente expandido a nível nacional, com intensificações das ações nos anos de 1998 e 2002. Em documento de 2001, o MS explicitava sua preocupação com a garantia de tratamento e com o acompanhamento de 100% das mulheres que tivessem lesões identificadas no exame de rastreamento e a criação de mecanismos que garantissem a continuidade da prevenção (MS, 2001).

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce que foram desenvolvidas no Brasil (Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama), as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Uma parcela da manutenção das taxas pode estar associada ao aumento e à melhoria do diagnóstico que tem como consequência a melhora da qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, o diagnóstico tardio, a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde e, ainda, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpasse todos os pontos de atenção

(primária, secundária, terciária) como de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) também estão implicados em piores resultados (INCA, 2009).

O objetivo primordial do rastreamento é identificar mulheres que apresentem maior risco de desenvolver câncer do colo do útero. A prioridade seriam aquelas que nunca foram submetidas ao exame na faixa etária preconizada; e aquelas cujos resultados dos exames citológicos do colo do útero indiquem alto potencial de malignidade, como células atípicas escamosas, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H); lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (LIEAG); carcinoma epidermóide invasor e atipias em células glandulares (Soloman, 2002; INCA, 2006; INCA, 2011).

Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudos citológicos de LIEAG apresentam confirmação histopatológica desse grau de doença e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor (Kinney et al, 1998; Massad; Collins; Meyer, 2001). A detecção precoce do câncer de colo permite evitar ou retardar a progressão para câncer invasor com o uso de intervenções clínicas como colposcopia e biópsia, excisão local, conização e eventualmente a histerectomia (ACOG, 1984).

As recomendações para mulheres com resultados alterados em CPs foram modificadas ao longo do período estudado, de acordo com o tipo de alteração e faixa etária na realização do exame. Entretanto, de forma geral para todas as mulheres incluídas neste estudo, as com resultados de carcinoma, LIEAG ou ASC-H na citologia, a recomendação é encaminhamento ao centro de referência para esclarecimento diagnóstico com colposcopia e conforme seu resultado, a realização de exame histológico (MS, 2001; MS, 2006; INCA, 2006; INCA, 2011). É consenso que as lesões pré-invasivas devem ser tratadas para impedir sua progressão para carcinoma invasor (McCredie et al, 2008).

Atenção Primária à Saúde e controle do câncer do colo do útero

No Brasil, a oferta de exames citológicos de colo uterino (CPs) tem sido uma importante estratégia para o controle desse câncer na população feminina. Entretanto, a garantia de rastreamento a nível populacional para a detecção precoce por si só não

diminui o problema. É necessário que os serviços de atenção primária à saúde sejam de fácil acesso, resolutivos e estejam inseridos em um sistema de saúde com referência e contra-referência funcionando de forma ágil e integrada para garantir o tratamento quando preciso.

A Conferência de Alma-Ata favoreceu o aparecimento do "Movimento para a atenção primária à saúde" que abordava a inaceitável situação política, social e econômica de desigualdades na saúde em todos os países. Os valores defendidos eram: justiça social e o direito à melhor saúde para todos, participação e solidariedade (OMS, 1978).

Decorridos mais de 30 anos, estudos apontam que sistemas orientados pela APS apresentam melhores resultados, no que se refere, à provisão de cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários. (Starfield, 2002; Shi, Politzer, Regan, 2002; Macinko, Starfield, Shi, 2003; Starfield, 2006; Sans-Corrales M, 2006; Macinko, Starfield, Shi, 2007; Kringos et al, 2010). Além disso, há certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como a base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade (Macinko, Starfield, Shi, 2003; Boerma, 2006; Starfield, 2006; Kringos et al, 2010).

A OMS reforça essa posição em seu relatório de 2008, intitulado "Atenção Primária à Saúde - agora mais do que nunca". Neste documento, enfatiza a necessidade de prioridade à cobertura universal da APS, aliada a princípios como equidade, justiça social, solidariedade e eficiência na prestação de serviços (WHO, 2008).

O estudo de Kringos et al (2010) demonstrou que atenção primária pode ser abordada como um sistema de três elementos (estrutura, processo e resultado), cada qual com várias dimensões. A estrutura de um sistema baseado na atenção primária consiste em três dimensões: governança; condições econômicas; e desenvolvimento da força de trabalho. O processo, quatro dimensões essenciais: primeiro contato; longitudinalidade; coordenação e integralidade. Enquanto o resultado inclui três dimensões: qualidade dos cuidados; eficiência no cuidado; e equidade em saúde (Kringos et al, 2010).

Em relação às dimensões de processo, define-se primeiro contato ou acessibilidade como a capacidade de pacientes para utilizar os serviços sempre que necessário. A longitudinalidade enquanto forma como a atenção é organizada de modo a proporcionar uma fonte regular de cuidados ao longo do tempo. A coordenação como capacidade dos prestadores de atenção primária em coordenar a utilização de outros níveis de cuidados de saúde. Já a atenção integral, como aquela que inclui cuidados preventivos, curativos e serviços de reabilitação. E, ainda a orientação familiar e comunitária que busca entender o paciente dentro de um contexto mais amplo familiar e social necessário para lidar com as múltiplas causas de doença ou de saúde (Starfield, 2002; Starfield B, Shi L, Macinko J, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza a denominação atenção básica, e define sua atuação como um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária, base territorial e resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em determinado contexto (MS, 2007).

A ampliação da cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) vem constituindo a principal iniciativa do governo brasileiro para fortalecer a APS e também para reorganizar o modelo de atenção à saúde. Esta política pública adotada no país está alinhada aos movimentos internacionais de valorização da atenção primária, desde o final dos anos de 1990.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF deve pautar suas ações em cinco princípios: a) caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde; b) atuação territorial; c) desenvolvimento de atividades em função do planejamento local, focadas na família e comunidade; d) busca de integração com instituições e organizações sociais para o estabelecimento de parcerias; e, e) ser um espaço de construção de cidadania (MS, 2007).

Além de se constituir como a porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde e de ter acesso universal, também cabe às equipes de Saúde da Família a responsabilidade pela coordenação dos cuidados e acompanhamento longitudinal, mesmo quando o usuário encontra-se em outros níveis de atenção.

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas no nível de atenção primária. Desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer: informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão de técnicos para coleta, planejamento e execução de ações, no território sob responsabilidade da equipe, voltadas para a melhoria da cobertura do exame. A equipe é também responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos. Pode também oferecer diferentes modalidades de suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo (INCA, 2011).

Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) e a vigilância ao câncer do colo do útero

O SSC/GHC tem orientado suas ações sob a perspectiva do modelo da Atenção Primária à Saúde, desde sua criação em 1983. O Serviço é constituído por 12 unidades de saúde distribuídas em territórios geograficamente delimitados em área de periferia urbana, nas zonas Norte e Leste da cidade de Porto Alegre. Atende uma população estimada em 110.000 pessoas, sendo 47.000 mulheres acima de 15 anos (IBGE, 2000).

Além das atividades clínicas (ambulatoriais e domiciliares), as equipes multiprofissionais realizam a vigilância em saúde ao território, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e educação em saúde com grupos da comunidade. Identificam e intervêm em situações de vulnerabilidade buscando e coordenando os recursos de outros níveis e setores quando necessário. Anualmente as equipes fazem o planejamento local, procurando identificar necessidades em saúde, selecionar situações prioritárias e implantar atividades programadas para as

situações problema frequentes. Os esforços das equipes consideram a heterogeneidade dos territórios na busca da equidade em saúde. E, as ações de saúde são avaliadas através de indicadores sistematicamente coletados, no processo de educação permanente deste serviço (Takeda, 2000).

No campo da saúde da mulher desenvolvem-se ações programáticas relativas à maternidade e à vigilância ao câncer ginecológico há mais de 20 anos. Em consonância com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) que no processo de regionalização da assistência, na área da saúde da mulher, responsabiliza os municípios pelas ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino.

Para monitoramento e avaliação da ação programática para controle do câncer do colo do útero do SSC/GHC, é analisada a base de dados de laudos de CPs do GHC, compatível com o SISCOLO - sistema de informação em saúde de colo uterino do Ministério da Saúde do Brasil. Na vigilância ao câncer do colo do útero destacam-se quatro aspectos para a compreensão do problema: a cobertura do exame Papanicolaou e a sua qualidade, o estadiamento no qual os casos são diagnosticados e o acompanhamento e tratamento precoce dos casos alterados.

Tendo em vista melhores resultados em relação à qualidade, eficiência no cuidado e equidade em saúde os objetivos do programa de controle do câncer de colo de útero no SSC são: diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero; aumentar a cobertura do CP na população feminina, na faixa etária entre 25 e 59 anos; detectar as lesões precursoras; garantir o tratamento precoce e adequado; estimular a continuidade e integralidade da atenção à saúde da mulher.

