

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM
ATENÇÃO À SAÚDE**

**ESTUDO DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DO DEPARTAMENTO
REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCA-SP, NOS ANOS DE
2007 E 2008**

**UBERABA(MG)
2010**

MAURÍCIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES

**ESTUDO DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER
DO COLO DO ÚTERO DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE
DE FRANCA-SP, NOS ANOS DE 2007 E 2008**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Apoio: bolsa de estudos modalidade Demanda Social/CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

**UBERABA(MG)
2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil)

Soares, Maurícia Brochado Oliveira
S676e Estudo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo
de Útero do Departamento Regional de Saúde de Franca-SP, nos anos
de 2007 e 2008/ Maurícia Brochado Oliveira Soares. -- 2010
91f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.
Dissertação (mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade
Federal do Triângulo Mineiro; Uberaba(MG), 2010.

1. Colo uterino – Câncer - Prevenção. 2. Ginecologia. 3. Esfregaço
vaginal. 4. Saúde da mulher. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 616.99466

MAURÍCIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES

**ESTUDO DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO
DO ÚTERO DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCA-SP, NOS
ANOS DE 2007 E 2008. UBERABA, 2010**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Apoio: bolsa de estudos modalidade Demanda Social/CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Aprovado em: Uberaba (MG), 07 de julho de 2010.

Prof. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Ana Carolina D’Arelli de Oliveira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Marislei Sanches Panobianco
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

*Dedico este trabalho, com carinho, aos meus pais,
Carmela e Laudemiro, por terem me ensinado a importância da educação.
Ao meu esposo, Claudio, pelo apoio e incentivo.
E, ao meu filho, Lucas, luz da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sueli Riul da Silva, minha querida orientadora, pelo valioso ensino e dedicação. Não me refiro apenas à sua efetiva orientação nesta pesquisa, mas de sua influência sobre a minha formação e atuação profissional.

À Profa. Dra. Ana Carolina D'Arelli de Oliveira, pela seriedade, amizade e sugestões fundamentais para a concretização desta pesquisa.

À Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco, pela disponibilidade e oportunas contribuições a versão final desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Eddie Fernando Candido Murta, pelas sugestões na construção do projeto de pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Atenção à Saúde, pelo aporte técnico e afetivo.

À secretária do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Atenção à Saúde, Cida, pelo auxílio constante.

À secretaria do Curso de Graduação em Enfermagem pelo apoio.

Aos meus colegas mestrandos pelo convívio neste período.

À Flávia, que esteve presente nos momentos alegres e difíceis.

À Diretoria do DRS VIII e aos 22 Secretários Municipais de Saúde, pela autorização na realização deste estudo.

À Secretaria Municipal de Franca/SP, pela concessão dos dados do SISCOLO.

À CAPES, pelo investimento financeiro.

*“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein

RESUMO

SOARES, M. B. O. **Estudo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero do Departamento Regional de Saúde de Franca-SP, nos anos de 2007 e 2008.** 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba(MG), 2010.

Estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, que teve como objetivo estudar os dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII, de Franca/SP, relativos aos anos de 2007 e 2008. Foram estudados os dados de 16 municípios do DRS VIII que contemplavam os critérios para inclusão na pesquisa. O material foi constituído por 28.066 e 27.044 registros de citologias oncóticas, nos anos de 2007 e 2008, respectivamente. Com as informações do SISCOLO foi identificada a razão e cobertura regional de realização do exame de citologia oncótica, entre mulheres de 25 | 59 anos; caracterizada a faixa etária e escolaridade das mulheres, a frequência dos resultados da citologia e a porcentagem de amostras satisfatórias e insatisfatórias. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob protocolo nº 1358/2009. Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel® e os dados transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis: faixa etária, escolaridade, resultados dos exames e qualidade das coletas e, calculada a razão e a cobertura regional de exames de citologia oncótica. Em 2007, a razão e cobertura de exames realizados na faixa etária de 25 | 59 anos foi de 0,16 e 16,4%, respectivamente. Em 2008, houve redução para 0,15 exame/mulher/ano e cobertura de 16,4%. A razão regional está aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. A faixa etária de 25 | 59 anos, considerada prioritária para prevenção do câncer cérvico-uterino, foi responsável por 70,9% e 70,8% das coletas de citologia oncótica, em 2007 e 2008, respectivamente. Entretanto, a faixa etária com maior porcentagem de coletas realizadas foi de 20 | 29 anos. Os dados referentes à escolaridade das mulheres não puderam ser analisados, pois esta informação não estava registrada em 98,6% das análises em 2007 e, 99,8% em 2008. A maioria dos resultados estava dentro dos limites da normalidade (62,3% em 2007 e 59,5% em 2008). Quanto à microbiologia, detectou-se maior porcentagem em categoria inespecífica, definida como “outros” (51,6% em 2007 e 54,0% em 2008). As alterações em células epiteliais escamosas representaram 0,2% e 0,4% dos resultados em 2007 e 2008, respectivamente e, as alterações em células epiteliais glandulares, 0,2% em 2007 e 2008. Concernente à adequabilidade das amostras de citologia oncótica em 2007, 0,6% foram consideradas insatisfatórias e, em 2008, 1,4%, significando aumento de 137,7% no número de amostras insatisfatórias. Após o estudo das informações fornecidas pelo SISCOLO evidencia-se a necessidade de ações que implementem o programa de prevenção de câncer cérvico-uterino do DRS VIII, Franca/SP.

Palavras-chave: Colo uterino-Câncer-Prevenção. Ginecologia. Esfregaço vaginal. Saúde da mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

SOARES, M. B. O. **Study of Data from the Information System of Cervical Uterine Cancer of Regional Health Department of Franca-SP, in the years 2007 and 2008.** 91f. 2010. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba -MG. 2010.

It is a transversal, retrospective study of quantitative approach that aimed at studying the data of Information System of Endometrial Uterine Cancer (SISCOLO), of Regional Health Department VIII (DRS) of Franca/SP, relative to the years 2007 and 2008. It was studied the data of 16 cities of DRS VIII that fulfilled the criteria for inclusion on the research. The material was composed of 28.066 and 27.044 records of oncotic cytology in the years of 2007 and 2008, respectively. With the information of SISCOLO it was identified the proportion and the regional coverage of the oncotic cytology exam among women of 25 to 59 years old; characterized their age range and the school degree, the frequency of the results of cytology and the percentage of satisfactory and unsatisfactory samples. The research was approved by Committee of Ethics in Research of Federal University of Triângulo Mineiro (UFTM), under protocol nb 1358/2009. It was made a worksheet on the Excel® program and the data were transported to the *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 17.0. It was done descriptive analysis of the variables: age range, school degree, results of exams and quality of samples and it was calculated the proportion and the regional coverage of the oncotic cytology exams. In 2007, the proportion and the coverage of the exams done at age range from 25 to 59 years old were of 0.16 and 16.4%, respectively. In 2008, there was a reduction of 0.15 exam/woman/year and the coverage was of 16.4%. The regional proportion is below alleged by Health Ministry. The age range from 25 to 59 considered priority for endometrial uterine cancer prevention was responsible for 70.9% and 70.8% of oncotic cytology of collect samples in 2007 and 2008, respectively. However, the age range with higher percentage of samples collected was from 20 to 29 years old. The data related to school degree could no be analyzed, thus this information was not recorded in 98.6% of the analysis in 2007 and 99.8% in 2008. The most of the results were within the normal thresholds (62.3% in 2007 and 59.5% in 2008). Referring to microbiology, it detected higher percentage of non specific category, defined as 'others' (51.6% in 2007 and 54.0% in 2008). The alterations in epithelial squamous cells represented 0.2% and 0.4% of the results in 2007 and 2008, respectively, and the alterations in gland epithelial cells were of 0.2% in 2007 and 2008. Referring to adequation of oncotic cytology samples in 2007, 0.6% were considered unsatisfactory and, in 2008, 1.4%, meaning an increase of 137.7% in the number of unsatisfactory samples. After the study of the information given by SISCOLO it is remarkable the necessity of actions that implement the program for Endometrial Uterine Cancer Prevention of DRS VIII, Franca/SP.

Key Words: Cervix Uteri-Neoplasms-Prevention. Gynecology. Vaginal smears. Women's health. Nursing.

RESUMEN

SOARES, M. B. O. **Estudio de datos del Sistema de Información del Cáncer Cervicouterino del Departamento Regional de Salud en Franca, Brasil, en los años 2007 y 2008.** 2010. 91f. Tesis (Maestría en Atención a la Salud) - Universidad de Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

Estudio retrospectivo de enfoque cuantitativo, cuyo objetivo fue estudiar los datos del Sistema de Información de Cáncer Cervical (Siscolo), del Departamento Regional de Salud (DRS) VIII, Franca / SP, para los años 2007 y 2008. Se estudiaron datos de 16 condados de la DRS VIII que contemplaban los criterios para su inclusión en el estudio. El material consistió en 28 066 y 27 044 registros de la citología en los años 2007 y 2008, respectivamente. Con las informaciones del Siscolo fue identificada la razón y la cobertura regional del examen de la citología entre mujeres de 25 | 59 años; caracterizada la faja de edad y la escolaridad de las mujeres; la frecuencia de los resultados de la citología y el porcentaje de muestras insatisfactorias y satisfactorias. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Federal de Triángulo Mineiro (UFTM) bajo protocolo en 1358/2009. Fue construida una planilla de cálculo en *Excel®* y los datos transportados al *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versión 17.0. Fue realizada análisis descriptiva de las variables: faja de edad, escolaridad, resultados de los exámenes y la calidad de las colectas y se calculó la razón y la cobertura regional de diagnóstico de la citología. En 2007, la ración y la cobertura de los exámenes en el grupo de edad 25 | 59 años fue de 0,16 y 16,4% respectivamente. En 2008 se redujo a 0,15 examen / mujer / año y una cobertura de 16,4%. La ración regional es inferior a los recomendados por el Ministerio de Salud. El grupo de edad 25 | 59 años, considerado una prioridad para la prevención del cáncer de cuello uterino, representó el 70,9% y 70,8% de las colectas de la citología en 2007 y 2008, respectivamente, sin embargo el grupo de edad con mayor porcentaje de las muestras tomadas fue 20 | 29 años. Los datos sobre la escolarización de las mujeres no pudieron ser analizados debido a que 98,6% en 2007 y 99,8% en 2008 no se registraron. La mayoría de los resultados estuvieron dentro de los límites normales (62,3% en 2007 y 59,5% en 2008). Cuando la microbiología se detectó mayor porcentaje en la categoría no específica que se define como "otros" (51,6% en 2007 y 54,0% en 2008). Las alteraciones en las células epiteliales escamosas representaron el 0,2% y 0,4% de los resultados en 2007 y 2008, respectivamente, y las alteraciones en las células epiteliales glandulares 0,2% en 2007 y 2008. Respecto de la adecuación de las muestras de citología en 2007, el 0,6% se consideraron insatisfactorios y en 2008, un 1,4%, lo que significa un incremento de 137,7% en el número de muestras insatisfactorias. Después de estudiar las informaciones del Siscolo queda evidente la necesidad de adoptar medidas para implementar el programa de prevención del cáncer del cuello útero en la DRS VIII, Franca / SP.

Palabras Clave: Cuello del Útero – Neoplasias – Prevención. Ginecología. Frotis vaginal. Salud de la mujer. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASCUS	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
ASGUS	Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CID - 10	10 ^a Classificação Internacional de Doenças
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
JEC	Junção-escamo-colunar
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UICC	União Internacional Contra o Câncer

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica realizadas nos municípios do DRS VIII, em 2007 e 2008. Uberaba, 2010.....	36
Tabela 2	Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, população feminina por município, razão e cobertura de exames realizados na população feminina de 25 a 59 anos, nos municípios do DRS VIII no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	38
Tabela 3	Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, população feminina por município, razão e cobertura de exames realizados na população feminina de 25 a 59 anos, nos municípios do DRS VIII no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	40
Tabela 4	Distribuição de porcentagens de exames de citologia oncótica realizados, por faixa etária, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	47
Tabela 5	Distribuição de porcentagens de exames de citologia oncótica realizados, por faixa etária, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	48
Tabela 6	Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, por escolaridade da mulher nos municípios do DRS VIII no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	51
Tabela 7	Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, por escolaridade da mulher nos municípios do DRS VIII no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	52
Tabela 8	Distribuição de frequências de resultados normais e de alterações celulares benignas dos exames de citologia oncótica, segundo municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	55
Tabela 9	Distribuição de frequências de resultados normais e de alterações celulares benignas dos exames de citologia oncótica, segundo municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	56
Tabela 10	Distribuição de frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia nos municípios do DRS VIII, ano de 2007. Uberaba, 2010.....	58
Tabela 11	Distribuição de frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	59
Tabela 12	Distribuição de frequências dos resultados segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	64
	Distribuição de frequências dos resultados segundo alterações	

Tabela 13	em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	65
Tabela 14	Distribuição de freqüências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.....	68
Tabela 15	Distribuição de freqüências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.....	69
Tabela 16	Distribuição de freqüências de resultados positivos para atipias celulares escamosas, glandulares e de origem indefinida, segundo faixa etária, DRS VIII, em 2007 e 2008. Uberaba, 2010.	70
Tabela 17	Distribuição de freqüências de adequabilidade dos exames de citologia oncótica dos municípios do DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008. Uberaba, 2010.....	72

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.3	MATERIAL.....	30
3.3.1	Critérios de inclusão.....	31
3.3.2	Critérios de exclusão.....	31
3.4	COLETA DE DADOS.....	32
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	32
3.6	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	33
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5	CONCLUSÃO.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	ANEXOS.....	87
	ANEXO A - REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO.....	87
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	89

1 INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e está diretamente vinculado ao grau de desenvolvimento do país. Sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos. Quase 80% dos novos casos ocorrem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007; WHO, 2007).

O número de novos casos de câncer cérvico-uterino, esperado para o Brasil no ano de 2010, será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Quando não se considera os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais incidente na região Norte, ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, e a terceira posição nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2009). Para o Estado de São Paulo, estima-se uma taxa de 16,22 casos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2007).

Na Regional de Saúde de Franca, em 2007, ocorreram 612 óbitos por neoplasias (capítulo II do Código Internacional de Doenças – CID - 10). Destas, nove (1,74%) eram neoplasias de colo uterino, sendo um óbito na faixa etária de 20 a 29 anos, três de 50 a 59 anos, três de 60 a 69 anos e dois de 70 a 79 anos. Em 2008, ocorreram 674 óbitos por neoplasias (capítulo II do CID - 10). Destas, sete (1,03%) eram neoplasias de colo uterino, sendo um na faixa etária de 40 a 49 anos, dois de 50 a 59 anos, dois de 60 a 69 anos, um de 70 a 79 anos e um de 80 anos e mais (BRASIL, c2008).

Em relação às características do colo uterino, ele é revestido por camadas de células pavimentosas e estratificadas e está exposto a uma série de agentes físicos, químicos e infecciosos, alguns deles associados ao desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, como a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), principal agente etiológico. As lesões iniciais pré-invasivas desenvolvem-se sem nenhuma sintomatologia específica e o seu diagnóstico ocorre, ocasionalmente, na coleta de citologia oncótica (CARVALHO, 2000).

As lesões pré-invasivas são conhecidas como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) e classificadas em graus de malignidade: I (consideradas como baixo grau), II e III (consideradas de alto grau). Se não houver intervenção, a displasia poderá estagnar ou regredir espontaneamente, ou progredir para neoplasia

localizada (carcinoma *in situ*). As NIC I apresentam um maior potencial de regressão em um período de 11 a 43 meses (62% a 70%) e menor potencial de progressão (4,9% a 16%) quando comparada às NIC II e III (45% a 55% de regressão e 30% a 40% de progressão). Aproximadamente 20 a 30% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão em alguns anos para um carcinoma cervical invasor. Ressalta-se que a cura passa a ser progressivamente mais difícil à medida que o crescimento invasivo se espalha (BRASIL, 2008).

A sintomatologia específica do câncer cérvico-uterino só ocorre quando o tumor invade o estroma cervical, provocando ulceração da mucosa, que ocasiona sangramentos, inicialmente como sinusiorragia e, posteriormente, de maneira casual. A mucosa ulcerada propicia o desenvolvimento de infecções bacterianas secundárias, com corrimento aquoso de odor fétido. O câncer propaga-se por contiguidade com os tecidos vizinhos e pela via linfática, ocasionando edema em membros inferiores. Na doença invasiva, os sintomas mais frequentes são a dor na região hipogástrica, corrimento fétido e hemorragias vaginais (CARVALHO, 2000).

Os fatores de risco para o câncer cérvico-uterino, descritos pela literatura, incluem: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, único parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras sexuais, multiparidade, baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, doença sexualmente transmissível (DST), infecção pelo HPV, tabagismo e álcool, obesidade, dieta gordurosa, baixa ingestão de vitamina A e C e radiações ionizantes (WHO, 2009; GERK, 2009; BRASIL, 2008; WHO, 2007; BRASIL, 2002a).

O pico de incidência do câncer cérvico-uterino ocorre entre 40 a 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem situa-se em mulheres com menos de 30 anos (BRASIL, 2002a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece, desde 1992, o HPV como o principal responsável pelo câncer cérvico-uterino. Sua prevalência na população geral de mulheres sexualmente ativas é de 5 a 20%. A maioria das infecções pode passar despercebida. Na forma latente a mulher não apresenta lesões clínicas e a única forma de diagnóstico é a molecular; na infecção subclínica a mulher não apresenta lesões diagnosticáveis a olho nu, mas a inferência da presença do HPV pode ser realizada pela citologia oncótica; e apenas na forma clínica existe lesão visível (condiloma acuminado), que quase não possui potencialidade para o câncer (BRASIL, 2002a).

São conhecidos mais de 100 tipos de HPV. Dentre os relacionados com as lesões intraepiteliais de alto grau de malignidade, estão os números 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59. Em estudo, observou-se que mais de 99% dos casos de câncer podem ser atribuídos ao HPV, sendo os mais frequentes o HPV 16 (50%), HPV 18 (12%), HPV 45 (8%) e o HPV 31 (5%) (BRASIL, 2002a). No Brasil, os tipos de HPV mais frequentemente associados ao câncer cérvico-uterino são os 16 e 18 (RIVOIRE et al., 2001)

O mecanismo de ação do HPV ocorre através da introdução de seu material genético no DNA da célula hospedeira, produzindo mutações que podem progredir para a malignidade. Os tipos de HPV de alto grau de malignidade apresentam proteínas com potencial oncogênico (E6 e E7) que aumentam a probabilidade de transcrição e a capacidade de imortalização das células infectadas. Mas, apenas a expressão gênica não pode induzir o fenótipo tumoral, necessitando assim de alterações adicionais para que as células adquiram um fenótipo maligno (BRASIL, 2008; RIVOIRE et al., 2001).

