

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO MÓVEL
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM SÃO LUÍS, MA:
IMPACTO E DESAFIOS PARA O RASTREAMENTO EFICIENTE**

São Luís
2019

RACHEL JORGE DINO COSSETTI LEAL

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO MÓVEL
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM SÃO LUÍS, MA:
IMPACTO E DESAFIOS PARA O RASTREAMENTO EFICIENTE**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Prevenção do câncer do colo do útero.

Orientadora: Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito
Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein

São Luís
2019

Ficha catalográfica

Leal, Rachel Jorge Dino Cossetti

Avaliação de um programa de rastreamento móvel do câncer do colo do útero em São Luis, MA: impacto e desafios para o rastreamento eficiente / Rachel Jorge Dino Cossetti Leal. São Luis, 2019.

79 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

1. Câncer de colo de útero. 2. Citologia cervical. I. Título.

CDU 618.14-006

RACHEL JORGE DINO COSSETTI LEAL

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO MÓVEL
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM SÃO LUÍS, MA:
IMPACTO E DESAFIOS PARA O RASTREAMENTO EFICIENTE**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Prevenção do câncer do colo do útero.

Aprovado em: 05 / 06 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. João Nogueira Neto
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Universidade CEUMA (UniCEUMA)

Profa. Dra. Haissa Oliveira Brito
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Aos meus pais, minha
inspiração para ser quem eu sou.

Aos meus filhos, a quem
desejo inspirar a ser melhor a cada
dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que tive ao longo da minha vida que possibilitaram trilhar meu caminho até esse momento de concretização de um projeto pessoal.

Agradeço a minha orientadora, a Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, que apoiou essa idéia desde seu início e ofereceu sua orientação para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço a minha banca de qualificação, o Prof. Dr. José Marcio Soares Leite, a Profa. Dra Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento e a Profa. Dra. Haissa Oliveira Brito, por todas suas considerações que engrandeceram minhas possibilidades para realização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco que, apesar de não ter participado da banca de qualificação, se dispôs a conhecer e acrescentar ao projeto com seu conhecimento na área de saúde pública, ampliando as perspectivas aplicadas aqui.

Agradeço a meu marido, Plínio Leal, meu maior motivador pessoal diário para ingressar e prosseguir neste projeto até sua finalização. Além de seu companheirismo, compartilhou do seu conhecimento e contribuiu diretamente para a elaboração da versão final desta dissertação.

Agradeço a toda minha família, em especial aos meus pais, Célia e Elcio, e irmãos, Rebecca, Raphael e Elcio Filho, que sempre estiveram ao meu lado apoiando no desenvolvimento e amadurecimento da minha vida pessoal e carreira profissional.

Agradeço a minha avó Enide, novamente a minha mãe Célia, e aos demais membros da minha família estendida, incluindo tios e primos, que compartilham comigo do amor pela causa da Oncologia no estado do Maranhão, valor que nos foi repassado dentro do nosso núcleo familiar a partir da história de vida do meu avô Antonio Jorge Dino, o qual não tive a oportunidade de conhecer.

Agradeço aos alunos da Liga de Oncologia da Universidade Federal do Maranhão que participaram ativamente da execução deste projeto junto comigo: Emanuel Cabral Pereira, Thamires Sales Ribeiro, Larisa Machado Neme, Monalisa Leal Matta Machado, Roseline Braga de Carvalho e Deborah Costa Alves.

Agradeço a toda a equipe da Fundação Antonio Dino e Hospital do Câncer Aldenora Bello que trabalham por esta causa diariamente e apoiam este e vários outros projetos de prevenção do câncer desenvolvidos na instituição, em especial aos que participam diretamente do projeto do consultório móvel amigo da vida.

Agradeço ao Consulado Japonês no Brasil que concedeu a doação da unidade móvel de rastreamento utilizada pelo consultório móvel amigo da vida.

Agradeço a todos doadores e colaboradores que possibilitam a continuidade do trabalho da Fundação Antonio Dino, instituição que desempenha importante papel para a saúde da nossa população.

Acredito não caber agradecimento, mas sentimento de estima e pesar, por todas as mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero que fizeram e fazem parte das nossas estatísticas diárias e ressaltam a importância de fazermos algo a mais pela prevenção dessa doença. É pelo mais sincero interesse em fazer algo por elas, que desenvolvi esse trabalho.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”.

Albert Einstein

RESUMO

O câncer do colo do útero ou câncer cervical (CC) é a primeira causa de câncer e morte por câncer nas mulheres maranhenses. O programa brasileiro de rastreamento do CC recomenda a realização da citologia oncótica (CO) cervical a cada 3 anos em mulheres de 25 a 64 anos que iniciaram atividade sexual. Esse foi um estudo de intervenção, prospectivo, analítico para a avaliação de um programa de rastreamento do CC através de uma unidade móvel de rastreamento (UMR) em diferentes comunidades da ilha de São Luís no período de abril a agosto/2018. As mulheres foram convocadas para realização da citologia cervical. Os exames foram realizados e os resultados foram entregues nas datas programadas, recebendo orientação e encaminhamento para realização de exame complementar quando necessário. Foi realizado o controle de qualidade e monitorização dos resultados dos exames. Foi aplicado questionário estruturado. Foram realizados 960 atendimentos em 15 comunidades, com 545 mulheres entrevistadas. A mediana de idade foi de 43 anos (34 – 52), sendo 88,2% dentro da faixa etária recomendada. Características socioeconômicas: 47,3% de escolaridade com segundo grau completo, 37,8% eram donas de casa, 16,1% estavam desempregadas, 56,3% eram casadas/união estável e 59,8% tinham renda familiar de até 1sm. Sobre a CO e dificuldades para sua realização: 94,1% fez pelo menos um exame na vida, 78,2% fez um exame nos últimos 3 anos, 48,4% referiu dificuldade para agendamento, 23,3% falta de tempo, 11,2% vergonha, 10,4% falta de dinheiro. A utilização de UMR possibilitou a superação da barreira geográfica para realização da CO, com facilidade no acesso ao exame com padrão de qualidade dentro das diretrizes nacionais, entrega de resultados em tempo hábil e orientação por profissional de saúde treinado. As principais barreiras encontradas ao rastreamento eficiente foram o processo não sistemático de convocação das mulheres, indisponibilidade da UMR para realização da CO em data alternativa e exames subsequentes conforme intervalo recomendado, falhas no acompanhamento dos casos positivos com dificuldades no encaminhamento para unidades habilitadas. A incorporação de tecnologias de baixo custo para melhoria do acompanhamento dos fluxos de rastreamento, resultados e propedêutica pode aprimorar a gestão e efetividade do rastreamento do CC.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Rastreamento. Citologia cervical.

ABSTRACT

Cervical cancer (CC) is the most frequent cause of cancer and cancer-related mortality in women in Maranhão. The Brazilian national screening program recommends cervical cytology (Pap test) every three years in women 25 to 64 years of age who have initiated sexual activity. This was a prospective, intervention-based, analytic study to evaluate a CC screening program through a mobile screening unit (MSU), in several communities in São Luís, from April to August/2018. Women were invited for CC screening. Screening test were carried out and their results were returned on the scheduled date, along with information about the need for complementary tests. Quality control and monitoring was carried out. A structured questionnaire was applied. 960 appointments were carried out in 15 communities, and 545 women answered the questionnaire. Median age was 43 years (34 – 52), with 88,2% of women in the recommended target age. Socioeconomic characteristics: 47,3% completed high school education, 37,8% were housewives, 16,1% were unemployed, 56,3% were married/in a stable union, and 59,8% had a monthly family income of up to 1 minimum wage. About undergoing Pap test and related difficulties: 94,1% underwent at least one previous test, 78,2% had a test within the past three years, 48,4% referred to difficulties to schedule the test, 23,3% time constraints, 11,2% being ashamed shame, and 10,4% financial restrains. The mobile screening unit (MSU) strategy enabled overcoming the geographic barrier to screening through facilitated access to a test with quality control within the national guidelines recommendations and retrieval of results within a reasonable timeframe accompanied by trained health professional guidance. The most important barriers to efficient screening were the non-organized process of invitation of the target population, unavailability of the MSU to perform tests on an alternative date and the follow-up tests following the screening guidelines recommended intervals, failure to follow-up positive cases, with difficulty to assure reference to secondary units capable of performing additional investigation. Incorporation of low-cost technology for more rigorous follow-up of screening flow, results and propaedeutics could improved management and effectiveness of CC screening.

Keywords: Cervical câncer. Screening. Cervical cytology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Atendimentos realizados por comunidade atendida (n = 960)	34
Tabela 2	Tipos de células epiteliais representadas nas amostras de citologia cervical adequadas para avaliação (n = 943).....	35
Tabela 3	Resultados dos exames realizados por faixa etária (n = 950)	36
Tabela 4	Monitoramento interno da qualidade (MIQ) dos resultados dos exames conforme recomendações do INCA	37
Tabela 5	Resultados positivos e adequabilidade de conduta referida por contato telefônico (n = 31)	39
Tabela 6	Escolaridade das mulheres entrevistadas (n = 545)	40
Tabela 7	Ocupação das mulheres entrevistadas (n = 545)	40
Tabela 8	Estado civil das mulheres entrevistadas (n = 545)	41
Tabela 9	Número de pessoas que moram na mesma casa das mulheres entrevistadas (n = 545)	41
Tabela 10	Renda familiar das mulheres entrevistadas (n = 545)	42
Tabela 11	Último preventivo realizado pelas mulheres entrevistadas (n = 545)	43
Tabela 12	Informações recebidas sobre a realização do exame preventivo (n = 515)	44
Tabela 13	O que motivou as mulheres a procurar o atendimento da UMR (n = 545)	45
Tabela 14	Conhecimentos sobre a periodicidade dos exames preventivos do CC (n = 545)	46
Tabela 15	Dificuldades para realização do exame preventivo (n = 545)	47
Tabela 16	Resultados de exames positivos por comunidade atendida (n = 65)	48
Tabela 17	Características socioeconômicas das mulheres com resultados de exames positivos (n = 30)	49
Tabela 18	Antecedentes ginecológicos das mulheres com resultados de exames positivos (n = 30)	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AGC	Células glandulares atípicas
AIS	Células atípicas de origem indefinida
ASC	Células escamosas atípicas
ASC-H	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CACON	Centro de Assistência Especializada em Oncologia
CC	Câncer cervical
CEMARC	Central de Marcação de Consultas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Citologia oncótica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doença sexualmente transmissível
FAD	Fundação Antonio Dino
HCAB	Hospital do Câncer Aldenora Bello
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
HU	Hospital Universitário
JEC	Junção escamo-colunar
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
MIQ	Monitoramento Interno da Qualidade
MS	Ministerio da Saúde
MSU	Mobile screening unit
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SM	Salário mínimo
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UMR	Unidade móvel de rastreamento
VIA	Visual inspection on acetic acid
ZT	Zona de transformação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Epidemiologia	14
1.2	Fatores de risco	15
1.3	Rastreamento do câncer cervical	17
1.4	Estratégia de rastreamento móvel	24
2	JUSTIFICATIVA	26
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	População do estudo	28
4.3	Local e período do estudo	28
4.4	Etapas do programa de rastreamento	28
4.4.1	Convocação das mulheres para realização de citologia cervical.....	28
4.4.2	Coleta da citologia oncológica cervical: exame de Papanicolaou.....	29
4.4.3	Controle de qualidade e monitorização dos resultados dos exames...	30
4.4.4	Entrega dos resultados dos exames.....	31
4.4.5	Realização de exames adicionais e tratamento de acordo com as Diretrizes Brasileiras.....	32
4.5	Aplicação do TCLE e questionário estruturado	32
4.6	Análise estatística	32
4.7	Aspectos éticos	33
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	52
7	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS.....	65
	ANEXOS.....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia

O câncer do colo do útero ou câncer cervical (CC) é o quarto tipo de neoplasia mais comum em mulheres no mundo. Cerca de 85% dos casos novos e 90% dos óbitos ocorrem em países em desenvolvimento, onde o CC representa quase 12% dos casos de câncer na população feminina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A mortalidade por CC varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com menos de 2 óbitos por 100 mil mulheres em regiões como Austrália, Nova Zelândia, Europa Ocidental e Ásia Ocidental, a mais de 20 óbitos por 100 mil mulheres em áreas como Melanésia e Áfricas Central e Oriental. Em países de baixa e média renda, o risco de morrer por CC antes dos 75 anos é três vezes maior do que em países de alta renda (FERLAY, 2015). Existem grandes disparidades socioeconômicas associadas à incidência do CC, mesmo dentro de países de alta renda, onde as mulheres mais pobres e/ou de zona rural têm um maior risco de desenvolver e morrer pela doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, o CC representa a terceira neoplasia mais frequente em mulheres. São estimados 16.298 casos novos por ano para o biênio 2018/2019, e uma incidência de 15,43 casos por 100 mil mulheres, com variação de incidência nas diferentes regiões brasileiras. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o CC ocupa o primeiro lugar entre as neoplasias mais comuns nas mulheres na Região Norte (25,62/100 mil), o segundo lugar nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), e o quarto lugar nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil) (BRASIL, 2018).

Com relação a mortalidade, observa-se heterogeneidade nas curvas ao longo do tempo de entre as diferentes regiões do país. Entre 1980 e 2010, houve queda da mortalidade nas cidades capitais e do interior do estado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Norte e Nordeste, houve declínio da mortalidade nas capitais, porém com aumento da mortalidade nas cidades do interior. Observou-se correlação inversa entre os coeficientes de mortalidade e indicadores de melhores condições socioeconômicas nas cidades de capital, e

relação direta com indicadores socioeconômicos negativos (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014).

Apesar de localizado na região Nordeste, o estado do Maranhão compartilha diversas características sócio-econômico-culturais com a região Norte, assim como a elevada incidência de CC, sendo a neoplasia maligna mais comum e de maior mortalidade nas mulheres do Estado. São estimados 1.090 casos novos por ano para o biênio 2018/2019 em todo o estado, com uma incidência de 35,35/100 mil mulheres (BRASIL, 2018). Também foi evidenciado expressivo crescimento na TME por CC no estado, com variação de 2,4 óbitos por 100.000 mulheres em 1990 para 9,0 óbitos por 100.000 mulheres em 2011 (BRASIL, 2018).

1.2 Fatores de risco

A principal causa do CC é a infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). O HPV é a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo. A grande maioria dos homens e mulheres são infectados logo no início da sua vida sexual, não sendo necessária a penetração peniana na vagina para sua contaminação, pois o vírus pode ser transmitido através do contato da pele próxima das regiões genitais. No Brasil, observa-se uma prevalência de infecção por HPV de 13,7% a 54,3% na população (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Dos mais de 100 tipos conhecidos do vírus, cerca de 15 subtipos são considerados oncogênicos também chamados de alto risco, pois estão associados a maior risco de desenvolvimento de câncer. Os subtipos 16 e 18 estão associados a 70% dos casos de CC, enquanto outros subtipos de alto risco se associam em menor frequência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No Brasil, estima-se que 84,5 milhões de mulheres estão em idade de risco para desenvolvimento do CC (acima de 15 anos). Cerca de 5,7% das mulheres na população geral apresentam infecção pelos HPV 16 e/ou 18. A prevalência varia de acordo com o resultado de citologia oncótica cervical, com 30,9% de prevalência em citologias com lesão intraepitelial de baixo grau, 56,8% em achados de lesão intraepitelial de alto grau, e 68,2% de prevalência nos casos de CC (ICO. IARC, 2018).

