



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Andressa Pedreira Moraes dos Santos

Seguimento do Cuidado em Casos de Citopatológicos de Colo de Útero

Alterados na APS

Rio de Janeiro

2025

Seguimento do Cuidado em Casos de Citopatológicos de Colo de Útero

Alterados na APS



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Enf. Ms. Laís Peixoto Schimidt

Rio de Janeiro

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado até aqui e realizado meu sonho de realizar essa especialização que tanto almejei. “De fato, grandes coisas o Senhor fez por nós; por isso, estamos alegres.” Salmos 126.3

Agradeço aos meus pais Antônio e Andreia, que sempre lutaram para que eu seguisse meus sonhos, sem eles com certeza não chegaria até aqui. Agradeço a minha família que tanto amo. Agradeço ao meu amor, marido e melhor amigo, Robson, que me incentivou todos os dias na realização dessa residência e me acompanhou lado a lado na escrita deste trabalho.

À minha querida preceptora Fabíola, que com muita dedicação, encorajamento e companheirismo me acompanhou e me ensinou a ser enfermeira de Família e Comunidade, juntamente com os profissionais incríveis que encontrei nessa trajetória. Obrigada por tanto.

Agradeço à minha orientadora Laís, por sua contribuição na construção desse trabalho, que sem medir esforços, esteve tão presente e me auxiliou nesse processo.

Agradeço ao meu amigo Anderson, parceiro e irmão nessa residência, e minha querida turma com quem compartilhei e aprendi tanto nesses dois anos.

À minha querida e amada Clínica Assis Valente, onde pude de fato aprender e atuar como enfermeira de Família e Comunidade, aos profissionais incríveis e potentes por contribuir com minha formação, especialmente minha gerente Camilla, obrigada por me receberem tão bem. À minha equipe Ema, obrigada pela parceria de trabalho e por me incentivarem a ser uma melhor profissional, vou carregar o que aprendi com vocês para sempre comigo. Uma vez Valente, sempre Valente.

RESUMO

DOS SANTOS, Andressa Pedreira Moraes. *Seguimento do Cuidado em Casos de Citopatológicos de Colo de Útero Alterados na APS. 2025. 55 f.* Tese em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

O presente estudo busca discutir a respeito do seguimento no cuidado de pacientes que apresentam resultado alterado de citopatológico na APS, elencando os principais fatores que contribuem para o seguimento inadequado e identificando estratégias para melhoria no cuidado. Trata-se de um estudo retroativo quanti-qualitativo de abordagem descritiva com a finalidade de analisar como é realizado o seguimento do cuidado em três equipes de saúde da família com as maiores taxas de realização do exame citopatológico em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, no período de junho de 2023 a maio de 2024. Foram identificados 34 resultados de citopatológicos alterados nas equipes selecionadas, representando 40,4% das alterações totais da unidade neste período. Dessas alterações, 52,9% foram resultados de alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e uma apresentou lesão de baixo grau. Dentre elas, somente 10,5% das usuárias realizaram a recoleta no período determinado, conforme as recomendações das diretrizes; 26,3% coletaram o novo exame após o período preconizado; e 47,3% não realizaram a nova coleta. No que diz respeito às alterações que necessitam de encaminhamento para colposcopia, 44,11% das pacientes apresentaram tais alterações. Todas tiveram seus encaminhamentos solicitados via SISREG, sendo que em 80% dos casos, suas consultas foram agendadas no período superior a 30 dias após a coleta ou diagnóstico e somente 26,6%, retornaram na APS após consulta com especialista e realização da colposcopia. Como fatores que contribuíram para inadequação do cuidado foram identificadas a falta do retorno das usuárias à unidade, ou retorno com tempo superior ao necessário para recoleta do citopatológico, assim como a ausência de contrarreferência da atenção secundária após a realização da colposcopia. As principais estratégias implementadas pelas equipes para melhoria do acompanhamento foram a gestão de lista, vigilância em saúde, acompanhamento dos encaminhamentos via SISREG, oferta de coleta de citopatológico tanto agendadas como de forma oportunística no atendimento de demanda livre, e a busca ativa através das Agentes Comunitárias de Saúde. A partir deste estudo, fica evidente que apesar das diretrizes bem estabelecidas no país, que orientam quanto à conduta frente aos resultados apresentados no exame citopatológico de colo de útero, ainda é percebido inadequações no cuidado dessas usuárias.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Neoplasia de colo de útero;
Atenção Primária à Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Média do número de mulheres, de 25 a 64 anos, cadastradas por equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde de junho de 2023 a maio de 2024.....	26
Gráfico 2 –	Número de citopatológicos de Colo de Útero coletados pelas equipes de Saúde da Família na Unidade de Saúde de junho de 2023 a maio de 2024.....	27
Gráfico 3-	Taxa de cobertura do exame citopatológico de colo de útero por equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde de junho de 2023 a maio de 2024.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Recomendações de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero para as alterações analisadas na pesquisa.....	33
Quadro 2 –	Seguimento do cuidado após diagnóstico de atipia em célula escamosa possivelmente não neoplásica.....	34
Quadro 3 –	Seguimento do cuidado após alterações em citopatológico de colo de útero que necessitam de encaminhamento para colposcopia.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Quantidade total de citopatológicos alterados nas equipes selecionadas para análise de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.....	30
Tabela 2 -	Quantidade de citopatológicos alterados na equipe D de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.....	31
Tabela 3 -	Quantidade de citopatológicos alterados na equipe E de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.....	31
Tabela 4 -	Quantidade de citopatológicos alterados na equipe F de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CCU	Câncer de Colo de Útero
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	JUSTIFICATIVA	13
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1	Panorama Clínico-Epidemiológico no Brasil.....	14
4.2	Diretrizes e recomendações sobre o Câncer de Colo Uterino no Brasil.....	15
4.3	Atenção Primária de Saúde como coordenadora do cuidado em casos de Câncer de Colo Uterino.....	20
5	METODOLOGIA	23
6	ASPECTOS ÉTICOS	25
7	RESULTADO E DISCUSSÃO	25
7.1	Características das Equipes.....	25
7.2	Seguimento do cuidado de acordo com as alterações apresentadas.....	33
7.3	Fatores que contribuem para o seguimento inadequado do cuidado.....	41
7.4	Estratégias implementadas pelas equipes.....	43
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
9	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO I – Cronograma	50
	ANEXO II –Carta de Anuência	51
	ANEXO III - Pedido de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
	ANEXO IV- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	53
	ANEXO V- Orçamento	54

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída no Brasil em 2004, estabelece princípios e diretrizes que refletem o compromisso com a implementação de ações de saúde para contribuir com a garantia de direitos humanos das mulheres, reduzindo a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dentro dos enfoques estabelecidos na política, o de Doenças Crônico-degenerativas e Câncer ginecológico fazem parte de outras temáticas que estão além do ciclo gravídico-puerperal, deixando em evidência que a saúde da mulher necessita de uma abordagem biopsicossocial, voltada assim para integralidade do cuidado.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2022), o terceiro tipo de câncer mais comum em mulheres no Brasil, é o câncer de colo de útero, sendo só no ano de 2022, estimados 16.710 casos, o que representa um risco de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. A taxa de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020 (INCA, 2022).

Também chamado de câncer cervical, o câncer de colo uterino, é causado pela infecção persistente de alguns tipos do papilomavírus humano (HPV), chamados de tipos oncogênicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). É caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, e dependendo da origem do epitélio atingido, pode ser classificado em carcinoma epidermóide e adenocarcinoma, onde o carcinoma epidermóide, que acomete o epitélio escamoso, costuma ser o mais incidente, representando 90% dos casos (INCA, 2022).

Para a detecção de lesões precursoras e o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, o citopatológico de colo uterino é o exame de rastreio recomendado é realizado em mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram sua vida sexual em algum momento (INCA, 2016). É também chamado de esfregaço cervicovaginal, colpocitologia oncótica cervical, Papanicolau ou preventivo do colo de útero, e deve ser realizado trienalmente após dois exames anuais negativos. A sua realização é a principal estratégia para detecção de lesões e a realização do diagnóstico nos estágios iniciais antes mesmo do surgimento dos sintomas (FIOCRUZ, 2019).

Dentro das possibilidades de resultados do citopatológico de colo de útero, espera-se que uma amostra adequada tenha representado na lâmina células escamosas, glandulares e metaplásicas. A partir da análise da amostra e da identificação de atipias

nessas células, existem diferentes recomendações de conduta, desde a repetição do exame em um intervalo menor de tempo, a encaminhar para realização de colposcopia na atenção especializada de saúde (INCA, 2016).

Como destacado no PNAISM, há uma necessidade de implantar medidas para viabilizar a captação de usuárias mais vulneráveis, ampliar a oferta do exame de rastreio precoce e implementar um sistema de referência, almejando a continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária de Saúde (APS) é considerada sua porta de entrada, além de ser o primeiro nível de atenção e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A partir disso, a APS resolve a maior parte dos problemas mais comuns de saúde da população, organizando fluxos e contrafluxos na RAS e coordenando o cuidado dos usuários independentemente do nível de atenção que esteja inserido. Para cumprir esse papel, a APS deve ser o nível fundamental dessa rede, visto que possui o primeiro contato com os usuários na comunidade, e deve realizar um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo estudo de Ferreira et. al (2022), que teve por objetivo investigar conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora (MG) sobre o controle do câncer de colo de útero de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, observou-se que de 93% dos profissionais entrevistados, 39,4% apresentaram conhecimentos adequados. Em relação às atitudes adequadas, somente 59,5% dos profissionais apresentaram tais habilidades.

Dessa forma, fica evidente que apesar de ter estudos e protocolos que baseiam a prática profissional em evidências científicas, a falta de conhecimento e atitudes adequadas podem prejudicar o seguimento no cuidado das usuárias. Ferreira et. al (2022) também cita Laganá et. al (2013):

“Laganá observa que o rastreamento só é justificável se houver tratamento adequado das pacientes com resultado alterado, lembrando que o seguimento dessas mulheres é muitas vezes difícil, pela não organização dos serviços e a descontinuidade das ações de controle. Ressalte-se, contudo, que esforços são necessários para que sejam realizados e se obtenha uma vigilância maior desse tipo de câncer, principalmente em populações menos favorecidas.”
(Ferreira et. al 2022 *apud* Laganá et. al 2013)

Nesse sentido, quando o seguimento do cuidado não é realizado de forma

adequada as usuárias ficam expostas a possíveis complicações de saúde. No caso do câncer de colo de útero, que possui progressão lenta, a detecção de lesões precursoras tardiamente aumenta as chances de evolução para formas mais graves. Ademais, quando há confirmação de alteração no citopatológico de colo de útero, o atraso na busca ativa da usuária e o encaminhamento tardio para realização de outros exames também aumentam as possíveis complicações de saúde.

Para Sales et. al. (2020), “a coordenação do cuidado corresponde à organização e interação dos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tem a finalidade de atender às necessidades dos pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde.” (p.109) Dessa forma, através da coordenação do cuidado, a APS realiza a captação da usuária, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde e pela referência para atenção especializada quando necessário.