No âmbito das medidas preventivas, foi aprovada, em janeiro de 2008, a utilização da vacina contra o HPV em alguns países. Testes demonstraram que a vacina é segura e eficaz em prevenir a infecção do HPV 16 e 18, sendo aplicada antes do início da atividade sexual, de preferência entre nove e 13 anos de idade. Não se sabe ao certo o tempo de proteção conferido pela vacina, mas estima-se um prazo de seis anos. Não existem resultados sobre a utilização da vacinação nestes países, mas a OMS refere um potencial impacto na redução das taxas de mortalidade e incidência de câncer cérvico-uterino (WHO, 2007).

No Brasil, a prevenção do câncer cérvico-uterino se insere na atenção à saúde da mulher em 1984, quando o Ministério da Saúde implanta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa tinha como objetivo oferecer ações de saúde dirigidas para o atendimento integral das necessidades de saúde da mulher. Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando assistência clínico-ginecológica, abordagem de problemas desde a adolescência até a terceira idade, prevenção e tratamento de DST, planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, em determinada região (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios as propostas de integralidade e equidade da atenção, descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, paralelamente ao período em que se concebia o arcabouço conceitual do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2004a).

Na década de 90, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) consolida, juntamente com o Ministério da Saúde, sua liderança no controle do câncer, divulgando oficialmente normas e manuais técnicos para o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, além de coordenar campanhas educativas. Neste período estabeleceram-se os elementos essenciais para a elaboração de um programa de rastreamento de câncer cérvico-uterino, sendo eles: definição da população alvo, recursos para garantir alta cobertura e adesão da população, serviços adequados para coleta e posterior análise do material, serviços adequados para diagnóstico e tratamento, sistema de referência e contra referência, assim como sistema de avaliação e monitoramento das ações (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, é importante salientar que a Norma Operacional Básica (NOB 01/96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/01), as quais consolidam o processo de municipalização da gestão do SUS, estabelecem para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, e o acesso às ações de maior complexidade, através da regionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Ressalta-se ainda que, o Pacto de Atenção Básica, em 2006, incluiu como um de seus indicadores a razão entre os exames de citologia oncológica em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. A razão mínima esperada para os municípios é de 0,3 exame/mulher/ano (BRASIL, 2006a). Essa razão variou em 2005, conforme a região do país. A região Norte apresentou a menor razão (0,12), seguida pelas regiões Centro-oeste (0,14), Nordeste (0,17) e Sudeste (0,17). A região Sul apresentou a maior razão (0,19). A média no país foi de 0,17 exame/mulher/ano, valor abaixo da razão mínima esperada (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde implantou, em 1997, o projeto piloto Viva Mulher, em quatro capitais brasileiras (Curitiba, Recife, Rio de Janeiro e Belém) e no Distrito Federal; e devido ao seu êxito, em 1998, através da portaria GM 3.040/98, instituiu-se no país o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCU) – Viva Mulher. O objetivo deste Programa é reduzir os índices de

morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e suas repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres, padronizando ações de baixo custo e fácil execução, que foram implantadas e implementadas nos serviços básicos de saúde (GERK, 2009; BRASIL, 2004b).

Essas ações incluem o rastreamento da população alvo, a coleta de citologia oncológica, tratamento, reabilitação e acompanhamento das mulheres com possíveis resultados alterados, educação e orientações à população em geral.

Em 1998 ocorreu a primeira mobilização nacional para detecção precoce do câncer cérvico-uterino, quando foram colhidos três milhões de exames de citologia oncológica, dos quais 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade. Detectou-se 60 mil exames com algum tipo de alteração, sendo acompanhadas e tratadas 77% das mulheres com câncer e lesões precursoras de alto grau (BRASIL, 2002b).

Neste período criaram-se as coordenações estaduais do Viva Mulher e introduziu-se o *software* Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para melhor gerenciamento das informações, com o intuito de auxiliar a consolidação das ações do PNCCU (BRASIL, 2005).

A segunda mobilização nacional ocorreu em 2002, com o objetivo de captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame de citologia oncológica, na faixa etária de 35 a 49 anos, e repetir o exame naquelas que o fizeram na primeira mobilização. Foram examinadas quase quatro milhões de mulheres (BRASIL, 2002b).

Com o objetivo de aprimorar o SISCOLO na sua vertente tecnológica, e em decorrência da implantação da “Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Preconizadas”, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria com o INCA, desenvolveu em 2006 uma nova versão do *software*. Esta medida visou à estruturação da rede SISCOLO no país com intuito de melhorar o gerenciamento e o acompanhamento da evolução do programa (BRASIL, 2005).

A versão 4.02 apresentou um novo gerenciador de banco de dados, sem limite de número de usuários; adaptação à Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais; uso do Tabwin (programa de tabulação de dados disponível no site do Ministério da Saúde); inclusão dos exames histopatológicos positivos e dos resultados dos exames monitorados no seguimento; criação de associação dos seguimentos, onde as mulheres que repetem os exames alterados podem ser

acompanhadas em um único histórico; descentralização dos dados por regional de saúde; geração do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) com exportação simultânea dos dados, minimizando a perda destes (BRASIL, 2005).

O SISCOLO destaca-se como importante instrumento de avaliação do PNCCU. Por meio dele podem-se obter informações referentes aos exames realizados, a qualidade das coletas e a frequência das lesões pré-neoplásicas e do câncer. O sistema permite a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados, além de fornecer dados para o monitoramento da qualidade dos exames, orientando assim os gerentes estaduais do programa sobre a qualidade dos laboratórios (BRASIL, 2005).

Permite, ainda, emitir laudo citopatológico e histopatológico, emitir relatórios de produção laboratorial por período desejado, e exportar base de dados para a consolidação no nível estadual, pelas coordenações estaduais do PNCCU, e coordenação nacional pelo Ministério da Saúde/DATASUS (BRASIL, 2005).

O SISCOLO é composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório, que registra os dados referentes aos procedimentos de citologia, histologia e monitoramento externo da qualidade, e o módulo coordenação, que registra as informações de seguimento das mulheres que apresentaram resultados alterados (BRASIL, 2006b).

Para o monitoramento externo da qualidade, o SISCOLO, selecionou exames de acordo com os seguintes critérios: todos os laudos alterados, todos os laudos insatisfatórios e um em cada 10 exames com laudo normal onde, então, ocorre a digitação da parte descrita como dados da anamnese e exame clínico (ANEXO A) (BRASIL, 2006c). Dessa forma o laboratório que realizou os exames é monitorado por outro laboratório de referência, que aprimora a qualidade e promove educação continuada com os profissionais envolvidos (BRASIL, 2006b).

A literatura científica fornece informações positivas a respeito da importância do SISCOLO no monitoramento externo da qualidade dos exames de citologia oncológica. Em estudo realizado pelo setor de citologia oncológica da Divisão de Patologia do Instituto Adolfo Lutz/SP, com objetivo de analisar os resultados do monitoramento de qualidade do SISCOLO, verificou-se que este sistema de monitoramento externo atende às expectativas de qualidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MAEDA et al 2004). Através de outro estudo realizado no Estado do Pará, com os dados do SISCOLO, constatou-se que ele é um excelente

instrumento para o monitoramento da qualidade dos exames de citologia oncológica (THULER; ZARDO; ZEFERINO, 2007).

Comparado às outras neoplasias, o câncer cérvico-uterino é altamente prevenível e apresenta duas características importantes: tem evolução lenta; uma célula normal leva em média 10 anos para atingir o estágio de câncer invasivo; e, dispõe de exame de rastreamento tecnicamente simples e eficaz na sua detecção. A citologia oncológica é capaz de detectar o câncer cérvico-uterino na fase inicial, tornando-o curável com medidas relativamente simples. É considerado um exame seguro e de baixo custo (BRASIL, 2008; FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; WHO, 1998).

Há referência de grande variabilidade nas estimativas de sensibilidade e especificidade do exame, com uma média de 58% (variação de 11 a 99%) e 68% (variação de 14 a 97%), respectivamente (FAHEY; IRWIG; MASCASKILL, 1995). No Brasil, especificamente na cidade de São Paulo, no estudo foi demonstrada uma sensibilidade de 97% e especificidade de 82%, sendo o valor preditivo positivo de 81% e o valor preditivo negativo de 97% (BRASIL, 2008). Estes valores apontam a eficiência da citologia oncológica como exame de rastreamento para detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Esse fato é corroborado em estudos nos quais foi demonstrada queda significativa das taxas de incidência e de mortalidade por câncer cérvico-uterino, quando utiliza-se o exame de citologia oncológica como rastreador em programas bem estruturados (HANSELAAR, 2002; VIZCAINO et al., 2000; HAKEMA; LOUHIVOUORI, 1988).

A citologia oncológica é comumente conhecida como papanicolau e pode apresentar outras denominações: exame citológico, exame de lâmina, citologia cervicovaginal ou exame citopatológico. Esse exame foi introduzido por George Papanicolaou e Hebert F. Traut, em 1943, devido ao fácil acesso ao colo uterino e de suas características morfológicas e funcionais, tornando possível a identificação precoce das neoplasias cervicais (SILVEIRA; PESSINI, 2000).

George Papanicolaou elaborou uma nomenclatura para os laudos dos exames, que procurava expressar se as células observadas eram normais ou não, atribuindo-lhes uma classificação. Assim, falava-se em “classes”. A classe I indicava ausência de células anormais; classe II representava uma citologia atípica, mas sem malignidade; classe III indicava citologia sugestiva de malignidade; classe IV

representava citologia fortemente sugestiva de malignidade e classe V, citologia conclusiva de malignidade. Posteriormente, novas nomenclaturas surgiram. O termo displasia foi introduzido na classificação, levando em consideração as alterações histológicas, identificando displasias leves, moderadas e severas. As alterações celulares também ganharam significado importante devido à ação do HPV. Estabeleceu-se o conceito de NIC, dividida em três graus, que se mantêm para os diagnósticos histológicos (BRASIL, 2006d).

Atualmente, a classificação citológica do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, Estados Unidos. Essa classificação incorpora vários conceitos: o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV; divisão das lesões intra-epiteliais em baixo e alto grau, considerando a possibilidade de evolução para neoplasia invasora; e a introdução da análise da qualidade do esfregaço (BRASIL, 2006d).

Quanto à adequabilidade da coleta da citologia oncológica, a amostra é classificada em satisfatória e insatisfatória. A amostra deve conter o epitélio escamoso, glandular e metaplásico. A presença de células representativas da junção escamo-colunar (JEC) tem sido indicador da qualidade da amostra, pois é o local onde se origina a quase totalidade dos cânceres do colo uterino (BRASIL, 2006d).

O monitoramento da qualidade das citologias oncológicas é realizado através da proporção de amostras insatisfatórias, onde elevadas proporções sugerem problemas na coleta e conservação do material. O laboratório também realiza o monitoramento interno da qualidade através de um método estabelecido por este, que permita o controle da qualidade dos exames realizados (BRASIL, 2006b).

Ressalta-se que existe a possibilidade de resultados falso-negativos, que variam de 2 a 62%, sendo as causas principais erros na coleta do material, no escrutínio do esfregaço ou na interpretação dos diagnósticos (MITCHELL; MEDLEY, 1995). É importante preocupar-se com a qualidade da citologia oncológica, pois não diagnosticar uma lesão, no caso de um esfregaço falso-negativo, é um resultado desastroso, tanto para a mulher quanto para os custos dos serviços públicos de saúde (HOWELL et al., 1997).

Em relação aos resultados dos laudos citopatológicos, o Ministério da Saúde, em conjunto com o INCA, padronizou as condutas dos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2006d):

- ✓ dentro dos limites da normalidade, no material examinado: diagnóstico normal. A conduta é manter a mulher na rotina padronizada de rastreamento;
- ✓ inflamação sem identificação de agente: presença de alterações epiteliais pela ação de agentes físicos ou químicos. Como conduta, o profissional de saúde deve encaminhar a mulher para exame ginecológico se houver queixa clínica, e seguir a rotina de rastreamento;
- ✓ metaplasia escamosa imatura: epitélio com inflamação e susceptível a ação de agentes microbianos como HPV. Como conduta, deve-se manter a mulher na rotina de rastreamento;
- ✓ reparação: fase final do processo inflamatório; o epitélio continua vulnerável a ação de agentes microbianos. A conduta é manter a mulher na rotina de rastreamento;
- ✓ atrofia com inflamação: a conduta é avaliar a sintomatologia e, se necessário, encaminhar a mulher para consulta ginecológica para possível utilização de creme vaginal contendo estrogênios. A mulher deve ser mantida na rotina de rastreamento;
- ✓ achados microbiológicos como *Lactobacillus sp*; cocos e outros bacilos: são achados normais e não caracterizam infecções. Como conduta, encaminhar a mulher com sintomatologia para avaliação ginecológica e seguir a rotina de rastreamento;
- ✓ inflamação com identificação de agente: presença de agentes microbiológicos que, quando associados às queixas, merecem tratamento específico. Como conduta, encaminhar a mulher para consulta ginecológica e seguir a rotina de rastreamento;
- ✓ células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), possivelmente não neoplásicas. A conduta preconizada é que a mulher deve repetir a citologia em seis meses e avaliar o resultado. Se necessário, encaminhar para colposcopia e biópsia, visto que, aproximadamente, 5 a 17% das mulheres no exame histológico

apresentam diagnóstico de neoplasia intra-epitelial II e III, demonstrando baixo risco de lesões mais avançadas;

- ✓ células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau de malignidade. Como conduta, encaminhar a mulher para colposcopia, e, se necessário, biópsia; visto que o risco de lesão de alto grau (NIC II e III) subjacente é elevado, sendo em torno de 24 a 94%;
- ✓ células glandulares atípicas de significado indeterminado (ASGUS), tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau de malignidade. A conduta é encaminhar a mulher para colposcopia, e, se necessário biópsia; tendo em vista que, no exame histopatológico as mulheres apresentam diagnóstico de NIC II e III em 9 a 54% dos casos, adenocarcinoma *in situ* de 0 a 8% e, adenocarcinoma invasor ,de 1 a 9% dos casos;
- ✓ células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, quando não se pode afastar lesão de alto grau de malignidade: essa categoria é rara. Ocorre quando não se pode estabelecer com clareza a origem das células atípicas. Como conduta, encaminhar a mulher para colposcopia e, se necessário, biópsia;
- ✓ lesão intraepitelial de baixo grau (NIC I): a conduta preconizada é que a mulher deve repetir a citologia em seis meses, pois estudos demonstram regressão espontânea das lesões na maioria destas. Se a citologia for negativa em dois exames consecutivos, seguir a rotina de rastreamento; se for positiva, encaminhar para colposcopia e biópsia;
- ✓ lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e III): a conduta inicial é encaminhar a mulher para colposcopia e biópsia, tendo em vista que, aproximadamente, 70 a 75% das mulheres apresentam confirmação histopatológica de NIC II e III, e 1 a 2% terão diagnóstico de carcinoma invasor;
- ✓ adenocarcinoma *in situ*/invasor: como conduta inicial, encaminhar a mulher para colposcopia e biópsia. Aproximadamente 48 a 69% das mulheres apresentam confirmação histopatológica de adenocarcinoma e, dessas, 38% apresentam laudo de adenocarcinoma invasor;

- ✓ lesão de alto grau de malignidade, não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor: como conduta inicial, encaminhar para colposcopia.

A coleta do material para o exame de citologia oncótica é realizada na consulta ginecológica com médico ou enfermeiro. Consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada porque apresenta baixa qualidade para o diagnóstico oncológico (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2002a).

Antes da realização do exame, o profissional deve preparar e separar todo o material necessário para coleta: camisola para a mulher, luvas, espéculos de tamanhos pequeno, médio e grande, pinça de Chevron, espátula de Ayre, escovinha tipo Campos-da-Paz, lâmina de vidro com extremidade fosca, frasco porta-lâmina ou caixa para transporte, solução fixadora, gaze, fita adesiva para identificação do frasco, requisição do exame citológico (ANEXO A), lápis grafite e lençol, de preferência descartável (BRASIL, 2008). O profissional deverá proceder à consulta ginecológica realizando a anamnese, investigando possíveis fatores de risco para câncer cérvico-uterino, preencher a requisição do exame e identificar a lâmina e o frasco.

Para a realização do exame, colocar a mulher em posição ginecológica, utilizando o lençol para cobri-la, ajustar o foco de luz e calçar as luvas. Expor somente a região a ser examinada e observar as características e aspecto dos órgãos genitais externos. Escolher o tamanho ideal do espéculo de acordo com as características perineais da mulher. Introduzir o espéculo em posição vertical e ligeiramente inclinado, sem a utilização de lubrificantes, expor o colo uterino abrindo o espéculo lentamente e proceder a inspeção visual do colo e paredes vaginais. Para a coleta do material da ectocérvice utilizar a parte da espátula de Ayre que apresenta reentrância, encaixando a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo e realizar movimento rotativo de 360 graus. Estender o material da ectocérvice de maneira uniforme, no sentido transversal, na metade superior da lâmina de vidro, com a parte fosca previamente identificada. Para a coleta do material endocervical deve-se introduzir a escovinha tipo Campos-da-Paz no canal cervical, girando-a 360 graus. Colocar o material na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal, de maneira uniforme. Proceder à fixação imediatamente após a coleta para evitar o dessecamento do material. Recomenda-se o polietilenoglicol em

gotas, o álcool a 96% ou o propinilglicol em spray. Fechar e retirar o espéculo delicadamente (BRASIL, 2008; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2002a).

Para a obtenção de uma amostra de qualidade é importante estabelecer condições ideais através de orientações à mulher, prévias à realização da coleta, como: não estar menstruada (preferencialmente aguardar o quinto dia após o término da menstruação); não utilizar cremes ou pomadas vaginais, nem submeter-se a exames intravaginais 48 horas antes do exame; não ter relação sexual 24 horas antes do exame. A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual não é impedimento para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa (BRASIL, 2004c).

Em relação à periodicidade de realização da citologia oncótica, o Ministério da Saúde, desde 1988, preconiza dois exames negativos consecutivos anuais e um novo exame realizado a cada três anos. Para fundamentar esta orientação, o Ministério da Saúde baseou-se na avaliação de vários programas de rastreamento, realizada por especialistas da União Internacional Contra o Câncer (UICC), os quais concluíram que programas de rastreamento anual não apresentam grandes vantagens em relação a programas que realizam rastreamento a cada três anos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006b).

Esse fato pode ser verificado em estudo envolvendo oito países da Europa e América do Norte, com mulheres com idade de 35 a 64 anos, onde se verificou que a redução na taxa cumulativa de incidência do câncer invasor era muito similar quando o intervalo entre os exames era anual (93,5%) ou trienal (90,8%) (WHO, 1986).