Apesar de a infecção por um ou mais subtipos de alto risco ser o fator causal identificado em praticamente todos os casos de CC, a maioria das infecções pelo HPV são autolimitadas e não levam ao desenvolvimento do câncer. A infecção pelo

HPV é bastante prevalente em mulheres com menos de 30 anos, porém, na maioria das vezes ocorre o clareamento espontâneo do vírus em até 2 anos. Apesar de menor prevalência da infecção pelo HPV após os 30 anos, o risco de persistência da infecção é maior (WUDTISAN et al., 2019). Assim, percebe-se que a infecção pelo HPV de alto risco persiste em pequena porcentagem das mulheres, e apenas uma porcentagem destas desenvolverão lesões pré-malignas, e, em menor quantidade, lesões malignas ou invasivas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os fatores de riscos associados ao desenvolvimento do CC são aqueles relacionados a maior exposição à infecção pelo HPV ou que facilitam a sua persistência, como idade precoce de início de atividade sexual (9 a 15 anos), múltiplos parceiros sexuais (mais de 5), multiparidade, baixa imunocompetência, uso de contraceptivos orais e tabagismo (WUDTISAN et al., 2019). No Brasil, estima-se que 8,8% das mulheres de 15 anos já iniciaram vida sexual, com idade mediana da coitarca de 18,8 a 20,7 anos, prevalência de tabagismo em 12,1% das mulheres, uso de contraceptivos orais em 24,7%, e prevalência de infecção pelo HIV em 0,8% dos adultos de 15 a 49 anos (ICO. IARC, 2018).

A superfície do colo do útero é coberta por dois tipos de epitélio. A ectocérvice, região externa do colo do útero, é coberta por um epitélio protetor formado por células escamosas dispostas em múltiplas camadas (epitélio estratificado). Já a endocérvice, região interna do canal cervical, é coberta por epitélio simples (camada única) de células colunares. O epitélio colunar se estende para fora do canal por uma área variável da ectocérvice. O local de encontro entre os dois tipos de epitélios é chamado de junção escamo-colunar (JEC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Originalmente, a JEC encontra-se na saída do orifício do canal cervical, mas essa localização varia com a idade, status hormonal, história de parto vaginal, gravidez e uso de anticoncepcionais hormonais. Quando o epitélio colunar que se estende sobre a ectocérvice, é exposto ao ambiente mais ácido da vagina e é substituído por um epitélio escamoso mais resistente. Esse processo normal de substituição é conhecido como metaplasia escamosa, e acaba por formar uma nova JEC. A área entre a JEC original e a nova JEC é conhecida como zona de transformação (ZT). As células da ZT são mais vulneráveis à infecção pelo HPV e é nessa região que ocorre a maior parte das lesões do CC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Esse processo pode explicar a relação entre o início

precoce da atividade sexual, idade jovem ao primeiro parto, e multiparidade com o maior risco de desenvolver o CC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

1.3 Rastreamento do câncer cervical

A grande disparidade observada nas taxas de incidência do CC entre países de alta renda em comparação aos de baixa e média renda se deve primariamente ao acesso a estratégias eficientes de prevenção e tratamento de lesões pré-malignas naqueles países (TSU; JERÓNIMO, 2016). O rastreamento se refere a uma intervenção realizada sobre uma população-alvo bem definida, assintomática, com o objetivo de identificar indivíduos com maior risco para uma doença ou para uma condição precursora da doença. A doença a ser rastreada deve ser potencialmente grave, com formas de detecção de lesões em estágios pré-clínicos e assintomáticos, com possibilidade de tratamento dessas lesões que influenciem de forma favorável a sua evolução natural e prognóstico. A história natural, a disponibilidade de exame de rastreamento e de opções de tratamento para as lesões precursoras do CC preenchem os requisitos para uma doença com potencial de rastreamento e detecção precoce (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A persistência da infecção pelo HPV de alto risco pode ocasionar o surgimento de lesões pré-malignas ou precursoras e, eventualmente, do carcinoma invasor. Esse processo ocorre ao longo de vários anos, geralmente mais de uma década, após a infecção inicial pelo vírus. A lenta progressão das lesões pré-malignas até lesões malignas invasivas em mulheres imunocompetentes oferece ampla oportunidade de rastreamento, detecção e tratamento das lesões precursoras, evitando sua progressão para o câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A técnica de citologia oncótica cervical se refere à utilização da citologia esfoliativa a partir da coleta de raspado de células do colo do útero e o exame microscópico dessas células após coloração adequada. Na década de 60, começou a ser utilizada em larga escala com finalidade de prevenção do câncer em vários países, sendo demonstrado redução dos casos de CC em cerca de 60% através de programas de rastreamento de base populacional bem implementados (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2012). O esfregaço cérvico-vaginal foi introduzido em 1920 pelo Dr George Papanicolaou e ficou posteriormente conhecido como teste de Papanicolaou. É um exame realizado com rapidez, possui um custo unitário relativamente baixo, e é considerado um meio diagnóstico efetivo de prevenção do CC devido à sua elevada especificidade, reduzindo as chances de tratamentos e intervenções desnecessárias, sendo considerado um teste útil para uso em larga escala (TOMASI, 2015).

Apesar de não haver estudos randomizados controlados para confirmação de sua eficácia como teste de rastreamento, estudos epidemiológicos globais apresentam evidências inequívocas sobre sua eficácia como estratégia de prevenção, diante da importante redução de incidência e mortalidade do CC em áreas onde o teste foi implementado como rotina (VAN DER et al., 2008; QUINN et al., 1999; SASIENI; ADAMS, 1999). Nos Estados Unidos, a incidência de CC reduziu de 36,3 por 100.000 mulheres na década de 1930 para 7,2 por 100.000 na década de 1990. O maior impacto foi registrado entre 1950 e 1970, com declínio de 3% ao ano, o que se correlacionou com a implementação de programas de rastreamento sistemáticos através da citologia cervical (WINGO et al., 2003).

Apesar de sua elevada especificidade, de cerca de 98% (86 a 100%), a sensibilidade da citologia cervical tradicional é de apenas 51% (30 a 87%). Além disso, existe grande variabilidade interobservador na interpretação dos resultados, o que contribui ainda mais para a variação das taxas de sensibilidade e especificidade e natureza subjetiva do exame. A repetição anual do exame é uma estratégia utilizada para superar a barreira da baixa sensibilidade e reduzir a taxa de falso negativos, quando um exame considerado normal na presença de alterações) (LEES, 2015).

Para uniformização dos laudos de citologia cervical, foi desenvolvida uma padronização, a classificação de Bethesda. Essa nomenclatura sugere que a doença intraepitelial cervical não é um processo contínuo, mas sim um sistema de duas doenças descontínuas, criando o conceito de lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL) e lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL). As LSIL são de menos provável progressão para o carcinoma invasivo, diferentemente das HSIL, intraepiteliais de alto grau, as quais são predominantemente causadas por tipos de HPV oncogênicos, com comportamento de lesão precursora do carcinoma invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No Brasil, os laudos citopatológicos devem utilizar a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, que incorpora as recomendações do sistema de Bethesda e recomenda a classificação dos achados da citologia cervical conforme descrição no Quadro 1 (BRASIL, 2006).

Quadro 1 - Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais

Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
Células glandulares atípicas (AGC) de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou Células glandulares atípicas (AGC) em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau
Células atípicas de origem indefinida (AOI), possivelmente não neoplásicas ou Células atípicas de origem indefinida (AOI), quando não se pode afastar lesão de alto grau
Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor
Adenocarcinoma in situ e invasor

Fonte: (BRASIL, 2006).

Para a coleta da citologia cervical, é necessário a disponibilização de estrutura e insumos adequados, incluindo uma mesa de exame ginecológico, foco de luz, espéculo descartável, escovinha endocervical, espátula de Ayre, fixador de lâmina, lâmina de vidro e ficha de requisição de exame citológico (ANEXO A).

Recomenda-se amostragem das células da ZT, onde ocorrem a maioria das lesões precursoras e invasivas, sendo utilizada a espátula de Ayre (espátula curva) para esta finalidade. Recomenda-se ainda a amostragem do canal endocervical para maior sensibilidade do exame, com a utilização da escovinha endocervical para coleta dessas células (TOMASI, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As principais circunstâncias que podem interferir na interpretação adequada da citologia cervical incluem menstruação ativa, corrimento vaginal ou cervical

anormal, infecções vulvo-vaginais e cervicais, período de até 8 semanas pós-parto, e atrofia cervical importante. Assim, recomenda-se que o exame seja realizado 14 dias após o início do ciclo menstrual, ausência de atividade sexual e uso de duchas vaginais por 24-48h antes do exame, e não utilização de produtos de aplicação intra-vaginal por nos dias que antecedem a coleta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Cerca de metade a dois terços dos casos de resultados falso-negativos do exame são atribuídos às condições inadequadas da paciente no momento da coleta do espécimen ou à técnica de coleta. Assim, é importante que os profissionais de saúde que estejam realizando a coleta do material para a citologia sejam adequadamente treinados para evitar situações de baixa performance do teste. Entretanto, enfatiza-se que a coleta de exames sob condições não ideais é preferível à sua não realização, em especial em situações de baixa adesão à realização do exame (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

É importante considerar que todo programa de rastreamento pode ocasionar resultados positivos e negativos sobre a população rastreada, em especial por se tratar de população normal, assintomática e não doente. O principal efeito positivo esperado do rastreamento do CC é a redução da incidência da doença através da detecção e tratamento de lesões precursoras antes de sua evolução para uma lesão invasiva. Além disso, pode ser realizado o diagnóstico e tratamento do câncer propriamente dito ainda em estágios iniciais, com maiores chances de sucesso do tratamento. Outro efeito positivo a ser alcançado é a melhoria da qualidade dos serviços de saúde através de adequação de infraestrutura, capacitação e atualização dos profissionais de saúde envolvidos, maior conscientização sobre a saúde reprodutiva das mulheres, e estabelecimento de estratégias para controle de qualidade do programa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Por outro lado, um risco de qualquer exame de rastreamento é a detecção excessiva de lesões precursoras (resultado falso positivo), com o consequente tratamento excessivo de mulheres que não apresentam de fato um maior risco de desenvolver lesão invasiva. Entretanto, no caso do rastreamento do CC, o benefício da detecção precoce de lesões precursoras (resultado verdadeiro positivo) quando existe disponibilidade para seu tratamento supera o risco relativo das consequências negativas, geralmente mínimas, do tratamento instituído em casos falso positivos. Outro importante risco do rastreamento é a obtenção de resultados falso negativos,

com a perda da oportunidade de tratamento de lesões precursoras ou de um câncer inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, o controle do CC constitui uma das prioridades das políticas de saúde públicas do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As primeiras ações de âmbito nacionais para o controle do CC foram iniciadas pelo Ministério da Saúde na década de 1970. Em 1998, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero e em 1999, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações. Em 2013, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que integra o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) (BRASIL, 2016).

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização da citologia cervical como estratégia de rastreamento em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (BRASIL, 2016). Adicionalmente, em 2014, o MS deu início a estratégia de prevenção primária do CC através da campanha de vacinação de meninas contra o HPV por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), com a utilização da vacina quadrivalente, oferecendo proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Posteriormente, o programa foi expandido para meninas de 9 a 14 anos, meninos de 11 a 14 anos e mulheres portadoras do HIV de 9 a 26 anos (BRASIL, 2016).

Apesar de todos os avanços do sistema público brasileiro para a implementação de estratégias de prevenção e controle do CC, reduzir a mortalidade por esta causa no país ainda representa um grande desafio. Atualmente, o sistema de saúde brasileiro não consegue identificar de forma sistematizada quem são e onde estão as mulheres que não estão fazendo regularmente seus controles, que representam a maioria das que irão desenvolver câncer invasor. O padrão predominante do rastreamento no país é oportunístico, ou seja, as mulheres acabam fazendo a citologia cervical quando procuram os serviços de saúde por outras razões, o que representa 80% dos exames preventivos realizados. Na prática, os controles concentram-se nas mesmas mulheres, enquanto um contingente significativo fica sem controle ou é inadequadamente controlado (FREITAS, 2008).

O rastreamento organizado do CC deve ser alcançado para uma melhor relação custo-benefício com alta cobertura populacional. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção básica, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade pelo CC. Países com cobertura superior a 50% da citologia cervical realizada a cada 3 a 5 anos apresentam taxas inferiores a 3 mortes/100.000 mulheres/ano e, aqueles com cobertura superior a 70%, esta taxa é igual ou menor a duas mortes/ 100.000 mulheres/ ano (BRASIL, 2016).

Existem grandes desigualdades para o acesso ao rastreamento e tratamento efetivos do CC, ao mesmo tempo em que é uma doença predominantemente de mulheres que fazem parte de grupos sociais mais vulneráveis com maior dificuldade para acesso a tais serviços. Essas dificuldades incluem desde fatores como distância, horários de funcionamento, indisponibilidade de transporte, até barreiras culturais, e, na maioria das vezes, a principal causa subjacente para todas essas limitações é a pobreza (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A não realização do exame citológico no Brasil associa-se à baixa escolaridade, ao baixo nível socioeconômico, à baixa renda familiar, à vivência sem companheiro, à cor parda, ao uso de contraceptivo oral, à ausência de problemas ginecológicos, à vergonha ou ao medo em relação ao exame, ao fato de não ter realizado consulta médica no ano anterior à pesquisa, à dificuldade de acesso à assistência médica, à ausência de solicitação médica e à não realização do autoexame das mamas no ano que antecedeu a pesquisa (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Além das dificuldades associadas aos fatores sócio-econômico-culturais, existem deficiências relacionadas a oferta de serviços de saúde. Uma análise de adequação da estrutura de equipamentos e insumos para a realização do exame de citologia cervical em unidades de saúde brasileiras identificou uma proporção de adequação de apenas 49%. Apesar de a falta de alguns dos materiais analisados não impedirem a realização do exame, como foco de luz e ficha de requisição, considera-se que apenas unidades de saúde que disponham de todos os equipamentos e insumos estão em situação considerada como ideal para a coleta do exame de Papanicolaou (TOMASI, 2015).

Em São Luís, capital do Estado do Maranhão, foi evidenciado que 82,4% das mulheres de 25 a 49 anos haviam realizado a citologia cervical pelo menos uma vez

na vida. Do total, 27,9% das mulheres realizaram apenas um exame, enquanto 32,4% fizeram de dois a três exames. Em 49,1% dos casos o intervalo entre a realização dos exames foi de 7 a 12 meses e em 16,7% foi de 0 a 6 meses (OLIVEIRA et al., 2006). Dados de rastreamento do estado do Maranhão em 2011 apontam que 76,8% dos exames preventivos realizados era de mulheres com idade entre 25 a 64 anos, sendo a faixa etária de 25 a 29 anos a mais frequente (76,8%). Entretanto, 18,9% dos exames foram realizados em mulheres abaixo da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, com 654 exames tendo sido realizados por mulheres abaixo de 14 anos (SILVA et al., 2014). Esses dados, associado à persistência da elevada incidência e mortalidade da doença, corroboram a inadequação da estratégia de rastreamento vigente.