Os atributos da APS, discutido por Bárbara Starfield (2002) são: Atenção no Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado. Sendo um desses atributos, a coordenação do cuidado tem como objetivo ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que correspondam às necessidades de saúde apresentadas de forma integral através de diferentes pontos da rede. Sem a sua implementação, o primeiro contato torna-se uma função administrativa e a longitudinalidade perderia seu potencial além de comprometer a integralidade do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Deste modo, a coordenação do cuidado, aliada a longitudinalidade e integralidade das ações em saúde, são a garantia de um cuidado efetivo. Entretanto, apesar da importância dessas ações, existem diversos desafios para o seu pleno funcionamento. A fragmentação das redes de atenção, a ausência de tecnologias de informação para registro unificado e a precariedade no processo de comunicação nos diversos pontos da rede assistencial de saúde, são alguns dos obstáculos observados (REZENDE et. al. 2022).

A partir desse pressuposto, pretende-se analisar como ocorre a coordenação do cuidado de pacientes com alterações em seus citopatológicos, elencando os principais fatores que contribuem para o cuidado inadequado das usuárias e identificando as principais estratégias para a melhoria do cuidado, em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar como ocorre o seguimento do cuidado de mulheres com citopatológico alterados, em uma Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elencar quais os principais fatores que contribuem para o seguimento inadequado de pacientes que apresentam alterações no resultado de citopatológico de colo de útero realizados na APS.

Identificar estratégias para a melhoria do cuidado e seguimento de pacientes que apresentam alterações no resultado de citopatológico de colo de útero realizados na APS.

3. JUSTIFICATIVA

A pesquisa foi construída levando em consideração as vivências de uma residente de enfermagem do Programa de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, inserida em uma equipe da ESF, em uma Clínica da Família na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Durante essa vivência foi possível perceber entraves do cuidado que refletem no seguimento inadequado de pacientes com alteração nos resultados do exame citopatológico de colo de útero.

Como citado anteriormente, apesar do entendimento sobre a importância das ações de coordenação do cuidado em saúde, os desafios para seu pleno funcionamento são múltiplos, principalmente em casos de pacientes em tratamento prolongado, como nas situações de câncer de colo de útero. Normalmente, pacientes em cuidado prolongado utilizam serviços em todo nível de atenção, exigindo um maior esforço da coordenação do cuidado (REZENDE et. al. 2022). Dessa forma, o seguimento adequado do cuidado em saúde é imprescindível tanto para a garantia de acesso ao tratamento referência e contrarreferência em tempo oportuno, como para evitar complicações e consequências irreversíveis.

Assim, essa pesquisa se justifica devido à importância de elencar as principais dificuldades enfrentadas no contexto do seguimento e coordenação do cuidado, e identificar estratégias para melhoria do cuidado de pacientes com alterações no citopatológico de colo de útero, contribuindo assim para uma melhoria na assistência.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Panorama Clínico-Epidemiológico no Brasil

No Brasil, os primeiros estudos sobre rastreamento e prevenção do câncer de colo uterino foram evidenciados no final da década de 30, desenvolvidos inicialmente em centros de pesquisas universitários. Nos anos 50, a detecção do câncer era uma atividade ainda voltada para os gabinetes universitários, mas também presentes em instituições locais de atendimento público, consultórios ginecológicos privados ou conveniados, hospitais e ambulatórios públicos e filantrópicos, financiados então pelo Serviço Nacional do Câncer (TEIXEIRA, 2015).

O câncer de colo de útero obteve maior visibilidade do Ministério da Saúde após a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984. Houve o aumento do incentivo às ações educativas e ampliação na oferta de exame Papanicolau, apesar de ficar evidente que as preocupações governamentais na época eram referentes ao ciclo gravídico-puerperal e controle de natalidade (TEIXEIRA, 2015).

As altas taxas de mortalidade por câncer de colo de útero levaram o M.S. a desenvolver um projeto-piloto em 1996, nomeado “Viva Mulher”, voltado para mulheres de 35 a 49 anos. A partir disso, foram desenvolvidos protocolos para padronizar a coleta de material, seguimento e conduta frente às alterações citológicas possíveis. Em 1998, o projeto foi expandido para todo o Brasil como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero Viva Mulher, com a implementação de estratégias de estruturação da rede assistencial, um sistema de informações e monitoramento, como o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) (INCA, 2016).

O SISCOLO, disponível desde 1999, registra os dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL, 2013). De acordo com os dados do SISCOLO, no ano de 2000, a Região Norte teve o menor número de realização do exame citopatológico de colo de útero, comparada com outras regiões do país.

Na época, a incidência e taxa de mortalidade por câncer de colo de útero vinham aumentando do ponto de vista temporal. Em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, já em 1998 era de 4,45/100.000, correspondente a uma variação de 29%. Para o ano de 2001, eram esperados 3.725 óbitos por câncer de colo uterino e 16.270 novos casos em todo país (INCA, 2002).

A taxa de rastreamento atualmente no país tem aumentado em relação ao período de 2020, apesar de observar-se uma queda na realização de exames em consequência da pandemia de Covid-19. Em 2022, já era possível notar um crescente aumento no número de exames em todas as regiões do país. Nas Regiões Norte e Nordeste os valores superaram o quantitativo anterior à pandemia, sendo de 82,37 e 80,72% em 2020 e 84,19 e 82,68% em 2022, respectivamente (INCA, 2023).

Atualmente, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil em 2021 foi de 4,51 óbitos/100.000 mulheres. As maiores taxas de mortalidade do país se concentram na região Norte, onde é nítida a tendência temporal de crescimento, principalmente entre 2000 e 2017. Em 2021, a taxa de mortalidade na Região Norte foi de 9,07 mortes/100.000 mulheres; na Região Nordeste com 5,61/100.000 e Centro-Oeste com taxa de 4,60/100.000. Nas Regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores taxas, 4,47/100.000 e 3,27/100.000, respectivamente. (INCA, 2023).

Em relação a incidência, o câncer de colo uterino ocupa o segundo lugar nas Regiões Norte (20,48/100.000 mulheres) e Nordeste (17,59/100.000 mulheres). No Centro-Oeste é o terceiro tipo de câncer mais incidente (16,66/100.000 mulheres); na Região Sul ocupa a quarta posição (12,93/100.000 mulheres) e quinta posição na Região Sudeste (12,93/100.000 mulheres), sendo a região com menor incidência no país (INCA, 2023).

É evidente que o câncer de colo do útero é constantemente associado com baixo nível socioeconômico, atingindo grupos de maior vulnerabilidade social. Sendo assim, são esses grupos que enfrentam as maiores barreiras de acesso à rede assistencial e de serviço para detecção e tratamento precoce das lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, geralmente associadas a insuficiência de serviços (INCA, 2002).

Portanto, esses dados mostram que apesar do aumento do número de coletas de citopatológicas de colo uterino no país, a taxa de mortalidade por câncer cervical foi aumentando ao longo dos anos. Dessa forma, fica evidente que somente aumentar o número de coletas de exame não é suficiente para combater a morbimortalidade da doença, sendo necessário para além do rastreamento, dar seguimento do cuidado adequadamente.

4.2 Diretrizes e recomendações sobre o Câncer de Colo Uterino no Brasil

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o câncer de colo uterino é a principal causa de morte entre mulheres na América Latina e Caribe, e que apesar de ser uma doença altamente evitável sua taxa de mortalidade entre mulheres atinge 35,7 mil mulheres a cada ano nas Américas. Além disso, se as tendências atuais persistirem, a estimativa é que as

mortes por Câncer de Colo de Útero (CCU) nas Américas aumentem para mais de 51,5 mil em 2030.

A partir disso, com base na Estratégia Regional e no Plano de Ação para a prevenção e controle do câncer de colo do útero, a OPAS fornece assistência técnica e vem trabalhando com os países da América com o objetivo de conduzir uma análise da situação visando intensificar a informação, educação e orientação; fortalecer os programas de detecção precoce e tratamento; estabelecer ou fortalecer sistemas de informação e registro; melhorar o acesso e a qualidade do tratamento; além de promover o acesso equitativo e a prevenção integral e acessível do câncer de colo uterino.

Em 2018, na 70ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as Américas, foi aprovado o Plano de Ação para Prevenção e Controle do Câncer do Colo de Útero de 2018-2030, que solicita aos Estados Membros o comprometimento com algumas ações. Destaca-se entre elas: formular e alinhar estratégias e planos nacionais de enfrentamento do CCU; assegurar o suprimento de vacinas contra o HPV, exames de rastreio e tecnologias baseadas em evidências para tratamento de lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo; e reforçar a capacidade técnica e as competências dos profissionais de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), para contemplar a prevenção do CCU (OMS, 2018).

A partir disso, foram criadas diversas políticas no Brasil com o objetivo de fortalecer as medidas de rastreio e prevenção que abrangem o CCU, além das diretrizes nacionais que visam definir faixa etária da população-alvo, periodicidade de realização do exame e conduta para seguimento e tratamento de exames alterados. As diretrizes têm como objetivo reduzir a incidência, morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de CCU, fornecendo base científica para os profissionais de saúde relacionados à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021).

Entre as políticas instituídas, a Portaria nº 1.472 de 2011 foi implementada considerando a necessidade do fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo de útero e mama. Através dessa portaria fica instituído o Comitê de Mobilização Social, o Comitê de Especialistas e formalizada a Rede Colaborativa. Dentro das atribuições do Comitê de Mobilização Social fica definido ampliar a discussão relacionada à prevenção, qualificação do diagnóstico e tratamento, difundindo informações e contribuindo para a mobilização social e o fortalecimento do controle social dessas ações. O Comitê de Especialista, composto por representantes da academia e

profissionais de saúde vinculados às entidades, fica atribuído a fortalecer as ações com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ações formuladas.

Em 2013 foi publicada a Portaria nº 874, que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, que em 2023 foi estabelecida como Lei nº14.758. Essa Política tem como objetivo a redução da mortalidade e incapacidade causada pelo câncer, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de cânceres, além de contribuir qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Em consonância com as ações adotadas, a vacinação contra HPV iniciada em 2014 no Programa Nacional de Imunização, estabelecia, até então, a vacinação de crianças de 9 a 14 anos, pessoas imunossuprimidas, vítimas de violência sexual e pacientes oncológicos. Atualmente, o esquema vacinal estabelece dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos, e estratégia de resgate vacinal para adolescentes de 15 a 19 anos não vacinados, com dose única. Para adolescentes em caso de violência sexual, de 9 a 14 anos, o esquema é de 2 doses, com intervalo de 6 meses. Para pessoas de 15 a 45 anos em caso de violência, o esquema é de 3 doses, com intervalo de 2 meses da primeira dose para a segunda, e de 6 meses entre a primeira e terceira dose. O calendário vacinal também inclui pessoas em uso de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) de 15 a 45 anos, com esquema de 3 doses (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2024).

Segundo Castro (2014) em publicação no Portal Fiocruz, vale a pena implantar a vacina como uma possibilidade de prevenir uma doença em que as manifestações mais severas impactam na qualidade de vida de milhares de pessoas. Castro (2014) cita Russomano (2014):

“Além da produção contra o câncer de colo, a vacina vai possibilitar menos procedimentos diagnósticos e terapêuticos relacionados às lesões pelo HPV, algumas delas causadoras de sequelas como o risco de parto prematuro, e também vai prevenir contra outras doenças menos frequentes relacionados ao HPV, como o câncer anorretal, pênis, boca e laringe, porque protege também os homens, parceiros sexuais, pelo efeito denominado ‘imunidade de rebanho’” (Castro, 2014 *apud* Russomano, 2014).