Apesar da reconhecida importância da citologia oncótica, percebe-se que existe falta de adesão na realização do mesmo pela população feminina. Esse fato deve-se a fatores como o desconhecimento do próprio corpo, do exame e da sua realização, dificuldade de acesso ao exame, e outros de ordem pessoal (PINHO et al., 2003). Assim, concebe-se que esse comportamento esteja relacionado ao fato de tratar-se de um procedimento que requer a exposição e manipulação da genitália feminina.

Em relação à faixa etária das mulheres que realizam a citologia oncótica no Brasil, percebeu-se que a maioria dos exames é realizada em mulheres com menos de 35 anos, o que subaproveita o sistema de saúde, considerando a faixa etária prioritária de 35 a 49 anos. Isto ocorre, provavelmente por coincidir com a procura do

serviço de saúde por cuidados referentes ao período fértil (BRASIL, 2002a). Acredita-se, também, que estas mulheres dispõem de valores menos restritivos em relação à sexualidade e, conseqüentemente, à manipulação do corpo, quando comparadas às mulheres de faixas etárias mais avançadas.

Outra característica importante para a eficiência do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino e, conseqüentemente, diminuição da morbimortalidade, é a cobertura de 80% da população alvo, que no Brasil são as mulheres com vida sexual ativa entre 25 e 59 anos de idade. Não se conhece com exatidão o número de mulheres examinadas no Brasil, mas estima-se uma cobertura que varia de 43% a 92,9% dependendo da região (BRASIL, 2006a).

Especificamente no município de São Paulo, constatou-se, através de um inquérito epidemiológico realizado com mulheres de 15 a 49 anos, uma cobertura trienal de 77,3% (PINHO et al., 2003).

Evidências de maior efetividade de programas de rastreamento resultaram da comparação das tendências de mortalidade entre cinco países nórdicos com alto nível de atenção à saúde, no período de 1963 a 1967, mas com estratégias diferentes de rastreamento do câncer cérvico-uterino. Em 15 anos a redução nas taxas de mortalidade por este câncer foi diretamente proporcional à cobertura alcançada. O declínio da taxa de mortalidade na faixa etária de 40 a 49 anos na Islândia, Finlândia e Suécia, que alcançaram cobertura superior a 70%, foi de 77%, 77% e 63% respectivamente. A redução foi menor na Dinamarca (53%) e na Noruega (23%), onde a cobertura do rastreamento na população com idade de 25 a 60 anos era de 35% e 3% respectivamente (EACP, 1993)

Para a eficácia de um programa de prevenção de câncer cérvico-uterino outros fatores também são importantes, como: prestação de serviços adequados, definição de população-alvo e capacitação da comunidade de maneira responsável e consistente (DIÓGENES; REZENDE; PASSOS, 2001).

Neste contexto, identificar a faixa etária e escolaridade da população feminina submetida ao exame de citologia oncótica, o número total de exames realizados e seus resultados, em um determinado espaço geográfico e num determinado tempo, é salutar na medida em que possibilita a elaboração de políticas públicas voltadas para a realidade local.

Assim, o desenvolvimento deste estudo considerou a vivência na rede pública municipal de saúde, pertencente ao Departamento Regional de Saúde VIII

de Franca/SP, onde se atua há oito anos no programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino, com o intuito de criar subsídios para o estabelecimento de ações adequadas para possíveis melhorias das Políticas Públicas de Saúde da regional e, mais especificamente, para a redução da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Conhecer os dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca/SP, nos anos de 2007 e 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a razão e cobertura dos exames de citologia oncótica realizados e a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, em 2007 e 2008, nos municípios do DRS VIII de Franca/SP;
- ✓ caracterizar a faixa etária e escolaridade da população feminina submetida ao exame de citologia oncótica, em 2007 e 2008, nos municípios do DRS VIII de Franca/SP;
- ✓ identificar a frequência dos resultados dos exames de citologia oncótica coletados em 2007 e 2008, nos municípios do DRS VIII de Franca/SP;
- ✓ identificar a porcentagem de amostras satisfatórias e insatisfatórias em 2007 e 2008, nos municípios do DRS VIII de Franca/SP.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O Estado de São Paulo é dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de acordo com as especificidades de cada região. O local escolhido para realização do presente estudo é a área de abrangência do DRS VIII, sendo sua sede situada na cidade de Franca, que está localizada no nordeste do Estado de São Paulo, a 400 km da capital e possui uma área de 607,3 Km².



Figura 1 - Mapa dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. **Fonte:** GOVERNO...(2007).

O DRS VIII consta de 22 municípios, sendo eles, com seu respectivo número de habitantes: Aramina (5.375), Buritizal (3.949), Cristais Paulista (7.485), Franca (342.312), Guará (21.251), Igarapava (29.274), Ipuã (15.633), Itirapuã (5.841), Ituverava (39.833), Jeriquara (3.438), Miguelópolis (20.955), Morro Agudo (28.923), Nuporanga (6.748), Orilândia (38.960), Patrocínio Paulista (13.123), Pedregulho (16.143), Restinga (6.710), Ribeirão Corrente (4.623), Rifaina (3.775), Sales Oliveira (8.319), São Joaquim da Barra (46.452), São José da Bela Vista (8.798). Totaliza uma população de 677.920 habitantes (SEADE, 2010).

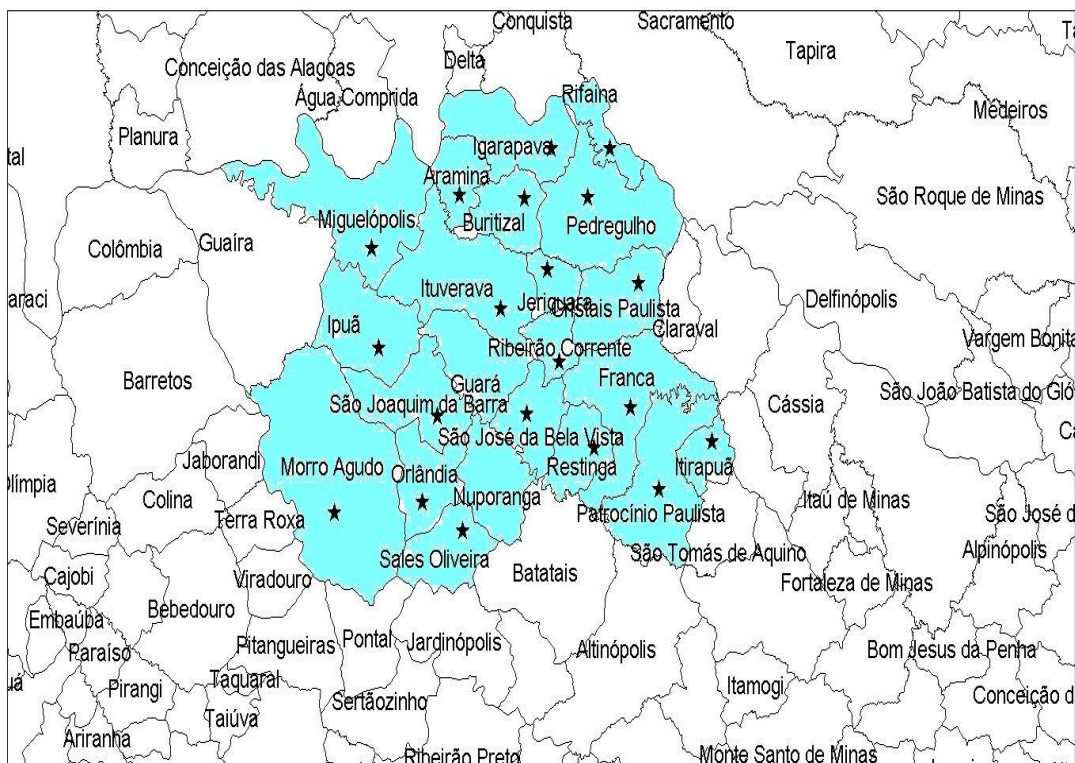


Figura 2 - Mapa dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VIII de Franca/SP. Fonte: Adaptação da Autora conforme as Bases Cartográficas do IBGE, (2010).

3.3 MATERIAL

O material de estudo constitui-se dos dados em formato eletrônico, referentes aos exames coletados na rede pública municipal dos municípios do DRS VIII – Franca/SP e analisados no Laboratório Municipal de Citologia de Franca. Foi

obtido um total de 28.066 e 27.044 exames coletados e analisados nos anos de 2007 e 2008, respectivamente.

3.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Município que faz parte do DRS VIII – Franca/SP e utilizou o banco de dados do SISCOLO desta regional nos anos de 2007 e 2008.
- ✓ Município que autorizou a realização da pesquisa.

Sendo assim, fizeram parte do estudo os municípios de Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista, totalizando 16 municípios.

3.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Município que, apesar de pertencer à Regional de Saúde VIII de Franca, não utilizou o banco de dados do SISCOLO desta regional nos anos de 2007 e 2008.

Foram excluídos os seguintes municípios: Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra que, apesar de autorizarem a realização do estudo, não constavam do banco de dados do SISCOLO do DRS VIII de Franca. Estes municípios encaminharam suas citologias para outro laboratório credenciado pelo SUS.

3.4 COLETA DE DADOS

Após receber as autorizações dos secretários municipais de saúde, do DRS VIII e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se a coleta de dados pelas pesquisadoras em outubro de 2009 através de visita à Secretaria Municipal de Saúde de Franca/SP, onde recebeu-se o banco de dados com as informações mensais do SISCOLO no *software* Excel®.

O Laboratório Municipal de Citologia de Franca analisa os exames de citologia oncológica de todos os municípios do DRS VIII e encaminha mensalmente as informações para a Secretaria Municipal de Saúde de Franca, que consolida e exporta os dados para a Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Foram consideradas as variáveis: faixa etária, escolaridade, resultados dos exames e adequabilidade das amostras.

A idade foi categorizada em faixa etária, de forma quinquenal: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 e 80 anos e mais.

A escolaridade foi categorizada de acordo com a padronização específica do SISCOLO em: branco/ignorada, analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo e 3º grau completo. Mas para fins de análise, utilizou-se apenas duas categorias; dados de escolaridade em branco/ignorado e dados registrados nas categorias: analfabeta, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo e 3º grau completo.

Os resultados dos exames foram categorizados de acordo com a classificação do SISCOLO, em normal e alterações celulares benignas que inclui: inflamação, metaplasia, reparação, atrofia e outros. A categoria “outros” inclui as associações entre inflamação e atrofia, inflamação e metaplasia, presença de sangue, entre outras.

Em relação à análise microbiológica dos exames, os resultados foram classificados em: lactobacilos, cocos, bacilos cocóides, clamídia, actinomyces, *candida*, *trichomonas vaginalis*, herpes, *gardnerella vaginalis* e outros. Na análise do banco SISCOLO, a categoria “outros” inclui estes mesmos agentes descritos acima, apesar de possuírem colunas específicas e, também flora inespecífica e flora mista.

Os resultados considerados alterados foram categorizados em atipias de células epiteliais escamosas, atipias de células epiteliais glandulares e atipias de origem indefinida. A primeira classificação inclui: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), que podem ser “possivelmente não neoplásico” ou “não se pode afastar lesão de alto grau”; lesão intraepitelial de baixo grau; lesão intraepitelial de alto grau; lesão intraepitelial de alto grau onde não se pode excluir microinvasão, e carcinoma. A segunda classificação inclui: células glandulares atípicas de significado indeterminado (ASGUS), que podem ser “possivelmente não neoplásico” ou “não se pode afastar lesão de alto grau”, e adenocarcinoma. A terceira classificação pode ser “possivelmente não neoplásico” ou “não se pode afastar lesão de alto grau”.

A adequabilidade da amostra de citologia oncológica foi classificada em satisfatória e insatisfatória, conforme pré-definição pelo SISCOLO. Amostra satisfatória é aquela que apresenta células em quantidade representativa, com distribuição uniforme, fixadas e coradas de modo que a visualização permita uma conclusão diagnóstica, e amostra insatisfatória é aquela cuja leitura esteja prejudicada por razões técnicas, como material acelular ou hipocelular em < 10% do esfregaço, ou pela leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos, intensa superposição celular ou outros (BRASIL, 2006d).

3.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados de interesse foram compilados no *software* Excel®, utilizando sua planilha eletrônica para armazenamento. Para análise estatística foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0.

Para alcance do primeiro objetivo específico, procedeu-se da seguinte forma: utilizou-se o número da população feminina por município, apresentados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) nos anos de 2007 e 2008, pois esta fundação fornece informações da população feminina por faixa etária quinquenal, fundamental para o cálculo da razão;

- ✓ Para a obtenção da razão utilizou-se como referência o Pacto de Atenção à Saúde, que estabelece como um de seus indicadores a razão entre os exames de papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária (BRASIL, 2006a). Assim, dividiu-se o número de citologia oncótica realizada por mulheres de 25 a 59 anos em determinado município/ano, pelo número total de mulheres (SEADE) nesta faixa etária por município/ano;
- ✓ A cobertura foi obtida através da divisão do número de exames de citologia oncótica, realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado município/ano, pela população feminina (SEADE) de 25 a 59 anos no mesmo município/ano, multiplicado por 100.

Para o alcance do segundo, terceiro e quarto objetivos específicos analisou-se os dados de modo descritivo, a partir de distribuição de frequências absolutas e relativas para caracterização da população segundo suas variáveis (faixa etária e escolaridade), dos resultados dos exames de citologia oncótica e da adequabilidade das amostras.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas. Acrescentou-se que os valores percentuais apresentados a seguir foram aproximados para um decimal.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram considerados os aspectos éticos apontados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e da coletividade os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maledicência, beneficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (CONSELHO..., 1996).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, sob protocolo número 1358/2009 (ANEXO B). Foi solicitada autorização junto aos 22 secretários municipais de saúde. Não foi solicitado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das usuárias que realizaram o exame de citologia oncótica na rede pública municipal por entender que este seria inoportuno, podendo causar desconfiança e apreensão por parte das mulheres.

Os resultados serão apresentados em forma de relatório, ao Departamento Regional de Saúde VIII de Franca/SP e seus municípios e divulgados em periódicos e eventos científicos da área.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos anos de 2007 e 2008 foram realizados, respectivamente, 28.066 e 27.044 exames de citologia oncótica, nas Redes Públicas Municipais de 16 municípios do DRS VIII de Franca/SP, que utilizavam o banco de dados do SISCOLO desta regional. Na Tabela 1, observa-se as frequências dos exames por município nos anos de 2007 e 2008.

Tabela 1 - Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica realizadas nos municípios do DRS VIII, em 2007 e 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Ano 2007		Ano 2008	
	Nº	%	Nº	%
Aramina	163	0,6	23	0,1
Buritizal	331	1,2	321	1,2
Cristais Paulista	510	1,8	516	1,9
Franca	17.862	63,6	17.261	63,8
Guará	949	3,4	1.112	4,1
Igarapava	1.565	5,6	1.703	6,3
Itirapuã	273	1,0	214	0,8
Ituverava	2.286	8,1	2.322	8,6
Jeriquara	375	1,3	445	1,6
Miguelópolis	573	2,0	77	0,3
Patrocínio Paulista	977	3,5	937	3,5
Pedregulho	778	2,8	1.104	4,1
Restinga	484	1,7	288	1,1
Ribeirão Corrente	430	1,5	259	1,0
Rifaina	169	0,6	164	0,6
São José Bela Vista	341	1,2	298	1,1
DRS VIII	28.066	100,0	27.044	100,0

Nessa pesquisa não se tinha por objetivo avaliar tendência do número de exames realizados entre os anos estudados. Mas, verificando a Tabela 1, observou-se que o número total de exames de citologia oncótica realizadas pelo DRS diminuiu, sendo 1.023 (3,65%) exames a menos realizados em 2008, em comparação à 2007. Apenas seis municípios (37,5%) apresentaram aumento no

número absoluto de coletas de citologia oncótica de 2007 para 2008, que são: Cristais Paulista, Guará, Igarapava, Ituverava, Jeriquara e Pedregulho.

Ainda analisando a Tabela 1, observou-se que 10 municípios (62,5%) apresentaram redução do número absoluto de exames realizados, sendo que Aramina e Miguelópolis passaram a realizar, em 2008, 14,1% e 13,4% a menos de exames do que no ano anterior, respectivamente.

O município de Franca foi responsável pela realização de 63,6% e 63,8% dos exames em 2007 e 2008, respectivamente, na Tabela 1, o que se justifica por apresentar um número de mulheres residentes muito superior aos outros municípios, seguido por Ituverava e Igarapava.

A análise e acompanhamento do número de exames realizados anualmente é uma forma de avaliação do Programa Municipal de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino e, através desta, o município pode modificar ou implementar as suas ações de saúde voltadas para o objetivo de diminuir a morbimortalidade por este tipo de câncer.

Através de estudo realizado em município com população de 450 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro, com profissionais de saúde e mulheres que utilizavam o serviço público de saúde, analisando a condição marcadora “câncer cérvico-uterino” como mecanismo de avaliação da Atenção Básica à Saúde, demonstrou-se que este marcador possibilita a inferência da qualidade da atenção à saúde porque avalia conceitos como acessibilidade, cobertura, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade (BOTTARI; VASCONCELOS; MENDONÇA, 2008).

A acessibilidade ao exame de citologia oncótica é um dos fatores que deve ser analisado, porque pode refletir diretamente no aumento ou diminuição do número de exames realizados. O serviço de saúde deve possuir recursos físicos, materiais e humanos para a realização da coleta, transporte e análise do material para exame de citologia oncótica e a disponibilização do laudo da citologia. Os dados fornecidos pelo SISCOLO não permitem a análise direta destes fatores, mas pode-se discutir de forma indireta alguns destes aspectos.

Nas Tabelas 2 e 3 observam-se a razão e a cobertura de exames de citologia oncótica realizados e a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, nos anos de 2007 e 2008, nos municípios do DRS VIII de Franca/SP. Percebe-se

uma diminuição da razão e da cobertura total de exames de citologia oncótica, do ano de 2007 para o ano de 2008.

Tabela 2 – Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, população feminina por município, razão e cobertura de exames realizados na população feminina de 25 a 59 anos, nos municípios do DRS VIII no ano de 2007. Uberaba, 2010.

Município	Exames N ^o	População N ^o	Razão	Cobertura %
Aramina	113	1.275	0,09	8,9
Buritizal	233	929	0,25	25,1
Cristais Paulista	362	1.580	0,23	22,9
Franca	12.736	77.511	0,16	16,4
Guará	647	4.755	0,14	13,6
Igarapava	1.061	6.907	0,15	15,4
Itirapuã	210	1.221	0,17	17,2
Ituverava	1.558	9.514	0,16	16,4
Jeriquara	270	721	0,37	37,5
Miguelópolis	412	4.882	0,08	8,4
Patrocínio Paulista	679	2.868	0,24	23,7
Pedregulho	545	3.528	0,15	15,5
Restinga	326	1.399	0,23	23,3
Ribeirão Corrente	302	939	0,32	32,1
Rifaina	137	902	0,15	15,2
São José Bela Vista	242	1.848	0,13	13,1
DRS VIII	19.833	120.779	0,16	16,4

No ano de 2007, a razão variou de 0,08 a 0,37 exame/mulher/ano, sendo a média do DRS 0,16 exame/mulher/ano. Em 2008, a razão variou de 0,01 a 0,38, sendo a média 0,15 exame/mulher/ano.

