

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER DE COLO UTERINO**

FORTALEZA  
2011

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER DE COLO UTERINO

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as políticas e práticas de saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura

O48a Oliveira, Nancy Costa de

Avaliação do seguimento de mulheres com diagnóstico de  
câncer de colo uterino/ Nancy Costa de Oliveira

. – Fortaleza, 2011.

83 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza,  
Ceará.

1. Neoplasias do Colo do Útero 2. Avaliação em Saúde 3.  
Enfermagem I. Moura, Escolástica Rejane Ferreira (orient.) II.  
Título.

CDD: 616.99466

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER DE COLO UTERINO

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Membro efetivo)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Raimunda Magalhães da Silva (Membro efetivo)  
Universidade Federal de Fortaleza (UNIFOR)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Maria Albertina Rocha Diógenes (Membro efetivo)  
Universidade Federal de Fortaleza (UNIFOR)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Janaina Fonseca Victor Coutinho (Membro efetivo)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Membro suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>fa</sup>. Dra. Marli Terezinha Gimenez Galvão (Membro suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha filha LUIZA, por se constituir diferentemente enquanto pessoa, um ser único em minha vida, bela e admirável em essência. Estímulo que me impulsionou a buscar vida nova a cada dia, que muito teve que se privar de minha companhia para que eu pudesse realizar este trabalho.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

A DEUS, Pai de infinita misericórdia que me concedeu a graça de superar todos os obstáculos que permearam meu caminho e finalmente mais uma vez, VENCER!

Aos meus pais, pelo esforço, pelo carinho e pela dedicação em toda uma vida. Pelos ensinamentos de valores essenciais, como honestidade, respeito, verdade, e fé.

Ao meu esposo João Caetano da Silva, pelo companheirismo ao longo de tantos anos, pelo amor que tem dedicado a nossa vida enquanto casal/família e compreensão por minhas ausências em prol do meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Escolástica Rejane Ferreira Moura, querida, ser humano de valor especial e indescritível com quem dividi a construção desta tese. Doutora não somente na arte da Enfermagem ciência, mas acima de tudo na arte de acolher, compartilhar, ensinar com amor e competência, disponibilidade e respeito à individualidade de seus orientandos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Maria Vaudelice Mota, por sua incrível sabedoria e incentivo, que enquanto diretora do Centro de Saúde Anastácio Magalhães contribuiu para que eu pudesse concluir este curso.

Às minhas colegas de trabalho do Programa Saúde da Família, do Centro de Saúde Anastácio Magalhães, especialmente Ângela Lúcia Campinas, Janaína Rocha de Sousa e Tonha Maria Pimentel.

Aos profissionais que, com muita competência, dão vida a área técnica da Saúde da Mulher na Secretaria de Saúde do município de Fortaleza.

Aos meus compadres Hugo Linard nome completo e Zoraia Úrsula de Alencar Linard , por me apoiarem sempre.

Aos meus irmãos Bráulio de Oliveira Souza Filho e Gardênia Maria Costa de Oliveira, por suas existências em minha vida.

Aos colegas da Unidade de Terapia Intensiva, do Hospital São José, em especial: Adriana Bessa (coordenadora da UTI), Verônica, Ana Guimarães, João Batista e, como não poderia deixar de ser, ao meu amigo/irmão Adailson Vieira.

À colega de doutorado Tatiane Gomes Guedes, por sua grandiosidade, me apoiando em detalhes essenciais, além do carinho demonstrado.

À Miren Uribe, por contribuir com informações valiosas.

À Antônia (UFC), por sua competência e disposição para contribuir sempre.

A todas as professoras do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, pelos ensinamentos (foram tantos), em especial, as Profas. Dras. Maria

Josefina da Silva, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Marli Teresinha Gimenez Galvão, Lorena Barbosa Ximenes, Ana Karina Bezerra Pinheiro e Janaína Victor.

ÀS professoras da banca examinadora por suas valiosas contribuições, fazendo desta uma construção coletiva de inestimável valor.

A todas as mulheres que de alguma forma participaram deste estudo, o meu muito obrigado!

Às funcionárias da coordenação da Pós-Graduação.

Finalmente, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão de mais esta etapa em minha vida.



## **EPIGRAFE**

“Tudo posso Naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

## RESUMO

Oliveira, Nancy Costa de. **Avaliação do seguimento de mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino** [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.

A ideia de seguimento, na perspectiva de acompanhar de mulheres com diagnóstico de Câncer de Colo Uterino (CCU), identificar como estão sendo encaminhadas e tratadas no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita conhecer variáveis, eventos e condições que proporcionam uma avaliação dessa área do cuidado e do sistema. É elevado o número de casos de CCU, que apesar de preveníveis e controláveis com os conhecimentos e as tecnologias existentes, apresenta taxas de morbidade e de mortalidade elevadas, sendo os aspectos associados ao acesso e à qualidade do seguimento fatores estreitamente relacionados a esse desfecho. Diante do exposto, o trabalho objetivou avaliar o seguimento de mulheres com CCU na perspectiva dos sistemas de informação de saúde e de mulheres que não obtiveram registros de seguimento nestes sistemas. Trata-se de pesquisa documental, avaliativa e de campo, realizada em quatro etapas: listagem nominal de mulheres com diagnóstico de CCU, residentes em Fortaleza-CE, registradas em 2008 no SISCOLO de Fortaleza; busca nominal de mulheres com diagnóstico de CCU nas APAC-Onco, AIH e Declaração de óbito (DO); busca nominal de mulheres com diagnóstico de CCU no prontuário eletrônico das pacientes; e realização das entrevistas com mulheres não identificadas na 2ª e 3ª etapas. As entrevistas foram realizadas por meio de visita domiciliária, de setembro a dezembro de 2010. Os resultados evidenciaram 80 casos de mulheres com diagnóstico de CCU, residentes em Fortaleza-CE, em 2008. Destas, 2,6% encontravam-se abaixo de 25 anos, 61,2% na faixa de 25 a 59 anos e 36,2% apresentaram idade acima de 60 anos. O carcinoma epidermóide invasivo acometeu 81,2% das mulheres, enquanto que o adenocarcinoma apresentou-se em 18,2% dos casos. A análise nos sistemas de informação SIA/SUS, SIH/SUS e SIM identificou procedimentos que caracterizaram seguimento de mulheres com diagnóstico de CCU, em 50% das mulheres diagnosticadas. Da outra metade, 16,2% obtiveram seguimento identificado no prontuário eletrônico; 33,7% não apresentaram informações de seguimento em nenhuma das fontes citadas, tendo estas sido selecionadas para entrevista. No entanto, destas, apenas 20% foram entrevistadas, pois as demais não ofereciam informações suficientes para o acesso à pesquisadora. As entrevistas revelaram baixas condições socioeconômicas destas mulheres. Os resultados de Papanicolaou foram entregues com cerca de um mês e na data agendada. Na identificação de aspectos relacionados ao encaminhamento da paciente com CCU para outros níveis de referência, 87,5% recebeu encaminhamento para algum tipo de instituição com nível de complexidade mais alto; quanto ao estado atual de seguimento, das mulheres entrevistadas, apesar da maioria ter realizado procedimentos que caracterizaram seguimento, ainda foi evidente a necessidade da educação permanente para a qualificação profissional, a fim de evitar iniquidades no atendimento à mulher acometida pelo CCU. Houve evidência de subregistro no SIH. Confirmou-se a tese de que as informações de seguimento das mulheres com CCU, em Fortaleza-CE, não refletem a real magnitude de seguimento das mulheres que obtiveram diagnóstico de CCU, uma vez que se constatou o acesso destas à realização dos procedimentos necessários para o seguimento adequado.

**Palavras-chave:** Neoplasias do colo do útero. Avaliação em saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

Oliveira, Nancy Costa de. **Evaluation of follow-up of women diagnosed with cervical cancer** [thesis]. Fortaleza: Federal University of Ceará; 2011.

The idea of follow up, in the perspective of women diagnosed with Cervical Cancer (CC), is to identify how they are being referred and assisted in the Unified Health System (SUS), it allows knowing variables, events and conditions that provide an evaluation of this area of care and system. The number of CC cases is high, even though it is preventable and controllable with the knowledge and technologies existents, it presents high rates of morbidity and mortality, and the aspects are associated with access and quality of follow-up factors closely related to this outcome. Thus, the study aimed to assess the follow-up of women with CC in the perspective of health information systems and of women who didn't get follow-up records in these systems. This is documentary, evaluation and field research carried out in four stages: nominal listing of women diagnosed with CC, living in Fortaleza-CE, Brazil, registered in 2008 in the SISCOLO of Fortaleza; nominal search of women diagnosed with CC in APAC-Onco, AIH and Death Certificate (DC); nominal search of women with CC diagnosis in the electronic medical records of patients; and performing interviews with unidentified women in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> stages. The interviews were carried out through home visits, from September to December 2010. The results identified 80 cases of women diagnosed with CC, living in Fortaleza-CE, in 2008. Of these, 2.6% were younger than 25 years, 61.2% aged between 25 and 59 years and 36.2% were aged over 60 years. Invasive squamous cell carcinoma attacked 81.2% of women, whereas adenocarcinoma was present in 18.2% of cases. The analysis in the SIA/SUS, SIH/SUS and SIM information systems identified procedures that characterized the follow-up of women diagnosed with CC in 50% of women diagnosed. On the other half, 16.2% had the follow-up identified in the electronic medical record, 33.7% didn't present follow-up information on any of the mentioned sources, and these were selected for interview. However, of these, only 20% were interviewed, because the others didn't provide enough information for the access of the researcher. The interviews revealed low socio-economic status of these women. Pap results were delivered about a month and on schedule. In the identification of aspects related to the referral of patient with CC to other reference levels, 87.5% received referral to some type of institution with higher level of complexity; concerning the current status of follow-up of the women interviewed, although most have performed procedures that characterized follow-up, it was still evident the need for continuous education for professional qualification in order to avoid inequities in the treatment of women affected by CC. There was evidence of underreporting in the SIH. It was confirmed the thesis that the follow-up information of women with CC, in Fortaleza-CE, do not reflect the real magnitude of follow-up of women who had a diagnosis of CC, once it was verified their access to the procedures necessary to the appropriate follow-up.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms. Health Evaluation. Nursing.

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

QUADRO 1	Esquema do estadiamento do câncer do colo do útero.....	33
FIGURA 1	Estrutura conceitual para avaliar o seguimento de mulheres com câncer de colo uterino.....	41
FIGURA 2	Etapas da coleta de dados do estudo.....	52
FIGURA 3	Distribuição do número de casos de CCU segundo as SER que compõem o Município de Fortaleza, CE, 2008.....	57
TABELA 1	Distribuição do número de mulheres com diagnóstico de CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, segundo a idade e formas de câncer.....	53
QUADRO 2	População de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE.....	54
FIGURA 2	População de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza – CE, segundo número de casos por regional.....	56
TABELA 2	População de Mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação (SI): APAC-Onco, SIH e SIM, segundo características sociodemográficas.....	61
TABELA 3	Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação (SI), segundo aspectos do recebimento do resultado da coleta de Papanicolau.....	63
TABELA 4	Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação (SI), segundo aspectos de encaminhamento para outros níveis de complexidade da atenção.....	65
TABELA 5	Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação, segundo realização de tratamento/procedimento.....	66

## LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização para Internamento Hospitalar  
AJCC – *The American Joint Committee on Cancer*  
APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo  
APAC-Onco – Autorização para Procedimento de Alta Complexidade em Oncologia  
BIJC – *The British Isles Joint TNM Classification Committee*  
CACON – Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia  
CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia  
CCU – Câncer de Colo Uterino  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças  
CORAC – Coordenadoria de Regulação Auditoria e Controle  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DNA – Ácido Desoxirribonucléico  
FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia  
FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia  
*HDR – High Dose Rate*  
HPV – Papilomavírus Humano  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
IPC – Instituto de Prevenção do Câncer  
IVA – Visual com Ácido Acético  
JEC – Junção Escamo-Colunar  
*LDR – Low Dose Rate*  
M – Metástases à Distância  
N – Linfonodos Regionais  
NIC – Neoplasia Intraepitelial-cervical  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNCCU – Programa Nacional de Combate ao Câncer Colo Uterino  
PNPCC – Política Nacional de Prevenção de Controle do Câncer  
PSF – Programa Saúde da Família  
RHC – Registro Hospitalar de Câncer

RHC – Registro Hospitalar de Câncer  
SI – Sistemas de Informação  
SIA/SUS – Sistemas de Informação Ambulatorial  
SIH/SUS – Informação Hospitalar  
SIM – Sistema de Mortalidade  
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino  
SUS – Sistema Único de Saúde  
T – Tumor Primário  
TNM – Classificação dos Tumores Malignos  
UICC – *International Union Against Cancer*  
UICC – União Internacional Contra o Câncer  
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
ZT – Zona de Transformação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>

2.1	Objetivo Geral.....	22
2.2	Objetivos Específicos.....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1	Considerações gerais sobre o câncer de colo do útero.....	23
3.2	Nomenclatura utilizada no diagnóstico de câncer de colo uterino e sua interface com o seguimento.....	25
3.3	Estadiamento do câncer de colo do útero e seguimento.....	30
3.4	Tratamento do câncer de colo uterino.....	35
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
4.1	Gestão do SUS.....	40
4.2	Sistemas de Informação.....	43
4.3	Acessibilidade, integralidade e longitudinalidade.....	45
4.4	Adesão.....	46
4.5	Protocolos ou diretrizes de acompanhamento.....	48
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>50</b>
5.1	Tipo e natureza do estudo.....	50
5.2	Universo do estudo.....	51
5.3	População e amostra.....	51
5.4	Coleta de dados.....	52
5.5	Organização dos dados para análise.....	54
5.6	Aspectos éticos.....	54
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A ideia de seguimento refere-se ao sentido de acompanhar de perto mulheres com diagnóstico de Câncer de Colo Uterino (CCU), identificar como estão sendo encaminhadas e realizando tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) e de que forma este responde, possibilita conhecer variáveis, eventos e condições que proporcionam uma avaliação dessa área do cuidado, particularmente nesse nível da assistência. É sabido ser elevado o número de casos de CCU, que apesar de preveníveis e controláveis com os conhecimentos e as tecnologias existentes, apresenta taxas de morbidade e de mortalidade elevadas, cujos aspectos associados ao acesso e à qualidade do seguimento são fatores estreitamente relacionados a esse desfecho. Portanto, o seguimento é complexo, multifacetado, requerendo ações intersetoriais e interdisciplinares no enfrentamento das dificuldades.

A incidência do CCU é de aproximadamente 500.000 mil casos novos por ano, no mundo, responsável pelo óbito de cerca de 230 mil mulheres, anualmente (BRASIL, 2008a). A incidência nos países menos desenvolvidos é duas vezes maior do que nos países mais desenvolvidos, com maior frequência nas camadas mais baixas da população, existindo forte relação com baixas condições socioeconômicas, dada à vulnerabilidade social nessas classes. Essas populações, em geral, enfrentam dificuldades de acesso às medidas preventivas, de diagnóstico precoce e de tratamento das alterações relacionadas ao CCU, destacando-se as barreiras geográficas, institucionais, profissionais, econômicas e culturais (BRASIL, 2008a).

É possível que, parte da alta taxa de CCU esteja associada ao aumento e à melhoria das ações diagnósticas, que favorecem a qualidade das informações e dos atestados de óbito. No entanto, fatores como o diagnóstico em estádios mais avançados da doença contribuem significativamente para o crescimento das taxas de mortalidade.

Quanto ao diagnóstico tardio, dentre outras causas, pode estar relacionada à dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica



(principalmente em municípios de pequeno e médio porte); declínio da capacidade do sistema público de saúde para absorver a demanda geradas nas unidades básicas de saúde; e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de atenção que permitam o manejo adequado dos casos suspeitos e confirmados (BRASIL, 2005a). Outras razões que justificam a permanência das referidas taxas, tanto de incidência quanto de mortalidade, por CCU na América Latina e Caribe, dizem respeito principalmente a fatores relacionados aos aspectos educacionais, socioeconômico e políticos (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

A despeito das taxas crescentes, o número de casos da doença é hoje bem menor do que costumava ser antes da realização do exame de detecção precoce pela técnica de Papanicolaou. Estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2010 determinou a ocorrência de 18.430 casos novos de CCU no Brasil, sugerindo um risco de 18 casos para cada 100.000 mulheres. Destes, 860 casos ocorreriam no Ceará (19,38/100.000 hab.), sendo esperados 260 casos para Fortaleza (capital) e 600 para o interior do Estado (BRASIL, 2010).