Apesar de ser inquestionável a importância em rastrear a maior proporção de mulheres da população-alvo, fazer o exame de rastreamento por si só não é suficiente para resultar em redução da mortalidade por CC. É necessário garantir que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado. Há evidências de que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento (ZEFERINO, 2008).

Assim, o eficiente controle do câncer do colo do útero está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que, além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer: 1) qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; 2) acesso fácil e ágil aos serviços; 3) flexibilidade para marcar e remarcar consultas; e 4) rapidez no atendimento. Esses componentes estão presentes nos serviços privados, mas não estão nos serviços públicos. Neste último, uma pessoa com sintomas provavelmente irá procurar os serviços de saúde independente das dificuldades de acesso, mas uma mulher assintomática provavelmente não se submeterá às mesmas dificuldades para fazer um exame citológico preventivo (ZEFERINO, 2008).

Desta forma, observa-se que a possibilidade de uma mulher ter acesso a um serviço de saúde adequado depende muito de seu status social. Faz-se necessário intervir nesses determinantes e construir um sistema de saúde eficiente e inclusivo para todas as mulheres (ZEFERINO, 2008).

1.4 Estratégia de rastreamento móvel

A eliminação de barreiras estruturais como localização, distância e horário de funcionamento dos serviços de saúde através do rastreamento móvel é uma importante estratégia para aumentar a adesão aos programas de rastreamento, considerando-se o difícil acesso aos serviços de saúde como uma limitação para a implementação adequada dos mesmos (GREENWALD et al., 2017). A utilização de Unidades Móveis de Rastreamento (UMR) representa um modelo alternativo de serviços de prevenção fixos, possibilitando a realização do exame de forma mais acessível e conveniente para a população, reduzindo a distância e o tempo necessários para sua realização (SABATINO et al., 2012). Experiências com o modelo de UMR demonstraram uma maior taxa de rastreamento sua utilização (GREENWALD et al., 2017). Em um estudo tailandês, houve um aumento na proporção de mulheres que realizaram a citologia cervical de 20% no ano de 1991, para 70% em 1999 com a utilização de UMR (SWADDIWUDHIPONG et al., 1999).

Adicionalmente, as UMR são capazes de atuar em um ponto crítico para o sucesso de um programa de rastreamento, o alcance de populações mais vulneráveis, geralmente negligenciadas, e que, mesmo na ausência de dificuldades estruturais, acabam por ter menos acesso aos serviços de rastreamento devido ao desconhecimento sobre sua importância e uma percepção de custos e de barreiras para sua realização (GREENWALD et al., 2017). Programas de rastreamento de CC direcionados para população de baixas condições socioeconômicas realizados na África do Sul (MEGEVAND et al., 1996) e no Reino Unido (BRINDLE et al., 1976) utilizando estratégia de UMR conseguiram alcançar 75% e 70%, respectivamente, de mulheres que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou.

A dificuldade de seguimento, realização de exames adicionais e tratamento quando necessários impõe um maior risco ao programa de rastreamento em comparação a unidades de rastreamento tradicionais, em especial no que se refere aos resultados falso negativos e falso positivos, uma vez que mulheres com achados anormais podem não retornar para receber o resultado do exame, não seguindo as recomendações adequadas, permitindo o surgimento dos cânceres de intervalo (GREENWALD et al., 2017).

A ausência de demanda pelo serviço também representa importante limitação para o sucesso de um programa de rastreamento, pois se a população-alvo

desconhece os benefícios do exame, não se considera sob risco para a doença ou têm medo do resultado do exame, acaba por não buscar os serviços mesmo que estejam disponíveis e não participam do programa de rastreamento. Diversos métodos têm sido utilizados para promover a busca e adesão da população a programas de rastreamento móvel, como convite por meio de contato telefônico, divulgação por meio panfletos, rádio, carros de som, jornais, divulgação boca a boca e a recomendação médica (GREENWALD et al., 2017).

Evidências sobre a relação custo-efetividade da estratégia de UMR são escassas, mas acredita-se que os custos iniciais sejam mais baixos do que em unidades fixas, porém o custo de manutenção a longo prazo pode ser maior, pelo desgaste dos equipamentos causados pelas viagens (GREENWALD et al., 2017).

Assim, para implantação de um programa de rastreamento eficaz deve-se realizar o planejamento das ações, preparação dos profissionais envolvidos e implementação de controle rigoroso em cada etapa. É importante a determinação e identificação da população-alvo, o planejamento de estratégias para alcançar essa população e manter sua aderência, definir os processos para convocação das mulheres com alterações diagnosticadas e, finalmente, determinar quando e como tratá-las e acompanhá-las. Além disso, deve-se realizar a educação continuada da população e dos profissionais de saúde envolvidos em todas as etapas do rastreamento. Diante do exposto, o uso da estratégia móvel de rastreamento representa uma alternativa eficaz para o desenvolvimento de um programa de prevenção e controle do CC.

2 JUSTIFICATIVA

O CC representa a causa mais comum de câncer e morte por câncer nas mulheres no Maranhão, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma. Entretanto, é doença com elevado potencial de prevenção e cura, já tendo sido demonstrado importante redução de sua incidência e mortalidade com a implementação de programas de rastreamento através do exame de citologia cervical para detecção e tratamento das lesões precursoras e câncer invasivo em estágios iniciais. Sabe-se que a cobertura adequada da população-alvo com realização do exame de citologia cervical, a monitorização dos resultados de exames, disponibilidade de exames complementares, quando necessário, e a continuidade do rastreamento regular das mulheres inseridas no programa são fundamentais para o desenvolvimento de um rastreamento eficiente. Apesar das iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas e das recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, a eficácia da estratégia de rastreamento implementadas ainda não foram capazes de reduzir as elevadas taxas de incidência e mortalidade pelo CC no país, em especial nas regiões Norte e Nordeste. A utilização de uma UMR representa uma alternativa para eliminar a barreira de localização e para atingir população de mulheres mais vulneráveis à doença. Acredita-se que barreiras encontradas no sistema público de saúde para o acesso ao exame de qualidade, acompanhamento, tratamento de lesões em casos de exames positivos e seguimento dentro do programa de rastreamento sejam fatores relacionados a não obtenção de resultados ideais a partir do programa de rastreamento nacional, que é oportunístico. Este estudo propõe a avaliação de um programa de rastreamento móvel do CC como forma de oferta de citologia cervical a mulheres de comunidades da ilha de São Luís para determinar o impacto deste modelo de atendimento e identificar as barreiras encontradas para o rastreamento eficiente do CC.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar um programa de rastreamento móvel do câncer do colo do útero em comunidades de São Luís - MA.

3.2 Objetivos específicos

- a) Ofertar exames de citologia oncótica em comunidades de São Luís através de UMR;
- b) Analisar o fluxo assistencial, incluindo qualidade da coleta, resultados obtidos e seguimento terapêutico dispensado às mulheres que realizaram o exame de citologia cervical dentro do programa de rastreamento móvel;
- c) Descrever o perfil das mulheres atendidas;
- d) Avaliar os processos de trabalho desenvolvidos; e
- e) Identificar as barreiras encontradas para o rastreamento eficiente.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo de intervenção, prospectivo, analítico para a avaliação de um programa de rastreamento do CC em São Luís – MA através de uma UMR.

4.2 População do estudo

A população-alvo do estudo são mulheres de 25 a 64 anos, conforme idade recomendada para rastreamento do CC, que tenham iniciado vida sexual, moradoras das comunidades atendidas pela UMR. Foram incluídas mulheres com menos de 25 anos ou mais de 64 anos que procuraram o serviço de rastreamento, conforme recomendação das Diretrizes Brasileiras (BRASIL, 2016), apesar de não estarem incluídas na faixa etária prioritária de rastreamento.

4.3 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido em diferentes comunidades da ilha de São Luís, Maranhão, no ano de 2018. Foram incluídos os atendimentos realizados a partir do dia 28/04/18 (data da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa) até o fim das atividades da UMR neste mesmo ano, em 11/08/18. As comunidades atendidas foram selecionadas por método de conveniência, de acordo com o acesso às lideranças comunitárias para planejamento das ações em parceria com a instituição responsável pela UMR. Não foi realizada avaliação censitária do número de mulheres da população-alvo na região atendida. Foi realizado, em média, o atendimento a uma comunidade por semana, aos sábados.

4.4 Etapas do programa de rastreamento

4.4.1 Convocação das mulheres para realização da citologia cervical

As ações de divulgação em cada comunidade foram definidas em conjunto com as lideranças comunitárias. Os líderes comunitários foram orientados sobre as

recomendações para a realização dos exames, como faixa etária alvo, documentos necessários para preenchimento da ficha de atendimento, e recomendações para preparo da mulher para o exame, e receberam material impresso para auxiliar a divulgação da ação e orientação das mulheres.

Os líderes comunitários foram encarregados de realizar o pré-agendamento das mulheres para a data de atendimento estabelecida e entregar material impresso com as recomendações para o preparo do exame. De acordo com experiências prévias da equipe de coleta, foi estimada capacidade de coleta de cerca de 60 exames por profissional por dia de atendimento. De acordo com o quantitativo do pré-agendamento realizado, era definido sobre a necessidade de deslocamento de mais de uma equipe para coleta de exames para atender a demanda local.

Foi utilizado um carro de som na comunidade na semana do atendimento para ajudar na divulgação da atividade, dia, local e horário. A UMR utilizada no projeto é uma unidade adquirida no início de 2018 pela Fundação Antonio Dino (FAD), instituição filantrópica que mantém o Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), Centro de Assistência Especializada em Oncologia do Maranhão (CACON), localizado em São Luís, MA. Esta UMR foi uma doação à instituição e iniciou suas atividades de coleta de exames preventivos em março de 2018.

4.4.2 Coleta da citologia oncótica cervical: exame de Papanicolaou

A UMR foi deslocada para o local de atendimento na data estabelecida com uma equipe mínima composta por um enfermeiro capacitado para a coleta do exame, um atendente para preenchimento da ficha de registro e organização do fluxo de atendimentos, e um motorista responsável pela condução da unidade.

O exame de citologia cervical foi realizado no consultório ginecológico adaptado dentro da URM. A coleta do exame foi realizada com espéculo descartável, espátula de Ayre e escova endocervical, com a técnica de esfregaço convencional de lâmina-lamínula. O material coletado foi identificado, armazenado adequadamente e enviado para preparo e análise no laboratório de patologia do HCAB.

4.4.3 Controle de qualidade e monitorização dos resultados dos exames

Todos os resultados de exames foram lidos e classificados conforme seus achados e recomendações de seguimento, de acordo com as recomendações das Diretrizes Brasileiras (BRASIL, 2016). Os resultados foram registrados em cadastro eletrônico institucional para a emissão do laudo final do exame através do sistema de laudos institucional vinculado ao SISCAN. No dia da coleta do exame, os líderes comunitários e as mulheres atendidas foram informadas sobre a data e horário da entrega do resultado do exame.

Para Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos resultados dos exames, foram avaliados os seguintes critérios, conforme recomendações do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, revisão atualizada de 2016 (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2016):

- **Percentual de amostras insatisfatórias coletadas**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de amostras insatisfatórias da US no mês} \times 100}{\text{Total de exames da US realizados no mês}}$

- **Índice de positividade**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames alterados em determinado local e ano} \times 100}{\text{Total de exames satisfatórios}}$

Representa o percentual de exames classificados como alterados, incluindo achados de ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, HSIL não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor, AGC, AIS, adenocarcinoma invasor e células atípicas de origem indefinida).

Espera-se entre 3% e 10% de positividade. A baixa positividade pode indicar que amostras positivas não estão sendo identificadas pelo laboratório, acarretando exames falso negativos.

- **Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas (ASC) entre os exames satisfatórios**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames com ASC-US e ASC-H} \times 100}{\text{Total de exames satisfatórios}}$

Espera-se que, no máximo, de 4% a 5% de todos os exames sejam classificados como ASC. Valores superiores merecem avaliação.

- **Percentual de células escamosas atípicas (ASC) entre os exames alterados**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de exames com ASC-US e ASC-H} \times 100}{\text{Total de exames alterados}}$$

Considerando também que a razão ASC/ SIL não seja superior a três, recomenda-se que o percentual de ASC/exames alterados seja inferior a 60%.

- **Razão células escamosas atípicas (ASC)/ lesão intraepitelial escamosa (SIL)**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de exames compatíveis com ASC-US e ASC-H}}{\text{N}^\circ \text{ de exames com LSIL e HSIL}}$$

Recomenda-se uma relação ASC/ SIL não superior a três.

- **Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de exames HSIL} \times 100}{\text{Total de exames satisfatórios}}$$

Considerando-se que HSIL representam as lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, com potencial para progressão, tornando sua detecção o objetivo primordial da prevenção secundária do câncer do colo do útero, estabeleceu-se o parâmetro de $\geq 0,4\%$ para o indicador de HSIL/ total de exames satisfatórios.

4.4.4 Entrega dos resultados dos exames

Os resultados de exames foram avaliados por enfermeiro treinado para definição sobre a necessidade de encaminhamento para avaliação complementar, nos casos positivos, ou para repetir o exame de rastreamento em intervalo de acordo com as recomendações das Diretrizes Brasileiras (BRASIL, 2016). A entrega dos resultados foi realizada em cada comunidade no dia previamente agendado por uma técnica de enfermagem treinada. No mesmo dia da coleta do exame, todas as

mulheres foram orientadas sobre o dia e hora da entrega do resultado do exame (ANEXO B). Os exames que não foram entregues às mulheres na data agendada foram entregues aos líderes comunitários para posterior entrega às mulheres atendidas.

4.4.5 Realização de exames complementares e tratamento de acordo com as Diretrizes Brasileiras

Nos casos de exame positivo, a mulher recebeu o resultado do seu exame e foi orientada para agendamento de avaliação adicional, através de colposcopia ou novo exame de citologia oncológica, de acordo com as recomendações das Diretrizes Brasileiras. Essas mulheres foram encaminhadas para atendimento no HCAB ou em unidade de atenção secundária de saúde, sendo orientadas a realizar seu agendamento através da central de marcação de consultas (CEMARC). Devido à ausência de fluxo definido da rede de atenção em oncologia do estado, não foi possível organizar o direcionamento dos atendimentos das mulheres com resultados de exames alterados até o final do ano de 2018, sendo este o principal motivo para a interrupção dos atendimentos da UMR em 11/08/18.

4.5 Aplicação do TCLE e questionário estruturado

Quando da disponibilidade de um ou mais pesquisador capacitado durante o atendimento para coleta de exame, foi solicitado o consentimento informado das mulheres atendidas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) para aplicação de questionário estruturado (ANEXO D). O questionário era composto de 57 perguntas fechadas para obtenção de informações adicionais acerca de aspectos sociodemográficos, antecedentes ginecológicos e conhecimento das mulheres sobre o CC, seu rastreamento e prevenção.

Todos os dados dos questionários respondidos foram catalogados em planilha eletrônica para análise das variáveis coletadas em conjunto com os resultados dos exames preventivos e tratamento subsequente realizado, quando recomendado.