Segundo os indicadores do Pacto de Atenção Básica, a razão mínima esperada para a realização de exame de citologia oncótica é de 0,30 exames por mulher, entre 25 e 59 anos, por ano. Ao analisar as médias das regiões do Brasil, percebeu-se que todas são inferiores àquela estabelecida. A média nacional e da região Sudeste, em 2006, foi de 0,17 exame/mulher/ano (BRASIL, 2006a), média superior àquela encontrada por esta pesquisa (0,16) no DRS VIII – Franca/SP.

Ao observar os dados dos municípios de forma individual na Tabela 2, destaca-se que no ano de 2007 os municípios de Jeriquara (0,37) e Ribeirão Corrente (0,32) apresentaram valores muito superiores a outros municípios como Buritizal (0,25), Cristais Paulista (0,23), Patrocínio Paulista (0,24) e Restinga (0,23), com valores superiores ao DRS VIII (0,16), à região Sudeste e à média nacional (0,17). Dessa forma, estes municípios se destacam em nível nacional.

Por outro lado, pode-se verificar na Tabela 2, valores extremamente baixos, como nos municípios de Aramina (0,09) e Miguelópolis (0,08). Estes dados indicam a necessidade de uma análise mais específica do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino municipal, tendo em vista a importância da realização do exame de citologia oncológica para a prevenção desse tipo de câncer.

Na Tabela 3, referente ao ano de 2008, destaca-se novamente o município de Jeriquara, com razão de 0,38 exame/mulher/ano e, também, os municípios de Buritizal (0,23), Cristais Paulista (0,21), Patrocínio Paulista (0,21), Pedregulho (0,22) e Ribeirão Corrente (0,19), com valores superiores às médias do DRS, da região Sudeste e da média nacional.

Em estudo realizado com mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, residentes em 850 municípios do Estado de Minas Gerais, através dos dados registrados pelo DATASUS, verificou-se uma razão que variou de 0,21 a 0,34 exames/mulher/ano (FEITOSA; ALMEIDA, 2007).

Novamente, em 2008, Aramina e Miguelópolis, apresentaram valores extremamente inferiores (0,01) às dos outros municípios do DRS e aos encontrados na literatura. Estes municípios devem considerar a possibilidade de readequação do Programa Municipal de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino, através de modificações e implementações em suas ações, mobilizando a população alvo, realizando busca ativa e atividades educativas à população.

Concernente à cobertura anual de realização de exame de citologia oncológica, percebe-se também, nas Tabelas 2 e 3, grande variabilidade destas porcentagens. Em 2007, a cobertura variou de 8,4% a 37,5% e média de 16,4%; em 2008 variou de 1,1% a 38,5%, com média de 15,1%, apresentando uma diminuição na média da cobertura anual.

Tabela 3 – Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, população feminina por município, razão e cobertura de exames realizados na população feminina de 25 a 59 anos, nos municípios do DRS VIII no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Município	Exames N ^o	População N ^o	Razão	Cobertura %
Aramina	18	1.306	0,01	1,4
Buritizal	218	946	0,23	23,0
Cristais Paulista	341	1.627	0,21	21,0
Franca	12.479	82.500	0,15	15,1
Guará	798	4.859	0,16	16,4
Igarapava	1.065	7.058	0,15	15,1
Itirapuã	159	1.244	0,13	12,8
Ituverava	1.598	9.686	0,16	16,5
Jeriquara	283	735	0,38	38,5
Miguelópolis	57	4.967	0,01	1,1
Patrocínio Paulista	631	2.940	0,21	21,5
Pedregulho	785	3.591	0,22	21,9
Restinga	191	1.447	0,13	13,2
Ribeirão Corrente	181	968	0,19	18,7
Rifaina	124	931	0,13	13,3
São José Bela Vista	221	1.877	0,12	11,8
DRS VIII	19.149	126.682	0,15	15,1

Em inquérito domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde em 2002/2003, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi constatado que a cobertura estimada de exames de citologia oncótica variou de 74% a 93%, mas esse percentual oscilou de 33% a 64% quando consideradas as mulheres que realizaram exames através do SUS (BRASIL, 2006d). Em pesquisa realizada com a base de dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 2003 foi verificada uma maior prevalência de realização de papanicolau em mulheres que procuraram serviço não-SUS (NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006).

Ainda que consideradas as diferenças existentes entre os municípios, ressalta-se que 40,6% da população feminina do Estado de São Paulo têm cobertura ambulatorial da saúde suplementar (BRASIL, 2006a), o que poderia suprir a responsabilidade do SUS na realização da citologia oncótica. Ressalta-se, porém,

que os exames realizados através da saúde suplementar não são incluídos às informações do SISCOLO, o que dificulta a precisão do cálculo para determinação da cobertura de exames realizados na população feminina.

Para se obter uma redução nos índices de morbimortalidade por câncer cérvico-uterino é necessário obter uma cobertura de 80% de exames em mulheres de 35 a 59 anos (WHO, 1998). O SISCOLO fornece informações sobre o número de exames de citologia oncótica realizados, mas não disponibiliza informações que permitam identificar o número de exames por mulher ou ainda características referentes a sua anamnese e exame clínico, o que impossibilita uma análise mais profunda sobre a cobertura do exame de citologia oncótica. As informações detalhadas sobre a mulher só ocorre quando o resultado de seu exame é alterado e necessita de seguimento até o seu desfecho.

Em estudo transversal realizado no município de Franco da Rocha/SP, verificou-se uma cobertura do exame de citologia oncótica através de informações do DATASUS, do ano de 1988 a 2002, em mulheres de 15 a 69 anos e constatou uma cobertura que variou de 9,5% a 24,1% (GUARISI et al., 2004).

Em relatório apresentado pelo município de Porto Alegre/RS, em 2006, através de dados do SISCOLO, também se constatou cobertura anual de 16,1% nas mulheres de 11 a 69 anos (FAJARDO et al. 2007).

Através de pesquisa realizada no Estado do Amazonas, utilizando dados do SISCOLO, no período de 2001 a 2005, com objetivo de avaliar os indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero, foi constatada taxa de cobertura que variou de 75,7% a 78,07% na população de 20 a 49 anos (NOBRE; LOPES NETO, 2009). Como se trata de uma pesquisa semelhante à nossa, por utilizar informações do SISCOLO, as taxas encontradas no Amazonas são extremamente superiores às nossas.

As demais pesquisas encontradas na literatura científica acerca da cobertura de exames de citologia oncótica devem ser analisadas com cautela, pois se considera como atualizado o exame realizado nos três anos que precedem ao estudo. Sendo assim, todos apresentam cobertura superior ao encontrado nesta pesquisa.

O serviço de saúde deve reavaliar suas ações referentes às orientações realizadas às mulheres, de modo a reforçar a necessidade de realização periódica do exame de citologia oncótica. Esse, segundo padronização do Ministério da

Saúde, deve ser anualmente por dois anos consecutivos e com resultados negativos, a mulher pode então realizar o próximo a cada três anos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006b), o que justifica os estudos aqui discutidos, em investigar a cobertura considerando o período de três anos.

A partir de estudo de base populacional realizado em Pelotas/RS, na década de 90, com mulheres de 20 a 69 anos, foi observada uma cobertura de realização de exame de citologia oncológica de 65% (DIAS-DA-COSTA et al., 1998). Oito anos após, em outro estudo realizado na mesma cidade, com o objetivo de determinar a prevalência de realização do exame de citologia oncológica e, também, os fatores associados à sua não realização em mulheres com idade entre 20 e 59 anos, foi verificada uma cobertura de 83,0% de mulheres que realizaram o exame nos três anos antecedentes à pesquisa (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006). Percebe-se assim, um aumento significativo da cobertura em um pequeno espaço de tempo.

Em inquérito epidemiológico realizado no município de São Paulo/SP, com mulheres de 15 a 49 anos, foi observado que 86,1% das mulheres realizaram o exame uma vez na vida e 77,3% das mulheres realizaram o exame nos três anos anteriores ao estudo (PINHO et al., 2003).

Através de uma investigação realizada em Londrina/PR, com mulheres de 20 a 59 anos, foi verificado uma cobertura do exame de citologia oncológica de 80,7%. Ressalta-se nesta pesquisa que a proporção de desconhecimento da data de realização do próximo exame foi significativamente maior ($p < 0,01$) entre as mulheres que realizaram a coleta no serviço público de saúde (14,7%), em comparação com aquelas que realizaram a coleta em serviços particulares/conveniados (5,8%) (SILVA et al., 2006), inferindo a necessidade de melhores orientações dos profissionais de saúde direcionadas à periodicidade da rotina de rastreamento.

Por meio de inquérito domiciliar realizado em São Luís/MA, com mulheres entre 25 e 49 anos, os autores constataram uma cobertura de realização do exame pelo menos uma vez na vida, de 82,4% e que, 65,8% das mulheres repetiram o exame com periodicidade anual, implicando em desperdício de recursos e dificultando o acesso de grupos mais vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2006).

Em estudo transversal realizado por amostragem em conglomerados no município de São Leopoldo/RS, com mulheres de 20 a 60 anos, identificou-se

cobertura de realização de exame nos últimos três anos de 85,5% (MULLER, 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2008)

Através de outro estudo realizado em Criciúma/SC, com mulheres de 18 a 60 anos, usuárias do SUS, foi revelado que 84,77% das mulheres realizaram o exame uma vez na vida (CECHINEL et al., 2009).

Em investigação de base populacional realizada no Estado de Pernambuco, verificou-se a cobertura de realização do exame de citologia oncótica entre mulheres de 18 a 69 anos (58,7%) e de 25 a 59 anos (66,2%) (ALBUQUERQUE et al., 2009), o que caracteriza a importância de analisar a faixa etária verificada na cobertura de realização do exame.

Em pesquisa sistemática de literatura científica brasileira, realizada entre os anos de 1966 a 2004, os autores observaram poucos estudos referentes à cobertura de exame de citologia oncótica, sendo a maioria realizada em grandes cidades da região Sul e Sudeste, e estes não apresentavam padronização metodológica em relação à amostragem, faixa etária e perfil das mulheres investigadas, o que dificulta a comparação (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Visto que a cobertura anual descrita por esta pesquisa apresentou-se abaixo do preconizado para se obter um impacto na diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico uterino, e das comparações com os estudos aqui descritos, torna-se necessária uma rápida revisão da literatura a respeito dos fatores associados ou não com a realização da citologia oncótica e do conhecimento das mulheres a respeito do exame, com o intuito de contribuir na elaboração posterior de ações de saúde, para aumentar a cobertura anual de realização do exame de citologia oncótica.

Na década de 90, em estudo de base populacional realizado com mulheres de 20 a 69 anos em Pelotas/RS, verificou-se que, quanto melhor o nível social, maior a frequência de realização de consultas anuais; e a faixa etária de 30 a 39 anos é fator associado de forma positiva na realização do exame de citologia oncótica (DIAS-DA-COSTA et al., 1998). Dessa forma, percebe-se que a realização do exame de citologia oncótica está intimamente relacionada com as condições socioeconômicas da mulher submetida ao exame, sendo que a realização deste aumenta de forma proporcional ao aumento destas condições.

Através de outro estudo realizado no Estado de Morelos, no México, foi constatado que os fatores relacionados com a realização do exame são a história

ginecológica, utilização de métodos de planejamento familiar e o conhecimento a respeito do exame (LAZCANO-PONCE et al., 1999).

Por meio de estudo bibliográfico sistemático na literatura nacional, realizado de 1966 a 2004, foram verificados como fatores associados a não realização do exame de citologia oncótica, a baixa renda familiar, baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, idade abaixo dos 30 ou superior a 50 anos, não ter companheiro, ter cor da pele não branca, não usar contraceptivo oral, ausência de problemas ginecológicos, primeiro parto com 25 anos ou mais, não ter consulta médica no ano anterior à pesquisa, ausência de solicitação médica, vergonha ou medo em relação ao exame e dificuldades no acesso ao serviço (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Os autores de estudos que se seguiram após esta revisão sistemática, realizados em diversas localidades, constataram os mesmos fatores para a não realização do exame de citologia oncótica, sempre relacionados com as variáveis demográficas, socioeconômicas, saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde (AMORIM et al., 2006; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006; OLIVEIRA et al., 2006; SILVA et al., 2006; MULLER, 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2008; CECHINEL et al., 2009; ALBUQUERQUE et al., 2009).

Nesse sentido percebe-se a necessidade de reorganização do programa regional de prevenção do câncer cérvico-uterino, pois as mulheres que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer são as mesmas que não realizam a prevenção através do exame de citologia oncótica.

Concernente ao conhecimento, atitudes e práticas de realização do exame, em estudo realizado no município de São Paulo/SP, com mulheres com diagnóstico histológico de NIC III e carcinoma invasivo, verificou-se que as pacientes com diagnóstico de câncer invasivo possuíam menor conhecimento em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino quando comparado às mulheres com NIC III (BRENNNA et al., 2001).

Por outro lado, através de estudo realizado com mulheres de 18 a 35 anos de idade, em uma Unidade Básica de Saúde de Natal/RN, constatou-se um conhecimento adequado a respeito da finalidade do exame de citologia oncótica (DAVIM et al., 2005). Em outro estudo realizado com mulheres de 20 a 52 anos, trabalhadoras de indústrias têxteis em Botucatu/SP, também verificou-se conhecimento adequado em relação ao exame (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Através de uma investigação realizada com mulheres estudantes do ensino médio noturno, em Uberaba/MG, demonstrou-se que 58,4% destas apresentaram conhecimento distorcido a respeito do exame de citologia oncótica e, após breve atividade extensionista de educação em saúde, houve acréscimo de 24% de acerto nas respostas (VALENTE et al., 2009).

Isto evidencia a importância da realização de grupos de educação em saúde para as mulheres, com orientações e esclarecimentos de dúvidas acerca da prevenção do câncer cérvico-uterino e da importância do exame neste contexto. Contudo, deve-se considerar que possuir conhecimento a respeito do exame e da finalidade da citologia oncótica não garante a realização do mesmo.

Em estudo realizado em São José de Mipibu/RN, com mulheres de 15 a 69 anos, demonstrou-se que o profissional de saúde é a principal fonte de informação sobre o exame de citologia oncótica. Mas, apesar destas mulheres possuírem uma prática adequada de realização do exame, existe uma inadequação de conhecimento a respeito do seu objetivo (FERNANDES et al., 2009). Por meio de inquérito domiciliar, realizado em Puerto Leoni/ Argentinam verificou-se que 58,9% das mulheres não realizaram o exame de citologia oncótica por que necessitavam de solicitação e/ou orientação de um profissional de saúde (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005). Estes dados inferem a importância da atuação do profissional de saúde na prevenção do câncer cérvico-uterino, através de orientações e educação em saúde desenvolvidas com a população feminina.

Dentre os sentimentos citados para a não realização do exame de citologia oncótica, pesquisas apontam motivos relativos à mulher como o medo do resultado de câncer cérvico-uterino e a vergonha de realização do exame (BRENNNA et al., 2001; PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004; DAVIM et al., 2005). E motivos relacionados ao serviço e/ou profissionais de saúde, como a falta de solicitação de realização do exame (FERNANDES et al., 2009; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; BRENNNA et al., 2001).

Ressalta-se, novamente, a importância do profissional de saúde neste contexto, pois compete a este orientar as mulheres a respeito do exame de citologia oncótica, sua finalidade, periodicidade, retornos, tratamentos, encaminhamentos e acompanhamentos. Mas fica nítida, na avaliação destes dados, a necessidade da atuação de um profissional ético, que proporcione uma assistência humanizada e integral, compreendendo as necessidades de apoio emocional de forma a

tranquilizá-las na realização do exame, amenizando os medos e inseguranças. Aos gestores de saúde, por sua vez, compete propiciar condições para que os profissionais de saúde possam desenvolver suas atividades de maneira efetiva.

Em relação ao segundo objetivo desta pesquisa, observa-se nas Tabelas 4 e 5 as frequências de citologias oncóticas realizadas pelas mulheres na rede pública de saúde dos municípios do DRS VIII, segundo as faixas etárias quinquenais, nos anos de 2007 e 2008, respectivamente.

Através da Tabela 4 é possível constatar que a faixa etária de 25 a 59 anos foi responsável por 70,9% das coletas de citologia oncótica, sendo 47,9% em mulheres com idade inferior a 35 anos. A partir da faixa etária de 30 | — | 34 anos, percebe-se uma tendência de diminuição do número de exames coletados. Este fato se repete no ano de 2008, conforme Tabela 5. A faixa etária de 25 a 59 anos representou uma porcentagem de 70,8%, sendo 46,9% em mulheres com idade inferior a 35 anos.

Nestes dois anos, pode-se perceber, nas Tabelas 4 e 5, uma tendência de diminuição do número de exames coletados a partir da faixa etária de 30 | — | 34 anos. A faixa etária onde se realizou uma maior porcentagem de exame foi entre 25 | — | 29 anos, seguida pela faixa etária de 20 | — | 24.

Assim, conforme Tabela 4, no ano de 2007, oito municípios (50,0%), Buritizal, Franca, Guará, Igarapava, Jariquara, Miguelópolis, Restinga e São José da Bela Vista, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 25 | — | 29 anos. Cinco municípios (31,3%), Aramina, Cristais Paulista, Ituverava, Patrocínio Paulista e Pedregulho, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 20 | — | 24. E, apenas três municípios (18,8%), Itirapuã, Ribeirão Corrente e Rifaina, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 30 | — | 34.

Pode-se constatar, na Tabela 5, referente ao ano de 2008, que nove municípios (56,3%), Aramina, Buritzal, Franca, Guará, Itirapuã, Ituverava, Jariquera, Pedregulho e São José da Bela Vista, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 25 | — | 29 anos. Quatro municípios (25,0%), Igarapava, Patrocínio Paulista, Restinga e Ribeirão Corrente, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 20 | — | 24. E, apenas três municípios (18,8%), Cristais Paulista, Miguelópolis e Rifaina, realizaram o maior número de coletas na faixa etária de 30 | — | 34.

Os dados desta pesquisa são semelhantes aos apresentados pelo Ministério da Saúde, que refere que a maioria dos exames de citologia oncológica são realizados em mulheres com menos de 35 anos de idade, provavelmente por estas frequentarem os serviços de saúde para cuidados relacionados ao planejamento familiar e cuidados pré-natais (BRASIL, 2002a). Este fator, associado ao fato de que as mulheres acima de 56 anos possuem uma inadequação do conhecimento, atitudes e práticas de prevenção do câncer cérvico-uterino (BRENNAN et al., 2001), proporciona ao serviço de saúde, seus profissionais e gestores, inquietações e questionamentos, pois, a realização do exame de citologia oncológica não está sendo feita na faixa etária considerada de risco para diagnóstico do câncer cérvico-uterino.