Os indicadores monitorados são: a) cobertura de mulheres, entre 25 e 59 anos, com pelo menos um exame citológico de colo uterino realizado na vida; b) cobertura de mulheres, entre 25 e 59 anos, com um exame citológico de colo uterino realizado nos últimos três anos; c) qualidade do exame citológico de colo uterino; d) acompanhamento das mulheres em cujos exames citológicos foram identificadas lesões (SSC, 2011).

Para o cálculo de cobertura de CP considera-se como numerador o número de mulheres entre 25 e 59 anos que realizaram pelo menos um exame citológico de colo uterino (CP) no SSC e o denominador refere-se à população geral de mulheres, nessa

faixa etária, moradoras dos territórios e cadastradas no SSC. O cálculo de cobertura é publicado mensalmente para as equipes de saúde.

Em setembro de 2011 o SSC tinha 26636 mulheres entre 25 e 59 anos cadastradas, destas 12462 (47%) tinham realizado ao menos um CP no serviço e 7093 (27%) tinham realizado um CP nos últimos três anos (SSC, 2011). Países com cobertura superior a 50% apresentam taxas inferiores a três mortes por 100.000 mulheres por ano (Arbyn, 2009).

O ambulatório de ginecologia do GHC é o serviço de referência para investigação diagnóstica e tratamento do problema quando da detecção de alteração suspeita. Assim, todos os casos são encaminhados, quando necessário, a um mesmo serviço. A coordenação entre esses dois pontos de atenção foi sendo constituída ao longo dos anos, permitindo o monitoramento e a avaliação do cuidado prestado perpassando os níveis de atenção.

A meta estipulada para as equipes do SSC é acompanhar 100% das mulheres que apresentam alterações com alto potencial de malignidade em seus exames CPs, mesmo após terem sido encaminhadas para o ambulatório de ginecologia. Esses casos são identificados e as equipes são informadas sistematicamente sobre a situação de acompanhamento de cada uma destas mulheres. Em caso de não comparecimento à consulta, realiza-se busca ativa.

A região sul do Brasil ainda apresenta elevados índices de câncer de colo uterino. A população que utiliza os serviços do SSC apresenta, proporcionalmente, números menores de mortalidade do que os encontrados para o restante da população de Porto Alegre (SIS, 2011). Cabe ressaltar que as equipes deste serviço estão localadas em áreas de maior vulnerabilidade social, onde seria esperado um número maior de casos em relação à média da cidade. Estimamos que o modelo utilizado no SSC, com ênfase em APS, associado à avaliação permanente e sistemática de indicadores contribuam para melhores resultados em saúde.

O maior objetivo de estruturar as ações de rastreamento é a identificação de mulheres que tem alto potencial de desenvolver o câncer a fim de tratá-las precocemente. Nesta direção, este estudo busca descrever e avaliar o rastreamento e acompanhamento de mulheres usuárias do SSC com alterações de maior potencial de

malignidade em seus exames citológicos de colo uterino (rastreamento positivo). O período analisado foi de 10 anos (2001-2011).

A análise foi realizada tendo como perspectiva a prática da atenção primária à saúde relacionada com o seu processo e resultados. O processo nas dimensões de acesso, longitudinalidade e coordenação (Starfield, 2002; Kringos, 2010). E os resultados em relação à qualidade dos cuidados que foi analisada a partir do alcance dos atributos da APS avaliados, a efetividade do tratamento e o acompanhamento das mulheres. Considerou-se como padrão de seguimento aceitável a presença de ao menos um CP posterior normal ao tratamento.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

No Brasil a oferta de exames citológicos de colo uterino tem sido uma importante estratégia para o controle do câncer do colo do útero na população feminina. Essa ação de prevenção secundária está baseada no conhecimento de que a detecção e tratamento precoces das denominadas “lesões precursoras do câncer do colo do útero” (LPs) torna possível prevenir o desenvolvimento dessa doença, com procedimentos de baixo custo e menos mutilantes para as mulheres.

Neste sentido, além da garantia de rastreamento a nível populacional, é necessário que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado; porém, há evidências de que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas à avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento. O eficiente controle do CCU está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer: 1) qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; 2) acesso fácil e ágil aos serviços; 3) flexibilidade para marcar e remarcar consultas e 4) rapidez no atendimento (Zeferino, 2008).

A região sul ainda apresenta elevados índices de câncer do colo do útero. O monitoramento das ações desenvolvidas nos diversos pontos de atenção relacionados ao controle deste câncer pode auxiliar na modificação deste quadro. O SSC vem trabalhando há mais de 20 anos, baseado na APS com vigilância em saúde e avaliação permanente e sistemática de indicadores. O processo de avaliação e monitoramento deste problema indica uma tendência à diminuição da mortalidade por esse câncer entre mulheres usuárias do SSC.

O SSC monitora e avalia alguns indicadores para vigilância ao câncer de colo uterino, tais como cobertura de CP entre as mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos e qualidade de coleta do exame. Os casos alterados são identificados e remetidos imediatamente às equipes de saúde, que realizam busca ativa e vigilância. Os/as profissionais avaliam a situação notificada e conforme a sua gravidade planejam o acompanhamento mais adequado a ser realizado. Para tal contam com auxílio das diretrizes clínicas para acompanhamento e rastreamento das LPs de colo

de útero, sistematizadas e atualizadas pelo SSC. Quando necessário o encaminhamento é realizado ao ambulatório de ginecologia, de forma regionalizada.

Uma das metas do SSC é o acompanhamento de 100% dos casos com alterações de alto grau, mas ainda não dispomos de avaliação sistemática dessa ação ao longo do tempo. Dessa forma, o presente estudo propõe descrever e avaliar o rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de mulheres usuárias do SSC que apresentaram resultados com maior potencial para progressão para câncer do colo do útero em seus exames citológicos (CPs) entre 2001 e 2007. O acompanhamento foi feito até agosto do ano de 2011. E a análise realizada utilizou como perspectiva a prática da atenção primária à saúde nas dimensões de acesso, longitudinalidade, coordenação e qualidade dos cuidados (Starfield, 2002; Kringos, 2010).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção à saúde das mulheres do território de abrangência do SSC/GHC, em relação ao rastreamento, manejo e acompanhamento daquelas com resultados de maior potencial para desenvolvimento de câncer em células escamosas (ASC-H, LIEAG ou carcinoma) em seus exames citológicos do colo do útero, no período de 2001 a 2007, acompanhadas até agosto de 2011, usuárias deste serviço de atenção primária.

Objetivos Específicos

Descrever a prevalência de mulheres com resultados de CPs com carcinoma e lesões de alto grau no território sobre responsabilidade do SSC/GHC, no período do estudo.

Descrever a condição de rastreamento prévia das mulheres que apresentaram alterações de alto grau ou câncer em seus exames citológicos (CPs), no período do estudo;

Descrever, na população do estudo, o tempo decorrido entre a alteração com maior potencial de malignidade (através do resultado citológico) e a confirmação diagnóstica (através do resultado histopatológico);

Identificar os procedimentos terapêuticos realizados para diagnóstico/tratamento (biópsia, conização, histerectomia);

Descrever os tempos decorridos entre procedimentos terapêuticos;

Avaliar o desfecho (tratou ou não tratou) após dois anos do diagnóstico;

Avaliar aspectos da atenção primária à saúde em relação ao cuidado dessas mulheres nas dimensões de acesso, continuidade do cuidado, coordenação e qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. Cervical cytology: evaluation and management of abnormalities. ACOG Technical Bulletin. Washington: 1984.

Arbyn M et al. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. *Eur J Cancer*. 2009; 45(15):2640-8.

Azevedo e Silva G, Girianelli VR, Gamarra CJ, Bustamante-Teixeira MT. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2399-2407.

Berrino F, Gatta G, d'Alto M, et al. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: a case-control study in Milan, Italy. *IARC Sci Publ* 1986; 76:111-23.

Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al: Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:677-86.

Boerma WGW. Mapping primary care across Europe. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care Open University PressSaltman RB, Rico A, Boerma WGW 2006, 22-49.

Carmo CC do, Luiz RR. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(4): 661-7.

Denny L, Sankaranarayanan R. Secondary prevention of cervical cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94 (1): S65-S70.

Fletcher RH, Fletcher SW: *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Gustafsson L, Ponten J, Zack M, Adami H-O: International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control* 1997; 8: 755-63.

Hakama M, Chamberlain J, Day EN, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *Br J Cancer* 1985; 52: 669-73.

IARC - International Agency of Research on Cancer. Cancer screening and early detection of cancer [acesso em out. 2010]. Lyon. Disponível em: <http://screening.iarc.fr>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Censo demográfico 2000, [acesso em jul. 2009]. Disponível em www.ibge.gov.br

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> [acesso em 10 jun. 2012].

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas - Recomendações para profissionais de saúde. Rev. bras. cancerol. 2006; 52(3): 213-36.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011; 61(2):69-90.

Kringos DS et al. The breadth of primary care a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010; 10:65.

Kinney WK et al. Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. Obstet Gynecol. 1998; 91(6): 973-6.

Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes. Lancet 1987;1:1247-9.

