

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA SOBRE A DETECÇÃO DAS
LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Keite Carla Abade Cerqueira de Abreu

São Paulo
2020

Keite Carla Abade Cerqueira de Abreu

**AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA SOBRE A DETECÇÃO DAS
LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo
2020

Abreu, Keite Carla Abade Cerqueira de.

Avaliação da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero em uma Unidade Básica de Saúde. / Keite Carla Abade Cerqueira de Abreu. 2020.

57 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa.

1. Colo do útero. 2. Câncer do colo do útero. 3. Citologia oncológica. 4. Saúde coletiva. 5. Gestão em saúde.

I. Barbosa, Antônio Pires.

II. Título.

CDU 658:616

**AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA SOBRE A DETECÇÃO DAS
LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Luiz Henrique Gebrim – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Prof^a. Dr^a. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof^a. Dr^a. Maria Amélia de Sousa Macena Veras – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP (Suplente)

Prof^a. Dr^a. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 26 de junho de 2020.

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho, **Vicente**, sinto o amor crescendo dentro de mim, o amor que nos une já se tornou incondicional. Meu coração bate mais forte e se emociona em saber que toda dedicação é por você.*

*Ao meu esposo, **Vando**, com amor e gratidão, por seu companheirismo e compreensão com os momentos de ausência ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

*Aos meus pais, **Nívia e Carlos**, por todo amor que recebo, fazendo-me feliz mesmo distante, motivando-me a persistir em busca de crescimento. Amo vocês!*

*À minha irmã, **Káríta**, que esteve presente todo esse tempo, encorajando-me para superar todas as dificuldades, grande parceira de todas as horas.*

À todas as pessoas que contribuíram para realização deste trabalho, direta e indiretamente.

Muito obrigada, com todo amor do mundo!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre direcionou minha vida e fez coisas incríveis por mim, foi um verdadeiro guia nessa jornada. Sem sua infinita sabedoria, jamais teria conseguido.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa, que teve papel fundamental na realização desse trabalho. Agradeço sua disponibilidade e cada minuto dedicado.

À Janaína, grande amiga e companheira dos estudos, que esteve presente em todos os momentos dessa longa trajetória.

As colegas de turma do Mestrado, Vivian, Luciane, Viviane, Liliana, um especial agradecimento por terem feito parte desta luta.

À Queli, secretária do curso do Mestrado, por toda atenção e empatia, admirada desde o primeiro contato (por telefone), antes mesmo de iniciar o curso, você é dez!

A todo corpo docente do Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde, que com empenho se dedicaram à arte de ensinar.

À Universidade Nove de Julho, pelo ambiente propício à evolução e crescimento e pela oportunidade de concluir este curso.

Agradeço a todas as pessoas que ajudaram, apoiaram e incentivaram a realização deste trabalho.

RESUMO

O câncer do colo do útero ocupa o quarto lugar tanto na incidência quanto na mortalidade da população feminina. Os esforços do Ministério da Saúde para combater essa doença têm se concentrado no programa de rastreamento, política de prevenção secundária destinada a uma população-alvo assintomática para identificar as mulheres com maior probabilidade de ter a doença propriamente dita ou um precursor da doença. O rastreamento é realizado por meio de um exame, a citologia oncótica, mais conhecido como Papanicolaou. Dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, este tipo de câncer representa um importante problema de saúde pública. Estudos apresentam resultados onde a técnica da coleta do exame associa-se a má qualidade, contribuindo para um elevado índice de resultados falso-negativos. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi verificar se a adequabilidade da amostra exerce influência sobre a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Trata-se de uma pesquisa documental, estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvida na cidade de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde atuo como Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família. Foram inclusos registros de exames Papanicolaou realizados nos anos de 2017 a 2018 da UBS a partir do Livro de Registro e da análise das planilhas de Excel nas quais ficam registrados os condensados mensais das coletas de exame Papanicolaou. Foram analisadas 3847 coletas do exame Papanicolaou. Por meio da análise estatística descritiva, demonstrou-se que a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero varia com a adequabilidade da amostra. Nos resultados alterados que foram apresentados, a adequabilidade das coletas analisadas a partir da representação das células que demonstram qualidade esteve presente em 77,2% das amostras coletadas. Conclui-se que há necessidade da realização de ações voltadas à educação continuada e atualização dos profissionais da saúde que realizam coleta Papanicolaou, com a finalidade de melhorar a qualidade, diminuindo a frequência dos resultados falso-negativos, trazendo diagnósticos mais precisos e seguros.

Palavras-chave: Colo do útero, Câncer do colo do útero, Citologia oncótica, Saúde Coletiva, Gestão em saúde.

ABSTRACT

The Cervical cancer represent fourth place in the incidence and mortality of the female population. The Health Organization keeping efforts to combat this disease and have focused on the tracking program, a secondary prevention policy aimed at an asymptomatic target population to identify women most likely to have the disease itself or a precursor to the disease. Tracking is carried out by means of an examination, the oncotic cytology, better known as Papanicolaou. Given its epidemiological, social and economic magnitude, this type of cancer represents an important public health problem. Studies show results where the exam collection technique is associated with poor quality, contributing to a high rate of false-negative results. In this sense, the objective of the research was to verify if the adequacy of the sample influences the detection of precursor lesions of cervical cancer. This is a documentary research, a cross-sectional study with a quantitative approach, developed in the city of São Paulo, in a Basic Health Unit (UBS), where I work as a Family Health Strategy Nurse. Papers of Papanicolaou exams performed in the years 2017 to 2018 at UBS were included from the Register Book and the analysis of Excel spreadsheets in which the monthly condensates of Papanicolaou exam collections are registered. A total of 3847 Papanicolaou collections were analyzed. Through descriptive statistical analysis, it was demonstrated that the detection of precursor lesions of cervical cancer varies with suitability of the sample. In the altered results that were presented, the adequacy of the collections analyzed from the representation of the cells that demonstrate quality was present in 77.2% of the collected samples. We conclude that there is a need to carry out actions aimed at continuing education and updating health professionals who perform Pap smear collection, in order to improve quality by reducing the frequency of false-negative results, bringing more accurate and safe diagnoses.

Keywords: Cervix, Cervical cancer, Oncotic cytology, Public health, Health Manager.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------------|---|----|
| Figura 1 - | Fluxograma do direcionamento do atendimento à mulher, a partir da sua chegada à UBS, para a captação para a coleta do Papanicolaou..... | 27 |
| Figura 2 - | Fluxo de organização das Requisições de Exame Citopatológico..... | 28 |
| Figura 3 - | Fluxo de entrega das lâminas e requisições..... | 28 |
| Figura 4 - | Fluxo de Recebimento dos Resultados de Papanicolaou..... | 29 |
| Figura 5 - | Fluxo Interno dos Resultados de Papanicolaou..... | 30 |
| Figura 6 - | Gráfico representativo da adequabilidade das coletas referente aos resultados alterados dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 38 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Tabela 1 - | Caracterização das mulheres e variáveis relativas à realização do Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 34 |
| Tabela 2 - | Caracterização das mulheres que realizaram exame Papanicolaou, distribuída por raça em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 35 |
| Tabela 3 - | Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por faixa etária e por categoria profissional em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 35 |
| Tabela 4 - | Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por categoria profissional em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 36 |
| Tabela 5 - | Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por categoria profissional e qualidade da coleta em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 37 |
| Tabela 6 - | Distribuição dos resultados das coletas dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 37 |
| Tabela 7 - | Distribuição do seguimento do acompanhamento das mulheres com resultados alterados dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 39 |
| Tabela 8 - | Distribuição das mulheres que continuam em seguimento dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018..... | 39 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| ACS | AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE |
| AGC | CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS |
| ASC-H | ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS NÃO SE PODE AFASTAR LESÃO DE ALTO GRAU |
| ASC-US | ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICAS |
| CCU | CÂNCER DO COLO DO ÚTERO |
| CRS | COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE |
| ESF | ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA |
| FDA | FOOD AND DRUG ADMINISTRATION |
| HBV | HEPATITE TIPO B |
| HCV | HEPATITE TIPO C |
| HIV | VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA |
| HPV | PAPILOMA VÍRUS HUMANO |
| HSIL | LESÃO INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRAU |
| IDH | ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO |
| INCA | INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER |
| JEC | JUNÇÃO ESCAMO-COLUNAR |
| LSIL | LESÃO INTRA -EPITELIAL DE BAIXO GRAU |
| MS | MINISTÉRIO DA SAÚDE |
| NASF | NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA |
| OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE |
| PAISM | PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER |
| PNI | PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| SISCOLO | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO |
| UBS | UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 | PROBLEMA DE PESQUISA..... | 13 |
| 1.2 | QUESTÃO DE PESQUISA..... | 15 |
| 1.3 | OBJETIVOS..... | 15 |
| 1.3.1 | Geral..... | 15 |
| 1.3.2 | Específicos..... | 15 |
| 1.4 | JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA..... | 15 |
| 1.5 | ESTRUTURA DO TRABALHO..... | 16 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1 | INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO | 17 |
| 2.2 | EXAME PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO..... | 19 |
| 2.3 | IMPACTOS DE PRODUTIVIDADE GERADOS NA GESTÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CORRELACIONADO AO EXAME PAPANICOLAU | 22 |
| 3 | MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA..... | 25 |
| 3.1 | DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 25 |
| 3.1.1 | Local da pesquisa..... | 25 |
| 3.2 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS..... | 31 |
| 3.3 | PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS..... | 32 |
| 3.4 | VARIÁVEIS DO ESTUDO..... | 32 |
| 3.4.1 | Dados de caracterização das mulheres que realizaram os exames..... | 32 |
| 3.4.2 | Dados da coleta..... | 32 |
| 3.4.3 | Dados do seguimento dos resultados..... | 33 |
| 4 | RESULTADOS DA PESQUISA..... | 34 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES E RESULTADOS DOS EXAMES.... | 34 |
| 4.2 | DADOS DA COLETA E RESULTADOS DOS EXAMES..... | 35 |
| 4.3 | SEGUIMENTO DOS RESULTADOS ALTERADOS..... | 38 |
| 5 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 40 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA..... | 42 |
| 6.1 | LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS..... | 43 |
| | REFERÊNCIAS..... | 44 |
| | ANEXOS..... | 49 |

1 INTRODUÇÃO

Estudos realizados por Bray et al. (2018) apontaram que o Câncer do Colo do Útero (CCU) ocupa o quarto lugar no mundo tanto na incidência, quanto na mortalidade da população feminina. Este tipo de câncer está relacionado à presença de infecção, pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que é a causa de mais da metade de todos os cânceres atribuíveis à infecção em mulheres em todo o mundo.

Para Amaral et al. (2008), outros fatores também estão relacionados e são relevantes para o surgimento do CCU, esses fatores abrangem a paridade, o tabagismo, o número de parceiros sexuais ao longo da vida, a idade precoce na primeira relação sexual, as causas genéticas, a imunossupressão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), as condições imunológicas que influenciam os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Estudos apontam que a incidência desse câncer é decorrência da exposição das mulheres aos fatores de risco e da deficiência do programa de rastreamento.