A mortalidade por CCU é a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres em algumas regiões do mundo, como a África, a Ásia e a América Central, todavia, as maiores incidências são encontradas na América Latina e no Sudeste da Ásia, enquanto que as baixas taxas aparecem na América do Norte, no Oeste Europeu e no Norte da Austrália (NUNES et al., 2004).

Para a prevenção e o diagnóstico precoce da patologia em referência, pode-se lançar mão de técnicas como o exame de Papanicolaou, métodos alternativos e/ou complementares, como a Inspeção Visual com Ácido Acético (IVA); e tecnologias mais avançadas, como os testes de captura híbrida para detecção do Papilomavírus Humano (HPV). Apesar das técnicas disponíveis, sendo umas mais acessíveis do que outras se destaca que apesar da importância destas, é necessária uma política de seguimento dos casos diagnosticados, para a obtenção de resultados satisfatórios no controle da morbidade e da mortalidade por CCU (GONTIJO et al., 2005).

Em 1998, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCCU), motivado pelos dados epidemiológicos da patologia (ROBERTO NETO et al., 2001). Em 1999, coube ao INCA, mediante decreto presidencial, assistir ao Ministro de Estado na formulação de Política Nacional de Prevenção de Controle do Câncer (PNPCC). Nessa política, foi recomendada a criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino (SISCOLO).

Na tentativa de minimizar as desigualdades regionais na oferta de assistência oncológica à população brasileira, o Ministério da Saúde/INCA lançou o Projeto Expande, que engloba mecanismos de procedimentos oncológicos de alta complexidade. O projeto propôs a implantação, em diversas regiões do país, de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, este último exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005a).

As UNACON caracterizam-se por hospitais que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2004a).

Os CACON são hospitais gerais, vinculados ao SUS, com diferentes níveis de complexidade assistencial – I, II e III que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à atenção especializada e integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento. A assistência abrange oito modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, quimioterapia, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL 2004a).

O número de UNACON e de CACON deve ser calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele, para efeito de cálculo de estruturas e serviços hospitalares de alta complexidade (Oncologia Clínica, Radioterapia com equipamentos de megavoltagem, Hematologia e Oncologia Pediátrica).

Como critério para o cadastramento dos CACON, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria GM/MS nº. 3535/98, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), a fim de obter dados de todos os pacientes atendidos no hospital, com diagnóstico confirmado de câncer (BRASIL, 1998).

Baixos níveis de cobertura populacional por exame citológico do colo do útero, falhas no acompanhamento das mulheres com anormalidades relacionadas à deficiência de busca ativa dos casos que não retornam para receber o resultado, adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas inadequadas e morosidade na adoção dessas condutas têm sido frequentemente incluídos entre os fatores associados ao fracasso dos programas de controle do CCU. Frente a essas questões, destaca-se a necessidade de realização do seguimento citológico das pacientes com diagnóstico de CCU, elemento fundamental na avaliação da efetividade das ações de redução da morbidade e mortalidade por esse agravo (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde reconhece que há uma inadequação do seguimento das clientes com exames citopatológicos positivos para CCU e aponta a inexistência de uma rede de serviços organizada para absorver as mulheres que necessitam de exames complementares ou tratamentos. O modelo assistencial vigente ainda é desfavorável à integração dos serviços à cliente com câncer; uma vez iniciado, não há garantia da continuidade do tratamento oncológico na rede SUS; a cliente é obrigada a buscar por seus próprios meios, em diferentes locais, os recursos necessários ao tratamento (BRASIL, 2002a).

Para melhorar a oferta de serviços de saúde à população, na área de Oncologia, foi criada, em 2005, por meio da portaria GM/MS 2439/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, enfocando, entre outros componentes, a promoção e a vigilância em saúde; o sistema de informação como subsídio aos gestores para tomada de decisão; e a atenção básica, responsável pela realização de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer, bem como ao

diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2006a).

Ainda como parte da PNAO, em 2006, foi firmado um acordo entre o Governo Federal, Estados e Municípios que estabelecia indicadores e metas anuais para diversas áreas da saúde, de acordo com as características e a capacidade de cumprimento de cada região ou localidade. As propostas seriam inseridas em um sistema informatizado, o SISPACTO. Entre outras prioridades pactuadas estaria o controle do câncer de colo de útero e de mama, tendo como meta de prevenção ações de rastreamento.

Dentre os indicadores pactuados com vistas ao CCU, sinaliza-se o Indicador de seguimento das lesões de alto grau. Este indicador visa a avaliar o grau de informação sobre o seguimento de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau. A pactuação deste indicador refere-se às mulheres diagnosticadas pelo menos há um ano, considerando ser este um tempo satisfatório para a confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento, isto é, para se ter alguma informação sobre o seguimento (INCA, 2010).

Apesar da política de combate ao câncer, instituída no Brasil, particularmente na última década, ainda se percebe, na prática, carência de uma assistência oncológica adequada, tanto em termos equitativos quanto qualitativos. Portanto, há necessidade de um atendimento integral às mulheres com diagnóstico de CCU. O princípio da integralidade ainda é visto de modo tímido pelos profissionais e gestores da saúde, gerando um atendimento fragmentado do indivíduo, deixando de considerar a pessoa como um todo e de atender às necessidades humanas de forma holística. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (CAMPOS, 2003).

Diante do exposto e da prática da pesquisadora, exercida quotidianamente no contexto da atenção básica à saúde, é perceptível a importância da compreensão do enfermeiro sobre as relações que se estabelecem entre a

formulação das políticas na área da saúde da mulher e a implementação das práticas nas instituições de saúde, a fim de que esta possa contribuir para minimizar o hiato entre teoria e prática.

Nessa ótica, o CCU, como um problema de saúde pública no Brasil, é merecedor de atenção por parte dos profissionais de saúde e, em especial dos enfermeiros, que atuam efetivamente, desde o controle dos fatores de risco da doença, pelas ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do CCU, até a assistência de enfermagem prestada no tratamento e na reabilitação das pacientes vivendo com a doença.

Para Linard, Silva e Silva (2002), os enfermeiros estão colaborando significativamente para o controle do CCU, pois proporcionam condições que contribuem para a cura e para minimizar perdas funcionais e estéticas provocadas pela doença ou por seu tratamento.

As pesquisas em saúde da mulher são fundamentais para monitorar e avaliar a implementação e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde das mulheres, bem como para subsidiar sua elaboração ou redirecioná-las, tornando-as cada vez mais adequadas às necessidades do SUS (BRASIL, 2008b).

Ao atuar como enfermeira de Saúde Pública há 16 anos e tendo maior vínculo com as políticas e práticas voltadas à saúde da mulher, muitas ações de combate ao CCU foram experienciadas pela pesquisadora: intensificação de coberturas no rastreamento do CCU; implantação de estratégia como o Programa Saúde da Família (PSF), proporcionando melhor acesso das mulheres às ações educativas voltadas ao CCU e ao exame de Papanicolaou; e implementação de políticas voltadas à atenção secundária e terciária à saúde da mulher. Todavia, essas ações ainda resultam em baixo impacto.

Ressalva se faz quanto à qualidade da coleta de material para o exame de Papanicolaou, pois em Dissertação defendida pela autora/pesquisadora, apesar de ter se constituído em um estudo de âmbito municipal, foi constatada 100% de adequabilidade nas 63 amostras pesquisadas, segundo laudo laboratorial (OLIVEIRA, 2007). Resultado diferente foi encontrado em estudo de maior

abrangência realizado no Estado do Amazonas, no qual o percentual de lâminas adequadas foi de 26, 25, 33 e 43% nos anos de 2002 a 2005, respectivamente (CORREA; VILLELA, 2008). Ademais, a baixa sensibilidade do exame de Papanicolaou e o elevado volume de resultados de exames não entregues às mulheres são outros fatores que prejudicam o diagnóstico precoce do CCU.

Para um efetivo controle do CCU, além das ações voltadas para o diagnóstico precoce das lesões malignas, outro aspecto de igual relevância é o seguimento das mulheres já diagnosticadas com a referida patologia. É necessário que os enfermeiros estejam conscientes de que sua atuação no monitoramento destas mulheres irá repercutir positivamente na cura, na sobrevivência e na qualidade de vida das pacientes.

A partir da percepção profissional da pesquisadora, uma das atividades que requer maior compromisso, tempo, precisão nos registros e sensibilidade de toda equipe é a busca ativa de mulheres com lesões positivas para CCU. Os desafios para esta atividade são muitos, no entanto, pode-se destacar como limitações para o seguimento: mudança frequente de endereço, informações imprecisas e não verídicas quanto ao local de residência e registros de atendimento incompletos e ou inexistentes, o que compromete a alimentação do SISCOLO. Os fatores apontados envolvem a sensibilização de enfermeiros e agentes de saúde, pois este último é elemento chave para a busca efetiva dessas mulheres, pois conhecem tanto o território quanto as famílias que nele residem.

Dentre outros fatores, o reflexo dos desafios citados anteriormente, foram constatados pela pesquisadora ao consultar o SISCOLO (módulo seguimento), do município de Fortaleza, pois percebeu que, dos casos de CCU, diagnosticados em 2008, cerca de 15% apenas apresentavam informações de seguimento nas fichas de busca ativa do sistema. Fato este, que muito inquietou a pesquisadora, uma vez que a alimentação inadequada do referido sistema de informação, implica em prejuízos na avaliação do mesmo enquanto indicador de saúde para o município, interferindo também nas decisões para o enfrentamento do CCU que devem, entre outros fatores, ser direcionadas pelos indicadores evidenciados.

Diante das considerações apresentadas, pretendeu-se com este estudo defender a tese de que o seguimento das lesões de alto grau do SISCOLO, no município de Fortaleza-CE, não reflete a real magnitude do seguimento dado às mulheres que obtiveram confirmação de CCU em 2008.

Para confirmar ou refutar a tese elaborada, foram definidos os objetivos de pesquisa propostos a seguir.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o seguimento de mulheres com CCU na perspectiva dos sistemas de informação de saúde e de mulheres que não obtiveram registros de seguimento nestes sistemas.

### **2.2 Específicos**

Avaliar nos sistemas de informação (SIA/SUS, SIH/SUS e SIM) os procedimentos que caracterizam o seguimento recebido por mulheres com diagnóstico de CCU;

Conhecer a escolaridade, ocupação e renda familiar de mulheres com CCU, sem registros de seguimento nos referidos sistemas de informação;

Levantar aspectos relacionados ao recebimento do resultado de exame de Papanicolaou de mulheres com CCU, sem registros de seguimento;

Identificar aspectos relacionados à realização de encaminhamentos para outros níveis de atenção para as mulheres com CCU, sem identificação de seguimento nos sistema de informação;

Verificar o estado atual de seguimento das mulheres com CCU sem registro de seguimento nos referidos sistemas de informação de saúde.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Considerações gerais sobre o câncer de colo do útero

A palavra câncer, em sua origem latina, significa caranguejo. Ziegler (2002) afirma que há uma semelhança entre as pernas do crustáceo e as ramificações do tumor. Para Ayoub, Fontes e Silva (2000), associa-se à adesão, sustentação, invasão, conotações essas que resultaram na denominação desta patologia. Para Clark e Mcgee (1997) o câncer é melhor definido como “uma única célula diferenciada que não obedece ao regulamento da diferenciação, e proliferação celular, que cresce sem respeitar às necessidades do corpo”. O dicionário Aurélio o define como “qualquer tumor maligno” (FERREIRA, 2004).

O INCA atribui o câncer a um conjunto de doenças, cuja característica é o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos e o poder de disseminação das mesmas para outras partes do corpo formando metástases. Estas são células de unidades antissociais autônomas, indiferentes aos sinais reguladores impostos às células normais (BRASIL, 2008b).

A série de eventos que transforma uma célula normal em câncer é denominada carcinogênese. Nesse processo, várias etapas são necessárias para a transformação de uma célula normal em tumoral, e isto depende de alguns fatores dentre eles: idade, exposição a fatores ambientais e genéticos (LIU; ROBINS, 2006).

A carcinogênese do CCU acontece lentamente, levando anos para que a célula passe do estágio de proliferação para um tumor visível (BRASIL, 2008b). Segundo Longatto Filho e Silva Filho (2002), este é um processo complexo e constitui-se em etapas gradativas que vão desde a saída da célula do seu estado normal até a invasão da lesão neoplásica. Tem início com discretas alterações no epitélio pavimentoso da endocérvice, progredindo até a invasão do estroma, necessitando de 10 a 15 anos para chegar a essa última etapa. Em relação a esse período, encontra-se pequena variação na literatura, podendo ser de 10 a 20 anos (MOTTA et al., 2001; BRASIL, 2002a). Portanto, o conhecimento da carcinogênese oferece elementos importantes para a tomada de decisão no seguimento dos casos.

São dois os tipos de CCU: o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma (carcinoma de células glandulares). O primeiro é mais comum e, segundo Clark e Mcgee (1997), sua incidência varia de 80% a 95% e ocorre em mulheres com idade mais avançada. O adenocarcinoma ocorre em mulheres mais jovens e tem um prognóstico mais reservado, apresenta-se na endocérvice, de tamanho volumoso e natureza agressiva, respondendo ao tratamento com menor intensidade.

Anatomicamente, o colo do útero divide-se em endocérvice e ectocérvice. A endocérvice, parte interna do colo uterino, é composta por células cilíndricas que produzem muco pelo epitélio colunar simples. A parte externa, a ectocérvice, é composta por um tecido de várias camadas de células, formando o epitélio escamoso estratificado. Esses dois epitélios se unem pela Junção Escamo-Colunar (JEC), uma linha que, dependendo da situação hormonal da mulher, pode estar tanto na endocérvice quanto na ectocérvice. Quando a JEC permanece exposta ao ambiente vaginal ácido, as células subcilíndricas (células de reserva) se transformam em células de maior capacidade de adaptação (células escamosas), gerando um novo epitélio ou terceira mucosa ou zona de transformação, em que se localizam mais de 90% dos CCU (BRASIL, 2008b).

O adenocarcinoma endocervical desenvolve-se na zona de transformação (ZT), semelhante à neoplasia intraepitelial cervical. À medida que o grau de diferenciação diminui, o tumor pode mostrar de um a dois padrões: a arquitetura glandular persiste, mas as atipias celulares e a produção de muco diminuem; no outro, a diferenciação glandular diminui e a neoplasia se desenvolve com um padrão mais sólido, semelhante ao carcinoma de células escamosas (FREITAS et al., 2005).

Quanto à sintomatologia, consoante Costa (2005), as mulheres que já passaram pela menopausa podem ter um leve sangramento vaginal e aquelas que ainda estão menstruando poderão apresentar menstruações muito intensas ou sangramento entre as menstruações. É possível, também, aparecer uma secreção que varia desde um líquido aquoso róseo até um fluido espesso, marrom e de odor fétido. Ele pode causar uma dor intermitente semelhante à cólica menstrual. O sintoma que mais desperta suspeita é o sangramento vaginal em uma mulher que já

alcançou a menopausa e que não tem tido esse tipo de sangramento há algum tempo.

Portanto, o CCU apresenta aspectos epidemiológicos e história natural bem conhecida, além de etapas definidas, para diagnósticos pré-malignos ou iniciais (MOTTA et al., 2001).

A partir da análise histopatológica, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem por meio de alterações celulares. Essas alterações sofreram mudanças de nomenclatura ao longo do tempo, a fim de facilitar o diagnóstico da doença e seu estadiamento, o que oferece as bases para se estabelecer os protocolos de seguimento.

### **3.2 Nomenclatura utilizada no diagnóstico de câncer de colo uterino e sua interface com o seguimento**

Em 1949, foram classificadas as lesões no colo uterino, por George Papanicolaou, em cinco tipos: Classe I - negativo para células neoplásicas malignas; Classe II – células atípicas presentes, porém negativo para células neoplásicas malignas; Classe III – suspeito para células neoplásicas malignas; Classe IV – positivo altamente sugestivo para células neoplásicas malignas; Classe V – positivo para células neoplásicas malignas (BRASIL, 2006b).

Em 1979, Stegner classificou as displasias de acordo com o grau de comprometimento do epitélio, podendo ser leve, moderada ou grave (MOTTA et al., 2001). Os graus de displasia referiam-se, de forma grosseira, à classe III de Papanicolaou, correlacionando também à Classe IV com carcinoma escamoso *in situ*. A Classe V continuou a indicar carcinoma invasor e, pela primeira vez, foi dada ênfase a alterações celulares, devido à ação do Papiloma Vírus Humano – HPV (BRASIL, 2006b).