Fica evidente que a junção da imunização contra HPV e a detecção precoce das lesões precursoras para CCU visam impactar na diminuição da incidência dos casos de câncer e na morbimortalidade. Em 2020, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a

Estratégia Mundial para acelerar a eliminação do CCU. O objetivo é que os países diminuam a taxa de incidência desse tipo de câncer para apenas 4 casos para cada 100 mil mulheres. Para isso a estratégia estabelece 3 metas para 2030, sendo: 90 % de cobertura vacinal contra HPV para meninas aos 15 anos de idade; 70% de rastreamento com testes de alto desempenho em mulheres aos 35 e 45 anos de idade; e, 90% de tratamento de lesões pré-cancerosas e câncer invasivo.

Fazendo parte do conjunto de ações voltadas para essa temática no país, em 2016 é publicada a 2ª edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. A publicação define que Diretrizes são recomendações de boas práticas resultantes do julgamento pelos envolvidos no cuidado em situações específicas e baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, destinam-se também a orientar os usuários do sistema de saúde, gestores e educadores para as melhores decisões numa área do conhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Dessa forma, entende-se que ter o programa de rastreamento organizado e ações e serviços de saúde ofertados de forma universal para a população, as desigualdades socioeconômicas impactam menos nos resultados das estratégias de rastreamento. Entretanto, embora os programas de controle, prevenção, rastreio e diagnóstico de CCU possam reduzir tais barreiras, não as eliminam por completo, e por isso é de extrema importância o fortalecimento das estratégias destinadas a alcançar os grupos mais vulneráveis (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021).

Dentro dessas diretrizes, destaca-se as recomendações de acordo com o resultado apresentado no exame preventivo. A partir das alterações apresentadas na amostra a recomendação varia desde a repetição do exame em um intervalo mais curto até o encaminhamento para realizar a colposcopia na atenção secundária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Ao realizar o exame preventivo, o profissional de saúde precisa levar em consideração as peculiaridades de cada usuária, pois as recomendações podem variar de acordo com a idade, comorbidades pré-existentes e outras situações especiais.

Em casos de resultado com atipias em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC-US), para as usuárias com menos de 25 anos de idade, a recomendação é repetir o exame em 3 anos, para as que têm de 25 a 29 anos a repetição deve ocorrer em 12 meses, e para as que tem 30 anos ou mais, a recomendação é repetir em 6 meses. A idade das usuárias deve ser considerada para determinar o tempo de repetição do exame, visto que na avaliação do risco de doença pré-invasiva ou invasiva, a lesão invasiva do

colo do útero é mais prevalente na quarta e quinta décadas de vida da mulher (entre 35 e 55 anos), quando se justifica uma investigação mais detalhada. Dessa forma, baseando-se nesse fato e na correlação com doença de baixa gravidade para grande parte das mulheres, a conduta conservadora e pouco invasiva é mais adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nos casos em que as atipias em células escamosas representadas não se podem afastar lesões de alto grau (ASC-H), a recomendação é encaminhar para colposcopia, independentemente da idade da usuária. O encaminhamento para colposcopia é considerado visto que o risco de presença de lesões intraepiteliais ou invasoras são maiores nos casos deste diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Atipias em células glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau, a recomendação também é encaminhar para colposcopia. As alterações nessas categorias de atipias são consideradas de alto risco, pois possuem maior associação ao diagnóstico de NIC II/III ou câncer em 15% a 56% dos casos, sendo as NIC mais frequentes em pacientes de 40 anos e as neoplasias invasivas em pacientes acima dessa idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nos casos em que as atipias apresentadas forem de origem não definida, sendo possivelmente não neoplásica ou não podendo afastar lesões de alto grau, a recomendação é encaminhar para colposcopia. Estudos revelam que a grande dificuldade em encontrar a origem celular pode ocorrer nas lesões adenoescamosas, na presença das células de reserva, nos casos de adenocarcinoma de endométrio com representação de células do istmo ou quando a lesão atinge o colo. É recomendável também investigar demais órgãos pélvicos através de exame de imagem, além da avaliação endometrial em caso de pacientes acima de 35 anos de idade. Pacientes abaixo dessa idade, devem ter avaliação endometrial em casos de sangramento uterino anormal ou quando a citologia sugerir origem endometrial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As alterações do exame preventivo que apresentarem Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau, também conhecida como Lesão de Baixo Grau (LSIL), tem suas recomendações variadas de acordo com a idade. Pacientes abaixo de 25 anos devem repetir o exame citopatológico em 3 anos, e as pacientes acima dessa idade devem repetir o exame em 6 meses. Se o resultado do exame de repetição for negativo em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar a rotina de rastreamento em 3 anos. Em caso de um exame vier positivo para alteração, a paciente deve ser encaminhada para

colposcopia. Esse grau de alteração apresenta comportamento benigno, e geralmente é associado a efeitos adversos psíquicos e físicos, como hemorragia e desfechos obstétricos significativos relacionados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e por isso a recomendação se torna mais conservadora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Lesão de Alto Grau (HSIL), ou Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau quando presentes, necessitam da realização da colposcopia. Cerca de 70 a 75% das mulheres com essa alteração apresentam confirmação histopatológica desse grau e em 1% a 2%, de carcinoma invasor. Estudos evidenciam a necessidade do tratamento dessas lesões pré-invasivas para impedir a progressão do câncer. O tratamento para abordagem dessas lesões tem sido os excisionais, pois permitem diagnosticar os casos de invasão não detectados previamente pela citologia ou colposcopia, sendo conhecido como expertise da zona de transformação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As alterações apresentadas como Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão, Carcinoma escamoso invasor e Adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor, possuem como recomendação o encaminhamento para colposcopia. Esses resultados possuem maior gravidade devido ao aumento do risco do diagnóstico de câncer. Sendo assim, as condutas serão estabelecidas de acordo com o resultado da colposcopia, podendo ser realização de biópsia, excisões tipos 1, 2 ou 3 e o encaminhamento para o nível terciário na confirmação ou suspeita de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A partir disso, entendendo que os serviços de saúde são os locais onde ocorrem o cuidado assistencial às usuárias, é perceptível a importância da implementação e disseminação dessas diretrizes entre os gestores e profissionais de saúde. É importante também deixar evidente a função e as características dos níveis de atenção à saúde na RAS, visto que a articulação e integração entre os serviços devem existir no cuidado em saúde principalmente na detecção precoce e prevenção do CCU (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

4.3 Atenção Primária de Saúde como coordenadora do cuidado em casos de Câncer de Colo Uterino

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos,

cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Além disso, a Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, sendo a coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços disponibilizados na rede. Ademais, deve ser ofertada integralmente e gratuitamente aos usuários, de acordo com as suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, levando em consideração os princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2017).

Em uma de suas diretrizes está definido a Coordenação do cuidado, sendo de sua função elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A APS atua, portanto, como o centro de comunicação entre esses diversos pontos da rede, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários inseridos em qualquer um desses pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada de atenção integral (BRASIL, 2017).

Neste sentido, a APS é considerada um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas de saúde do usuário, focando a atenção na pessoa e não na doença, coordenando, integrando e compartilhando características com outros níveis de atenção, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento e reabilitação. (STARFIELD, 2002)

Para Bárbara Starfield (2002), para que aconteça a otimização da saúde, a APS deve focar na saúde das pessoas e em seus determinantes de saúde, no meio social e físico nos quais os usuários vivem e trabalham. Os atributos da APS devem ser implementados para seu pleno funcionamento, sendo eles: o Primeiro contato; a Longitudinalidade; a Integralidade; e a Coordenação do Cuidado. Dentre esses atributos, a coordenação do cuidado é essencial para a garantia do cuidado, pois sem ela a longitudinalidade perderia seu potencial e a integralidade seria dificultada, tornando a função de primeiro contato do usuário uma função puramente administrativa. Sendo assim, a essência da coordenação é a disponibilidade de informações acerca dos problemas encontrados nos serviços anteriores e o reconhecimento da informação, na medida em que estão relacionadas ao atendimento atual do usuário. Ou seja, a comunicação entre os serviços é essencial para a garantia do seguimento adequado do cuidado, entendendo que o cuidado de saúde é compartilhado entre os níveis de atenção à saúde na RAS.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero (2016), é papel da APS desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero, por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. E por isso, os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames, a fim de garantir seu seguimento.

A partir disso, entende-se que o CCU é um marcador pertinente para compreender os fluxos assistenciais na rede, que vão desde o cuidado inicial e rastreio na APS até o encaminhamento para serviços especializados. Dessa forma, para garantia do controle do CCU é necessária uma APS organizada, que avalia o acesso ao exame de rastreio e revela a qualidade da assistência nesse nível da RAS. Além da captação de mulheres para realização do exame citopatológico, cabe às equipes de Saúde da Família o encaminhamento das usuárias para atenção especializada, que necessitam de confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras (FERNANDES, et. al. 2019).

Para realizações de encaminhamento para serviços de saúde é utilizado o Sistema Nacional de Regulação. O SISREG é um software desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS), uma unidade do Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar e apoiar os profissionais de saúde dos Centros de Regulação para implementar as ações de regulação em seus territórios. É disponibilizado gratuitamente para estados e municípios e destinado à gestão de todo o Complexo Regulador, desde a APS até a Atenção Especializada, regulando o acesso aos serviços de saúde da rede assistencial e potencializando o uso dos recursos (SISTEMA DE REGULAÇÃO, 2024).

Além disso, é necessário o acompanhamento longitudinal, mesmo quando a usuária está inserida em outro nível de atenção na região de saúde, e para a efetividade desse acompanhamento, é preciso que os profissionais dessa equipe conheçam os territórios sanitários sob a responsabilidade da APS, entendendo que possa existir possíveis barreiras de acesso, principalmente para mulheres mais vulneráveis (FERNANDES, et. al. 2019).

Portanto, referente a este cuidado, quando a usuária, ao realizar o exame preventivo na APS e em seu resultado apresentar alterações que necessitem do cuidado especializado na rede, como nos casos que precisam realizar colposcopia, o serviço do SISREG é utilizado, levando em consideração a urgência e necessidade apresentadas. A APS sendo coordenadora desse cuidado, realiza o encaminhamento via esse sistema, e precisa garantir o seguimento do

cuidado de forma integral e longitudinal.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retroativo quanti-qualitativo de abordagem descritiva, com a finalidade de analisar como é feito o seguimento do cuidado de mulheres com resultados de citopatológicos alterados em três Equipes de Saúde da Família em uma Clínica da Família, localizada na Zona Norte, do município do Rio de Janeiro. Como critério de inclusão para escolha das equipes, foi avaliado a proporção de mulheres com coleta de citopatológico em todas as equipes no período de um ano e selecionado as três equipes com os maiores indicadores.