4.6 Análise estatística

A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 22.0. Para variáveis numéricas contínuas, foi aplicado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, sendo descrita a média (valor mínimo – valor máximo) para as variáveis de distribuição normal, e a mediana (percentil 25-75%) para os dados não normais. As demais variáveis analisadas foram relatadas de forma descritiva.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA sob o parecer substanciado número 2.626.348, em cumprimento aos requisitos exigidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). O TCLE foi apresentado às participantes e, após sua assinatura, foi realizada a pesquisa através de questionário estruturado. Uma emenda ao protocolo foi aprovada pelo CEP em 25/01/19 sob o parecer substanciado número 3.122.196 para incluir avaliação dos resultados de exames coletados de mulheres não submetidas à entrevista, uma vez que a equipe pesquisadora não esteve disponível durante todos os turnos de atendimentos realizados para aplicação dele.

5 RESULTADOS

Foram realizados 960 atendimentos em 15 comunidades (Tabela 1). Destes, 950 mulheres realizaram a coleta de citologia oncótica cervical e 545 mulheres responderam ao questionário estruturado.

Tabela 1 – Atendimentos realizados por comunidade atendida (n = 960)

Comunidade	Coleta de exame + aplicação de questionário	Apenas coleta de exame	Aplicação de questionário apenas	Total atendimentos
Alemanha	34	40	1	75
Alto do Calhau	36	29	0	65
Bequimão	39	15	0	54
Cidade Operária	23	18	0	41
Coroadinho	25	49	0	74
Cruzeiro de Santa Bárbara	36	44	4	84
Ivar Saldanha	32	32	1	65
Nova Aurora	44	19	1	64
Nova Terra	34	21	2	57
Paço do Lumiar	22	14	0	36
Primavera/Bom Jesus	34	30	0	64
Sá Viana	57	6	1	64
Vila Cascavel	31	37	0	68
Vila Janaína	59	33	0	92
Vila Palmeira	29	28	0	57
TOTAL	535	415	10	960

Fonte: Dados coletados pela autora.

A mediana de idade das mulheres atendidas foi de 43 anos (34 - 52). Sete exames de citologia oncótica cervical foram considerados inadequados para leitura por presença de sangue (4) e artefatos de dessecamento (3). Dos 943 exames

considerados adequados, 16,7% (159) apresentavam amostragem de células escamosas, glandulares e metaplásicas, 2,0% (19) células escamosas e metaplásicas, 43,2% (415) células escamosas e glandulares, e 36,5% (350) apresentavam representação apenas de células escamosas (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipos de células epiteliais representadas nas amostras de citologia cervical adequadas para avaliação (n = 943)

Tipo de células epiteliais	
Células escamosas	350 (36,5%)
Células escamosas e metaplásicas	19 (2,0%)
Células escamosas e glandulares	415 (43,2%)
Células escamosas, glandulares e metaplásicas	159 (16,7%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A presença de alterações conforme a Nomenclatura Brasileira para Laudo de Citologia Cervical foi descrita em 6,9% (65) dos exames avaliados. As alterações encontradas, em ordem de frequência, foram: LSIL em 3% (28), ASC-US possivelmente não neoplásicas em 1,8% (17), HSIL em 0,7% (7), ASC-H não se pode afastar lesão de alto grau em 0,4% (4), AGC possivelmente não neoplásicas em 0,4% (4), AOI possivelmente não neoplásicas em 0,3% (3), HSIL não se pode excluir microinvasão em 0,1% (1) e adenocarcinoma in situ em 0,1% (1).

A maioria (88,2%) das mulheres atendidas pela UMR encontravam-se dentro da faixa etária recomendada para rastreamento do CC, com 6,4% das mulheres abaixo e 5,3% acima da faixa etária-alvo. Cinco alterações foram descritas em mulheres com menos de 25 anos, 54 alterações na faixa etária de 25-64 anos, e 6 alterações em mulheres com mais de 64 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados dos exames realizados por faixa etária (n = 950)

Faixa etária	< 25 anos	25-64 anos	> 64 anos	Total
Exames realizados	61	838	51	950
<i>Exames normais</i>	56	777	45	878
<i>Exames alterados</i>	5	54	6	65
<i>Exames insatisfatórios</i>	0	7	0	7
ALTERAÇÕES ENCONTRADAS				
ASC-US possivelmente não neoplásicas	2	12	3	17 (1,8%)
ASC-H não se pode afastar lesão de alto grau	0	3	1	4 (0,4%)
AGC possivelmente não neoplásicas	0	4	0	4 (0,4%)
AOI possivelmente não neoplásicas	0	3	0	3 (0,3%)
Lesão Intraepitelial Baixo Grau (LSIL)	3	24	1	28 (3,0%)
Lesão Intraepitelial Alto Grau (HSIL)	0	7	0	7 (0,7%)
HSIL não se pode excluir microinvasão	0	0	1	1 (0,1%)
Adenocarcinoma in situ	0	1	0	1 (0,1%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A tabela 4 demonstra os dados referentes aos critérios de MIQ dos exames.

Tabela 4 - Monitoramento interno da qualidade (MIQ) dos resultados dos exames conforme recomendações do INCA

Percentual de amostras insatisfatórias coletadas	0,74%
Índice de positividade	6,89%
Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas (ASC) entre os exames satisfatórios	2,23%
Percentual de células escamosas atípicas (ASC) entre os exames alterados	32,3%
Razão células escamosas atípicas (ASC)/ lesão intraepitelial escamosa (SIL)	0,58%
Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)	0,85%

Fonte: Dados coletados pela autora.

Os resultados dos exames foram entregues em prazo de 4 semanas da data da coleta. Os exames não entregues na data agendada pelo profissional de saúde da UMR foram entregues posteriormente pelo líder comunitário. Nove exames foram referidos como sem confirmação de entrega (2 exames na comunidade Bequimão, 5 exames em Nova Aurora e 2 exames em Vila Cascavel).

Na data da entrega do resultado do exame, as mulheres com resultados de exames positivos foram orientadas a realizar os procedimentos recomendados de acordo com as Diretrizes Brasileiras em unidade de atendimento habilitada. Não foi implementado um fluxo de acompanhamento em tempo real sobre a realização dos procedimentos recomendados. Em abril/19, foi realizada tentativa de contato telefônico com as mulheres com exames positivos por uma enfermeira para avaliar a realização dos exames e seguimento necessário. O contato telefônico foi eficaz em 31 (47,7%) casos. Nos demais casos (34), não se conseguiu contato através do número telefônico fornecido no dia do atendimento.

A tabela 5 descreve a adequabilidade da orientação recebida pelas mulheres com exames positivos, de acordo com acompanhamento por contato telefônico. Foi considerada conduta inadequada, a não realização de procedimento mínimo recomendado pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo

do Útero (BRASIL, 2016). Das 31 mulheres contatadas, 3 casos eram representados por ASC-US em mulheres > 30 anos, com recomendação para repetir a citologia em 6 meses. Uma foi avaliada por um clínico geral que a orientou que o exame estava normal. Uma repetiu a citologia, que veio normal. A outra aguardava realização do novo exame.

ASC-H foi identificado em 2 mulheres: uma realizou colposcopia e aguardava para realizar conização; não foi possível obter informações no outro caso, apesar do contato telefônico. AGC foi identificado em 1 caso, que foi posteriormente avaliada em unidade hospitalar habilitada para tratamento, porém referiu não ter recebido recomendação para realização de procedimento adicional. AOI foi encontrada em 3 casos: uma mulher foi avaliada em unidade de saúde habilitada com recomendação para acompanhamento; outra foi submetida a biópsia com resultado de lesão de baixo grau; e a outra aguarda conização.

Das 16 mulheres com LSIL, apenas uma tinha 25 anos, com recomendação para repetir citologia em 3 anos, porém foi orientada a repetir exame em 6 meses. Dentre as restantes, 2 repetiram a citologia que veio com resultado negativo, 7 foram recomendadas para repetir o exame em 3 a 6 meses, 1 foi submetida a cauterização, 3 aguardavam realização de biópsia, 1 aguardava conização, e em 1 caso não foi possível obter informações. Das 5 mulheres com HSIL, 1 repetiu a citologia que veio normal, 1 foi submetida a histerectomia, 1 aguarda biópsia, 1 aguarda traquelectomia e 1 aguarda conização. A mulher com resultado de adenocarcinoma in situ, referiu estar grávida e aguardar para realização de colposcopia.

Tabela 5 – Resultados positivos e adequabilidade de conduta referida por contato telefônico (n = 31)

Resultado	N	Recomendação adequada		
		Sim	Não	Ignorado
ASC-US	3	2	0	1
ASC-H	2	1	1	0
AGC	1	0	1	0
AOI	3	2	1	0
LSIL	16	15	0	1
HSIL	5	4	1	0
Adenocarcinoma in situ	1	1	0	0
Total	31 (100%)	25 (80,6%)	4 (12,9%)	2 (6,4%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

Perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas (n = 545)

Quase a metade das mulheres entrevistadas (47,3%) referiu formação escolar com segundo grau completo, 24% apresentavam primeiro grau completo e 21,7% 1º grau incompleto. Ensino superior completo e pós-graduação foi referido por 4,4% e 0,6%, e nove (1,7%) mulheres eram analfabetas (Tabela 6).

Tabela 6 – Escolaridade das mulheres entrevistadas (n = 545)

Analfabeta	9 (1,7%)
1º grau incompleto	118 (21,7%)
1º grau completo	131 (24,0%)
2º grau completo	258 (47,3%)
Ensino superior completo	24 (4,4%)
Pós-graduação	3 (0,6%)
Outros/Não sabe	2 (0,4%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres entrevistadas não possuía emprego formal: 37,8% referiram ser dona de casa, 21,3% estavam empregadas atualmente, 16,1% estavam desempregadas, 3,9% eram estudantes, 5,9% eram aposentadas, e 14,5% eram trabalhadoras autônomas (Tabela 7). Os tipos de emprego mais comuns foram: empregada doméstica (17), professora (15), diarista (13), serviços gerais (10), vendedora (9), cozinheira (6), copeira (4), auxiliar de cozinha (3), técnica de enfermagem (5), manicure (5), cabeleireira (4), cuidadora (3), balconista (3), funcionária pública (3), garçomete (2), confeitadeira (2), pescadora (2), entre outros.

Tabela 7 – Ocupação das mulheres entrevistadas (n = 545)

Desempregada	88 (16,1%)
Dona de casa	206 (37,8%)
Emprego formal	116 (21,3%)
Autônoma	79 (14,5%)
Estudante	21 (3,9%)
Aposentada	32 (5,9%)
Outro	3 (0,6%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

Sobre o estado civil, 29% das mulheres entrevistadas eram solteiras, 56,3% eram casadas/união estável, 9,7% divorciadas, 4,6% viúvas, e 0,4% referiram outro estado civil (Tabela 8).

Tabela 8 – Estado civil das mulheres entrevistadas (n = 545)

Estado civil	
Solteira	158 (29,0%)
Casada/União estável	307 (56,3%)
Divorciada	53 (9,7%)
Viúva	25 (4,6%)
Outros	2 (0,4%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A mediana do número de pessoas que moram no mesmo domicílio foi de 4 (3 - 6) pessoas, com 50,3% das mulheres morando em até 4 pessoas na mesma casa, 44,8% entre 5 e 7 pessoas, e 4,4% em 8 pessoas ou mais (Tabela 9).

Tabela 9 – Número de pessoas que moram na mesma casa das mulheres entrevistadas (n = 545)

1 a 4 pessoas	274 (50,3%)
5 a 7 pessoas	244 (44,8%)
8 ou mais pessoas	24 (4,4%)
Não informado	3 (0,6%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres (59,8%) apresentavam renda familiar de até 1 salário mínimo (sm), 34,5% apresentavam renda entre 1 e 2sm, 4,8% possuíam renda de 3 a 5sm, e apenas 0,6% apresentavam renda familiar entre 6 e 10sm (Tabela 10).

Tabela 10 - Renda familiar das mulheres entrevistadas (n = 545)

Renda familiar	
Até 1 sm	274 (50,3%)
1 - 2 sm	244 (44,8%)
3 – 5 sm	24 (4,4%)
6 – 10 sm	3 (0,6%)
Não informado	2 (0,4%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres possuíam serviço de água encanada (n 483, 88,6%) e coleta de lixo regular (n 469, 86,1%) em suas casas.

Antecedentes ginecológicos das mulheres entrevistadas

A mediana da idade da menarca foi de 13 (12 – 14) anos, idade da coitarca foi de 17 (15 – 19) anos, e da idade da primeira gravidez foi de 19 (17 – 23) anos. A mediana de número de gravidezes foi de 3 (2 – 4), de abortos foi de 1 (0 – 1) (65% espontâneos, 28,7% induzidos, e 6,2% com abortos espontâneos e induzidos), e de partos foi 2 (1 – 4) (64% partos normais, 17,6% cesarianas, e 18,2% partos normal e cesariana). A mediana do número de filhos foi de 2 (2 – 3). A mediana do número de parceiros sexuais foi de 3 (1 – 4). Mais da metade das mulheres entrevistadas (300, 55%) referiu que todos os seus filhos eram do mesmo pai, enquanto 28,1% (153) das mulheres tinham filhos de pais diferentes, e 16,9% (92) não souberam referir ou não lembravam.

Cento e setenta e sete mulheres referiram estar na menopausa. Destas, 26 (14,7%) referiram ter apresentado algum tipo de sangramento vaginal após a menopausa, e 18 (10,1%) relataram uso de reposição hormonal. Seis mulheres relataram ter realizado radioterapia na pelve.

Sessenta e quatro mulheres (11,7%) referiram ter apresentado DST, com 18 casos referidos de sífilis, 10 de HPV, 9 de herpes, 7 de candidíase, 5 de gonorréia, 4 de tricomoníase, 2 de condiloma, 2 de gardnerela, e 10 mulheres não sabiam/não lembravam o tipo de DST.

Quase todas as mulheres atendidas já haviam realizado pelo menos um exame preventivo de citologia cervical anteriormente (94,1%), com a maioria (78,2%) tendo o realizado nos últimos 3 anos (Tabela 11).

Tabela 11 – Último preventivo realizado pelas mulheres entrevistadas (n = 545)

Já fez preventivo alguma vez?	
Sim	513 (94,1%)
Não	30 (5,5%)
Não sabe/não lembra	2 (0,4%)
Tempo desde o último exame preventivo	
Até 1 ano	233 (42,8%)
Até 2 anos	129 (23,7%)
Até 3 anos	64 (11,7%)
Até 5 anos	50 (9,2%)
Até 10 anos	20 (3,7%)
> 10 anos	11 (2,0%)
Não informado	38 (6,9%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres (51,3%) referiu não receber explicações sobre o exame preventivo antes de realizá-lo. A maioria das mulheres (86,0%) recebeu o resultado do exame preventivo realizado, enquanto 11,8% referiram não o ter recebido. A maioria das mulheres (62,5%) recebeu explicação sobre o resultado do exame preventivo recebido, enquanto 27,6% referiu não ter recebido. Mais da metade das mulheres (51,3%) referiu não ter recebido ou não lembrar das orientações para a realização do próximo exame preventivo (Tabela 12).

Tabela 12 – Informações recebidas sobre a realização do exame preventivo (n = 515)

Quando você faz o exame preventivo, o profissional de saúde lhe explica o que vai ser feito?

Não	264 (51,3%)
Sim, explica muito bem	175 (34,0%)
Sim, mas não explica muito bem	61 (11,8%)
Não lembro	12 (2,3%)
Ignorado	3 (0,6%)

Você recebeu o resultado do último exame que você fez?