La Vecchia C, Franceschi S, Decarli A, et al. Pap smear and the risk of cervical neoplasia: quantitative estimates from a case-control study. Lancet 1984; 2:779-82.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003; 38:831-65.

Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv 2007;37(1):111-26.

Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. Gynecol Oncol. 2001; 82:516-22.

McCredie MR et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol. 2008 May;9(5):425-34.

Miller AB et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. Int J Cancer 2000; 86:440-7.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva: Controle do câncer do colo do útero. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: 2004.

Ministério da Saúde (Brasil): Manual de Atenção Básica - vol 13. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Brasília: 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2007.

Serviço de Saúde Comunitária/Hospital Nossa Senhora Conceição: Sistema de Informações em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária - SIS/SSC. Indicadores de Saúde: Relatório Anual 2010. Porto Alegre: 2011.

Serviço de Saúde Comunitária/Hospital Nossa Senhora Conceição. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. Sistema de Informações em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária - SIS/SSC – Informativo mensal. Porto Alegre: set 2011.

Organización Mundial de la Salud: Atención primaria de salud - Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1).

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância a Saúde - PMPA/SMS/SGVS. Relatório Perfil epidemiológico de mortalidade por neoplasias 1996-2006.

Quinn M, Babb P, Jones J, Allen J: Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. Br Med J 1999;318:904–8.

Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 2006; 23:308-16

Sasieni P, Castañon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ.2009; 339:b2968.

Shi LSB, Politzer R, Regan J: Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. Health Serv Res 2002; 37:529-50.

Solomon D et al. Forum Group Members and the Bethesda 2001 Workshop: The 2001 Bethesda System. Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. JAMA. 2002; 287:2114-9.

Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. Journal of Health Politics, Policy and Law 2006; 31:11-32.

Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q 2005, 83:457-502.

Starfield B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde 2002.

Takeda S, Raupp B. A importância na formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologias para o SUS, viabilizando propostas do Ministério da Saúde. Porto Alegre: 2000.

Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening: history and scientific rationale. Clin Obstet Gynecol 2005;48:77-97.

World Health Organization: Cervical cancer screening in developing countries - report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization 2002.

World Health Organization: The World Health Report 2008 - primary health care now more than ever. Geneva: WHO 2008.

Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):213-5.

ARTIGO

O papel da Atenção Primária à Saúde no controle do câncer do colo do útero.

The role of primary health care in the cervical cancer control.

Daniela Montano Wilhelms [1], Mary Clarisse Bozzetti [2], Rui Flores [3]

[1] Programa de pós-graduação em epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social. Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição.

[2] Programa de pós-graduação em epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social

[3] Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição.

Endereço para correspondência:

Daniela Montano Wilhelms

Rua Francisco Trein, 596, Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP: 91350-200

Fone: (51) 92131362 ou (51) 33572440

e-mail: danielamontanow@yahoo.com.br ou wdaniela@ghc.com.br

A ser enviado à revista “Cadernos de Saúde Pública”.

RESUMO

O papel da Atenção Primária à Saúde no controle do câncer do colo do útero.

A oferta de exames citológicos tem sido uma importante estratégia para o controle do câncer do colo do útero na população feminina no Brasil. Entretanto, supõe-se que um percentual significativo de mulheres, com exames alterados no rastreamento, que são encaminhadas para avaliação colposcópica para confirmação diagnóstica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento. Nesta direção, estudo observacional, tipo coorte histórica, foi realizado com usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, RS, Brasil. Todas as mulheres que apresentavam lesões precursoras de câncer do colo do útero (CCU), no exame citológico (CP), entre 2001-2007, foram elegíveis para o estudo e acompanhadas até agosto de 2011. Avaliou-se a condição prévia de rastreamento, diagnóstico/tratamento e seguimento. Para a análise da qualidade do cuidado foram considerados o alcance dos atributos da APS (acesso, longitudinalidade e coordenação dos cuidados) e a efetividade do tratamento e do acompanhamento subsequente. A ausência de CP anterior estava associada à detecção de alteração de maior grau. A maioria das mulheres (94%) foi encaminhada para avaliação ginecológica, sendo que 97% delas compareceram a consulta. O tempo mediano entre as datas do CP alterado e consulta no serviço de referência foi de 25 dias. Houve confirmação diagnóstica através de exame histológico em 80% dos casos. Após tratamento, 89% apresentaram CP normal, sendo que 66% têm seguimento subsequente realizado na APS. Estimamos que a vigilância em saúde com auxílio da busca ativa contribuiu para melhor acesso e adesão ao acompanhamento. Este serviço trabalha para controle do CCU há mais de 20 anos, e as taxas de mortalidade por este câncer são menores do que o encontrado em Porto Alegre. O maior alcance da longitudinalidade e coordenação dos cuidados, características da APS, pode ter relação com estes resultados.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The role of primary health care in the cervical cancer control.

The offer of cytological exams of the uterine cervix has been an important strategy to control this cancer among Brazilian women. However, it is estimated that a significant proportion of women with abnormal screening exams who are referred to colposcopy to diagnostic confirmation do not perform such exam, and the health system is not efficient enough to control this event. In this perspective, a historical cohort study was performed, including women who attended a Primary Care Service in Porto Alegre city, southern Brazil. The main objective was to evaluate the screening program developed in this service, especially regarding the follow-up of positive cases identified during screening. All women who presented cervical cancer precursor lesions in the cytological exam between 2001 and 2007, were eligible for the study and they were followed-up until august 2011. The women condition prior to screening, diagnostic/treatment and follow-up was evaluated. To analyze the quality of care were considered the scope of the Primary Care attributes (access, longitudinality and coordination of care) and effectiveness of treatment and subsequent follow-up. The absence of a previous cytological exam was associated to the detection of a high grade abnormality. The majority of women (94%) were sent to gynecological evaluation and 97% attended the appointment. The median time between the date of the abnormal cytological exam and the appointment was 25 days. There was diagnostic confirmation through histological exam in 80% of the studied women. After treatment, 89% presented normal cytological exam, being 66% performed in the Primary Care Service. It's estimated that a health surveillance with active search contributed to improve the access and adhesion to the follow-up. This service works to control the cervical cancer for more than 20 years, and the mortality rates of this cancer are lower than those reported for the whole city of Porto Alegre. The greatest extent of longitudinality and coordination of care, characteristics of a service-driven APS, may be related to these results.

Key words: Primary Health Care; Uterine Cervical Neoplasms; Health Evaluation.

Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, iniciando-se a partir de uma lesão precursora (LP) curável na quase totalidade dos casos. É uma das formas de câncer com maior possibilidade de prevenção e tratamento, quando detectado precocemente e seguido do efetivo tratamento^{1,2}. Ainda assim, é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. No ano de 2008, ocorreram aproximadamente, 530.000 casos novos e 275.000 mulheres foram a óbito por esta causa no mundo³. No Brasil, mantém-se como a quarta causa de morte por câncer em mulheres. No Rio Grande do Sul, a quinta causa a partir de 2005, com taxa bruta de mortalidade de 5,3 por 100.000 mulheres, no ano de 2009⁴.

Em países desenvolvidos, a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero declinaram nas últimas décadas, principalmente após a implantação de programas de rastreamento utilizando o exame Papanicolaou ou citológico (CP) demonstrando a efetividade da intervenção^{1,5, 6,7,8,9,10,11,12}. Estudo brasileiro¹³ indica que o prognóstico de mulheres com este câncer é diretamente influenciado pelo estágio clínico no diagnóstico da doença. Este achado fortalece a abordagem populacional com ênfase na detecção precoce para este problema.

No Brasil, a oferta de exames citológicos do colo do útero tem sido uma importante estratégia para o controle deste câncer na população feminina. Entretanto, somente a garantia de rastreamento a nível populacional para a detecção precoce não diminui o problema. É necessário que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado; porém, supõe-se que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento¹⁴.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) já explicitava preocupação com a garantia de tratamento e acompanhamento de 100% das mulheres que tivessem lesões identificadas no exame de rastreamento e a criação de mecanismos que garantissem a continuidade da prevenção¹⁵. Em documento publicado em 2009, o

MS aponta que o diagnóstico tardio com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde e a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassasse todos os pontos de atenção (atenção primária, secundária e terciária) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) estão implicados em piores resultados¹⁶. Estudo brasileiro aponta que a coordenação dos cuidados, tendo como base a Atenção Primária à Saúde (APS), pode auxiliar a constituição de redes integradas mais efetivas para lidar com os problemas de saúde¹⁷.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tem orientado suas ações sob a perspectiva do modelo da APS, desde sua criação em 1983. No contexto de valorização e defesa da concepção abrangente de APS há certo consenso de que esta deve constituir-se como a base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade^{18,19,20,21}. Decorridos mais de 30 anos da conferência de Alma-Ata²², estudos apontam que sistemas orientados pela APS apresentam melhores resultados, no que se refere à provisão de cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários^{18,20,21,23,24}.