A extração desses dados foi realizada através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare, sistema de informação em saúde utilizado atualmente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Para isso, primeiramente foi realizado o levantamento do quantitativo de mulheres cadastradas na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, para o rastreamento do câncer de colo uterino (mulheres de 25 a 64 anos), de forma mensal, durante um ano, em todas as equipes da unidade. Optou-se por realizar a média das mulheres cadastradas dentro dessa faixa etária no período escolhido para a análise (12 meses), em função do número de mulheres cadastradas nas equipes variar a cada mês, pois algumas mulheres ao chegarem aos 25 anos de idade são incluídas e as que chegam aos 65 anos são retiradas desse grupo. Nesse sentido, escolheu-se realizar o cálculo de média aritmética ponderada para determinar um número final aproximado.

O recorte temporal escolhido para realização da pesquisa, foi de junho de 2023 a maio de 2024, pois como a Unidade de Saúde tem equipes de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade, optou-se por levar em consideração o período de entrada e adaptação de uma nova turma de enfermeiros residentes, que costuma se iniciar em março de cada ano. Assim, buscou-se avaliar o período onde o enfermeiro residente já possui alguma vivência na ESF e está mais inserido nas práticas assistenciais da equipe.

Desta forma, durante o mesmo período, foi analisado o quantitativo de citopatológicos de colo de útero coletados nas equipes, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O indicador BPA faz parte da lista de gestão do Prontuário Eletrônico VitaCare, sendo um instrumento de captação de atendimentos ambulatoriais que não necessitam de aprovação prévia do gestor (SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL, 2022). No caso da realização dos exames de citopatológico de colo de

útero, o BPA apresenta a consolidação do que foi realizado pelo profissional médico e enfermeiro da equipe mensalmente.

Após esses levantamentos, foi realizado o cálculo da proporção de mulheres com coleta de citopatológico em cada equipe neste período. Para esse cálculo, foi utilizado como referência, o indicador de cobertura do exame preventivo do Previne Brasil. Ele considera o número de mulheres dentro da faixa etária preconizada que realizaram a coleta do exame preventivo nos últimos 3 anos, divididas pelo número de mulheres cadastradas no período de análise. Nessa pesquisa, entretanto, foi calculado o número de mulheres dentro da faixa etária preconizada que realizaram a coleta do exame preventivo dentro de um ano (de junho/23 a maio/24) dividida pelo quantitativo de mulheres cadastradas no mesmo período de análise.

O Previne Brasil, faz parte de um modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019), e tem estabelecido em um de seus indicadores a “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”, o que mostra que este é um importante indicador para avaliação de saúde (BRASIL,2022).

A seleção das equipes, portanto, se deu através do maior quantitativo de realização do exame no período analisado. Foram determinadas três equipes para que houvesse uma amostragem significativa de dados para discussão dos resultados e por entender que quanto maior a cobertura do exame de rastreio, maior probabilidade de se encontrar alterações nos exames.

Após a definição das equipes, a análise dos dados foi feita a partir do levantamento dos resultados laboratoriais de citopatológicos alterados nas equipes selecionadas, através dos dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). O SISCAN foi selecionado como via preferencial para extração dos dados referente aos resultados dos exames preventivos alterados, visto que o sistema é destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica. Além disso, registra informações sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas relativas ao exame alterado e fornece o laudo padronizado, arquivando e sistematizando informações sobre os exames de rastreamento de câncer de mama e colo de útero (INCA, 2013).

Ademais, foi verificado os fluxos de referências e contrarreferência registrados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG), assim como as estratégias das equipes para o seguimento do cuidado de cada usuária com alteração de citopatológico, por meio das informações registradas nos prontuários eletrônicos. Assim, a partir do quantitativo levantado dos exames alterados, presentes no SISCAN, os prontuários eletrônicos dessas usuárias foram analisados individualmente a fim de identificar as estratégias das equipes para dar

continuidade no cuidado, bem como os encaminhamentos realizados. Além disso, foram analisadas as principais dificuldades encontradas para dar seguimento no cuidado no tempo oportuno.

A coleta e análise de todos esses dados foi realizada após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e iniciado após sua devida aprovação.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi pautada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos e a Resolução 580/2018 que traz especificidades éticas nas pesquisas de interesse estratégico para o SUS. O seguinte estudo oferece riscos mínimos, visto que os dados utilizados são secundários, provenientes do sistema de informação em saúde (SISCAN) e do prontuário eletrônico. Não há contato direto com as usuárias e seus dados pessoais não são levados em consideração nessa pesquisa. Os dados foram trabalhados sob sigilo, com nomes preservados, sem identificar a equipe de saúde em que as usuárias estão inseridas. Todos os dados coletados serão armazenados no computador da pesquisadora, protegidos por senha, com a finalidade de garantir o sigilo dos mesmos.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Nº 5279 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ, sendo iniciado após a aprovação do mesmo, como o CAAE: 81682824.7.0000.5279.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

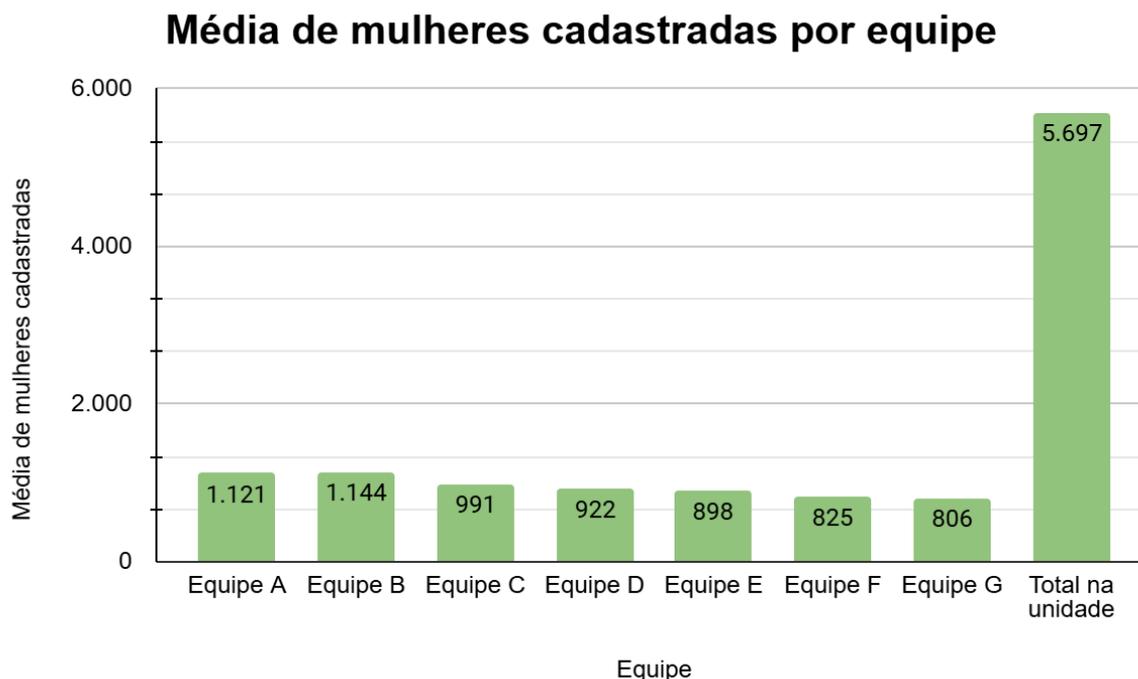
7.1 Características das equipes

A Clínica da Família analisada é uma unidade de saúde que contém sete equipes de Saúde da Família, todas elas compostas por pelo menos seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Médico Preceptor, uma Enfermeira, um Residente de Medicina do 1º e outro do 2º ano, um Técnico de Enfermagem e uma Dentista. Dessas sete equipes, três contêm Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade. Nesses casos, a equipe de enfermeiras é composta por uma Enfermeira Preceptora e uma Residente de Enfermagem do 1º e outra do 2º ano.

Como descrito na metodologia, para critério de escolha das equipes em análise, foi avaliado a média de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos cadastradas por equipe no corte temporal de junho de 2023 a maio de 2024. Para realizá-la foram somados o número de

mulheres cadastradas de acordo com a faixa etária preconizada mês a mês, e dividido pelo o número total de meses do período de análise em cada uma das equipes (ex: soma total do número de mulheres em cada mês/12 meses).

Gráfico 1. Média do número de mulheres, de 25 a 64 anos, cadastradas por equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde de junho de 2023 a maio de 2024.



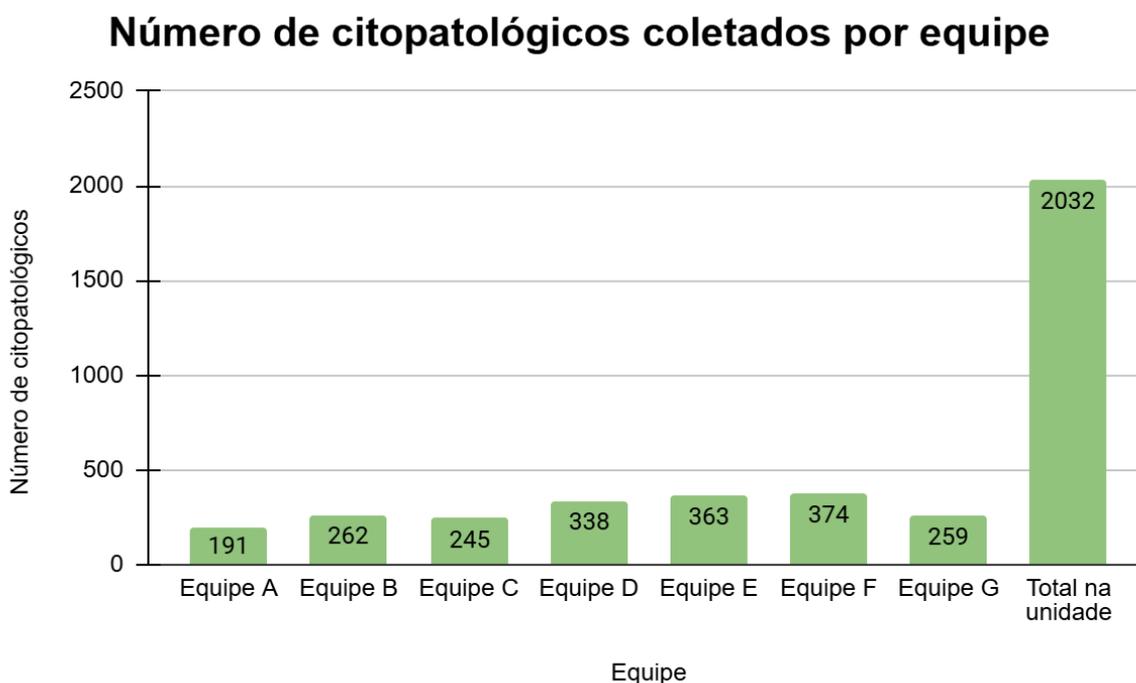
Fonte: Prontuário Eletrônico VitaCare/2024

A média total de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos cadastradas na unidade foi de 5.697 no período de 12 meses. A Equipe A apresentou a média de 1.121 mulheres cadastradas; a Equipe B apresentou a média de 1.144 mulheres cadastradas; A Equipe C apresentou a média de 991 mulheres cadastradas; a Equipe D apresentou a média de 922 mulheres cadastradas; a Equipe E apresentou a média de 898 mulheres cadastradas; e a Equipe G apresentou média de 806 mulheres cadastradas. Assim, as equipes A e B tiveram a maior média de mulheres cadastradas e as equipes F e G as com o menor número.