Em estudo realizado com mulheres submetidas ao exame de papanicolau, no Estado do Rio Grande do Norte, no período de janeiro de 2000 a março de 2004, verificou-se que a faixa etária de 20 a 39 anos representou 58,6% das coletas realizadas (MEDEIROS et al., 2005). Em outro estudo, realizado em Paulínia/SP, constatou-se que 53,1% das mulheres atendidas pelo PNCCCU possuíam até 29 anos de idade (SANTIAGO; ANDRADE, 2003).

Em pesquisa realizada com mulheres matriculadas no INCA, com diagnóstico de câncer de colo uterino, no período de 1999 a 2004, verificou-se que a maioria dos casos de câncer pré-invasor acometia as mulheres abaixo dos 30 anos (67,1%) e os casos de câncer invasor era maioria naquelas acima de 65 anos (90,2%) (CALAZAN; LUIZ; FERREIRA, 2008). Em outro estudo realizado em um município no Sul do Brasil, verificou-se que as mulheres com diagnóstico de câncer cérvico-uterino eram predominantemente da faixa etária de 45 a 55 anos (SOARES et al. 2010).

Contudo, ressalta-se a importância de verificar a idade do início da atividade sexual das mulheres, visto que alguns autores apontam associação entre o início da atividade sexual e a aquisição de infecção por HPV (ROTELI-MARTINS et al., 2007).

Uma mulher com 25 anos de idade que iniciou sua atividade sexual aos 15 tem maior risco de desenvolver câncer cérvico-uterino que outra mulher da mesma idade com início da atividade sexual aos 20 anos (MORELLI, 2000).

Assim, percebe-se a importância de informações como o início da atividade sexual, o número de parceiros sexuais, métodos contraceptivos utilizados e paridade, para adequação de procedimentos e orientações à mulher que realiza o exame de citologia oncótica. Entretanto, estas informações não constam no formulário de requisição do exame de citologia oncótica (ANEXO A) e, conseqüentemente, não fazem parte do banco de dados do SISCOLO.

O formulário de requisição do exame de citologia oncótica apenas questiona sobre o uso de anticoncepção oral e do dispositivo intrauterino (DIU), mas estas informações só são digitadas no SISCOLO se os formulários forem selecionados pelo sistema para o monitoramento externo da qualidade. A falta destas informações restringe a possibilidade da realização de uma análise mais específica, a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Nas Tabelas 6 e 7 encontram-se os dados referentes à escolaridade das mulheres que realizaram os exames de citologia oncótica nos municípios do DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008, respectivamente.

Na Tabela 6, referente a 2007, pode-se verificar que 98,6% das informações sobre escolaridade estão como branco/ignorado e apenas 1,4% tem estes dados registrados. Sendo assim, não se pode fazer inferência a respeito da escolaridade destas mulheres. Sete municípios (43,8%) não possuem nenhuma informação de escolaridade registrada. O município de Igarapava é o que apresenta o maior percentual de informações de escolaridade registradas (4,0%), seguida pelo município de Rifaina (3,6%). Por outro lado, o município de Franca possui o maior número absoluto de dados registrados (304), mas, por apresentar um número de exames de citologia oncótica muito superior aos outros municípios, sua porcentagem se restringe a 1,7%.

Em relação ao ano de 2008 verifica-se, na Tabela 7, uma diminuição no número de informações de escolaridade registradas e, conseqüentemente, aumento das informações em branco/ignorado. Destes, 12 municípios (75%), não possuem nenhuma informação de escolaridade registrada. O município de Ituverava possui uma maior porcentagem de informações de escolaridade registradas (0,8%) e o município de Franca, o maior número absoluto de informações registradas (40).

Tabela 6 - Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, por escolaridade da mulher, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.

Municípios	Branco/ignorado		Escolaridade		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Aramina	163	100,0	-	-	163	100,0
Buritizal	325	98,2	6	1,8	331	100,0
Cristais Paulista	510	100,0	-	-	510	100,0
Franca	17.558	98,5	304	1,7	17.862	100,0
Guará	945	99,6	4	0,4	949	100,0
Igarapava	1.502	96,0	63	4,0	1.565	100,0
Itirapuã	269	98,5	4	1,5	273	100,0
Ituverava	2.286	100,0	-	-	2.286	100,0
Jeriquara	373	99,5	2	0,5	375	100,0
Miguelópolis	573	100,0	-	-	573	100,0
Patrocínio Paul.	973	99,6	4	0,4	977	100,0
Pedregulho	778	100,0	-	-	778	100,0
Restinga	481	99,4	3	0,6	484	100,0
Ribeirão Corrente	430	100,0	-	-	430	100,0
Rifaina	163	96,4	6	3,6	169	100,0
S. José Bela Vista	341	100,0	-	-	341	100,0
DRS VIII	27.670	98,6	396	1,4	28.066	100,0

A escolaridade é uma informação que consta da requisição de exame de citologia oncótica, ainda na parte de identificação da mulher (ANEXO A) e deve ser preenchida no momento precedente à coleta, pelo profissional de saúde que realiza o atendimento. Posteriormente, esta requisição é encaminhada para o laboratório, juntamente com a lâmina contendo o material coletado, a fim de ser analisada. Após a análise laboratorial do material coletado, o técnico do laboratório realiza a digitação das informações da requisição do exame com o seu resultado.

Tendo em vista que a porcentagem de branco/ignorado é extremamente alta, sabendo que todas estas mulheres não ignoram a sua escolaridade ou os anos em que teve acesso a escola, entende-se que a falta desta informação sobre a mulher que realiza o exame de citologia oncótica, emerge como falha do profissional que realizou a coleta e não registrou a informação e/ou do profissional do

laboratório que não digitou as informações no banco de dados do SISCOLO. Esse fato pressupõe que estes profissionais não valorizam a informação de escolaridade para o direcionamento de medidas preventivas para o câncer cérvico-uterino.

Tabela 7 – Distribuição de frequências de exames de citologia oncótica, por escolaridade da mulher, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Escolaridade				Total	
	Branco/ignorado		Registrado			
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Aramina	23	100,0	-	-	23	100,0
Buritizal	321	100,0	-	-	321	100,0
Cristais Paulista	516	100,0	-	-	516	100,0
Franca	17.221	99,8	40	0,2	17.261	100,0
Guará	1.112	100,0	-	-	1.112	100,0
Igarapava	1.702	99,9	1	0,1	1.703	100,0
Itirapuã	214	100,0	-	-	214	100,0
Ituverava	2.304	99,2	18	0,8	2.322	100,0
Jeriquara	445	100,0	-	-	445	100,0
Miguelópolis	77	100,0	-	-	77	100,0
Patrocínio Paul.	937	100,0	-	-	937	100,0
Pedregulho	1.103	99,9	1	0,1	1.104	100,0
Restinga	288	100,0	-	-	288	100,0
Ribeirão Corrente	259	100,0	-	-	259	100,0
Rifaina	164	100,0	-	-	164	100,0
S. José Bela Vista	298	100,0	-	-	298	100,0
DRS VIII	26.984	99,8	60	0,2	27.044	100,0

Em estudo realizado, com informações oriundas dos prontuários de mulheres que realizaram exame de citologia oncótica em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas/SP, verificou-se que 96,1% dos prontuários não possuíam a informação sobre a escolaridade (SANTOS et al., 2007), dados que se assemelham a essa pesquisa.

A escolaridade está diretamente relacionada à realização ou não do exame de citologia oncótica, facilitando ou dificultando a prevenção do câncer cérvico-uterino e, deve então, ser um fator a ser considerado no atendimento à mulher.

Pesquisas demonstram que mulheres com maior escolaridade apresentam atitudes e práticas adequadas em relação à realização do exame de citologia oncológica (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; AMORIM et al., 2006; RACHO; VARGAS, 2007; FERNANDES et al., 2009). Quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento a respeito da prevenção do câncer cérvico-uterino (BRENNAN et al., 2001).

Em pesquisa epidemiológica desenvolvida no Hospital do Câncer do Ceará, com mulheres diagnosticadas com câncer cérvico-uterino, no período de 2000 a 2002, verificou-se que 26,6% eram analfabetas e, 47,6% possuíam ensino fundamental incompleto (GUEDES; PORDEUS; DIÓGENES, 2005). Em outra pesquisa semelhante, realizada com mulheres com diagnóstico de câncer cérvico-uterino, em um município do Sul do Brasil, constatou-se que 50% destas possuíam menos de oito anos de escolarização (SOARES et al. 2010).

Em estudo retrospectivo com mulheres matriculadas no INCA, no período de 1999 a 2004, com o objetivo de descrever as características clínico-epidemiológicas e a tendência temporal envolvendo os casos de câncer invasor de colo uterino, verificou-se que as mulheres com segundo grau completo ou mais (60,8%) apresentaram uma proporção menor de casos invasores em relação àquelas com menor nível de instrução (73,7% sendo $p < 0,001$) (CALAZAN; LUIZ; FERREIRA, 2008).

Em pesquisa baseada na PNAD de 2003, os autores associaram a média e alta escolaridade como fator preditivo para a realização do exame de citologia oncológica (NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006). Em outros estudos realizados em Rio Grande/RS, Pelotas/RS e em Campinas/SP apontam-se a menor escolaridade como fator de não realização do exame de citologia oncológica (CESAR et al., 2003; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; AMORIM et al., 2006).

Neste sentido, entende-se que quanto maior a escolaridade da mulher, maior o seu conhecimento acerca da prevenção do câncer cérvico-uterino e, conseqüentemente, menor o estadiamento da neoplasia no momento do diagnóstico.

O conhecimento acerca da escolaridade é de fundamental importância para o planejamento de ações preventivas e de educação em saúde direcionadas às necessidades da mulher, visto que, poucos anos de estudo está relacionado à não

realização do exame de citologia oncótica, o que torna-se um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Nas Tabelas 8 e 9 estão dispostas as frequências de resultados normais e de alterações celulares benignas dos exames de citologia oncótica, segundo municípios do DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008, respectivamente.

Pode-se observar, na Tabela 8, porcentagem de 62,3% de resultados considerados dentro do limite de normalidade, seguida por 36,7% considerados como resultado de inflamação. O município de Cristais Paulista apresentou a maior porcentagem (69,6%) de resultados dentro dos limites da normalidade, seguido pelo município de Franca (64,4%). O município de Jeriquara apresentou maior porcentagem (50,9%) de resultados com inflamação, seguido por Aramina (45,4%).

No ano de 2008, Tabela 9, ocorre uma diminuição da porcentagem dos resultados considerados dentro do limite da normalidade, passando para 59,5%, e aumento nos resultados de inflamação 38,8%. Pedregulho foi o município que apresentou maior porcentagem (64,9%) de resultados dentro dos limites da normalidade, seguido por Cristais Paulista (64,1%). Novamente Jeriquara foi o município que apresentou a maior porcentagem (57,3%) de resultados com inflamação, seguido por Guará (44,9%).

Ressalta-se que um resultado de exame pode estar associado a mais de uma categoria diagnóstica, sendo contabilizado nas duas colunas, como por exemplo, possuir inflamação e metaplasia, inflamação e atrofia. Na categoria classificada como "outros" estão incluídos os resultados associados com a presença de hemácias nos esfregaços. Esta categoria representou 5,3% em 2007, Tabela 8, sendo a maior porcentagem no município de Jeriquara (11,5%) e Aramina (11,0%). Em 2008 esta categoria representou 5,8%, Tabela 9, sendo Buritizal o município com maior porcentagem (15,9%), seguido por Jeriquara (14,8%).

Em estudo realizado em Campinas/SP, através da análise de dados dos prontuários das mulheres submetidas ao exame de citologia oncótica em uma Unidade Básica de Saúde, verificou-se uma porcentagem de exames normais de 68,9% (SANTOS et al., 2007), dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Tabela 8 – Distribuição de frequências de resultados normais e de alterações celulares benignas dos exames de citologia oncótica, segundo municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados N ⁰	Normal		Inflamação		Metaplasia		Reparação		Atrofia		Outros	
		N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*
Aramina	163	88	54,0	74	45,4	1	0,6	-	-	2	1,2	18	11,0
Buritizal	331	189	57,1	142	42,9	3	0,9	1	0,3	12	3,6	26	7,9
Cristais Paulista	510	355	69,6	153	30,0	1	0,2	-	-	2	0,4	11	2,2
Franca	17.862	11.505	64,4	6.226	34,9	117	0,7	9	0,1	327	1,8	903	5,1
Guará	949	544	57,3	385	40,6	6	0,6	1	0,1	26	2,7	37	3,9
Igarapava	1.565	883	56,4	668	42,7	7	0,4	3	0,2	42	2,7	89	5,7
Itirapuã	273	157	57,5	114	41,8	3	1,1	2	0,7	9	3,3	21	7,7
Ituverava	2.286	1.377	60,2	867	37,9	8	0,3	3	0,1	53	2,3	83	3,6
Jeriquara	375	176	46,9	191	50,9	2	0,5	1	0,3	12	3,2	43	11,5
Miguelópolis	573	293	51,1	260	45,4	2	0,3	-	-	11	1,9	62	10,8
Patrocínio Paul.	977	596	61,0	370	37,9	5	0,5	-	-	26	2,7	50	5,1
Pedregulho	778	467	60,0	302	38,8	6	0,8	-	-	22	2,8	53	6,8
Restinga	484	291	60,1	187	38,6	3	0,6	-	-	9	1,9	29	6,0
Ribeirão Corrente	430	251	58,4	178	41,4	3	0,7	-	-	5	1,2	20	4,7
Rifaina	169	104	61,5	63	37,3	2	1,2	-	-	9	5,3	8	4,7
S. José Bela Vista	341	198	58,1	134	39,3	2	0,6	1	0,3	9	2,6	33	9,7
DRS VIII	28.066	17.474	62,3	10.314	36,7	171	0,6	21	0,1	576	2,1	1.485	5,3

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Tabela 9 – Distribuição de frequências de resultados normais e de alterações celulares benignas dos exames de citologia oncótica, segundo municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados N ⁰	Normal		Inflamação		Metaplasia		Reparação		Atrofia		Outros	
		N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*
Aramina	23	14	60,9	7	30,4	1	4,3	-	-	1	4,3	2	8,7
Buritizal	321	177	55,1	142	44,2	7	2,2	1	0,3	4	1,2	51	15,9
Cristais Paulista	516	331	64,1	176	34,1	2	0,4	-	-	13	2,5	5	1,0
Franca	17.261	10.538	61,1	6491	37,6	91	0,5	8	0,0	348	2,0	985	5,7
Guará	1.112	589	53,0	499	44,9	6	0,5	-	-	9	0,8	54	4,9
Igarapava	1.703	954	56,0	725	42,6	6	0,4	1	0,1	38	2,2	85	5,0
Itirapuã	214	115	53,7	95	44,4	-	-	-	-	6	2,8	12	5,6
Ituverava	2.322	1.303	56,1	951	41,0	13	0,6	4	0,2	54	2,3	137	5,9
Jeriquara	445	182	40,9	255	57,3	2	0,4	1	0,2	11	2,5	66	14,8
Miguelópolis	77	47	61,0	22	28,6	1	1,3	-	-	-	-	8	10,4
Patrocínio Paul.	937	538	57,4	381	40,7	6	0,6	-	-	18	1,9	40	4,3
Pedregulho	1.104	717	64,9	367	33,2	7	0,6	-	-	14	1,3	55	5,0
Restinga	288	162	56,3	121	42,0	3	1,0	-	-	6	2,1	20	6,9
Ribeirão Corrente	259	154	59,5	101	39,0	-	-	-	-	4	1,5	13	5,0
Rifaina	164	95	57,9	63	38,4	2	1,2	-	-	4	2,4	10	6,1
S. José Bela Vista	298	184	61,7	106	35,6	1	0,3	-	-	11	3,7	21	7,0
DRS VIII	27.044	16.100	59,5	10.502	38,8	148	0,5	15	0,1	541	2,0	1.564	5,8

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

A porcentagem de diagnóstico de inflamação dos exames de citologia oncótica, nessa pesquisa, é superior ao estimado pelo Ministério da Saúde, que prevê que aproximadamente 30% das mulheres que realizam o exame de citologia oncótica podem necessitar de tratamento, por apresentarem resultado de inflamação (BRASIL, 2002c).

Salienta-se que os resultados de inflamação, metaplasia, atrofia e reparação que representaram 39,5% em 2007 e 41,4% em 2008, podem ser associados à possível sintomatologia referida pelas mulheres e, se necessário, estas devem ser encaminhadas para avaliação ginecológica e prosseguir com a rotina de rastreamento citológico.

A citologia oncótica é um exame que detecta lesões pré-neoplásicas, que quando tratadas precocemente, previnem o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino; mas seus laudos também fornecem informações referentes à presença de microorganismos responsáveis por DSTs, sintomáticas ou não. Essas, uma vez diagnosticadas, devem ser tratadas corretamente, visto que são um fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer.

Nas Tabelas 10 e 11 pode-se verificar as frequências dos resultados dos exames de citologia oncótica, segundo análise de microbiologia. Na Tabela 10, referente ao ano de 2007, predomina a categoria “outros” com 51,6%, seguida pela flora vaginal normal representada por 30,0% de Lactobacilos. O município de Cristais Paulista possui maior porcentagem (41,0%) de resultados com Lactobacilos, seguido por Aramina (37,4%).

De modo semelhante, no ano de 2008, Tabela 11, a categoria “outros” representou 54,0% dos resultados de citologia oncótica e, a flora normal (Lactobacilos), 29,2%. Cristais Paulista é o município que possui maior porcentagem (37,0%) de resultados com Lactobacilos, seguido por São José da Bela Vista (33,2%).

Os Lactobacilos ou bacilos de Doderlein, são responsáveis por manter o pH da vagina ácido (3,8 a 4), onde estes, na presença do glicogênio liberado pela descamação do epitélio vaginal, desdobra-se em substâncias mais simples, como ácido láctico que mantém a acidez vaginal (BASTOS, 2006), o que constitui-se em fator de proteção.

Nesse sentido aponta-se um estudo retrospectivo realizado em Puebla/México com o objetivo de investigar a presença de quantidade normal,

Tabela 10 – Distribuição de frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia nos municípios do DRS VIII, ano de 2007. Uberaba, 2010.