No SSC, no campo da saúde da mulher, desenvolvem-se ações programáticas relativas ao câncer ginecológico há mais de 20 anos. Os indicadores monitorados são a cobertura do exame citológico (avaliação de acesso) e sua qualidade. Na identificação de mulheres com lesões precursoras no rastreamento, realiza vigilância e busca ativa em caso de dificuldades na adesão ao tratamento, mas ainda não dispõe de avaliação sistematizada sobre o seguimento destas mulheres ao longo do tempo (avaliação da efetividade da intervenção).

O Plano de Ação “Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero”, publicado em 2010, ressalta que o percentual médio de seguimento/tratamento informado é de apenas 9% no país (SISCOLO), demonstrando que poucos gestores conseguem acompanhar os resultados do seguimento e tratamento das mulheres neste sistema de informação²⁵.

Nesta direção, a presente pesquisa descreve e avalia condição prévia de rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de mulheres usuárias do SSC que

apresentaram alterações com maior potencial de progressão para câncer do colo do útero no rastreamento.

Este estudo tem como perspectiva a prática da atenção primária à saúde relacionada com o seu processo e resultados. O processo nas dimensões de acesso, longitudinalidade e coordenação. E os resultados em relação à qualidade dos cuidados^{21,23}.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional do tipo coorte histórica, sobre o rastreamento, manejo e acompanhamento de mulheres que apresentaram lesões precursoras em exames citológicos (rastreamento), entre os anos 2001 e 2007, usuárias do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), na cidade de Porto Alegre. A análise dos casos foi realizada até agosto de 2011.

O SSC é constituído por 12 unidades de saúde, distribuídas em territórios geograficamente delimitados, em área de periferia urbana da cidade de Porto Alegre. Atende uma população estimada em 110.000 pessoas²⁶. Este serviço de APS é parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição vinculada ao MS do Brasil, referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷.

De acordo com dados do censo do IBGE no ano 2000, 58.434 mulheres moravam no território do SSC. Na faixa etária preconizada para o rastreamento na época da seleção da amostra (25 a 59 anos) havia 29.743 mulheres²⁶. No ano de 2007, 24.705 mulheres (83% do censo IBGE de 2000) na faixa etária priorizada estavam cadastradas no SSC. Dessas, 11.809 haviam realizado ao menos um CP nos últimos sete anos, correspondendo a uma cobertura de 48%²⁸.

A coleta de material para o exame é realizada por profissionais de enfermagem ou medicina nas unidades de saúde. Os esfregaços são enviados para o Laboratório de Patologia do Hospital Conceição para interpretação.

A partir da base de dados de laudos de CP do HNSC/GHC, foram selecionados todos CPs de mulheres cadastradas no SSC, realizados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2007. No intuito de avaliar o foco do rastreamento, a

idade de realização do CP foi descrita, por grupo etário, para todos os exames do período.

Com a finalidade de descrever a qualidade da citologia cervico-vaginal no serviço, foram descritas a proporção de exames insatisfatórios, a distribuição percentual de todos diagnósticos citológicos alterados e a razão entre o número de diagnósticos de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e o número de lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau²⁹.

Para o presente estudo utilizou-se a “Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas”³⁰, baseada no Sistema Bethesda³¹. A terminologia empregada para a emissão dos laudos dos CPs foi modificada no período avaliado. Os laudos com resultados baseados em classificações anteriores a de 2006 foram reclassificados, conforme a equivalência entre as nomenclaturas³². Algumas análises também foram realizadas para as neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NICII e NICIII).

Em uma segunda etapa, para compor a amostra do estudo, foram selecionadas as mulheres que apresentaram resultados indicando maior probabilidade de progressão para câncer entre os anos de 2001 e 2007. Consideraram-se os resultados em células escamosas do tipo: células escamosas atípicas não podendo se excluir lesão de alto grau (ASC-H); lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG), que agrupou os resultados NICII e NICIII/carcinoma in situ; e carcinoma epidermóide invasor³¹ (figura 1). Foram incluídas as 134 mulheres que preencheram este critério. A fim de permitir um tempo de seguimento de pelo menos três anos após o CP alterado, a seleção de casos foi realizada até o ano de 2007. E o acompanhamento dos casos foi realizado até o mês de agosto de 2011. Foram excluídas aquelas que apresentaram resultado citológico de NICII, NICIII ou carcinoma, antes do ano de 2001.

Uma base de dados foi estruturada para esta amostra e organizada em uma planilha do Microsoft Excel®. O acompanhamento dos casos ocorreu até agosto de 2011. A análise foi realizada com o apoio do programa SPSS for Windows® (versão 16.0). Utilizou-se o teste exato de Fisher, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Para a obtenção dos dados sobre diagnóstico, tratamento e seguimento utilizou-se o prontuário eletrônico do GHC que integra informações sobre os

atendimentos às usuárias, como resultados de exames, hospitalizações e consultas agendadas realizadas na instituição. Foram revisados os registros de todos os exames, procedimentos e atendimentos realizados nas dependências do GHC.

Em relação à utilização e vínculo ao SSC, foram revisados os endereços das mulheres a partir do cadastro na unidade de saúde. No período de acompanhamento algumas mulheres mudaram de território, nestes casos as análises foram realizadas até a última data com registro de assistência no GHC. Foram descritas as frequências das alterações e as médias de idade de sua ocorrência por tipo.

O histórico de rastreamento das 134 mulheres foi apresentado a partir das informações sobre CPs anteriores até a identificação da alteração de maior grau. As variáveis consideradas foram presença ou não do exame, número de exames e seus resultados e tempo decorrido entre a data do CP anterior ao CP com alteração de alto grau.

Na análise do processo diagnóstico considerou-se o encaminhamento e comparecimento ao ambulatório de ginecologia do GHC. Na presença de consulta, avaliou-se a realização ou não de exame histológico para a confirmação da lesão e seu resultado e o tempo entre suspeita de alteração (resultado do CP alterado) e confirmação diagnóstica (resultado histológico). Foram descritos o tipo de procedimento e seu resultado e o tempo médio entre a alteração no CP e o primeiro exame histológico. Quando a lesão de maior grau foi detectada em exame histológico posterior, esse foi considerado diagnóstico final. A colposcopia não foi analisada, pois essa informação ainda não estava disponível no período estudado. As frequências de todos os procedimentos realizados e os seus resultados foram descritos, bem como os respectivos intervalos de tempo entre os exames.

Para a análise da evolução dos casos e condição de acompanhamento posterior ao tratamento considerou-se “seguimento” a presença de exames CPs após a realização dos procedimentos terapêuticos. A categoria “seguimento completo” significa presença de ao menos um CP no primeiro, segundo e após dois anos depois da identificação da alteração. E “parcial” quando existe CP em algum dos três períodos avaliados.

O alcance dos atributos da APS foi analisado nas diferentes etapas do acompanhamento destas mulheres. Neste estudo, o acesso foi avaliado a partir das

proporções de utilização dos serviços de saúde, tanto na APS, como no serviço de referência; tempo para encaminhamento ao serviço de referência; tempo entre a data com resultado de exame alterado na APS e realização do procedimento para estabelecimento diagnóstico e realização da busca ativa nos casos de falta às consultas. Considerou-se como procedimento padrão de diagnóstico o exame histológico. Define-se primeiro contato ou acesso como a capacidade de pacientes para utilizar os serviços sempre que necessário. Este conceito refere-se tanto à acessibilidade, quanto à utilização do serviço pela população. O acesso sócio-organizacional inclui aquelas “características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde”^{23,33}.

A longitudinalidade foi avaliada através da identificação e análise dos registros em prontuário eletrônico sobre a condição de saúde das mulheres ao longo do tempo. O cadastro das mulheres na US e a presença de informações sobre sua situação de saúde possibilita avaliar se o serviço proporciona uma fonte regular de cuidados ao longo do tempo^{23,33}. O conceito de longitudinalidade pressupõe a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo. Considerou-se a avaliação do seguimento da condição clínica do estudo e o retorno ao serviço de atenção primária após tratamento no centro de referência.

Analisou-se a coordenação do cuidado sob o ponto de vista da existência de referência a outros pontos de atenção e possibilidade de acompanhamento do caso a partir da disponibilidade (ou não) de informações relevantes sobre a situação de saúde da mulher^{23,33}.

Para a análise da qualidade do cuidado considerou-se o alcance dos atributos da APS (acesso, longitudinalidade e coordenação) e a efetividade do tratamento e o acompanhamento subsequente destas mulheres. Sendo padrão de seguimento aceitável a presença de ao menos um CP normal após o tratamento.