Posteriormente a avaliação do número de mulheres cadastradas, foi feito o levantamento do quantitativo de citopatológicos de colo de útero realizados pelos profissionais de saúde das equipes (médico e enfermeiro) mensalmente, a partir de dados

extraídos do indicador BPA, no período de junho de 2023 a maio de 2024. Os resultados podem ser visualizados através do gráfico a seguir:

Gráfico 2. Número de Citopatológicos de Colo de Útero coletados pela equipe de Saúde da Família na Unidade de saúde de junho de 2023 a maio de 2024.



Fonte: Prontuário Eletrônico VitaCare/2024

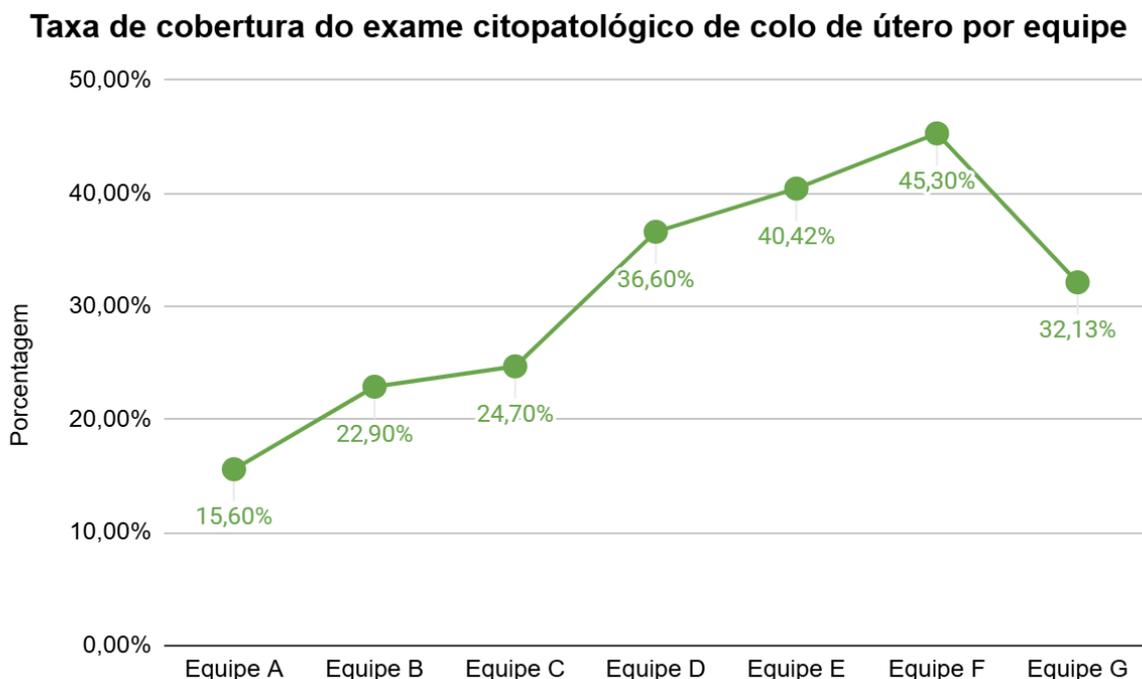
O total de citopatológicos de colo de útero realizados na unidade dentro do período de análise foi de 2.032 coletas. A Equipe A apresentou 191 coletas; a Equipe B apresentou 262 coletas; a Equipe C apresentou 245 coletas; a Equipe D apresentou 338 coletas; a Equipe E apresentou 363 coletas; a Equipe F apresentou 374 coletas; e a Equipe G apresentou 259 coletas. Sendo a Equipe E e F as equipes com os maiores números de coletas na unidade, no período de 12 meses, e a equipe A com o menor número de coletas realizadas.

A OMS preconiza que as estratégias para detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento. A incidência e a mortalidade por CCU podem ser reduzidas a partir da implementação de programas de rastreamento organizado, com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80%. Garantindo diagnóstico e tratamento adequado nos casos alterados é possível reduzir em média de 60 a 90% da incidência do câncer (INCA, 2024).

No Brasil, a meta pactuada pelo indicador de proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS do Previne Brasil atualmente é de 40% a cada quadrimestre. Essa meta está abaixo do estabelecido pela OMS, pois considera a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, como estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e por ter limitações atuais identificadas que dificultam que todos os municípios alcancem o parâmetro de 80%, por isso a meta estabelecida ficou de 40% (BRASIL, 2022).

A fim de identificar proporção de mulheres com coleta de citopatológico realizada em cada equipe na Unidade Básica de saúde, no período de doze meses, o cálculo foi realizado levando em consideração o número de mulheres dentro da faixa etária preconizada que realizaram a coleta do exame preventivo dentro de um ano (de junho/23 a maio/24) dividida pela média de mulheres cadastradas no período de análise, como demonstrados no gráfico a seguir:

Gráfico 3. Taxa de cobertura do exame citopatológico de colo de útero por equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde de junho de 2023 a maio de 2024.



Fonte: Prontuário Eletrônico VitaCare/2024

A Equipe A apresentou cobertura de 15,60%; a Equipe B apresentou cobertura de 22,90%; a Equipe C apresentou cobertura de 24,70%; a Equipe D apresentou cobertura de 36,60%; a Equipe E apresentou cobertura de 40,42%; a Equipe F apresentou cobertura de 45,30%; e a Equipe G apresentou cobertura de 32,13%. Portanto, as três equipes que apresentaram maior taxa de cobertura do exame de rastreio no período de análise foram a Equipe F, Equipe E e a Equipe D, sendo as Equipes D e F com Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC).

Levando em consideração os dados apresentados no período avaliado, nenhuma das equipes alcançaram a meta preconizada pela OMS, e também somente duas equipes alcançaram a meta de 40% do Previne Brasil. A cobertura total de mulheres com citopatológicos coletados na unidade dentro da faixa etária preconizada representa 35,6%, no período de doze meses.

Dessa forma, nota-se que ainda há uma precariedade no que diz respeito aos indicadores de coleta de citopatológico, pois a meta de 40% já está abaixo do que a OMS estabelece, e ainda assim existem dificuldades para alcançá-la. Para evitar esse cenário, é fundamental que as equipes de Saúde da Família conheçam a sua população, através do cadastro sistemático de todos os usuários do seu território. A partir dos cadastros, a equipe deve conseguir identificar todas as mulheres que se enquadram no público alvo para rastreio, e a partir disso avaliar e acompanhar constantemente tanto a proporção de mulheres com coleta de citopatológico realizada, como aquelas que não realizaram, a fim de oportunizar estratégias que ampliem o acesso dessas usuárias ao exame preventivo. Acompanhar a cobertura do exame é uma prática imprescindível das equipes, bem como sua avaliação e seguimento (BRASIL, 2013).

De acordo com os dados observados, fica evidente, portanto, que na Unidade Básica de Saúde analisada, é necessário potencializar as estratégias de captação e oferta do exame em tempo oportuno. Observar as taxas de cobertura do exame e do seguimento do cuidado após a sua realização, são formas de alcançar as metas estabelecidas pelo programa Previne Brasil e da OMS, visando diminuir a incidência e mortalidade por CCU.

Dentre as equipes selecionadas para a pesquisa, estão as equipes D, E e F por terem apresentado as maiores taxas de cobertura do exame de rastreio para câncer de colo uterino no período selecionado. Após a seleção dessas equipes para a realização do estudo, foi extraído através do SISCAN a quantidade de exames com resultados alterados em cada uma delas.

Segundo os dados do SISCAN, nesta Unidade Básica de Saúde, foram totalizados 84 exames alterados no tempo de análise da pesquisa.

A Equipe D apresentou 19 resultados do exame preventivo alterados, representando 5,6% do total dos exames alterados coletados em um ano em toda a unidade; a Equipe E apresentou 9 resultados de exames preventivos alterados, representando 2,47% do total dos exames alterados coletados em um ano; e a Equipe F apresentou 6 resultados de exames preventivos alterados, representando 1,60% do total dos exames alterados coletados em um ano. As equipes em conjunto representam um total de 34 resultados de exames alterados, representando 40,4% das alterações da unidade como um todo.

Os resultados alterados das equipes selecionadas para análise, foram organizados de acordo com a Classificação Citológica Brasileira de 2006, conforme descrito nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (2016), sendo agrupados por tipo de alteração, conforme as tabelas a seguir:

Tabela 1. Quantidade total de citopatológicos alterados nas equipes selecionadas para análise de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.

Diagnóstico Citopatológico		Quantidade
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	18
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	6
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	4
Células atípicas de origem indefinida (AOI) Lesão de Alto Grau (HSIL)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	0
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		1
Lesão de Alto Grau (HSIL)		4
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		0
Carcinoma escamoso		1

Invasor		
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor		0

Fonte: SISCAN/2024

Tabela 2. Quantidade de citopatológicos alterados na equipe D de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.

Diagnóstico Citopatológico		Quantidade
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	11
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	3
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	2
Lesão de Alto Grau (HSIL)		2
Carcinoma escamoso Invasor		1

Fonte: SISCAN/2024

Tabela 3. Quantidade de citopatológicos alterados na equipe E de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.

Diagnóstico Citopatológico		Quantidade
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	4
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	2
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	1
Lesão de Alto Grau (HSIL)		2

Fonte: SISCAN/2024

Tabela 4. Quantidade de citopatológicos alterados na equipe F de acordo com a Classificação Citológica Brasileira.

Diagnóstico Citopatológico		Quantidade
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	3
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	1
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	1
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		1

Fonte: SISCAN/2024

A Equipe D apresentou onze alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ACS-US) e três não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H). Teve também duas alterações em células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau; e duas alterações de Lesão de Alto Grau (HSIL), além de uma alteração com diagnóstico de Carcinoma escamoso invasor.

A Equipe E apresentou quatro alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ACS-US) e duas não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H). Apresentou uma alteração em células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau; e duas alterações de Lesão de Alto Grau (HSIL).

A Equipe F apresentou três alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ACS-US) e uma não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H). Apresentou uma alteração em células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau; e uma alteração de Lesão de Baixo Grau (LSIL).

As alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) foram as mais prevalentes na amostra total do estudo, representando 52,9% das alterações das equipes selecionadas. De acordo com as

Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero (2016), esse diagnóstico teve prevalência de 1,4% entre todos os exames realizados no Brasil em 2013, e levando em consideração apenas os resultados alterados, teve prevalência de 48,8%.