Sim	443 (86,0%)
Não	61 (11,8%)
Não lembro	8 (1,6%)
Ignorado	3 (0,6%)

Você recebeu explicações sobre o resultado do exame?

Sim	322 (62,5%)
Não	142 (27,6%)
Não lembro	15 (2,9%)
Ignorado/não se aplica	36 (7,0%)

Você foi informado quando deveria fazer seu próximo exame preventivo?

Sim	233 (45,2%)
Não	248 (48,2%)
Não lembro	16 (3,1%)
Ignorado/não se aplica	18 (3,5%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres buscou o atendimento pela UMR a partir da indicação de um amigo/conhecido (44,2%) ou do líder comunitário (18,0%) (Tabela 13).

Tabela 13 – O que motivou as mulheres a procurar o atendimento da UMR (n = 545)

Indicação/convite de um conhecido	241 (44,2%)
Convite do líder comunitário	98 (18,0%)
Presença de sintomas	98 (18,0%)
Carro de som	30 (5,5%)
Televisão/rádio/jornal	26 (4,8%)
Internet	18 (3,3%)
Caso de câncer na família	3 (0,6%)
Outro	30 (5,5%)
<i>Agente de saúde</i>	14
<i>Associação/comunidade</i>	10
<i>Igreja</i>	6
<i>Escola</i>	5
Ignorado	1

Fonte: Dados coletados pela autora.

Conhecimentos sobre a prevenção do câncer do colo do útero

A maioria das mulheres acha que o exame preventivo deve ser realizado a cada seis meses. Quando questionadas sobre a frequência que realizam o exame, 50 (9,2%) referem realizar o exame a cada seis meses, 206 (37,8%) uma vez por ano, 59 (10,8%) a cada 2 a 3 anos, 178 (32,7%) em intervalos irregulares, e 16 (2,9%) mulheres quando apresentam sintomas (Tabela 14).

Tabela 14 – Conhecimentos sobre a periodicidade dos exames preventivos do CC (n = 545)

Com que frequência você acha que deve fazer o exame preventivo?

A cada 6 meses	274 (50,3%)
Uma vez por ano	226 (41,5%)
A cada 2 ou 3 anos	13 (2,4%)
Quando tenho sintomas	5 (0,9%)
Outras/Não sei/Ignorado	27 (4,9%)

Com que frequência você faz o exame preventivo?

A cada 6 meses	50 (9,2%)
Uma vez por ano	206 (37,8%)
A cada dois ou três anos	59 (10,8%)
Quando estou com alguma alteração/sintoma	16 (2,9%)
Irregular	178 (32,7%)
Não sei	6 (1,1%)
Ignorado	13 (2,4%)
Nunca fez	17 (3,1%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria das mulheres referiu a dificuldade para agendamento do exame preventivo como um impedimento para sua realização. Outras dificuldades relatadas foram a falta de tempo, vergonha, falta de dinheiro, falta de conhecimento/orientação para realizar o exame e medo de descobrir algum problema. Adicionalmente, as mulheres relataram ainda descuido ou esquecimento, desinteresse, desconforto, dificuldades relacionadas aos serviços de saúde, como dificuldade para recebimento do resultado, falta de disponibilidade de profissional ou de material para realizar o exame, dificuldade para locomoção, problemas de saúde pessoais ou na família e a ausência de sintomas como dificuldades para realizar o exame. Cinco mulheres referiram não ter nenhum impedimento, mas não desejam realizar o exame (Tabela 15).

Tabela 15 – Dificuldades para realização do exame preventivo (n = 545)

Dificuldade para marcar o exame	264
Falta de tempo	127
Vergonha	61
Falta de dinheiro	57
Falta de conhecimento/orientação para realizar o exame	39
Medo de descobrir alguma coisa	31
Outros	67
<i>Descuido ou esquecimento</i>	22
<i>Desinteresse</i>	15
<i>Desconforto para realização do exame</i>	9
<i>Dificuldades relacionadas aos serviços de saúde</i>	7
<i>Problemas de saúde pessoais ou na família</i>	4
<i>Dificuldade para locomoção</i>	4
<i>Ausência de sintomas</i>	3
<i>Não quer, nada a impediu</i>	5
Não se aplica	44
Ignorado	52

Fonte: Dados coletados pela autora.

Características das mulheres com resultados de exames positivos (n = 65)

A média de idade das mulheres com resultados positivos foi de 43,6 (16 -77). A tabela 16 mostra a distribuição de resultados positivos de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais (BRASIL, 2006) por comunidade atendida.

Tabela 16 – Resultados de exames positivos por comunidade atendida (n = 65)

	Exames positivos	Exames realizados	Porcentagem
Alemanha	8	74	10,8%
Alto do Calhau	4	65	6,2%
Bequimão	0	53	0%
Cidade Operária	2	40	0,5%
Coroadinho/Vila São Sebastião)	7	74	9,4%
Ivar Saldanha	6	64	9,3%
Nova Aurora	1	63	1,6%
Nova Terra	2	55	3,6%
Paço do Lumiar	1	35	3,3%
Primavera / Bom Jesus	2	63	3,2%
Sá Viana	6	63	9,5%
Santa Bárbara	9	80	11,3%
Vila Cascavel	9	67	13,4%
Vila Janaína	7	92	7,6%
Vila Palmeira	1	55	1,8%

Fonte: Dados coletados pela autora.

Trinta das 65 mulheres com exames positivos responderam ao questionário estruturado. A tabela 17 descreve as variáveis socioeconômicas desse grupo de mulheres.

Tabela 17 – Características socioeconômicas das mulheres com resultados de exames positivos (n = 30)

Escolaridade	
Analfabeta	0
1º grau incompleto	8 (26,6%)
1º grau completo	10 (33,3%)
2º grau completo	9 (30%)
Ensino Superior	2 (6,6%)
Pós Graduação	1 (3,3%)
Estado civil	
Solteira	11 (36,7%)
Casada	16 (53,3%)
Divorciada	2 (6,7%)
Viúva	1 (3,3%)
Número de pessoas que moram na mesma casa	
1 a 4	15 (50,0%)
5 a 7	13 (43,3%)
> 7	2 (6,7%)
Ocupação	
Desempregada	6 (20,0%)
Empregada	5 (16,7%)
Autônoma	8 (26,7%)
Estudante	1 (3,3%)
Dona de casa	9 (30,0%)
Aposentada	1 (3,3%)
Renda familiar	
Até 1 sm	23 (76,7%)
1 - 2 sm	6 (20,0%)
3 - 5 sm	1 (3,3%)
Água encanada	
Sim	26 (86,7%)
Não	4 (13,3%)
Coleta de lixo	
Sim	28 (93,3%)
Não	2 (6,7%)

Fonte: Dados coletados pela autora.

A tabela 18 descreve os antecedentes ginecológicos das mulheres com exames positivos.

Tabela 18 – Antecedentes ginecológicos das mulheres com resultados de exames positivos (n = 30)

Menarca*	13 (10 – 18)
Coitarca[#]	18,6 (13 – 30)
Número de parceiros sexuais[#]	3,1 (1 – 6)
Idade da primeira gravidez[#]	20,6 (14 – 31)
Número de filhos*	2 (2 – 4)
Número de gestas[#]	3,2 (1 – 9)
Número de partos*	2 (2 – 3)
Número de abortos*	0 (0 – 1)
Todos os filhos do mesmo pai?	
Sim	14 (46,7%)
Não	12 (40,0%)
Não sabe/ignorado	4 (13,3%)
Já teve alguma DST?	
Não	25 (83,3%)
Sim	5 (16,7%)
Frequência que acha que deve realizar o preventivo	
A cada 6 meses	18 (60,0%)
Uma vez por ano	11 (36,7%)
Não sei	4 (3,3%)
Frequência que refere que faz o exame preventivo	
A cada 6 meses	3 (10,0%)
Uma vez por ano	11 (36,7%)
A cada 2 a 3 anos	3 (10,0%)
Irregular	12 (40,0%)
Não sabe/ignorado	1 (3,3%)
Já fez preventivo alguma vez?	
Sim	29 (96,7%)
Não	1 (3,3%)
Tempo desde o último exame preventivo	
Até 1 ano	15 (50,0%)
Até 3 anos	8 (26,7%)
Até 5 anos	3 (10,0%)
Até 10 anos	2 (6,7%)
> 10 anos	1 (3,3%)

Não informado	1 (3,3%)
Quando você faz o exame preventivo, o profissional de saúde lhe explica o que vai ser feito?	
Não	17 (56,7%)
Sim, explica muito bem	10 (33,3%)
Sim, mas não explica muito bem	2 (6,7%)
Não se aplica	1 (3,3%)
Você recebeu o resultado do último exame que você fez?	
Sim	23 (76,7%)
Não	5 (16,7%)
Ignorado	1 (3,3%)
Não se aplica	1 (3,3%)
Você recebeu explicações sobre o resultado do exame?	
Sim	15 (50,0%)
Não	9 (30,0%)
Não lembro	1 (3,3%)
Ignorado	4 (13,3%)
Não se aplica	1 (3,3%)
Você foi informado quando deveria fazer seu próximo exame preventivo?	
Sim	11 (36,7%)
Não	18 (60,0%)
Ignorado	1 (3,3%)

* mediana (curva de distribuição não normal)

média (curva de distribuição normal)

6 DISCUSSÃO

A estratégia de rastreamento avaliada possibilitou a realização de 950 exames de citologia cervical em comunidades de baixa cobertura de prevenção do CC em São Luís, MA. Diversos estudos demonstram que uma estratégia de rastreamento móvel ajuda a reduzir a barreira geográfica para a realização de exames preventivos e possibilita alcançar mulheres mais vulneráveis, com possibilidade de atendimento de até 75% de mulheres que nunca realizaram o exame (GREENWALD et al., 2017; MEGEVAND et al., 1996; BRINDLE et al., 1976). No presente estudo, observou-se que cerca de 95% das mulheres atendidas já havia realizado o exame pelo menos uma vez na vida. Destas, 78,2% havia realizado o exame em até 3 anos, considerado como dentro do intervalo de tempo recomendado pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (MS, 2016). Considerando-se que a atuação da UMR se concentrou em áreas urbanas de cidade capital de estado e que as ações de convocação das mulheres não foram direcionadas para um subgrupo mais vulnerável de mulheres, foi possível atingir 5,5% de mulheres que nunca haviam realizado o exame, e pelo menos 14,9% de mulheres há mais de 3 anos sem realizá-lo. Por outro lado, 42,8% das mulheres havia realizado o exame há 1 ano ou menos, evidenciando um contingente de mulheres possivelmente realizando o exame em intervalo de tempo menor que o recomendado. Adicionalmente, 11,8% dos exames foram realizados fora da faixa etária definida como alvo para o rastreamento pelas diretrizes nacionais. Esses dados corroboram uma característica típica de programas de rastreamento oportunístico: há um contingente de mulheres supercontroladas, enquanto outras mulheres permanecem sem controle algum (BRASIL, 2016).

Estudo realizado na cidade de São Paulo revelou que 9,7% das mulheres maiores de 20 anos nunca realizou o exame de citologia cervical na vida. Entre as que realizaram o exame alguma vez na vida, o tempo decorrido desde o último exame foi menor que três anos para 88,2% das mulheres e maior ou igual a três anos para 11,8% das entrevistadas. Considerando como adequado o intervalo com tempo mínimo de três anos os exames, constatou-se que 20,4% das mulheres residentes no município de São Paulo ou nunca realizaram o exame (9,7%) ou o fizeram de maneira inadequada (10,7%). O principal motivo alegado para a não realização do exame foi “não era necessário/sou saudável” em 48,7% dos casos,

indicando o desconhecimento dessas mulheres sobre a importância da realização do exame preventivo (SÃO PAULO, 2010).

Apesar de ter sido detectada uma parcela de mulheres que repete o exame em intervalo inferior ao recomendado, no modelo de rastreamento brasileiro, não se conhece a qualidade do exame prévio realizado, o resultado obtido, nem se receberam o resultado ou orientação profissional adequada para investigação complementar ou para manter o seguimento dentro do programa de rastreamento. Neste estudo, 11,8% das mulheres entrevistadas afirmaram não ter recebido o resultado do seu último exame preventivo, 27,6% referiram não ter sido orientadas sobre o resultado e 48,2% das mulheres relataram que não foram orientadas sobre quando deveriam realizar o próximo exame preventivo. As principais barreiras relatadas para a realização da citologia cervical foram: dificuldade para agendamento do exame (48,4%), falta de tempo (23,3%), falta de dinheiro (10,4%), vergonha (11,2%), falta de conhecimento/orientação para o exame (7,2%), medo de descobrir alguma coisa (5,7%), e outros motivos (12,3%), sendo mais de 50% destes representados por “descuido ou esquecimento” e “desinteresse”.

Sabe-se que, em grande parte dos estados brasileiros, o número total de exames citológicos que têm sido realizados seria suficiente para garantir a cobertura de 70 a 80% de controles periódicos e regulares pelo SUS. Somando-se a isso os exames realizados pelo setor privado de saúde, a cobertura de rastreamento do CC seria altíssima (ZEFFERINO, 2008). Entretanto, 20% a 25% dos exames têm sido realizados fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Como consequência, ocorre a manutenção de índices elevados de incidência e mortalidade relacionadas ao CC no país relacionados às disparidades na distribuição dos recursos em saúde, nesse caso, o exame preventivo de citologia cervical (BRASIL, 2016).

Avaliando-se as características socioeconômicas das mulheres atendidas pela UMR, a maioria delas (76,3%) apresentava 8 anos ou mais de escolaridade, com apenas 1,7% de mulheres analfabetas. Mais da metade (50,3%) apresentavam renda familiar de até 1sm e 56,3% apresentavam relacionamento estável. Mais da metade das mulheres (54,4%) não possuíam emprego, ou por estar desempregadas ou por serem dona e casa, com 21,3% referindo emprego formal e 14,5% trabalhavam como autônoma.

Estudo prospectivo multicêntrico brasileiro evidenciou que a maioria (69,5%) das mulheres com diagnóstico de CC apresentava menos de 8 anos de escolaridade e 20,9% tinham renda familiar de até 1 sm (NOGUEIRA-RODRIGUES et al., 2018b). Menor nível de escolaridade, menor renda familiar e ausência de parceiro estável foram associados à não realização do exame de citologia cervical. Os principais motivos relatados pelas pacientes para não realização do exame preventivo foram desinteresse (46,9%), vergonha (19,7%) e falta de conhecimento (19,7%). Nesse estudo, 12,8% das mulheres brasileiras com CC apresentavam doença em estadios I, 35,2% em estadios II, 37,9% em estadios III e 10,1% em estadios IV (NOGUEIRA-RODRIGUES et al., 2018a). Apesar da maior escolaridade encontrada nas mulheres em nosso estudo, a maioria das mulheres atendidas apresentava baixa renda familiar, incluindo-as em grupo de maior risco socioeconômico para o desenvolvimento do CC.

Na Inglaterra, o benefício da convocação periódica das mulheres para realizar exame citológico foi evidente, com aumento de cobertura e redução da mortalidade por câncer do colo do útero após sua introdução. Ou seja, mesmo em uma população de mulheres com condições socioeconômicas superiores às das mulheres brasileiras, a adoção de uma ação relacionada à melhor organização do sistema interferiu positivamente sobre os resultados alcançados. Dados semelhantes foram reproduzidos em outros países (ZEFFERINO, 2008).