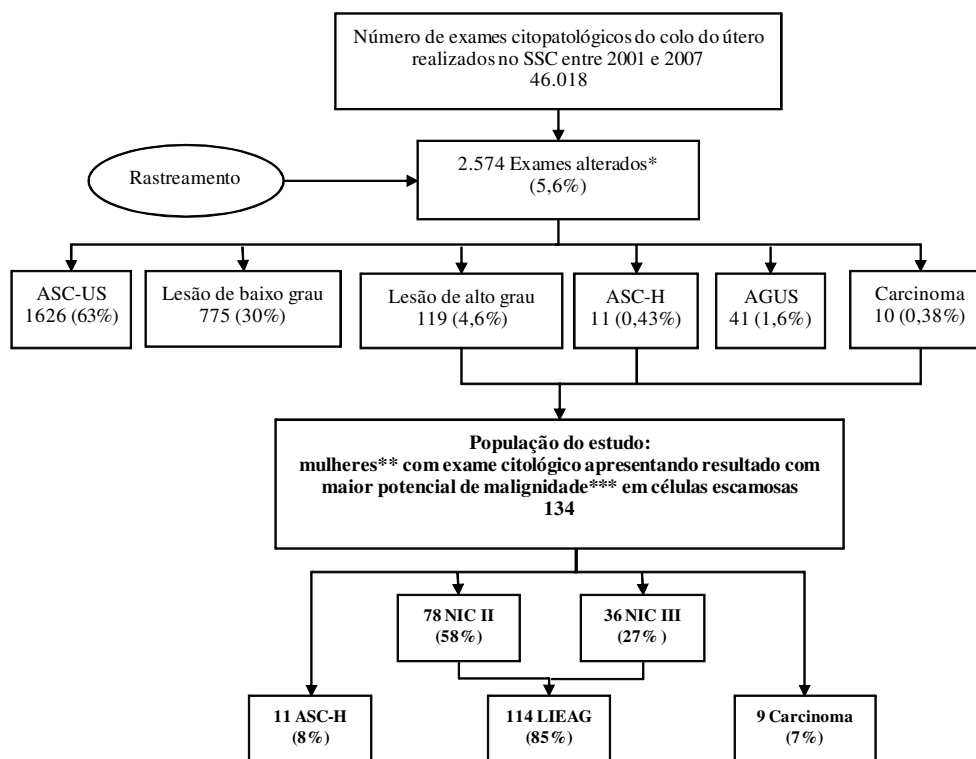
Resultados

Rastreamento na APS – população-alvo, número total de exames, distribuição e proporções por tipo de alteração.

No período de seleção da amostra (2001-2007) foram realizados 46.018 CPs, 31.842 (69,2%) na faixa etária entre 25 a 59 anos, 9.841 (21,4%) em menores de 25 anos e 4.335 (9,4%) em mulheres com 60 anos ou mais. Na faixa etária preconizada a partir de 2011 (25 a 64 anos), 74%. A proporção de exames insatisfatórios foi 2,9% (1.319 exames).

Do total de exames satisfatórios, 2.574 tinham resultado alterado (5,6%). Distribuídos em 3,5% ASCUS, 1,7% LIEBG, 0,26% LIEAG, 0,09% AGUS 0,02% ASC-H e 0,02% carcinoma (Figura 1). A soma das alterações em células escamosas foi 903 (2%) e a relação ASCUS/ACE 1,8.

Figura 1 – Distribuição dos resultados do rastreamento, por tipo de alteração e seleção da população do estudo e sua distribuição, por tipo de alteração em Cps, 2001 a 2007. SSC/GHC.



* o número de exames alterados é menor do que o número de alterações, visto que alterações escamosas e glandulares podem estar presentes de forma concomitante em um mesmo exame.

** o número de mulheres com alterações é menor do que o número de alterações identificadas, isso ocorre quando a mesma mulher realizou mais de um CP no período.

*** considerou-se "maior potencial de malignidade" os resultados com ASC-H, LIEAG (NICII/NICIII) e carcinoma.

Rastreamento e seguimento das mulheres com lesões precursoras em seus exames citológicos.

Das alterações em células escamosas no exame citológico, consideradas de maior potencial para o desenvolvimento de câncer, a LIEAG foi a mais frequente, seguida de ASC-H e carcinoma. A idade das mulheres na identificação da alteração variou de 19 a 79 anos. A média de idade da ocorrência de LIEAG (36 anos) apresentou diferença estatisticamente significativa em relação às médias de idade das mulheres com ASC-H (50 anos) ($p=0,002$) e carcinoma (54 anos) ($p<0,001$).

Em LIEAG estão agrupados os resultados de neoplasia intraepitelial cervical grau II (NICII) ($n=78$) e neoplasia intraepitelial cervical grau III (NICIII) ($n=36$). Ao analisar graus 2 e 3 separadamente, mulheres com NICII tinham em média 32 anos \pm (10), NICIII 45 anos \pm (13), ASC-H 50 anos \pm (16) e para carcinoma escamoso invasivo a média de idade foi 54 anos \pm (12). Houve diferença estatisticamente significativa na média de idade de ocorrência das alterações entre mulheres com NICII e aquelas com NICIII ($p<0,001$), ASC-H ($p<0,001$) e carcinoma ($p<0,001$).

Considerando as alterações por grupo etário e idade preconizada para o rastreamento, 24 (18%) eram mulheres com menos de 24 anos, 100 (74%) na faixa etária priorizada para o rastreamento na época (entre 25 e 59 anos) e 10 (8%) acima de 60 anos. Nas menores de 24 anos, ocorreu maior proporção de alterações do tipo NICII em relação aos outros resultados. Em maiores de 60 anos não ocorreram casos de NICII ($p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das alterações por grupo etário e tipo, 2001-2007, SSC.

Idade/Alteração	ASC-H	NICII	NICIII	Carcinoma invasor
Menos de 24 anos	1 (4%)	21 (88%)*	2 (8%)*	0
Entre 25 e 59 anos	7(7%)	57 (57%)	30 (30%)	6 (6%)
Mais que 60 anos	3 (30%)*	0*	4 (40%)	3 (30%)*
Total	11 (8%)	78 (58%)	36 (27%)	9 (7%)

* $p < 0,001$ (teste exato de Fisher) resíduos ajustados significantes

Utilização da APS e o rastreamento

Em relação à condição prévia de rastreamento, considerando a presença de CP antes da alteração de alto grau, 51 (37%) mulheres não tinham CP anterior.

Dentre as 83 (63%) com exame anterior, 41 (49%) apresentavam CPs normais, 15 (18%) somente CPs com alterações menores e 27 (33%) ambos, normais e alterados. Em relação ao tempo médio decorrido entre o CP imediatamente anterior ao CP com alteração de alto grau, 73 (88%) tinham o exame há menos de três anos da alteração. O tempo médio foi de três anos.

Para esta amostra, o resultado do CP anterior e o tempo entre os dois exames (maior ou menor do que três anos) não tiveram associação com o grau de alteração identificada. A ausência de CP anterior foi a variável associada à maior detecção de câncer e menor de NICII no CP ($p= 0,02$) (Tabela 2).

Na análise da idade de realização do primeiro CP na APS, 80 (60%) mulheres realizaram seu primeiro CP quando tinham entre 25 e 59 anos, 44 (33%) tinham menos do que 25 anos e 10 (7%) tinham mais do que 60 anos.

Para avaliar o acesso ao exame de rastreamento, analisou-se o tempo entre o cadastro na unidade e a data de realização do primeiro CP. As mulheres que fizeram seu primeiro exame antes dos 25 anos foram excluídas. Das mulheres com indicação de iniciar o rastreamento (90), 71 (79%) realizaram o CP dentro de um período de três anos, após terem se cadastrado no serviço e 19 (21%) após três anos.

Encaminhamento ao serviço de referência e diagnóstico

Da população em estudo, 126 (94%) mulheres foram encaminhadas ao serviço de ginecologia, sendo que 112 (89%) compareceram à consulta neste primeiro encaminhamento. O tempo mediano entre a data de liberação do laudo do CP alterado e a data da primeira consulta na patologia cervical foi de 25 dias.

Das 14 que não compareceram, há registro de novo encaminhamento para 12 (86%), com comparecimento de nove (75%). Das três que não compareceram, uma (33%) foi encaminhada pela terceira vez e compareceu. As outras duas não têm registro de consulta marcada. Finalizando, 122 (97%) mulheres realizaram consulta na patologia cervical.

A análise da confirmação diagnóstica foi realizada com as 122 mulheres que compareceram à consulta no ambulatório de ginecologia. Destas, 114 (93%) realizaram exame histológico, todas que tinham resultado de ASC-H e carcinoma no CP, 97% daquelas com NICIII e 90% das com NICII. Os resultados distribuídos em, 21 sem alterações, sete NICI, 20 NICII, 62 NICIII, quatro carcinomas (agrupados, independente de invasão). A mediana entre a data de liberação do CP e a data de liberação do resultado da histologia foi de 51 dias para todos os casos. Na análise por tipo de lesão no CP, para ASC-H a mediana foi 125, NICII 53, NIC III 45 e para os casos de carcinoma foram encontrados os menores tempos para diagnóstico com mediana de 31 dias.

Em relação ao tipo de primeiro procedimento histológico realizado, 62 (54%) foram biópsias, 37 (33%) conizações e 15 (13%) curetagens. Cabe ressaltar que no primeiro exame histológico foram confirmados 86 casos (75%) para lesão de maior grau. Cinco (4%) casos foram confirmados em histologias posteriores, três NICIII, um adenocarcinoma e um NICII. Para estes casos o procedimento mais frequente foi a conização (4). O total de mulheres com alteração confirmada no exame histológico foi 91 (80%).