Municípios	Ex. realizad. N ^o	Lactobacilos		Cocos		Actinomyces		Candida		Trichomonas		Gardnerella		Outros	
		N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*
Aramina	163	61	37,4	7	4,3	-	-	16	9,8	2	1,2	-	-	94	57,7
Buritizal	331	104	31,4	11	3,3	1	0,3	21	6,3	2	0,6	-	-	180	54,4
Cristais Paulista	510	209	41,0	23	4,5	-	-	28	5,5	2	0,4	1	0,2	225	44,1
Franca	17.862	5.303	29,7	573	3,2	30	0,2	892	5,0	97	0,5	14	0,1	9045	50,6
Guará	949	291	30,7	45	4,7	5	0,5	47	5,0	12	1,3	-	-	506	53,3
Igarapava	1.565	498	31,8	66	4,2	2	0,1	82	5,2	8	0,5	8	0,5	909	58,1
Itirapuã	273	62	22,7	7	2,6	-	-	19	7,0	2	0,7	-	-	150	54,9
Ituverava	2.286	659	28,8	92	4,0	6	0,3	123	5,4	26	1,1	-	-	1142	50,0
Jeriquara	375	110	29,3	27	7,2	-	-	23	6,1	3	0,8	-	-	244	65,1
Miguelópolis	573	116	20,2	18	3,1	2	0,3	35	6,1	6	1,0	-	-	318	55,5
Patrocínio Paul.	977	334	34,2	54	5,5	1	0,1	35	3,6	3	0,3	2	0,2	538	55,1
Pedregulho	778	242	31,1	27	3,5	1	0,1	47	6,0	4	0,5	-	-	403	51,8
Restinga	484	146	30,2	20	4,1	1	0,2	30	6,2	2	0,4	-	-	238	49,2
Ribeirão Corrente	430	128	29,8	16	3,7	-	-	22	5,1	2	0,5	-	-	231	53,7
Rifaina	169	54	32,0	5	3,0	-	-	7	4,1	-	-	-	-	80	47,3
S. José Bela Vista	341	103	30,2	15	4,4	-	-	12	3,5	2	0,6	-	-	185	54,3
DRS VIII	28.066	8.420	30,0	1.006	3,6	49	0,2	1.439	5,1	173	0,6	25	0,1	14.488	51,6

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Tabela 11 – Distribuição de frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Ex. realizad. N ^o	Lactobacilos		Cocos		Actinomyces		Candida		Trichomonas		Gardnerella		Outros	
		N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*
Aramina	23	6	26,1	1	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	13	56,5
Buritizal	321	105	32,7	12	3,7	1	0,3	11	3,4	2	0,6	-	-	203	63,2
Cristais Paulista	516	191	37,0	27	5,2	1	0,2	17	3,3	5	1,0	-	-	261	50,6
Franca	17.261	5.067	29,4	590	3,4	28	0,2	576	3,3	87	0,5	-	-	9.388	54,4
Guará	1.112	311	28,0	64	5,8	4	0,4	52	4,7	7	0,6	-	-	576	51,8
Igarapava	1.703	532	31,2	96	5,6	4	0,2	81	4,8	11	0,6	-	-	923	54,2
Itirapuã	214	46	21,5	11	5,1	-	-	7	3,3	-	-	-	-	117	54,7
Ituverava	2.322	626	27,0	115	5,0	3	0,1	72	3,1	36	1,6	-	-	1.269	54,7
Jeriquara	445	75	16,9	14	3,1	-	-	13	2,9	10	2,2	-	-	297	66,7
Miguelópolis	77	22	28,6	1	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	35	45,5
Patrocínio Paul.	937	299	31,9	48	5,1	2	0,2	42	4,5	5	0,5	-	-	502	53,6
Pedregulho	1.104	331	30,0	42	3,8	1	0,1	40	3,6	5	0,5	-	-	508	46,0
Restinga	288	66	22,9	11	3,8	-	-	8	2,8	-	-	-	-	163	56,6
Ribeirão Corrente	259	80	30,9	13	5,0	2	0,8	11	4,2	-	-	-	-	128	49,4
Rifaina	164	49	29,9	6	3,7	-	-	6	3,7	-	-	-	-	81	49,4
S. José Bela Vista	298	99	33,2	8	2,7	2	0,7	16	5,4	7		-	-	143	48,0
DRS VIII	27.044	7.905	29,2	1.059	3,9	48	0,2	952	3,5	175	0,7	-	-	14.607	54,0

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

exagerada ou a ausência de bacilos de Doderlein em esfregaços citológicos, no qual se verificou que 14% das amostras apresentaram quantidade normal, 76% não possuíam os bacilos e 8% possuíam uma quantidade excessiva de bacilos. Sendo que, na análise estatística observou-se que a ausência de bacilos de Doderlein favorece a propagação de microorganismos potencialmente patogênicos (SÁNCHEZ et al., 2008).

Em pesquisa realizada no Serviço Integrado e Tecnológico em Citopatologia do INCA, no Estado do Rio de Janeiro, com esfregaços cérvico-vaginais, detectou-se que 47% das lâminas apresentaram bacilos de Doderlein (TAVARES et al., 2007). Em outra pesquisa realizada na Rede Básica de Saúde de Mozarlândia/GO, verificou-se uma porcentagem de 42,45% de Lactobacilos (CARDOSO et al., 2005). Ambos com porcentagem superior ao encontrado nesta pesquisa.

Pode-se observar, na Tabela 10, maior frequência de *Cândida albicans* (5,1%) seguida por Cocos (3,6%), *Trichomonas vaginalis* (0,6%), *Actinomyces* (0,2%) e *Gardnerella vaginalis* (0,1%). Todos os municípios do DRS apresentaram maior porcentagem de resultados de citologia oncótica com presença de *Cândida albicans*, exceto os municípios Jeriquara, Patrocínio Paulista e São José da Bela Vista, que apresentaram maior porcentagem de Cocos (7,2%, 5,5% e 4,4% respectivamente).

Na Tabela 11, estão apresentadas as frequências de resultados de microbiologia referentes ao ano de 2008. Verifica-se maior frequência de Cocos (3,9%), *Candida albicans* (3,5%), *Trichomonas vaginalis* (0,7%) e *Actinomyces* (0,2%); *Gardnerella vaginalis* não estava presente em nenhum resultado. Rifaina foi o município que apresentou a mesma porcentagem de presença de Cocos e *Candida albicans* (3,7%) e São José da Bela Vista apresentou maior porcentagem de presença de *Candida albicans* (5,4%) em relação a Cocos (2,7%). Os demais municípios apresentaram maior porcentagem de resultados com a presença de Cocos.

Nesses anos, houve ausência de resultado indicando presença de bacilos cocóides e *Clamydia*. A categoria definida como “outros” inclui resultados de citologia oncótica com presença de flora mista e flora inespecífica.

Ressalta-se que o SISCOLO permite a digitação em coluna específica de microorganismos como *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis*, mas, ao se analisar a categoria “outros” percebe-se que a presença destes

microorganismos estão nos resultados dos exames ali descritos. Esse fato impede uma discussão mais abrangente e confiável dos dados, visto que esses microorganismos podem apresentar uma porcentagem superior ao descrito nesse estudo, pois esta categoria representou 51,6% em 2007 e 54,0% em 2008 dos resultados de citologia oncótica segundo a microbiologia.

Nesse sentido, questiona-se novamente a possibilidade de falhas no processo de digitação dos dados que fornecem as informações para o SISCOLO, tendo em vista que os microorganismos acima citados são os agentes mais frequentes das colpites e merecem tratamento medicamentoso.

Candida albicans é um fungo com preferência por meio ácido, sendo o causador da candidíase. Aproximadamente 50% das mulheres convivem com o fungo, sendo sadias e assintomáticas. Pode provocar corrimento leitoso, odor ácido, prurido e disúria, hiperemia, edema e grumos brancos na mucosa vaginal e eritemas vulvar e perineal (BOATTO et al., 2007; GERK, 2009).

Trichomonas vaginalis é um protozoário flagelado que tem preferência por meio básico; é o agente da tricomoníase e provoca corrimento amarelo-esverdeado abundante, odor fétido, prurido vulvovaginal, polaciúria, disúria e dispareunia, hiperemia e edema da mucosa vaginal. *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria gram-negativa com preferência por meio básico, provoca corrimento homogêneo, levemente espumoso, acinzentado ou branco e odor fétido, não há irritação da mucosa vaginal. Nestes casos, há necessidade de tratamento também do parceiro (GERK, 2009).

A *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* são bactérias que podem causar cervicite, inflamação da mucosa glandular do colo uterino, caracterizada por corrimento mucopurulento, polaciúria, disúria e dispareunia. O Herpesvírus causa a cervicocolpíte, inflamação da mucosa escamosa, caracterizada por lesões vesiculares, ulcerativas, dolorosas e corrimento profuso (GERK, 2009).

O Ministério da Saúde refere que a colpíte mais incidente é a vaginose bacteriana (*Gardnerella*) seguida pela candidíase (*Candida sp*) e tricomoníase (*Trichomonas*) (BRASIL, 2002b), informações que diferem dessa pesquisa onde a maior incidência ocorreu pela presença de *Candida albicans* e Cocos.

Observa-se, na literatura científica, diversos estudos onde a incidência de resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia, é variável em relação à

porcentagem e ordem de incidência, apresentando divergências entre si e em comparação à esta pesquisa.

Em pesquisa realizada no Laboratório de Citopatologia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, em Uberaba/MG, com o objetivo de verificar a frequência de *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* e *Gardnerella vaginalis* em esfregaços cérvico-vaginais, em quatro décadas diferentes (60, 70, 80 e 90), observou-se redução na frequência de *Trichomonas vaginalis* e um aumento na frequência de *Candida sp*, sendo que todas as infecções eram mais frequentes em mulheres com idade inferior a 20 anos (ADAD et al., 2001).

Através de um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, que analisou os esfregaços cérvico-vaginais, detectou-se 21,8% de microbióta sugestiva de *Gardnerella vaginalis*, 5,3% microbióta cocácea, 4,3% trichomoníase e 2,4% de candidíase (TAVARES et al., 2007). Em outro estudo realizado na Rede Básica de Saúde de Mozarlândia/GO, observou-se 15,25% de resultados sugestivos de *Gardnerella* e *Mobiluncus sp*, 5,32% de *Candida sp* e 2,23% de *Trichomonas vaginalis* (CARDOSO et al., 2005).

Em estudo realizado com mulheres trabalhadoras de uma indústria de confecção em Criciúma/SC, observou-se uma prevalência de 19,3% de candidíase vulvovaginal (ROSA; RUMEL, 2004). Em outra investigação desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas/SP, verificou-se 15% *Candida sp*, 2,9% de *Gardnerella vaginalis* e 1,4% de *Trichomonas vaginalis* (SANTOS et al., 2007).

Em pesquisa realizada com objetivo de avaliar a frequência de vulvovaginites em mulheres infectadas pelo HIV e comparar com mulheres não infectadas, realizada em Salvador/BA, observou-se nas mulheres não infectadas uma prevalência de 14,% candidíase vaginal, 13,2% vaginose bacteriana e 2,6% trichomoníase; nas mulheres portadoras de HIV a ordem de frequência foi a mesma mas as porcentagens de prevalências foram superiores (OLIVEIRA et al., 2008).

Através de pesquisa realizada no período de 1999 a 2004, em Presidente Prudente/SP, com o objetivo de avaliar a frequência de *Gardnerella vaginalis* em esfregaços cérvico-vaginais observou-se frequência de 7,08% em mulheres hysterectomizadas e 2% nas mulheres não hysterectomizadas (NAI et al., 2007).

Em outro estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte, no período de 2000 a 2004, observou-se uma porcentagem de 12,83% de *Gardnerella*, 24% *Candida sp*, 4,49% *Trichomonas* e 0,01% *Actinomyces sp* (MEDEIROS et al., 2005).

Todos esses estudos apresentam porcentagem de incidência de detecção de microbiologia superiores a esta pesquisa, exceto estudo realizado em Salvador/BA, com esfregaços cérvico-vaginais que detectou 0,17% de *Actinomyces* (COSTA et al., 2004), valor semelhante a esta pesquisa.

Ressalta-se que, por se tratar de dados secundários, podem haver falhas na digitação dos dados, falta de digitação de informações ou digitação de dados em campos errados. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos neste processo sejam capacitados e acompanhados periodicamente em suas funções, visto a relevância do SISCOLO para a avaliação das ações direcionadas à prevenção do câncer cérvico-uterino.

Na Tabela 12 estão apresentadas as frequências dos resultados, segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Observa-se maior frequência de ASCUS - possivelmente não neoplásicos (n=22, 0,1%), sendo 15 resultados em Franca, três em Pedregulho, dois resultados em Ribeirão Corrente e um resultado em Miguelópolis e Buritizal. Lesão intraepitelial de baixo grau estava presente em 20 (0,1%) resultados, sendo 13 em Franca, dois em Patrocínio Paulista, um em Buritizal, Itirapuã, Ituverava, Pedregulho e Ribeirão Corrente. A lesão intraepitelial de alto grau, não exclui microinvasão e estava presente em 1 resultado no município de Patrocínio Paulista. Não houve nenhum resultado apontando carcinoma.

Na Tabela 13, pode-se observar a frequência dos resultados segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Observa-se maior frequência de ASCUS - possivelmente não neoplásicos (n=49, 0,2%), sendo 29 resultados em Franca, quatro em Igarapava e Jeriquara, três em Guará, dois em Buritizal, Ituverava e Restinga e um resultados em Patrocínio Paulista, Pedregulho e São José da Bela Vista. O resultado de ASCUS - não se pode afastar lesão de alto grau- representou 27 (0,1%) resultados, sendo 12 em Franca, três em Jeriquara, dois resultados em Guará, Igarapava, Ituverava e Restinga e, um resultado em Buritizal, Cristais Paulista, Patrocínio Paulista e Pedregulho. Houve um resultado (0,0%) de carcinoma no município de Franca.

Tabela 12 – Distribuição de freqüências dos resultados segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados N ⁰	ASCUS Possivelmente não neoplásico		Não se pode afastar lesão de alto grau		Lesão intra-epitelial de baixo grau		Lesão intra-epitelial de alto grau		Lesão intra-epitelial de alto grau, não inclui microinvasão		Carcinoma	
		N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*
Aramina	163	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Buritizal	331	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-
Cristais Paulista	510	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-
Franca	17.862	15	0,1	7	0,0	13	0,1	6	0,0	-	-	-	-
Guará	949	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Igarapava	1.565	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itirapuã	273	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	-	-	-	-
Ituverava	2.286	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-
Jeriquara	375	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miguelópolis	573	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patrocínio Paul.	977	-	-	-	-	2	0,2	-	-	1	0,1	-	-
Pedregulho	778	3	0,4	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-
Restinga	484	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ribeirão Corrente	430	2	0,5	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-
Rifaina	169	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. José Bela Vista	341	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
DRS VIII	28.066	22	0,1	10	0,0	20	0,1	10	0,0	1	0,0	-	-

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Tabela 13 – Distribuição de freqüências dos resultados segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados	ASCUS		Não se pode afastar lesão de alto grau		Lesão intra-epitelial de baixo grau		Lesão intra-epitelial de alto grau		Lesão intra-epitelial de alto grau, não exclui microinvasão		Carcinoma	
	N ⁰	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*	N ⁰	%*
Aramina	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buritizal	321	2	0,6	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Cristais Paulista	516	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Franca	17.261	29	0,2	12	0,1	8	0,0	2	0,0	-	-	1	0,0
Guará	1.112	3	0,3	2	0,2	2	0,2	-	-	-	-	-	-
Igarapava	1.703	4	0,2	2	0,1	4	0,2	-	-	-	-	-	-
Itirapuã	214	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ituverava	2.322	2	0,1	2	0,1	2	0,1	1	0,0	-	-	-	-
Jeriquara	445	4	0,9	3	0,7	1	0,2	-	-	-	-	-	-
Miguelópolis	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patrocínio Paul.	937	1	0,1	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Pedregulho	1.104	1	0,1	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Restinga	288	2	0,7	2	0,7	1	0,3	-	-	-	-	-	-
Ribeirão Corrente	259	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	-	-	-	-
Rifaina	164	-	-	-	-	1	0,6	-	-	-	-	-	-
S. José Bela Vista	298	1	0,3	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-
DRS VIII	27.044	49	0,2	27	0,1	21	0,1	5	0,0	-	-	1	0,0

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Em relação à categoria lesão intraepitelial de baixo grau, além das atipias celulares, incluí-se aqui, também, as lesões compatíveis com o HPV. A infecção pelo HPV está associada a quase todos os casos de câncer cérvico uterino. O seu diagnóstico leva em consideração dados da história, exame físico e exames complementares, como a pesquisa direta do vírus ou indiretamente por meio das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido (OLIVEIRA, 2002).

O laudo laboratorial do exame de citologia oncótica pode sugerir a presença de lesões citopáticas compatíveis com HPV, mas a partir da emissão desse laudo é necessária uma investigação mais apurada, como a colposcopia e/ou exames específicos para o HPV. O SISCOLO não apresenta uma coluna específica para o HPV, dificultando assim a comparação destes dados com outros estudos.

Em pesquisa realizada em prontuários com resultados de citologia oncótica, em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas/SP, verificou-se uma frequência de 1,8% de ASCUS, 1,8% de HPV associado a NIC I, 0,5% de HPV, 0,5% de NIC I, 0,5% de NIC III e 0,2% de NIC II (SANTOS et al., 2007).

Com o objetivo de estudar o perfil de produção do exame citopatológico das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos no Estado de Minas Gerais, verificou-se através de estudo, variação percentual de resultados compatíveis com HPV de 0 a 0,52%, de NIC I de 0 a 0,76%, NIC II de 0 a 0,25%, NIC III de 0 a 0,19% e nenhum resultado de carcinoma (FEITOSA; ALMEIDA, 2007), resultados que se aproximam dos encontrados nesta pesquisa.

Em estudo realizado no município de Morzalândia/GO detectou-se uma frequência de 2,8% de atipias em células escamosas, 2,08% com lesão intra-epitelial de baixo grau, 1,39% como lesão intra-epitelial de alto grau e 0,17% como carcinoma invasor (CARDOSO et al., 2005), porcentagens superiores às desta pesquisa.

Na Tabela 14, estão dispostas as frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Pode-se verificar maior porcentagem de resultados de ASGUS – não se pode afastar lesão de alto grau ($n^0=19$, 0,1%), sendo 13 resultados em Franca, dois em Miguelópolis e São José da Bela Vista e um resultado em Guará e Pedregulho. Não houve resultado de adenocarcinoma ou adenocarcinoma invasor.

Conforme apresentado, na Tabela 15, no ano de 2008, verifica-se maior porcentagem nos resultados de ASGUS – possivelmente não neoplásico ($n^0=22$, 0,1%), sendo 13 resultados em Franca, cinco em Jeriquara e, um resultado em Buritizal, Guará, Pedregulho e Restinga. Também não houve resultado de adenocarcinoma ou adenocarcinoma invasor.