Na estratégia de rastreamento móvel descrita, pesquisadores e profissionais de saúde perceberam dificuldades para garantir o encaminhamento dos casos positivos para realização do tratamento adequado na rede de saúde. Diante deste achado, optou-se pela interrupção temporária das atividades da UMR em agosto/2018 e a busca por estratégias alternativas para solucionar essa barreira ao atendimento adequado.

Foram realizadas tentativas para estabelecer um fluxo de encaminhamento direto dos casos positivos em parceria com a rede de atenção do Sistema Único de Saúde. Porém, diante da ausência de fluxo estabelecido da rede de atenção em oncologia no estado, não foi possível essa organização. Uma solução alternativa encontrada pela instituição mantenedora da UMR foi a contratação de um profissional médico ginecologista com expertise e disponibilidade de tempo na instituição para o atendimento aos casos de exames preventivos positivos. Essa estratégia acabou por agregar um maior custo de manutenção do programa de

rastreamento oferecido. A seleção e contratação do profissional foi finalizada apenas em meados de 2019, quando as atividades da UMR foram reiniciadas.

À análise dos dados de seguimento terapêutico obtidos através de contato telefônico, evidenciou-se falha no contato com mais de 50% das mulheres com exames positivos, provavelmente associado ao tempo decorrido entre o exame e a tentativa de contato, e ausência de fluxo estabelecido e profissional designado para acompanhamento desses casos. Apesar disso, das 31 mulheres contatadas, 25 seguiram recomendações adequadas de acordo com as diretrizes nacionais. Porém, deve-se considerar que, mesmo com longo tempo decorrido desde a realização do exame até o contato telefônico (cerca de 8 a 10 meses), muitas ainda aguardavam a realização dos procedimentos recomendados. A taxa de adesão às recomendações de seguimento em caso de exame alterado são um indicador de qualidade de programas de rastreamento e os dados encontrados evidenciam falha no processo de propedêutica e tratamento dos casos positivos. É importante estabelecer um fluxo de identificação e acompanhamento dos casos positivos, como por exemplo a implementação de modelos automatizados para sua identificação, seguimento e acompanhamento de resultados, e a designação de um profissional para este acompanhamento.

A contratação de um profissional com vistas a criar um fluxo facilitado de atendimento e tratamento dos casos positivos não garante a realização do tratamento adequado. Independente da qualidade do teste de rastreamento aplicado, ele não causará impacto populacional se não for implementado como parte de um programa de rastreamento bem estruturado e planejado para atingir seu potencial pleno de prevenção do CC e redução de mortalidade pela doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Além disso, sabe-se que o custo relacionado aos prestadores de serviço, como médicos, enfermeiros e pessoal de forma geral, compõe a maior parte da carga financeira de um programa de rastreamento móvel, geralmente com provisão escassa de recursos. Assim, a incorporação de profissionais pode inviabilizar a manutenção financeira do processo a longo prazo. Uma forma de minimizar essa carga é realizar volume de atendimento dentro da capacidade da equipe disponível (SCHNIPPEL, 2015).

É sabido que estratégias móveis de rastreamento estão associadas a maior dificuldades para o encaminhamento dos casos com resultados positivos ao exame. Nas UMR, o exame preventivo é geralmente realizado por uma enfermeira e, no

achado de resultado anormal, a mulher precisará ser encaminhada para avaliação médica em uma unidade de saúde convencional em um dia diferente, enquanto que em clínicas tradicionais, pode haver uma maior flexibilidade para a realização do exame diagnóstico no mesmo dia, evitando a perda de seguimento. Em uma experiência brasileira, houve perda de seguimento de 66% de casos encaminhados para realização de colposcopia (LORENZI et al., 2016). Em mulheres com diagnóstico de HSIL realizado em UMR, 98% realizaram a colposcopia oferecida na UMR versus 33% das que foram encaminhadas para o hospital mais próximo (MEGEVAND et al., 1996). Além disso, faz-se necessário o acompanhamento também das mulheres com exames negativos para sua reconvocação dentro do programa, visando garantir a continuidade do rastreamento e sua eficácia para o controle da doença.

Apesar da ampla implementação de estratégias de rastreamento de câncer, a aderência é geralmente baixa, contribuindo para uso sub-ótimo dos serviços oferecidos. É necessário desenvolver estratégias sustentáveis para aumentar a participação da população em programas de rastreamento organizados. O uso de métodos de baixo custo, como convites através de mensagens de texto automáticas ou contato telefônico, podem aumentar a adesão da população em até 15%, e/ou intervenções de acompanhamento e customização do cuidado para a parcela de indivíduos não aderentes. Ligações telefônicas após o envio de lembrete ou carta podem aumentar a adesão dos participantes faltosos ao rastreamento em até 20% (FIRMINO-MACHADO, 2019).

Na maior experiência brasileira de rastreamento do CC através de UMR, foram avaliados mais de 160.000 exames de citologia cervical e mais de 2.900 exames de colposcopia realizados. Cerca de 98% dos casos com recomendação para realização de colposcopia a fizeram, evidenciando a eficiência do modelo de gestão e acompanhamento dos casos positivos diagnosticados através de sistema automatizado de identificação e acompanhamento dos casos. As mulheres inseridas no programa eram reconvocadas para repetir o exame de rastreamento em intervalo conforme as recomendações das Diretrizes Brasileiras. Das 31.939 mulheres agendadas para repetir o exame de Papanicolau em 2015, 78% (29.921) o fizeram, considerando intervalo de 30 dias antes e 30 dias após o período recomendado. Mesmo em um modelo com boa gestão do programa de rastreamento, houve falha de 22% do seguimento das mulheres dentro do programa de rastreamento. Estima-

se que essa falha seja ainda maior no programa descrito nesse estudo quando atingir o tempo para realização do próximo exame das mulheres atendidas (POSSATI-RESENDE, 2018).

Em outra experiência brasileira de rastreamento móvel do CC, o método mais eficaz para o recrutamento de mulheres foram as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS) (43%), seguido de divulgação em programas de rádio (11%), conversas com vizinhos (10%), recomendação pela unidade de atenção básica em saúde (7%), anúncios em carros de som (5%) e divulgação por panfletos (2%). Entretanto, esperava-se realizar cerca de 40 exames/dia, porém foram realizados em média apenas 12 exames por dia, como resultado de falhas no processo de divulgação e convocação das mulheres para realização do exame, atribuída em especial à pouca disponibilidade dos ACS que estavam envolvidos em múltiplas outras tarefas e não tiveram sua carga horária disponibilizada para esta finalidade (MAUAD et al., 2009).

Neste mesmo estudo, foi reportado um tempo médio de cerca de 20 minutos para atendimento de cada participante, incluindo o preenchimento da ficha de atendimento, realização do exame e liberação da mulher. Dentre as 2.964 mulheres submetidas ao exame de Papanicolaou, foram encontradas 13 (0,4%) anormalidades, incluindo 3 casos de ASC-US, 4 casos de LSIL e 6 casos de HSIL, enquanto as outras 2.952 mulheres apresentaram alterações benignas. Dois casos de carcinoma escamoso invasivo foram diagnosticadas em estádios IA2 e IB1. Não houve perda de seguimento devido a um controle rigoroso realizado pela enfermeira da equipe de prevenção que entrou em contato com todas as pacientes diretamente ou através dos vizinhos (MAUAD et al., 2009).

O modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde proposto por Andersen tem sido utilizado para explicar diversos fatores que afetam a adesão a estratégias de rastreamento. Nesse modelo, avalia-se a possibilidade de modificação de comportamento acordo com intervenções externas sobre o fator analisado. Características individuais, como fatores sociodemográficos, oferecem baixo potencial para modificação de comportamento da utilização dos serviços de saúde. Crenças em saúde oferecem potencial mediano de modificação e têm sido alvo de campanhas de conscientização e estratégias educacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Por outro lado, fatores contextuais, como organização e provisão dos serviços de saúde, treinamento dos profissionais de

saúde e práticas institucionais apresentam elevado potencial para modificação do acesso aos serviços de saúde. No contexto de estratégias de rastreamento, os fatores contextuais podem ser divididos em fatores relacionados ao provedor, como oferecer recomendação para o rastreamento, e fatores relacionados ao sistema, como disponibilidade de profissionais e serviços e qualidade dos recursos (PLOURDE, 2016).

A cobertura de uma estratégia de rastreamento do CC é definida como a proporção de mulheres elegíveis (população-alvo) que receberam o exame de rastreamento em um período determinado (PLOURDE, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda cobertura de 80-85% da população-alvo para o rastreamento adequado do CC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Em muitas situações, apesar de existirem programas de rastreamento e diretrizes, muitas mulheres elegíveis não são rastreadas (PLOURDE, 2016).

No Brasil, dados de 2018 estimam 81,5% de cobertura de mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, com a realização da citologia cervical a cada 3 anos (ICO. IARC, 2018). Entretanto, reconhece-se falhas nesses dados inerentes ao formato de rastreamento oportunístico, além de falhas relacionadas ao sistema de registro, com uma mesma mulher representando mais de um exame coletado no período. A implementação do SISCAN como resultado da unificação do SISCOLO ao SISMAMA busca integrar os dados de rastreamento ao cadastro único no sistema de saúde brasileiro e melhorar a qualidade dos dados obtidos, possibilitando a identificação das mulheres e o cálculo do número de mulheres que de fato foi submetida ao rastreamento (COSTA, 2015).

Adicionalmente, análise de dados de 81.322.750 exames de citologia cervical coletados no país de 2006 a 2013 evidenciou qualidade questionável dos exames, com aparente curva descendente para alguns indicadores de qualidade. Houve aumento no número de exames considerados insatisfatórios nos últimos anos (2010–2013), redução da representação de células epiteliais da zona de transformação nas amostras coletadas, índice de positividade inferior ao recomendado, estando inclusive abaixo dos índices encontrados em países desenvolvidos que já atingiram controle do CC, redução na detecção de lesões intraepiteliais ao longo dos anos, e taxa de identificação de HSIL abaixo do recomendado. Esses indicadores apontam para a baixa qualidade dos exames coletados no país, podendo representar falhas desde a coleta inadequada do

exame, preparo da lâmina, manuseio e transporte do material, identificação das lâminas, elevada carga de trabalho dos citotécnicos e patologistas, até limitações no treinamento e educação continuada dos profissionais envolvidos na coleta e análise das amostras. Apenas 18,9% dos 739 laboratórios analisados em 2002 realizavam 15.000 exames ao ano, conforme recomendado. Mesmo os laboratórios com elevado número de exames apresentaram baixa performance decorrente da sobrecarga de trabalho. Essas variáveis de controle de qualidade são de difícil acompanhamento pelos laboratórios de citopatologia brasileiros, em especial diante do baixo valor repassado pelo governo por slide analisado (cerca de \$2,00) (COSTA, 2015).

O MIQ dos exames de citologia cervical deve seguir os parâmetros definidos (BRASIL, 2016), uma vez que a baixa positividade dos exames pode indicar que amostras positivas não estão sendo identificadas pelo laboratório, acarretando exames falso negativos. Assim, quando o índice de positividade for muito baixo, é necessário avaliar e intensificar o MIQ. Ainda, a taxa de produtividade, que representa a proporção de exames realizados e o número de mulheres na faixa etária-alvo permaneceu estável durante o estudo. Considerando-se intervalo de 3 anos para o rastreamento, a taxa de produtividade cumulativa foi de 45%, porém esse valor não pode ser atribuído como taxa de cobertura, uma vez que número significativo de mulheres com exames normais submeteram-se ao rastreamento mais de uma vez no intervalo analisado. Essa simples estimativa demonstra que a cobertura populacional no Brasil no período do estudo era inferior a 70%, contrariando os dados nacionais do ano de 2008 que reportavam cobertura populacional superior a 80% (COSTA, 2015).

Apesar das diversas limitações ao programa de rastreamento brasileiro, houve um aumento crescente no acesso ao exame de citologia cervical no país associado a uma redução na mortalidade pela doença nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Entretanto, nas regiões Norte e Nordeste, houve redução das taxas de mortalidade nas capitais dos estados, porém aumento de mortalidade nas cidades do interior. Os coeficientes de mortalidade nas capitais foram inversamente correlacionados a melhores condições socioeconômicas e diretamente relacionados a indicadores negativos. Esses achados geram questionamentos sobre possível pior condição de vida de mulheres fora dos centros urbanos e concentração das

disparidades de acesso ao rastreamento nas populações vivendo em extrema pobreza (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014).

Meta-análise publicada por Spence, Goggin e Franco (2007) buscou identificar os fatores associados ao desenvolvimento do CC apesar da disponibilidade de rastreamento. A principal causa identificada de falha no diagnóstico foi a frequência inadequada da realização do exame (53,8% com pobre adesão ao intervalo recomendado, com 41,5% de casos nunca submetidos ao rastreamento). Ainda, 29% das falhas foram atribuídas a resultados falso negativos da citologia e 11,9% ao acompanhamento e tratamento inadequado dos resultados positivos. Esses achados confirmam o entendimento de que mesmo mulheres já rastreadas no passado podem desenvolver o câncer cervical se não retornarem para rastreamento futuro e apontam para a importância da identificação e acompanhamento das mulheres com exames alterados assim como a implementação de estratégias para convocação periódica das mulheres e para alcançar a população faltosa.

Interessantemente, a proporção de mulheres nunca rastreadas não variou significativamente entre as diversas regiões geográficas do mundo, indicando haver fatores universais que motivam um subgrupo de mulheres a não realizar o exame preventivo, apesar de sua disponibilidade. Mulheres mais velhas apresentam menor conhecimento sobre o exame preventivo, fazem menos visitas médicas periódicas ao ginecologista e médicos generalistas apresentam menos propensão a solicitar exames de rastreamento em comparação aos ginecologistas. Apesar de uma menor proporção de falhas relacionadas ao tratamento inadequado dos casos positivos, sem essa intervenção não haverá redução na incidência do CC e, na medida em que o acesso ao exame e sua realização em intervalos adequados aumentam, a proporção de falhas associadas a processos mais à frente na cadeia de rastreamento cresce (COSTA et al., 2015).

Todos os exames de citologia cervical coletados pela UMR no presente estudo foram analisados em laboratório único dentro do HCAB, unidade de referência no atendimento e tratamento de pacientes oncológicos no estado do Maranhão. Esse laboratório de patologia realiza quantidade inferior aos 15 mil exames por ano recomendados pelo Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2016), porém

por se tratar de instituição de referência, enquadra-se no critério de qualidade recomendado.

De acordo com as diretrizes nacionais, o preenchimento adequado dos dados de identificação das mulheres é imprescindível para a localização futura daquelas com exames alterados, sendo requerido preenchimento de formulário contendo nome completo e apelido, número do cartão nacional de saúde, nome completo da mãe, data do nascimento, endereço completo, telefone e, caso exista, ponto de referência, data da coleta da amostra, nome do profissional de saúde responsável pela coleta e nome da instituição e com seu respectivo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2016).