A condição prévia de rastreamento, a presença de encaminhamento e a consulta no serviço de referência, bem como a confirmação diagnóstica, são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres de acordo com o resultado do CP, a condição prévia de rastreamento, consulta e o diagnóstico no serviço de referência. SSC/GHC. 2001-2007.

Variáveis	ASC-H		NIC II		NIC III		Carcinoma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condição prévia de rastreamento										
n de mulheres sem CP anterior	3	5%	23	45%*	17	33%	8	16%*	51	38%
n de mulheres com CP anterior	8	10%	55	66%	19	23%	1	1%	83	62%
Encaminhamento ao serviço de referência										
Compareceu à consulta	10	91%	74	95%	33	92%	9	100%	126/134	94%
Diagnóstico										
Realizou exame histológico	9	100%	65	90%	32	97%	8	100%	114/122	93%
Confirmou alteração**	4	44%	48	74%	31	97%	8	100%	91/114	80%

*p=0,02 (teste exato de Fisher) resíduos ajustados significantes

** exame histológico (diagnóstico) com resultado NICII, NICIII ou carcinoma

A descrição dos procedimentos realizados para diagnóstico/tratamento e o tempo mediano entre o CP alterado e a realização do procedimento são apresentados na Tabela 3. Cabe ressaltar que a mesma mulher pode ter realizado mais de um tipo de procedimento, tanto para esclarecimento diagnóstico como para tratamento, dependendo da avaliação clínica de cada caso.

A histerectomia foi realizada em 19 (16%) mulheres. Oito (42%) mulheres apresentaram resultado anatomopatológico alterado, um carcinoma epidermóide micro invasor e sete NICIII. O material examinado, oriundo da histerectomia, apresentava margens livres em todos os casos. A mediana entre a suspeita no CP e este procedimento foi de 11 meses.

Em relação à indicação desta intervenção, 17 mulheres tinham margem comprometida no material examinado oriundo da conização. Entre as duas, com resultado de margem livre no cone, uma apresentou suspeita de lesão endocervical de alto grau no seguimento. E, a outra, hematometra após conização.

Tabela 3 - Distribuição dos exames histológicos, por tipo, resultados e tempo decorrido entre o resultado do CP e o resultado histológico. 2001-2007. SSC/GHC.

Procedimentos	n	Confirma lesão*		Tempo**
		sim	não	
biópsia	65/122	45 (69%)	20 (31%)	36 dias
curetagem	62/122	12 (19%)	50 (81%)	118 dias
conização	84/122	76 (91%)	8 (9%)	4,8 meses
histerectomia	19/122	8 (42%)	11 (58%)	10,8 meses

*quando resultado do exame histológico for NICII, NICIII ou carcinoma.

**mediana do tempo decorrido entre os resultados dos exames

Em cinco mulheres o diagnóstico final foi de carcinoma. O caso de carcinoma epidermóide *in situ* foi tratado com histerectomia. Os dois casos de carcinoma epidermóide invasor foram tratados com radioterapia. E no caso de adenocarcinoma foi associada radioterapia mais quimioterapia. Um caso de carcinoma epidermóide ulcerado não tem registro de tratamento/seguimento no GHC.

Seguimento

Das 122 mulheres que consultaram no serviço de ginecologia, 108 (89%) tinham CP posterior. Destas, 57 (47%) tinham seguimento completo e 51 (42%), parcial. Foram consideradas sem seguimento 14 (11%) mulheres, sendo que, destas, cinco já não tinham mais prontuário no SSC em 2011.

Na análise do local de realização do último CP, 71 (66%) fizeram nas unidades do SSC e 37 (34%) no serviço de ginecologia (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de mulheres segundo presença e local de realização de CP após os procedimentos terapêuticos. 2001-2007. SSC.

	seguimento completo*	seguimento parcial#	sem seguimento&
número de mulheres	57/122	51/122	14/122
registro de último CP na unidade do SSC	38/57	33/51	-
registro de último CP na ginecologia	19/57	18/51	-

seguimento completo* - ao menos um exame CP por ano, no primeiro, segundo e após 2 anos do CP alterado.

seguimento parcial# - ao menos um CP posterior ao CP alterado.

sem seguimento& - não tem registro de CP posterior ao CP alterado.

As quatro mulheres, acompanhadas no GHC, com diagnóstico de carcinoma têm exame citológico posterior ao tratamento com resultados sem alteração.

Discussão

Rastreamento na APS – população-alvo e qualidade do CP.

A população de mulheres entre 25 e 59 anos cadastradas no SSC corresponde a 83% da estimativa da população total de mulheres nessa faixa etária no território. Pesquisa de opinião pública realizada em 2011 aponta que 68% dos brasileiros têm a rede pública como único ou principal fornecedor de serviços de saúde⁴³. A maior proporção de mulheres cadastradas no SSC pode ser decorrente da localização das equipes em territórios de maior vulnerabilidade social.

Em relação à idade preconizada para o rastreamento, do total de CPs, cerca de 70% foram realizados em mulheres na faixa etária recomendada na época (entre 25 e 59 anos). Entretanto, 21% dos exames encontravam-se entre menores de 25 anos, grupo que sabidamente apresenta baixo risco para o câncer do colo uterino.

Considerando que o rastreamento é mais eficaz para prevenção do CCU e de tumores em estágio avançado em mulheres mais velhas³⁴, sugere-se o desenvolvimento de ações de sensibilização para a realização do rastreio com maior foco neste grupo.

A avaliação da qualidade do CP a partir da análise da proporção de exames insatisfatórios mostrou-se aceitável. O parâmetro utilizado foi esta proporção ser menor do que 5% sobre o total de exames realizados, conforme recomendação da OMS²⁵.

No período estudado (2001 a 2007) a proporção de alterações identificadas foi de 5,6%. Em Porto Alegre, pesquisa realizada em laboratório privado encontrou proporção de 2,8%³⁵. Estudo avaliando laboratórios de todo o Brasil descreveu média de 1,66%²⁹, proporções menores das encontradas no SSC. Uma possibilidade a ser considerada é que a diferença sócio-econômica e de acesso aos serviços de saúde entre as populações estudadas e/ou a maior proporção de exames normais nos outros centros seja decorrente da realização de exames de rastreamento em populações de menor risco.

A proporção de lesões de baixo grau (1,7) identificada no SSC foi um pouco maior daquela observada no estudo brasileiro (mediana de 1,35)²⁹ sobre o perfil de laboratórios prestadores do SUS que analisou o ano de 2002. A proporção de ASCUS (3,5) e a razão ASCUS/ACE (1,8) no SSC estão acima do percentil 90 dos valores nacionais (3,24 e 1,54 respectivamente). Já para lesão de alto grau (0,26) o valor encontrado em nosso estudo foi menor que o valor mediano (0,90) nacional²⁹. Esse mesmo estudo cita dados dos EUA, que, quando comparados às proporções de alterações encontradas no SSC, mostram-se similares. O estudo³⁵ realizado em Porto Alegre identificou (em 2003), proporções semelhantes de LIEBG, LIEAG e carcinoma às apresentadas pelo SSC (respectivamente 1,44, 0,29 e 0,02) e menores para ASCUS (1,04).

Chama atenção proporções maiores de ASCUS e razão ASCUS/ACE no SSC em relação aos outros centros. Uma das hipóteses seria um hiperdiagnóstico desse tipo de lesão no período estudado. Cabe ressaltar que o período analisado foi sete anos em comparação às outras pesquisas que avaliaram um ano. Assim, proporções maiores de ASCUS também podem ter ocorrido devido à repetição dos CPs nas mesmas mulheres para o seguimento.

Mulheres com resultados de LIEAG, ASC-H ou carcinoma em seus exames citológicos

Entre as mulheres com lesões precursoras no exame de rastreamento, a maior parte dos casos de LIEAG ocorreu em mais jovens do que os casos de ASC-H e carcinoma. Separando LIEAG em NICII e NICIII, a alteração de grau II é a que apresentou maior diferença na média de idade de ocorrência (32 anos) em relação às outras alterações. Em mulheres com menos de 25 anos, a maior parte das alterações correspondeu a NICII, que nessa idade tem grande chance de regressão. Nenhum caso de carcinoma foi encontrado nessa faixa etária.

Como aponta estudo brasileiro³⁶, espera-se que mulheres com menos de 25 anos que apresentem resultado de LIEAG tenham maior probabilidade de ter NICII do que NICIII. Estudo no Reino Unido³⁴ concluiu que o rastreamento do CCU em mulheres com menos de 24 anos apresenta pouco ou nenhum impacto sobre as taxas de câncer cervical invasivo. A ocorrência de graus menores de lesão em mulheres mais jovens e o seu potencial de regressão vêm sendo considerados em recomendações internacionais. Além disso, uma revisão sistemática³⁹ encontrou associação entre tratamento de lesões precursoras em mulheres jovens e aumento da morbidade obstétrica e neonatal. A recomendação seria ponderar as intervenções no colo do útero destas mulheres, já que a maioria delas ainda não tem prole definida. Deste modo, nos últimos anos, diversos países^{1,2,37,38} vêm retardando a idade de início do rastreamento.