Em 2007, as alteraes em células epiteliais escamosas ($n^0=63$) e glandulares ($n^0=43$) foram responsáveis cada uma por 0,2% dos resultados de citologia oncótica coletados nos municípios do DRS VIII. Em 2008 as alteraes em células epiteliais escamosas ($n^0=103$) e glandulares ($n^0=61$) foram responsáveis por 0,4% e 0,2% respectivamente, dos resultados de citologia oncótica coletados nos municípios do DRS VIII.

Em investigação realizada no Estado do Rio Grande do Norte, com mulheres submetidas ao exame de papanicolau, constatou-se uma frequência de 6,4% de exames positivos para alteraes celulares epiteliais escamosas e glandulares (MEDEIROS et al., 2005). Estes dados se mostram superiores ao desta pesquisa.

Em estudo realizado no Estado do Amazonas, através de informaes do SISCOLO, verificou-se percentual de 5,13% de presença de atipias celulares no ano de 2001, que diminuiu para 1,00% em 2005 (NOBRE; LOPES NETO, 2009), dados também superiores ao verificado nesta pesquisa.

Frente a estes dados torna-se necessário analisar as frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo as alteraes celulares epiteliais escamosas e glandulares, de forma mais específica, pois  possível que as mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e/ou as mulheres com alteraes citológicas não estejam comparecendo ao serviço de saúde para a realização do exame de citologia oncótica, o que ocultaria possíveis frequências mais elevadas.

A literatura científica demonstra que uma grande porcentagem das mulheres obtm o diagnóstico de câncer cérvico-uterino quando a doença encontra-se nos estágios mais avançados, o que dificulta a cura e exige maiores recursos financeiros dos serviços de saúde (THULER; MENDONÇA, 2005; CALAZAN; LUIZ; FERREIRA, 2008).

Tabela 14 – Distribuição de freqüências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados N ^o	ASGUS				Origem		Indefinida	
		Possivelmente neoplásico N ^o	%*	Não se pode afastar lesão de alto grau N ^o	%*	Possivelmente neoplásico N ^o	%*	Não se pode afastar lesão de alto grau N ^o	%*
Aramina	163	-	-	-	-	-	-	-	-
Buritizal	331	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Cristais Paulista	510	-	-	-	-	-	-	-	-
Franca	17.862	9	0,1	13	0,1	1	0,0	5	0,0
Guará	949	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Igarapava	1.565	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-
Itirapuã	273	-	-	-	-	-	-	-	-
Ituverava	2.286	-	-	-	-	1	0,0	-	-
Jeriquara	375	1	0,3	-	-	-	-	-	-
Miguelópolis	573	1	0,2	2	0,3	-	-	-	-
Patrocínio Paulista	977	-	-	-	-	-	-	-	-
Pedregulho	778	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Restinga	484	-	-	-	-	-	-	-	-
Ribeirão Corrente	430	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Rifaina	169	-	-	-	-	-	-	-	-
S. José Bela Vista	341	-	-	2	0,6	-	-	1	0,3
DRS VIII	28.066	13	0,0	19	0,1	3	0,0	8	0,0

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Tabela 15 – Distribuição de freqüências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	Exames realizados	ASGUS				Origem		Indefinida	
	N ⁰	Possivelmente não neoplásico	%*	Não se pode afastar lesão de alto grau	%*	Possivelmente não neoplásico	%*	Não se pode afastar lesão de alto grau	%*
Aramina	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Buritizal	321	1	0,3	3	0,9	-	-	2	0,6
Cristais Paulista	516	-	-	-	-	-	-	-	-
Franca	17.261	13	0,1	7	0,0	4	0,0	4	0,0
Guará	1.112	1	0,1	-	-	-	-	-	-
Igarapava	1.703	-	-	-	-	1	0,1	3	0,2
Itirapuã	214	-	-	-	-	-	-	-	-
Ituverava	2.322	-	-	4	0,2	2	0,1	2	0,1
Jeriquara	445	5	1,1	1	0,2	-	-	-	-
Miguelópolis	77	-	-	-	-	-	-	-	-
Patrocínio Paulista	937	-	-	-	-	-	-	1	0,1
Pedregulho	1.104	1	0,1	-	-	-	-	3	0,3
Restinga	288	1	0,3	-	-	-	-	-	-
Ribeirão Corrente	259	-	-	-	-	-	-	-	-
Rifaina	164	-	-	1	0,6	-	-	-	-
S. José Bela Vista	298	-	-	-	-	-	-	1	0,3
DRS VIII	27.044	22	0,1	16	0,1	7	0,0	16	0,1

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

Neste sentido, fez-se necessária a elaboração da Tabela 16, que apresenta os resultados positivos para atipias celulares por faixa etária. Percebe-se que a faixa etária de 35 a 39 anos possui a maior frequência de resultados alterados, representando 16,0% em 2007 e 18,3% em 2008.

Tabela 16 – Distribuição de frequências de resultados positivos para atipias celulares escamosas, glandulares e de origem indefinida, segundo faixa etária, DRS VIII, em 2007 e 2008. Uberaba, 2010.

Faixa etária	2007		2008	
	N ^o	%	N ^o	%
10-14	-	-	2	1,2
15-19	7	6,6	14	8,5
20-24	8	7,6	21	12,8
25-29	15	14,2	14	8,5
30-34	10	9,4	18	11,0
35-39	17	16,0	30	18,3
40-44	16	15,1	17	10,4
45-49	11	10,4	25	15,2
50-54	3	2,8	9	5,5
55-59	7	6,6	4	2,4
60-64	-	-	1	0,6
65-69	4	3,8	7	4,3
70-74	3	2,8	2	1,2
75-79	5	4,7	1	0,6
DRS VIII	106	100,0	164	100,0

Em 2007, o resultado de lesão intra-epitelial de alto grau, sem excluir micro-invasão, foi na faixa etária de 55 a 59 anos; em 2008 o resultado de lesão intraepitelial de alto grau, sem excluir micro-invasão e o carcinoma foi na faixa etária de 40 a 44 anos.

Em estudo realizado em Campinas/SP, observou-se que a faixa etária predominante para resultado de citologia oncótica alterada foi de 21 a 25 anos (17,6%) (SANTOS et al., 2007). Entretanto, em pesquisa realizada em Franco da Rocha/SP, através da análise de prontuários de mulheres que realizaram biópsia de colo uterino, associou-se a idade de 35 a 49 anos com o diagnóstico de NICII/III (GUARISI et al., 2004). Esses dados reforçam a importância do fator idade na prevenção do câncer cérvico-uterino.

Nesse contexto, é necessário que os municípios analisem de forma mais ampla e profunda o seu programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, verificando o acesso das mulheres ao exame de citologia oncótica, o fornecimento de recursos financeiros e materiais para a realização do exame, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na coleta e análise laboratorial, o tratamento disponibilizado e o acompanhamento das mulheres com resultados alterados. Somente um programa estruturado adequadamente nestas questões pode favorecer a diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino.

Em relação ao quarto objetivo, na Tabela 17, apresentam-se as frequências de adequabilidade dos exames de citologia oncótica nos municípios do DRS VIII nos anos de 2007 e 2008.

Antes da adoção da nomenclatura do sistema de Bethesda, a adequabilidade da amostra era classificada em satisfatória; satisfatória, mas limitada ou insatisfatória. Após a adoção deste sistema, a adequabilidade passou a ser binária - satisfatória ou insatisfatória (BRASIL, 2006d).

Amostra satisfatória é aquela que apresenta células em quantidade representativa, com distribuição uniforme, fixadas e coradas de modo que a visualização permita uma conclusão diagnóstica; a representatividade dos epitélios escamoso, glandular e metaplásico não constam deste item, mas estas informações devem constar no SISCOLO. Amostra insatisfatória é aquela cuja leitura esteja prejudicada por razões técnicas e não de amostragem celular. Pode ser insatisfatória por presença de material acelular ou hipocelular em < 10% do esfregaço ou pela leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular ou outros (BRASIL, 2006d).

Em 2007, a porcentagem de exames de citologia oncótica consideradas insatisfatórias foi de 0,6% e, em 2008, cujo número total de coletas foi inferior à 2007, e ,apresentou uma porcentagem superior 1,4%, representando aumento de 137,7% do número de amostras insatisfatórias. Isso pode estar refletindo na falta de capacitação dos profissionais envolvidos na coleta do exame de citologia oncótica.

Pode-se verificar na Tabela 17, que todos os municípios apresentaram aumento percentual de coleta de citologia oncótica consideradas insatisfatórias

Tabela 17 – Distribuição de freqüências de adequabilidade dos exames de citologia oncótica dos municípios do DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008. Uberaba, 2010.

Municípios	2007					2008				
	Exames realizados N ^o	Satisfatória N ^o	%*	Insatisfatória N ^o	%*	Exames realizados N ^o	Satisfatória N ^o	%*	Insatisfatória N ^o	%*
Aramina	163	162	99,4	1	0,6	23	21	91,3	2	8,7
Buritizal	331	331	100,0	-	-	321	319	99,4	2	0,6
Crist.Paulista	510	509	99,8	1	0,2	516	510	98,8	6	1,2
Franca	17.862	17.798	99,6	64	0,4	17.261	17.067	98,9	194	1,1
Guará	949	934	98,4	15	1,6	1.112	1.090	98,0	22	2,0
Igarapava	1.565	1.554	99,3	11	0,7	1.703	1.681	98,7	22	1,3
Itirapuã	273	272	99,6	1	0,4	214	210	98,1	4	1,9
Ituverava	2.286	2.259	98,8	27	1,2	2.322	2.262	97,4	60	2,6
Jeriquara	375	371	98,9	4	1,1	445	437	98,2	8	1,8
Miguelópolis	573	558	97,4	15	2,6	77	71	92,2	6	7,8
Patr.Paulista	977	972	99,5	5	0,5	937	921	98,3	16	1,7
Pedregulho	778	774	99,5	4	0,5	1.104	1.089	98,6	15	1,4
Restinga	484	479	99,0	5	1,0	288	284	98,6	4	1,4
Rib.Corrente	430	430	100,0	-	-	259	255	98,5	4	1,5
Rifaina	169	168	99,4	1	0,6	164	158	96,3	6	3,7
S.José Bela Vista	341	336	98,5	5	1,5	298	291	97,7	7	2,3
DRS VIII	28.066	27.907	99,4	159	0,6	27.044	26.666	98,6	378	1,4

* Porcentagem em relação ao total de exames realizados no município

de 2007 para 2008. Em 2007 os municípios que apresentaram maiores porcentagens de amostras insatisfatórias foram: Miguelópolis (2,6%), Guará (1,6%), Ituverava (1,2%) e Jeriquara (1,1%).

Em 2008, os municípios de Aramina e Miguelópolis, que apresentaram redução significativa do número de coletas de 2007 para 2008 são os que possuem a maior porcentagem de exames insatisfatórios (8,7% e 7,8% respectivamente), seguidos por Rifaina (3,7%), Ituverava (2,6%), São José da Bela Vista (2,3%) e Guará (2,0%).

Em pesquisa realizada em Naviraí/MS, com 2278 mulheres que realizaram o exame de citologia oncológica na Rede Pública Municipal de Saúde, observou-se porcentagem de 12,5% (295) de esfregaços insatisfatórios (ROBERTO NETO et al., 2001), valor superior ao encontrado nesta pesquisa.

Em investigação realizada com a população feminina usuária do SUS, que realizou coleta de citologia oncológica no município de Goiânia/GO, detectou-se porcentagem de 2,51% de esfregaços insatisfatórios (SILVA et al., 2005). Em outro estudo, realizado no Estado do Amazonas, através de informações do SISCOLO, verificou-se porcentagem de esfregaços insatisfatórios entre os anos de 2001 a 2005, que variou de 5,01% a 3,06% (NOBRE; LOPES NETO, 2009). Estes valores, quando comparados a média do DRS VIII, são superiores.

Em estudo realizado em Goiânia/GO, com mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, observou-se porcentagem de 0,92% de esfregaços insatisfatórios (AMARAL et al., 2006). Em outra pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais, com mulheres cadastradas no Sistema de Informações do Câncer da Mulher (SISCAM), verificou-se porcentagem de esfregaços insatisfatórios que variou de 0 a 1,22% (FEITOSA; ALMEIDA, 2007), dados estes semelhantes a média do DRS VIII encontrada nessa pesquisa.

A porcentagem de amostras insatisfatórias demonstra que os municípios do DRS VIII possuem profissionais de saúde capacitados para a coleta de citologia oncológica. Porém, neste contexto, é importante ressaltar que a classificação da adequabilidade não leva em consideração a presença das células da JEC, fundamentais para a afirmação do resultado do exame, reduzindo a taxa de resultados falso-negativos.

Quando a JEC não está representada no esfregaço, não se pode assegurar à mulher a ausência de lesão precursora do câncer cérvico-uterino, cabendo ao

profissional de saúde a decisão de repetir ou não a coleta, dependendo das condições específicas da mulher (SANTOS; MORENO; PEREIRA, 2009).

Visando analisar estas questões, em um estudo realizado com mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Goiânia/GO, verificou-se que a ausência de células endocervicais foi o fator predominante que limitava a análise dos esfregaços, representando 40,73% (AMARAL et al., 2006).

Em outro estudo, realizado com mulheres entre 14 e 78 anos, no *campus* Sorocaba/SP da Pontifícia Universidade Católica (PUC), analisou-se a qualidade do esfregaço de papanicolau realizado por alunos de enfermagem e profissionais de saúde e verificou-se que a causa predominante de esfregaços insatisfatórios foi a ausência de células da JEC (SANTOS; MORENO; PEREIRA, 2009). Se estes esfregaços fossem analisados por outro laboratório, provavelmente não teriam sido classificados como insatisfatórios e poderiam fornecer um resultado não fidedigno.

Esta questão merece ser analisada no nível municipal, visto que a porcentagem média de coletas insatisfatórias do DRS duplicou de 2007 para 2008. A capacitação profissional, visando melhor competência técnica, é de fundamental importância para a melhoria do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, pois os anos de atuação na área podem não refletir competência profissional.

Apesar de não ter sido objetivo dessa pesquisa, foi possível identificar dados relativos à anamnese dessas mulheres que, dada sua relevância para as ações de prevenção do câncer cérvico-uterino, optou-se por apresentá-los aqui.

Em 2007, 51,6% das mulheres possuíam citologia anterior, 28,0% não possuíam citologia anterior, 10,9% não informou a realização de citologia anterior e 9,5% não soube informar. Nesse mesmo ano verificou-se, em relação ao tempo da citologia anterior, que 64,2% não informou/não sabe/não tem citologia anterior, 12,6% realizou a citologia anterior há dois anos, 12,5% há um ano, 5,2% há três anos, 1,9% há quatro anos, 1,2% realizou a citologia anterior no mesmo ano, 1,0% realizou há cinco anos e 1,3% realizaram a citologia anterior há mais de 5 anos.

Em 2008, 49,4% das mulheres realizaram citologia anterior, 40,9% não possuíam citologia anterior, 7,6% não informou e 2,1% não soube informar. Quanto ao tempo de realização da citologia anterior 74,7% não informou/não sabe/ não tem citologia anterior, 11,2% realizou a citologia há um ano, 7,0% há dois anos, 2,8% há três anos, 1,2% há quatro anos, 1,0% realizou no mesmo ano e 1,8% realizou a citologia anterior há cinco anos ou mais.

Em inquérito domiciliar realizado em São Luís/MA, com mulheres de 25 a 49 anos, observou-se que 82,4% das mulheres haviam realizado citologia anterior, sendo que 65,8% realizou o exame atual com intervalo inferior a 13 meses da citologia anterior (OLIVEIRA et al., 2006), corroborando com esta pesquisa.

Em outro estudo realizado com mulheres de 18 a 35 anos de idade, em uma Unidade Básica de Saúde de Natal/RN, constatou-se frequência anual de realização de citologia oncológica (DAVIM et al., 2005).

Através de outro estudo realizado no Estado do Amazonas, com informações do SISCOLO dos anos de 2001 a 2005, observou-se um decréscimo das respostas “não saber” informar se houve citologia anterior, passando de 67,83% para 5,65% (NOBRE; LOPES NETO, 2009). De forma semelhante a essa pesquisa, mas com porcentagens muito inferiores, observou-se uma diminuição das respostas “não sabe” de 9,5% para 2,1%. Por outro lado, houve aumento da resposta não informou/não sabe/não tem citologia anterior de 64,2% para 74,7%. Contudo percebe-se um aumento significativo no percentual de mulheres que não tinham citologia anterior, de 28,0% em 2007 para 40,9% em 2008.

Ressalta-se duas questões discutidas pela OMS. A primeira propõe a países com recursos econômicos muito limitados que seja realizada uma citologia oncológica pelo menos uma vez na vida, em todas as mulheres ao redor de 40 anos. E, à medida que se dispuser de mais recursos, oferecer o controle a cada cinco ou 10 anos para as mulheres entre 35 e 55 anos. A segunda questão está relacionada à periodicidade considerada ideal para a prevenção do câncer do colo uterino, que é adotada pelo Ministério da Saúde, para que seja efetuado o exame anualmente, por dois anos, a partir de 25 anos de idade e esses forem negativos, a cada três anos até os sessenta anos (WHO, 1998).

Nesse contexto, salienta-se a importância do aumento na realização da primeira citologia oncológica e de manter uma periodicidade correta na realização deste, como sinal de melhor execução do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino nos municípios do DRS VIII.

5 CONCLUSÃO

Nos anos de 2007 e 2008 foram realizados, respectivamente, 28.066 e 27.044 exames de citologia oncótica nas Redes Públicas Municipais dos Municípios do DRS VIII de Franca/SP, utilizando o Laboratório Municipal de Citologia de Franca como local de análise dos esfregaços. Houve diminuição de 3,65% de exames realizados em 2008, comparado com 2007.

A razão de exames realizados pelas mulheres de 25 | 59 anos, no DRS, no ano de 2007, foi de 0,16 exame/mulher/ano, destacando-se os municípios de Jequara, Ribeirão Corrente, Buritizal, Cristais Paulista, Patrocínio Paulista e Restinga, com razões superiores ao DRS VIII, à região Sudeste e à média nacional. Entretanto os municípios de Aramina e Miguelópolis apresentaram razões extremamente inferiores. Em 2008 a razão do DRS foi de 0,15 exame/mulher/ano, destacando-se os municípios Jequara, Buritizal, Cristais Paulista, Patrocínio Paulista, Pedregulho e Ribeirão Corrente, com valores superiores às médias do DRS VIII, da região Sudeste e da média nacional. Novamente, em 2008, Aramina e Miguelópolis, apresentaram razões extremamente pequenas.

Concernente à cobertura anual de realização de exame de citologia oncótica, verificou-se no ano de 2007, média de 16,4%, e, em 2008, média de 15,1% exames realizados em mulheres de 25 | 59 anos. Esta faixa etária foi responsável por 70,9% e, 70,8% das coletas de citologia oncótica, em 2007 e 2008, respectivamente. Entretanto, a faixa etária de 20 | 29 anos foi a que apresentou maior porcentagem de realização de coletas de citologia oncótica.