Dessa forma, entende-se que esse diagnóstico é mais o prevalente no escopo de alterações possíveis no exame citopatológico de colo de útero. Sendo um diagnóstico de baixa gravidade e com baixa prevalência para evolução de doença pré-invasiva e câncer, a conduta conservadora é mais aceitável. Entretanto, não significa que o seguimento do cuidado não deve ser cumprido, visto que se houver persistência desse resultado em novos exames preventivos, é necessário o encaminhamento para colposcopia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

7.2 Seguimento do cuidado de acordo com as alterações apresentadas

As Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero (2016) estabelecem as recomendações a serem tomadas a partir das alterações apresentadas nos exames de citopatologia de colo de útero. A partir disso, as condutas dos profissionais da Atenção Primária são tomadas e traçadas para o cuidado efetivo das usuárias. Dependendo do tipo de alteração, a tomada de decisão poderá ser diferente para cada alteração apresentada, conforme quadro a seguir:

Quadro 1. Recomendações de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero para as alterações analisadas na pesquisa

Diagnóstico Citopatológico		Faixa Etária	Recomendações
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir coleta em 3 anos
		Entre 25 a 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		Maior ou igual a 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia

Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
		> ou igual 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso Invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: INCA/2016

O seguimento de cada uma das usuárias com alteração do exame de citopatológico foram analisadas conforme dados nos registros presentes no prontuário eletrônico de cada usuária e sistematizados nos quadros abaixo que constam o tipo de alteração no exame (Quadro 2 e 3), segundo Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero (2016). Além disso, foi analisada a data recomendada para nova intervenção, de acordo com cada tipo de alteração, ou o encaminhamento e solicitação da colposcopia, assim como a data em que de fato ocorreram – ou não – as intervenções necessárias.

Conforme as diretrizes terapêuticas estabelecidas, as atipias em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e Lesão de Baixo Grau (LSIL) tem como recomendação repetir o exame preventivo em determinado tempo de acordo com a idade da usuária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No quadro abaixo, estão sistematizadas as usuárias com esses tipos de alteração, mostrando a data da coleta do citopatológico feita no período de análise, a data da recomendação de recoleta, assim como a data em que de fato foi realizada a nova coleta.

Quadro 2. Seguimento do cuidado após diagnóstico de atipias que necessitam repetir o exame dentro de um período recomendado

Usuárias	Equipe	Data da coleta	Data recomendada para nova coleta	Data da nova coleta realizada pela usuária
----------	--------	----------------	-----------------------------------	--

M1	Equipe D	Junho/23	Dezembro/23	Julho/24
M2	Equipe D	Setembro/23	Março/24	Não realizou
M3	Equipe D	Junho/23	Dezembro/23	Abril/24
M4	Equipe D	Agosto/23	Fevereiro/24	Não realizou
M5	Equipe D	Setembro/23	Março/24	Não realizou
M6	Equipe D	Julho/23	Janeiro/24	Março/24
M7	Equipe D	Julho/23	Janeiro/24	Mai/24
M8	Equipe D	Junho/23	Dezembro/23	Junho/24
M9	Equipe D	Fevereiro/24	Fevereiro/25	Agosto/24
M10	Equipe D	Junho/23	Dezembro/23	Realizou em data recomendada
M11	Equipe D	Junho/23	Dezembro/23	Não realizou
M12	Equipe E	Junho/23	Dezembro/23	Realizou em data recomendada
M13	Equipe E	Janeiro/24	Julho/24	Não realizou
M14	Equipe E	Novembro/23	Mai/24	Encaminhada para patologia cervical
M15	Equipe E	Novembro/23	Mai/24	Encaminhada para patologia cervical
M16	Equipe F	Junho/23	Novembro/23	Não realizou
M17	Equipe F	Fevereiro/24	Agosto/24	Não realizou
M18	Equipe F	Setembro/23	Março/23	Não realizou
M19	Equipe F	Julho/23	Janeiro/24	Não realizou

Fonte: Prontuário Eletrônico VitaCare/2024; SISREG- Sistema Nacional de Regulação/2024.

Conforme quadro acima, no período de análise, do total de 19 mulheres que tiveram exames alterados, apenas uma usuária (M19) apresentou Lesão de Baixo Grau (LSIL) e todas as outras 18 usuárias apresentaram atipias em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC-US). Ainda dentro dessa amostra, 18 pacientes apresentam idade acima dos 30 anos, sendo a recomendação, a repetição do exame em 6 meses. Apenas uma paciente com atipias em células escamosas possivelmente não neoplásicas (M9) apresenta idade dentro do período de 25 a 29 anos de idade, sendo a recomendação repetir o exame em 12 meses. Entretanto, a equipe orientou e realizou coleta no intervalo de 6 meses, não cumprindo a recomendação das diretrizes.

Além disso, somente duas pacientes (M10 e M12), realizaram a coleta dentro do período estabelecido; e cinco usuárias (M1; M3; M6; M7 e M8) realizaram o novo exame após o período recomendado, com atraso de dois a sete meses depois da data recomendada; e nove usuárias (M2; M4; M5; M11; M13; M16; M17; M18 e M19) não realizaram nova coleta. Além disso, duas (M14 e M15) usuárias tiveram conduta diferente da recomendada pelas Diretrizes Brasileiras, por individualidades no caso como alterações visíveis no colo de útero ao exame especular e paciente portadora de HIV. Assim, dentro das 19 pacientes que apresentaram alterações em que precisam realizar uma nova coleta de citopatológico, 10,5% realizaram a coleta no período determinado; 26,3% coletaram o novo exame depois do período preconizado; 47,3% não realizaram a coleta.

A equipe que teve maior número de alterações que necessitavam de nova coleta do exame preventivo foi a Equipe D, totalizando onze alterações. As equipes E e F apresentaram quatro alterações respectivamente. Na equipe D, tiveram cinco pacientes que realizaram a nova coleta depois do prazo recomendado, e quatro pacientes não realizaram a nova coleta. A Equipe E teve duas pacientes que não realizaram a nova coleta, e duas pacientes foram encaminhadas para patologia cervical. A Equipe F não conseguiu realizar o seguimento do cuidado conforme o preconizado, pois nenhuma de suas pacientes realizaram a recoleta. Não há registro de informações em prontuário do motivo da inadequação do seguimento, se a paciente coletou o exame no serviço particular ou se de fato não foi realizado por alguma dificuldade pessoal da mesma.

De acordo com Ribeiro et. al. (2019), apesar de se estimar que 75% dos exames preventivos sejam realizados no SUS dentro da faixa etária preconizada, há dificuldades no seguimento e da realização na periodicidade recomendada. Os mesmos autores, sinalizam que a estimativa da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 sugere que 78% das mulheres tenham

realizado o exame preventivo nos últimos 3 anos, mas mesmo assim as estimativas de cobertura do rastreamento no SUS registrados nos sistemas de informação indicam níveis de cobertura inferiores a 50%.

Dessa forma, fica evidente que apesar da oferta do exame de rastreio o seguimento inadequado prejudica o cuidado em saúde postergando a identificação de lesões precursoras e seu tratamento. Embora o acesso ao exame de rastreio tenha aumentado no Brasil ao longo da história, não refletiu na tendência de mortalidade. Essa realidade pode ser devido a carência na quantidade e qualidade dos serviços oncológicos do país, dificuldades de acesso nos serviços e programas de saúde, além das falhas no fluxo assistencial que possibilite encaminhamento adequado das usuárias após a avaliação do exame citopatológico alterado (CARVALHO et. al. 2018).

Conforme as diretrizes terapêuticas estabelecidas, algumas alterações necessitam de exame complementar para determinar o cuidado para cada tipo de alteração. Das alterações presentes na análise dessa pesquisa, as atipias em células escamosas não se podem afastar lesões de alto grau (ASC-H); Atipias em células glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau; Lesão de Alto Grau (HSIL) e Carcinoma invasor; necessitam da realização da colposcopia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No quadro abaixo, está representado o seguimento do cuidado das usuárias que necessitam de encaminhamento para realizar colposcopia. Foi compilado as informações retiradas do PEP e do SISREG, como a data do diagnóstico do exame, e o tipo de alteração, que podem ser: “alterações em células escamosas não podendo afastar lesão de alto grau”; “atipias em células glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau” “Lesão de Alto Grau”; e “Carcinoma Escamoso Invasor”. Além disso, contém a data do encaminhamento para colposcopia realizado pela equipe e a data do agendamento no SISREG.

Quadro 3. Seguimento do cuidado após alterações em citopatológico de colo de útero que necessitam de encaminhamento para colposcopia

Usuárias	Equipe	Data da coleta	Tipo de alteração	Data do diagnóstico	Data do encaminhamento	Data do agendamento via SISREG
M20	Equipe D	Junho/23	atipias glandulares	Junho/23	Julho/23	Agosto/23

			possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau			
M21	Equipe D	Dezembro/23	atipias glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau	Dezembro/23	Dezembro/23	Abril/24
M22	Equipe D	Agosto/23	atipias em células escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau	Setembro/23	Outubro/24	Abril/24
M23	Equipe D	Junho/23	atipias em células escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau	Julho/23	Julho/23	Setembro/23
M24	Equipe D	Setembro/23	atipias em células escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau	Outubro/23	Outubro/24	Abril/24
M25	Equipe D	Setembro/23	lesão de alto grau	Outubro/23	Setembro/23	Abril/24
M26	Equipe D	Agosto/23	lesão de alto grau	Setembro/23	Agosto/23	Outubro/23
M27	Equipe D	Junho/23	carcinoma invasor	Julho/23	Julho/23	Agosto/23
M28	Equipe E	Fevereiro/24	atipias em células escamosas não podendo se	Março/24	Março/24	Maió/24

			afastar lesões de alto grau			
M29	Equipe E	Outubro/23	atipias em células escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau	Outubro/23	Outubro/23	Abril/24
M30	Equipe E	Outubro/23	atipias glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau	Dezembro/23	Dezembro/23	Abril/24
M31	Equipe E	Julho/23	lesão de alto grau	Agosto/23	Agosto/23	Novembro/23
M32	Equipe E	Outubro/23	lesão de alto grau	Novembro/23	Outubro/23	Dezembro/23
M33	Equipe F	Dezembro/23	atipias em células escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau	Janeiro/24	Janeiro/24	Abril/24
M34	Equipe F	Outubro/23	atipias glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau	Janeiro/24	Fevereiro/24	Agosto/24

Fonte: Prontuário Eletrônico VitaCare/2024; SISREG- Sistema Nacional de Regulação/2024.

Conforme quadro acima, 15 pacientes apresentaram alterações que necessitam do encaminhamento para colposcopia, e todas as pacientes tiveram seus encaminhamentos solicitados via SISREG. Destas, seis pacientes apresentam atipias escamosas não podendo se afastar lesões de alto grau (M22; M23; M24; M28; M29; e M33), representando 40% da

amostra. Quatro pacientes apresentaram atipias glandulares possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesões de alto grau (M20; M21; M30; M34), representando 26,6% da amostra e outras quatro pacientes apresentaram lesão de alto grau (M25; M26; M31; M32), representando também 26,6% da amostra. Somente uma paciente apresentou resultado de carcinoma invasor (M27), representando 6,6% da amostra.

Durante a avaliação do PEP das usuárias, observou-se que dos encaminhamentos realizados, 12 usuárias tiveram consulta agendada para mais de 30 dias após a coleta ou diagnóstico, representando 80% da amostra. Somente quatro usuárias, representando 26,6%, retornaram a APS após consulta com especialista e realização da colposcopia, entretanto não apresentaram contrarreferência ou recomendações de como ter o seguimento do cuidado após parecer do especialista.

A paciente M33, da equipe F teve seu encaminhamento via SISREG cancelado pela equipe, pois a paciente relatou que iria realizar o exame no serviço particular. Não houve retorno para seguimento. A equipe solicitou novamente o encaminhamento, 5 meses após o diagnóstico da alteração, ficando com o status de pendência no SISREG, durante o período de análise do estudo. No prontuário, não há registro sobre o motivo da nova solicitação ou porque havia sido cancelado anteriormente.

A expectativa é que de 3 a 10% dos exames citopatológicos demandem da avaliação da colposcopia no Brasil, entretanto, há pouca informação na bibliografia sobre as metas aceitáveis quanto aos prazos do tempo limite para agendamento da colposcopia (NASCIMENTO et. al 2015). De acordo com o Portal de Transparência SISREG do município do Rio de Janeiro, o tempo médio de espera para consulta em ginecologia-patologia cervical foi de 98 dias no período de junho de 2023 a maio de 2024, teve mês, como março de 2024 que o tempo de espera foi de 143 dias para marcação da consulta.

A partir dos dados analisados, é evidente que o tempo de regulação da consulta em patologia cervical para realização da colposcopia está muito longo. Diante disso, é importante que os profissionais de saúde na APS realizem o encaminhamento para colposcopia a partir da análise adequada do exame preventivo, a fim de evitar encaminhamentos desnecessários, que podem sobrecarregar a rede. Em contrapartida, é necessário o aumento do serviço na atenção secundária, que tenha abrangência suficiente para população, evitando longos períodos de tempo para o agendamento. Entendendo a relevância da referência e contrarreferência para o seguimento do cuidado, é importante que os fluxos e protocolos

estejam bem definidos e que a rede assistencial esteja preparada para absorver a demanda gerada pelo rastreamento do CCU.

7.3 Fatores que contribuem para o seguimento inadequado do cuidado

A partir das análises feitas por meio do prontuário eletrônico, um dos principais fatores que dificultam o seguimento adequado das usuárias com alteração no exame citopatológico é a falta do retorno à unidade por parte das usuárias. Como descrito anteriormente, a maior parte das usuárias não retornam no tempo previsto para nova coleta do exame, ou faltam à consulta programada.

O estudo de Carvalho et. al. (2018), relata que a dificuldade no acesso ao exame preventivo no SUS tem impacto direto nas ações de prevenção e detecção precoce do CCU. Outras barreiras de acesso como a inserção no mercado de trabalho, longas jornadas de trabalho, a responsabilidade de cuidar dos filhos e/ou sustentar a família, podem impactar no comparecimento das usuárias na consulta e desestimular a realização do exame com regularidade.

Itamar (2020) cita algumas barreiras relacionadas à não realização do exame preventivo como questões relacionadas às usuárias e seu contexto, dentre elas destacam-se: desinformação sobre a realização do exame; adiamento do cuidado pessoal; mitos relacionados ao exame e vergonha.

No prontuário eletrônico não tem registro do motivo aparente que levaram as pacientes a não retornarem à unidade no período proposto, o que dificulta entender quais barreiras de acesso às usuárias enfrentam para dar seguimento no seu cuidado em saúde. Cabe aos profissionais de saúde que realizam o atendimento e os Agentes Comunitários de Saúde registrarem no momento do acolhimento ou da visita domiciliar o que as pacientes referem como dificuldade. Dessa forma, a equipe de saúde pode criar estratégias para o seguimento do cuidado e mitigar tais barreiras.

Outro ponto prevalente é a falta de contrarreferência da atenção secundária após a realização da colposcopia, o que dificulta o entendimento dos profissionais da APS sobre o que foi realizado no cuidado da usuária em outro serviço. A partir disso, a fim de garantir a continuidade do cuidado é necessário um modelo com característica transmural, quando a intenção de transpor “muros” das instituições, para que exista compartilhamento de informações entre especialistas e clínicos gerais. Para isso, é necessária uma comunicação eficaz, eficiente e facilitada (LACERDA; ALMEIDA, 2023).

Visto que a APS é a porta de entrada do serviço em saúde e o centro de comunicação entre os níveis da rede, além de ser a coordenadora do cuidado, é imprescindível que a mesma tenha conhecimento do que é realizado com o paciente em outros níveis de atenção, para que o seguimento do cuidado seja feito da melhor forma possível. Entretanto, analisando os dados obtidos através do registro dos profissionais nas consultas, é possível perceber que as equipes não tinham esse retorno do especialista, e obtinham a informação do procedimento realizado a partir da fala das usuárias, que por vezes, nem se quer sabiam explicar o que de fato tinha sido realizado. Essas informações foram registradas pelo profissional de saúde no campo “subjetivo” no prontuário eletrônico.

Entretanto, em algumas consultas os registros dos profissionais não estavam tão detalhados, no que tange às orientações recebidas na atenção secundária. Dessa forma, é de extrema importância que o registro em prontuário seja objetivo e detalhado em informações, garantido o seguimento do cuidado na equipe de Saúde da Família.

Outro ponto observado que contribui para a falha no seguimento do cuidado, é a falta de vigilância da equipe. Como observado anteriormente, algumas pacientes não tiveram a coleta do exame preventivo no tempo adequado, e mesmo comparecendo a unidade por outros motivos, em casos de demanda espontânea, o exame não foi oportunizado. Por exemplo, o caso da paciente M17, cadastrada da Equipe F, que apresentou atipias em células escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) em fevereiro, com orientação de repetir a coleta do exame em agosto e não foi realizado. A paciente se tornou gestante em abril do mesmo ano, comparecendo à unidade diversas vezes para as consultas de pré-natal, sendo possível realizar a coleta do exame, entretanto, a coleta do exame acabou sendo esquecida pela equipe, e até o momento de análise dessa pesquisa, o exame preventivo não havia sido coletado.

Dessa forma, como a APS é a coordenadora do cuidado, cabe aos profissionais acompanhar as usuárias após o encaminhamento, durante o tratamento e avaliando a necessidade de intervenções nesse processo. Como atribuição do ACS, deve-se realizar a visita domiciliar às mulheres dentro da faixa etária preconizada, orientando a importância dos exames e facilitando o acesso ao exame. Ademais, deve realizar as visitas domiciliares às mulheres que apresentam resultados alterados, a fim de estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas. Além disso, cabe também ao ACS integrar a equipe de saúde à população adscrita da unidade, mantendo a equipe informada, principalmente sobre as usuárias em situação de risco (BRASIL, 2013).

Ao profissional enfermeiro e médico, além do atendimento para realização do exame citopatológico, cabe avaliar o resultado dos exames realizados e coletados, e de acordo com as diretrizes estabelecidas, realizar o encaminhamento para o serviço de referência. Além disso, cabe acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. Vale também aos profissionais da equipe, realizar reuniões de equipe com o objetivo de discutir em conjunto o planejamento das ações da equipe, utilizando os dados presentes nos sistemas de informação (BRASIL, 2013).

Portanto, é evidente que os fatores que contribuem para o seguimento inadequado das usuárias são sensíveis às condutas dos profissionais, que se adequarem a vigilância da equipe e criarem estratégias para captarem as usuárias que precisam realizar os exames, as barreiras poderão ser mitigadas. Entretanto, cabe às usuárias se sensibilizarem e se responsabilizarem pelo cuidado de sua saúde, entendendo a importância de realizar o acompanhamento.

7.4 Estratégias implementadas pelas equipes

As principais estratégias implementadas pelas equipes para potencializar a captação de mulheres para realização do exame preventivo foi a gestão de lista, vigilância em saúde, acompanhamento dos encaminhamentos via SISREG, turnos específicos para coleta de citopatológico, coleta realizada de forma oportunística no atendimento de demanda livre e busca ativa através das Agentes Comunitárias de Saúde.

Em relação a gestão de lista, o prontuário eletrônico tem em seu sistema os indicadores de saúde de fácil acesso pelos profissionais da equipe. É possível realizar a extração de dados por equipe no período de tempo desejado, a fim de identificar as usuárias que de fato necessitam realizar o exame, solicitando as ACS que contactem as usuárias.

A vigilância da equipe é notada, na maior parte das vezes, através da busca ativa realizada e registrada no PEP pelos ACS. A busca ativa é um resultado do cuidado da equipe em captar as usuárias faltosas e retomar o acompanhamento na unidade de saúde. Para acompanhamento após alteração do citopatológico, observou-se que a busca ativa pelo ACS e o contato telefônico ao não encontrar a usuária no domicílio era a maneira mais efetiva de captar a usuária para as devidas informações e cuidados de saúde. Não há registro no prontuário sobre quem solicitou essas buscas ativas, se foi o profissional médico ou enfermeiro.

A Equipe D se destaca nas ações de saúde, em realização de turnos específicos para coleta do citopatológico além da coleta por livre demanda, geralmente uma vez por semana ou quinzenalmente, além da busca ativa das ACS nos casos de exames alterados. A Equipe E se destaca no tempo de solicitação do encaminhamento via SISREG para patologia cervical, geralmente solicitado no mesmo dia de avaliação do resultado do exame. A Equipe F apresentou mais fragilidades nesse cuidado, com defasagem nos registros do prontuário, tanto dos turnos de coleta do citopatológico, como nas buscas ativas realizadas pela ACS, sendo um reflexo na fragilidade na vigilância da equipe.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama (2013), a realização do citopatológico deve ocorrer na própria unidade de saúde, podendo ser realizado durante a demanda espontânea ou em consultas agendadas para esse fim. Destaca também, que a estratégia de mutirão em horários alternativos permite atingir mulheres que por vezes não têm acesso ao exame, e que as usuárias que não comparecem espontaneamente devem ser convocadas para realização do exame.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, fica evidente que existem fatores que dificultam o seguimento adequado no cuidado de usuárias com citopatológicos alterados na APS. Apesar de ter diretrizes bem estabelecidas no país, que garantem qual deve ser a conduta frente aos resultados apresentados no exame citopatológico de colo de útero, ainda é percebido inadequações no cuidado dessas usuárias.

Foi observado que os fatores que contribuem para o seguimento inadequado das usuárias são sensíveis às condutas dos profissionais, que ao implementarem estratégias e fortalecerem a vigilância da equipe, as dificuldades poderão ser minimizadas.

Dessa forma, cabem aos profissionais de saúde formular e aprimorar estratégias para garantir o seguimento adequado das usuárias, como fortalecer o vínculo com a população adscrita, realizando ações de educação em saúde no território e na unidade de saúde, realizar a vigilância e registro adequado do resultado dos exames preventivos no PEP, monitorando os indicadores de saúde, e planejando juntamente com os ACS as buscas ativas dessas usuárias, a fim de identificar aquelas que ainda não realizaram o exame preventivo, e aquelas que realizaram e necessitam dar seguimento no cuidado.

Além disso, é preciso reforçar a importância da contrarreferência dos profissionais da atenção secundária para a APS, como coordenadora e centro de comunicação da RAS. Como

identificado nesse estudo, a comunicação entre os profissionais na rede é defasada e ineficiente para dar continuidade no cuidado das usuárias.

Vale destacar que as estratégias implementadas pelas equipes para dar seguimento adequado identificadas neste estudo são de grande importância na integralidade e longitudinalidade no cuidado das usuárias. Realizar coleta de citopatológico de colo de útero em turnos específicos e oportunizar na demanda espontânea nos atendimentos na UBS auxiliam na detecção precoce e na redução de barreira de acesso ao exame.

Entretanto, o aumento na captação e rastreamento de CCU sem o devido seguimento no cuidado não garante que essa detecção precoce irá impactar na redução de morbimortalidade CCU, pois o seguimento adequado após a identificação da alteração é indispensável, desde a coleta de um novo exame preventivo no tempo adequado até o encaminhamento para colposcopia, a fim de que as devidas alterações sejam tratadas e caso diagnosticado CCU o devido encaminhamento para atenção terciária seja realizado em tempo oportuno e acompanhado pela equipe de Saúde da Família.

9. REFERÊNCIAS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- princípios e diretrizes**. 1ª edição. Brasília, DF, 2004. p. 46. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim temático da Biblioteca do Ministério da Saúde: Prevenção do Câncer de Colo de útero**. Volume 3 nº1. Brasília, DF, abril de 2023. p. 3-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/cancer_colo_uterio_marco_20_23.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim temático da Biblioteca do Ministério da Saúde: Prevenção do Câncer de Colo de útero**. Volume 3 nº1. Brasília, DF, abril de 2023. p. 3-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/cancer_colo_uterio_marco_20_23.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Dados e números sobre câncer de colo de útero: relatório anual de 2022**. Rio de Janeiro, setembro de 2022. p. 4-6. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo de Útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Disponível

em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizespa_raorastreatmentocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Coleta e Indicações para o Exame Citopatológico do Colo Uterino**. Rio de Janeiro, 25 mai. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coleta-e-indicacoes-para-oexame-citopatologico-do-colo-uterino/>>. Acesso em: 21 de abril de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasil, DF 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 de abril de 2024.

SALES, M.R. et. al. **Coordenação do cuidado: desafios na Atenção Primária à Saúde**. Revista de APS. Universidade Federal de Juiz de Fora. edição v. 23. supl. 2. Publicado em: 01 de junho de 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33817>. Acesso em: 21 de abril de 2024.

REZENDE, C. N. et al.. **Coordenação do cuidado na Atenção Primária: gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 26, p. e220060, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MYJQ9HhyPQqwCM9h8BScyqf/?format=html#>. Acesso em: 21 de abril de 2024.

FERREIRA, M. DE C. M. et. al.. **Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF**. Ciência & Saúde Coletiva, v.27, n.6, p 2291-2302, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z3tXcyhpMP6MLcJzTCmq9bn/#>. Acesso em: 17 de maio de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Dados e números sobre câncer de colo de útero: relatório anual de 2023**. Rio de Janeiro, outubro de 2023. p. 4-9. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 7 de junho de 2024.

TEIXEIRA, L. A.. **From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 22, n. 1, p. 221–239, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/jB3QhTffmYww3VmjcD6SNjf/?lang=pt>. Acesso em: 07 de junho de 2024.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica (nº13). Controle dos Canceres do Colo de Útero e da Mama**. 2ª edição. p. 74. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 07 de junho de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Falando sobre Câncer de Colo de Útero**. Rio de Janeiro, MS/INCA, 2002. 59 págs. ISBN 85.7318-052-8. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 07 de junho de 2024

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **HPV e o câncer do colo do útero**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

CLARO, I. B; LIMA, L. D. DE.; ALMEIDA, P. F. DE. **Diretrizes, Estratégias de Prevenção e Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: as Experiências do Brasil e do Chile**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, n. 10, p. 4497-4509, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ryPf33LvS6k5yJMqYMSSPPd/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 20 de junho de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.472, de 24 de junho de 2011. **Institui o Comitê de Mobilização Social, o Comitê de Especialistas para fortalecimento das ações de prevenção e qualificação de diagnóstico e tratamento de cânceres do colo de útero e mama e formaliza a Rede Colaborativa para qualificar o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero**. Brasil, DF 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1472_24_06_2011.html#:~:text=%EF%BB%BFPORTARIA%20N%C2%BA%201.472%2C%20DE%2024%20DE%20JUNHO%20DE%202011&text=1%C2%BA%20Instituir%20o%20Comit%C3%AA%20de%20do%20C3%BA%20tero%20e%20de%20mama.&text=III%20%2D%20contribuir%20para%20o%20fortalecimento%20do%20controle%20social%20destas%20a%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 20 de junho de 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Resolução: CD56.R9- Plano de Ação para Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero 2018-2030**. Washington, D.C., EUA, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/62111>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. CASTRO, C. Portal Fiocruz. **HPV, câncer de colo do útero e vacina: entenda a relação**. Brasil, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/hpv-cancer-de-colo-do-uterio-e-vacina-entenda-relacao>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Vacina contra papilomavírus humano (HPV)**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/vacina-contra-virus-do-papiloma-humano-hpv#:~:text=Portanto%2C%20a%20vacina%20contra%20HPV,de%20longo%20prazo%20contra%20HPV>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 de junho de 2024.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e**

tecnologias. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN: 85-87853-72-4
Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 23 de junho de 2024.

FERNANDES, N. F. S. et al. **Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n.10, p. e00234618, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/?lang=pt#>. Acesso em: 23 de junho de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Deteção Precoce.** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a deteção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento. Brasil, 2024. Disponível: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 21 de novembro de 2024.

RIBEIRO, C. M. et al.. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00183118, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W4F4dCvDMGxYTeBdPhpmxtC/#>. Acesso em: 21 de novembro de 2024.

CARVALHO, P. G. DE .; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P.. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 687–701, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X8ZMKpZzjnmsyVT6QvzdthK/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 22 de novembro de 2024.

NASCIMENTO, M. I. DO . et al.. Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 381–387, ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/cLDpGGBOVpK6dbrPdGNVFXK/#>. Acesso em: 22 de novembro de 2024.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Portal de Transparência SISREG. **Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.** Disponível em: <https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/dados-transparencia>. Acesso em: 22 de novembro de 2024.

LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. DE .. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220665, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6xxH6HHR9qysZ6VqLRgRD3z/>. Acesso em: 22 de novembro de 2024.

ITAMAR, B. C. Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada. Orientadora: Luciana Dias de Lima. **Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46222/2/itamar_bento_claro_ensp_dout_2020.pdf. Acesso em: 22 de novembro de 2024.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C.. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 09 de dezembro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde adota esquema de vacinação em dose única contra o HPV**. Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-adota-esquema-de-vacinacao-em-dose-unica-contra-o-hpv>. Acesso em: 09 de dezembro de 2024.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS. **Boletim de Produção Ambulatorial**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/sia/index.php/BPA>. Acesso em: 13 de dezembro de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de Informação do câncer: manual preliminar para apoio à implementação**. Versão Eletrônica (preliminar)– 1ª edição – 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/siscan_manual_preliminar.pdf. Acesso em: 13 de dezembro de 2024.

SISTEMA DE REGULAÇÃO. **Sistema de Regulação III**. Brasil, 2024. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 13 de dezembro de 2024.

BRASIL. **Nota Técnica N° 3/2022**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde, Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Proporcao-de-mulheres-com-coleta-de-citopatologico-na-APS.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2024.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Recomendações técnicas vacina HPV4**. Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ofício nºSMS-OFI-2024/25483. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/SMSOFI202425483A_recomenda%C3%A7%C3%B5es_vacina_HP4.pdf. Acesso em: 21 de dezembro de 2024.

ANEXO I- CRONOGRAMA

Atividades	Mar/ 2024	Abr/ 2024	Mai/ 2024	Jun/ 2024	Jul/ 2024	Ago/ 2024	Set/ 2024	Out/ 2024	Nov/ 2024	Dez/ 2024	Jan/ 2024
Formulação da pesquisa	X	X									
Formulação do referencial teórico			X	X							
Submissão à Plataforma Brasil					X						
Envio do documento pendente ao CEP após parecer						X					
Tempo de espera para resposta do CEP							X				
Coleta de dados								X			
Análise dos dados									X		
Interpretação dos dados										X	
Finalização da pesquisa											X
Apresentação da pesquisa para banca avaliadora											X

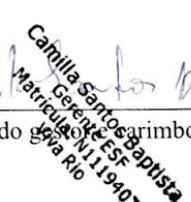
ANEXO II- CARTA DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - UNIDADE DE SAÚDE

A CLÍNICA DA FAMÍLIA ASSIS VALENTE da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Seguimento do Cuidado e Casos de Citopatológicos de Colo de Útero Alterados na APS**, sob responsabilidade da pesquisadora: **Andressa Pedreira Moraes dos Santos** do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade PREFC - SMSRJ. Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento. Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações clicas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS n° 466/2012, 310/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objetivo da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de ética em Pesquisa da SMS-RJ. Conforme seus artigos, em especial os artigos 6° e 7° da Resolução CNS MS n° 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. Ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresentará o relatório final da pesquisa para o(s) gestor (es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo. No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuenta" tem desde já a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de janeiro, 17 de Julho de 2024



Assinatura do Carimbo da Unidade

**ANEXO III- PEDIDO DE ISENÇÃO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

PEDIDO DE ISENÇÃO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro

Sr(a) Coordenador(a),

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação. O projeto intitulado **Seguimento do Cuidado e Casos de Citopatológicos de Colo de Útero Alterados na APS** é um estudo observacional retroativo quanti-qualitativo de abordagem comparativa, e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa. As razões para solicitação da isenção do TCLE estão enumeradas abaixo:

1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados; os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante esse projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2024


Andressa Pedreira Moraes dos Santos

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

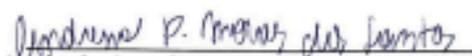
Eu, Andressa Pedreira Moraes dos Santos (RG: 28.655.320-1), no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, com projeto de pesquisa intitulado "Seguimento do Cuidado em Casos de Citopatológico de Colo de Útero Alterados na APS" e tendo como orientadora Enf. Ms. Laís Peixoto Schmidt, (RG 24.068.062-9) declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no Prontuário Eletrônico do Paciente VitaCare; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa de discutir sobre o seguimento do cuidado de pacientes que apresentam resultado de citopatológico alterado na APS. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados no Prontuário Eletrônico do Paciente VitaCare bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos registro do seguimento do cuidado de pacientes que apresentam resultado de citopatológico alterado em prontuário, com o objetivo de analisar como é feito seguimento do cuidado e elencar quais os principais fatores que contribuem para o seguimento inadequado de pacientes na APS, no período compreendido entre 01/06/2023 a 30/05/2024.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 2024 .


Assinatura do pesquisador responsável


Assinatura Orientadora

ANEXO V- ORÇAMENTO

MATERIAIS	VALOR
Pen Drive	R\$ 30,00
Computador *	--
Folha Branca A4 (1 resmas)	R\$ 20,00
Serviço de impressão	R\$ 30,00
Total:	R\$ 80,00

*Material que a pesquisadora já possui

Por se tratar de um estudo que necessita de tecnologia leve, foi necessário uso de computador com acesso à internet, para desenvolvimento da pesquisa. Os demais itens e gastos são de responsabilidade da própria pesquisadora.