No período considerado para a seleção da população do estudo (2001 a 2007), o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero preconizava a realização do exame para rastreamento em mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos^{15,40}. No SSC, os casos de ASC-H e carcinoma aumentaram com a idade, com média de $50 \pm (16)$ e $54 \text{ anos} \pm (12)$, respectivamente, e desvio padrão acima de 10 anos para ambas. As diretrizes nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero, publicadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2011, ampliam a faixa etária para 64 anos³². As alterações encontradas em estágios mais avançados com o aumento da idade e o aumento da expectativa de vida corroboram esta expansão da faixa etária.

O SSC realiza a avaliação de suas ações utilizando uma base de dados de mulheres usuárias das unidades de saúde. Assim é possível, monitorar a cobertura do rastreamento em mulheres (e não exames) permitindo identificar àquelas que nunca se submeteram ao CP; e, nos casos positivos, acompanhar o comparecimento às consultas para diagnóstico, tratamento e seguimento. Este cadastro de informação de base populacional é considerado um dos pontos chave para a efetividade de um programa de rastreamento^{1,2,12,32,38} e é essencial para avaliações sobre acesso e longitudinalidade.

Na avaliação do acesso ao exame de rastreamento, dentre as mulheres com CP anterior à identificação da lesão, 80% realizou o primeiro exame dentro de um período de três anos após cadastro na unidade de saúde. Este fato demonstra utilização do serviço de APS para o exame de prevenção e adesão às recomendações do programa, considerando a realização do CP a cada três anos.

Entretanto 37% das mulheres não apresentavam CP anterior. Encontrou-se associação entre detecção de carcinoma no CP e não ter exame prévio. Não foi encontrada esta associação em relação ao tempo decorrido entre os CPs e o resultado do exame anterior (se normal ou com alteração de grau menor). Entre mulheres com câncer cervical nos Estados Unidos, metade nunca havia sido rastreada⁴¹. Nesta direção, na etapa relacionada à “identificação de casos positivos”, o objetivo primordial do rastreamento é identificar aquelas mulheres que apresentam maior risco de desenvolver câncer do colo do útero. Desenvolver as ações de saúde com o foco nas mulheres que nunca foram submetidas ao exame na faixa etária preconizada potencializaria a efetividade do rastreamento.

Além da aplicação do exame de rastreamento e identificação dos casos positivos, o controle do câncer do colo do útero representa um processo complexo em múltiplas etapas. Na suspeita de lesão precursora ou câncer é necessária confirmação diagnóstica, seguida do seu devido tratamento. As recomendações para mulheres com resultados alterados em CPs foram modificadas ao longo do período estudado, de acordo com o tipo de alteração e faixa etária na realização do exame^{15,32,40}. Entretanto, para as mulheres com resultados de carcinoma, LIEAG ou ASC-H na citologia, a conduta indicada é encaminhamento para esclarecimento diagnóstico no nível secundário ou terciário de atenção, e, tratamento quando

necessário^{15,30,32,40}. A maioria das mulheres foi encaminhada (94%), demonstrando utilização das recomendações das diretrizes clínicas pelos profissionais do SSC, em relação à referência destes casos. Além disso, a consulta garantida indica boa acessibilidade, visto que as mulheres recebem o cuidado no momento em que necessitam dele.

Quanto ao comparecimento às consultas no serviço de referência (utilização), a busca ativa dos casos, realizada pelas equipes de saúde da APS, pode ter auxiliado em um incremento de 8% na proporção de realização da primeira consulta no ambulatório da ginecologia. Estudo brasileiro⁴² sobre mulheres já com o diagnóstico de LIEAG, confirmado por histologia, encontrou proporção de não aderência ao seguimento de 29,4%. Em nosso estudo, a proporção de não adesão foi de 11%. Estimamos que o monitoramento dos casos alterados e a busca ativa realizada pelas equipes de saúde contribuíram para este desfecho. Recomenda-se aprimorar esta tecnologia de busca ativa para aumentar a adesão a todo o acompanhamento.

O grau de coordenação entre os pontos de atenção envolvidos no manejo do problema é fator chave na agilidade entre a identificação do problema na APS e a referência para confirmação diagnóstica. O tempo mediano decorrido entre a data de liberação do CP e a primeira consulta no ambulatório de ginecologia foi menor do que 30 dias. Existe articulação das equipes do SSC e o serviço de ginecologia com a intenção de garantir atendimento precoce e integral às mulheres que apresentam LPs, com fluxo ágil de referência e contra-referência. Este maior alcance do atributo coordenação dos cuidados no GHC propiciou um tempo de espera aceitável para a investigação do problema. Vale ressaltar que a demora para obter atendimento foi apontada como a maior dificuldade na utilização dos serviços públicos de saúde em pesquisa de opinião realizada no Brasil⁴³.

Na maioria dos casos (80%), o tempo decorrido entre a data de liberação do CP e a data do resultado do primeiro exame histológico foi menor do que 100 dias. Ressalta-se que este tempo para a confirmação do diagnóstico é longo, porém observa-se que foi menor nos casos em que o grau de lesão no CP era maior. O procedimento mais frequente para diagnóstico foi biópsia (54%), mas sem o resultado da colposcopia a avaliação da adequação dos procedimentos fica limitada.

Entretanto, as altas proporções de alterações de maior grau em biópsia e cone sugerem adequada indicação do procedimento.

A proporção de confirmação de lesão de maior grau foi alta (80%) entre todas as mulheres que consultaram no serviço de referência, sendo 95% destas já no primeiro exame histológico. Este resultado aponta para um alto valor preditivo positivo do CP como exame de rastreamento nestes serviços.

Na análise por tipo de alteração, metade dos casos de ASC-H confirmou alteração de maior grau no exame histológico, sendo que uma das mulheres teve diagnóstico de carcinoma epidermóide invasor. Estes resultados diferem de estudo em centro brasileiro que encontrou prevalência de 19% de NICII/III e nenhum caso de câncer cervical em mulheres com resultado de ASC-H no CP⁴⁴.

Já para LIEAG, 80% foram confirmados no diagnóstico e uma mulher apresentou carcinoma no resultado da histerectomia (1%). Outros estudos observaram que cerca de 70% a 75% das pacientes com laudos citológicos de LIEAG apresentam confirmação histológica desse grau de doença e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor^{45,46}.

A confirmação histológica de lesões precursoras em nosso estudo foi maior daquela encontrada em outros centros, principalmente em relação a ASC-H. Embora a amostra do estudo seja pequena, limitando a validade externa dos resultados, pode-se inferir alto valor preditivo positivo do exame CP em nosso serviço, quando comparado a outros centros.

Cerca de 40% dos laudos citológicos com carcinoma confirmaram o câncer. Os casos de câncer identificados foram tratados e já têm seguimento posterior com CP normal. A exceção foi um caso, onde não há registro de seguimento no GHC. O presente estudo avaliou o atendimento ao longo do tempo, assim dispõe-se das informações somente enquanto a usuária é atendida no GHC. A integração com a rede de POA, através de prontuário eletrônico e uma chave única de identificação das usuárias nos sistemas de informação facilitaria o seguimento dos casos. Um cadastro de base populacional de usuários do SUS permitiria avaliação e planejamento mais adequados das ações em saúde.

O seguimento após diagnóstico/tratamento foi considerado adequado quando o critério é a presença de resultado normal de CP posterior ao tratamento (90%).

Ainda percentual significativo (34%) tem o último exame realizado no serviço de ginecologia, mesmo nos casos em que a alteração foi tratada há mais de dois anos e todos os CPs subsequentes foram normais. Recomenda-se que sejam definidos critérios para alta do serviço de referência com a previsão de retorno ao serviço de APS que é a referência de porta de entrada no sistema para as usuárias.

Por fim, a organização dos fluxos e a coordenação clínica com o desenvolvimento de protocolos para o acesso à atenção especializada pelo SSC (coordenação do cuidado) pode ter contribuído para os resultados deste estudo.

Ressalta-se a identificação das situações de maior vulnerabilidade como atividade fundamental para estabelecer prioridades no processo de planejamento dos serviços. Seguida do monitoramento destes casos com realização de busca ativa nas situações de falta de adesão seja no processo diagnóstico, tratamento e/ou seguimento posterior. De forma geral este programa de rastreamento organizado desenvolvido no SSC há mais de 20 anos apresentou bons resultados no controle do câncer do colo do útero. Sugere-se que outras investigações sejam realizadas, a fim de identificar quais tecnologias desenvolvidas pelas equipes de saúde influenciam na adesão às recomendações, o que pode contribuir para melhorar o acesso e a resolutividade do problema.