Em 1988, foi criado um novo sistema de classificação das lesões, denominado Sistema Bethesda. Em 1991, o sistema foi revisado, de acordo com Tenconi et al. (2004), sendo possível detectar fatores técnicos ou outros achados possíveis de afetar a interpretação do exame. Esse sistema tem como base o

conceito de neoplasia intraepitelial-cervical (NIC), classificando-se em três estágios: NIC I, NIC II e NIC III.

O colo uterino é revestido por células epiteliais pavimentosas dispostas em camadas organizadas que, nos casos de NIC, esta estratificação é caracterizada pelo desordenamento dessas células. Quando ocorre desordenamento celular nas camadas mais basais do epitélio estratificado, o mesmo é caracterizado como NIC I; quando o desordenamento atinge até os três quartos do epitélio e há preservação das camadas mais superficiais, esta é denominada de NIC II. Nos casos de NIC III, ocorre uma desordenação em todas as camadas de células. Quando ocorre invasão intensa, em nível de tecido conjuntivo do colo uterino, abaixo do epitélio, denomina-se carcinoma invasor (BRASIL, 2002a).

Ao considerar a necessidade de incorporar novas tecnologias e atualizar os conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, o INCA estabeleceu parceria com diversos segmentos da sociedade científica, como a Sociedade Brasileira de Citopatologia, a Sociedade Brasileira de Patologia, a Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e de Colposcopia, para elaborar uma nova proposta de nomenclatura, em novembro de 2001, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2006b). Em agosto de 2002, foi aprovada a nova nomenclatura brasileira para laudo dos exames citopatológicos, tendo início as discussões sobre seu impacto nas condutas clínicas e laboratoriais.

Apesar da proposta que havia para divulgação da nova nomenclatura para laudos de exames citopatológicos e das respectivas condutas clínicas preconizadas, em 2003, a mesma somente ocorreu em meados de 2006. De acordo com o INCA, a publicação da nova nomenclatura e de condutas preconizadas objetivava orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, possibilitando-lhes a orientação adequada em relação ao controle do CCU, baseada nas mais recentes evidências científicas, qualificando, assim, as ações voltadas à atenção integral à mulher (BRASIL, 2006b).

Ainda de acordo com o INCA, a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos contemplaria aspectos de atualidade tecnológica, mantendo a

similaridade com o Sistema Bethesda 2001, o que facilitaria a equiparação dos resultados nacionais com aqueles encontrados nas publicações científicas internacionais. Foram introduzidos novos conceitos estruturais e morfológicos que contribuiriam para o melhor desempenho laboratorial e serviria como facilitador da relação entre a citologia e a clínica. A estrutura geral facilitaria a informatização dos laudos, o que permitiria o monitoramento da qualidade dos exames citopatológicos realizados no SUS. Além disso, o consenso que haveria das sociedades científicas envolvidas com a confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões, tornaria possível o estabelecimento de diretrizes para as condutas terapêuticas (BRASIL, 2006b).

Descreve-se a seguir a nova Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos divulgado pelo INCA (BRASIL, 2006b).

Quanto à citologia, a recente nomenclatura orienta que seja especificada a forma de preparo, ou seja, se a citologia é convencional ou em meio líquido, uma vez que a adequabilidade do material é avaliada de forma diversa para cada meio.

Foi introduzido o conceito de avaliação pré-analítica, como uma inovação, visando a estabelecer a rejeição por causas alheias e anteriores à chegada do material ao laboratório e àquelas relacionadas à colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada, de preferência no momento da entrada da lâmina no laboratório e seu registro deverá ser procedido. Contudo, é o profissional responsável pelo exame quem irá assinar o laudo com o motivo da rejeição. A amostra poderá ser rejeitada por ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário; lâmina danificada ou ausente; causas alheias ao laboratório; e outras causas.

Em relação à adequabilidade da amostra, que anteriormente apresentava três categorias de classificação (amostra satisfatória, satisfatória, mas limitada por... e insatisfatória), agora é classificada apenas como satisfatória ou insatisfatória. No caso da amostra insatisfatória para avaliação oncótica, a mesma pode ser devido: ao material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço) e à leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular e outros. É considerada

satisfatória a amostra que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuída, fixada e corada de tal modo que a visualização permita uma conclusão diagnóstica. A disposição em um sistema binário (satisfatório x insatisfatório) melhor caracteriza a visão microscópica da colheita.

São informados obrigatoriamente nos laudos os tipos de epitélio representados na amostra: escamoso, glandular e metaplásico. É importante ressaltar que a presença de células dos epitélios citados, que representam a junção escamo-colunar (JEC), não é utilizada no sistema binário como critério de avaliação da adequabilidade da amostra. Portanto, a amostra adequada pode não ter a representação completa da JEC, ficando a definição de adequabilidade pela representatividade como de exclusiva competência do responsável pela paciente que deverá considerar as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame etc.).

Em relação ao diagnóstico descritivo, os achados poderão ser: 1) dentro dos limites da normalidade, no material examinado - o acréscimo da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, o aspecto do momento do exame. Neste ponto, também houve uma diferença importante com o Sistema Bethesda 2001, no qual foi excluída a categoria das alterações celulares benignas. A manutenção do termo nos laudos brasileiros deve-se ao entendimento de que os fatores que motivaram a exclusão não se aplicam a nossa realidade; 2) alterações celulares benignas - podem ser do tipo: inflamação, reparação; metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação e radiação. Em relação à nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é esta a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim, a metaplasia madura, com sua diferenciação, já definida, não deve ser considerada como inflamação e, eventualmente, nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados, para caracterizar o local da colheita; 3) atipias celulares – células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, glandulares ou de origem indefinida.

Nas atipias celulares, em qualquer que seja o tipo de célula, ainda existem as subcategorias possivelmente não-neoplásicas; e não se pode afastar

lesão intraepitelial de alto grau. Esta é mais uma inovação da nomenclatura brasileira que criou uma categoria separada para todas as atípias de significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Observa-se que foi excluída a expressão “provavelmente reativa”, a qual foi substituída pela expressão “possivelmente não neoplásica”. Foi introduzida também a expressão “não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau”. Com isso, pretende-se dar ênfase ao achado de lesões de natureza neoplásica, reduzindo a dubiedade diagnóstica. O objetivo é identificar as células imaturas, pequenas e que, por sua própria indiferenciação, representam um maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Sempre que for necessário, devem ser acrescentadas notas explicativas com o objetivo de orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados.

Foi desaconselhado o uso das siglas ASCUS (Células escamosas atípicas de significado indeterminado) e AGUS (Células glandulares atípicas), devendo sempre constar por extenso os diagnósticos: Em células escamosas: lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia cervical grau I – NIC I); lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III – NIC II e NIC III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma epidermóide invasor. Foi substituído o termo neoplasia por lesão intra-epitelial, estabelecendo dois níveis (baixo e alto graus), separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia daquelas mais relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi ainda incluída a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão. Em células glandulares: adenocarcinoma *in situ*; adenocarcinoma invasor (cervical endometrial e sem outras especificações); outras neoplasias malignas; presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual). A introdução da categoria Adenocarcinoma *in situ* reconhece a capacidade de identificação morfológica desta entidade e acompanha a nomenclatura internacional. O item “sem outras especificações” refere-se exclusivamente a adenocarcinomas de origem uterina. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando a sua presença possa ter significado patológico. Logo, seu achado nos primeiros dozes dias que

sucedem ao período menstrual, apenas deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

Os laudos citopatológicos podem conter itens relacionados à microbiologia como: *Lactobacillus sp*; bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella Mobiluncus*); outros bacilos; cocos; *candida sp*; *trichomonas vaginalis*; sugestivo de *Chlamydia sp*; *actinomyces sp*; efeito citopático com vírus do grupo Herpes; outros (especificar). As informações sobre *Chlamydia*, cocos e bacilos foram mantidas por considerar-se a oportunidade, por vezes única, em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana, baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão “bacilos supracitoplasmáticos” busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

### **3.3 Estadiamento do câncer de colo do útero e seguimento**

O estadiamento do câncer é a avaliação acerca da disseminação da patologia pelo corpo. A necessidade de uma classificação para os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevivência são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando essa se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação segundo regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento (BRASIL, 2004b).

O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente etc. (BRASIL, 2004b).



As diversas variáveis mencionadas possibilitam a concepção de vários sistemas de estadiamento, no entanto o sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM, de Classificação dos Tumores Malignos. O Sistema TNM para a classificação dos tumores malignos foi desenvolvido por Pierre Denoix (França), entre os anos de 1943 e 1952 e vem se aprimorando com o passar dos anos pelos consensos estabelecidos entre comitês científicos, como o *International Union Against Cancer* (UICC), *The American Joint Committee on Cancer* (AJCC), *The British Isles Joint TNM Classification Committee* (BIJC) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (BRASIL, 2004b).

Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente. Além das graduações numéricas, as categorias T e N podem ser subclassificadas em graduações alfabéticas (a, b, c). Tanto as graduações numéricas quanto as alfabéticas expressam o nível de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos. O símbolo "X" é utilizado quando uma categoria não pode ser devidamente avaliada.

**T - Tumor Primário:** TX – o tumor primário não pode ser avaliado; T0 – não há evidência de tumor primário; Tis – Carcinoma *in situ*; e T1, T2, T3, T4 – tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário

**N - Linfonodos Regionais:** NX – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados; N0 – ausência de metástase em linfonodos regionais; e N1, N2, N3 – comprometimento crescente dos linfonodos regionais

**M - Metástase à Distância:** MX – a presença de metástase à distância não pode ser avaliada; M0 – ausência de metástase à distância; e M1 – metástase à distância.

Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que, geralmente, variam de I a IV. Estes estádios podem ser subclassificados em A e B, para expressar o nível de evolução da doença. Entretanto, existem sistemas de classificação que utilizam algarismos romanos sem que estes resultem da combinação de valores de T, N e M, como ocorre no estadiamento da doença de *Hodgkin* e dos linfomas malignos. Estes também são subclassificados em A e B, significando, respectivamente, ausência ou presença de manifestações sistêmicas.

Grupos que se dedicam ao estudo de tumores específicos costumam desenvolver sistemas próprios de estadiamento, mesmo que o tumor já possua regras de classificação pela UICC. Isto não significa que os sistemas sejam incompatíveis, mas que se complementam. É o caso, por exemplo, dos sistemas de estadiamento que expressam a classificação do tumor através de letras maiúsculas (A, B, C, D), tal como ocorre no estadiamento dos tumores de próstata, bexiga e intestino. Outro exemplo se verifica com o estadiamento dos tumores ginecológicos, dentre estes o CCU. O colo e o corpo do útero foram os primeiros locais classificados pelo sistema TNM. O estadiamento para o carcinoma do colo do útero tem sido usado com poucas modificações por mais de 50 anos, por isso aceitos pela FIGO. As categorias TNM têm sido definidas de modo a corresponder aos estádios da FIGO, a atual classificação aprovada por todos os organismos científicos envolvidos. Ambos os sistemas tem sido incluídos para comparação (BRASIL, 2004b).

O estadiamento pode ser clínico e patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso. O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anátomopatológico da peça operatória. É estabelecido após tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. O estadiamento patológico pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores.

No caso específico do colo do útero, os estádios da FIGO têm como base o estadiamento clínico (este inclui o exame histológico de um cone ou amputação do colo do útero), enquanto que os estádios TNM se baseiam na classificação clínica

e/ou patológica). Ressalta-se que a classificação é aplicável exclusivamente para carcinomas, por isso a necessidade de confirmação histológica da patologia.

Segundo as regras para classificação do estadiamento do câncer de colo uterino, são necessários os seguintes requisitos para as respectivas categorias (BRASIL, 2004b): Categorias T: exame físico, cistoscopia e diagnóstico por imagem (incluindo a urografia); Categorias N: exame físico e diagnóstico por imagem (incluindo a urografia); e Categorias M: exame físico e diagnóstico por imagem.

Para a classificação, são apresentadas ainda as sublocalizações anatômicas: Endocérvix e Exocérvix e os linfonodos regionais: paracervicais, parametriaes, hipogástricos (ilíacos internos e obturadores), ilíacos comuns e externos, pré-sacrais e sacrais laterais.

A seguir apresenta-se o Quadro 1 com resumo esquemático do estadiamento do câncer de colo do útero com a classificação TNM (UICC) e estágios da FIGO.

Quadro 1 – Esquema do estadiamento do câncer do colo do útero

<b>TNM</b>	<b>Colo uterino</b>	<b>FIGO</b>
Tis	<i>Tumor In situ</i>	0
T1	Tumor confinado ao útero	I
T1a	Tumor invasor diagnosticado somente pela microscopia	IA
T1a1	Invasão estromal de profundidade $\leq$ 3 mm, extensão horizontal $\leq$ 7mm	IA1
T1a2	Profundidade $>$ 3-5 mm, extensão horizontal $\leq$ 7 mm	IA2
T1b	Clinicamente visível ou lesão microscópica maior que T1 a 2	IB
T1b1	Lesão visível $\leq$ 4 cm no maior diâmetro	IB1
T1b2	$>$ 4cm	IB2
T2a	Sem invasão do paramétrio	IIA
T2b	Com invasão do paramétrio	IIB
T3 e/ou N1	Tumor invade terço inferior da vagina/parede pélvica/hidronefrose	III
T3a	Tumor que envolve terço inferior da vagina	IIIA

<b>TNM</b>	<b>Colo uterino</b>	<b>FIGO</b>
T3b	Parede pélvica/hidronefrose	IIIB
T4	Mucosa da bexiga/reto além da parede pélvica verdadeira	IVA
N1	Regional	-
M1	Metástase à distância	IVB

Fonte: Andrade et al. (2001)

O estadiamento implica que tumores com a mesma classificação histopatológica e extensão apresentam evolução clínica, resposta terapêutica e prognóstico semelhantes, justificando, assim, sua interface para a definição do seguimento.

A determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela envolvidos auxiliam nas seguintes etapas: obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor; seleção da terapêutica; previsão das complicações; obtenção de informações sobre o prognóstico do caso; avaliação dos resultados do tratamento e investigação em Oncologia (pesquisa clínica, publicação de resultados e troca de informações).

Enfim, o estadiamento de uma neoplasia maligna requer, por parte do médico, conhecimentos básicos sobre o comportamento biológico do tumor que se estadia e sobre o sistema de estadiamento adotado. Esta é uma avaliação de grande importância, uma vez que a indicação terapêutica do câncer depende do estadiamento da doença. Assim é que um estadiamento bem conduzido conduz a condutas terapêuticas adequadamente aplicadas.

O estadiamento do câncer é consagrado por tradição e para o propósito de análise de grupos de pacientes é frequentemente necessário usar tal método. A UICC acredita que é importante alcançar a concordância no registro da informação precisa da extensão da doença para cada localização anatômica, porque a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica das neoplasias malignas pode interessar a um número de objetivos correlatos: ajudar o médico no planejamento do tratamento; oferecer alguma indicação do prognóstico; auxiliar na avaliação dos resultados de tratamento; facilitar a troca de informações entre os

centros de tratamento; contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano (BRASIL, 2004a).

### 3.4 Tratamento do câncer de colo uterino

O primeiro modo de tratamento instituído para a cura do CCU foi o cirúrgico, no início do século XIX e apenas em 1920 foi introduzida a radioterapia. Vinte anos após, teve início a utilização das drogas anticancerígenas utilizadas na quimioterapia (BENEDET et al., 2000)

A conduta terapêutica para lesão neoplásica maligna do colo de útero se fundamenta no diagnóstico, estadiamento e prognóstico da doença (CHAMBÔ FILHO; COHEN; CARDOSO, 2001).

Para os casos de carcinoma *in situ* está indicada a conização, procedimento que, neste caso, tanto é diagnóstico quanto terapêutico (ENGEL, 2009).

Nas lesões microinvasoras até 3 mm – estadios Ia1; A frequência de linfonodos comprometidos é cerca de 1%, portanto a linfadenectomia é desnecessária. Se há desejo de engravidar, a recomendação é que seja realizada conização. Quando não houver o desejo de engravidar, recomenda-se a histerectomia tipo I (BENEDET et al., 2000). Este procedimento, também conhecido como histerectomia extrafascial ou simples, consiste apenas na remoção do útero (ENGEL, 2009).

No estágio Ia2, se a paciente mantém o desejo de engravidar, recomenda-se cone largo ou traquelectomia + linfadenectomia pélvica; se não há invasão linfovascular: histerectomia tipo I + linfadenectomia pélvica; com invasão linfovascular: histerectomia tipo II ou III (BENEDET et al., 2000).

A histerectomia tipo II, também denominada Piver II, consiste na remoção de parte dos paramétrios e uterossacros, terço superior da vagina, linfadenectomia paraórtica seletiva. A histerectomia tipo III, Wertheim-Meigs, consiste na remoção de todo o paramétrio e uterossacros, acompanhada da retirada do terço superior da vagina e de linfadenectomia pélvica sistemática (ilíacos externo, internos comuns e

obturadores). Esse tipo de procedimento possibilita a preservação dos ovários nos casos em que a manutenção da função hormonal esteja indicada (ENGEL, 2009).

Os tumores classificados em estágios iniciais (Ib e IIa) podem ser tratados, tanto por cirurgia quanto por radioterapia, apresentando resultados, quanto a sobrevida, semelhantes para ambas. Para as pacientes jovens, há uma predileção pela cirurgia, uma vez que é possível a preservação dos ovários e manutenção da função hormonal. A radioterapia é reservada para as pacientes com doenças associadas que contraindiquem a cirurgia (NOVAES, 2001; ANDRADE et al., 2001).

Em conformidade com os mesmos autores, o tratamento cirúrgico padrão à cirurgia Wertheim-Meigs. O estudo anátomo patológico da peça operatória permite a determinação de fatores prognósticos que definem a necessidade ou não de terapia complementar. Cirurgia e radioterapia são apropriadas para tratamento da doença localizada e regional.

Para as lesões maiores de 4 cm de diâmetro, histologia graus II e III com invasão estromal profunda, infiltração linfo-vascular, linfonodos comprometidos e margens cirúrgicas exíguas, a radioterapia pós-operatória é o tratamento indicado. Neste caso, recomenda-se ainda a irradiação pélvica com mega voltagem, seguida de braquiterapia do fundo de saco vaginal (NOVAES, 2001).

A radioterapia utiliza radiação ionizante, ou seja, radiações que têm energia suficiente para ionizar moléculas pela liberação de elétrons da estrutura atômica, como os raios X, partículas alfa e beta. Atua no ácido desoxirribonucléico (DNA) das células, impedindo-as de se multiplicar (morte reprodutiva) e/ou induzindo sua morte direta por apoptose. As células normais também sofrem danos em seu DNA, contudo possuem possibilidade de reparo com maior eficiência que a célula maligna. Dessa forma, são obtidos resultados positivos, por meio da eliminação total ou parcial dos tumores tratados com radiação (NOVAES, 2001).

A aplicação da radioterapia é realizada basicamente de duas formas: a externa, denominada teleterapia, e a interna, braquiterapia. Na teleterapia, o feixe de radiação ionizante é apontado para a região-alvo do corpo, denominada campo, a

uma distância determinada; na braquiterapia, o elemento radioativo é colocado próximo, em contato ou dentro do órgão a ser tratado (FRIGATO; HOGA, 2003).

A braquiterapia é a etapa mais importante do tratamento cervical, uma vez que permite a liberação de dose tumoricida ao colo e tecidos para cervicais. Existem duas modalidades de tratamento braquiterápico: a de alta taxa de dose *High Dose Rate* (HDR) que é fracionada, utiliza programação via computador, e tempo menor de exposição à radiação, o que possibilita tratamento ambulatorial; a baixa taxa de dose *Low Dose Rate* (LDR), tratamento contínuo, com tempo de exposição maior, o que demanda a internação hospitalar da paciente, expondo a equipe à radiação (FRIGATO; HOGA, 2003).

Para a realização da braquiterapia, podem ser utilizados ovóides ou cilindros. No caso em que a doença vaginal atinge além do terço superior da vagina, é obrigatória a utilização de cilindros. A opção de escolha deve ser sempre o cilindro de maior diâmetro que a vagina possa conter. Na braquiterapia com cilindros, a isodose resultante tem o formato de salsicha. Nos tratamentos de baixa dosagem (LDR), 40 Gy são liberados em 48 horas na mucosa vaginal. Nos tratamentos de alta dosagem (HDR), são realizadas quatro inserções de 6 Gy (calculados na superfície do aplicador) em intervalos semanais. Este último tipo é realizado durante o curso de radioterapia externa (teleterapia). Na ocasião em que se realizará a braquiterapia, não se deverá aplicar a teleterapia (NOVAES, 2001).

No caso da teleterapia ou radioterapia externa, são utilizadas fontes radioativas de origem nuclear, como os aparelhos de Cobalto-60, que possuem uma fonte de Cobalto em seu interior ou aceleradores lineares, cuja produção de radiação ocorre por meio da aceleração de elétrons. Antes do início deste tipo de tratamento, os membros da equipe multiprofissional procedem a um planejamento. É definido o local a ser tratado e a melhor estratégia a ser seguida, incluindo decisões relativas à dose, ao intervalo do tratamento, assim como a data de início e o horário das aplicações. A dose total é fracionada em aplicações diárias, cinco vezes por semana, durante cinco a seis semanas. A dose diária de radiação é subdividida em quatro campos da região pélvica (local do tratamento), sendo um anterior, um posterior e dois laterais (FRIGATO; HOGA, 2003).

Ainda como parte do planejamento, marcas são executadas a tinta na pele da paciente para delimitar o local a ser tratado. A paciente é orientada a manter estas marcas até o final do tratamento, embora possa continuar tomando banho como de hábito, mas com o cuidado de não esfregar a pele da região demarcada (FRIGATO; HOGA, 2003).

Segundo Novaes (2001), descreve-se a seguir, considerações sobre o tratamento do CCU, de acordo com os seguintes estágios:

**Estágio IIb** – a maioria das mulheres nesse estágio é tratada por radioterapia.

**Estágio IIIa e IIIb** – os tumores classificados no estágio III são considerados como enfermidade avançada, portanto não passíveis de cirurgia. São tratados por radioterapia exclusiva com pouco sucesso.

**Estágio IV** – o tratamento empregado habitualmente é a radioterapia exclusiva. A cirurgia, empregada em alguns casos selecionados, consiste na exenteração pélvica. A evolução da técnica neste tipo de cirurgia tem possibilitado a realização de exenterações posteriores, conservando o esfíncter anal e exenterações anteriores com a reconstrução de uma nova bexiga, mantendo preservada a função urinária.

A radioterapia exclusiva deve ser associada à radioterapia externa e a braquiterapia de baixa ou alta taxa de dose. É o esquema tradicional para tratamento dos tumores de colo localmente avançados. É indicado para pacientes que não apresentem condições clínicas para uso dos esquemas de quimiosensibilização ou de quimioterapia neoadjuvante (BENEDET et al., 2000).

Quanto às exenterações pélvicas, estas se caracterizam como um procedimento cirúrgico radical que consiste na remoção dos órgãos pélvicos (útero, ovários, vagina, bexiga, e reto-sigmóide). É descrito como um procedimento, cujo objetivo é realizar uma derivação urinária após remoção da bexiga com recurso a um segmento de íleo fixado à direita do abdômen com a colostomia do lado esquerdo (PINELO et al., 2006).



A quimioterapia tem sido utilizada com frequência como tratamento adjuvante à radioterapia devido aos sucessos alcançados por essa associação. A quimioterapia potencializa os efeitos da radioterapia e torna mais eficiente o processo de combate à célula tumoral. Este tipo de tratamento atinge tanto as células doentes quanto as sadias, afetando principalmente as células de reprodução rápida, como as da medula óssea, da mucosa intestinal e dos folículos pilosos. A ação nociva contra as células sadias acarreta muitos efeitos colaterais (FRIGATO; HOGA, 2003).

Após a realização do tratamento, as recomendações quanto ao seguimento são:

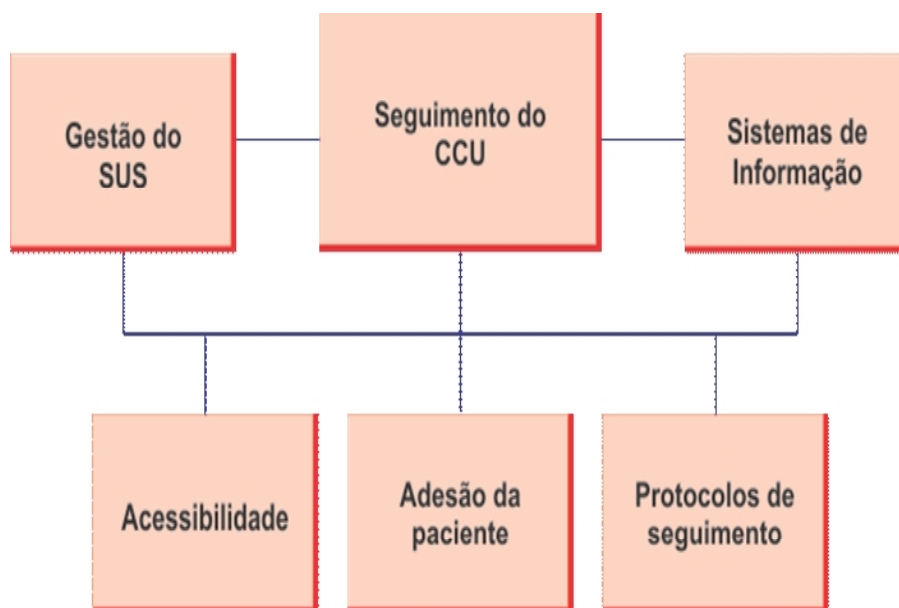
**No primeiro ano:** exame especular + toque vaginal/retal – trimestralmente; colposcopia + citologia oncótica – semestralmente; U.S abdominal total e transvaginal a cada 6 e 12 meses; Raio X tórax anualmente (no caso dos estádios III-IV) e; Hemogram, quando houver suspeita de anemia; **Do segundo ao quinto ano:** consultas semestrais; colposcopia + citologia oncótica a cada seis meses; toque vaginal e retal semestralmente; U.S abdominal total e transvaginal a cada doze meses e; Raio X tórax anualmente (para estádios III-IV); **Após o quinto ano:** as consultas e os exames deverão ser realizados anualmente (NOVAES, 2001).

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), modelo ou estrutura conceitual compreende um conjunto de conceitos que convergem para um tema comum, no caso seguimento de câncer de colo uterino. George (2000) complementa ao afirmar que um modelo conceitual é um arcabouço ou quadro de conceitos e proposições gerais e abstratas, que fornece uma estrutura conceitual de referência ou perspectiva distinta em um domínio de determinada investigação.

Como resultado do rápido avanço tecnológico e científico das últimas décadas, surgiu nas décadas de 1950 e 1960, as primeiras teóricas de enfermagem, apresentadas por profissionais que se preocupavam em compreender e descrever suas funções, seus papéis no sistema de saúde, tornando, assim, entendida a atuação do enfermeiro nos campos assistenciais, da gestão ou da pesquisa. Esses profissionais buscavam por identificar um campo conceitual próprio para suas práticas. Atualmente, a aplicação de uma teoria ou de um modelo conceitual na prática da enfermagem representa um interesse crescente, pois apóia os enfermeiros na definição de seus papéis, no melhor conhecimento e na avaliação da realidade e conseqüente qualidade do desempenho profissional (BARNUM, 1998).

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de se utilizar um modelo conceitual para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa, sobre o qual se elaborou o modelo denominado “Estrutura conceitual para avaliar o seguimento de mulheres com câncer de colo uterino”. A Figura 1 ilustra a referida estrutura, composta pelos conceitos de gestão do SUS, Sistema de Informação, acessibilidade, protocolo de atendimento e adesão da paciente, descrita na seqüência. Portanto, o mesmo foi aplicado como referencial na análise e discussão dos resultados. Sua construção foi realizada com base no conhecimento das autoras.



**Figura 1** – Estrutura conceitual para avaliar o seguimento de mulheres com câncer de colo uterino

#### 4.1 Gestão do SUS

O presente conceito apresenta a rede de serviços voltada ao CCU, nos três níveis de atenção em saúde, o que favorecerá a perspectiva e a discussão a respeito do seguimento de mulheres com diagnóstico já estabelecido para essa patologia, inserida na alta complexidade, embora necessite de uma interrelação funcional com os demais níveis de atenção.

Para o controle do CCU, a gestão do SUS compreende aspectos exequíveis nos três níveis de atenção definidos em uma rede integrada: atenção básica, atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade), interrelacionadas de modo complementar.

A atenção básica representa a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, na qual se realiza a coleta do exame citológico (citologia de rastreamento e controle citológico). Caracteriza-se como espaço de desenvolvimento de um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais,

sanitárias, democráticas, participativas, equipe multiprofissional e ação interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente na comunidade adscrita, pela qual a equipe tem corresponsabilidade sanitária. Nível de atenção que atende cerca de 80% das necessidades de saúde de uma população a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos) (BRASIL, 2005b).

Na atenção secundária (média complexidade), são oferecidos os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico, tais como colposcopia, exame cito e histopatológico, além de procedimentos para tratamento das lesões precursoras do CCU. As ações estratégicas estarão voltadas para o aumento da oferta dos procedimentos de diagnóstico e tratamento com melhoria da qualidade, considerando a importância de mecanismos que estimulem a prática de procedimentos tecnicamente realizáveis em ambiente ambulatorial que, por razões ligadas, em geral, ao nível de remuneração, são direcionados para os hospitais e as unidades de alta complexidade. As unidades de atendimento secundário são responsáveis pelo tratamento e acompanhamento das condutas preconizadas para o controle das alterações pré-malignas e malignas no exame citopatológico. Atualmente, grande parte das atividades correspondentes à média complexidade é realizada pelos CACON. Como estas atividades precisam ser expandidas para viabilizar o rastreamento do câncer, isto significaria ampliar e descentralizar os pólos secundários, à custa da expansão da atividade diagnóstica ambulatorial (BRASIL, 2005c).

Na atenção terciária (alta complexidade), realizam-se os principais procedimentos de tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica), com base nas Portarias MS/GM 2439 de 08/12/2005 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e a Portaria MS/SAS 741, de 19/12/2005 que definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Portanto, a atenção terciária constituirá o principal cenário de investigação deste estudo, ressaltando-se ser um nível de atenção às mulheres portadoras de

CCU garantido em portaria ministerial e definido em política nacional de atenção oncológica, devendo, pois, se refletir na prática dos serviços.

## 4.2 Sistemas de Informação

O seguimento do CCU possui importantes mecanismos de informação: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS), Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e Sistema de Mortalidade (SIM). O SIA/SUS e o SIH/SUS constituem-se em um dos maiores Bancos de Dados do mundo na área de assistência à saúde. Esses sistemas vêm sendo continuamente aprimorados ao longo dos anos, transformando-se em uma importante ferramenta na formulação das políticas assistenciais no SUS (BRASIL, 2005a).

O SISCOLO, sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, como parte da PNCCU, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria com o INCA, forma um banco de dados estadual. A partir do ano 2000, os resultados dos exames realizados pelos laboratórios credenciados passaram a ser informados no referido sistema (MAEDA et al., 2004). O SISCOLO reúne dados de identificação da mulher, informações demográficas e epidemiológicas, além de armazenar os laudos citopatológicos e histopatológicos, permitindo identificar mulheres com exames positivos para lesões precursoras e para lesões cancerígenas, bem como seu seguimento até o efetivo tratamento ou óbito (BRASIL, 2006b).

O SISCOLO dispõe ainda do módulo seguimento, cujo fluxo para alimentação deste, através da ficha de busca ativa, normalmente ocorre da seguinte forma: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretarias Executivas Regionais (SER), Unidades Básicas de Saúde (UBASF), seguindo o mesmo trajeto de volta (desta vez com a ficha de busca ativa teoricamente preenchida) para que as informações sejam digitadas (BRASIL, 2006b).

O SIA/SUS conta com a Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) como instrumento para captar dados que alimentem o referido sistema. A

APAC é ao mesmo tempo instrumento de coleta de dados, cobrança de procedimento, de autorização e de informações epidemiológicas importantes. Subdivide-se em: APAC I (formulário): documento emitido pelo órgão autorizador (gestor estadual ou municipal), após análise do laudo, emitido em duas vias: a primeira deverá ser arquivada no órgão emissor para controle e a segunda arquivada no prontuário do paciente após a realização do ato e cobrança do procedimento. APAC II (meio magnético): sistema informatizado de uso obrigatório pela unidade que prestou o atendimento, para identificação do paciente, registro das informações relativas ao atendimento e instrumento de cobrança (BRASIL, 2005a).

As APAC também se constituem em poderoso instrumento para a qualificação das informações epidemiológicas nas áreas de Cirurgia Ambulatorial Especializada, Patologia Clínica, Campanha Nacional de Redução da Cegueira Diabética, Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Medicação e Acompanhamento de Pacientes, entre outras. Para um acompanhamento mais específico na área da Oncologia, foi criado no SIA/SUS um instrumento denominado Autorização para Procedimento de Alta Complexidade em Oncologia (APAC-Onco). Esse sistema permite a identificação do paciente e viabiliza melhor controle dos procedimentos realizados, assim como o acompanhamento permanente dos pacientes atendidos pelo SUS.

O SIH-SUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, por meio da captação de dados das Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH). Sendo o sistema que processa as AIH, dispõem de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e Estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional (BRASIL, 2005a).

Constitui-se limitação do SIH o fato de que estas captam somente as internações da rede pública ou conveniada.

Por meio do RHC, é possível a aferição da qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente portador de neoplasia maligna. Esse registro tem sido descrito como um espelho que reflete o desempenho do corpo clínico em relação à assistência prestada aos pacientes, pela avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e análise de sobrevivência dos pacientes, por tipo específico de câncer (BRASIL, 2007a). Informa-se que o RHC não foi utilizado para fins deste estudo.

O SIM é um instrumento complementar para averiguação dos casos em que o óbito é o desfecho. O instrumento para a captação dos dados que alimentem o referido sistema é a Declaração de Óbito (DO). Constitui-se em limitação do SIM: a qualidade do preenchimento das DO e subregistro dos óbitos.

### **4.3 Acessibilidade, integralidade e longitudinalidade**

Teoricamente, a atenção à saúde no Brasil é de acesso universal, isto é, todo cidadão tem direito ao atendimento gratuito e de forma integral. A acessibilidade aos serviços de saúde é de vital importância à garantia da universalidade da atenção, interrelacionando características do sistema de prestação de serviços, da população, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades dos usuários, sendo determinada pelas políticas de saúde aplicadas.

Portanto, o acesso a um atendimento integral a mulheres com CCU está assegurado pelo SUS, através da Lei n.º 11.664/2008. Atendimento integral significa proporcionar todos os cuidados de que necessitam para a cura ou o controle da doença, incluindo medidas de suporte para tratamento e cuidados paliativos, que visam a oferecer melhores condições de vida àquelas que não puderem ser curadas; e reabilitação para a reintegração social daquelas que apresentam sequelas da doença ou do tratamento (BRASIL, 2005a).

A integralidade do acesso é fundamental para o tratamento do CCU, visto que este para ser resolutivo exige variadas modalidades de tratamento, sucessivas e complementares, que devem compor protocolos, conforme já discutido no item anterior. Assim, por exemplo, para que a cirurgia planejada para determinado tipo de

câncer tenha êxito em cura, pode ser necessário que seja precedida de tratamento com medicamentos quimioterápicos e sucedida com radioterapia, além de outros medicamentos antitumorais, isto tudo em períodos rigorosamente programados (BRASIL, 2005a).

A longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional, deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. O princípio da longitudinalidade está fortemente relacionado à comunicação eficaz que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

No caso das mulheres em tratamento para CCU, a longitudinalidade facilita a observância do estado geral da mulher durante as etapas do tratamento, possibilitando intervenções (a nível familiar e/ou individual) que sejam necessárias, como cuidados paliativos e encorajamento, para que a mesma conclua com sucesso o processo ao qual está sendo submetida.

#### **4.4 Adesão**

O conceito de adesão está relacionado ao grau de coincidência ou concordância entre o comportamento da usuária e as recomendações que lhe foram dadas pela equipe de saúde (BRASIL, 2002b). Ao avaliar por este ângulo, percebe-se uma compreensão limitada do conceito, uma vez que adesão ultrapassa a simples obediência das pacientes aos profissionais.

Uma definição mais ampla assinala que adesão é complexa, dinâmica e multifatorial, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o usuário, a equipe e a rede social; deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, em que são reconhecidas



as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2007b, p.11).

Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV/aids (BRASIL, 2007b, p.12) podem ser aplicados à mulheres com CCU que necessita de tratamento. Essas diretrizes são: universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; integralidade do cuidado; equidade e superação de vulnerabilidades específicas; valorização da autonomia e da garantia de participação das mulheres na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento; trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde e, finalmente, articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão é importante indicador da efetividade do sistema de saúde, em que a maneira como acontece o relacionamento entre paciente e equipe de saúde é um dos fatores determinantes da adesão (WHO, 2001).

Fatores sociais, econômicos e culturais e relacionados à qualidade do serviço estão estreitamente relacionados com a adesão. Acolhimento inapropriado à usuária que busca pelo serviço de saúde, relação pouco satisfatória com os membros da equipe, baixa resolubilidade da rede de serviços, bem como a desarticulação do processo de hierarquização destes, são fatores que repercutem sobremaneira na insuficiente adesão das usuárias ao processo às quais estão submetidas (BRASIL, 2002c).

Promover adesão ao tratamento transcende à questão de medicamentos, devendo ser compreendida de forma mais ampla, incluindo, entre outros aspectos, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e às necessidades individuais, e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde do indivíduo que neste estudo é a mulher com CCU (BRASIL, 2007b).

#### 4.5 Protocolos ou diretrizes de acompanhamento

Os protocolos ou diretrizes de acompanhamento consistem em combinação padronizada de ações, condutas e terapêuticas que favorecem à redução de intervenções inadequadas e desnecessárias com relação a determinado agravo, proporcionada pela uniformidade de informações técnicas para a tomada de decisão.

A gestão baseada em protocolos ou padrões tem como benefícios o fortalecimento dos profissionais e supervisores (confiança, equilíbrio); é uma ferramenta aplicável em treinamentos e atividades de educação continuada; pode ser utilizada como instrumento para a autoavaliação e a autoaprendizagem; funciona como um guia para a avaliação; é um referencial para a mobilização de recursos; e fortalece o papel regulador dos diferentes níveis de governo.

A utilização dos protocolos assistenciais é de grande valor, pois orientam os profissionais de modo a manter um sistema de assistência à saúde ágil e eficaz, uma vez que médicos e enfermeiros do PSF nem sempre são especialistas e possuem domínio na interpretação dos resultados dos exames, como os de citologia oncológica, dificultando a agilidade no processo de controle do CCU e de seus precursores (AMARAL, 2010).

A padronização é um dos melhores métodos para melhorar a qualidade da assistência, bem como reduzir custos e uso de intervenções diagnósticas e terapêuticas variadas, o que aumentam as chances de equívocos. Um simples *check-list* padronizado pode salvar vidas, como visto em estudo publicado na *New England Journal of Medicine*, em que o uso de um *check-list* em cirurgias, baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde, diminuiu a morbidade e a mortalidade pós-operatória do grupo que recebeu a intervenção (HAYNES et al., 2009).

Em dados publicados nos EUA, a maior parte dos médicos acreditava que os hospitais deveriam redesenhar seus sistemas e processos para evitar erros médicos, e que essa mudança reduziria agravos decorrentes de intervenções realizadas por profissionais de saúde. Quanto ao uso das melhores práticas

terapêuticas recomendadas, apenas 55% dos pacientes adultos a recebem, enquanto que pacientes pediátricos recebem apenas 47%. É difícil elucidar acerca dessa ocorrência, já que os médicos reconhecem a necessidade de sistemas mais seguros. Muitas devem ser as causas envolvidas: pouca atualização, sensação de estar ferindo sua autonomia ao seguir um protocolo, ou mesmo a não adoção de práticas ainda pouco estudadas e pouco fundamentadas (ZAMBON, 2009).

Alguns protocolos brasileiros apresentam condutas frente ao CCU, em que se sugere um protocolo com fluxogramas para a tomada de decisão, estratégia utilizada em outras áreas e em outros níveis de atuação com impacto positivo no desempenho profissional. Assim, neste estudo será tomado “*A Staging Classifications and Clinical Practice - Guidelines for Gynaecological Cancers*” da FIGO (2000) para subsidiar as discussões, já que considera-se este o mais atual (BENEDET et al., 2000).

O Ministério da Saúde do Brasil publica manuais técnicos direcionados para diferentes categorias profissionais e diferentes níveis de atuação, para facilitar a atuação na área de CCU, destacando-se os títulos mais atuais e mais relevantes para o objeto desse estudo: Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do útero e da mama (2006); Nomenclatura Brasileira para Laudos cervicais e condutas preconizadas (2006); TNM-Classificação para tumores malignos (2004), programa de qualidade da radioterapia (2002); e Ações de enfermagem para o controle do câncer (2002), dentre outros.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo e natureza do estudo

Pesquisa do tipo documental, avaliativa e de campo, com caráter exploratório-descritivo. A pesquisa avaliativa possibilita que se constate o modo de funcionamento de uma determinada prática, política ou programa, oferecendo aos gestores uma análise crítica sobre como os serviços de saúde estão sendo ofertados à população (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para Médici (1991), a gerência subsidiada na informação é mais que uma necessidade, é uma filosofia mundial de trabalho. O sucesso na organização da assistência dependerá cada vez mais da descentralização e disponibilidade das informações, propiciando aos trabalhadores e gestores a melhoria de seu processo de trabalho e à sociedade a possibilidade de entendimento e controle por meio de suas organizações.

No Brasil, a produção de conhecimentos com foco na avaliação de serviços ainda é pouco expressiva, com pequeno número de publicações sobre o tema em periódicos brasileiros (NOVAES, 2004). Porém, avaliar a atenção à saúde que está sendo ofertada às populações é de extrema relevância para o contexto ético, pois, segundo Santos e Victora (2004), não é ético oferecer serviços de saúde cuja qualidade está aquém do necessário para a obtenção de resultados desejáveis.

Os estudos avaliativos, como toda pesquisa, caracterizam-se por gerar conhecimento em base à exposição de hipótese causal e a sua comprovação por método científico. Por outro lado, como qualquer avaliação, também envolve julgamento de valor, cuja intenção consiste em subsidiar instâncias decisórias. Nesse sentido, Contandriopoulos (1997) acrescenta que os resultados de uma avaliação terão maior possibilidade de influenciar processos decisórios quanto maior sua credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.

Para esse autor, a pertinência refere-se à capacidade de fornecer respostas aos problemas com que se confrontam as instâncias decisórias. Em se tratando de estudo avaliativo, no contexto de estruturação da APS, para atender a

tal característica, uma alternativa seria direcionar o processo avaliativo para aspectos reconhecidamente relevantes para a melhoria da qualidade dos serviços.

## **5.2 Universo do estudo**

O estudo foi realizado no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, nordeste brasileiro.

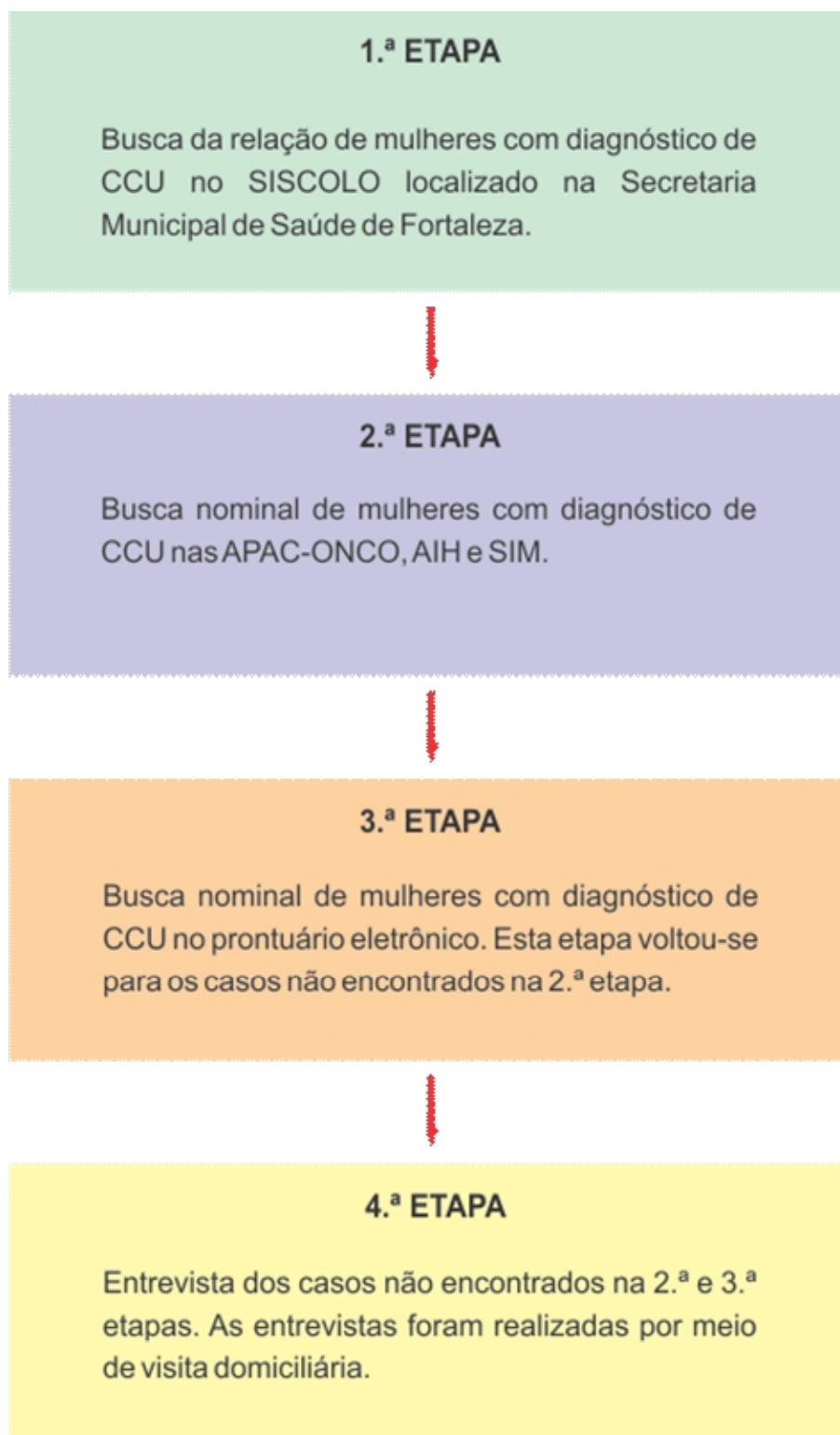
O município de Fortaleza, segundo as estimativas das populações residentes em 1º de julho de 2008, apresenta uma população aproximada de 2.473.614 habitantes, ocupando o 5º lugar dentre os municípios mais populosos do Brasil. Localizado no litoral norte do Estado, possui uma área territorial de 313,8 Km<sup>2</sup>. Limita-se ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz. Ao sul com os municípios de Maracanaú e Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (ANEXO B) (FORTALEZA, 2007).

O sistema disponível para tratamento de câncer em Fortaleza consta das seguintes Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon): CACON I: Hospital Universitário Walter Cantídio e Hospital Cura D'ars; CACON I com radioterapia: Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza; Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), Serviço isolado de radioterapia (Clínica de Radiumterapia); Serviço isolado de quimioterapia; e CACON Instituto do Câncer do Ceará .

## **5.3 População e amostra**

A população correspondeu às mulheres com diagnóstico citológico de CCU, residentes em Fortaleza-CE, registradas no SISCOLO em 2008. Foi utilizado o banco de dados do referido ano, uma vez que, acreditou-se, que estas mulheres já realizaram ou estivessem no sistema realizando algum tipo de tratamento. Estimativa realizada pelo INCA para 2008 determinou a ocorrência de 780 casos novos de CCU no Ceará, 250 casos em Fortaleza e 530 no interior do Estado (BRASIL, 2008a). Portanto, 250 foi o número estimado de casos explorados na etapa inicial da pesquisa (ver descrições de etapas a seguir).

## 5.4 Coleta de dados



**Figura 2** - Descrição das etapas da coleta de dados do estudo

**Primeira etapa:**

Realizou-se busca pela relação de mulheres com diagnóstico de CCU, residentes em Fortaleza-CE, registradas no ano de 2008, no SISCOLO, da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, disponibilizado na Área Técnica da Saúde da Mulher.

**Segunda etapa:**

Foi realizada busca nominal por mulheres com diagnóstico de CCU nas APAC-Onco, AIH e SIM. A análise das APAC-ONCO permitiu a identificação das mulheres que realizaram radioterapia e/ou quimioterapia. A análise das AIH permitiu a identificação dos procedimentos cirúrgicos e a análise das declarações de óbito no SIM do município de Fortaleza permitiu a identificação dos casos que foram ao óbito.

Foram acessadas as APAC e as AIH de janeiro de 2008 a junho de 2010, disponibilizadas pela Coordenadoria de Regulação Auditoria e Controle (CORAC), da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Já o SIM foi acessado de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, cuja disponibilidade foi *on-line*.

**Terceira etapa:**

Foi procedida à busca nominal de mulheres com diagnóstico de CCU no prontuário eletrônico das pacientes, disponibilizados em rede, nos centros de saúde da família. Esta etapa voltou-se para os casos não encontradas na 2ª. Etapa.

**Quarta etapa:**

Nesta etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE B) com os casos não encontrados na 2ª e 3ª etapas. As entrevistas foram realizadas por meio de visita domiciliar, de setembro a dezembro de 2010, agendada previamente por meio de ligação telefônica. Os números de telefones das pacientes foram acessados nos prontuários eletrônicos e nos casos em que o número de telefone não constava no prontuário eletrônico, este foi pesquisado na lista telefônica *on-line* (sistema PROCOB). As chaves para

pesquisa permitidas neste sistema foram: nome (completo ou parcial); endereço (completo ou parcial); DDD+ telefone. Para a realização da busca, é necessário que o usuário (a) realize créditos em valores que poderão variar entre R\$ 20,00 e R\$ 1000,00 a ser cobrado em cartão de crédito. O valor cobrado para cada número encontrado é de R\$ 0,10 (PROCOB, 2010). Ressalta-se que nem todos os números telefônicos estão disponíveis neste sistema.

### **5.5 Organização dos dados para análise**

Os resultados da primeira etapa foram apresentados em tabela constituída pelas variáveis idade e formas de CCU, constando de dados estatísticos descritivos .

Os resultados da segunda etapa foram apresentados em gráfico que reuniu os dados de seguimento das pacientes com diagnóstico de CCU encontrados nas APAC-Onco, AIH e SIM, constando de dados estatísticos descritivos.

Os resultados da terceira etapa, referentes aos dados de seguimento das pacientes com CCU encontrados nos prontuários eletrônicos foram apresentados no mesmo gráfico que reuniu os resultados da segunda etapa para agrupar a totalidade dos dados de seguimento.

Os resultados da quarta etapa, referentes às entrevistas, foram apresentados em tabelas que reuniram as características sociodemográficas das pacientes, aspectos relacionados a entrega/recebimento do exame de Papanicolaou, aspectos de encaminhamento para os níveis de atenção secundário e terciário de atenção e realização de tratamento/procedimento após o diagnóstico de CCU. Os referidos resultados receberam tratamento estatístico descritivo.

### **5.6 Aspectos éticos**

Foram respeitados os aspectos éticos da Pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Portaria 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que destaca, fundamentalmente, a proteção ao bem-estar dos indivíduos pesquisados, bem como o respeito aos valores culturais, morais, religiosos e éticos (BRASIL, 2003). A pesquisa foi



submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará e aprovada sob protocolo nº 54/10 (ANEXO A).

Às mulheres entrevistadas foram apresentados os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Às mesmas foram garantidos a confidencialidade e o sigilo com relação às informações fornecidas. O consentimento esclarecido constitui-se em um processo em que pesquisadores garantem aos sujeitos pesquisados as informações adequadas sobre a pesquisa, os riscos potenciais, os desconfortos e incômodos, assim como os benefícios de participarem do estudo, informando-os sobre o direito de participar ou não da pesquisa (BRASIL, 2003).

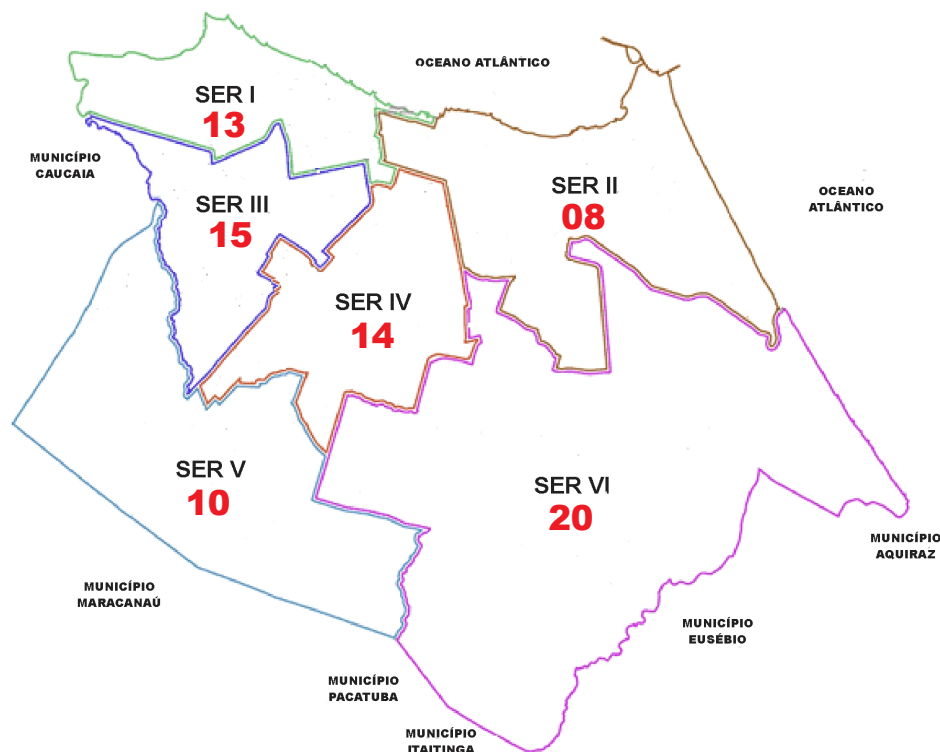
## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados segundo as etapas de trabalho descritas na metodologia do estudo.

Na primeira etapa, como resultado do levantamento realizado no banco de dados do SISCOLO para identificação das mulheres, residentes em Fortaleza, que obtiveram diagnóstico de CCU no ano de 2008, foi evidenciado um “N” de 80 mulheres. Este resultado demonstrou divergência entre o número de casos estimados para o mesmo ano, pelo INCA, que foi de 250 casos. No entanto, esta situação se justifica pelo fato de que as informações alimentadas no SISCOLO se limitam àquelas oriundas dos laboratórios credenciados ao SUS. Desta forma, permanecem desconhecidos os diagnósticos de CCU identificados pelos laboratórios da rede privada, o que restringe o número de casos encontrados em face ao número de casos estimados. Outra justificativa para essa divergência é que o diagnóstico de carcinoma epidermóide *in situ* está classificado no SISCOLO como NIC III, segundo a classificação de Bethesda, não sendo possível conhecer o número de casos específicos de carcinoma epidermóide *in situ*. O carcinoma epidermóide *in situ* do colo uterino é considerado uma neoplasia em transição, uma mudança morfológica, entre uma displasia e um câncer invasivo. No caso da Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), há uma classificação em três graus, cujo terceiro grau (NICIII) inclui tanto a displasia grave quanto o carcinoma *in situ* (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, para efeito deste estudo, foram considerados CCU: o carcinoma epidermóide invasivo, adenocarcinoma *in situ* e adenocarcinoma invasivo.

Os 80 casos de CCU estão distribuídos no Sistema de Saúde de Fortaleza pelas Secretarias Executivas Regionais (SER), conforme a figura apresentada a seguir.



**Figura 3** - Distribuição do número de casos de CCU segundo as SER que compõem o Município de Fortaleza, CE, 2008

No mapa encontram-se distribuídos os números de casos de CCU, segundo a divisão administrativa do município. Fortaleza apresentou 116 bairros divididos em seis SER.

É na regional VI que se localizou o maior percentual dos casos, totalizando 20 (25%) destes. No entanto, a que se considerar que esta é uma região muito vasta, composta por 31 bairros: Aerolândia, José de Alencar, Alto da balança, Ancuri, Barroso, Cajazeiras, Cambeba, Castelão, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Conjunto Palmeiras, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajeru, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, Lagoa Redonda, Mata Galinha, Messejana, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Pedras, Paupina, Sabiaguaba, São Bento, Sapiranga e Coité.

Diferentemente deste quadro, a SER II apresentou o menor percentual de CCU, oito casos (10%) foram identificados nesta regional. A mesma era composta por 21 bairros: Aldeota, Bairro de Lourdes, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000,

Cocó, Dionísio Torres, Dunas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Joaquim Távora, Meireles, Mucuripe, Papicú, Patriolino Ribeiro, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, e Vicente Pinzón.

Alguns fatores devem ser considerados na análise do número de CCU dessa região, dentre estes a assertiva que a SER II era uma área constituída de bairros com população de nível aquisitivo privilegiado, o que reduziu alguns fatores de risco para CCU como a questão da baixa condição socioeconômica e nível de escolaridade, pois melhor nível socioeconômico supõe menor utilização do SUS, o que resultaria em menos registros de CCU no SISCOLO, uma vez que este não capta dados da rede privada.

A SER I com 13 casos (16,2%) era composta pelos bairros: Álvaro Weyne, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo Moura Brasil e Pirambu.

A SER III, com 15 casos (18,8%) era composta por 16 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Quintino Cunha e Rodolfo Teófilo.

A SER IV, 14 casos (17,5%), era composta por 19 bairros: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery.

A SER V, com 10 (12,5%) casos de CCU, era composta por 16 bairros: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança e Presidente Vargas.

**Tabela 1** - Distribuição do número de mulheres com diagnóstico de CCU, segundo idade e formas de câncer. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis	Nº.	%
<b>Idade (anos)</b>		
21-24	2	2,6
25-59	49	61,2
60-98	29	36,2
<b>Formas de CCU</b>		
Carcinoma epidermóide invasivo	65	81,2
Adenocarcinoma invasivo	9	11,2
Adenocarcinoma <i>in situ</i>	6	7,6

Fonte: SISCOLO do Município de Fortaleza-CE.

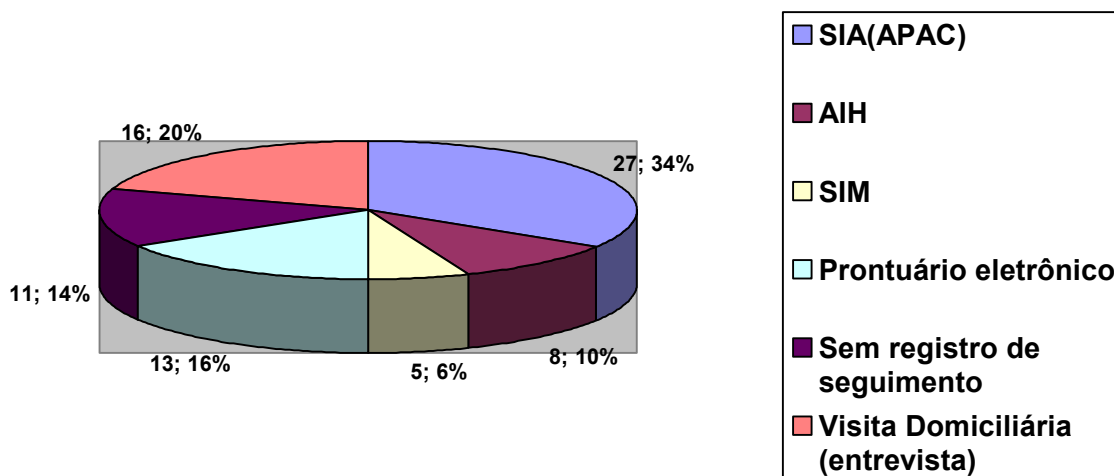
Em relação à idade das mulheres do estudo, verificou-se que 49 (61,2%) estavam inseridas entre as idades de 25 a 59 anos. Esta é a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil como prioritária para a realização das ações de rastreamento do CCU por corresponder àquela de maior acometimento, aspecto verificado neste estudo. Esta é uma norma vigente no País desde 1988, que segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade por essa neoplasia, propondo a realização do exame citológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres de 25-59 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual (BRASIL, 2006a).

É de se destacar que parcela significativa das mulheres do estudo, ou seja, 29 (36,2%) apresentaram idade acima de 60 anos, o que pode estar associado ao aumento da expectativa de vida no País na última década. Porém, resultado divergente foi encontrado por Uchimura et al. (2009), em um estudo que avaliou a colpocitologia em 1591 mulheres com idade igual ou acima de 60 anos, em Maringá, no qual nenhum diagnóstico de CCU foi identificado na referida população.

Para Ayuob (2000), a maior incidência de CCU ocorre entre 40 e 50 anos, sendo pouco frequente em mulheres na faixa etária abaixo de 25 anos, fato também verificado neste estudo, uma vez que dois (2,6%) casos foi diagnosticado na população estudada, sendo uma de 21 e outra de 24 anos. Ressalta-se que autores como Coppel, Paul e Cox (2000) sugeriram a ampliação da faixa etária para

rastreamento em mulheres jovens em função do aumento da incidência de lesões de alto grau na faixa etária de 20 a 34 anos. No entanto, uma avaliação de caso-controle com 4.012 mulheres britânicas com câncer do colo do útero demonstrou que não há evidências de que o rastreamento entre mulheres de 22 a 24 anos cause algum impacto na redução deste câncer em mulheres de 25 a 29 anos (SASIENI; CASTANON; CUZICK, 2009).

No tocante aos diagnósticos citológicos identificados no SISCOLO, uma maior frequência, ou seja, 65 (81,2%) recaiu sobre o carcinoma epidermóide invasivo, enquanto que 9 (11,2%) corresponderam aos casos de adenocarcinoma invasivo e 6 (7,6%) ao adenocarcinoma *in situ*. Tais resultados demonstraram o predomínio do diagnóstico tardio do CCU, achado já descrito na literatura por outros autores. Dentre as neoplasias invasoras primárias do colo do útero, o carcinoma epidermóide foi reconhecido como o mais predominante (cerca de 80 a 85%), estando o adenocarcinoma como o segundo tipo histológico mais comum, representando cerca de 10 a 15% dos tumores do colo uterino (CAMBRUZZI; ZETTLER; PEREIRA, 2005; DE PALO; CHANEN; DEXUS, 2002).



**Gráfico 1** - Distribuição do número de mulheres com diagnóstico de CCU, segundo fontes de dados de seguimento. Fortaleza, CE, 2008-2010

Conforme o Gráfico 1, das 80 mulheres com diagnóstico de CCU identificadas no SISCOLO de Fortaleza-CE, 40 (50,0%) apresentaram dados de

seguimento em algum dos sistemas de informação: SIA (APAC-Onco), AIH ou SIM. Outros 13 (16,2%) casos apresentaram os dados de seguimento no prontuário eletrônico, porém 16 (20%) não apresentaram dados de seguimento em nenhuma das fontes, tendo sido identificados pela visita domiciliar por meio de entrevista realizada pela pesquisadora. Onze (13,7%) mulheres corresponderam àquelas sem registro de seguimento e sem informações suficientes para o acesso da pesquisadora à realização da entrevista.

Dos casos identificados no Prontuário Eletrônico, ressalta-se que a atenção básica do sistema municipal de saúde de Fortaleza foi informatizada em 2002, abrangendo 82 unidades de saúde. Cadastramento, agendamento, encaminhamentos, prescrições, dispensação de medicamentos, solicitação de exames, visualização de exames, relatórios gerenciais e o registro das consultas (anamnese e exame físico) foram registradas através da informática (JURACI [...], 2002; CARTÃO [...], 2004). Uma limitação do sistema informatizado da AB é que esta não foi integrada aos níveis secundário e terciário, aspecto que otimizaria o acesso completo às informações sobre a realização de procedimentos de alto custo, por exemplo, quimioterapia e radioterapia, facilitando ao profissional seguir adequadamente as mulheres em tratamento de CCU .

As informações que permeiam o diagnóstico e o seguimento do CCU na APS é complexa, uma vez que deve reunir informações dos diferentes níveis de atenção em tempo hábil para garantir a dinamicidade das práticas e intervenções. Portanto, pôde-se visualizar que a existência de um prontuário eletrônico funcional que reunissem informações dos três níveis de assistência representaria uma ferramenta fundamental a adequação do seguimento dessas pacientes, apoiando às decisões clínicas e gerenciais específicas dessa área do cuidado.

Salienta-se que a limitação gerada pela falta de cruzamento das informações oriundas dos três níveis de atenção à saúde poderia ser superada em parte, se houvesse compromisso dos profissionais que atendessem às mulheres com CCU, em registrar (com qualidade) todas as informações pertinentes à mesma. Fato nem sempre observado durante este estudo.

Para Santos, Moreno e Pereira (2009), a problemática da ausência dos registros de ações realizadas ou registro incompleto das mesmas, por alguns profissionais de saúde é muito comum. Para estes autores, é provável que a causa seja deficiência na formação e/ou atualização, associada à ausência de controle e punição em grande parte das instituições públicas. O registro da assistência prestada é direito da paciente, fato que contribui para adequação do processo terapêutico através da coerência entre as etapas da assistência.

Do exposto, enfoca-se o subregistro de seguimento dos casos de CC, gerando uma ruptura do seguimento de mulheres com CCU, que deve começar e manter-se na atenção básica, independente dos demais níveis de atenção que a cliente tenha percorrido e independente da paciente ter evoluído para cura, controle ou mesmo para o óbito, pois é a atenção básica responsável pela cliente mesmo estando esta sendo assistida em níveis mais complexos do sistema de saúde.

Nesse contexto, percebeu-se a oportunidade de atuação da enfermagem na perspectiva da integralidade de suas ações. Uma integralidade que a transponha a dimensão de uma das diretrizes básicas do SUS e incorpore uma atuação mais acolhedora, de maior vínculo com a usuária, sensível às dimensões do processo saúde/doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica, valorizando a totalidade do ser humano.

O banco de dados de APAC-ONCO evidenciou que 27 mulheres realizaram procedimentos como quimioterapia, braquiterapia de alta taxa de dose por inserção, radioterapia com acelerador linear somente de fótons e radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons. Quanto às AIH, sete mulheres realizaram histerectomia com anexectomia ou histerectomia total ampliada (Werthein-Mags). No SIM, foram identificados cinco óbitos, cuja causa básica de quatro foi codificada segundo a CID 10 como C.53.9 (neoplasia maligna do colo do útero, não especificada) e o quinto óbito foi codificado como I.64, na causa básica (acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico). Portanto, este último caso não se mostrou diretamente relacionado ao CCU.

Frisa-se que a lista CID-10 – A, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação



Internacional de Doenças – CID 10, é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa a padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única, a qual corresponde um código CID 10 (DATASUS, 2010).

Ainda em relação aos óbitos, destacou-se uma intersecção entre as DO e APAC-Onco, o que denotou que mesmo tendo ocorrido o óbito, essas mulheres receberam algum tipo de seguimento antes do referido evento.

Outra intersecção pôde ser vista em relação a três mulheres que além dos procedimentos contidos nas APAC-Onco receberam também tratamento cirúrgico (procedimento identificado na AIH).

**Tabela 2** - Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação: APAC-ONCO, SIH e SIM, segundo características sociodemográficas.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade (anos de estudos)</b>		
0	2	12,5
1	3	18,7
2	5	31,2
3	3	18,7
5	3	18,7
<b>Ocupação</b>		
Aposentada	2	12,5
Doméstica	6	37,5
Desempregada	4	25,0
Do lar	4	25,0
<b>Renda familiar mensal em salário mínimo*</b>		
Mais de ½ a 1	4	25,0
Mais de 1 a 3	10	37,5
Mais de 3 a 5	2	12,5

Salário mínimo vigente no período do estudo: R\$ 510,00

A Tabela 2 aponta as características sociodemográficas relacionadas à escolaridade, à ocupação e à renda familiar mensal das mulheres sem informação de seguimento nos sistemas de informações.

A condição socioeconômica das mulheres tem sido apontada como um dos fatores mais importantes a influenciar o comportamento preventivo feminino. Estudos mostram que as mulheres que pertencem às classes de maior renda e com maior escolaridade tem maior probabilidade de realizarem os exames preventivos, reduzindo, portanto, as possibilidades de vir a ter CCU (OLIVEIRA et al., 2006; NOVAIS et al., 2006).

Contudo, outros fatores podem vir a determinar a adesão ou não de mulheres ao exame preventivo do CCU, como a dificuldade financeira, a natureza do exame que envolve a exposição da genitália, o motivo de desconforto emocional para algumas mulheres, em virtude de pudores e tabus, e a falta de conhecimento sobre o câncer ginecológico. Estudo realizado no nordeste do Brasil observou associação do grau de escolaridade com conhecimentos, atitudes e práticas frente ao exame preventivo do CCU, além de analisar a adequação dos comportamentos estudados em função dos estratos socioeconômicos, mostrando uma proporção significativamente maior de mulheres com conhecimentos e atitudes adequados no estrato de classe média (FERNANDES et al., 2009).

Nessa perspectiva, ao considerar a escolaridade mínima de oito anos estudos, preconizada pela Constituição Federal, e os anos de estudo das mulheres entrevistadas, evidenciou-se a relação da escolaridade com o acometimento do CCU, corroborada em outras pesquisas (SOARES et al., 2010; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006). Outros fatores socioeconômicos apresentados (ocupação com baixa rentabilidade e renda familiar mensal de até três salários mínimos) também devem ser considerados como possíveis fatores impeditivos para o acesso dessas mulheres às ações de prevenção do CCU.

O Programa Nacional de Controle do CCU objetiva diminuir a incidência e a mortalidade da doença, por meio da implementação de ações estruturadas para a detecção precoce da doença e de suas lesões precursoras, da garantia do tratamento adequado e do monitoramento da qualidade do atendimento à mulher

(BRASIL, 2001). Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) prevê ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbidade e a mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, como o CCU (BRASIL, 2006a). Entretanto, para a eficiência das ações de prevenção de CCU, oferecidas à população, os serviços e os profissionais de saúde devem atentar-se para a realidade sociodemográfica das mulheres, pois, conforme discutido anteriormente, influenciará na adesão ao exame preventivo em questão.

A razão para a permanência da situação de morbimortalidade por câncer do colo do útero está, provavelmente, na ineficiência dos programas de rastreamento em alcançar as mulheres de risco para a doença, aquelas que nunca realizaram o exame ou realizaram há mais de cinco anos, e de garantir um seguimento e tratamento adequado aos casos detectados. O êxito dos programas de prevenção depende da reorganização da assistência clínico-ginecológica, da capacitação dos profissionais de saúde, da continuidade e qualidade das ações de prevenção e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças culturais entre as mulheres e sejam focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e na utilização dos serviços preventivos (PINHO et al., 2003).

**Tabela 3** – Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação, segundo aspectos do recebimento do resultado da coleta de Papanicolaou. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

<b>Aspectos do recebimento do exame</b>	<b>Nº16</b>	<b>%</b>
<b>Tempo para recebimento do exame</b>		
Menos de 1 mês	02	12,5
1 Mês	11	68,8
Entre 1 e 2 meses	01	6,2
Não lembra	02	12,5
<b>Forma de recebimento do exame</b>		
Na data agendada	11	68,8
Convocada pela unidade	02	12,5
Outro momento	03	18,7

Para atuação efetiva no rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do CCU, faz-se necessário um serviço municipal organizado para a entrega dos resultados do exame de Papanicolaou, bem como a realização de busca ativa das mulheres, a fim de melhorar o seguimento e controle do CCU.

A organização do processo de trabalho para o combate ao CCU deverá ser aprimorada continuamente com vistas à redução de iniquidades neste processo. Neste sentido, Greenwood, Machado e Sampaio (2006) quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo do exame de Papanicolaou, ou seja, a prevenção do câncer do colo uterino, não é alcançada.

A Tabela 3 evidencia que a maioria das mulheres que foram entrevistadas, 11(68,8%), recebeu o resultado da coleta de Papanicolaou no prazo de um mês, na data agendada para este fim. Considera-se este um prazo adequado, visto o fluxo estabelecido para que o resultado da citologia retorne para a cliente: realização da coleta citológica na unidade de saúde, laboratório de citopatologia (preparo e leitura das lâminas, digitação do laudo no SISCOLO), retorno do resultado à unidade de saúde e entrega do resultado à usuária).

Na rede municipal de saúde de Fortaleza, após a realização da coleta citológica, a usuária após atendimento tem seu retorno agendado para cerca de trinta dias úteis. O agendamento prévio para a entrega do resultado da citologia favorece a organização por parte da mulher em relação as suas tarefas do cotidiano, principalmente aquelas que atuam extra domicílio. Nesse sentido, chama-se atenção para a necessidade de elaboração de estratégias para entrega dos resultados daquelas que não puderam ou não quiseram comparecer na data agendada, facilitando o acesso destas ao resultado do exame e às condutas decorrentes das necessidades diagnosticadas.

A Tabela em discussão mostra ainda que duas mulheres (12,5%) receberam seus resultados antes de um mês, correspondendo àquelas que foram convocadas pela unidade para a entrega do resultado antes da data prevista. Fato que motiva a crença na organização e no compromisso dos profissionais deste serviço.

Duas usuárias entrevistadas, duas (12,5%) não recordaram com quanto tempo receberam o resultado do exame, tendo os recebido em outro momento que não o agendado, porém não foram convocadas pela unidade de realização. Ressalta-se que a realização destas duas coletas, não foram em unidades da rede básica de saúde, mas em unidade hospitalar. Este fato demonstra que apesar de a atenção básica de saúde se constituir como a porta de entrada do sistema de saúde, ainda é percebida a busca de usuários por atendimento básico em unidades de níveis de atenção mais especializada, gerando sobrecarga nesses sistemas, contrariando o fluxo de atendimento por níveis de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde e dificultando a busca ativa das mulheres, caso necessário.

A usuária que recebeu o resultado com a data aproximada entre 1 e 2 meses, ou seja, em outro momento que não o agendado, relatou que foi por impossibilidade da mesma.

No que concerne aos aspectos de entrega do resultado de prevenção, Greenwood, Machado e Sampaio (2006) afirmam que, após a realização da coleta citológica, se a mulher foi devidamente orientada quanto à importância do exame, ela não somente retornará para receber o seu resultado como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade. As autoras reforçam que todos os que oferecem atendimento à mulher deverão reavaliar e reorganizar, constantemente, o desempenho de suas ações, principalmente os enfermeiros comprometidos com a promoção da saúde e que acreditam no poder transformador da educação.

**Tabela 4** – Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação, segundo aspectos de encaminhamento para outros níveis da atenção. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

<b>Encaminhamento para outros níveis da atenção</b>	<b>Nº16</b>	<b>%</b>
<b>Recebeu encaminhamento</b>		
Instituto do Cancer do Ceará (ICC)	10	62,5
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	02	12,5
CRIO	01	6,2
HGF	01	6,2
Não foi encaminhada	02	12,5

Das mulheres que foram entrevistadas (por não haverem sido identificadas através de outra fonte de informação), a maior parte, 10 (62,5%), foi encaminhada para o Instituto do Câncer do Ceará (ICC). A referida instituição se localizava na regional III, bairro Rodolfo Teófilo.

Acredita-se que o maior número de encaminhamentos para a instituição supracitada deva-se ao fato de que esta possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

O ICC é um hospital geral, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, vinculado ao SUS, com diferentes níveis de complexidade (I, II e III) que dispõe de recursos humanos e tecnológicos necessários à atenção especializada e integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento. A assistência abrange oito modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, quimioterapia, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Além disso, é um grande centro de pesquisa, oferta grandes contribuições para o controle dos cânceres. Diante do exposto, o ICC é considerado um Centro de referência de Alta Complexidade em Oncologia, exercendo ainda o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS, nas políticas de Atenção Oncológica (BRASIL 2004a).

Quanto às mulheres que não receberam encaminhamento para outros níveis de atenção, estas se constituíram em minoria, duas (12,5%), de grande relevância, a ponto de suscitar questionamentos quanto à atitude e aos conhecimentos adequados dos profissionais para o manejo das ações de combate ao CCU.

Sabe-se que serviços com tecnologia de ponta, descoberta de novas drogas antitumorais são importantes no combate ao CCU, porém o compromisso e a qualificação dos profissionais na perspectiva da educação continuada são aspectos favoráveis ao sucesso da Política Nacional de Atenção Oncológica.

**Tabela 5** – Distribuição do número de mulheres com CCU em 2008, residentes em Fortaleza-CE, sem informação de seguimento nos Sistemas de Informação, segundo realização de tratamento/procedimento. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

<b>Realização de tratamento/procedimento</b>	<b>Nº16</b>	<b>%</b>
Colposcopia + biópsia	09	56,2
Histerectomia	02	12,5
Biópsia + conização	03	18,8
Tratamento Clínico (Uso de cremes vaginais)	02	12,5

Observa-se na Tabela 5 que, das mulheres que não apresentaram informações de seguimento nos sistemas de informação, nove (56,2%) e três (18,8%) realizaram procedimentos ambulatoriais que foram registrados, para posterior cobrança da unidade prestadora de serviço ao SUS, nos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), instrumento que alimenta o Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS.

O BPA não possibilita a identificação dos usuários. No caso dos procedimentos como colposcopia, biópsia, conização e Cirurgias de Alta Frequência (CAF), estes são agrupados, segundo tipo de procedimento, idade da paciente e quantidade de procedimentos realizados por mês de competência (mês de realização do procedimento).

Sinaliza-se para os casos em que as mulheres referiram ter realizado histerectomia, duas (12,5%), que não foram identificadas no Sistema de Internamento Hospitalar, através das AIH, na busca realizada de janeiro de 2008 a junho de 2010. Fato que se justifica por um possível subregistro.

No concernente às mulheres para as quais foram instituídos tratamento clínico através da prescrição de cremes vaginais (informações auto referida), mediante o diagnóstico de CCU, manteve-se a preocupação da pesquisadora quanto ao conhecimento dos profissionais em relação às condutas normatizadas, em protocolos, para o manejo adequado dos casos de diagnóstico de CCU por meio da coleta de Papanicolaou.

A ausência e/ou a precariedade da qualificação profissional podem gerar orientações equivocadas e condutas inadequadas, resultando em sérios prejuízos para a vida das mulheres em questão.

Novamente entra em foco a necessidade da educação continuada, favorecendo a prestação de uma assistência qualificada. O Ministério da Saúde chama atenção para que o profissional que entrega o resultado da coleta citológica seja capacitado, a fim de ofertar informações adequadas, aliviar os temores e possibilitar a autoconfiança da mulher para a continuidade do seguimento das alterações citológicas (BRASIL, 2002b).

Enfoque DAE atribuído a importância da utilização dos protocolos assistenciais, visto que orientam os profissionais de modo a manter um sistema de assistência à saúde ágil e eficaz, uma vez que médicos e enfermeiros do PSF nem sempre são especialistas e possuem domínio na interpretação dos resultados dos exames, como os de citologia oncótica, dificultando a agilidade no processo de controle do CCU e de seus precursores (AMARAL, 2010).

Como citado no referencial teórico, a utilização de protocolos clínicos reduz as injúrias que possam ser causadas às pacientes decorrentes da aplicação de terapêuticas inadequadas além de possibilitar um impacto positivo no desempenho profissional.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar a problemática central que motivou a realização deste trabalho, ou seja, o subregistro do SISCOLO (módulo seguimento) em relação às mulheres com diagnóstico de CCU, residentes em Fortaleza, no ano de 2008, considerou-se que foram alcançados os objetivos propostos para a realização do mesmo a partir das evidências encontradas e descritas a seguir.

Na etapa inicial do estudo, foi verificada, através do banco de dados do SISCOLO, do município de Fortaleza, a ocorrência de 80 casos de CCU referentes ao ano de 2008, em mulheres atendidas na rede pública de saúde municipal. Certamente, esse número atingiria patamares mais elevados se não fosse a limitação do referido sistema em registrar apenas os resultados dos laboratórios conveniados ao SUS.

Em relação à faixa etária das mulheres do estudo, verificou-se que a maioria (61,2%) estava inserida entre 25 e 59 anos. Resultado que corrobora a faixa etária priorizada pelo Ministério da Saúde do Brasil para a realização das ações de rastreamento do CCU por corresponder àquela de maior acometimento por este tipo de neoplasia. Destaque se procede a uma parcela significativa da população, 36,2%, com idade igual ou acima de 60 anos, que apresentaram diagnóstico de CCU, sugerindo uma vigilância maior ao processo de envelhecimento populacional a acontecer com maior intensidade no País.

Acerca dos diagnósticos citológicos identificados no SISCOLO, os resultados encontrados revelaram que a maior frequência (81,2%) foi de carcinoma epidermóide invasivo, enquanto que 18,2% corresponderam aos casos de adenocarcinoma. Os referidos resultados foram semelhantes aos encontrados na literatura, cuja informação disponível foi que o carcinoma epidermóide foi reconhecido como o mais predominante (cerca de 80 a 85%), estando o adenocarcinoma como o segundo tipo histológico mais comum.

A análise nos sistemas de informação SIA/SUS, SIH/SUS e SIM permitiu a identificação de procedimentos que caracterizaram seguimento de mulheres com diagnóstico de CCU, em metade (50%) das mulheres diagnosticadas. As mulheres,

cujos procedimentos foram identificados através das APAC-ONCO, como quimioterapia e radioterapia (braquiterapia), apresentaram maioria. As que obtiveram procedimento cirúrgico identificados no SIH, através das AIH, como histerectomia total e histerectomia com anexectomia, ocuparam o segundo lugar e felizmente a minoria foi identificada no SIM.

A respeito das demais mulheres (referente aos outros 50%) que não obtiveram seguimento identificado nos sistemas de informação acima referido, foi realizada busca de informação através do prontuário eletrônico e de entrevista realizada no domicílio da paciente.

A busca no prontuário eletrônico subsidiou informações de seguimento referentes a 16,2% das mulheres. Enfatiza-se a ausência dos registros de atendimento ao mesmo tempo em que se propõe ampla discussão entre gestores e profissionais de saúde, para que haja sensibilização quanto à importância dos registros e levantamento sobre aspectos, do sistema de registro, que são impeditivos ou dificultadores para as anotações dos atendimentos realizados.

Percentual significativo, 33,7 % não apresentou informações de seguimento em nenhuma das fontes citadas, tendo sido selecionadas para a entrevista no domicílio. No entanto, destas mulheres, 13,7% não ofereciam informações suficientes para o acesso da pesquisadora à realização da entrevista. Fato que destaca as informações erradas e/ou incompletas, ou ainda a ausência de informações quanto ao endereço das mulheres que comparecem para a realização do exame citológico. Problemática discutida na Introdução deste trabalho. Para a minimização deste problema, propõe-se a utilização do livro de registro de seguimentos.

Finalmente, foi possível a obtenção de informação de seguimento, através da visita domiciliária a 16 (20%) das mulheres. Na oportunidade, alguns fatores que favorecem o surgimento do CCU, como condições socioeconômicas inadequadas, também foram averiguados.

Os resultados obtidos revelaram baixa escolaridade (o maior nível de escolaridade, em anos de estudo, foi cinco anos correspondendo a 18,7% das mulheres e, o menor, nenhum ano de estudo, correspondeu a 12,5%), ficando

evidente a relação da escolaridade com o acometimento do CCU, discutida vastamente na literatura pertinente. Quanto à ocupação destas, 37,5% eram domésticas e 25% estavam desempregadas; a renda familiar encontrada da maioria das mulheres (37,5%) esteve em torno de mais de 1- 3 salários.

Dentre as mulheres entrevistadas, foram levantados aspectos quanto ao recebimento do resultado de exame que revelaram aspectos organizacionais positivos dos serviços de saúde em questão. Essa assertiva decorreu do fato de que a maioria das mulheres recebeu o resultado da citologia no prazo de um mês, por meio de data agendada para a entrega deste.

Na identificação de aspectos relacionados ao encaminhamento da paciente com CCU para outros níveis de referência, 87,5% recebeu encaminhamento para algum tipo de instituição de nível de complexidade da atenção mais elevado. No entanto, destaca-se a minoria que não recebeu nenhum encaminhamento, o que suscita questionamentos quanto à atitude e conhecimentos adequados dos profissionais, para o manejo das ações de combate ao CCU.

Quanto ao objetivo de verificação do estado atual de seguimento, das mulheres entrevistadas, apesar da maioria ter realizado procedimentos que caracterizaram seguimento, ainda se torna notória a necessidade da educação permanente para a qualificação profissional, a fim de evitar iniquidades no atendimento à mulher acometida pelo CCU. Outro aspecto evidenciado no contexto do seguimento foi o subregistro no SIH decorrente de duas histerectomias realizadas e não computadas nas AIH.

O alcance dos objetivos, propostos para este estudo, confirma a tese de que as informações de seguimento das mulheres com CCU, no município de Fortaleza-CE, não refletem a real magnitude de seguimento das mulheres que obtiveram diagnóstico de CCU, uma vez que se constatou o acesso destas à realização dos procedimentos necessários para um seguimento adequado.

A avaliação do seguimento de mulheres com CCU, no município de Fortaleza, somente foi possível através da busca em outros sistemas de informação como o Sistema de Mortalidade (SIM), Sistema de Internamento Hospitalar (SIH) e

Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Oncologia (APAC-ONCO) para subsidiar a alimentação do referido sistema.

A avaliação realizada a partir de sistemas de informação, como os referidos acima, poderá ser utilizada periodicamente com o objetivo de aprimorar as informações sobre o seguimento e minimizar as perdas de registros.

Porém, muito mais importante é a adoção de estratégias que fortaleçam o SISCOLO, enquanto sistema de informação oficial para subsidiar as ações de combate ao CCU, facilitando o acesso de todas as informações relativas a esta patologia em um único sistema, evitando desperdiçar tempo para buscas em outros sistemas, com vistas a agilizar o processo decisório.

Logo, sugerem-se outros estudos sobre o SISCOLO com vista à contribuição para o aprimoramento do referido sistema.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, L. M. P. **Avaliação do sistema de rastreamento e controle dos casos sugestivos de papilomavírus humano de mulheres da rede básica de saúde de um município de São Paulo**. 2010. 109f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2010.

ANDRADE, J. M.; YAMAGUCHI, N. H.; OLIVEIRA, A. B.; PERDICARIS, M.; PEREIRA, S. T.; PETITTO, J. V et al. **Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001.

AYOUB, A. C.; FONTES, A. L. C.; SILVA, M. A. A. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BARNUM, B. J. S. **Nursing theory: analysis, application, evaluation**. 5<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott, 1998.

BENEDET, J. L.; BENDER, H.; JONES, H.; NGAN, H. Y.; PECORELLI, S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.70, n.2, p.209-262, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998. 1988. Disponível em: < [http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/rhc\\_p3535.html](http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/rhc_p3535.html)>. Acesso em: 01 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer de colo de útero**. 2002a. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Conhecendo o Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Contribuições para o seguimento de mulheres submetidas ao rastreamento para câncer do colo do útero: texto preliminar para discussão**. 2002b. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher/documentos/rastreamento.pdf](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/rastreamento.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Manual técnico – organizando a assistência**. 2002b. Disponível em: < <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/Prevencaodecolouterino.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996). **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 20, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Relatório anual**. 2004a. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=1724](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1724)>. Acesso em: 10 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. **TNM classificação de tumores malignos**. 2004b. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. 2005a. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea\\_alta\\_complexidade.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007**. Diretrizes estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 132p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas** – recomendações para profissionais de saúde. 2006b. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v03/pdf/normas\\_recomendacoes.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v03/pdf/normas_recomendacoes.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Registro hospitalar de câncer**. 2007a. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=351](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=351)>. Acesso em: 10 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2008a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>. Acesso em: 05 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. 2008b. Disponível em: < <http://www.inca.gov.brasil.br/estimativas2010>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estadiamento**. 2010. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=54](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=54)>. Acesso em: 02 jul. 2009.

CARTÃO Saúde é 100% implantado. **Jornal O POVO**, Fortaleza, 27 ago. 2004.

CAMBRUZZI, E.; ZETTLER, C. G.; PEREIRA, C. A. O. Adenocarcinoma endocervical em Porto Alegre e região metropolitana: morfologia e prevalência. **Rev. AMRIGS**, v. 49, n.1, p.27-33, 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CHAMBÔ FILHO, A.; COHEN, M. C. P. M.; CARDOSO, P. S. Câncer de colo, estádio IB: Alternativas de tratamento. **Femina**, v.29, n.9, p.631-633, 2001.

CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**: um curriculum básico. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPANGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.29-48.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.4, p.491-497, 2008.

COOPEL, K.; PAUL, C., COX, B. An evaluation of the National Cervical Screening Program Otago site. **NZ Med. J.**, v. 113, p. 48-51, 2000.

COSTA, J.; **Como surge o câncer**. 2005. Disponível em <<http://www.jacintocosta.com.br>> . Acesso em: 2 set. 2010.

DATASUS. **Classificação Internacional de Doenças** - CID 10. 2010. Disponível em: <[http://cid10.datasus.gov.br/webhelp/d00\\_d09.htm](http://cid10.datasus.gov.br/webhelp/d00_d09.htm)>. Acesso em: 4 jan. 2011.

DE PALO, G.; CHANEN, W.; DEXUS, S. O colo uterino. In: DE PALO, G.; CHANEN, W.; DEXUS, S. **Patologia e tratamento do trato genital inferior**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. p. 2-213.

ENGEL, C. L. **Neoplasias ginecológicas**. Ginecologia. Local: Med Writers, 2009.

FERNANDES, J. V.; RODRIGUES, S.H. L.; COSTA, Y. G. A. S.; SILVA, L.C.M; BRITO, A. M. L.; AZEVEDO, J. W. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p.851-58, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2004.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde do Ceará. **Relatório de Gestão 2007:** Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/sms\\_relGestao.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/sms_relGestao.asp)>. Acesso em: 01 jul. 2009.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; PASSOS, E. P.; RIVOIRE, W. A. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2005.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 49, n. 4, p.209-214, 2003.

GEORGE, J. B. (Org.). **Teorias de enfermagem:** fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GONTIJO, R. C.; DERCHAIM, S. F. M.; ROTELI-MARTINS, C.; SARIAN, L. O. Z.; BRAGANÇA, J. F.; ZEFERINO, L. C et al. Avaliação de métodos alternativos à citologia no rastreamento de lesões cervicais: detecção de DNA-HPV e inspeção visual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.4, p.269-275, 2005.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. S. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.14, n.4, p.503-509, 2006.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n, 1, p. 103-11, 2006.

HAYNES, A. B.; EISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSTZ, S. R.; BREIZAT, A. H. S.; DELLINGER, P et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **N. Engl. J. Med.**, n. 360, p.491-499, 2009.

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.48, n 4, p.493-498, 2002.

LIU,G.; ROBINS, H.I.; A história natural e a biologia do câncer. In: Raphael, E. et al. **UICC:** manual de oncologia clínica. 8. ed. São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. p.01-18

LONGATTO FILHO, A.; SILVA FILHO, D. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev. Instituto Adolfo Lutz**, v.62, n.1, p.31-34, 2002.

MAEDA, M. Y. S.; LORETO, C. D.; BARRETO, E.; CAVALIERE, M. J.; UTAGAWA, M. L.; SAKAI, Y. I et al. Estudo preliminar do SISCOLO: qualidade na rede da saúde pública de São Paulo. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.40, n.6, p.425-429, 2004.

MÉDICI, A. C. Descentralização e informação em saúde. **Rev. Planej. Políticas Públicas**, v.5, p. 5-31, 1991.



- MOTTA, E. V.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R.; RAMOS, L. O.; PINOTTI, J. A. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Rev. Assoc. Med.**, v.47, n.4, p. 02-310, 2001.
- NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: Panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Supl. 2, p.147-157, 2004.
- NOVAES, P. E. R. S. **Câncer de colo uterino**: epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento clínico. 2001. Disponível em:< [http://www.inca.gov.br/pqrt/download/tec\\_int/cap1\\_p1.pdf](http://www.inca.gov.br/pqrt/download/tec_int/cap1_p1.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- NOVAIS, H.; BRAGA, P.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p. 1023-1035, 2006.
- NUNES, J.; KOIFMAN; R. J; MATTOS, I. E.; MONTEIRO, G. T. R. Confiabilidade e validade das declarações de óbitos por câncer de útero no município de Belém, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1262-1268, 2004.
- OLIVEIRA, M.M; SILVA, A.A.; BRITO, L; COIMBRA, L. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luis, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.9, n.3, p. 325-334, 2006.
- OLIVEIRA, N. C. **Desempenho de enfermeiras na coleta de material para o exame de Papanicolaou**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- PINELO, S.; PETIZ, A.; DOMINGUES, C.; LOPES, C.; ALVES, A.; FAEL, R. Exenteração pélvica no cancro ginecológico - retrospectiva de dez anos. **Acta Med. Port.**, v.19, p.99-104, 2006.
- PINHO, A. de A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.3, n.1, p.95-112, 2003.
- PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl. 2, p. S303-S13, 2003.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J.; BARACAT, E. C. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v.23, n.4, p.209-216, 2001.

SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, 20, Supl. 2, p. S337-S341, 2004.

SANTOS, M. L.; MORENO, M. S.; PEREIRA, V. M. Exame de Papanicolaou: Qualidade do esfregaço realizado por alunos de enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.55, n. 1, p. 19-25, 2009.

SASIENI, P.; CASTANON, A.; CUZICK, J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. **BMJ**, v. 339, p. 2968, 2009.

TENCONI, P.; BECKER, T.; PASINI, A., HAAS, P. **Estudo da incidência de câncer de colo de útero nas regiões da grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e análise da metodologia utilizada para a realização do exame**. 2002.

Disponível em:<

<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=159>>. Acesso em: 4 jul. 2005.

UCHIMURA, N. S.; NAKANO, K.; NAKANO L. C. G.; UCHIMURA, T. T. Qualidade e desempenho na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.55, n.5, p. 569-574, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: policy for action**. Geneva, 2001.

ZAMBON, L. S. **Autonomia médica x uso de padronização**: em busca do equilíbrio com foco na segurança do paciente. 2000. Disponível em:<

[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/1717/autonomia\\_medica\\_x\\_uso\\_de\\_padronizacao\\_%E2%80%93\\_em\\_busca\\_do\\_equilibrio\\_com\\_foco\\_na\\_seguranca\\_do\\_paciente.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/1717/autonomia_medica_x_uso_de_padronizacao_%E2%80%93_em_busca_do_equilibrio_com_foco_na_seguranca_do_paciente.htm)>. Acesso em: 2 ago. 2009.

ZIEGLER, L. N. **Prevenção do câncer de colo uterino**: conhecimento, percepção e fatores internientes: um estudo com mulheres do Jaibaras. 2002. Monografia (Especialização) – Universidade Vale do Acaraú, Sobral, 2002.

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Cara usuária,

Eu, Nancy Costa de Oliveira, sou enfermeira e estou realizando Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), na Universidade Federal do Ceará. No curso, estou desenvolvendo um estudo sobre o seguimento de mulheres com câncer de colo uterino. Este tem a finalidade de mostrar como está o acompanhamento dessas mulheres com relação ao tratamento após o diagnóstico de câncer. Para tanto, convido você para fazer parte deste estudo, contribuindo com informações que me serão passadas em uma entrevista, ou seja, uma conversa entre a senhora e eu, em local que lhe for melhor.

A senhora não corre risco em participar deste estudo, nem terá constrangimentos. Em qualquer momento poderá ter o direito e a liberdade de se negar a participar da pesquisa ou dela se retirar quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como a continuidade do seu tratamento. A senhora poderá ter acesso, a qualquer tempo, a informações sobre o estudo, inclusive para retirar possíveis dúvidas, bem como a todas as informações resultantes dele. Os registros apresentados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Sua participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa. Seu nome e nada que possa lhe identificar será revelado, garantindo-lhe o anonimato de todas as informações que me forem fornecidas.

Após esclarecida e aceitando participar livremente da pesquisa, a senhora assinará duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma via com você e outra comigo.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: 85 34921647. A senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo, telefone: 85 33668338.

## Consentimento Pós-Esclarecido

Tendo compreendido o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<hr/> (Assinatura ou digital) da voluntária ou responsável legal	<hr/> Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo
<hr/> Testemunha	<hr/> Nome do profissional que aplicou o TCLE

Fortaleza,

Dados do voluntário:

Endereço:

Telefone:

## APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Idade \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (em anos de estudo) Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda familiar mensal:

( ) Sem rendimento

( ) Até ½ salário mínimo ( ) Mais de 3 a 5 salários mínimos

( ) Mais de ½ a 1 salário mínimo ( ) Mais de 5 a 10 salários mínimos

( ) Mais 1 a 3 salários mínimos ( ) Sem declaração

Nº de pessoas para essa renda \_\_\_\_\_

Com quanto tempo, após a realização da coleta citológica, recebeu o resultado do exame? \_\_\_\_\_

De que maneira recebeu o resultado?

( ) na data agendada ( ) convocada pela unidade

Após o resultado recebeu encaminhamento? ( ) sim ( ) não

Se sim : Para onde? \_\_\_\_\_

Teve dificuldades quanto ao agendamento da consulta especializada? ( ) sim ( ) não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Realizou algum tipo de tratamento? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Se não: Por quê? ( ) dificuldades de agendamento ( ) dificuldades para chegar ao local indicado ( ) opção pessoal em não realizar o tratamento.

Outras dificuldades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_