



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA EUGENIA FARIA TAVARES

**INTERVALO DE TEMPO ENTRE O RASTREIO CITOLÓGICO E O
SEGUIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS DE LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DA CÉRVIXE UTERINA, EM CAMPO
GRANDE-MS, 2014 - 2018**

CAMPO GRANDE

2021



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA EUGENIA FARIA TAVARES

**INTERVALO DE TEMPO ENTRE O RASTREIO CITOLÓGICO E O
SEGUIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS DE LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DA CÉRVICE UTERINA, EM CAMPO
GRANDE-MS, 2014 - 2018**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do grau de mestre em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, sob a orientação da Prof^a Dr^a Cacilda Tezelli Junqueira Padovani.

CAMPO GRANDE

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades que enfrentei no caminho até aqui.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, pela oportunidade de fazer o cursode pós graduação em saúde da família.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento, pela manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Agradeço às instituições e aos serviços que trabalham em prol da saúde das mulheres.

E por fim, agradeço às mulheres que de alguma forma contribuíram anonimamente com o resultado dos seus exames para a compilação dos dados para elaboração deste trabalho.

RESUMO

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. O rastreamento contribui para o diagnóstico precoce das lesões precursoras, permitindo o tratamento em uma fase da doença onde há possibilidade de até 100% de cura, justificando o rastreamento populacional em mulheres. Quase metade das mulheres com câncer de colo uterino nunca foram rastreadas e outras 10 % não foram rastreadas nos cinco anos anteriores ao diagnóstico. A recomendação da OMS é que 80% das mulheres entre 25 e 64 anos realizem o teste de Papanicolau a cada três anos. O objetivo da pesquisa foi identificar o intervalo de tempo entre o rastreio citológico, a interpretação do resultado da citologia e o início do seguimento das mulheres com lesões precursoras do câncer do colo uterino, rastreadas nas Unidades de Saúde municipais em regime ambulatorial. Foi realizada uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, de corte transversal, no município de Campo Grande/MS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, onde foram incluídos dados secundários de resultados alterados de citologias coletadas em mulheres acima de 25 anos de idade. Na sequência foi realizado o cruzamento de dados do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) com as informações arquivadas no HYGIA (sistema informático utilizado pelo município de Campo Grande) utilizando o programa Microsoft® Excel (MICROSOFT Corporation, 2013). Do total de 3488 exames coletados, 39,47% das mulheres que apresentavam resultados alterados compareceram em uma consulta médica enfermagem e 60,53% ficaram sem a interpretação dos seus exames. Independentemente do resultado da citologia, observamos que a maioria, 1014 (73,64%) fizeram a consulta após a coleta da citologia em um intervalo de tempo superior a 300 dias. Os resultados encontrados sugerem que o papel do rastreio do colo do útero não está sendo devidamente alcançado. O seguimento das mulheres com citologia alterada deveria passar por um processo de busca ativa constante e contínua para permitir que os critérios das diretrizes brasileiras de prevenção do câncer do útero possam ser colocados em prática.

Palavras-chave: Neoplasia cervical; exame colpocitológico; prevenção secundária; saúde da família.

ABSTRACT

Cervical cancer is the fourth most common type of cancer among women. Screening contributes to the early diagnosis of precursor lesions, allowing treatment at a stage of the disease where there is a possibility of up to 100% cure, justifying population screening in women. Nearly half of women with cervical cancer have never been screened and another 10% have not been screened in the five years prior to diagnosis. The WHO recommendation is that 80% of women between 25 and 64 years old have a Pap test every three years. The objective of the research was to identify the time interval between cytological screening, interpretation of cytology results and the beginning of the follow-up of women with cervical cancer precursor lesions, screened in municipal Health Units on an outpatient basis. A quantitative, retrospective, cross-sectional research was carried out in the city of Campo Grande/MS, from January 2014 to December 2018, which included secondary data of altered results of cytology collected in women over 25 years of age. Next, data from SISCAN (Cancer Information System) were crossed with information stored in HYGIA (computer system used by the municipality of Campo Grande) using the Microsoft® Excel program (MICROSOFT Corporation, 2013). Of the total of 3488 exams collected, 39.47% of the women who presented altered results attended a medical nursing consultation and 60.53% did not have the interpretation of their exams. Regardless of the cytology result, we observed that the majority, 1014 (73.64%) made the consultation after the cytology collection in a time interval greater than 300 days. The results found suggest that the role of cervical screening is not being properly achieved. The follow-up of women with altered cytology should go through a process of constant and continuous active search to allow the criteria of the Brazilian guidelines for the prevention of uterine cancer to be put into practice.

Keywords: cervical neoplasm; Pap smear examination; secondary prevention; family health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1	O câncer do colo do útero	8
2.1.1	Dados epidemiológicos	8
2.1.2	História natural do câncer do colo do útero	9
2.2	Diagnóstico do câncer do colo do útero	13
2.3	Seguimento das mulheres com citologia oncótica alterada	15
2.4	Rastreio do câncer do colo uterino	16
2.4.1	Tipos de rastreio	20
2.4.2	Rastreio no Brasil	21
2.4.3	Fluxo das mulheres rastreadas no município de Campo Grande.....	23
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1	Caracterização do estudo	28
4.2	Obtenção de dados secundários	28
4.2.1	Sujeitos da pesquisa e critérios de inclusão/exclusão.....	30
4.3	Procedimentos e análise de dados.....	31
5	ASPECTOS ÉTICOS	32
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	49
	REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Dentre as neoplasias malignas do aparelho genital feminino, as que acometem o colo do útero revestem-se de maior importância, seja pela elevada frequência, pela morbimortalidade ou, ainda, pela existência de fatores de risco e de lesões precursoras (BOSCH et al., 1995).

O câncer do colo do útero (CCU) é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 550 mil casos novos por ano no mundo. Sendo responsável pelo óbito de até 300 mil mulheres/ano, onde cerca de 83% dos casos acontecem em países subdesenvolvidos, permanecendo como um dos maiores problemas de saúde pública em países em desenvolvimento, especialmente na América Central e do Sul, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia (GLOBOCAN, 2018).

Sua ocorrência está relacionada à pobreza, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ao retardo de início do tratamento, à vivência em área rural e ao baixo nível socioeducacional, fazendo com que mais de 600 mulheres morram todos os dias, principalmente em países em desenvolvimento (FONSECA et al., 2012).

Apesar de o Brasil ser considerado a nona economia do mundo (ONU, 2017), seus investimentos em saúde continuam não sendo prioritários e conseqüentemente, a cada minuto, morrem muitas mulheres devido ao diagnóstico tardio desse tipo de câncer, mesmo ele sendo passível de prevenção com medidas simples e de baixo custo (FONSECA et al., 2012).

O número de casos novos de CCU esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.710, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

No estado de Mato Grosso do Sul, a estimativa para o ano de 2020, era de 270 novos casos de CCU por 100 mil habitantes, sendo que destes, 40 na cidade de Campo Grande (INCA, 2020).

Assim, o rastreamento do CCU tem como objetivo diminuir o número de casos e permitir um diagnóstico precoce. A premissa do rastreamento, é que a doença seja identificada antes dos sintomas (fase pré-clínica ou subclínica), possibilitando começar o tratamento nas fases iniciais da doença, com objetivo de aumentar as chances de cura (WILSON, 1968; JUNGNER, 1968).

Desde a década de 1940, quando Papanicolau, analisando células esfoliadas da cérvix uterina, identificou células precursoras do câncer do colo do útero, o rastreamento do

CCU passou a ser realizado com a coleta de material para o exame citológico de Papanicolau (TAVARES, et al, 2007).

O Ministério da Saúde do Brasil, reconhece a necessidade de um programa nacional de controle do CCU que, sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), determina que o início do rastreamento, deve ocorrer aos 25 anos e terminar aos 64 anos (INCA, 2016). Tendo em vista que o atendimento integral ao paciente é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser fornecido mediante uma porta de entrada SUS, a coleta do material, para análise citológica, deve ser realizada principalmente nas unidades básicas de saúde (UBS) e nas unidades básicas de saúde da família (UBSF). O resultado da citologia é inicialmente interpretado nas UBS e nas UBSF por profissionais médico e/ou enfermeiro. A primeira conduta é realizada a partir dessa interpretação (SESAU, 2017).

No município de Campo Grande – MS, desconhece-se o intervalo de tempo entre o rastreamento citológico alterado e a consulta médica/enfermagem e o tratamento das lesões precursoras do CCU.

Sendo assim, este trabalho objetivou analisar retrospectivamente o intervalo de tempo entre um resultado alterado de rastreamento citológico e a consulta médica/enfermagem nas UBS ou UBSF e entre um resultado alterado de rastreamento citológico e o atendimento no centro especializado para tratamento e seguimento das lesões precursoras do câncer de cérvix uterina no município de Campo Grande – MS, no período de 2014 a 2018.

Considerando a relevância do CCU na população feminina, o impacto dessa patologia nas mulheres e em suas famílias, assim como a possibilidade de o rastreamento diminuir sua ocorrência de modo efetivo, este estudo avaliou como esse rastreamento se aplica na prática.

A relevância do estudo foi avaliar a situação do rastreamento do CCU e do seguimento das mulheres portadoras de lesões pré-malignas na cérvix uterina no município de Campo Grande – MS, contribuindo para identificação de fragilidades no sistema de rastreamento vigente, o que nos permite a programação de projetos de educação e planejamento em saúde nas UBS/UBSF para consequente obter a redução na morbidade e mortalidade pelo câncer cervical no município.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O câncer do colo do útero

2.1.1 Dados epidemiológicos

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de câncer pele não melanoma. Ele é responsável por 300 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres, 83% das quais ocorrem em países de baixa e média renda (GLOBOCAN, 2018).

O câncer invasivo do colo do útero, afeta desproporcionalmente as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social e sem acesso suficiente aos cuidados de assistência de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os casos de câncer invasivo do colo do útero devem aumentar em 40% até o ano de 2030 (BYCHKOVSKY, 2016).

No Brasil, estimam-se 16.710 novas ocorrências de CCU para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Dentre as regiões do Brasil, a região Centro-Oeste ocupa a terceira posição, com uma taxa de 15,92/100 mil, (INCA, 2020).

De acordo com os parâmetros da OMS, a incidência estimada desse câncer deve ser de até 16,3 casos por 100.000 mulheres e, para a mortalidade, 7,3 por 100.000 mulheres. O desafio do Brasil é reduzi-los ainda mais, usando como referência a Ásia Ocidental, com incidência de 4,4 casos por 100.000 mulheres, assim como a Austrália e a Nova Zelândia, com incidência de 5,5 casos por 100.000 mulheres, que, juntamente com a Europa Ocidental, apresentam taxas de mortalidade inferiores a 2 por 100.000 mulheres (WHO, 2012).

Segundo estimativa do INCA de 2020, o estado de Mato Grosso do Sul apresenta uma taxa de incidência estimada em 19,54 casos para cada 100 mil mulheres. Sendo desta forma, o décimo primeiro estado com maior incidência de câncer do colo uterino em todo território nacional (INCA, 2020).

Relativamente ao município de Campo Grande, a previsão do INCA para o ano de 2020 era de 40 casos de CCU, com uma taxa de incidência de 19,94 em 100 mil mulheres (INCA, 2020).

2.1.2 História natural do câncer do colo do útero

Em se tratando do conceito de células cervicais pré-malignas, Williams, em 1888, foi o primeiro a identificar que próximo das áreas cancerígenas havia também células não invadidas pelo câncer. Mas foi somente Cullen, em 1900, que melhor definiu essas lesões não invasoras, trazendo então o conceito de "precursor do câncer", o qual tornou-se mais aceito nos meios científicos. Esta descoberta foi importante, pois proporcionou a revelação de uma fase pré-maligna anterior, podendo ser entendido que as alterações precursoras tinham alta possibilidade de desenvolvimento para o câncer, se não tratadas a tempo (SINGER, 1995).

Lesões precoces ou precursoras são definidas biologicamente como lesões que, em princípio, têm a capacidade de progredir potencialmente para câncer cervical invasivo, se não forem tratadas (IARC, 2005).

Meisels & Fortin em 1991, ressaltaram o conceito da presença do Papilomavírus humano (HPV) nas lesões escamosas do colo do útero, podendo este agente induzir alterações identificadas como precursoras do carcinoma.

Os HPV são um grupo diverso de vírus encontrados em mais de 20 espécies diferentes de mamíferos, assim como em aves e répteis. (BERNARD, 2005). Os vírus, se adaptam de maneira primorosa a seus hospedeiros, de maneira restrita a tecidos e espécies. Os papilomavírus humanos, são responsáveis por significativa mortalidade e morbidade, manifestados na forma de infecções epiteliais e cânceres de pele, anogenital e oral (zur HAUSEN, 1996).

O HPV é um vírus DNA da família *Papillomaviridae*, já foram registrados mais de 200 tipos de Papilomavirus capazes de infectar seres humanos. São classificados em cinco gêneros (Alpha-, Nu-/Mu-, Beta-, Gamma-Papilomavirus) com base na sequência do DNA viral e tropismo por tecidos epiteliais humanos (BERNARD et al., 2010; de Villiers et al., 2004; DOORBAR et al., 2012). O gênero Alpha inclui genótipos que têm sido descritos preferencialmente como causadores de câncer, enquanto o gênero Beta e Gamma possuem genótipos virais que ocasionam infecções assintomáticas (DOORBAR et al., 2012; DOORBAR et al., 2018).

O HPV é considerado o agente etiológico da infecção sexualmente transmissível

mais comum em todo o mundo, estando associado à grande maioria dos cânceres cervicais (DOORBAR, 2005).

Surgiu a cerca de 100 milhões de anos. Possui estrutura bastante conservada, com poucas alterações no decorrer dos milênios, sendo similar nas diversas espécies que infecta (BERNARD, et al, 1994).

No trato anogenital feminino, este vírus DNA infecta células das camadas basal e parabasal do epitélio escamoso, a partir de microabrasões, ou seja, quebra no epitélio estratificado ou durante a metaplasia escamosa na zona de transformação (DOORBAR, 2005).

Na maioria das vezes, a infecção por HPV é eliminada pelo sistema imune de indivíduos imunocompetentes, num período de um a dois anos. No entanto, ocasionalmente, o vírus não é eliminado, persistindo no indivíduo infectado (SANCLEMENTE; GILL, 2002).

A parte de raríssimas exceções, o câncer do colo do útero é o ponto final acidental de infecções persistentes por certos tipos de HPV. Os tipos de HPV mais oncogênicos são HPV 16, 18, 31, 33, 45. A infecção persistente por HPV de alto risco oncogênico (HR-HPV) é uma condição necessária para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e do câncer cervical (MUÑOZ et al., 1992; INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2011). Esta circunstância é influenciada por fatores inerentes ao vírus, por aspectos do próprio indivíduo, bem como pelo tempo entre diagnóstico e tratamento das lesões (BRENNAN; SYRJÄNEN, 2003). A neoplasia intraepitelial cervical dura cerca de 7 a 10 anos, mais 3 a 5 anos são necessários para levar a um câncer cervical pré-invasivo e invasivo. Existem vários tipos de DNA de HPV em 99,7% das biópsias de câncer cervical (PRUSKI et al., 2019).

No CCU, a inflamação crônica adicionada às alterações iniciais causadas pelo HPV de alto risco pode contribuir para a persistência viral e a progressão da doença (GRAVITT; WINER, 2017).

A Figura 1 representa o paradigma atual da história natural do HPV, da infecção inicial ao câncer do colo do útero. As infecções por HPV são adquiridas através de exposição sexual. Durante a fase produtiva da infecção por HPV, anormalidades citológicas podem ser detectáveis na triagem (por exemplo, lesão intraepitelial cervical de baixo grau (LSIL, do inglês *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) ou Neoplasia Intraepitelial de grau 1 (NIC1) que geralmente são transitórias e desaparecem sem intervenção em um a dois anos. Aproximadamente 90% das infecções por HPV

recém-adquiridas tornam-se indetectáveis dentro de 1 a 2 anos, um fenômeno rotineiramente descrito como “*clearance viral*”, mas que também pode representar um controle imunológico abaixo dos níveis detectáveis ou latência viral. Uma resposta imune é detectável em aproximadamente 60% das vezes, identificada pela presença de anticorpos séricos específicos para o tipo de HPV que causa a infecção, permitindo talvez imunidade para uma re-infecção. Uma minoria de infecções por HPV é detectada persistentemente após 12 meses, aumentando o risco de progressão carcinogênica para o pré-câncer cervical designadas como lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (HSIL, do inglês *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) ou NIC grau 2 ou 3 (NIC2 / 3) e potencialmente câncer se não tratado (GRAVITT; WINER, 2017).

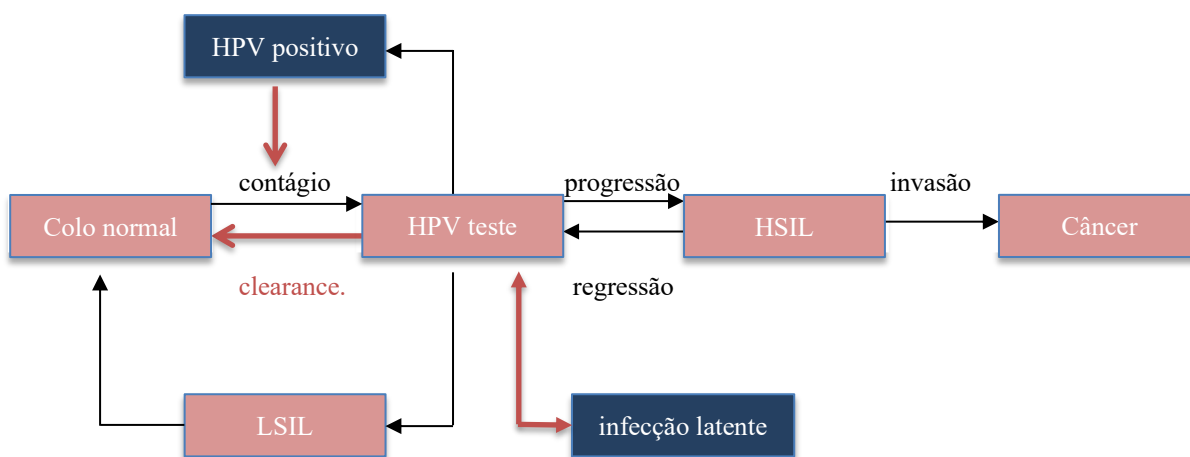


Figura 1. Modelo esquemático da história natural da infecção pelo Papilomavirus Humano no colo uterino. (Adaptado de GRAVITT; WINER, 2017).

O paradigma da Figura 1 foi construído através da compreensão da história natural do HPV, em estudos realizados ao longo de 5 a 10 anos. Baseado no “*clearance viral*”, segundo este modelo, surgem duas suposições críticas: (1) uma nova detecção do HPV reflete a aquisição recente do vírus como uma nova infecção ou uma reinfecção e (2) a perda da detecção nos testes de HPV podem evidenciar *clearance* ou erradicação (GRAVITT; WINER, 2017).

No modelo postulado por Gravitt & Winer em 2017, na Figura 2, cada infecção pelo HPV pode seguir várias vias não lineares e não mutuamente exclusivas ao longo da vida de uma mulher. Especificamente, a nova detecção do HPV pode resultar não apenas de uma recente aquisição ou reinfecção sexual, mas também da detecção recorrente de uma infecção controlada ou latente, auto inoculação de outros locais

epiteliais (por exemplo, ânus) ou deposição transitória de ácido nucleico viral de um ato sexual recente. Da mesma forma, a perda da detecção do HPV (também conhecida como depuração/*clearance*) pode refletir a erradicação viral com ou sem imunidade adquirida contra reinfeção ou controle viral abaixo dos limites de detecção (também conhecida como latência viral).

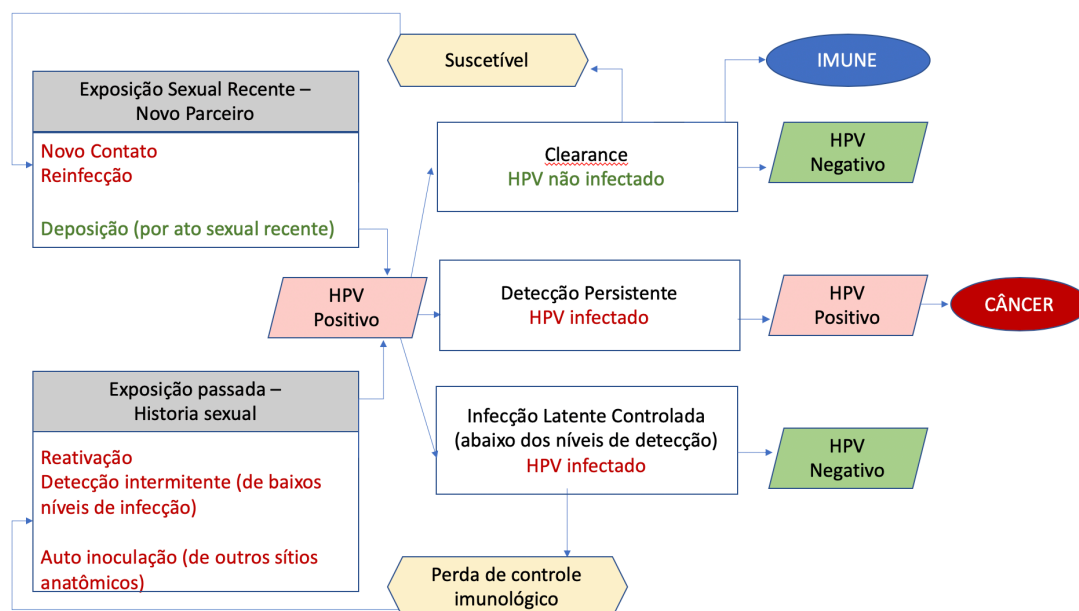


Figura 2. Modelo esquemático da história natural da infecção genital feminina por HPV, em nível individual, ao longo da vida. O modelo assume duas vias para a positividade do HPV após um resultado negativo do teste – novo contato ou reinfeção devido à atividade sexual atual ou reativação / detecção intermitente, de infecção latente controlada pelo HPV. Caixas rosadas indicam resultados positivos nos testes moleculares do HPV e caixas verdes indicam resultados negativos nos testes moleculares do HPV. Fontes coloridas representam o verdadeiro status infeccioso subjacente; vermelho = infecção por HPV, verde = HPV não infectado. (Adaptado de GRAVITT; WINER, 2017).

Uma incerteza, na história natural da infecção por HPV em um indivíduo, é se a infecção por HPV que se torna indetectável em testes repetidos realmente foi eliminada, se o vírus persiste em níveis baixos e indetectáveis ou se entrou em um estado latente (GRAVITT; WINER, 2017).

A infecção pelo HPV de alto risco oncogênico no epitélio cervical promove alterações do genoma do hospedeiro, levando por um lado ao silenciamento de vários fatores supressores de tumor e por outro induzindo o funcionamento aberrante de outros fatores promotores de tumor. O desequilíbrio e a instabilidade causados pelos fatores oncogênicos, derivados do HPV de alto risco, no genoma hospedeiro das células epiteliais cervicais impulsionam a progressão neoplásica ao longo dos anos (OLUSOLA, et al., 2019).

O processo carcinogênico começa com a super expressão das oncoproteínas E6 e E7 na pequena minoria de mulheres com infecção persistente por HPV de alto risco. A degradação da proteína supressora de tumor p53 por E6 leva ao comprometimento do controle da parada do ciclo celular e da apoptose. E7 forma um complexo com a proteína reguladora do ciclo celular pRb e a degrada (WHITE, et al., 2012).

Todo o processo de transformação carcinogênica da infecção pelo HPV para o câncer invasivo leva de 10 a 20 anos, mostrando assim uma ampla janela de oportunidade para detectar a doença no estágio pré-maligno, quando o tratamento é altamente eficaz (WHITE, et al., 2012).

2.2 Diagnóstico do câncer do colo do útero

Com a invenção do exame de Papanicolaou na década de 1940, por George N. Papanicolaou e H.F. Traut, a citologia cervical tornou-se um método robusto e de baixa complexidade para o diagnóstico e rastreamento do câncer do colo do útero (TAVARES, et al, 2007).

A citologia, comumente chamada de exame de papanicolau, representa o exame microscópico da morfologia de células cervicais esfoliadas. É um exame, geralmente de baixa sensibilidade (53 – 55,4%) e alta especificidade (84,2 – 94,5). A citologia varia muito devido à variabilidade interpretativa. Em locais de baixos recursos, alcançar citologia de alta qualidade é um grande desafio devido à falta de capacidade médica e de logística, principalmente no interior dos países (KUNDROD et al., 2019).

A citologia apresenta 3 pontos fracos. Primeiro, os resultados dependem da alta qualidade da amostra no ato da coleta. Segundo, o teste exige identificação de alterações morfológicas entre as células, cuja interpretação é muito subjetiva. E por último, esse método é particularmente repetitivo, o que pode levar a grande número de erros de interpretação (CUZICK, et al., 2006).

Um resultado alterado na citologia desencadeia o procedimento padrão de diagnóstico, incluindo colposcopia e biópsia. Na colposcopia, um profissional treinado examina o colo do útero usando um colposcópio, que é um microscópio óptico de baixa amplificação. As áreas visualmente anormais são biopsiadas, retirando pequenas amostras de tecido cervical para exame histopatológico. Dada a dependência de examinadores altamente treinados, é um desafio realizar os procedimentos de diagnóstico em ambientes com poucos recursos. As tecnologias ópticas mais recentes

podem permitir uma avaliação visual automatizada, reduzindo a necessidade de pessoal treinado extensivamente (KUNDROD et al., 2019).

Diversas tecnologias e métodos têm sido utilizados para o diagnóstico do câncer do colo uterino. O padrão ouro para o diagnóstico, tanto da displasia cervical como do câncer invasivo, é o exame histopatológico de espécimes de biópsia, permitindo a identificação de condições pré-malignas e malignas da cérvix uterina. Nesse processo o patologista examina a biópsia da cérvix e classifica de acordo com a fração da camada epitelial comprometida que apresenta morfologia celular anormal (WHO, 2014).

O quadro a seguir expõe a nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências (Quadro 1). Nele, a nomenclatura para os exames histopatológicos utilizada é a da Organização Mundial da Saúde (INCA, 2016).

Quadro 1 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências.

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

Na classificação histológica, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I ou Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL, do inglês *low-grade squamous intraepithelial neoplasia*) é quando até um terço do epitélio está comprometido pelas alterações celulares; NIC II ou III ou lesão intraepitelial de alto grau (HSIL, do inglês *high-grade squamous intraepithelial neoplasia*) é quando mais de um terço do epitélio escamoso encontra-se acometido pelas alterações da morfologia epitelial. Adenocarcinoma *in situ* (AIS) é quando as células glandulares apresentam morfologia anormal. (RICHART, 1990). O câncer é diagnosticado quando invasão é percebida no epitélio escamoso (carcinoma de células escamosas) ou no epitélio glandular (adenocarcinoma). Se ficar sem tratamento, uma lesão de NIC II ou NIC III pode progredir para câncer invasivo (KUNDROD et al., 2019).