Referências

1. Miller AB et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *Int J Cancer* 2000; 86:440-447.
2. World Health Organization. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*. Geneva, Switzerland, 2006.
3. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(2):69-90.
4. Instituto Nacional de Câncer - INCA (Brasil). *Atlas de mortalidade por câncer*. [acesso set. 2011]. Disponível em <http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade>
5. Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *BrJCancer*.1985;52,669-73.
6. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes. *Lancet* 1987;1:1247-9.

7. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen J. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318:904–8.
8. Gustafsson L, Ponten J, Zack M, Adami H-O. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*.1997; 8:755–63.
9. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2002.
10. Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening: history and scientific rationale. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:77–97.
11. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:677–86.
12. Hakama M, Louhivuori K. A screening programme for cervical cancer that worked. *Cancer Surv.* 1988;73:403–16.
13. Carmo CC do, Luiz RR. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(4):661-667.
14. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(5):213-5.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo do útero. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Brasília, 2001.
16. Instituto Nacional de Câncer/INCA (Brasil). Estimativa 2008 - Incidência de Câncer no Brasil [acesso jul. 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
17. Almeida PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2010;26(2):286-298.
18. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-865.
19. Boerma WG, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WG. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Open University Press; 2006; 22-49.

20. Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31:11-32.
21. Kringos, DS et al. The breadth of primary care a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud - Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978, Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: OMS, 1978.
23. Starfield B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
24. Shi LSB, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529-50.
25. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 2000 [acesso jul. 2009]. Disponível em www.ibge.gov.br
27. Grupo Hospitalar Conceição/ Ministério da Saúde [acesso out. 2011]. Disponível em www.ghc.com.br
28. Serviço de Saúde Comunitária/Hospital Nossa Senhora Conceição. Sistema de Informações em Saúde - SIS/SSC. Indicadores de Saúde: Relatório Anual. Porto Alegre: 2007.
29. Thuler LCS, Zardo LM, Zeferino LC. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. *J Bras Patol Med Lab.*2007; 43(2):103-14.
30. Instituto Nacional de Câncer/INCA (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2006. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. *Rev. bras. cancerol.* 2006; 52(3): 213-36.
31. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A. The 2001 Bethesda system: Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287(16):2114-9.
32. Instituto Nacional de Câncer - INCA (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
33. Takeda S. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER (Ed) *Medicina ambulatorial: condutas*

de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: artmed, 2004; 76-87.

34. Sasieni P, Castañon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*.2009; 339:b2968.
35. Buffon A, Civa M, Matos VF. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre, RS. *RBAC*, 2006; 38(2):83-5.
36. D'Ottaviano-Morelli MGL, Zeferino LC, Cecatti JG, Terrabuio DR, Matinez EZ. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma, based on cytological screening in the region of Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):153-9.
37. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(6):1409-20.
38. Arbyn M et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second editions summary document. *Ann Oncol*. 2010;21(3):448-58.
39. Kyrgiou M et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367(9509):489-98.
40. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Atenção Básica-vol 13. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Brasília: 2006.
41. National Institute of Health (US). Cervical cancer. NIH consensus statement. Bethesda; 1996; 14(1) 38p.
42. Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Preditores de não Aderência ao Seguimento Preconizado para Mulheres com Lesão Intra-epitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL). *Saúde Soc*. São Paulo, 2009; 18(2),325-33.
43. Confederação Nacional da Indústria – CNI. Pesquisa CNI – IBOPE: retratos da sociedade brasileira: saúde pública. Brasília: CNI, 2012.
44. Cytryn A et al. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia grades II/III and cervical cancer in patients with cytological diagnosis of atypical squamous cells when high-grade intraepithelial lesions (ASC-H) cannot be ruled out. *Sao Paulo Med. J*. 2009; 127(5):283-7.
45. Kinney WK et al. Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. *Obstet Gynecol* 1998; 91(6):973-6.

46. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. *Gynecol Oncol.*2001; 82:516-22.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu oferecer subsídios aos serviços de saúde para avaliar e qualificar as ações para controle do câncer do colo do útero, tanto no rastreamento, como no acompanhamento dos casos alterados. As etapas do programa de rastreamento organizado foram analisadas tendo como perspectiva atributos da atenção primária: acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado. A análise da qualidade do cuidado considerou o alcance dos atributos avaliados, a efetividade do tratamento e o acompanhamento das mulheres.

O acesso foi avaliado a partir de aspectos relativos à acessibilidade e à utilização dos serviços pela população. A maioria das mulheres do estudo com CP anterior ao exame alterado realizou seu primeiro exame dentro de um período de três anos do seu cadastro na unidade de saúde. Este fato indica que quando há adesão ao rastreamento, esta ocorre dentro do período esperado. Entretanto cerca de um terço das mulheres não tinham registro de CP anterior. Como a ausência de CP tem sido apontada, neste e em outros estudos, como a variável associada à maior detecção de câncer, recomenda-se o desenvolvimento de ações de sensibilização para a realização do rastreamento direcionada a este grupo.

Em relação à idade recomendada para o rastreamento, no SSC, realiza-se significativo número de CPs fora da faixa etária, principalmente entre mulheres com menos de 25 anos, para as quais o custo-efetividade do diagnóstico/tratamento vem sendo questionado. O rastreamento é mais eficaz para prevenção do câncer do colo do útero em mulheres mais velhas. Assim, recomenda-se aos serviços de saúde que realizem o rastreio com foco no grupo mais suscetível. Sugere-se monitorar os exames realizados fora da faixa etária priorizada, proporções mais elevadas podem indicar problemas de acesso.

Após a identificação da lesão precursora, observaram-se altas proporções de utilização dos serviços de saúde, tanto na APS, como no serviço de referência. As equipes de saúde de APS realizaram encaminhamentos necessários ao serviço de ginecologia dentro de um tempo adequado, aspecto que facilita a adesão ao acompanhamento.

Considerou-se que o acesso ao diagnóstico ocorreu de forma aceitável. Apesar do tempo decorrido entre a data do CP alterado e a data do resultado do

exame histológico ter sido alto. Entretanto observamos que esta espera foi dependente do resultado do CP, isto é quanto maior o grau de alteração, menor o tempo para o diagnóstico. Não foram encontrados outros estudos brasileiros avaliando esta questão, para fins de comparação.

O câncer do colo do útero apresenta evolução lenta, todavia o tempo de espera para realizar o diagnóstico/tratamento pode influenciar na adesão às medidas recomendadas. E a demora em resolver o problema pode provocar uma série de repercussões psicológicas nestas mulheres. Assim para futuras análises de qualidade dos serviços de saúde, sugere-se a realização de estudos que avaliem o tempo para diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, visto ser questão fundamental para adesão e efetividade do tratamento.

A longitudinalidade foi avaliada a partir da identificação e análise dos registros em prontuário eletrônico sobre a condição de saúde das mulheres ao longo do tempo. A avaliação do seguimento só foi possível enquanto a usuária ainda estava vinculada ao GHC. Destaca-se a informatização dos prontuários como ferramenta com potencial para auxiliar na prática da longitudinalidade e na integração entre os serviços. Um prontuário eletrônico que integrasse as informações de diferentes instituições contribuiria significativamente para o desenvolvimento da longitudinalidade.

Além disso, identificou-se que proporção significativa de mulheres ainda mantém a realização de CPs no serviço de ginecologia mesmo após passados dois anos do tratamento. Recomenda-se que estas sejam referidas de volta para APS, local mais próximo de acesso às usuárias e onde o atendimento a diversos problemas de saúde é realizado ao longo do tempo. Para tal seria importante definir critérios para “alta” do serviço de ginecologia acordados entre os serviços.

Analisou-se a coordenação do cuidado sob o ponto de vista da existência de referência a outros pontos de atenção e possibilidade de acompanhamento do caso a partir da disponibilidade de informações relevantes sobre a situação de saúde da mulher^{23,33}. A relação entre os pontos de atenção estudados (APS, serviço de patologia e serviço de ginecologia) vem sendo constituída no GHC ao longo dos anos, permitindo o monitoramento e avaliação do cuidado prestado. Este processo de

coordenação entre a rede de serviços foi facilitado com a implantação do prontuário eletrônico na instituição.

Por fim, a proporção de adesão ao seguimento foi considerada alta em comparação a outros estudos. Destaca-se o monitoramento dos casos alterados com busca ativa realizada pela APS nas situações de falta às consultas seja no processo diagnóstico, tratamento e/ou seguimento posterior. Aliado à facilitação do acesso e ao grau de coordenação entre os pontos de atenção envolvidos no manejo do problema, tanto na avaliação, como no desenvolvimento de estratégias para melhorar o seguimento. Sugere-se que outras investigações sejam realizadas, a fim de identificar tecnologias desenvolvidas pelas equipes de saúde que influenciam na adesão às recomendações, o que pode contribuir para um melhor acesso, maior alcance da longitudinalidade e resolutividade do problema.

Em nosso estudo não foram avaliados os casos de câncer identificados através das hospitalizações no GHC, aqueles não identificados no rastreamento, por falha ou ausência deste. Uma análise destes casos apresentaria novas contribuições para o controle deste câncer na atenção primária.