Apesar de não ter sido avaliado de forma analítica, o processo de cadastramento de dados de identificação seguiu fluxos rigorosos, conforme prática institucional bem estabelecida, em que era exigida a apresentação de documentos comprobatórios dos dados necessários, para evitar falhas no cadastro. Esse rigor pode explicar parte dos dez casos de mulheres que responderam ao questionário estruturado, porém não prosseguiram à realização do exame preventivo. Em situações de pendência documental no dia de atendimento, as mulheres eram solicitadas a buscar documento ou comprovante da informação necessária em casa e trazê-lo para completar seu cadastro. Apesar de o exame ser realizado na comunidade onde elas geralmente residem, muitas moravam longe do ponto de coleta com impedimentos para o deslocamento. Outros motivos como realização de atividades domésticas, preparo inadequado para o exame, tempo de espera e outras dificuldades podem ter sido responsáveis pela não realização do exame preventivo por várias mulheres da comunidade atendida.

Apesar da estratégia de rastreamento através da citologia cervical ser reconhecidamente eficaz para redução da incidência e mortalidade relacionadas ao CC em diversas regiões do mundo onde foi implementada de forma sistemática, dificuldades inerentes ao método e complexidade de gestão do programa para garantir alcance de mais de 80% da população-alvo têm limitado o sucesso dessa estratégia em países de baixa e média renda, com grande contingente de mulheres permanecendo vulneráveis. (OLGIVIE, 2017).

A estratégia de rastreamento móvel descrita neste estudo compartilha diversas características elencadas pela OMS (2012) como barreiras ao rastreamento eficiente, e presentes de forma sistematizada no programa de rastreamento

brasileiro. O modelo de rastreamento oportunístico, a baixa cobertura da população-alvo, e grande dependência dos serviços de atenção à saúde reprodutiva para realização do exame são características intrínsecas ao rastreamento nacional.

O funcionamento adequado de qualquer programa de rastreamento como um todo é necessário para garantir sua eficiência. Isso deve envolver elevada cobertura da população-alvo, sistemas de referenciamento monitorados para garantir seguimento dos indivíduos inseridos no programa, e garantir cuidado apropriado e aceitável dentro de contexto consentido. O rastreamento deve ser planejado dentro de um programa de abrangência nacional. Em muitos países, um programa existe, porém, necessita de reorganização para obter sucesso em suas ações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Esse parece ser o caso do programa brasileiro de rastreamento. Limitações técnicas e financeiras relacionadas à implementação de modelos de rastreamento baseados na citologia cervical em países em desenvolvimento têm levado a busca de modelos alternativos baseados na inspeção visual do colo uterino. O modelo de rastreamento deve ser apropriado localmente e os gestores do programa precisam entender as limitações enfrentadas para sua aplicabilidade. O uso da inspeção visual com ácido acético, conhecido como VIA (*visual inspection on acetic acid*) parece ser um bom modelo alternativo ao rastreamento baseado na citologia cervical (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Assim, diante da necessidade de reorganização do programa de rastreamento brasileiro como um todo, e diante de melhoria de indicadores de mortalidade pela doença nas regiões mais desenvolvidas do país, pode-se propor a implementação de estratégias de rastreamento diferenciadas de acordo com as características locais de infraestrutura disponível, como por exemplo, a implementação da técnica de VIA em áreas mais remotas, com menor disponibilidade de profissionais e recursos em saúde, como as cidades de interior das regiões Norte e Nordeste.

A VIA envolve a visualização no colo uterino embebido em ácido acético a 3-5% e é considerado um teste em tempo real, uma vez que o resultado é lido como positivo ou negativo de acordo com a ausência ou presença de lesões acetobranças e sinais clínicos de câncer invasivo. Assim, oferece a oportunidade de intervenção imediata logo após a leitura do resultado do exame, minimizando perda de seguimento, uma vez que pode associar o diagnóstico e tratamento em uma única avaliação. Apesar da citologia cervical permanecer como padrão de rastreamento

em países de média renda, o uso da técnica de VIA pode apresentar vantagens para superar barreiras encontradas para o rastreamento adequado em alguns cenários. A VIA apresenta sensibilidade semelhante à citologia cervical para a detecção de lesões de alto grau, baixo custo, e pode ser realizado por pessoal treinado em curto período, sem necessidade de disponibilidade de profissional de saúde habilitado.

Em resumo, foi possível identificar pontos positivos na estratégia de rastreamento móvel desenvolvida nesse estudo, assim como barreiras para implementação de um rastreamento eficiente. Entre os pontos positivos, encontra-se a superação da barreira geográfica através da utilização de uma UMR, a disponibilidade de exame de citologia cervical com padrão de qualidade dentro das diretrizes recomendadas, o fácil acesso ao exame, a entrega de resultados em tempo hábil e orientado por profissional de saúde treinado.

Por outro lado, foram identificadas dificuldades à implementação de um rastreamento eficiente. Algumas dessas dificuldades são inerentes ao modelo de rastreamento móvel, como a necessidade de encaminhamento dos casos positivos para outra unidade de saúde, com perda de seguimento e maior dificuldade para realizar procedimentos terapêuticos recomendados, indisponibilidade da UMR para realização de exames da parcela da população não atendida na data de agendamento e para realização dos exames subsequentes de rastreamento conforme intervalo de tempo recomendado.

Outras barreiras parecem estar relacionadas ao processo ineficiente dos programas de rastreamento de países de baixa e média renda em geral, como o Brasil, com modelo de gestão inadequada, falhas no acompanhamento ativo dos casos positivos, deixando a responsabilidade desse cuidado para a mulher com a alteração diagnosticada, ausência de busca ativa subsequente das mulheres inseridas no programa para sua reconvocação de acordo com intervalo de tempo recomendado, e falhas no processo de convocação inicial das mulheres, com convocação aberta e não planejada para a população-alvo da região atendida, sem estratégia de convocação direcionada e dimensionamento apropriado das ações que deveriam ser realizadas por equipe de saúde treinada.

7 CONCLUSÃO

O modelo de rastreamento através de uma UMR apresenta vantagens em relação à oferta de serviços em unidades fixas de atendimento, porém falhas na gestão ao longo das etapas do rastreamento podem comprometer seu resultado.

A utilização de UMR possibilitou a superação da barreira geográfica para realização da CO, com facilidade no acesso ao exame com padrão de qualidade dentro das diretrizes nacionais.

A maioria das mulheres atendidas não possuía emprego formal e apresentava renda familiar de até 1 salário mínimo.

O modelo implementado possibilitou a entrega de resultados em tempo hábil com orientação por profissional de saúde treinado.

Foram identificadas barreiras ao programa de rastreamento, entre elas a indisponibilidade da UMR para realização do exame em data alternativa e para exames subsequentes e falhas no acompanhamento dos casos positivos.

Outro fator limitante foi o processo não sistemático de convocação das mulheres

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, mar., 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**: atualização 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/pcdt/rastreamento_cancer_colo_do_uterio/Diretrizes_Brasileiras_Rastreamento_Cancer_Colo_Utero_2016.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SVS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 2018. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- BRINDLE, G. et al. Response to a mobile cervical screening unit in an industrial area of England. **Public Health**, v. 90, n. 4, p. 165-169, 1976.
- CLARKE, E. A.; ANDERSON, T. W. Does screening by “Pap” smears help prevent cervical cancer? A case-control study. **Lancet**, 1979. ii:1-4.
- COSTA, Ricardo F. A. et al. Historical analysis of the brazilian cervical cancer screening program from 2006 to 2013: a time for reflection. **PLOS ONE**, p. 1-11, 2015.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**, v. 136, n. 5, E359-86, 2015.
- FIRMINO-MACHADO, João et al. A 3-step intervention to improve adherence to cervical cancer screening: The SCAN randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, n. 123, p. 250–261, 2019.
- FREITAS, R. A. P. et al. Excessive pap smears due to opportunistic cervical cancer screening. **Eur. J. Gynaecol. Oncol.**, v. 29, n. 5, p. 479-482, 2008.
- GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; SILVA, G. A. e. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.
- GREENWALD, Z. R. et al. Mobile screening units for the early detection of cancer: a systematic. **Rev. Cancer Epidemiol Biomar. Prev.**, v. 26, n. 12, p. 1679-1694, 2017.
- ICO. IARC Information Centre on HPV and Cancer. **Brazil**: human papillomavirus and related cancers, fact sheet 2018 (2018-12-10). Disponível em: https://hpvcentre.net/statistics/reports/BRA_FS.pdf. Acesso em: 25 de abril de 2019.
- ICO/IARC HPV Information Centre. Human papillomavirus and related diseases report: Brazil. Version posted at www.hpvcentre.net on 10 December 2018. Disponível em: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/BRA.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia**. Rio de Janeiro, INCA, 2. ed., 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_completo_manual_citopatologia.pdf. Acesso em 20 de abril de 2019.

- LEES, Brittany F.; ERICKSON, Britt K.; HUH, Warner K. Cervical cancer screening: evidence behind the guidelines. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 214, n. 4, p. 438-443, abr. 2016.
- LORENZI, A. T. et al. Can the careHPV test performed in mobile units replace cytology for screening in rural and remote areas? **Cancer Cytopathol**, 2016.
- MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.
- MAUAD, E. C. et al. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. **Rural Remote Health**, v. 9, n. 3, p. 1241-, 2009.
- MEGEVAND, E. et al. Can cervical cancer be prevented by a see, screen, and treat program? A pilot study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 174, n. 3, p. 923-928, 1996.
- MUÑOZ, N. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. **N. Engl. J. Med.**, n. 348, p. 518-527, 2003.
- NOGUEIRA-RODRIGUES, A. et al. Social disparities and patients' attitudes are associated with lower rates of cervical cancer screening in Brazil: results of EVITA study (LACOG 0215). **J. Clin. Oncol.**, v. 36, n 15 suppl, 2018a.
- NOGUEIRA-RODRIGUES, A. et al. Quality of life in newly diagnosed patients with cervical cancer in Brazil: results of EVITA study (EVA/LACOG 0215). **Ann. Oncol.**, n. 29, (suppl_8): viii332-viii358, 2018b.
- OLGIVIE, G. et al. Optimizing secondary prevention of cervical cancer: Recent advances and future challenges. **Int J Gynecol Obstet** 138 (Suppl. 1):15–19, 2017.
- OLIVEIRA, M. M. H.N. de et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.
- PLOURDE, N. et al. Contextual factors associated with uptake of breast and cervical cancer screening: A systematic review of the literature. **Women Health**, v. 56, n. 8, p. 906-25, 2016.
- POSSATI-RESENDE, J. C. et al. Organized Cervical Cancer Screening Program in Barretos, Brazil: Experience in 18 Municipalities of São Paulo State. **Acta Cytol.**, v. 62, n. 1, p. 19-27, 2018.
- QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **Bmj**, n. 318, p. 904-908, 1999.
- SABATINO, S. A. et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. **Am. J. Prev. Med.**, v. 43, n. 1, p. 97-118, 2012.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Boletim ISA - Capital 2008**, n. 3, 2010: Inquérito de Saúde | Exames Preventivos. São Paulo; CEInfo, 2010, 28 p.
- SASIENI, P.; ADAMS, J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. **Bmj**, n. 318, p. 1244-1245, 1999.
- SCHNIPPEL, K. et al. Cost evaluation of reproductive and primary health care mobile service delivery for women in two rural districts in South Africa. **PLOS ONE**, p 1-13, 2015.
- SILVA, D. S. M. da et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1163-1170, 2014.

- SPENCE, A. R.; GOGGIN, P.; FRANCO, E. L. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. **Preventive medicine**, n. 45, p. 93-106, 2007.
- SWADDIWUDHIPONG, W. et al. A mobile unit: An effective service for cervical cancer screening among rural Thai women. **International J. Epidemiol.**, v. 28, n. 1, p. 35-39, 1999.
- THULER, L. C. S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 216-218, 2008.
- TOMASI, E. et al. 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. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.
- TSU, Vivien; JERÓNIMO, José. Saving the world's women from cervical cancer. **N. Engl. J. Med.**, v. 374, n. 26, p. 2509-2511, 2016.
- VAN DER, A. A. M. A. et al. Mass screening programmes and trends in cervical cancer in Finland and the Netherlands. *International journal of cancer* **J. Internatio. Cancer**, n. 122, p. 1854-1858, 2008.
- WINGO, P. A. et al. Long-term trends in cancer mortality in the United States, 1930-1998. **Cancer**, n. 97, p. 3133-275, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. 2014. 2 ed. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=CFE04A8DC42FF48EE9D62BB2BC1556C8?sequence=1. Acesso em: 25 de fevereiro de 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cervix cancer screening**, v. 10, 2005. Disponível em: <https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/handbook10-cover.pdf>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency of Research on Cancer (IARC). **Manual on the prevention and control of common cancers**. Geneve, 1998. Disponível em: http://www.wpro.who.int/publications/docs/manual_on_the_prevention.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cervical Cancer Screening in Developing Countries. **Report of a WHO consultation**. Geneva, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**, 2. ed. Geneva, 2002.
- WUDTISAN, Jongpeeti et al. Factors associated with development of high-grade squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix in women younger than 30 years. **Asian. Pac. J. Cancer Prev.**, v. 20, n. 4, p. 1031-1036, 2019.
- ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recibo em

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório, especificar: _____
- Outras causas, especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA

- Escamoso
- Glandular
- Metaplástico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatório
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a: Material celular e hipo celular < 10% do esfregaço

Leitura Prejudicada (> 75% do Esfregaço) por Presença de:

- Sangue.
- Pióctos.
- Artéfactos de Dessecamento
- Contaminantes Externos.
- Intensa Superposição Celular.
- Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO
- DO ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**
- Inflamação
- Metaplasia escamosa matúria
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros, especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cóccos
- Sugestivo de Gardnerella sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos spirochetiformes (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos
- Outros, especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:** Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- Glandulares:** Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida:** Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- * Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epitelial invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:** Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS

- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

Data da Leitura:

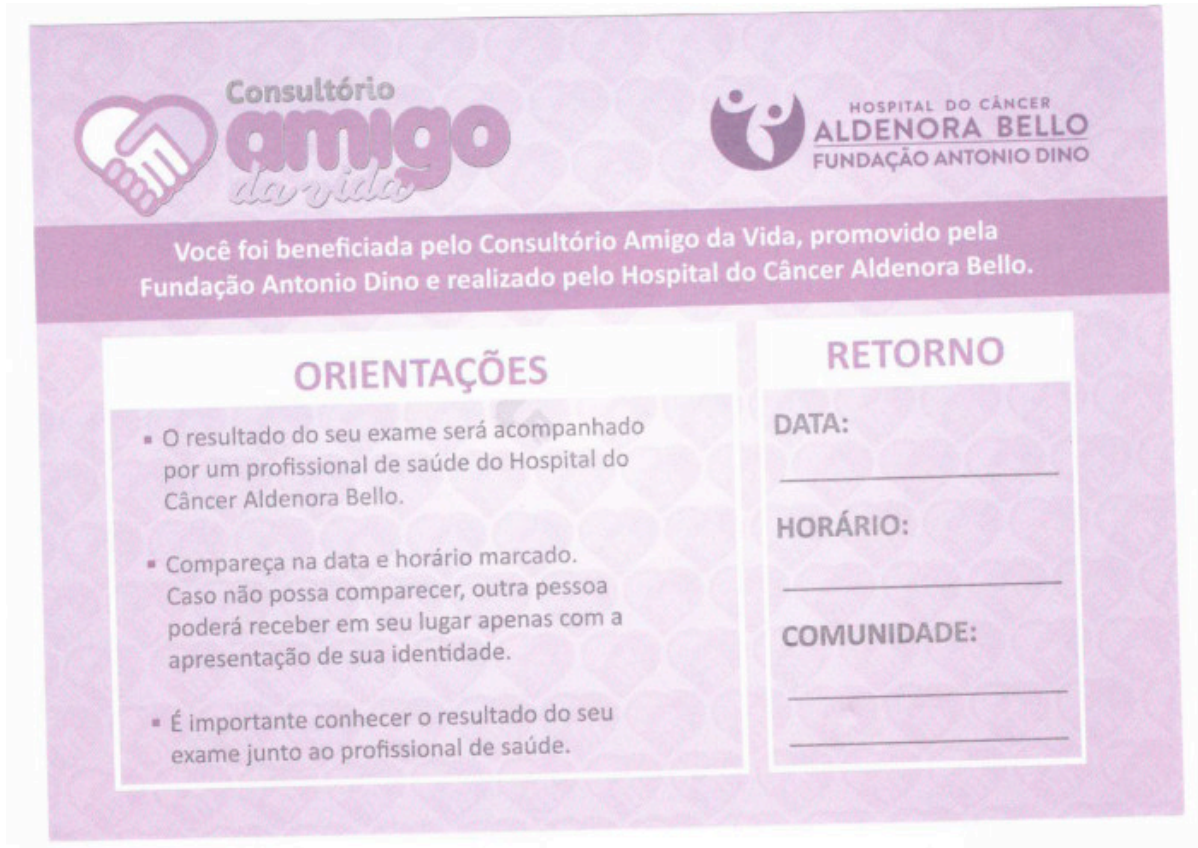
____/____/____

CNPJ (CPF)

____/____/____

ANEXO B

Ficha de orientação para entrega de resultado de exame



Consultório **amigo** da vida

HOSPITAL DO CÂNCER
ALDENORA BELLO
FUNDAÇÃO ANTONIO DINO

Você foi beneficiada pelo Consultório Amigo da Vida, promovido pela Fundação Antonio Dino e realizado pelo Hospital do Câncer Aldenora Bello.