Testes que detectam DNA de HPV de alto risco têm valores preditivos negativos (VPN) altos, acima de 98% para o pré-câncer cervical, indicando que o intervalo de triagem pode ser prolongado com segurança se o teste de HPV for utilizado (CUZICK et al., 2006).

Os testes de DNA do HPV têm altas sensibilidades (94,2 a 97,6%), independente da idade da mulher. Já a especificidade é mais variável, sendo significativamente menor nas mulheres jovens (86,1 a 88,5%) na triagem populacional. Com baixas taxas de falsos negativos, o teste de DNA para HPV é frequentemente usado, em países desenvolvidos, como teste de triagem de primeira linha para pré-câncer cervical e câncer. Após a triagem, o diagnóstico confirmatório é necessário através da citologia, colposcopia, biópsia de colo com respectiva análise do espécimen da biópsia (CUZICK et al., 2006).

O risco de tratamento excessivo associado ao teste de DNA do HPV é menor em pacientes mais velhas, pois as taxas de infecções transitórias tendem a diminuir e as taxas de persistência específica do tipo oncogênico, necessária para a progressão do câncer, tendem a aumentar com a idade (CUZICK et al., 2006).

2.3 Seguimento das mulheres com citologia oncótica alterada

Uma mulher com lesão citológica de alto grau, lesão repetitiva de baixo grau ou resultado de citologia com outras atipias celulares, que sejam indicativas de atendimento secundário, deve ser encaminhada para colposcopia. O papel da

colposcopia é identificar a localização das células anormais, direcionar a realização de biópsias e decidir sobre a necessidade de algum tratamento (ARBYN, 2010).

A histopatologia fornece o diagnóstico final, com base no qual o tratamento é planejado e serve como padrão-ouro para controle de qualidade da citologia e da colposcopia. No entanto, devemos ressaltar, que isto depende da expertise do examinador que irá realizar a biópsia e do patologista que irá analisar a amostra. O colposcopista deve identificar, através do colposcópico, o local onde a biópsia deve ser realizada. A precisão do diagnóstico histopatológico depende de amostras adequadas de tecidos, obtidas por biópsias direcionadas colposcopicamente (com curetagem endocervical, se necessário) ou excisão da zona de transformação ou conização. Um diagnóstico histológico preciso depende ainda de descrição macroscópica apropriada, processamento técnico, interpretação microscópica e controle de qualidade correlacionando o diagnóstico citológico e histológico. Portanto, é importante que os padrões histopatológicos sejam monitorados (ARBYN, 2010).

O manejo da doença confirmada colposcopicamente pode ser ablativo, excisional ou em algumas circunstâncias, observacional. Não existe uma técnica cirúrgica superior para o tratamento e erradicação da NIC (JORDAN, 2009).

2.4 Rastreo do câncer do colo do útero

Rastreo, rastreamento ou *screening* é a utilização de exames para detectar uma doença em pessoas assintomáticas. A premissa do rastreo, é que a doença seja identificada antes dos sintomas (fase pré-clínica ou subclínica), possibilitando deste modo começar o tratamento nas fases iniciais da doença, com objetivo de aumentar as chances de cura (WILSON, 1968; JUNGNER, 1968).

O CCU, é uma patologia que justifica perfeitamente a implementação da triagem. É uma doença comum, com alta taxa de mortalidade e possui tratamento efetivo para lesões pré-cancerosas (MERGUI, 2010).

O objetivo fundamental do rastreamento do câncer cervical é prevenir a morbidade e a mortalidade por CCU (SASLOW et al., 2012). Convém realçar que quase metade das mulheres com CCU nunca foram rastreadas antes do diagnóstico e outras 10 % não foram rastreadas nos cinco anos anteriores ao diagnóstico (CHELMOW, 2016).

Decisões de como rastrear, quem rastrear e quando rastrear o CCU e suas lesões precursoras em populações assintomáticas, são complexas e requerem uma análise balanceada e cuidadosa das suas vantagens e desvantagens, bem como dos custos decorrentes dessas ações. Nesta ponderação, também deve ser considerada, a ansiedade causada na mulher ou os possíveis reflexos da abordagem terapêutica no futuro obstétrico com um teste alterado. Porém, não existem respostas corretas ou precisas para essas questões (INCA, 2016).

A prevenção é alcançada, através da identificação das anormalidades citológicas numa fase que a intervenção fará a diferença no prognóstico da paciente. A progressão de uma anormalidade citológica pré-maligna para o câncer de colo, ocorre ao longo de muitos anos, o que permite que rastreios sucessivos, intervenções e seguimentos ocorram em resposta aos resultados alterados. Grupos de alto risco para desenvolvimento do CCU, são as mulheres que nunca participaram do rastreio, aquelas que foram sub-rastreadas e aquelas que tiveram atraso ou ausência de seguimento após resultados alterados (MAC LAUGHLIN et al., 2018).

A triagem por citologia requer infraestrutura para obter, armazenar e transportar uma amostra de citologia, bem como um técnico qualificado ou um leitor automatizado para processar a amostra (KUNDROD et al., 2019).

As interpretações da triagem citológica definem quais mulheres requerem atenção clínica concentrada (STOLER; SCHIFFMAN, 2001).

Nos países desenvolvidos, a incidência de carcinoma invasivo do colo do útero é muito baixa, graças aos programas de rastreamento contínuos e economicamente sustentados e aos tratamentos das lesões precursoras (WHO, 2018).

Em locais de alto recurso financeiro, o rastreamento do CCU inclui citologia oncótica e / ou teste de HPV. As inovações em citologia digital e os testes de HPV podem facilitar o acesso às práticas de rastreamento padrão em ambientes com poucos recursos, embora a complexidade técnica, os requisitos de infraestrutura e o custo sejam barreiras significativas (KUNDROD et al., 2019).

Embora programas de triagem bem conduzidos, baseados em citologia, indubitavelmente tenham levado a uma grande redução do câncer do colo do útero em alguns países, a alta variabilidade na sensibilidade da citologia indica a necessidade de um rigoroso controle de qualidade. O teste do HPV é altamente reproduzível, monitorado com mais facilidade, fornece um resultado objetivo e pode ser facilmente automatizado (CUZICK et al., 2006).

Os testes moleculares de rastreamento do câncer do colo do útero podem englobar vários biomarcadores clinicamente relevantes, principalmente relacionados a infecções por HPV. Virtualmente todos os casos de câncer do colo são causados pelo HPV, um vírus que se integra ao genoma das células hospedeiras alterando a função normal da célula (WRIGHT et al., 2015).

As recomendações mais recentes da United States Preventive Services Task Force (USPSTF) incluem o exame citológico a cada três anos para mulheres de 21-29 anos. Para as mulheres dos 30-65 anos, recomenda a citologia a cada três anos e teste de HPV a cada cinco anos, ou co-teste (citologia e teste de HPV) a cada cinco anos (CURRY et al., 2018).

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (American Society of Clinical Oncology – ASCO) publicou as diretrizes de triagem global para quatro níveis de recursos financeiros: máxima, reforçada, limitada e básica. O intervalo de rastreio para cada nível é o seguinte: a cada cinco anos entre as idades de 25 - 65 anos (máxima); a cada cinco anos entre as idades de 30 - 65 anos ou a cada dez anos após teste de HPV negativos com intervalo de cinco anos entre eles (reforçada); a cada dez anos entre 30 - 49 anos (limitada); e uma ou duas vezes na vida entre as idades de 30 - 49 anos (básica) (JERONIMO et al., 2017).

As recomendações máximas da ASCO geralmente são seguidas nos países de recursos elevados. Nos Países Baixos e na Finlândia, por exemplo, o rastreio do CCU é realizado com o teste de HPV a cada cinco anos, nas mulheres entre 30 e 60 anos de idade (RIVM, 2019; FINNISH, 2019). Da mesma forma, na Austrália, o rastreio é realizado a cada cinco anos, nas idades entre os 25 e 74 anos, com o teste de HPV (AUSTRALIAN, 2019). Autoridades de saúde norueguesas recomendam o rastreio com a citologia oncótica a cada três anos entre as idades de 25 a 69 anos, embora eles estejam mudando num futuro próximo (CANCER, 2019). Na Suécia, o rastreio primário realizado com a citologia oncótica é recomendado para mulheres entre 23 - 29 anos. O rastreio com o teste de HPV, para mulheres na idade entre 30 e 64 anos, está sendo implementado, mais ainda não está disponível em todo o país. O intervalo recomendado entre testes de rastreio negativo é de três anos para mulheres entre 23 - 50 anos e de sete anos para mulheres entre 51 - 64 anos (NORDSCREEN, 2019).

A Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical (ASCCP) recomenda que mulheres menores de 21 anos não façam o exame de rastreio, que na população entre 21 e 19 anos o rastreio seja realizado com citologia oncótica, que na

população de mulheres entre 30 e 65 anos o rastreamento seja efetuado preferencialmente com o co-test (citologia oncológica + teste de HPV) a cada 5 anos ou através de citologia oncológica a cada 3 anos e que as mulheres acima de 65 anos não façam mais o exame de rastreamento (SASLOW, et al., 2012).

Um possível fator, que contribui para o inadequado cuidado e seguimento das mulheres com história de resultados alterados na citologia oncológica ou no teste de HPV, ou ainda com outros fatores de risco, é a complexidade do rastreamento do câncer do colo uterino e dos protocolos de conduta (MASSAD, 2014).

Para a triagem do CCU, a OMS recomenda que pelo menos 80% das mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que já iniciaram a atividade sexual, realizem a citologia oncológica a cada três anos, após dois controles negativos anuais consecutivos (WHO, 2007).

No Brasil, o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas 2011-2022 (Plano de Combate a Doenças Crônicas 2011-2020) estabeleceu uma meta de 85% para a cobertura do exame de citologia oncológica (QUADROS et al, 2004).

O que se observa, no Brasil, é que o padrão predominante do rastreamento é oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame de citologia oncológica no momento que procuram os serviços de saúde por outras razões (INCA, 2016).

Coincidindo com a implementação e consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as estimativas brasileiras mostram que a cobertura do exame de citologia oncológica aumentou de 82,6% em 2003 para 87,6% em 2008 (IBGE, 2010), atingindo metas internacionais e nacionais (WHO, 2007). Apesar das contribuições da atenção primária à saúde na expansão da cobertura e oferta de rastreamento e controle do câncer de colo uterino no Brasil, vários estudos observaram menor cobertura entre mulheres com maior vulnerabilidade social, principalmente nas regiões mais pobres do país. As iniquidades sociais observadas sugerem a necessidade de um melhor entendimento das razões subjacentes às altas taxas de incidência e mortalidade por CCU em relação à alta oferta e cobertura de um procedimento para um diagnóstico precoce potencialmente eficaz (FACCHINI, *et. al.*, 2006). Problemas como, tipo de rastreamento utilizado, na qualidade dos procedimentos de coleta, na agilidade dos resultados e no tratamento oportuno das lesões, geralmente decorrentes de deficiências na estrutura de trabalho e no processo dos serviços de atenção primária, podem refletir negativamente na ocorrência de câncer de colo uterino (INCA, 2016).

2.4.1 Tipos de rastreio

Testes para identificar anomalias no colo do útero podem ser datados do início do século XIX, quando, anatomistas e patologistas da época, observaram e estudaram as alterações citológicas derivadas de neoplasias cervicais e outras neoplasias genitais, bem como o ciclo menstrual da mulher (CHRYSOSTOMOU, 2018).

Salienta-se, que o rastreio oportunístico, depende da iniciativa individual da mulher e/ou do seu médico. Este tipo de rastreamento, apenas cobre uma determinada população, que é examinada com muita frequência, enquanto outras, geralmente de nível socioeconômico mais baixo, apresentam menor cobertura. Esta situação, resulta em uma cobertura desigual, com qualidade heterogênea, eficácia limitada e redução de custo-efetividade, bem como dificuldade em monitorar a população (CHRYSOSTOMOU, 2018).

A transformação dos programas de rastreio oportunístico para uma abordagem de base populacional, estabelece garantia de qualidade apropriada em todos os níveis, tendo potencial para melhorar substancialmente a acessibilidade, a eficácia e a relação custo-eficácia dos respectivos rastreios. Ao mesmo tempo, números substanciais de exames de triagem desnecessários, poderiam ser evitados através da adesão ao intervalo para o rastreamento de câncer do colo do útero de 3 a 5 anos (ARBYN, 2010).

O rastreio organizado, estabelece registro de triagem e a vinculação dos dados de triagem individual com os dados de registro de câncer, levando em consideração padrões e métodos apropriados de proteção de dados. O estabelecimento dos princípios da triagem em uma base populacional organizada é crucial (CHRYSOSTOMOU, 2018).

Os países desenvolvidos, com programas de rastreio de ampla cobertura, utilizando a citologia oncótica, experimentaram um declínio na incidência de câncer do colo do útero e na mortalidade nas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento, a incidência de CCU e as taxas de mortalidade ainda são consideradas altas e a sobrevivência é ruim. Tais taxas, poderiam ser atribuídas à falta de organização dos programas de rastreamento, ao baixo acesso ao sistema de saúde, à baixa escolaridade da população de risco e aos atrasos no diagnóstico e tratamento dessa neoplasia (IARC, 2005).

A triagem citológica em nível populacional a cada 3 a 5 anos, poderá reduzir a incidência de câncer do colo do útero em até 80%. Tais benefícios, só poderão ser alcançados se a qualidade for ótima em cada etapa do processo de triagem, desde a

informação e convite da população-alvo elegível, até a realização do teste de triagem e acompanhamento e se necessário, tratamento de mulheres com detecção de alteração citológica (IARC, 2005).