O programa de rastreamento do câncer do colo do útero é uma intervenção de saúde pública de prevenção secundária destinada a uma população-alvo assintomática para identificar as mulheres com maior probabilidade de ter a doença propriamente dita ou um precursor da doença. Deve detectar a doença em um estágio pré-clínico e assintomático e o tratamento pode influenciar favoravelmente a evolução a longo prazo e o prognóstico da doença rastreada, além de garantir tratamento acessível para as pacientes que tiverem um resultado positivo das lesões precursoras do câncer do colo do útero (World Health Organization, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil seja realizado por meio da citopatologia oncológica, em mulheres entre 25 e 64 anos com repetição do exame a cada 03 anos, após 02 exames anuais sucessivos negativos. Rotineiramente as recomendações não são seguidas, causando um pequeno impacto na diminuição das taxas de incidência e morbimortalidade da doença, quando nota-se que a população feminina de maior risco tem acesso inadequado e a de menor risco realizam exames excessivamente (Instituto Nacional de Câncer, 2002). Ferlay et al. (2010), ressaltam que países nos quais o programa de rastreio citológico foi implantado, obtiveram reduções expressivas da incidência e morbimortalidade do câncer do colo do útero.

Este trabalho está baseado na área de estudos de saúde coletiva, controle do câncer do colo do útero junto a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região Norte da cidade de São

Paulo, com vistas à análise das condições da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero voltado ao exame de citologia oncótica.

Dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, este tipo de câncer representa um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente nos países da América Latina, sendo possível identificar sua forma precursora através do exame citopatológico, comumente conhecido como exame Papanicolaou, que tem sido um dos instrumentos mais eficientes, por seu baixo custo e desempenho diagnóstico (Martins et al., 2005).

A colpocitologia oncótica é um dos procedimentos mais bem exitosos para a prevenção de câncer, sendo, entretanto, necessário unidades de saúde e profissionais bem treinados para coletar amostras satisfatórias (Derchain et al., 2005). Se diagnosticado e tratado precocemente esse tipo de câncer é considerado de melhor prognóstico, com maiores chances de cura e tempo de sobrevida; os dados mais recentes disponíveis pelo sistema de estadiamento atual evidenciam que 92% das mulheres com câncer de colo do útero em estágio I tem uma taxa de sobrevida de 05 anos (Survival rates for cervical cancer, 2019).

Santos, Brito e Santos (2011), observaram que a presença de lesões precursoras do câncer do colo do útero varia com a adequabilidade da amostra, onde as principais limitações estão relacionadas diretamente à qualidade da coleta, a amostra satisfatória apresentada por células bem distribuídas, fixadas e coradas. O conhecimento das principais causas que tornam as amostras insatisfatórias para análise poderá contribuir para alteração de conduta dos profissionais responsáveis pela coleta do exame citopatológico, situação na qual, se percebe a responsabilidade do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, visto ser ele que, na maioria das vezes, realiza a coleta do esfregaço para o exame Papanicolaou na assistência primária de saúde.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

De acordo com Plummer et al. (2016), em 2012, dos estimados 14 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, 2,2 milhões (15,4%) tem associado à sua etiologia alguma infecção. Os principais agentes infecciosos que contribuiram para o agravamento dos cânceres foram *H pylori* (*Helicobacter pylori*), hepatites tipo B e tipo C (HBV e HCV) e HPV, que juntos representaram 92% de todos os cânceres atribuíveis à infecção, sendo que dois terços (1,4 milhões) incidiram em países menos desenvolvidos. O HPV foi o agente infeccioso que mais causou cânceres em mulheres em todo o mundo, totalizando mais de 50% dos casos

e nos países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), foi responsável por metade dos cânceres atribuíveis à infecção em homens e mulheres juntos. Taxas elevadas de câncer do colo do útero procederam de exames e tratamento tardios de lesões dos canais cervicais pré-cancerosos, em combinação com alta prevalência de infecções por HPV e HIV.

Bray et al. (2018), evidenciaram que o câncer do colo do útero ocupa o segundo lugar em incidência e mortalidade, seguido do câncer de mama em mulheres que vivem em regiões com IDH mais baixos; no entanto, é o câncer mais comumente diagnosticado em 28 países e a principal causa de morte por câncer em 42 países, a grande maioria na África Subsaariana e no Sudeste da Ásia. Com uma estimativa de 570.000 casos e 311.000 mortes em 2018, em todo o mundo, o câncer do colo do útero é classificado como o quarto câncer mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por câncer em mulheres.

Santos et al. (2011), relatam que o exame citopatológico está suscetível a múltiplos fatores que podem interferir no seu aproveitamento, dentre os quais, amostra celular escassa, material insatisfatório por presença de sangue, piócitos, intensa superposição celular ou dessecação, material acelular ou hipocelular, preparação inadequada dos esfregaços, entre outros.

Leitão et al. (2008), ressaltam que para um exame Papanicolaou adequado, deve-se considerar a presença das células dos dois epitélios, escamoso e glandular, específicas da junção escamo-colunar (JEC), pela circunstância delas se originarem do local onde está localizada quase a totalidade dos cânceres do colo do útero, o local de preferência para o HPV.

Estudos têm apresentado grande variabilidade nas estimativas de sensibilidade e especificidade do exame, e por estas razões, Hartmann et al. (2018), ao avaliarem os resultados de sua amostra, identificaram que 32,9% constavam, claramente, que a técnica da coleta das células associaram-se à má qualidade, o que contribuiu para um elevado índice de resultados falso-negativos, pois não apresentavam o epitélio glandular.

O Papanicolaou tornou-se alvo de muitos questionamentos pelo aumento de resultados falso-negativos, ocasionando ao sistema de saúde gastos sem resultados devido a erros de coleta e de interpretação do diagnóstico. Os resultados falso-negativos conduzem à perda da oportunidade de identificar sinais da doença e de tratar a lesão precursora ou o câncer em fase inicial, culminando em tratamento mais complicado, pois, quanto mais evoluído o adenocarcinoma e mais tarde diagnosticado, maior a dificuldade de reverter o caso. O acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento podem intervir não só na expectativa de vida das mulheres com câncer, como também nos gastos públicos com atendimento oncológico no

país, devido ao maior custo assistencial com cirurgias, radioterapia e quimioterapia, e medidas de suporte que se tornam mais custosas à medida que a doença agrava-se e o estágio clínico progride (Franco et al., 2006).

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Com base no problema destacado, este estudo pauta-se na seguinte questão: Como a adequabilidade da amostra é relevante na assertividade diagnóstica precoce do câncer do colo do útero em uma Unidade Básica de Saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Verificar nos registros de exames Papanicolaou realizados nos anos de 2017 e 2018 na UBS, se a adequabilidade da amostra exerce influência sobre a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

1.3.2 Específicos

- Verificar a faixa etária das mulheres que realizam o exame Papanicolaou.
- Verificar a qualidade do esfregaço cervical do exame de prevenção do câncer do colo uterino.
- Verificar o quantitativo de resultados alterados e seguimento dos casos.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Nos últimos anos países desenvolvidos conseguiram implementar programas preventivos sólidos e efetivos, reduzindo a incidência e a mortalidade do CCU, que apesar de ser o câncer com maior potencial de prevenção, milhares de casos novos são diagnosticados por ano no mundo, através do programa de rastreamento com o exame Papanicolaou (World Health Organization, 2017).

Nesse sentido, ao avaliar a prevalência do CCU, faz-se necessário planejar ações de saúde voltadas para essa população, visto que a doença reflete prejuízos à saúde. Diante disso,

é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), como estratégia prioritária de diagnóstico precoce desse agravo, o rastreamento em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, com a implementação dessa prática na rotina de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilitando a detecção precoce e a realização do tratamento oportuno (Bringel et al., 2012).

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além do primeiro capítulo descrito, onde foram evidenciados e apresentados os problemas e seus objetivos, este trabalho foi estruturado com mais cinco capítulos apresentados a seguir.

- Capítulo 2 - Referencial Teórico

Foi realizada revisão bibliográfica apresentando os resultados, discussões e respostas com marcos conceituais, com ênfase: nas intervenções de prevenção do câncer do colo do útero; na importância do exame Papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero; nos impactos de produtividade gerados na gestão da unidade de saúde correlacionado ao exame Papanicolaou.

- Capítulo 3 - Metodologia da Pesquisa

Define e descreve os métodos e técnicas de pesquisa utilizados no trabalho, o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta de dados, os procedimentos de análise de dados e as variáveis do estudo.

- Capítulo 4 - Resultados da Pesquisa

Demonstra os resultados da pesquisa realizada, o que foi encontrado a partir dos dados coletados e analisados.

- Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

Análise e interpretação dos resultados, comparando com o objetivo da pesquisa.

- Capítulo 6 – Considerações Finais e Contribuições para Prática

Descreve o que foi descoberto na pesquisa relacionado com o objetivo, apontando os conhecimentos científicos comprovados pela pesquisa. Contribuições para prática e sugestões para estudos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2011), o controle do câncer do colo do útero no Brasil teve seu ponto de partida a partir dos anos 1940 com ações pioneiras de profissionais que apresentaram para nosso meio a citologia e a colposcopia. A partir daí iniciativas ocorreram em vários locais do Brasil ao longo dos anos. O Ministério da Saúde, na década 1970, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, com ênfase ao rastreamento do câncer de colo do útero, esta foi a primeira ação para a prevenção do câncer do colo do útero de âmbito nacional.

Em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), contribuiu com introdução e estimulação da coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica (Brasil. Ministério da Saúde, 1984).

O Ministério da Saúde do Brasil (2005), ressalta que após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer. O aumento das altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero levou o Ministério da Saúde a elaborar e expandir, ao longo dos anos 1990, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, e logo depois instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações.

A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inserção de indicadores específicos na pactuação de metas. Em 2010, o Ministério da Saúde, considerando a importância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil e sua extensão social, estabeleceu um Grupo de Trabalho com o intuito de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero coordenado pelo INCA. A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento, pelo governo federal, de ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (Brasil. Instituto Nacional de Câncer, 2013).

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV. A vacina contra tipos específicos de HPV é uma medida de prevenção primária e profilática do câncer

do colo do útero e está disponível em todo mundo (World Health Organization, 2017). A vacina é a quadrivalente, proporcionando proteção contra quatro tipos do HPV. Espera-se que a vacina traga relevante contribuição nas ações de prevenção do câncer do colo uterino, pois apesar dos avanços de todo o SUS, continuar a reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido (Instituto Nacional de Câncer, 2011).

Segundo Borsatto, Vidal e Rocha (2011), o órgão americano responsável pela regulamentação de alimentos e drogas, Food and Drug Administration (FDA), aprovou em 2006 a vacina quadrivalente para mulheres entre 9 e 26 anos, sendo recomendada para aquelas entre 11 e 12 anos, podendo ser estendida entre 9 e 26 anos, preferencialmente antes da primeira relação sexual. Contudo a Sociedade de Ginecologia Oncológica dos Estados Unidos aconselha que a vacinação possa ser realizada entre os 9 e 26 anos, mesmo que o Papanicolaou esteja alterado, pois protegerá contra os outros tipos de HPV que constituem a vacina e que a mulher não tenha contraído.

Em seu estudo Pinho e França-Junior (2003), analisaram a prevalência da realização do teste de Papanicolaou em diferentes países, incluindo o Brasil. Apontaram que nos Estados Unidos a prevalência na realização do teste de Papanicolaou alcançou de 43% a 97%, e no Canadá, foi muito próxima àquela observada entre as mulheres americanas. Em países europeus, como a Itália e Inglaterra, a prevalência foi de 53% e 77% respectivamente. Nos países latinos, observaram-se as prevalências mais baixas, em algumas regiões no México (30%). Entretanto no Brasil, particularmente no município de São Paulo, foi estimada uma prevalência do exame de 68,9% entre as mulheres de 15 a 49 anos, estimativas baseadas no número total de exames realizados anualmente pelo SUS, não considerando, portanto, o intervalo trienal entre os exames e não permitindo distinguir as mulheres que fizeram vários exames, daquelas que fizeram apenas um exame Papanicolaou.

Em uma pesquisa realizada em Guarapuava - PR, em 2006 constatou que nos últimos anos, não houve uma alteração expressiva no perfil de mortalidade por câncer do colo do útero nas mulheres do Brasil, pois comparando com estudos de anos anteriores verificou-se que a frequência da realização do Papanicolaou para rastreamento do CCU se manteve entre 80%, abaixo do esperado para produzir impacto significativo nas taxas de mortalidade pela doença, visto que a Organização Mundial de Saúde recomenda cobertura da realização do exame preventivo acima de 80% da população feminina com idade entre 25 e 59 anos (Bim et al., 2010).

Maia, Melo, Santos, Carvalho e Alves Saborido (2011), destacam que as redes de atenção em níveis primário, secundário e terciário, mesmo que em municípios poucos

populosos, interferem decisiva e positivamente para a redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero através do acesso das pacientes aos métodos diagnósticos e de tratamento. Por outro lado deve-se avaliar a localização anatômica, o tipo de neoplasia e o estadiamento das lesões como sugestões para pesquisas futuras.

Ainda que na Atenção Básica, apenas o exame Papanicolaou faça parte do rol atual de procedimentos cobertos pelo SUS, inovações tecnológicas estão surgindo no conjunto do diagnóstico disponível para a detecção precoce do câncer do colo do útero, que abrangem a citologia em meio líquido e os testes para detecção do HPV por captura híbrida (Caetano et al., 2006).

Por oferecer a possibilidade de autocoleta, o teste por captura híbrida é uma alternativa que permite aumentar a cobertura do exame em regiões de difícil acesso ou com características culturais que levem à resistência ao exame, e por isso tem sido proposto como estratégia complementar ou substitutiva da citologia oncológica na detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras, na triagem mais imediata de pacientes com alterações ou em mulheres com mais de 35 anos com neoplasia de baixo grau (Caetano et al., 2006; Flores et al., 2003).

Em seu estudo, Diniz, Xavier, Braga e Guimarães (2013), relatam a experiência de uma pesquisa a fim de garantir equidade e acessibilidade ao exame Papanicolaou em uma unidade de saúde, onde foi realizada busca ativa e agendado consultas no horário excedente do seu funcionamento habitual. Entretanto foi observado absenteísmo de 54,3%, e das que compareceram, a idade variou de 18 a 54 anos, havendo predomínio de mulheres na faixa etária entre 18 a 35 anos. Essa situação é alarmante uma vez que não está sendo atingida a população feminina na faixa etária de maior risco, já que o risco para o câncer de colo de útero aumenta a partir dos 35 anos de idade. Diante disso, percebe-se que não basta aumentar a oferta do Papanicolaou nas unidades de saúde, é preciso conscientizar as mulheres mais vulneráveis a comparecem aos serviços de saúde para realização do exame preventivo.

2.2 EXAME PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O nome "Papanicolaou" é uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método para detecção precoce do CCU (Instituto Nacional de Câncer, 2018; Ministério da Saúde, 2011), permitindo identificar alterações do colo uterino, a partir de células descamadas do epitélio, sendo o método mais indicado para o rastreamento,

além de ser indolor, simples, rápido e de baixo custo, como relatado por Fernandes et al. (2009 como citado em Dias et al. 2016).

Quanto à periodicidade da realização do exame Papanicolaou, a recomendação atual permanece de acordo com as dos principais programas internacionais, como estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, e observada no estudo de Dias, Santos, Freitas, Silveira e Soares (2016) destacando que “o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano, sendo que se o resultado for negativo em dois anos consecutivos, a periodicidade da realização do exame deve ser a cada três anos” (p. 133).

A Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999 institui as categorias profissionais habilitadas para coleta citológica ou exame de Papanicolaou na rede básica de saúde, respaldando enfermeiros devidamente capacitados para essa prática (Brasil. Ministério da Saúde, 1999). Kylvia, Escolástica, Pinheiro e Ximenes (2008) ressaltam que o enfermeiro, sobretudo da atenção básica, está envolvido em todas as atividades de controle do câncer do colo do útero, sendo relevante seu papel nas ações de rastreamento por meio do exame Papanicolaou, uma vez que o maior número de coletas citológicas na atenção primária é realizado por essa categoria de profissionais.

Silva et al. (2017) destacam que,

para o seu rastreamento, o exame citológico proposto por Papanicolaou (1941) baseia-se em uma metodologia de diagnóstico presuntivo e preventivo para a detecção do câncer do colo de útero e suas lesões precursoras. Como é um procedimento totalmente manual, desde a coleta do material até a liberação do resultado pelo laboratório, sua vulnerabilidade a erros é considerável e pode interferir na acurácia do diagnóstico. Deste modo, as etapas que compreendem a coleta, fixação, coloração do esfregaço, montagem da lâmina e a subjetividade na interpretação dos resultados são fatores que podem comprometer drasticamente a sensibilidade do exame.

Seguramente, múltiplos fatores contribuem para predisposição procedente da mortalidade por câncer do colo do útero. Contudo três pontos são essenciais: a cobertura do Papanicolaou, a qualidade e periodicidade dos exames e a continuidade do cuidado adequado de mulheres com lesão (Sousa et al., 2011).

Ainda de acordo com esses autores, as lesões que indicam alterações, são localizadas duas a quatro vezes mais quando a adequabilidade da amostra é satisfatória, sendo relevante minimizar essas barreiras com atualização profissional e aprendizado sucessivo através de educação continuada para os profissionais que realizam o procedimento, pois as principais

limitações da adequabilidade da amostra estão relativamente vinculadas com a qualidade da coleta (Sousa et al., 2011).

Silva et al. (2017) ressaltam que para garantir a organização e a integridade de qualidade do serviço prestado e na tentativa de aumentar a eficácia do rastreamento e diagnóstico do câncer do colo útero, o Ministério da Saúde do Brasil tem implantado sistemas de controle de qualidade interno e externo nos laboratórios que realizam exames para o SUS. Algumas etapas de execução da fase pré-analítica podem influenciar expressivamente, na qualidade do laudo tais como: confecção do esfregaço, fixação, coloração e montagem. Frisam também o discernimento dos profissionais envolvidos e a habilidade de cada etapa da fase.

Quanto às orientações que antecedem o exame, a fim de evitar resultados falso-negativos e para garantir um seguimento adequado, o Instituto Nacional de Câncer, (2018) preconiza abstinência sexual, evitar duchas e uso de medicações e/ou contraceptivos por via vaginal nos dois dias que precedem ao exame. É recomendado também pelo mesmo autor que, a mulher não esteja no ciclo menstrual, já que a presença de sangue pode alterar o resultado.

Devido ao desenvolvimento do câncer do colo do útero por meio de uma lesão precursora do epitélio na junção escamo-colunar, junção de dois tecidos epiteliais presentes nas estruturas ectocervical (parte externa) e endocervical (parte interna) do colo uterino, faz-se necessário uma coleta utilizando instrumentos que são: escova cilíndrica endocervical plástica ou de “nylon” e espátula de Ayre (Siqueira et al., 2014), incumbe ressaltar também a importância do preenchimento adequado da ficha de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero (ANEXO 1), antes da coleta.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2018), para a coleta do material o profissional capacitado deve:

- Introduzir um instrumento chamado espécuro no canal vaginal;
- Realizar a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero;
- A seguir, o profissional deve provocar uma pequena escamação da superfície externa e interna do colo do útero com a espátula de madeira (ayre) e a escova cilíndrica endocervical;
- Retirar o espécuro;
- Colocar e fixar as células colhidas em uma lâmina devidamente identificada com os dados da paciente para análise em laboratório especializado em citopatologia.

De acordo com a Nomenclatura Citológica Brasileira, para uma boa adequabilidade da amostra, a mesma deve ser satisfatória para avaliação apresentando células que permitam uma conclusão diagnóstica. O Instituto Nacional de Câncer (2011) ressalta, ainda, que “a presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamo-colunar, tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero” (p.35). Sendo relevante que os profissionais de saúde preocupem-se para a representatividade da JEC nas amostras, expondo-se a consequências de não assegurar à paciente todas as vantagens da prevenção do câncer do colo do útero.

Ainda de acordo com esse autor, a amostra insatisfatória, quando o material é menor que 10% do esfregaço e/ou a leitura é prejudicada (>75% do esfregaço) “por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular” (p. 35), é recomendado repetição do exame entre 1 a 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (Instituto Nacional de Câncer, 2011).

Martins et al. (2005) apontam que o rastreamento através do exame Papanicolaou permanece sendo a abordagem mais eficaz para o controle do CCU, por tratar-se de um procedimento rápido, relativamente de baixo custo e efetivo para a sua detecção precoce. Contudo, sua prática é vulnerável a falhas de coleta e de preparação da lâmina e a subjetividade na interpretação dos resultados, apresentando grande variabilidade nas estimativas de sensibilidade e especificidade do exame.

2.3 IMPACTOS DE PRODUTIVIDADE GERADOS NA GESTÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CORRELACIONADO AO EXAME PAPANICOLAU

Problemas gerenciais e técnicos têm inibido a extensão e avanço na qualidade dos serviços ofertados no acompanhamento e controle do perfil colpocitológico. Para o adequado rastreamento de câncer de colo, além da coleta, há necessidade de uma assistência adequada pela equipe interdisciplinar ao interpretar os resultados, como também devem ocorrer as informações registradas para controle e acompanhamento. O instrumento fundamental para controle dos resultados colpocitológicos é o Livro de Registros (ANEXO 2) já que todos os dados referentes à identificação e resultado de exame de cada mulher são registrados, possibilitando acompanhar as pacientes da área de abrangência, sendo também importante

para o seguimento dos números de exames realizados em cada unidade de saúde (Corrêa & Villela, 2008).

Hartmann et al. (2018) em seu estudo, observaram a dificuldade na coleta de dados pela falta de informação e da não padronização do preenchimento do Livro de Registros, concomitante ao impedimento da análise dos resultados dos exames e impossibilidade do acompanhamento do cuidado em tempo hábil das mulheres que realizaram o Papanicolaou. Verificou-se que esse instrumento não está sendo determinante nos processos de busca ativa e acompanhamento das mulheres. Deste modo, o estudo enfatiza a necessidade de capacitação técnica dos profissionais que prestam assistência para proporcionar melhoria no acompanhamento e controle dos resultados do exame Papanicolaou, suscitando, assim, maior suporte advindo da atenção primária, para as mulheres com exames alterados.

Fischer et al. (2015) descrevem e analisam a estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica, e dentre os componentes analisados do processo de trabalho, ressalta-se o fato de que menos da metade (45%) das unidades de saúde referidas no estudo registraram os dados das coletas de material e de exames de Papanicolaou. Se todas registrassem os dados dos exames, a adequação do processo de trabalho teria se elevado em média 23%, destacando-se a relevância deste indicador para a melhoria da atenção. Salientam ainda a necessidade de mais investimentos em tecnologia de informática e comunicação, bem como a capacitação dos profissionais de saúde.

Os autores Corrêa & Villela (2008) enfatizam em seu estudo a importância da capacitação dos profissionais envolvidos na realização do exame Papanicolaou, ressaltando um treinamento contínuo, pois em sua análise sobre adequabilidade das lâminas mostrou que existe um grande percentual de lâminas com limitação para leitura, podendo indicar baixa capacitação dos profissionais que realizam a coleta do material, bem como recursos materiais inadequados. Portanto as condições de coleta, transporte e leitura das lâminas devem ser cuidadosamente monitoradas, evitando assim resultados falso-negativos.

Em um estudo realizado em uma cidade de Santa Catarina, com o objetivo de avaliar o impacto da capacitação dos profissionais do sistema único de saúde implicados na coleta de Papanicolaou, percebeu-se que, após a capacitação dos profissionais, houve melhoria significativa na adequabilidade da amostra, representação dos epitélios e resultado do exame, sendo a qualificação dos coletores uma ferramenta de grande relevância para se confirmar esses resultados. É evidente o quanto é importante a qualificação permanente dos profissionais, permitindo amostras de melhor qualidade, maior confiabilidade nos resultados e

mais segurança à mulher que se submete ao exame, fornecendo diagnóstico precoce e impossibilitando resultados falso-negativos (Jakobczynski et al., 2018).

Estudos que vem sendo realizados evidenciam o predomínio de mulheres entre 25 e 34 anos, submetidas ao exame Papanicolaou, enquanto mulheres acima de 55 anos apresentam-se menos constantes na cobertura dos exames, contestando-se a prevalência do CCU naquelas acima 50 anos. À vista disso o exame citopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, ou que já tivessem tido atividade sexual mesmo antes desta faixa etária, mas reconhecendo a devida importância de preocupar-se com as mulheres que excedem o período fértil. Desta maneira possibilita a efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou e progressão na resolutividade, baseadas na busca ativa e em ações de educação em saúde, favorecendo a promoção da saúde (Bringel et al., 2012).

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Segundo Koche (2011), a pesquisa é consequência de uma metodologia de busca de informações já determinadas pela ciência, onde os processos metodológicos aplicados nela dependerão do problema estudado, não havendo uma receita pronta para ser aproveitada para nortear suas demarcações. Assim, toda metodologia deve ser acompanhada para que não adaque condições tendenciosas dos resultados.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica a partir da busca em periódicos científicos digitais nas línguas portuguesa e inglesa. Foi utilizado o software “*Publish or Perish*” (publique ou pereça), um programa que utiliza base de dados do Google Acadêmico, LILACS, SciELO, BIREME e MEDLINE que permite aplicação de alguns filtros como, assunto, data de publicação, entre outros, podendo estreitar os resultados de forma automática.

Trata-se de uma pesquisa documental, estudo transversal de abordagem quantitativa. A pesquisa documental fundamenta-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, em que se podem organizar informações dispersas dando uma nova relevância como fonte de consulta (Raupp & Beuren, 2006).

3.1.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde, onde atuo como Enfermeira ESF. Está localizado na região Norte da cidade, que atende uma população de aproximadamente 33.000 usuários. É uma unidade considerada mista (UBS Tradicional e UBS com ESF) composta por 04 equipes de ESF acrescidas de especialidades e serviços ofertados como atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Psiquiatria, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem como objetivo ampliar a abrangência das ações da atenção básica (Brasil. Ministério da Saúde, 2012).

A escolha do cenário local da pesquisa ocorreu pelo fato da unidade possuir equipes de profissionais que realizam ações de prevenção e promoção da saúde em relação ao câncer do colo do útero. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

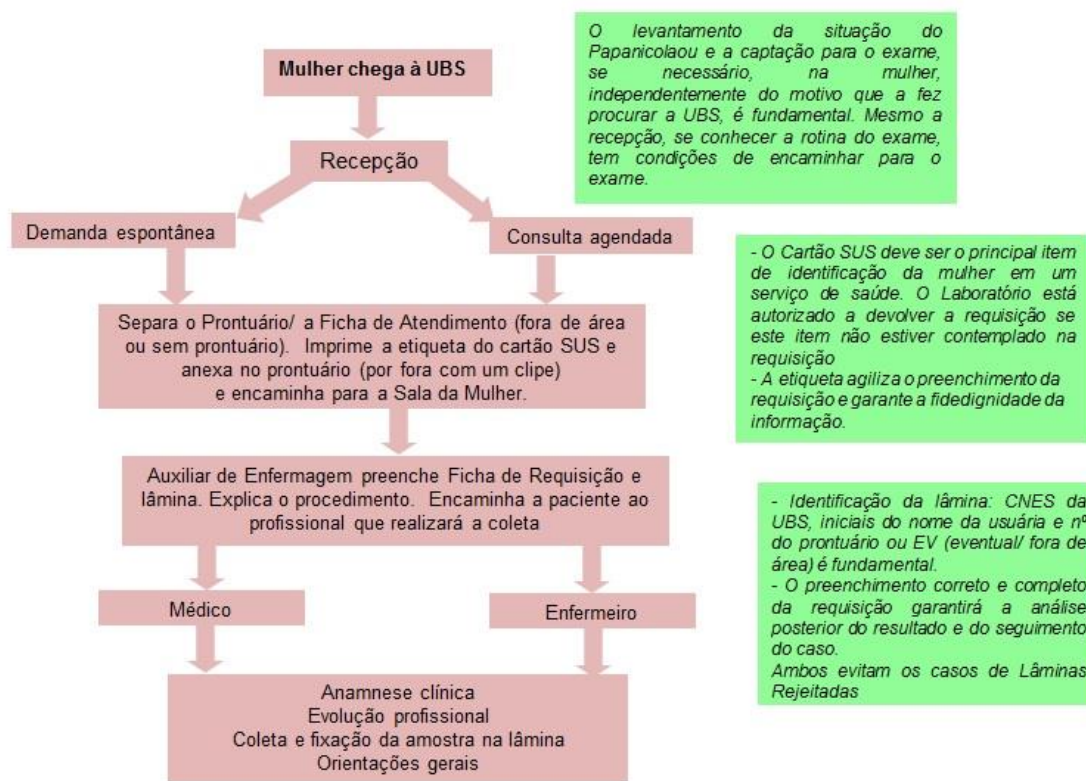
O monitoramento dos casos com atipia celular no Papanicolaou é fundamental para impedir que as lesões precursoras evoluam para malignidade. Somente um monitoramento bem feito destes casos terá impacto na mortalidade por Câncer de Colo de Útero. Além disto, ainda existem muitas mulheres que não realizam o exame ou o fazem com intervalos maiores que 03 anos.

A detecção e o seguimento destes casos são de responsabilidade da UBS e é um processo complexo que implica em:

- Equipe de enfermagem e médica articulada e com conhecimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) – (2016);
- Integração desta equipe com outros setores da Unidade (regulação, recepção);
- Nas UBS com ESF - um grande envolvimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) - (busca ativa na comunidade);
- Integração com os outros níveis de assistência - secundário e terciário.

Entendendo que o gerente da UBS é o elemento chave para organização do serviço, as orientações abaixo buscam auxiliá-lo na avaliação do seu serviço e dar elementos para discussão com toda a equipe. O fluxograma a seguir (Figura 01) direciona o atendimento à mulher, a partir da sua chegada à UBS, para a captação para a coleta do Papanicolaou. O ideal é que a coleta seja ofertada diariamente para se captar, na demanda espontânea da UBS, aquela mulher que nunca fez o exame ou está há mais de 03 anos sem fazê-lo.

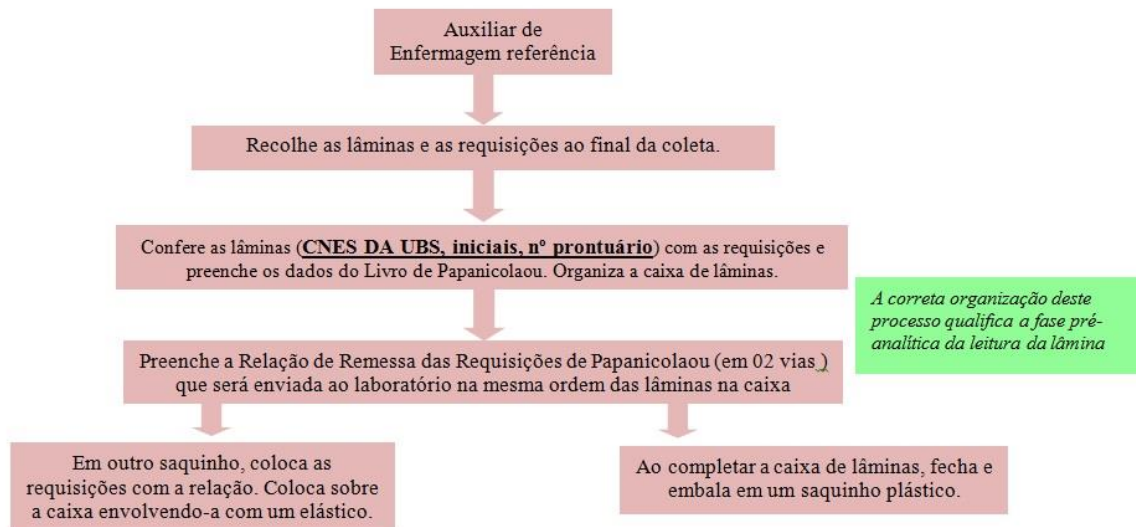
Figura 01 - Fluxograma do direcionamento do atendimento à mulher, a partir da sua chegada à UBS, para a captação para a coleta do Papanicolaou



Fonte: Programa de controle e detecção precoce do CCU da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Norte

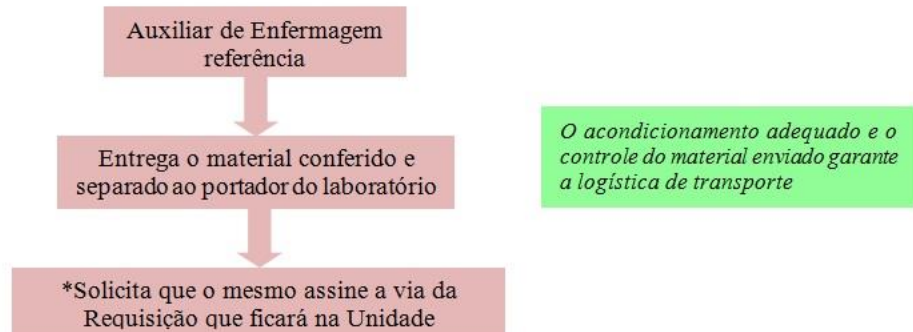
O auxiliar de enfermagem é um profissional importante para organização do trabalho, a correta organização deste processo qualifica a fase pré-analítica da leitura da lâmina. Na unidade tem um auxiliar de enfermagem escalado para apoio nos dias de coleta (escala periódica para que haja rodízio dos profissionais). Os fluxogramas a seguir (Figuras 02, 03 e 04) descrevem a organização das requisições e das lamina, bem como a entrega ao portador do laboratório e o recebimento dos resultados de Papanicolaou.

Figura 02 - Fluxo de organização das Requisições de Exame Citopatológico



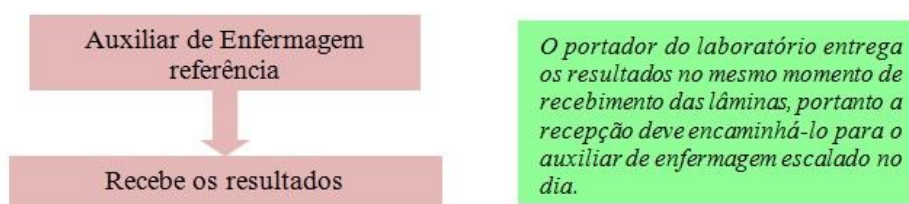
Fonte: Programa de controle e detecção precoce do CCU da CRS Norte

Figura 03 - Fluxo de entrega das lâminas e requisições



*A Unidade mantém em uma pasta a 2ª via da Requisição até o retorno dos respectivos laudos

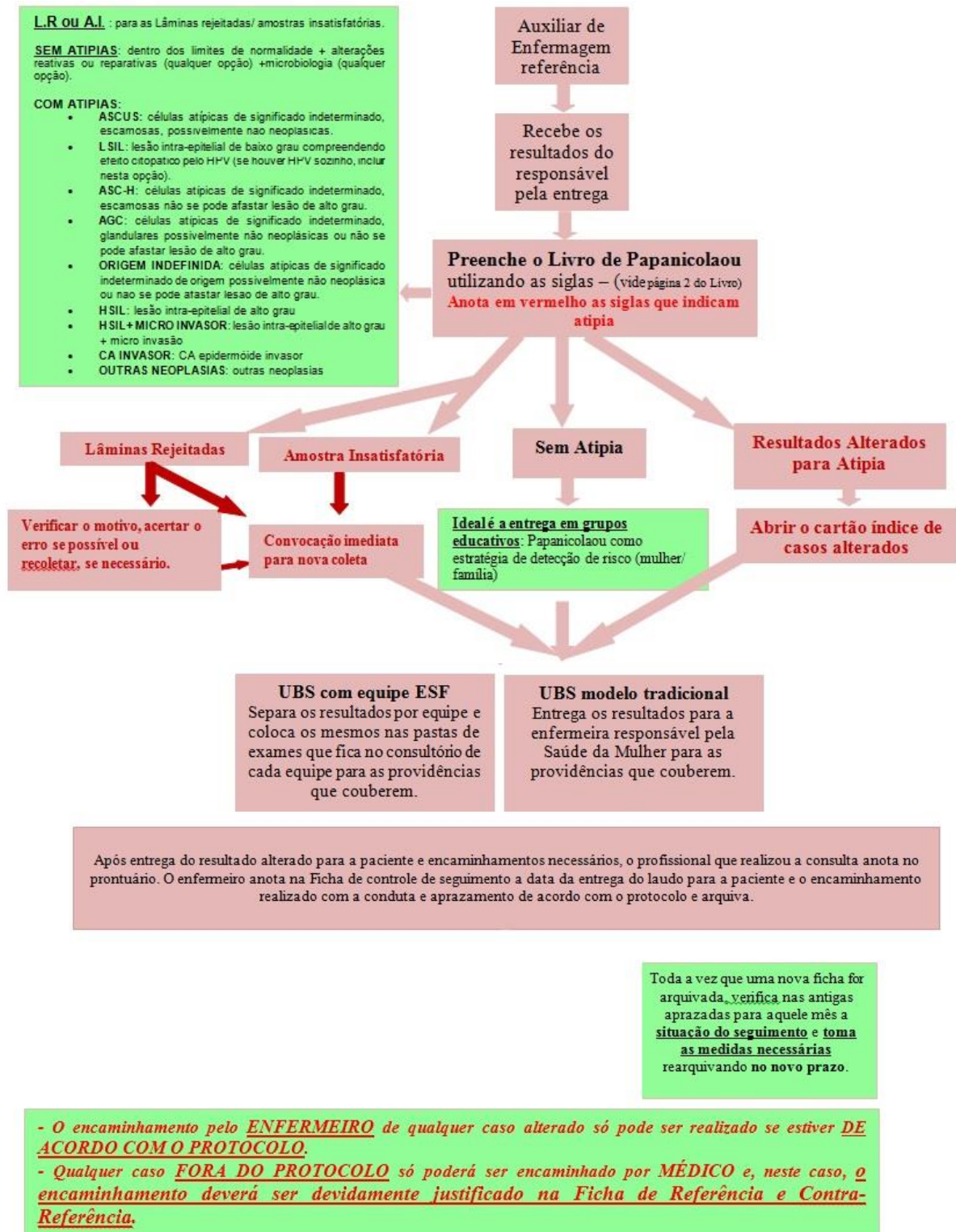
Fonte: Programa de controle e detecção precoce do CCU da CRS Norte

Figura 04 - Fluxo de Recebimento dos Resultados de Papanicolaou

Fonte: Programa de controle e detecção precoce do CCU da CRS Norte

Após o recebimento dos resultados de Papanicolaou é realizado o preenchimento dos dados no Livro de Registro de Papanicolaou, o preenchimento deste instrumento de trabalho permite a cada UBS, independentemente da Supervisão ou da CRS, acompanhar dados quantitativos, qualitativos e tomar as medidas necessárias para sua melhoria. Os dados da coleta registrados no livro das coletas de Papanicolaou devem ser digitados mensalmente em uma planilha do programa Excel, de consolidação mensal (período considerado todo mês – primeiro dia ao último dia do mês). A figura 05 descreve o fluxo interno dos resultados até sua entrega ao paciente.

Figura 05 - Fluxo Interno dos Resultados de Papanicolaou



Fonte: Programa de controle e detecção precoce do CCU da CRS Norte

Instrumentos utilizados na UBS para rastreamento:

- Kits para coleta (ANEXO 3)
- Requisições e relação de Remessa das Requisições de Citologia Oncótica
- Livro de Registro do Papanicolaou
- Aplicativo de Consolidação do Rastreamento (ANEXO 4)
- UBS com ESF: consolidado da informação de busca das mulheres que não realizam Papanicolaou da Ficha D do Agente Comunitário

Com o objetivo de ter um maior controle dos casos de atipia identificados no exame citopatológico e um maior controle no acompanhamento do seguimento, toda mulher com resultado de atipia terá na UBS uma Ficha de controle de seguimento que deverá ser arquivada num local específico, sob a responsabilidade do enfermeiro responsável pelo programa e organizado por data de aprazamento segundo o protocolo estabelecido. As mulheres em seguimento nos níveis secundários e terciários devem ser contatadas semestralmente para averiguação da adesão ao tratamento.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a pesquisa, foram inclusos registros de exames Papanicolaou realizados nos anos de 2017 a 2018 da UBS, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo que eles foram analisados no Laboratório de referência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. E excluídos os que continham somente a informação de coleta realizada, sem registro ou descrição de resultado.

O processo de coleta de dados foi realizado a partir do Livro de Registro e da análise das planilhas de Excel nas quais ficam registrados os condensados mensais das coletas de exame Papanicolaou da UBS. Para esse fim, foi confeccionado um banco de dados em planilha do programa Excel 2010 (Microsoft®), para anotação de todas as informações contidas em cada resultado de exame, englobando: data da coleta, raça, idade, qualidade da amostra, epitélios identificados, alterações celulares, bem como encaminhamento realizado dos casos alterados.

Por se tratar de uma pesquisa cuja obtenção dos dados foi realizada através de dados primários, esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil. Todos os cuidados para a proteção do sigilo sobre os seres humanos envolvidos na pesquisa, entretanto, foram tomados; nenhum dos resultados encontrados será expresso de maneira individual ou nominal.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram tabuladas pelo *Software* Microsoft® Excel para Windows 8.1, por meio de estatística descritiva, tabelas de distribuição de frequências e análise de correlação de Pearson (correlação entre os valores de postos de variáveis - avalia relações lineares).

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.4.1 Dados de caracterização das mulheres que realizaram os exames

❖ Idade: anos completos.

Divididos em faixas etárias:

- < 25 anos
- 25 a 59 anos
- > 59 a 64 anos
- 65 anos e +

❖ Raça: branca, preta, parda, amarela, indígena.

❖ Gestante: sim ou não.

❖ Situação da coleta: colheu há 01 ano; colheu há 02 anos; colheu há mais de 03 anos; nunca colheu.

3.4.2 Dados da coleta

❖ Por categoria profissional segundo faixa etária: enfermeiro; enfermeiro ESF; ginecologista e generalista; segundo < 25 anos; 25 a 59 anos; > 59 a 64 anos; 65 anos e +.

❖ Por qualidade da coleta segundo categoria profissional: satisfatório com JEC; satisfatório só escamoso; insatisfatório; segundo enfermeiro; enfermeiro ESF; ginecologista e generalista (dados são consolidados a partir do período de chegada do resultado).

❖ Alterações celulares – Atipias:

1- ASC-US (Atipias em células Escamosas possivelmente não neoplásicas)

- 2- ASC-H (Atipias em células Escamosas não se pode afastar lesão de alto grau)
- 3- Atipia em células glandulares - possivelmente não neoplásicas
- 4- Atipia em células glandulares - não se pode afastar lesão de alto grau
- 5- Atipias em células de origem indefinida - possivelmente não neoplásicas
- 6- Atipias em células de origem indefinida - não se pode afastar lesão de alto grau
- 7- LSIL (Lesão intra -epitelial de baixo grau)
- 8- HSIL (Lesão intra-epitelial de alto grau)
- 9- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- 10- Carcinoma epidermóide invasor
- 11- Adenocarcinoma "*in situ*"
- 12- Adenocarcinoma invasor
- 13- Outras Neoplasias malignas
- 14- Presença de células endometriais
 - ❖ Exames com atipias segundo qualidade da coleta: satisfatório com JEC; satisfatório só escamoso.

3.4.3 Dados do seguimento dos resultados

- ❖ Número de mulheres em acompanhamento na referência segundo graus de complicação: baixo grau; alto grau e câncer.
- ❖ Número de mulheres que mudaram de endereço segundo graus de complicação: baixo grau; alto grau e câncer.
- ❖ Número de mulheres que abandonaram o acompanhamento segundo graus de complicação: baixo grau; alto grau e câncer.
- ❖ Número de mulheres que passaram para controle trienal (alta do seguimento) segundo graus de complicação: baixo grau; alto grau e câncer.
- ❖ Número de mulheres que não compareceram na UBS para continuidade do acompanhamento segundo graus de complicação: baixo grau; alto grau e câncer.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES E RESULTADOS DOS EXAMES

Foram analisados 3847 exames citopatológicos do colo do útero das usuárias que realizaram Papanicolaou na UBS, registrados no banco de dados da unidade no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Quanto à caracterização das mulheres, o número de usuárias que apresentou idade em conformidade com a faixa etária preconizada para rastreamento do câncer do colo do útero pelo Ministério da Saúde (25 a 64 anos de idade) foi de 3088 (80,3%).

Sobre a realização do Papanicolaou anteriormente, independente da faixa etária, 456 (11,9%) referiram tê-lo realizado há mais de três anos e 192 (5%) referiram nunca ter feito. Enquanto, as mulheres com idade entre 25 e 64 anos, 1951 (63,2%) colheram há um ano, 719 (23,3%) colheram há dois anos, 367 (11,9%) colheram há mais de três anos e 51 (1,6%) nunca haviam colhido.

Os dados de caracterização das usuárias e as variáveis relativas à realização do exame Papanicolaou: faixa etária, gestante (sim ou não) e situação da coleta, são descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das mulheres e variáveis relativas à realização do Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| FAIXA ETARIA | | < 25 anos | | 25 a 59 anos | | > 59 a 64 anos | | 65 anos e + | |
|--------------------|-----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | % | | % | | % | | % |
| SITUAÇÃO DA COLETA | Colheu há 1 ano | 334 | 8,7 | 1836 | 47,7 | 115 | 3,0 | 65 | 1,7 |
| | Colheu há 2 anos | 100 | 2,6 | 675 | 17,5 | 44 | 1,1 | 30 | 0,8 |
| | Colheu há + de 3 anos | 70 | 1,8 | 342 | 8,9 | 25 | 0,6 | 19 | 0,5 |
| | Nunca colheu | 136 | 3,5 | 47 | 1,2 | 4 | 0,1 | 5 | 0,1 |
| TOTAL | | 640 | 16,6% | 2900 | 75,4% | 188 | 4,9% | 119 | 3,1% |

Em relação à raça, 42,4% das mulheres que realizaram o exame citopatológico declararam-se brancas; 13,9% pretas; 43% pardas; 0,6% amarelas; e 0,1% indígenas, os seguintes dados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização das mulheres que realizaram exame Papanicolaou, distribuída por raça em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| RAÇA | N | % |
|--------------|-------------|-------------|
| Branca | 1632 | 42,4% |
| Preta | 535 | 13,9% |
| Parda | 1653 | 43,0% |
| Amarela | 25 | 0,6% |
| Indígena | 2 | 0,1% |
| Total | 3847 | 100% |

4.2 DADOS DA COLETA E RESULTADOS DOS EXAMES

A distribuição dos exames por categoria profissional foi analisada pelo quantitativo de mulheres, por faixa etária e pela qualidade da coleta. A categoria profissional enfermeiro ESF realizou 70,4% das coletas; enfermeiro 16,3%; ginecologista 13,3%; e a categoria profissional referente ao médico generalista não realizou nenhuma coleta do exame citopatológico. Juntos, os enfermeiros realizaram 86,7% dos exames coletados na UBS no período de 2017 a 2018. Dados são descritos nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por faixa etária e por categoria profissional em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| CATEGORIA | ENFERMEIRO | ENFERMEIRO ESF | GINECOLOGISTA |
|---------------------|-------------|----------------|---------------|
| FAIXA ETÁRIA | | | |
| < 25 anos | 92 | 476 | 85 |
| 25 a 59 anos | 482 | 2045 | 359 |
| >59 a 64 anos | 34 | 105 | 47 |
| 65 anos e + | 19 | 81 | 22 |
| TOTAL | 627 | 2707 | 513 |
| % | 16,3 | 70,4 | 13,3 |

Tabela 4 – Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por categoria profissional em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| % COLETA POR CATEGORIA | | % COLETA ENFERMAGEM |
|------------------------|-------|---------------------|
| ENFERMEIRO | 16,3% | 86,7% |
| ENFERM. ESF | 70,4% | |
| GINECOLOGISTA | 13,3% | |

Dos resultados dos exames descritos na Tabela 5, dez (0,3%) amostras coletadas foram rejeitadas para análise, sendo nestes casos por material enviado ser menor que 10% do esfregaço e/ou leitura prejudicada (>75% do esfregaço) “por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular” gerando assim resultado insatisfatório. Os demais resultados apresentam amostras satisfatórias, porem 39% delas sem qualidade da coleta, ou seja, sem representatividade da junção escamo-colunar.

Observa-se ainda na Tabela 5, que 60,8% dos resultados, tiveram uma boa adequabilidade da amostra, representatividade da JEC, considerada como indicador da qualidade da coleta. Destaca-se que os dados são consolidados a partir do período de chegada do resultado, portanto foram analisados apenas os resultados que representam 90,8% das amostras coletadas.

Foi possível identificar que o enfermeiro ESF além de realizar mais exames citopatológicos, é a categoria profissional que, claramente, as amostras apresentaram melhor adequabilidade (70%, n= 1486, das amostras com representatividade da JEC), o que contribui para diminuição do índice de resultados falso-negativos. Enquanto as categorias profissionais ginecologista e enfermeiro tiveram, juntos, apenas 30% (637) de suas amostras apresentando uma boa qualidade, associando esse resultado à má qualidade na técnica da coleta dessas células.

Tabela 5 – Distribuição da coleta dos exames Papanicolaou por categoria profissional e qualidade da coleta em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| CATEGORIA PROFISSIONAL | QUALIDADE DA COLETA | | |
|---------------------------|---------------------|---------------|------------------|
| | % C/ JEC | % SÓ ESCAMOSO | % INSATISFATÓRIO |
| ENFERMEIRO | 44,0% | 55,0% | 1,0% |
| GO | 68,2% | 31,3% | 0,5% |
| ENFERMEIRO PSF | 62,3% | 37,6% | 0,1% |
| TOTAL | 60,8% | 39,0% | 0,3% |

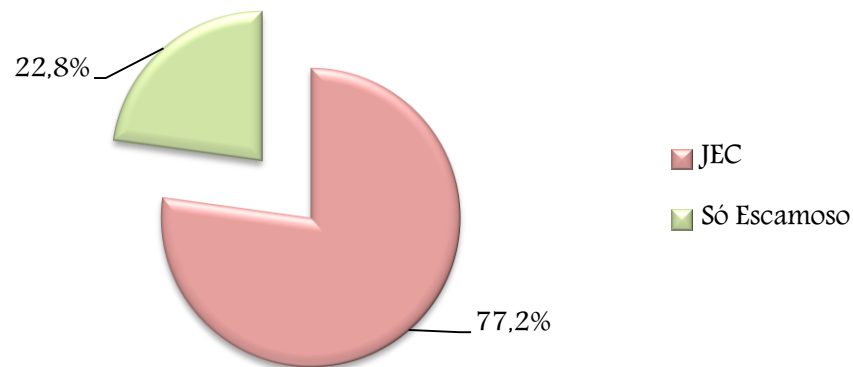
Os resultados alterados, 6,6% (232), considerados como atipias celulares estão descritos na Tabela 6. As células glandulares atípicas (AGC) representaram os achados menos frequentes. Os maiores números de casos foram para atipias em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC-US); atipias em células escamosas não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H); e lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL), que juntos representaram 89,2% (207) dos casos alterados.

Tabela 6 – Distribuição dos resultados das coletas dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| Resultados alterados do Papanicolaou (2017 a 2018) | Número de Casos |
|---|-----------------|
| 1- ASC-US (Atipias em células Escamosas possivelmente não neoplásicas) | 150 |
| 2- ASC-H (Atipias em células Escamosas não se pode afastar lesão de alto grau) | 27 |
| 3- Atipia em células glandulares - possivelmente não neoplásicas | 11 |
| 4- Atipia em células glandulares - não se pode afastar lesão de alto grau | 3 |
| 6- Atipias em células de origem indefinida - não se pode afastar lesão de alto grau | 1 |
| 7- LSIL (Lesão intra -epitelial de baixo grau) | 30 |
| 8- HSIL (Lesão intra-epitelial de alto grau) | 10 |
| TOTAL | 232 |

Para os resultados alterados, a boa qualidade da coleta - representatividade da JEC - esteve presente em 77,2% dos casos. Esses resultados são esperados, já que a amostra do canal cervical com representatividade da JEC aumenta o percentual de diagnóstico das lesões com maior potencial de progredir, as quais, se diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem reduzir a incidência do câncer do colo do útero e, conseqüentemente, a morbidade e a mortalidade causadas por esta doença. Dados são descritos na Figura 6.

Figura 6 - Gráfico representativo da adequabilidade das coletas referente aos resultados alterados dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018



4.3 SEGUIMENTO DOS RESULTADOS ALTERADOS

Dos resultados identificados como alterados, 18,7% (43) das mulheres não deram seguimento do acompanhamento na UBS que realizaram a coleta, umas por mudança de endereço, outras por abandono. Observa-se que 71,1% (165) seguiram em acompanhamento nas unidades de referência, e 3,9% (9) dos casos foram confirmados para câncer do colo do útero, após o exame de colposcopia com biópsia e avaliação médica especializada. Do total de exames alterados, 10,3% (24), tiveram alta do seguimento, ou seja, passaram para controle trienal (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição do seguimento do acompanhamento das mulheres com resultados alterados dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| PARADA DO SEGUIMENTO | BAIXO GRAU | ALTO GRAU | CÂNCER |
|--|------------|-----------|--------|
| Em acompanhamento na referência | 131 | 25 | 9 |
| Mudança de endereço (desde que conhecido, refere acompanhamento na unidade de destino) | 26 | – | – |
| Abandono (após inúmeras tentativas de contato da UBS) | 17 | – | – |
| Que passaram para CONTROLE TRIENAL (alta do seguimento) | 22 | 2 | – |

As usuárias que continuam em acompanhamento, porém não compareceram em uma ou mais convocações realizadas pelos profissionais das equipes, tem suas fichas arquivadas para busca ativa e futuras convocações, destaca-se aqueles com resultados de baixo grau. Observa-se que não teve resultados positivos para CCU daquelas que não compareceram, como descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das mulheres que continuam em seguimento dos exames Papanicolaou em uma UBS da Zona Norte da Cidade de São Paulo de 2017 a 2018

| Mulheres a serem convocadas | BAIXO GRAU | ALTO GRAU | CÂNCER |
|---|------------|-----------|--------|
| 1- Que não compareceram (fichas que sobraram e foram arquivadas para busca ativa) | 123 | 4 | 0 |
| 2- Que deverão ser seguidas (excluídas as deste item 1) | 180 | 1 | 0 |

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados dos exames de Papanicolaou analisados prevaleceram em mulheres com a faixa etária entre 25 e 59 anos, esses dados são concordantes com pesquisas realizadas recentemente. Um estudo realizado em uma cidade do Mato Grosso identificou que usuárias na faixa etária entre 25 a 54 anos ou mais se apresentaram mais constantes na realização do exame (Hartmann et al., 2018).

Usuárias com as faixas etárias entre 60 e 64 anos e maiores de 65 anos, juntas, foram as que menos realizaram o rastreamento para CCU, visto que o câncer do colo do útero prevalece nas mulheres proporcionalmente com o aumento da idade.

O número de mulheres que referiu ter realizado o Papanicolaou anteriormente, 95,1%, é considerado significativo na pesquisa estudada. Enquanto as que referiram ter realizado há 01 ano (61,1%), sendo que não foi possível analisar na pesquisa se essas mulheres estavam de acordo com o que é preconizado pelo MS. Sabe-se que o rastreamento do CCU anualmente, sem indicação, não tem redução expressiva nos possíveis benefícios do exame, além de aumentar os gastos na realização dos mesmos.

Destaca-se que o maior número de coletas foi realizado pela equipe de enfermagem (86,7%), percebendo que a enfermagem tem papel primordial na prevenção do câncer do colo do útero e deve-se manter sempre atualizada, participando de educação continuada, além de promover a busca ativa das usuárias de acordo com a faixa etária recomendada.

Os resultados dessa pesquisa também mostraram a ausência da representatividade da JEC em 39% das amostras dos exames citopatológicos, podendo expor a usuária a um resultado falso-negativo, pois estava presente apenas o epitélio escamoso, além de associar-se à má qualidade na técnica da coleta dessas células.

Nos resultados alterados que foram apresentados neste estudo, a adequabilidade das coletas analisadas a partir da representação da JEC esteve presente em 77,2% das amostras coletadas. Ressalta-se que a frequência das lesões precursoras do câncer do colo do útero varia com a adequabilidade da amostra e está diretamente ligada a qualidade da coleta, como também observado em um estudo realizado na cidade de Goiânia (Amaral et al., 2008).

O controle do acompanhamento do seguimento, para os resultados com atipia foi realizado através de uma Ficha de controle (ANEXO 5) que fica arquivada num local específico, sob a responsabilidade do enfermeiro responsável pelo programa e organizado por data de aprazamento segundo o protocolo estabelecido.

As lesões apresentadas como ASC-US e LSIL foram frequentes em 77,6% (180) dos resultados alterados, apesar de serem lesões de baixo grau, podem progredir para CCU, por isso deve-se ter seguimento e acompanhamento, realizando exame citopatológico de repetição conforme faixa etária da mulher (semestral para aquelas acima de 30 anos e anual para as com idade inferior a 30 anos) como recomendado pelo MS.

Seguindo as orientações preconizadas pelo MS (ANEXO 6), 85,6% das mulheres com resultados alterados para atipias de significado indeterminado em células escamosas provavelmente não neoplásica, foram convocadas para ter suas coletas repetidas de acordo com a faixa etária. As mulheres em seguimento com as demais alterações nos níveis secundários e terciários foram contatadas semestralmente para averiguação da adesão ao tratamento.

As frequências de lesões mais graves como ASC-H, AGC e HSIL, foram de aproximadamente 22% (51), não podendo analisar dentre essas amostras o quantitativo de JEC, pois a consolidação dos dados da UBS que estão presente nesta pesquisa não permitiu tal descrição.

O seguimento dos resultados alterados foi realizado por 71,1% (165) das mulheres, contudo, para eficácia do programa de rastreamento é primordial que todos os casos com algum tipo de alteração sejam acompanhados e devidamente tratados, evitando que as lesões precursoras na fase inicial desencadeiem para novos casos de câncer do colo do útero, resultando em tratamentos mais complicados e com altos custos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados do estudo demonstram que a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero varia com a adequabilidade da amostra. Quanto à faixa etária das mulheres que realizam o exame Papanicolaou, a pesquisa demonstrou que as usuárias entre 60 e 64 anos foram um dos grupos etários que menos realizaram a coleta, dado preocupante, visto que o câncer do colo do útero prevalece nas mulheres proporcionalmente com o aumento da idade e estão prevalentes em mulheres com idade acima de 50 anos.

Falando-se da qualidade do esfregaço das amostras, aproximadamente 40% dos resultados não tiveram representatividade da junção escamo-colunar, células que deveriam estar presentes em todas as amostras, pois caracteriza qualidade do material coletado e consequentemente do resultado encontrado.

O seguimento dos casos alterados, em sua maioria, foi referenciado para acompanhamento com as especialidades, entrando em conformidade com o que é preconizado pelo MS.

Este estudo possibilita contribuição para os profissionais de saúde, chamando atenção para a relevância do seu trabalho na prevenção do câncer do colo do útero, permitindo a redução dos resultados das amostras sem qualidade, aumentando assim as coletas com representação da JEC, trazendo diagnósticos mais seguros e evitando aqueles falso-negativos. Ações voltadas à educação continuada e atualização desses profissionais são válidas, com a finalidade de melhorar a qualidade do Papanicolaou.

Acredita-se também que um empenho maior tanto na busca ativa e no encorajamento, quanto no esclarecimento mais detalhado durante a consulta/coleta do exame na importância do retorno à unidade para resultado do Papanicolaou, favorecem o seguimento e continuidade do cuidado evitando problemas futuros mais complexos com tratamento, além de gastos elevados para o sistema de saúde.

A equipe de saúde, como um todo, desde os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, que são profissionais essenciais na promoção da saúde, devem enfatizar em suas visitas domiciliares a importância da coleta do Papanicolaou de acordo com a faixa etária e o tempo de retorno preconizado nos protocolos da saúde.

6.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS

O estudo limita-se em apenas uma UBS da zona Norte do município de São Paulo, embora o rastreamento do CCU seja uma intervenção de saúde pública de prevenção secundária, preconizada pelo MS, o que impossibilitou a análise da situação de uma forma mais abrangente e completa.

Outra limitação foi a impossibilidade de especificar, após a análise dos dados, quantos exames de colpocitologia oncótica com resultados sem a presença da JEC foram encaminhados para nova coleta. A falta de informação sobre diferentes aspectos nos resultados dos exames dificulta a análise do perfil colpocitológicos de mulheres dessa localidade, o qual poderia contribuir para futuros estudos nessa área.

Além do controle limitado na obtenção da amostra e medição de variáveis, apesar do tamanho da amostra se apresentar em número elevado, permitiu considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Não foram coletados dados sobre resultados de exames citopatológico anteriores ao alterado. Não foram avaliadas as consequências das falhas nas condutas de encaminhamento. A baixa qualidade da informação obtida da fonte primária dificultou a obtenção de alguns dados.

REFERÊNCIAS

- Amaral, R. G., Manrique, E. J. C., Guimarães, J. V., Sousa, P. J. de, Mignoli, J. R. Q., Xavier, A. de F., & Oliveira, A. (2008). Influência da Adequabilidade da Amostra Sobre a Detecção das Lesões Precursoras do Câncer Cervical. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(11), 556–560.
- Bim, C. R., Pelloso, S. M., Carvalho, M. D. de B., & Previdelli, I. T. S. (2010). Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, 44(4), 940–946.
- Borsatto, A. Z., Vidal, M. L. B., & Rocha, R. (2011). Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. *Rev bras cancerologia*, 57(1), 67–74.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. (2013). *Sistema de Informação do Câncer. Manual preliminar para apoio à implantação*. <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-da-mulher/siscan/7171-manual-preliminar-siscan/file>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática*. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005*. http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424.

- Bringel, A. P. V., Farias Rodrigues, M. P. de, & Vidal, E. C. F. (2012). Análise dos laudos de Papanicolaou realizados em uma Unidade Básica de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 745–751.
- Caetano, R., Vianna, C. M. de M., Thuler, L. C. S., & Girianelli, V. R. (2006). Custo-efetividade no Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo Uterino no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16, 99–118.
- Corrêa, D. A. D., & Villela, W. V. (2008). O controle do câncer do colo do útero: Desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(4), 491–497.
- Derchain, S. F. M., Longatto Filho, A., & Syrjanen, K. J. (2005). Neoplasia intra-epitelial cervical: Diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(7), 425–33.
- Dias, E. G., Santos, D. D. C., Freitas, E. N., Silveira, J. C., & Soares, L. R. (2016). Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 7(4), 135–146.
- Diniz, A. S., Xavier, M. B., Braga, P. P., & Guimarães, E. A. A. (2013). Assistência à saúde da mulher na atenção primária: Prevenção do câncer do colo do útero. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 16(3), 333–337.
- Ferlay, J., Shin, H.-R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12), 2893–2917.
- Fernandes, J. V., Rodrigues, S. H. L., Costa, Y. G. A. S. da, Silva, L. C. M. da, Brito, A. M. L. de, Azevedo, J. W. V. de, Nascimento, E. D. do, Azevedo, P. R. M. de, & Fernandes, T. A. A. de M. (2009). Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 851–858.

- Fischer, T., Silva, S. M., Pereira, B., Tomasi, E., Gastal, A., Thumé, E., Vinholes, F., Oliveria, M., Facchini, L., & Fernandes, A. (2015). Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(2), 171–180.
- Flores, Y., Bishai, D., Lazcano, E., Shah, K., Lörintz, A., Hernández, M., Salmerón, J., Ferris, D., Hernández, P., & Sherman, M. E. (2003). Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study. *Salud Pública de México*, 45(3), 388–398.
- Franco, R., Amaral, R. G., Montemor, E. B. L., Montis, D. M., Morais, S. S., & Zeferino, L. C. (2006). Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 28(8), 479–485.
- Hartmann, L. I. P. P., Araújo, B. E., Bazzano, A. B. R. M., Castro, L. S., Oliveira, J. C. D. S., & Castro, L. S. (2018). Registros dos exames colpocitológicos nas Estratégias de Saúde da Família. *Revista Univap*, 24(46), 61–73.
- Instituto Nacional de Câncer. (2002). Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 13–15.
- Instituto Nacional de Câncer. (2011). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero* (1^o ed).
- Instituto Nacional de Câncer. (2018). *Câncer do colo do útero*. INCA - Instituto Nacional de Câncer. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
- Jakobczynski, J., Frighetto, M., Perazzoli, M., Dambrós, B. P., Dallazem, B., & Kirschnick, A. (2018). Capacitação dos profissionais de saúde e seu impacto no rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino. *Revista Brasileira de Análises Clínicas (RBAC)*, 50(1), 80–5.

- Koche, J. C. (2011). *Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da ciência e iniciação à pesquisa* (14^o ed). Editora Vozes.
- Kylvia, G. T. E., Escolástica, R. M. F., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. B. (2008). Utilização do Instrumento de Melhoria de Desempenho na Avaliação do Exame de Papanicolaou por Enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 13(3), 329–335.
- Leitão, N. M. de A., Pinheiro, A. K. B., Anjos, S. de J. S. B., Vasconcelos, C. T. M., & Nobre, R. N. S. (2008). Avaliação dos laudos citopatológicos de mulheres atendidas em um serviço de enfermagem ginecológica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(4), 508–515.
- Maia, A. A. A., Melo, E. H., Santos, J. C. V. dos, Carvalho, L. C. R. de, & Alves Saborido, T. K. de. (2011). Câncer de colo de útero: Organização e análise crítica do cuidado em rede no município de Garanhuns, Pernambuco. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2(2), 30–35.
- Martins, L. F. L., Thuler, L. C. S., & Valente, J. G. (2005). Cobertura do Exame de Papanicolaou no Brasil e seus Fatores Determinantes: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(8), 485–492.
- Ministério da Saúde. (2011). *Exame preventivo do câncer de colo uterino (Papanicolaou)*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolaou.html
- Pinho, A. de A., & França-Junior, I. (2003). Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Um Modelo Teórico para Analisar o Acesso e a Utilização do Teste de Papanicolaou. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(1), 95–112.
- Plummer, M., de Martel, C., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Franceschi, S. (2016). Global burden of cancers attributable to infections in 2012: A synthetic analysis. *The Lancet Global Health*, 4(9), e609–e616.

- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2006). *Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais* (3^o ed). Editora Atlas.
- Santos, F. A. P. S. dos, Brito, R. S. de, & Santos, D. L. A. dos. (2011). Exame Papanicolau: Avaliação da Qualidade do Esfregaço Cervical. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(3), 645–648.
- Silva, G. P. F., Cristovam, P. C., & Vidotti, D. B. (2017). O impacto da fase pré-analítica na qualidade dos esfregaços cervicovaginais. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 49(2), 135–40.
- Siqueira, G. S., Oliveira, V. M. F. D., Barreto, S. M. S. S., Menezes, M. O., Silva, D. P. D., & Machado, I. L. D. (2014). Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT*, 2(1), 37–49.
- Sousa, M. S. de, Canto, A. S. de S., Tsutsumi, M. Y., Maciel, M. C., & Zeferino, L. C. (2011). Perfil dos exames citológicos do colo do útero realizados no Laboratório Central do Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2(2), 27–32.
- Survival rates for cervical cancer*. (2019). American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/survival.html>
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice* (2^o ed). World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *World Health Organization*, 92(19), 241–268.

ANEXO 1

| MINISTÉRIO DA SAÚDE | | REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO | |
|--|--------------------------|--|----|
| | | <i>Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero</i> | |
| UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo | |
| Unidade de Saúde | | (nº gerado automaticamente pelo SISCAN) | |
| Município | | Prontuário | |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS | | | |
| Cartão SUS* | | | |
| Nome Completo da Mulher* | | | |
| Nome Completo da Mãe* | | | |
| CPF | Apelido da Mulher | Nacionalidade | |
| Data de Nascimento* | Idade | Raça/cor | |
| <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia | | | |
| Dados Residenciais | | | |
| Logradouro | | | |
| Número | Complemento | Bairro | UF |
| Código do Município | Município | | |
| CEP | DDD | Telefone | |
| Ponto de Referência | | | |
| Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo | | | |
| DADOS DA ANAMNESE | | | |
| 1. Motivo do exame* | | 7. Já fez tratamento por radioterapia?* | |
| <input type="checkbox"/> Rastreamento <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento) | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?* | | 8. Data da última menstruação / regra:* | |
| <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____ | | _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* | |
| 3. Usa DIU?* | | (não considerar a primeira relação sexual na vida) | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra | |
| 4. Está grávida?* | | 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) | |
| 5. Usa pílula anticoncepcional?* | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| EXAME CLÍNICO | | | |
| 11. Inspeção do colo* | | 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? | |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anormalias congênicas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia. | | | |
| Data da coleta* | | Responsável* | |
| _____ / _____ / _____ | | _____ | |

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

ANEXO 2

REGISTRO DA COLETA DE PAPANICOLAOU

| 1- Dados da coleta do Exame | | 2 - Identificação | | | | 3- Dados de Resultados do Exame | | | 4- Dados de Orientação do Resultado do Exame | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------|----------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--|------------------------|---|---|---|------------|
| DATA DA COLETA | RESPONSÁVEL COLETA | NOME DA PACIENTE | IDADE | Nº DO PRONTUÁRIO OU Nº DA LÂMINA | COLETAS ANTERIORES | | | DATA DO RESULTADO | RESULTADO | QUALIDADE DESTA COLETA | Data do fornecimento do resultado para a paciente | Responsável pela orientação da paciente | Encaminhamento formal realizado nos casos alterados (p. ex.: consulta com gineco, colposcopia). | Observação |
| | | | | | COLHEU HÁ 1 ANO | COLHEU HÁ 3 ANOS | COLHEU HÁ MAIS DE 5 ANOS | NUNCA COLHEU | GESTANTE | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |

UBS: _____

ANEXO 3



ANEXO 4

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

CONSOLIDAÇÃO LIVRO DE PAPANICOLAOU

Período a ser considerado todo o Mês: 1º dia ao último dia do mês

Período

NOME DA UNIDADE

As tabelas 1 e 2, a de raça e a do Mutirão - são consolidadas a partir do período da REALIZAÇÃO DA COLETA.

1- IDENTIFICAÇÃO

| FAIXA ETÁRIA | SITUAÇÃO DA COLETA | Nº DE NÃO GESTANTES | Nº DE GESTANTES | TOTAL GERAL (gentes e não gestantes) |
|--------------|----------------------|---------------------|-----------------|--------------------------------------|
| < 25 anos | COLHEU Há 1 ANO | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU Há 2 ANOS | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU A 3 ANOS OU + | 0 | 0 | 0 |
| | NUNCA COLHEU | 0 | 0 | 0 |
| 25 a 59 anos | COLHEU Há 1 ANO | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU Há 2 ANOS | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU A 3 ANOS OU + | 0 | 0 | 0 |
| | NUNCA COLHEU | 0 | 0 | 0 |
| 60 a 64 anos | COLHEU Há 1 ANO | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU Há 2 ANOS | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU A 3 ANOS OU + | 0 | 0 | 0 |
| | NUNCA COLHEU | 0 | 0 | 0 |
| 65 anos e + | COLHEU Há 1 ANO | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU Há 2 ANOS | 0 | 0 | 0 |
| | COLHEU A 3 ANOS OU + | 0 | 0 | 0 |
| | NUNCA COLHEU | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GERAL | | 0 | 0 | 0 |

O total da tabela RAÇAS deve ser igual aos totais das Tabelas 1 e 2

Total raças

| | |
|---------------|----------|
| Branca | 0 |
| Negra | 0 |
| Parda | 0 |
| Amarela | 0 |
| Indígena | 0 |
| Não informada | 0 |
| Total | 0 |

O total de coletas da Tabela 1 deve ser igual ao total de coleta da Tabela 2, pois se tratam das mesmas coletas agregadas por variáveis diferentes.

2- NÚMERO DE COLETAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

| CATEGORIA | ENFERMEIRO | ENFERMEIRO PSF | GO | GENERALISTA | |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | cód CBO 223503 | cód CBO 223501 | cód CBO 223102 | cód CBO 223115 | |
| < 25 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 25 a 59 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 60 a 64 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 65 anos e + | 0 | 0 | 0 | 0 | TOTAL COLETAS |
| TOTAL GERAL | | | | | 0 |

É este TOTAL GERAL que deve ser apontado no SIASUS (cód procedimento: 020102003)

A tabela 3 - é consolidada a partir do período de CHEGADA DO RESULTADO

3- QUALIDADE DA COLETA

| QUEM COLHEU | SATISFATORIO COM JEC | SATISFATORIO SO ESCAMOSO | INSATISFATORIO | TOTAL RESULTADOS |
|----------------|----------------------|--------------------------|----------------|------------------|
| ENFERMEIRO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENFERMEIRO PSF | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GENERALISTA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 0 |

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

Consolidação mensal do seguimento - FICHAS DE CONTROLE DE ATIPA CELULAR

RESULTADOS ALTERADOS RECEBIDOS NO MÊS

| Resultado do Papanicolaou | Número de Casos |
|---|-----------------|
| 1- ASC-US (Atipias em células Escamosas possivelmente não neoplásicas) | 0 |
| 2- ASC-H (Atipias em células Escamosas não se pode afastar lesão de alto grau) | 0 |
| 3- Atipia em células glandulares - possivelmente não neoplásicas | 0 |
| 4- Atipia em células glandulares - não se pode afastar lesão de alto grau | 0 |
| 5- Atipias em células de origem indefinida - possivelmente não neoplásicas | 0 |
| 6- Atipias em células de origem indefinida - não se pode afastar lesão de alto grau | 0 |
| 7-LSIL (Lesão intra -epitelial de baixo grau) | 0 |
| 8-HSIL (Lesão intra-epitelial de alto grau) | 0 |
| 9-Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão | 0 |
| 10- Carcinoma epidermóide invasor | 0 |
| 11- Adenocarcinoma "in situ" | 0 |
| 12- Adenocarcinoma invasor | 0 |
| 13- Outras Neoplasias malignas | 0 |
| 14- Presença de células endometriais | 0 |
| TOTAL | 0 |

PARADA DO SEGUIMENTO

(Conte na parte Fixa do arquivo)

| Número de mulheres | BAIXO GRAU | ALTO GRAU | Ca |
|--|------------|-----------|----|
| 1- Em acompanhamento na referência | 0 | 0 | 0 |
| 2- Mudança de endereço (desde que conhecido, refere acompanhamento na unidade de destino) | 0 | 0 | 0 |
| 3- Abandono (após inúmeras tentativas de contato da UBS) | 0 | 0 | 0 |
| 4- que passaram para CONTROLE TRIENAL (Alta do seguimento) | 0 | 0 | |

CONTINUAM EM SEGUIMENTO

(Conte na parte Rotativa do arquivo) deste mês:

| Número de mulheres | BAIXO GRAU | ALTO GRAU | Ca |
|--|------------|-----------|----|
| 1- que NÃO COMPARECERAM ESTE MÊS (fichas que sobraram este mês e foram arquivadas no próximo mês para busca ativa) | 0 | 0 | 0 |
| 2- que DEVERÃO SER SEGUIDAS NO PRÓXIMO MÊS (excluídas as deste item 1) | 0 | 0 | 0 |

ANEXO 5

| PROGRAMA DE CONTROLE E DETECÇÃO PRECOCE DE CA COLO ÚTERO | | | |
|--|--------------------|-----------|-------|
| FICHA DE CONTROLE DE ATÍPIA CELULAR PAPANICOLAOU | | | |
| NOME: | | | |
| OU ETIQUETA CARTÃO SUS | | | |
| Nº CARTÃO SUS: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | |
| TELEFONE: | | | Nº |
| PRONTUÁRIO: | | | |
| EXAME/CONSULTA | DATA DA REALIZAÇÃO | RESULTADO | LOCAL |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |

ANEXO 6

| RESULTADO | | O QUE FAZER |
|---|---|---|
| Atipias de significado indeterminado | Em células escamosas. | <ul style="list-style-type: none"> • Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses. ➤ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; ➤ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.* |
| | Não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhamento para colposcopia.* |

ANEXO 7

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO

Curso de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde

Termo de Autorização

Pesquisa "INFLUÊNCIA DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA SOBRE A DETECÇÃO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E IMPACTOS NA GESTÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE"

Eu, KEITE CARLA ABADE CERQUEIRA DE ABREU, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho, venho por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados para pesquisa intitulada "INFLUÊNCIA DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA SOBRE A DETECÇÃO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E IMPACTOS NA GESTÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar materiais e/ou dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data 10/06/19


Assinatura do Aluno

Autorização

Declaro que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e, como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.



Nome do responsável da Unidade de Saúde

Viviane Ayumi Leite Aguiar da Silva
 FÉRENTIE
 OSS-SPDM de Assistencial STS
 Viviane Aguiar da Silva
 Guilherme

Assinatura do responsável da Unidade de Saúde

Data 10/06/19