ORIENTAÇÕES	RETORNO
<ul style="list-style-type: none">▪ O resultado do seu exame será acompanhado por um profissional de saúde do Hospital do Câncer Aldenora Bello.▪ Compareça na data e horário marcado. Caso não possa comparecer, outra pessoa poderá receber em seu lugar apenas com a apresentação de sua identidade.▪ É importante conhecer o resultado do seu exame junto ao profissional de saúde.	<p>DATA: _____</p> <p>HORÁRIO: _____</p> <p>COMUNIDADE: _____ _____</p>

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Implementação de um Programa de Rastreamento Móvel do Câncer de Colo do Útero em São Luís, MA”** que está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras Rachel Jorge Dino Cossetti Leal, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Professora Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

O câncer de colo do útero é o câncer mais comum e que mais mata as mulheres no estado do Maranhão. Porém, este câncer pode ser evitado de forma simples através do exame ginecológico preventivo, conhecido como exame de Papanicolau. Este exame permite a detecção de lesões precursoras que poderiam causar o câncer de colo do útero, para que essas lesões sejam tratadas e o câncer evitado. O Ministério da Saúde recomenda que o exame de Papanicolau deve ser realizado inicialmente uma vez por ano por todas as mulheres de 25 e 64 anos de idade para a prevenção e controle do câncer de colo do útero.

O objetivo desta pesquisa é implementar um programa de rastreamento do câncer de colo do útero através da realização do exame preventivo em um consultório móvel que vai até a sua comunidade para facilitar o seu acesso ao exame. Você receberá o resultado do seu exame e, de acordo com esse resultado, será orientada sobre a data para realizar seu próximo exame preventivo ou, caso seja detectada alguma alteração, você será encaminhada para a realização de exames adicionais e/ou tratamento, quando necessário.

Além disso, queremos entender melhor as características das mulheres atendidas. Para isso, elaboramos um questionário específico com perguntas simples sobre sua história ginecológica, seu conhecimento sobre a prevenção do câncer de colo do útero e as dificuldades ou facilidades que você encontra para a realização da prevenção do câncer de colo do útero.

O maior benefício dessa pesquisa é oferecer às mulheres a realização de um exame simples e muito importante para a prevenção do câncer de colo do útero, mas que muitas vezes não é realizado de forma regular devido ao difícil acesso aos serviços de saúde. Com a realização desse exame, temos o objetivo de prevenir e reduzir o número elevado de casos de câncer de colo de útero no Maranhão. Ainda, conhecendo melhor as características das mulheres atendidas, temos o objetivo de melhorar os serviços de saúde oferecido à população.

Os riscos envolvidos em sua participação incluem o desconforto da realização do exame ginecológico, característica inerente ao exame. Além disso, o risco de perda de confidencialidade será minimizado por meio do uso de identificadores não nominais para seus dados e resultados.

Solicitamos a sua colaboração para participar desta pesquisa, responder às perguntas do questionário e submeter-se ao exame preventivo. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e para publicar estes resultados em revistas científicas nacional e/ou internacional. Por ocasião da utilização dos dados da pesquisa, seu nome não será divulgado e sua identidade será mantida em sigilo absoluto. A participação nesta pesquisa traz um pequeno desconforto durante a coleta do material do Papanicolau.

Esclarecemos que a sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Pesquisador Assistente – Rachel Jorge Dino Cossetti Leal, telefone (98) 3089-3000, e-mail: rachelcossetti@gmail.com

Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFMA - Endereço: Hospital Universitário da UFMA - Unidade Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís - MA, CEP 65020-070, 4º Andar, Horário de Funcionamento: 08:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Agradecemos a sua compreensão.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

São Luís, ____ de _____ de _____.

ANEXO D

Instrumento de coleta de dados

PARTE 1: VARIÁVEIS SÓCIO-ECONOMICAS

1. NOME: _____

2. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

3. IDADE: _____ ANOS

4. CIDADE ONDE MORA:

() SÃO LUIS () OUTRA _____

5. BAIRRO ONDE MORA: _____

6. ESTADO CIVIL:

() SOLTEIRA

() VIÚVA

() CASADA / UNIÃO ESTÁVEL

() OUTRO. _____

() DIVORCIADA/SEPARADA

7. QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ NA MESMA CASA: _____

8. ESCOLARIDADE:

() ANALFABETO

() 2° GRAU COMPLETO

() 1° GRAU INCOMPLETO

() 3° GRAU COMPLETO

() 1° GRAU COMPLETO

() PÓS GRADUAÇÃO

9. OCUPAÇÃO:

() ESTÁ EMPREGADA. QUAL

() DONA DE CASA

EMPREGO? _____

() DESEMPREGADA

() ESTUDANTE

() OUTRO _____

10. RENDA FAMILIAR (TODA FAMÍLIA):

() ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO

() 6 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

() 1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS

() > 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

() 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

11. SUA CASA TEM ÁGUA ENCANADA:

() SIM

() NÃO

() NÃO SABE

12. SUA CASA TEM COLETA DE LIXO REGULAR

() SIM

() NÃO

() NÃO SABE

PARTE 2: VARIÁVEIS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- 13. IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO:** _____ ANOS
- 14. IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL:** _____ ANOS
- 15. QUANTOS PARCEIROS SEXUAIS VOCÊ JÁ TEVE:** _____
 NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- 16. IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ:** _____ NÃO SE APLICA
- 17. QUANTOS FILHOS VOCÊ TEM:** _____ NÃO SE APLICA
- 18. TODOS OS FILHOS SÃO DO MESMO PAI?**
 SIM NÃO NÃO SABE NÃO SE APLICA
- 19. NUMERO DE GRAVIDEZES** _____ NÃO SE APLICA
- 20. NUMERO DE PARTOS** _____ NÃO SE APLICA
- 21. TIPO DE PARTO:**
 NORMAL. QUANTOS? _____
 CESARIANA. QUANTOS? _____
 NÃO SE APLICA
- 22. ABORTOS:** _____ NÃO SE APLICA
- 23. TIPO DE ABORTO:** ESPONTÂNEO INDUZIDO NÃO SE APLICA
- 24. USA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL:**
 SIM JÁ USOU, MAS PAROU
 NÃO NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- 25. USA PRESERVATIVO DE BARREIRA (CAMISINHA)?**
 SIM, EM TODAS AS RELAÇÕES SEXUAIS
 SIM, EM ALGUMAS RELAÇÕES SEXUAIS
 NÃO
- 26. USA DIU:** SIM NÃO, MAS JÁ USOU NÃO, NUNCA USOU
- 27. USA HORMÔNIO/REMÉDIO PARA TRATAR A MENOPAUSA:**
 SIM NÃO NÃO SE APLICA/NÃO ESTÁ NA MENOPAUSA
- 28. TEM OU TEVE ALGUM SANGRAMENTO APÓS A MENOPAUSA:**
 SIM NÃO NÃO SE APLICA/NÃO ESTÁ NA MENOPAUSA
- 29. JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL:**
 SIM. QUAL? _____
 NÃO
 NÃO SABE

30. JÁ FEZ TRATAMENTO POR RADIOTERAPIA NA Pelve

SIM NÃO NÃO SABE

PARTE 3: CONHECIMENTOS SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

31. VOCÊ JÁ TINHA OUVIDO FALAR SOBRE O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO?

SIM NÃO NÃO SABE

32. VOCÊ JÁ TINHA OUVIDO FALAR SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO?

SIM NÃO NÃO SABE

33. VOCÊ JÁ FEZ O EXAME PREVENTIVO ALGUMA VEZ:

SIM NÃO NÃO SABE

34. QUANDO VOCÊ FEZ SEU ÚLTIMO EXAME PREVENTIVO? _____**35. VOCÊ ACHA QUE A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO É IMPORTANTE?**

SIM, É MUITO IMPORTANTE NÃO, NÃO É IMPORTANTE

SIM, É UM POUCO IMPORTANTE () NÃO SEI

36. QUAL O OBJETIVO DO EXAME GINECOLÓGICO PREVENTIVO?

DETECTAR LESÕES INICIAIS QUE PODEM SE TORNAR CÂNCER

DIAGNOSTICAR DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DIAGNOSTICAR CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

NÃO SEI

OUTROS

37. COM QUE FREQUENCIA VOCE ACHA QUE DEVE FAZER O EXAME PREVENTIVO?

A CADA 6 MESES SÓ QUANDO ESTOU COM

UMA VEZ POR ANO ALGUMA ALTERAÇÃO/SINTOMA

A CADA DOIS OU TRÊS ANOS () NÃO SEI/VARIADO

38. COM QUE FREQUENCIA VOCE FAZ O EXAME PREVENTIVO?

A CADA 6 MESES

UMA VEZ POR ANO

A CADA DOIS OU TRÊS ANOS

SÓ QUANDO ESTOU COM ALGUMA ALTERAÇÃO/SINTOMA

IRREGULAR

NÃO SEI

39. O QUE LHE IMPEDE DE REALIZAR O EXAME PREVENTIVO?

DIFICULDADE PARA MARCAR O EXAME

FALTA DE TEMPO

FALTA DE CONHECIMENTO/ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR O EXAME

VERGONHA

MEDO DE DESCOBRIR ALGUMA COISA

OUTROS. _____

40. QUAIS OS CUIDADOS QUE VOCÊ ACHA QUE PRECISA TOMAR ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO?

NENHUM

REALIZAR UMA DUCHA VAGINAL

NÃO PODE ESTAR MENSTRUADA

NÃO PODE TER RELAÇÃO SEXUAL ANTES DO EXAME

NÃO PODE APLICAR REMÉDIO NA VAGINA ANTES DO EXAME

OUTROS

NÃO SEI

41. QUANDO VOCÊ FAZ O EXAME PREVENTIVO, O PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE EXPLICA O QUE VAI SER FEITO?

SIM, EXPLICA BEM

NÃO LEMBRO

SIM, MAS NÃO MUITO BEM

NÃO SE APLICA

NÃO, NÃO EXPLICA

42. VOCÊ RECEBEU O RESULTADO DO ÚLTIMO EXAME QUE VOCÊ FEZ?

SIM NÃO NÃO LEMBRO

43. VOCÊ RECEBEU EXPLICAÇÕES SOBRE O RESULTADO DO EXAME?

SIM NÃO NÃO LEMBRO

44. VOCÊ FOI INFORMADO QUANDO DEVERIA FAZER SEU PRÓXIMO EXAME PREVENTIVO? SIM NÃO NÃO LEMBRO

45. O QUE MOTIVOU VOCÊ A PROCURAR ESTE SERVIÇO HOJE:

PRESENÇA DE SINTOMAS

INDICAÇÃO DE UM CONHECIDO

CONVITE PARA PARTICIPAR DA CAMPANHA. QUEM CONVIDOU: _____

CASOS DE CÂNCER NA MINHA FAMÍLIA

- DIVULGAÇÃO EM TELEVISÃO / RÁDIO / JORNAL IMPRESSO
 DIVULGAÇÃO NA INTERNET
 OUTRO

46. VOCÊ APRESENTA ALGUM SINTOMA ATUAL:

- SIM NÃO

47. SE SIM, QUAL SINTOMA:

- DOR NO ATO SEXUAL CORRIMENTO
 SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL DOR PÉLVICA
 OUTROS _____

48. SE SINTOMAS: HÁ QUANTO TEMPO? _____ meses NÃO SE APLICA

49. TEM OU JÁ TEVE ALGUM CASO DE CÂNCER DE ÚTERO NA SUA FAMÍLIA? SIM NÃO NÃO SABE

50. VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE A VACINA CONTRA O HPV?

- SIM NÃO NÃO SABE

51. PARA QUE VOCÊ ACHA QUE SERVE A VACINA CONTRA O HPV?

- SIM. PARA PREVENIR INFECÇÃO PELO HPV
 SIM. PARA PREVENIR CASOS DE CÂNCER
 OUTROS. _____
 NÃO SABE

52. NA SUA FAMÍLIA, TEM MENINAS DE 9 A 14 ANOS?

- SIM NÃO NÃO SEI

53. ELAS JÁ RECEBERAM A VACINA CONTRA O HPV?

- SIM NÃO NÃO SEI

54. SE NÃO RECEBERAM, QUAL O MOTIVO?

- NÃO SABIA QUE DEVIA VACINAR OUTROS. _____
 NÃO TINHA VACINA NO POSTO NÃO SABE
 NÃO TIVE TEMPO PARA LEVAR NÃO SE APLICA
 MEDO DE REAÇÃO DA VACINA
 MEDO DE INICIAR RELAÇÃO SEXUAL APÓS A VACINA

55. NA SUA FAMÍLIA, TEM MENINOS DE 11 A 14 ANOS?

- SIM NÃO NÃO SEI

56. ELES JÁ RECEBERAM A VACINA CONTRA O HPV?

- SIM NÃO NÃO SEI

57. SE NÃO RECEBERAM, QUAL O MOTIVO?

NÃO SABIA QUE DEVIA VACINAR

NÃO TINHA VACINA NO POSTO

NÃO TIVE TEMPO PARA LEVAR

MEDO DE REAÇÃO DA VACINA

MEDO DE INICIAR RELAÇÃO

SEXUAL APÓS A VACINA

OUTROS. _____

NÃO SABE

NÃO SE APLICA