2.4.2 Rastreio no Brasil

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a necessidade de um programa nacional de controle do CCU. A sua coordenação é de responsabilidade do Instituto Nacional de Câncer. As autoridades de saúde brasileiras, recomendam a triagem baseada em citologia oncológica em intervalos de três anos, para mulheres entre 25 e 64 anos de idade, que iniciaram a atividade sexual. Nos últimos anos, várias abordagens para desenvolver um programa eficaz de rastreamento do colo do útero foram implementadas no Brasil (INCA, 2016).

As diretrizes brasileiras, para o rastreamento do câncer do colo uterino do Ministério da Saúde, foram elaboradas em 2011 e tiveram sua atualização em 2016. Segundo as diretrizes, o início do rastreio, ocorre aos 25 anos e termina aos 64 anos. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil, é a repetição do exame de citologia oncológica a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste, tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. A periodicidade de três anos, tem como base a recomendação da Organização Mundial da Saúde e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se, pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo, do que se realizado em intervalos de três anos (INCA, 2016).

Segundo as diretrizes brasileiras, mediante resultados alterados de exames citopatológicos, os profissionais da atenção primária deverão proceder de acordo com as orientações do Quadro 2 (INCA, 2016).

Quadro 2 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica.

Diagnóstico citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
	Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)	< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
	≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)		Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor		Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor		Encaminhar para colposcopia

As diretrizes brasileiras recomendam ainda, que as mulheres sejam reencaminhadas para as unidades básicas, após diagnóstico ou tratamento, para seguimento citológico, conforme as diretrizes estabelecidas. Para tanto, os profissionais da atenção secundária e terciária de saúde devem fazer o reencaminhamento formal, com um resumo da história clínica, diagnóstico e tratamentos realizados, bem como orientar os profissionais da atenção primária quanto ao seguimento (INCA, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, instituiu o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde. O SISCAN, dentre outras atribuições, objetiva:

- integrar os sistemas de informação de câncer de colo do útero e do câncer de mama;
- identificar o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB);
- validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- gerenciar as ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce do câncer;
- analisar a distribuição dos resultados dos exames, conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão;
- identificar os casos positivos;
- disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados;
- monitorar os tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente.

2.4.3 Fluxo das mulheres rastreadas no município de Campo Grande - MS

Segundo o plano Municipal de Saúde de Campo Grande/MS de 2018-2021 a Atenção Primária em Saúde é por definição o primeiro acesso do paciente dentro da rede de assistência. Além de dar resposta à maioria dos agravos mais prevalentes na

população que assiste, atua como aquele que ordena o acesso para os demais pontos de atenção (SESAU, 2017).

Dentro da rede municipal de saúde, as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF se encontram distribuídas nos diversos bairros e regiões da cidade, fazendo-se especialmente presente nas áreas mais periféricas e vulneráveis. O trânsito dos pacientes da atenção básica para outros níveis de atenção da rede se dá através de dois sistemas de regulação: os casos de urgência, que se destinem à UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e hospitais, são regulados via Central de Regulação do SAMU; os casos destinados à atenção especializada são inseridos e regulados através do sistema SISREG (Sistema Nacional de Regulação - Sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS), abrangendo consultas, procedimentos e exames diagnósticos (Campo Grande, 2017).

Em Campo Grande/MS, a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) procede ao arquivamento de dados dos usuários do SUS no sistema *HYGIA*. O sistema *HYGIA WEB* coleta informações sobre os pacientes da atenção básica. Trata-se de um *software* premiado desenvolvido pela empresa *Techne* (SESAU, 2017).

Essa plataforma *HYGIA* está disponível nas unidades de saúde (UBS e UBSF) e nos centros de referência do município. Neste sistema, ficam arquivados os atendimentos dos usuários da rede, estando disponíveis e acessíveis para quem estiver cadastrado no sistema. A alimentação desses dados depende do profissional que executou o atendimento (SESAU, 2017).

Apesar da existência de formulários de contra referência, atualmente não é prática comum o retorno do paciente dos atendimentos de nível secundário e terciário com dados qualificados para continuidade e coordenação do cuidado na atenção básica (SESAU, 2017).

Em relação às consultas especializadas são ofertadas tanto pela rede própria quanto pela rede complementar (SESAU, 2017).

O paciente inicia o processo pela Rede de Atenção Básica (Figura 3), por meio da consulta médica, onde o profissional irá solicitar exames de acordo com os protocolos de acesso de cada especialidade, conforme a necessidade e posteriormente esta solicitação será inserida no SISREG (SESAU, 2017).

O tempo entre a inclusão do paciente no sistema até o seu atendimento depende do caso clínico, avaliado pelo médico regulador conforme classificação de risco, especificidades de cada serviço e cronologia (SESAU, 2017).

Tendo em vista que o atendimento integral ao paciente é uma Diretriz do SUS e deve ser fornecido mediante uma porta de entrada SUS, o encaminhamento para consulta especializada deve ocorrer quando os recursos existentes nas UBS/UBSF não atendam mais à patologia do paciente. Essas solicitações oriundas da unidade básica devem seguir o protocolo sugerido para cada especialidade (SESAU, 2017).

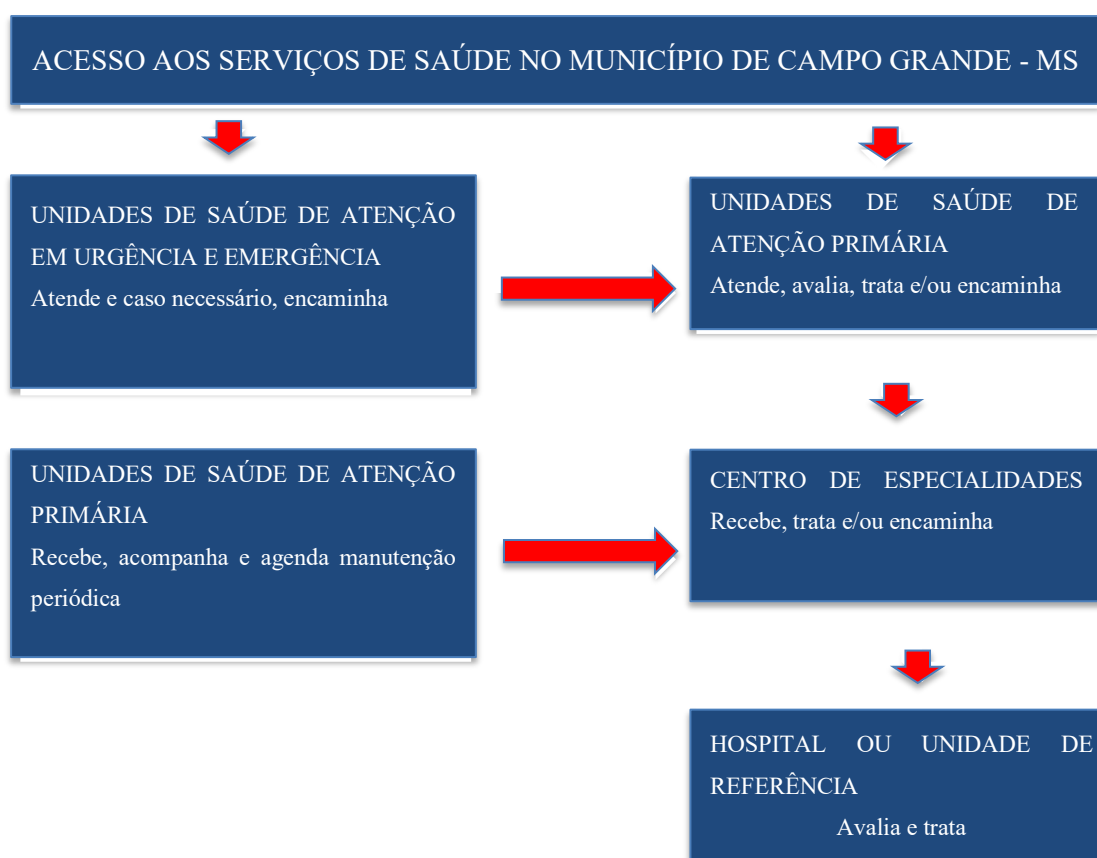


Figura 3. Fluxograma de acesso aos serviços de Atenção Básica.

O agendamento para o Centro Especializado de Atendimento à Mulher – CEAM é disponibilizado pelo Sistema HYGIA para todas as Unidades da Atenção Básica para planejamento familiar e climatério estando em curso o processo de regulação dessas agendas (SESAU, 2017).

Para as consultas em Patologia Cervical, o agendamento ocorre via Sistema de Regulação SISREG (SESAU, 2017).

Após a identificação de uma citologia oncológica com uma das alterações apresentadas no Quadro 2, essa usuária é atendida por um médico/enfermeiro na UBS/UBSF e a partir daí, é encaminhada através do SISREG, para atendimento referenciado em Patologia Cervical (SESAU, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa do sistema de saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2007).

Em comunidades com a ESF introduzida, espera-se que os agentes comunitários de saúde (ACS), por intermédio da adscrição da clientela, estabeleçam vínculo entre a equipe de referência e as famílias, objetivando uma maior resolubilidade da atenção. No contexto do rastreamento isso possibilitaria a identificação e busca ativa das pacientes sob risco e sem controles (BRASIL, 2007).

O estudo do rastreio do CCU e do seguimento das mulheres portadoras de lesões precursora é um instrumento valioso para acompanhar a ocorrência dessa patologia. Identificar as fragilidades do processo e auxiliar na construção de ferramentas para diminuir sua morbidade e mortalidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar o intervalo de tempo entre um resultado de rastreamento citológico alterado, o diagnóstico e o seguimento das mulheres com lesões precursoras do câncer do colo uterino rastreadas nas Unidades Saúde em regime de atendimento ambulatorial, no município de Campo Grande, no período de 2014 a 2018.

3.2 Objetivos específicos

- A. Analisar a porcentagem de pacientes que fizeram seguimento entre:
 - a. Resultado alterado de rastreamento citológico e a primeira consulta médica/enfermagem;
 - b. Consulta médica/enfermagem e a consulta especializada na unidade referência;
 - c. Resultado alterado de rastreamento citológico e a consulta especializada na unidade referência sem avaliação prévia em consulta médica/enfermagem;
- B. Analisar o intervalo de tempo entre:
 - a. Resultado alterado de rastreamento citológico e a primeira consulta médica/enfermagem;
 - b. Consulta médica/enfermagem e a consulta especializada na unidade referência;
 - c. Resultado alterado de rastreamento citológico e a consulta especializada na unidade referência sem avaliação prévia em consulta médica/enfermagem;

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva observacional, retrospectiva de corte transversal, com utilização de dados secundários referentes a resultados de exame citológico alterados, consulta médica/enfermagem em UBS/UBSF e atendimento no centro especializado realizados no município de Campo Grande no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

4.2 Obtenção de dados secundários

Os dados secundários foram provenientes do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) identificando as mulheres que realizaram rastreamento citológico no Município de Campo Grande - MS, especificamente nas UBS/UBSF e nas unidades de atendimento ambulatorial da rede municipal não classificadas nem como UBS nem como UBSF, cujos resultados citológicos, apresentaram alterações pré-malignas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Os dados foram extraídos do SISCAN, (no endereço <http://siscan.saude.gov.br/login.jsf>), sendo necessária uma senha de acesso. Os passos necessários para o acesso aos dados foram: Acessar o menu de "Seguimento" e "Gerenciar Seguimento" (Figura 4).



Figura 4. Fonte: SISCAN.

Em seguida, no formulário do relatório, foram utilizados os campos obrigatórios de "Período" onde se pesquisa manualmente. Selecionado o campo de "Colo/Mama" e o campo de "Situação" que localiza como está o estágio da situação do paciente no SISCAN.

Selecionada a opção de "Colo", temos as opções de diagnósticos que foram usadas no relatório da pesquisa:

- Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de Baixo Grau;
- Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta alto grau (ASC-H);
- Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida;
- Lesão Intraepitelial de Alto Grau; e
- Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias.

Essas cinco opções já são padronizadas pelo sistema, não podendo fazer pesquisa por ramificações.

COLO

CRITÉRIO*

Cito

Histo

DIAGNÓSTICO

Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásica(ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de baixo grau

Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta alto grau (ASC-H)

Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida

Lesão Intraepitelial de alto grau

Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias

Figura 5. FONTE: SISCAN

No Sistema SISCAN, foram identificadas as mulheres com citologias alteradas. Com os dados obtidos foi gerada e editada uma planilha no Microsoft® Excel (MICROSOFT Corporation, 2013).

Na sequência foi realizada busca no sistema informático (*HYGIA*) do Município de Campo Grande. Com os dados obtidos no arquivo do *HYGIA*, foi gerada e editada uma planilha no Microsoft® Excel com as seguintes informações:

- Data de Atendimento;
- Nome do Paciente;
- Data de Nascimento;
- Nome do Profissional;

- Especialidade;
- Código do Procedimento;

Como não existe integração/comunicação entre os sistemas SISCAN e HYGIA, foi realizado cruzamento dos dados gerando uma nova planilha no Microsoft Excel. O cruzamento foi realizado da seguinte forma:

- Cartão SUS *HYGIA* x Cartão SUS SISCAN;
- Nome do paciente + data de nascimento *HYGIA* x nome do paciente + data de nascimento SISCAN.

4.2.1 Sujeitos da pesquisa e critérios de inclusão/exclusão

A pesquisa incluiu 4562 resultados alterados de colpocitologia oncótica realizados na rede de atendimento do município de Campo Grande, no período de janeiro de 2014 até dezembro de 2018.

As amostras de materiais para realização da citologia foram coletadas da seguinte forma: 2531 nas UBSF, 1425 nas UBS e 606 em unidades de atendimento da rede municipal não classificadas nem como UBS nem como UBSF.

Foram incluídos os dados referentes a mulheres maiores de 25 anos e que tiveram resultados de exames citológicos com uma das seguintes alterações nas células epiteliais:

- em células escamosas:
 - células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas – ASC-US;
 - células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se podendo excluir alto grau - ASC-H;
 - lesão intraepitelial escamosa de baixo grau - LSIL;
 - lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL;
 - lesão de alto grau não se pode afastar microinvasão;
 - carcinoma de células escamosas.
- em células glandulares:
 - atípias em células glandulares, possivelmente não neoplásicas - AGC-US;

- atípicas em células glandulares, não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau - AGC-H;
- adenocarcinoma endocervical *in situ*.

Foram considerados critérios de exclusão: os dados secundários de mulheres menores de 25 anos que por ventura tenham realizado citologia, mulheres que chegaram ao atendimento especializado com citologia proveniente de outros municípios do estado de Mato Grosso do Sul e mulheres que chegaram ao atendimento especializado com citologia proveniente de outros estados ou países.

4.3 Procedimentos e análise dos dados

Os dados secundários foram obtidos respeitando os critérios de inclusão/exclusão. O programa Microsoft[®] Excel foi utilizado para armazenamento e análise dos dados. Convém realçar, que os resultados foram organizados em ordem cronológica e as duplicidades de pacientes foram removidas.

Foram designadas como alfa (α) as mulheres que fizeram a consulta médica/enfermagem após a realização da coleta do material para o rastreio; beta (β), as mulheres que fizeram a consulta especializada após a consulta médica/enfermagem; gama (γ), as mulheres que fizeram a consulta especializada sem realizar consulta prévia com médico/enfermeiro.

O intervalo entre o exame citológico e as consultas subsequentes foi fracionado em quatro grupos, da seguinte forma: até 120 dias, de 121 a 240 dias, de 241 a 300 dias e acima de 300 dias.

Como não existe integração/comunicação entre os sistemas SISCAN e HYGIA, foi realizado cruzamento dos dados gerando uma nova planilha no Microsoft[®] Excel (MICROSOFT Corporation, 2013). O cruzamento foi realizado da seguinte forma:

- Cartão SUS *HYGIA* X Cartão SUS *SISCAN*;
- Nome do paciente + data de nascimento *HYGIA* X nome do paciente + data de nascimento *SISCAN*.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CEP/UFMS (3.354.966 de 29 de maio de 2019 – ANEXO A).

Encontram-se anexos:

- Declaração de instituição e infraestrutura – Secretaria de Saúde do Estado (SES) (ANEXO B);
- Dispensa do uso do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C);
- Termo de compromisso para utilização de informação de banco de dados (ANEXO D);
- Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa (ANEXO E).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desse trabalho estão contidos no manuscrito intitulado "ANÁLISE DO TEMPO ENTRE O RASTREIO E O INICIO DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO" submetido à Revista de Saúde Pública no dia 19/08/2021, a seguir apresentado:

Revista de Saúde Pública



ANÁLISE DO TEMPO ENTRE O RASTREIO E O INICIO DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword – Go to http://decs.bvs.br/ to find your keywords.:	Exame colpocitológico, prevenção secundária, neoplasia cervical, saúde da família

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

TÍTULO:

ANÁLISE DO TEMPO ENTRE O RASTREIO E O INÍCIO DE TRATAMENTO DO
CÂNCER DO COLO UTERINO

TÍTULO RESUMIDO:

TEMPO ENTRE RASTREIO E TRATAMENTO DO CÂNCER CERVICAL

DESCRITORES:

Exame colpocitológico; prevenção secundária; neoplasia cervical; saúde da
família

For Review Only

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. O rastreamento contribui para o diagnóstico precoce das lesões precursoras, permitindo o tratamento em uma fase da doença onde há possibilidade de até 100% de cura, justificando o rastreamento populacional em mulheres.

OBJETIVO: Identificar o intervalo de tempo entre o rastreio citológico, a interpretação do resultado da citologia e o início do seguimento das mulheres com lesões precursoras do câncer do colo uterino, rastreadas nas Unidades de Saúde municipais, em regime ambulatorial, na cidade de Campo Grande/MS, no período de 2014 a 2018.

MÉTODOS: Foi realizada uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, de corte transversal, no município de Campo Grande/MS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, onde foram incluídos dados secundários de resultados alterados de citologias coletadas em mulheres acima de 25 anos. Na sequência, foi realizado o cruzamento de dados do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) com as informações arquivadas no HYGIA (sistema informático utilizado pelo município de Campo Grande) utilizando o programa Microsoft® Excel (MICROSOFT Corporation, 2013).

RESULTADOS: Do total de 3488 exames coletados, 39,47% das mulheres que apresentaram resultados alterados compareceram em uma consulta médica/enfermagem e 60,53% ficaram sem a interpretação dos seus exames. Independentemente do resultado da citologia, observamos que a maioria, 1014 (73,64%) fizeram a consulta após a coleta da citologia em um intervalo de tempo superior 300 dias.

CONCLUSÕES: Os resultados encontrados sugerem que o papel do rastreio do colo uterino não está sendo devidamente alcançado. O seguimento das mulheres com citologia alterada deveria passar por um processo de busca ativa constante e contínua para permitir que os critérios das diretrizes brasileiras de prevenção do câncer do colo uterino possam ser colocados em prática.

DESCRITORES: Exame colpocitológico; prevenção secundária; neoplasia cervical; saúde da família.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 550 mil casos novos por ano no mundo. É responsável pelo óbito de até 300 mil mulheres/ano, onde cerca de 83% dos casos acontecem em países subdesenvolvidos, permanecendo como um dos maiores problemas de saúde pública em países em desenvolvimento, especialmente da América Central e do Sul, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia¹.

O câncer invasivo do colo do útero afeta desproporcionalmente as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social e sem acesso suficiente aos cuidados de assistência à saúde, ou seja, as taxas mais altas ocorrem nas regiões de baixa renda do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os casos de câncer invasivo do colo do útero devem aumentar em 40% até o ano de 2030².

Apesar de o Brasil ser considerado hoje a nona economia do mundo³, seus investimentos em saúde continuam não sendo prioritários e conseqüentemente, a cada minuto, morrem muitas mulheres devido ao diagnóstico tardio desse tipo de câncer, mesmo ele sendo passível de prevenção com medidas simples e de baixo custo⁴.

No Brasil, estimam-se 16.710 novas ocorrências de câncer do colo do útero para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Dentre as regiões do Brasil, a região Centro-Oeste ocupa a terceira posição, com incidência de 15,92/100 mil⁵.

No estado de Mato Grosso do Sul, a estimativa para o ano de 2020 era de 270 novos casos de câncer de colo uterino por 100 mil habitantes, sendo que destes, 40 na cidade de Campo Grande⁵.

O rastreamento do câncer do colo uterino tem como objetivo diminuir o número de casos e permitir um diagnóstico precoce. A premissa do rastreamento, é que a doença seja identificada antes dos sintomas (fase pré-clínica ou subclínica), possibilitando começar o tratamento nas fases iniciais da doença, com objetivo de aumentar as chances de cura⁶.

Ao diagnosticar e tratar, em estádios iniciais ou em fases precursoras, o câncer de colo do útero apresenta alto potencial de cura, chegando a 100%,

1
2
3 justificando o rastreamento populacional em mulheres⁷. O Ministério da
4 Saúde do Brasil reconhece a necessidade de um programa nacional de controle
5 do câncer do colo uterino que, sob a coordenação do Instituto Nacional do
6 Câncer (INCA), determina que o início do rastreio deve ocorrer aos 25 anos e
7 terminar aos 64 anos⁸. Tendo em vista que o atendimento integral ao paciente é
8 uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser fornecido mediante
9 uma porta de entrada SUS, a coleta do material, para análise citológica, deve
10 ser realizada principalmente nas unidades básicas de saúde (UBS) e nas
11 unidades básicas de saúde da família (UBSF). O resultado da citologia é
12 inicialmente interpretado nas UBS e nas UBSF por profissionais médico e/ou
13 enfermeiro. A primeira conduta é realizada a partir dessa interpretação⁹.

14
15
16 No município de Campo Grande – MS, desconhece-se o intervalo de
17 tempo entre o rastreio citológico alterado e a consulta médica/enfermagem e o
18 tratamento das lesões precursoras.

19
20
21 Sendo assim, este trabalho objetivou analisar retrospectivamente o
22 intervalo de tempo entre o rastreio citológico, a interpretação do resultado da
23 citologia e o início do seguimento das mulheres com lesões precursoras do
24 câncer do colo uterino rastreadas nas Unidades de Saúde municipais, em regime
25 ambulatorial, na cidade de Campo Grande/MS, no período de 2014 a 2018.

26 27 28 **MÉTODOS**

29 30 31 **População e Amostra**

32
33
34 Foi realizada uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, de corte
35 transversal, no município de Campo Grande no período de janeiro de 2014 a
36 dezembro de 2018, onde foram incluídos resultados alterados de citologias
37 coletadas em mulheres acima de 25 anos, nas unidades de saúde pública do
38 município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

39 40 41 **Coleta de Dados**

42
43
44 A obtenção dos dados secundários foi proveniente do SISCAN (Sistema
45 de Informação do Câncer) identificando as mulheres que realizaram rastreio

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

citológico no município de Campo Grande - MS, especificamente nas UBS (Unidade Básica de Saúde) e UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) e nas unidades de atendimento ambulatorial da rede municipal não classificadas nem como UBS nem como UBSF, cujos resultados citológicos apresentaram alterações pré-malignas, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Os dados foram extraídos no endereço eletrônico <http://siscan.saude.gov.br/login.jsf> do site do SISCAN. Os passos para o acesso aos dados foram: menu "Seguimento" e "Gerenciar Seguimento".

Em seguida, no formulário do relatório, foram utilizados os campos obrigatórios de "Período" onde se pesquisa manualmente. Selecionado o campo de "Colo/Mama" e o campo de "Situação" que localiza como está o estágio da situação do paciente no SISCAN. Selecionada a opção de "Colo", observa-se as opções de diagnósticos que foram usadas no relatório da pesquisa, descritas da seguinte forma:

- (1) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de Baixo Grau;
- (2) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta alto grau (ASC-H);
- (3) Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida;
- (4) Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL); e
- (5) Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias.

Com os dados obtidos foi gerada e editada uma planilha no Microsoft® Excel (MICROSOFT Corporation, 2013).

Na sequência foi realizada busca no sistema informático (*HYGIA*) do município de Campo Grande. Com os dados obtidos no arquivo do *HYGIA*, foi gerada e editada uma planilha no Microsoft® Excel com as seguintes informações:

- Data de Atendimento;
- Nome do Paciente;
- Data de Nascimento;

- Nome do Profissional;
- Especialidade;
- Código do Procedimento.

Análise dos Dados

Foram designadas como alfa (α) as mulheres que fizeram a consulta médica/enfermagem após a realização da coleta do material para o rastreio; beta (β), as mulheres que fizeram a consulta especializada após a consulta médica/enfermagem; gama (γ), as mulheres que fizeram a consulta especializada sem realizar consulta prévia com médico/enfermeiro.

O intervalo entre o exame citológico e as consultas subsequentes foi fracionado em quatro grupos, da seguinte forma: até 120 dias, de 121 a 240 dias, de 241 a 300 dias e acima de 300 dias.

Como não existe integração/comunicação entre os sistemas SISCAN e HYGIA, foi realizado cruzamento dos dados gerando uma nova planilha no Microsoft® Excel (MICROSOFT Corporation, 2013). O cruzamento foi realizado da seguinte forma:

- Cartão SUS *HYGIA* X Cartão SUS SISCAN;
- Nome do paciente + data de nascimento *HYGIA* X nome do paciente + data de nascimento SISCAN.

RESULTADOS

Foram encontrados 4562 resultados de exames com alterações citológicas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Destes, 3488 pertenciam a pacientes dentro da faixa etária de 25 a 64 anos. Foram excluídos 1074 resultados de exames por terem sido realizados em mulheres com menos de 25 anos de idade.

A tabela 1 apresenta os números de exames realizados no período de 2014 a 2018, distribuídos de acordo com os resultados alterados encontrados.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

A figura 1 demonstra o número de mulheres que realizaram as consultas subsequentes após o rastreamento citológico, onde foram distribuídas de acordo com o tipo de consulta realizada e conforme o resultado da citologia.

Dos 3488 exames coletados, em apenas 1377 (39,47%) as mulheres tiveram a interpretação e conseqüentemente receberam as orientações e conduta em uma consulta médica/enfermagem e 2111 (60,53%) ficaram sem essa interpretação e subsequentemente sem consulta especializada. Das 1377 mulheres que tiveram a interpretação do resultado da citologia por profissional, 94% (n grupo α = 1299) ocorreu somente através de consulta médica/enfermagem.

Foram encontradas 68 mulheres do grupo β , ou seja, apenas 1,94% (68/3488) das mulheres com exames alterados, realizaram consulta especializada após encaminhamento através da consulta médica/enfermagem, seguindo o caminho preconizado pelo sistema de saúde. Quanto às mulheres do grupo γ , ou seja, as mulheres que realizaram consulta especializada sem realizar uma consulta médica/enfermagem, o resultado encontrado foi de 10 (0,28%) em 3488 das pacientes.

A tabela 2 mostra o número de mulheres que fizeram as consultas subsequentes após o rastreamento citológico, divididas nos grupos, α , β e γ e distribuídas nos intervalos de tempo como previamente estabelecido.

Independentemente do resultado da citologia, observamos que a maioria, 1014 mulheres, ou seja (73,64%) fizeram a consulta após a coleta da citologia, em um intervalo de tempo superior 300 dias.

DISCUSSÃO

No presente estudo, realizado com um total expressivo de exames de citologia, realizados no município de Campo Grande/MS, cujos resultados apresentavam alterações citológicas, observou-se que não houve registro de consulta para interpretação da alteração em 2111 mulheres, ou seja, 60,53%. Essa consulta, realizada por um médico ou por um enfermeiro, tem por finalidade direcionar a paciente para a avaliação especializada, se necessária para a realização de colposcopia e biópsia do colo, de forma que o tratamento seja instituído. A primeira consulta com médico ou enfermeiro após o exame, também

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

é importante, pois para algumas pacientes tem a finalidade de orientar quanto ao tempo de repetição do exame.

Esse primeiro momento após a realização do exame é um passo revestido de grande importância. Nesse momento são oferecidas orientações valiosas para a interpretação adequada do mesmo, que caso não ocorram, impedem etapas decisivas para a resolução da alteração identificada e acompanhamento da paciente.

Uma variedade de fatores pode contribuir para o insucesso desse tipo de rastreio. A alimentação dos dados nos dois sistemas (SISCAN e HYGIA) depende da ação de um profissional da saúde médico/enfermeiro. Não existe comunicação entre o SISCAN e o HYGIA. Os formulários são complexos e nem sempre todas as informações ficam registradas. O resultado da citologia não fica obrigatoriamente registrado no prontuário eletrônico do paciente. Uma limitação a esse estudo é a dúvida quanto à fidedignidade das informações registradas, uma vez que os números são muito discrepantes. De fato, não é possível precisar se essas mulheres realmente não fizeram as consultas subsequentes ou se essas consultas foram realizadas sem o registro adequado nos sistemas de informação.

Merece destaque ainda, que muitos exames deveriam ser repetidos com intervalo de 6 meses. Esses exames ou não foram realizados ou foram realizados sem o devido registro nos sistemas (SISCAN e HYGIA). Tal fato se dá devido ao tipo de rastreio aplicado. O que se observa no Brasil, é que o padrão predominante do rastreamento é oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame de Papanicolaou no momento que procuram os serviços de saúde por outras razões⁸. Tanto a realização do exame quanto a avaliação de seu resultado dependem da iniciativa da usuária do SUS ou através de uma busca ativa realizada pelas equipes das UBS e UBSF, o que na maioria das vezes não é efetiva.

O rastreio oportunístico é um tipo de rastreio que não fornece condições de seguimento e acompanhamento adequado. A busca aleatória, por parte da usuária, ao serviço de saúde, baseada apenas nas informações recebidas ou em campanhas educativas não é suficiente. Sem uma base populacional definida e uma metodologia adequada para seguimento, as

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

mulheres continuarão a realizar o exame sem uma efetividade no rastreamento populacional¹⁰

Mac Laughlin¹¹, destacou que a prevenção é alcançada através da identificação das anormalidades citológicas numa fase que a intervenção fará a diferença no prognóstico da paciente. A progressão de uma anormalidade citológica pré-maligna para o câncer de colo, ocorre ao longo de muitos anos, o que permite que rastreios sucessivos, intervenções e seguimentos ocorram em resposta aos resultados alterados. Grupos de alto risco para desenvolvimento do câncer do colo uterino, são as mulheres que nunca participaram do rastreamento, aquelas que foram sub-rastreadas e aquelas que tiveram atraso ou ausência de seguimento após resultados alterados.

Fazer exame de rastreamento não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. É necessário que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado; porém, há evidências de que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento¹¹.

A incidência e mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser quase que totalmente prevenidas por ações de saúde pública, desde que o planejamento destas ações esteja em consonância com o conhecimento científico atual, e a execução das mesmas seja corretamente gerenciada. A análise do modo de rastreamento e do impacto dessas ações pode gerar um conjunto de indicadores fundamentais para se obter maior eficiência do programa em termos de saúde pública¹².

Para diminuir a mortalidade e a morbidade da doença não basta realizar a coleta do material para análise citológica. A interpretação dos resultados, a orientação adequada para cada resultado alterado, o acompanhamento e seguimento dessas mulheres, quanto ao cumprimento do protocolo estabelecido é fundamental. É recomendável que o seguimento das mulheres com citologia alterada seja realizado através de um sistema de busca ativa, permitindo que os critérios das diretrizes brasileiras de prevenção do câncer do colo uterino possam ser colocados em prática. As recomendações das diretrizes estão muito longe de serem alcançadas. A utilização de um sistema de informação integrado ao

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

prontuário eletrônico do paciente, com capacidade de calcular indicadores e de fazer o controle das ações, certamente contribuirá para melhorar os resultados¹¹.

Vale et al¹³, destacando a Estratégia de Saúde da Família como um caminho para a reorientação das práticas do rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil em direção a um programa organizado, acompanharam os indicadores de Amparo-SP por sete anos consecutivos, e concluíram que houve persistência do modelo oportunístico, com elevada frequência de coletas em excesso, que se bem direcionadas poderiam ter garantido cobertura de 100% da população alvo.

Comparado aos programas de rastreamento, o modelo oportunístico, onde não existe maior sistematização das ações, costuma ser menos efetivo no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, além de ser mais oneroso para o sistema de saúde¹³.

É necessário destacar no cadastramento das famílias por meio da ESF as mulheres-alvo do rastreamento do câncer do colo do útero e registrar os controles realizados, evitando a realização de exames nas mulheres jovens e naquelas que mais frequentam os serviços de saúde, favorecendo as que precisariam de uma ação ativa dos ACS na identificação, convencimento e realização dos exames periódicos, minimamente atendendo às normas do Ministério da Saúde¹³.

CONCLUSÃO

Com base no exposto, a demonstração dos resultados encontrados nos registros do município de Campo Grande, permite concluir que o papel do rastreio do colo uterino não está sendo alcançado.

A mulheres levam um tempo muito grande para realizar a consulta médica ou de enfermagem após a realização do exame de rastreio e o pior, na maioria nem a faz.

Provavelmente as dificuldades e erros identificados no rastreio do colo do útero em Campo Grande-MS faz parte de uma realidade vivenciada em outros municípios do Brasil.

O seguimento das mulheres com citologia alterada através de um sistema de busca ativa pode permitir que os critérios das diretrizes brasileiras de prevenção do câncer do colo uterino possam ser colocados em prática. A

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

implementação de um sistema de rastreamento em um modelo organizado trará resultados mais efetivos.

Enfim, o eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer: 1) qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; 2) acesso fácil e ágil aos serviços; 3) flexibilidade para marcar e remarcar consultas e 4) rapidez no atendimento.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO, International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, Globocan 2018 em <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- 2 Bychkovsky BL, Ferreyra ME, Strasser-Weippl K, Herold. CI, Lopes Jr GL, Dizon DS, Schmeler KM, Carmen MD, Randall T C, Nogueira-Rodrigues A, Calabrich AFC, ST Louis J, Vail CM, Goss PE. Cervical cancer control in Latin America: a call to action. *Cancer*. Feb. 2016 v.122, n. 4, p.502-514,
- 3 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), [homepage da internet]; 2017. [Citada em 15 de maio 2020]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_pa%C3%ADses_por_PIB_nominal
- 4 Fonseca VF, Tomasich DS, Jung. JE. Neoplasia intraepithelial cervical: da etiopatogenia ao desempenho da tecnologia no rastreio e no seguimento. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2012. v.24, n.1, p. 53-56,
- 5 INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [homepage na internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>
- 6 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization, GENEVA, 1968.
- 7 WHO, Guide for Effective Programmes. World Health Organization. 2007. Disponível em: Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>
- 8 INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

9 SESAU. Secretaria Municipal de Saúde Pública. CAMPO GRANDE (MS). PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE 2018-2021, p.136-137. Campo Grande, 2017.

10 Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. May. 2008. v. 30, n. 05.

11 Mac Laughlin KL, Kessler ME, Elayavilli RK, Hickey BC, Scheitel MR, Waghlikar KB, Liu H, Kremers WK, Chaudhry R. Impact of Patient Reminders on Papanicolaou Test Completion for High Risk Patients Identified by a Clinical Decision Support System. Journal of Women's Health. May. 2018. v.27, p.569-574.

12 Zeferino LC, Durchain SF. Cervical cancer in the developing world. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. Jun. 2006. v. 20, n. 3, p. 339-354.

13 Vale DBAP, Morais SS, Pimenta, AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Feb. 2010. v. 26, n. 2, p. 383-390.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos resultados de citologia alterada segundo ano de coleta.

Ano	DIAGNÓSTICO					Total n
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	
2014	720 (73,04)	90 (9,03)	44 (4,01)	132 (13,02)	9 (0,90)	995
2015	386 (70,91)	46 (8,94)	15 (2,98)	91 (16,97)	9(0,19)	547
2016	595 (68,72)	89 (10,32)	40 (4,87)	137 (15,85)	12(0,24)	873
2017	316 (68,99)	50 (10,99)	22 (4,99)	66 (14,88)	6(0,15)	460
2018	379 (61,83)	101 (16,48)	31 (5,06)	100 (16,31)	2(0,32)	613
Total	2.396 (69,18)	376 (10,43)	152 (4,25)	526 (15,06)	38(1,08)	3.488

Nota: (1) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL), (2) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta Alto Grau (ASC-H), (3) Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida, (4) Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) e (5) Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias.

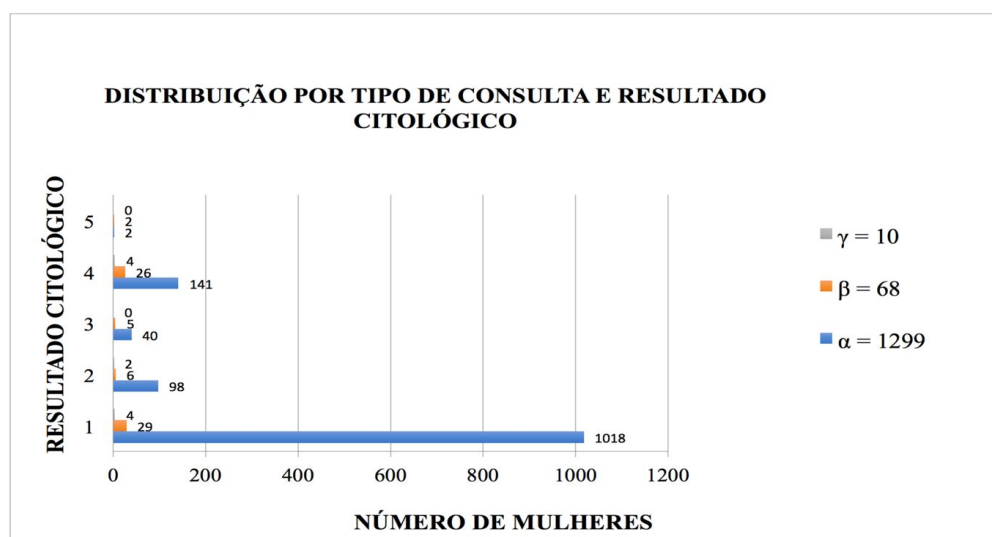
Tabela 2. Número de mulheres que fizeram consultas subsequentes, distribuídas por diagnóstico e por tempo, em dias, entre o rastreamento citológico e a consulta (n=1377).

	até 120 dias					121 a 240 dias					241 a 300 dias					acima 300 dias				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
α	67	6	5	11	1	140	17	6	12	0	53	3	1	9	0	758	72	28	109	1
β	0	0	0	1	0	9	0	1	7	1	5	1	2	1	0	15	5	2	17	1
γ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	4	0
Total	67	6	5	12	1	149	17	7	19	1	62	4	3	10	0	773	79	30	130	2

Nota: (α) mulheres que fizeram a consulta médica/enfermagem após a realização da coleta do material para o rastreamento; (β) mulheres que fizeram a consulta especializada após a consulta médica/enfermagem; gama (γ) mulheres que fizeram a consulta especializada sem realizar consulta prévia com médico/enfermeiro. (1) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL), (2) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta Alto Grau (ASC-H), (3) Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida, (4) Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) e (5) Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias.

FIGURA

Figura 1. Distribuição das mulheres que fizeram o seguimento, segundo os resultados do diagnóstico citológico e tipo de consulta (n=1377).



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Nota: (α) mulheres que fizeram a consulta médica/enfermagem após a realização da coleta do material para o rastreio; (β) mulheres que fizeram a consulta especializada após a consulta médica/enfermagem; gama (γ) mulheres que fizeram a consulta especializada sem realizar consulta prévia com médico/enfermeiro. (1) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL), (2) Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado não afasta Alto Grau (ASC-H), (3) Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida, (4) Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) e (5) Carcinoma Escamoso Invasivo e/ou Adenocarcinoma e/ou Outras Neoplasias.

For Review Only

Além dos dados apresentados no manuscrito, podemos citar que na rede municipal de saúde no município de Campo Grande, no período de janeiro de 2014 até dezembro de 2018 foram realizadas 153.773 citologias oncóticas para o rastreamento do CCU distribuídas de acordo com a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos exames de citologia oncótica para rastreamento CCU realizadas em Campo Grande segundo ano de coleta.

ANO	Nº DE EXAMES REALIZADOS
2014	48.902
2015	33.180
2016	33.757
2017	16.550
2018	21.384
TOTAL	153.773

O número total de citologias oncóticas coletadas nas UBS e UBSF do município de Campo Grande, no período de jan 2014 até dez 2018 foi de 153.773. Considerando os números demonstrados, temos 4562 citologias alteradas, o que representa 2,96 % do total das citologias realizadas nas unidades de saúde de Campo Grande. De acordo com os dados do INCA 2013, contidos na Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, a prevalência de resultados citológicos alterados no Brasil é de 3,27%. Sendo assim, os números de resultados alterados encontrados na amostra do município de Campo Grande estão muito próximos dos cenários apresentados pelo INCA.

O intervalo de tempo entre o resultado alterado de citológica oncótica e a primeira consulta médica/enfermagem, variou de 6 até 1900 dias, com uma média de 562 dias.

O intervalo de tempo, entre o resultado alterado de citológica oncótica e a consulta especializada na unidade referência sem avaliação prévia em consulta médica/enfermagem, variou de 28 até 1246 dias, com uma média de 316 dias.

O intervalo de tempo, entre a consulta médica/enfermagem e a consulta especializada na unidade referência, variou de 277 até 1129 dias, com uma média de 592 dias.

Todos os intervalos citados acima representam um tempo muito relevante, considerando a necessidade de intervenção para evitar a progressão das lesões precursoras.

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Dos 3450 exames coletados, 1373 (39,79%) tiveram sua interpretação em uma consulta médica/enfermagem e 2077 (60,20%) ficaram sem a interpretação em uma conduta médica/enfermagem. Em 66 exames coletados, ou seja, 1,91 %, as mulheres realizaram consulta especializada sem encaminhamento através da consulta médica/enfermagem. Apenas em 10 exames, ou seja 0,28%, as mulheres seguiram o percurso preconizado e realizaram consulta especializada após terem sido orientadas em uma consulta médica/enfermagem.

Com base no exposto, a demonstração dos resultados encontrados nos registros do município de Campo Grande, permite concluir que o papel do rastreio do colo uterino não está sendo alcançado. Enquanto o modelo de rastreio utilizado no Brasil for oportunístico e não organizado numa base populacional essas deficiências estarão muito evidentes.

Como recomendações, aponto a necessidade de realizar nas mulheres com citologia alterada, o seguimento através de um sistema de busca ativa mais efetivo, almejando deste modo, amenizar as fragilidades do sistema de rastreio vigente, permitindo que os critérios das diretrizes brasileiras de prevenção do câncer do colo do útero possam ser colocados em prática. Além disso, se faz necessário a implementação de treinamentos, no modelo de educação continuada, com todas as equipes e todos os profissionais que atuam nas UBSF e UBS, fornecendo conhecimento técnico científico sobre esse problema. Da mesma forma, a realização de campanhas educativas, nomeadamente através das mídias sociais e canais de comunicação direcionadas a população alvo do rastreio, podem contribuir para minimizar as carências do sistema atual, oferecendo informações valiosas sobre a doença e a importância da sua prevenção. Para finalizar, reforço a relevância das campanhas de vacinação contra o HPV, tendo como meta elevar o número de adolescentes vacinados, visando a proteção das gerações futuras.

REFERÊNCIAS

ARBYN, M.; ANTTILA, A.; JORDAN, J.; RONCO, G.; SCHENCK, U.; SEGNAN, N.; WIENER, H.; HERBERT, A.; KARSA, L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. **Annals of Oncology**, v. 21, p.448-458, 2010.

AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. National Cancer Screening. [homepage na internet]. [Citado em 20 Set 2019]. Disponível em: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/cervical-screening-1>.

BASU, P.; MITTAL, S.; BHADRA, D.; KHARAJI, Y.C. Secondary Prevention of Cervical Cancer. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**. Aug. 2017.

BERNARD, H. U.; CHAN, S. Y.; MANOS, M. M.; ONG, C. K.; VILLA, L. L.; DELIUS, H.; PEYTON, C. L.; BAUER, H.M.; WHEELER, C. M. Identification and Assessment of Known and Novel Human Papillomaviruses by Polymerase Chain Reaction Amplification, Restriction Fragment Length Polymorphisms, Nucleotide Sequence, and Phylogenetic Algorithms. **The Journal of Infectious Diseases**, v.170, p. 1077-85. Nov, 1994.

BERNARD, H. U. The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. **Journal of Clinical Virology**. v.32, p. 1–6. Out. 2005

BERNARD, H.U.; BURK, R.D.; CHEN, Z.; VAN DOORSLAER, K.; HARALD ZUR HAUSEN, H.; DE VILLIERS E.M. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. **Virology**, v. 401, n. 1, p. 70-79, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **PORTARIA N° 3.394, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013**
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília, 2007.

BRENNA, S. M. F.; SYRJÄNEN, K. J. Regulation of cell cycles is of key importance in human papillomavirus (HPV) - associated cervical carcinogenesis. **São Paulo Medical Journal**, v. 121, n. 3, p. 128-32, 2003.

BRUNI, L.; DIAZ, M.; BARRIONUEVO-RPSAS, L.; HERRERO, R.; BRAY, F.; BISCH, F. X.; SANJOSÉ, D.; CASTELLSAQUÉ, X. Global Estimates of Human Papillomavirus Vaccination Coverage by Region and Income Level: a Pooled Analysis. **The Lancet**, v.4, p. 453-63, JUL. 2016

BYCHKOVSKY, B. L.; FERREYRA, M. E.; STRASSER-WEIPPL, K; HEROLD, C. I.; LOPES Jr, G. L.; DIZON, D. S.; SCHMELER, K. M.; CARMEN, M. D.; RANDALL, T. C.; NOGUEIRA-RODRIGUES, A.; CALABRICH, A. F. C.; ST LOUIS, J.; VAIL, C. M.; GOSS, P. E. Cervical cancer control in Latin America: a call to action. **Cancer**, v.122, n. 4, p.502-514, Feb. 2016

CANCER REGISTRY OF NORWAY. The National Cervical Cancer Screening Programme (NCCSP) [homepage da internet]; 2019 [citado em 22 Set 2019]. Disponível em: <https://www.kreftregisteret.no/en/screening/Cervical-Cancer-Screening-Programme/>

CHELMOW, D. Practice Bulletin: Cervical Cancer Screening and Prevention. **Obstetrics & Gynecology**, n. 168, p. 111-130, Oct, 2016.

CHRYSOSTOMOU, A. C.; STYLIANOU, D. C.; CONSTANTINIDOU, A.; KOSTRIKIS, L. G. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. **Viruses**, v.10, p.729, 2018

CURRY, S. J.; KRIST, A. H.; OWENS, D. K.; et al. Screening for Cervical Cancer. Unites States Preventive Services Task Force (USPSTF). **Journal of the American Medical Association JAMA**. v. 320, p. 674-686. 2018.

CUZICK, J.; CLAVEL, C.; PETRY, K. U.; MEIJER, C. J.; HOYER, H.; RATNAM, S.; SZRESWSKI, A.; BIREMBAUT, P.; KULASINGAM, S.; SASIENI, P.; IFTNER, T. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. **International Journal of Cancer IJC**. v. 116, p.1095-1101, 2006

DE VILLIERS, E. M.; FAUQUET, C.; BROKER, T. R.; BERNARD, H. U.; ZUR HAUSEN, H. Classification of papillomaviruses. **Virology**, v. 324, n. 1, p. 17-27, 2004.

DOORBAR, J. The papillomavirus life cycle. **Journal of Clinical Virology**, v. 32, suppl. 1, p. 7- 15, Mar. 2005.

DOORBAR J., QUINT W., BANKS L., BRAVO I.G., STOLER M., BROKER T.R., STANLEY, M.A. The Biology and Life-Cycle of Human Papillomaviruses. **Vaccine**, v. 30, n. 5, p.F55-70, 2012.

DOORBAR J. Host control of human papillomavirus infection and disease. Best Practice Research. **Clinical Obstetrics & Gynaecology**. v. 47, p. 47:27, Feb. 2018.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUE, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.11, n.3, Rio de Janeiro July/Sep. 2006.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M.; PARKIN, D. M.; FORMAN, D.; BRAY, F. Cancer incidence and

mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-386, Mar. 2015.

FINNISSH CANCER REGISTRY. Cervical Cancer Screening. [homepage na internet]. [Citado em 9 Jun 2019]. Disponível em: <https://syoparekisteri.fi/assets/files/2018/11/Good-to-know-about-cervical-cancer-screening.pdf>

FONSECA, V. F.; TOMASICH, D. S.; JUNG, J. E. Neoplasia intraepithelial cervical: da etiopatogenia ao desempenho da tecnologia no rastreamento e no seguimento. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, p. 53-56, 2012.

GRAVITT, P.E.; WINER, R.L. Natural history of HPV infection across the lifespan: role of viral latency. **Viruses**, v.9, p. 267, Set.2017.

IARC. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **IARC Handbooks of Cancer Prevention**. v.10. Cervix Cancer Screening. Lyon, France. 2005.

IARC. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **A Reveal of Human Carcinogenesis**. Lyon: IARC, v. 100b, 2011.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Um Panorama da Saúde do Brasil: Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde. PNAD, 2008. IBGE. Rio de Janeiro. 2010.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Brasil **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** [homepage na internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: Brasil, 2016.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer.2020>

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/mapa-mama-feminina-colo-uterotaxas-brutas.asp>

JERONIMO, J.; CASTLE, P. E.; TEMIN, S.; *et al.* Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. **Journal of Global Oncology (JGO)**. v. 3, p. 635-657, 2017.

JORDAN, J.; MARTIN-HIRSCH, P.; ARBYN, M.; SCHENCK, U.; BALDAUF, J. J.; DA SILVA, D.; ANTTILA, A.; NIEMIENEN, P.; PRENDIVILLE, W. European Guidelines for Clinical Management of Abnormal Cervical Cytology, part 2. **Cytopathology**. v.20, p.5-16, Fev. 2009.

KUNDORD, K. A.; SMITH, C. A.; HUNT, B.; SCHWARZ, R. A.; SCHMELER, K.; KORTUM, R. R. Advances in Technologies for Cervical Cancer Detection in Low-Resource Settings. **Expert Review of Molecular Diagnostics**, v.19, p. 695-714, 2019.

MAC LAUGHLIN, K. L.; KESSLER, M. E.; ELAYAVILLI, R. K.; HICKEY, B.C.; SCHEITEL, M.R.; WAGHOLIKAR, K. B.; LIU, H.; KREMERS, W. K.; CHAUDHRY, R. Impact of Patient Reminders on Papanicolaou Test Completion for High Risk Patients Identified by a Clinical Decision Support System. **Journal of Women's Health**, v.27, p.569-574, May. 2018.

MASSAD, L. S. Developing Guidelines for Cervical Cancer Prevention in the Face of Diagnostic Complexity. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v.1, p.349-353, Mar. 2014.

MEISELS, A.; FORTIN, R. CONDYLOMATOUS LESIONS OF THE CERVIX AND VAGINA. **Currents Contents**, n.28, p.10, Jul. 1991.

MERGUI, J. – L.; CARCOPINO, X.; MARCHETTA, J.; GONDRY, J.; BOUBLI, L. Repenser la prise en charge des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus : proposition d'une méthode d'évaluation du risque et d'aide à la décision thérapeutique. **Journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**. v.39, p. 520-528, 2010.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F. X.; SANJOSÉ, S.; TAFUR, L.; IZARZUGAZA, I.; GILI, M.; VILADIU, P.; NAVARRO, C.; MARTOS, C.; ASCUNE, N.; GONZALEZ, L. C.; KALDOR, J. M.; GUERRERO, E.; LORINCZ, A.; ALONSO DE RUIZ, P.; ARISTIZABAL, N.; SHAH, K. The casual link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: A population-based case-control study in Colombia and Spain. **International Journal of Cancer**. v. 52, n. 5, p. 743-749, Nov. 1992

NORDSCREEN, 2019. Cancer Screening Fact Sheet [homepage da internet]. (citado em 22 set 2019). <https://nordscreen.org/wp-content/uploads/2017/05/Cervix-Fact-Sheet-Sweden-2017.pdf>

OLUSOLA, P.; BANERIEE, H. N.; PHILLEY, J. V.; DASGUPTA, S. Human Papilloma Virus-Associated Cervical Cancer and Health Disparities. **Cells**. v. 08, p. 622, Jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), [homepage da internet]; 2017. [Citada em 15 de maio 2020]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_pa%C3%ADses_por_PIB_nominal

PAPANICOLAOU, G.N.; HERBERT, F.T. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.42, p. 193-206, Aug. 1941.

PRUSKI, D.; MILERT-KALINSKA, S.; LEWEK, A.; KEDZIA, W. Sensitivity and specificity of HR HPV E6/E7 mRNA test in detecting cervical squamous intraepithelial lesion and cervical cancer. **Ginekologia Polska**. v.90, n.2, p. 66 -71, 2019.

QUADROS, C.A.T.; VICTORA, C.G.; COSTA, J.S.D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.16, n.4, p. 223-232, 2004

RICHART, R. M. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. **Obstetrics & Gynecology**. v. 75, p.131-3. Jan.1990.

RIVM. Cervical Cancer Screening Programme [homepage na internet]; 2011 [citado em 9 de Jun 2019]. Disponível em: <https://www.rivm.nl/en/cervical-cancer-screening-programme>.

SANCLEMENTE, G.; GILL, D. K. Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**. v. 16, n. 3, p. 231- 40, May. 2002.

SASLOW, D.; SOLOMON, D.; LAWSON, H. W.; KILLACKEY, M.; KULASINGAM, S.; CAIN, J.; GARCIA, F. A. R.; MORIARTY, A.; WAXMAN, A.; WILBUR, D.; WENTZENSEN, N.; DOWNS, L.; SPITZER, M.; MOSCICKI, A. B.; MONA SARAIYA, M.; FRANCO, E. L.; STOLER, M. H.; SCHIFFMAN, M.; CASTLE, P. E.; MYERS, E. R. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v.62, p.147-172, May. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA. SESAU. **PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MS 2018-2021**, p.136-137. Campo Grande, 2017.

SILVA, I. F; SILVA, I. F; KOIFMAN, R. J. Cervical Cancer Treatment Delays and Associated Factors in a Cohort of Women from a Developing Country. **Journal of global Oncology**, v.5, p. 1-11, 2019.

SINGER, A.; MONAGHAN, J. M. **Colposcopia, Patologia & Tratamento do Trato Genital Inferior**. Porto Alegre: ed. Artes Médicas, 1995

STOLER, M. H.; SCHIFFMAN, M. Interobserver Reproducibility of Cervical Cytologic and Histologic Interpretations: Realistic Estimates From the ASCUS-LSIL triage study. **Journal of the American Medical Association JAMA**. v. 285, p. 1500-1505, Mar. 2001

TAVARES, S. B. N.; AMARAL, R. G.; MARINQUE, E. J. C.; SOUZA, N. L. A.; ALBUQUERQUE, Z. B. P.; ZEFERINO, L. C. Controle da Qualidade em Citopatologia Cervical: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.53, p. 355-364, MAR. 2007.

TJALMA, W. A. A. There Are Two Prophylactic Human Papillomavirus Vaccines Against Cancer, and They Are Different. **Journal of Clinical Oncology**. v.33. n.8. Mar. 2015.

TEOH, D. G. K.; MARRIOTT, A. E.; VOGEL, R. I.; MARRIOTT, R. T.; LAIS, C. W.; DOWNS JR, L. S.; KULASINGAM, S. L. Adherence to the 2012 national cervical cancer screening guidelines: a pilot study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 212, Jan. 2015.

VALE, D. B. A. P.; MORAIS, S.S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 383-390, Feb. 2010.

WHO, International Agency for Research on Cancer. **World Health Organization**, Globocan 2018 em <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>

WHO, Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice - 2nd ed. 2014.

WHO, Early Detection. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs; module 3. **World Health Organization**, GENEVA, 2007.

WHO, International Agency for Research on Cancer. **World Health Organization**, Globocan 2012. LYON: IARC; 2012.

WILSON, J. M. G.; JUNGNER, G. Principles and practice of screening for disease. **World Health Organization**, GENEVA, 1968.

WHITE, E. A.; KRAMER, R. E.; TAN, M. J.; HAYES, J.W.; HOWLEY, P.M. Comprehensive analysis of host cellular interactions with human papillomavirus E6 proteins identifies new E6 binding partners and reflects viral diversity. **Journal of Clinical Virology**, v. 86, p. 13174-13186, Dec. 2012

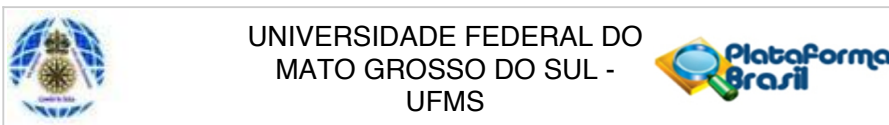
WRIGHT, T. C.; STOLER, M. H.; BEHRENS, C. M.; SHARMA, A.; ZHANG, G.; WRIGHT, T. L. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: End of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. **Gynecologic Oncology**, v.136, p. 189-197, 2015.

ZEFERINO, L. C; DURCHAIN, S. F. Cervical cancer in the developing world. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 20, n. 3, p. 339-354, Jun. 2006.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 05, RIO DE JANEIRO,
May. 2008.

zur HAUSE, H. Papillomavirus infections — a major cause of human cancers.
Biochimica et Biophysica Acta - Reviews on Cancer. v.1288, p. 55-78, 1996.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E O TRATAMENTO DAS LESÕES DE CÉRVICE UTERINA DE PACIENTES ATENDIDAS EM UBS/UBSF NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS, NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Pesquisador: MARIA EUGENIA FARIA TAVARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13770819.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.354.966

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora ressalta o contexto de que o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. No Brasil, ocupa a terceira posição entre os casos mais frequentes de câncer. Na região Centro-Oeste do Brasil, ocupa a segunda posição mais frequente (INCA, 2018). A etiologia do câncer cervical está relacionada, principalmente, à infecção persistente por Papilomavirus Humano de alto risco oncogênico (HR-HPV), transmitido principalmente por contato direto durante o ato sexual. A infecção persistente por HPV é uma condição necessária para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e do câncer cervical. Essa condição é influenciada por fatores inerentes ao vírus, condições do próprio indivíduo, bem como, tempo entre diagnóstico e tratamento das lesões. O objetivo fundamental do rastreamento do câncer do colo do útero é prevenir a morbidade e a mortalidade por câncer do colo do útero. Esse alvo é alcançado através da identificação das anormalidades citológicas numa fase que a intervenção fará a diferença no prognóstico da paciente. A progressão de uma anormalidade citológica pré-maligna para o câncer de colo ocorre ao longo de muitos anos, o que permite que rastreios sucessivos, intervenções e seguimentos ocorram em resposta aos resultados alterados. Assim, o presente projeto de pesquisa se trata de um estudo retrospectivo descritivo de corte transversal, buscará avaliar o intervalo de tempo entre o diagnóstico citológico, a consulta médica/enfermagem, o atendimento

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.354.966

no centro especializado e o tratamento das lesões de cérvix uterina de pacientes atendidas no município de Campo Grande, no período de 2014 a 2018. Para tanto, serão utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e do Sistema para informatização da Saúde do município de Campo Grande (HYGIA). Serão selecionados os dados provenientes de pacientes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), maiores de 25 anos com resultados de colpocitologia oncótica apresentando alterações das células epiteliais em células escamosas e em células glandulares. A pesquisadora afirma que o estudo fornecerá evidências sobre a real situação do rastreio e do seguimento do câncer de colo uterino no município de Campo Grande - MS, contribuindo para a identificação de possíveis falhas existentes no sistema vigente e, ainda para a programação de atualizações nas UBS/UBSF.

Critérios de inclusão: dados secundários de pacientes maiores que 25 anos e que tiverem resultado de exame citológico com Alterações das células Epiteliais - em células escamosas: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas – ASC-US (dois exames alterados consecutivos com intervalos de seis meses ou mais); células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se podendo excluir alto grau - ASC-H; Lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau - LSIL (dois exames alterados consecutivos com intervalos de seis meses ou mais); Lesão intra-epitelial escamosa de alto grau - HSIL; Lesão de alto grau não se pode afastar microinvasão; Carcinoma de células escamosas, bem como, alterações das células epiteliais em células glandulares: atipias em células glandulares, possivelmente não neoplásicas - AGC-US; atipias em células , não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau - AGC-H e Adenocarcinoma endocervical in situ.

Critérios de exclusão: dados secundários de mulheres menores de 25 anos que por ventura tenham realizado citologia; mulheres que chegaram ao atendimento especializado com citologia proveniente de outros municípios do estado de Mato Grosso do Sul; mulheres que chegaram ao atendimento especializado com citologia proveniente de outros estados ou países e ainda mulheres que tiverem diagnóstico de câncer invasor.

Tamanho da amostra: 3000 indivíduos (1000 Pacientes atendidas em Unidades Básicas de Saúde e 2000 Pacientes atendidas em UB Saúde da Família).

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.354.966

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar o intervalo tempo entre o diagnóstico citológico e o tratamento das lesões de alto grau de pacientes atendidas em Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Campo Grande, no período de 2014 a 2018.

Objetivos secundários: a) Distribuir os casos obtidos de acordo com o intervalo de tempo entre diagnóstico citológico e a consulta médica/enfermagem em UBS/UBSF, o intervalo de tempo entre a consulta médica/enfermagem em UBS/UBSF e o primeiro atendimento no centro especializado e, o intervalo de tempo entre o primeiro atendimento no centro especializado e o tratamento especializado. b) Distribuir os casos obtidos de acordo com idade, classificação citopatológica e conduta terapêutica adotada. c) Identificar os casos que apresentaram resultados citológicos alterados e que não fizeram nenhuma consulta subsequente para dar início ao tratamento. d) Identificar casos onde houve interrupção do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Afirmação da pesquisadora em relação à previsão dos riscos da pesquisa: "Uma vez que se trata de utilização de dados secundários, não haverá riscos para as participantes incluídas no estudo, dado que será assegurado o sigilo das informações em termos de garantia do anonimato dos sujeitos integrantes nos bancos de dados utilizados. Assim que os dados forem obtidos, será realizada a substituição da identificação das pacientes por número de registro aleatório garantindo o anonimato das pacientes."

- Benefícios apontados pela pesquisadora: "Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para a identificação dos pontos de estrangulamento do rastreio do câncer de colo uterino, visando a correção de possíveis falhas existentes no sistema vigente e, ainda para a programação de atualizações em unidades básicas e em unidades de saúde da família, tornando as Diretrizes Brasileiras conhecidas e compreensíveis."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Trata-se de projeto de pesquisa relevante para a temática da saúde, com embasamento na literatura científica atual e com metodologia adequada para alcançar os objetivos propostos, sem óbices éticos identificados.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.354.966

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram anexados Projeto detalhado, Carta de anuência da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (incluindo autorização para acesso aos bancos de dados apontados no projeto), orçamento e cronograma da pesquisa, termos de compromisso para utilização de informações de bancos de dados (SISCAN e HYGIA) e de informações de prontuários. Não foi anexado instrumento de coleta de dados, porém, no projeto detalhado, ficou claro quais dados secundários que serão coletados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresenta todos itens necessários para aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1303467.pdf	17/04/2019 11:09:48		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADACORDENACAO.pdf	17/04/2019 11:07:10	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_SECRETARIA_DE_SAÚDE.pdf	27/03/2019 15:29:24	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	27/03/2019 15:24:40	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACEP.pdf	27/03/2019 15:24:06	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOBANCODE DADOS.pdf	27/03/2019 15:09:37	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PRONTUARIOS.pdf	27/03/2019 15:08:55	MARIA EUGENIA FARIA TAVARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.354.966

CAMPO GRANDE, 29 de Maio de 2019

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL.

Senhor Secretário,

A aluna Maria Eugênia Faria Tavares, aprovada no Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado Profissional, elaborou um projeto intitulado "Avaliação do intervalo de tempo entre o diagnóstico citológico e o tratamento das lesões de cérvix uterina de pacientes atendidas em UBS/UBSF no município de Campo Grande-MS, no período de 2008 a 2018", que utilizará informações de Bancos de Dados e Sistema de Informações de abrangência estadual.

Assim, vimos solicitar autorização de Vossa Senhoria para a utilização do SISCAN, SISCOLO e HYGIA, ao mesmo tempo em que asseguramos o sigilo das informações em termos de garantia do anonimato dos sujeitos integrantes dos referidos bancos de dados.

Na certeza de que tal pesquisa contribuirá para a melhoria de saúde da população sul-matogrossense e assim, virá ao encontro, dos objetivos da atual gestão, subscrevemo-nos.

Campo Grande, 20 de fevereiro de 2019

Atenciosamente,

Alessandro Diogo de Carli

Coordenador do Curso

Prof. Alessandro Diogo De Carli
Coordenador
Mestrado em Saúde da Família / UFMS

Ilmo. Sr. Geraldo Resende
Secretário de Estado de Saúde
Campo Grande- MS

Diretoria Geral de Atenção a Saúde	
Recebido	<i>Nádia</i>
Data	<i>27/02/2019</i> Hora:
Nº Protocolo:	<i>237</i>

Está
nat
pac
pro
unc
A 5-
que
no
vici-
de
nda
pe
põe
sem
de
28
de
a 11
na
de
re
na
tol
at
gl
has
es
da
da
na
i o
te
es
re
ent
da
e o
da
e 2
dic
na
a
na
na
a g
na
pro
na
do
na

ANEXO C

APÊNDICE

Solicitação de dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E O TRATAMENTO DAS LESÕES DE CÉRVIX UTERINA DE PACIENTES ATENDIDAS EM UBS/UBSF NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS, NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Nome do Pesquisador: MARIA EUGÊNIA FARIA TAVARES

Solicito junto a este Comitê de Ética a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que este estudo utilizará unicamente base de dados como fonte de informação.

Campo Grande (MS) 27/MARÇO/2019



MARIA EUGÊNIA FARIA TAVARES
Investigadora Principal

ANEXO D

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E O TRATAMENTO DAS LESÕES DE CÉRVIX UTERINA DE PACIENTES ATENDIDAS EM UBS/UBSF NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS, NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Nome do Pesquisador: MARIA EUGÊNIA FARIA TAVARES

Bases de dados a serem utilizadas: SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) e HYGIA (Sistema para informatização da saúde).

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

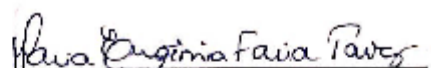
Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 26/MARÇO/2019


MARIA EUGÊNIA FARIA TAVARES

ANEXO E

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E O TRATAMENTO DAS LESÕES DE CÉRVICE UTERINA DE PACIENTES ATENDIDAS EM UBS/UBSF NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS, NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Pesquisadora Responsável MARIA EUGÊNIA FÁRIA TAVARES

Como pesquisador(a) acima qualificado(a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes do Sistema HYGLÁ (Software de gestão em Saúde) e do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) utilizados no município de Campo Grande/MS, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.2.1 e III.3.1 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

- d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa - Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).
- e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.
- f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa - Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande(MS) 26/março/2019


MARIA EUGÊNIA FÁRIA TAVARES
Investigadora Principal