Os dados referentes à escolaridade não puderam ser analisados, pois esta informação não estava registrada no SISCOLO em 98,6% das citologias oncóticas analisadas em 2007 e, em 99,8% em 2008, inferindo-se assim, falha dos profissionais envolvidos na coleta e/ou digitação dos dados.

Em relação à frequência dos resultados, em 2007, verificou-se 62,3% de resultados considerados dentro do limite de normalidade e 36,7% resultados com laudo de inflamação. Em 2008, ocorreu diminuição da porcentagem dos resultados considerados dentro do limite da normalidade (59,5%) e, aumento nos resultados de inflamação (38,8%).

Quanto à análise de microbiologia, constatou-se que a categoria “outros” foi predominante nos anos de 2007 (51,6%) e 2008 (54,0%) prejudicando a análise dos dados, visto que nessa categoria estavam incluídos também os microorganismos que possuem coluna própria para digitação, o que aponta novamente para a importância da capacitação dos profissionais envolvidos no programa de prevenção do câncer cérvico-uterino. Em 2007, houve maior porcentagem de Lactobacilos (30,0%), *Cândida albicans* (5,1%) e Cocos (3,6%); em 2008, Lactobacilos (29,2%), Cocos (3,9%) e *Candida albicans* (3,5%).

As alterações em células epiteliais escamosas representaram 0,2% (n^o 63) e, 04% (n^o 103) dos resultados em 2007 e 2008, e as alterações em células epiteliais glandulares 0,2% em 2007 (n^o 43) e 2008 (n^o 61). A alteração em células epiteliais mais frequente foi ASCUS “possivelmente não neoplásico”, representando 0,1% (n^o 22) em 2007 e 0,2% (n^o 49) em 2008.

Concernente à adequabilidade das amostras de citologia oncótica em 2007, 0,6% foram consideradas insatisfatórias e, em 2008, 1,4%, significando aumento de 137,7% no número de amostras insatisfatórias.

Evidencia-se a necessidade de ações que implementem o programa de prevenção de câncer cérvico-uterino do DRS VIII, Franca/SP, visto que a razão e cobertura de realização do exame de citologia oncótica estão aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Constata-se limitações de informações no SISCOLO e deficiências de preenchimento de requisição do exame e/ou da digitação e/ou erros na digitação dos dados no sistema. Assim existe a necessidade de buscar estratégias que minimizem estas questões, como por exemplo, a inclusão dos exames de citologia oncótica realizados pela saúde suplementar no SISCOLO, capacitação periódica dos profissionais envolvidos e educação em saúde com a população feminina.

Frente ao exposto, concluí-se que o SISCOLO fornece informações que auxiliam na avaliação do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino permitindo melhor delineamento das ações e programas de saúde de modo regionalizado, contribuindo para a redução da morbimortalidade por esse tipo de câncer.

REFERÊNCIAS

- ADAD, S. J. et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. **Rev. Paul. Med.**, São Paulo, v. 119, n. 6, p. 200-205, 2001.
- ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 (supl. 2), p. 301- 309, 2009.
- AMARAL, R. G. et al. Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 3-6, 2006.
- AMORIM, V. M. S. L. Fatores associados à não realização do exame de papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329- 2338, 2006.
- BASTOS, A. C. Períodos da evolução genital e funções dos órgãos genitais. In: _____. **Ginecologia**. 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 28- 35.
- BOATTO, H. F. et al. Correlação entre os resultados laboratoriais e os sinais e sintomas clínicos das pacientes com candidíase vulvovaginal e relevância dos parceiros sexuais na manutenção da infecção em São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 80-84, 2007.
- BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, (supl. 1), p. 111-122, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico – organizando a assistência**. Brasília: MS, 2002c.
- _____. **Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico- profissionais de saúde**. Brasília: MS, 2002b.
- _____. **2004: Ano da Mulher**. Brasília: MS, 2004b.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Coleta do papanicolaou e ensino do auto exame da mama:** manual de procedimentos técnicos e administrativos. Brasília: MS, 2004c.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. **Situação do câncer no Brasil.** Brasília: INCA, 2006a.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. **Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM.** 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br> >. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Sistema de informação do câncer do colo do útero – SISCOLO:** manual para o módulo laboratório. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. **Sistema de informação do câncer do colo do útero – SISCOLO:** manual para o módulo coordenação. Rio de Janeiro: INCA, 2006c.

_____. **Estimativa 2008:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006d.

_____. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília: MS, 2006b.

BRENNNA, S. M. F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, 2001.

CALAZAN, C.; LUIZ, R. R.; FERREIRA, I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 325-331, 2008.

CARDOSO, A. C. et al. Prevenção do câncer do colo do útero no município de Mozarlândia-GO. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v. 2, n. 2 (supl.), p. 41-43, 2005.

CARVALHO, J. P. Câncer do colo do útero: quadro clínico e diagnóstico. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**: volume 2. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 2171-2173.

CECHINEL, K. C. et al. Cobertura do teste de papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma – Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 39-44, 2009.

CESAR, J. A. et al. Fatores associados à não realização de exame citológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. **Cad saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96**: Normas de Pesquisa em Saúde. Diário Oficial da União de 10/10/96. Brasília: MS, 1996.

COSTA, Z. et al. Actinomyces-like organisms in the cervical Papanicolaou-stained smears of intrauterine device (IUD) users. **R. Ci. Méd. Biol.**, v. 3, n. 2, p. 159-164, 2004.

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 296- 302, 2005.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Rev Panam Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 308-313, 1998.

DIÓGENES, M. A. R.; REZENDE, M. D.S.; PASSOS, N. N.G. Aspectos éticos e legais da consulta de enfermagem ginecológica. **Conselho Regional de Enfermagem**, Fortaleza, v. 6, p. 26-28, 2001.

EACP: EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. **Eur. J. Cancer**, v. 29, p. 1-4, 1993.

FAHEY, M. T.; IRWIG, L.; MASCASKILL, P. Meta-analysis of pap test accuracy. **American Journal of Epidemiology**, v. 141, p. 680-689, 1995.

FAJARDO, S. et al. **Relatório 2006**. Porto Alegre: PMPorto Alegre, 2007.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA, R. T. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 907-917, 2007.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame de papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FERREIRA, L. M. L.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S.; ELUF NETO, J. Tendências da mortalidade por câncer de útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 136-142, 2004.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GERK, M. A. S. Prática de enfermagem na assistência ginecológica. In: BARROS, S. M. O. (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. p. 429-70.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Regionais de saúde. **Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2007.**

Disponível em: <

http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp>.

Acesso em: 15 fev. 2010.

GUARISI, R. et al. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 7-15, 2004.

GUEDES, T. G.; PORDEUS, A. M. J.; DIÓGENES, M. A. R. Análise epidemiológica do câncer de colo de útero em serviço de atendimento terciário no Ceará- Brasil. **RBPS**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 205-210, 2005.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

HAKEMA, M.; LOUHIVOUORI, K. A. A screening program for cervical cancer that worked. **Cancer Surv.**, v. 7, p. 403-16, 1988.

HANSELAAR, A. G. J. M. Criteria for organized cervical screening programs. Special emphasis on the Netherlands Program. **Acta Cytol.** v. 46, p. 619-29, 2002.

HOWELL, S. et al. Quality assurance in cytology rescreening of previously negative smears from high grade squamous intraepithelial lesions. **Acta Cytol.** v. 41, p. 1085-90, 1997.

LAZCANO-PONCE, E. C. et al. Factores que determinan la participación em el tamizaje de cáncer cervical em el estado de Morelos. **Salud Pública de México**, v. 41, n. 4, p. 278-285, 1999.

MAEDA, M. Y. S. et al. Estudo preliminar do SISCOLO-qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. **J Bras Patolo Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 40, n.6, p. 425-429, 2004.

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.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MEDEIROS, V. C. R. D. et al Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatologica no Estado do Rio grande do Norte. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 227-231, 2005.

MITCHELL, H.; MEDLEY, G. Differences between papanicolaou smears with correct and incorrect diagnoses. **Cytopathol**, v. 6, p. 368-75, 1995.

MORELLI, M. G. L. O. **Lesões citológicas em um rastreamento populacional para câncer do colo uterino e tempo de atividade sexual das mulheres**. 2000. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2000.

MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511- 2520, 2008.

NAI, G. A. et al. Frequência de Gardnerella vaginalis em esfregaços vaginais de pacientes hysterectomizadas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 162-165, 2007.

NOBRE, J. C. A. A.; LOPES NETO, D. Avaliação de indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 213-220, 2009.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exams preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1023- 1035, 2006.

OLIVEIRA, E. R. Z. M. **Detecção de infecção genital por papilomavírus humano e anormalidades citológicas em mulheres jovens de baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis**. 2002. Dissertação. [Mestrado] - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2002.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, P. M. et al. Vulvovaginites em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 121-126, 2008.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico uterino. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 26, n. 2, p. 319- 324, 2004.

PINHO, A. A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (supl. 2), p. 303-313, 2003.

RACHO, D.; VARGAS, V. R. A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer do colo do útero em uma comunidade universitária. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 59-63, 2007.

RIVOIRE, W. A. et al. Bases biomoleculares da oncogênese cervical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 179-184. 2001.

ROBERTO NETO, A. et al. Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do Ministério da Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 209-216, 2001.

ROSA, M.I.; RUMEL, D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Rev. Bras Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 65-70, 2004.

ROTELI-MARTINS, C. M. et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um rastreamento brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 580-587, 2007.

SÁNCHEZ, J. A. et al. Incidencia del bacilo de Doderlein y su influencia em la presencia de otros microorganismos en el canal vaginal. **Univ. Méd. Bogotá**, Bogotá, v. 49, n. 2, p. 172-179 , 2008.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da região Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571-578, 2003.

SANTOS, J. O. et al. Alterações cérvico-uterinas em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Campinas-SP. **Rev Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 439-445, 2007.

SANTOS, M. L.; MORENO, M. S.; PEREIRA, V. M. Exame de papanicolaou: qualidade do esfregaço realizado por alunos de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 19-25, 2009.

SEADE: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. SSPP: Sistema Seade de Projeções Populacionais. São Paulo: Fundação SEADE, c2007. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

SILVA, D. W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame de papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVA, P. R. et al Principais causas que limitam ou tornam as amostras insatisfatórias que podem comprometer a análise dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. In: CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA UFG – CONPEEX, 2. 2005, Goiânia. **Anais eletrônicos do XII Seminário de Iniciação Científica**. Goiânia: UFG, 2005. 1 cd-rom.

SILVEIRA, P. G.; PESSINI, S. A. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**: volume 2. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 2128-2148.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010.

TAVARES, T. G. et al. Cervicites e seus agentes na rotina dos exames colpocitológicos. **DST- J Bras Doenças Sex Transm**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 30-34, 2007.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, 2005.

THULER, L. C. S.; ZARDO, L. M.; ZEFERINO, L. C. Perfil dos laboratórios de citologia do Sistema Único de Saúde. **J Bras Patolo Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 103-114, 2007.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43 (Esp 2), p. 1193-1198, 2009.

VIZCAINO, A. P. et al. International Trends in Incidence of Cervical Câncer Squamous - cell carcinoma. **Int. J. Cancer**, v. 86, p. 429-435, 2000.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the Prevention and Control of Common Cancers**. Geneva: WHO, 1998.

_____. **Cervical cancer, human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals**. Geneva: WHO, 2007.

_____. Control of cancer of the cervix uterin. **Bull**, Geneva, WHO, v. 64, p. 607-618, 1986.

_____. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV information centre). **Human papillomavirus and related cancers in Brazil**. Geneva: WHO, 2009.

ANEXOS

ANEXO A - REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
<i>Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama</i>	
UF	CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde	
Município	Prontuário
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Cartão SUS	
Nome Completo da Mulher	
Nome Completo da Mãe	
Identidade	Apelido da Mulher
Órgão Emissor	UF
CNPJ (CPF)	
Data de Nascimento	Idade
Dados Residenciais	
Logradouro	
Número	Complemento
Código do Município	Município
Bairro	UF
CEP	DDD
Telefone	
Ponto de Referência	
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo <input type="checkbox"/> 3º Grau Completo	
DADOS DA ANAMNESE	
<p>1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?</p> <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____	<p>6. Já fez tratamento por radioterapia?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<p>7. Data da última menstruação / regra:</p> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra
<p>2. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>3. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>4. Usa pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p>8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
	<p>9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
EXAME CLÍNICO	
<p>10. Inspeção do colo</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado	<p>11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da coleta	Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido 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
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
- Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

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

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp*
- Cocos
- Sugestivo de *Chlamydia sp*
- Actinomyces sp*
- Candida sp*
- Trichomonas vaginalis*
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
- Bacilos supracitoplasmáticos (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 intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide 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: _____

Data da liberação: _____

Responsável pelo resultado: _____

CNPJ (CPF): _____

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



1/3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Substanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO NA DRS VIII DE FRANCA NOS ANOS DE 2007 E 2008
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 08-04-2009
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1358

SUMÁRIO DO PROJETO

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Analisar informações do Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino – SISCOLO do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca/SP, segundo as características da regional e sua população feminina e adequabilidade das amostras de papanicolaou.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Calcular a razão entre os exames de papanicolaou realizados e a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos nos anos de 2007 e 2008 nos municípios da DRS VIII de Franca/SP;
- Identificar as faixas etárias e a escolaridade da população feminina submetidas ao exame de papanicolaou nos anos de 2007 e 2008 nos municípios da DRS VIII de Franca/SP;
- Calcular e analisar a incidência dos resultados dos exames de papanicolaou coletados nos anos de 2007 e 2008 nos municípios da DRS VIII de Franca/SP;
- Calcular a porcentagem de amostras satisfatórias e insatisfatórias nos anos de 2007 e 2008 nos municípios da DRS VIII de Franca/SP.

2. JUSTIFICATIVA

Analisar a faixa etária da população feminina submetida ao exame de papanicolaou, o número total de exames realizados e os resultados, em um determinado espaço geográfico e num determinado tempo é salutar na medida em que possibilita a elaboração de políticas voltadas para a realidade local. Neste contexto, nosso objetivo de estudo mostra-se válido e importante para organizar um programa de prevenção, priorizando grupos de riscos, por idade e escolaridade, para diminuir a taxa de mortalidade por câncer cérvico uterino.

Diante da importância do exame de papanicolaou para prevenção e promoção da saúde, pretendemos desenvolver este estudo considerando nossa vivência na rede pública municipal de saúde pertencente a DRS VIII de Franca/SP, onde atuamos há oito anos no programa municipal de prevenção do câncer cérvico uterino. Pretendemos com este estudo contribuir para o estabelecimento de propostas concretas para a melhoria das Políticas Públicas de Saúde da regional de Franca/SP para a prevenção do câncer cérvico uterino.

3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

as coletas de papanicolaou realizadas na rede pública dos municípios da DRS VIII de Franca nos anos de 2007 e 2008 e encaminhadas para análise no laboratório municipal de citologia de Franca, fazendo parte do banco de dados do SISCOLO neste laboratório.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão:

- O município que faz parte da DRS VIII de Franca.
- O município que autorizar a realização da pesquisa.

Exclusão

- O município que não autorizar a realização da pesquisa.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO NA DRS VIII DE FRANCA NOS ANOS DE 2007 E 2008
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 08-04-2009
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1358

O município que, apesar de pertencer à DRS VIII de Franca, não utiliza o banco de dados do SISCOLO desta regional.

5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

Utilizaremos o banco de dados do Sistema de Informação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), situado no laboratório Municipal de Franca, executando a importação de todos os dados referentes aos anos de 2007 e 2008 para o *software Excel*.

Serão analisadas as variáveis: idade, escolaridade, utilização de DIU, hormônios e anticoncepcional, resultados dos exames, qualidade das coletas.

Análise dos dados

Os dados obtidos serão tabulados e analisados de modo descritivo com a análise de distribuição de frequências para caracterização da população segundo suas variáveis. Sendo ainda determinadas as razões entre exames realizados e a população feminina com 25 a 59 anos, a escolaridade e porcentagem de gestantes, de usuárias de DIU e hormônio, bem como a análise dos resultados e a qualidade dos esfregaços.

Havendo possibilidade de associação entre variáveis de interesse, o teste estatístico será selecionado de acordo com as características das mesmas, respeitando as orientações da bioestatística, como exemplo, o teste qui-quadrado (χ^2).

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

A coordenação de pós-graduação *stricto sensu* – mestrado em Atenção à Saúde, a disciplina de Saúde da Mulher, a biblioteca Frei Eugênio e o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro conta com materiais como computador, impressora, xerox, livros e a infra-estrutura necessária para a realização do estudo.

Segue em anexo cópia de alguns documentos de autorização dos municípios da DRS de Franca, sobre o levantamento de informações através do SISCOLO desta regional. Esclarecemos que a Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Franca através de sua diretora, Adriana Ruzene, e os municípios que não se manifestaram autorizando a coleta de dados solicitaram a aprovação prévia do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa para após, liberar a autorização para coleta.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Neste estudo o risco de danos físicos são inexistentes, pois trabalharemos apenas com os dados do sistema de informação do programa de prevenção do câncer cérvico uterino (SISCOLO).

Todas as informações serão coletadas e manipuladas apenas pelos pesquisadores que garantirão o sigilo das informações utilizando-as apenas para este fim. Os nomes das mulheres envolvidas serão omitidos. O interesse da pesquisa é apenas em relação ao perfil desta população assim como a análise dos resultados dos exames.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Os resultados do estudo serão utilizados em benefício das mulheres e/ou da comunidade. Servirão para melhorar o atendimento e à assistência na prevenção do câncer cérvico uterino, quando a população desfrutará dos seus benefícios através de ações mais efetivas de assistência.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO NA DRS VIII DE FRANCA NOS ANOS DE 2007 E 2008
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Sueli Riul da Silva
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 08-04-2009
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1358

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Para desenvolvimento do estudo serão necessários:

1. papel A4 – 4 pacotes = R\$ 60,00
2. cartucho de tinta preta para impressora – 3 frascos = R\$ 150,00
3. cartucho de tinta colorida – 1 = R\$ 50,00
4. CD – 3 unidades = R\$ 3,00
5. Pen drive – 1 de 4Giga = 120,00

O material de consumo para coleta dos dados será adquirido sob responsabilidade dos pesquisadores.

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

Salário de professor adjunto.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

Trata-se de um estudo realizado com uma população, onde os dados serão obtidos através de um sistema de informação já implantado no serviço, não havendo contato com os sujeitos. Entendemos que não será oportuno convocar as mesmas para se obter o consentimento pessoal de cada uma, o que traria incômodo e até apreensão por parte das mulheres.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 04/08/2009

Prof^a. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora