

ZAIR BENEDITA PINHEIRO DE ALBUQUERQUE¹

EDNA JOANA CLÁUDIO MANRIQUE²

SUELENE BRITO DO NASCIMENTO TAVARES¹

ADENÍCIA CUSTÓDIO SILVA E SOUZA³

JANAÍNA VALADARES GUIMARÃES³

RYTA GORETI AMARAL⁴

Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde

Women with atypical, precursor lesions and invasive cervical cancer: behaviors according to the recommendations of the Ministry of Health

Artigo Original

Palavras-chave

Neoplasias do colo do útero
Programas de rastreamento
Perda de seguimento
Colposcopia

Keywords

Uterine cervical neoplasms
Mass screening
Lost to follow-up
Colposcopy

Resumo

OBJETIVO: Verificar se as mulheres com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero foram encaminhadas para uma Unidade de Média Complexidade (UMC) conforme as condutas recomendadas pelo do Ministério da Saúde. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo com base nos resultados dos exames citopatológicos de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS), encaminhadas para a UMC do município de Goiânia (GO) no período de 2005 a 2006. Foram analisados 832 prontuários seguindo-se como padrão de avaliação as recomendações do Ministério da Saúde expostas na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Para verificar a distribuição das variáveis motivos de encaminhamento, resultados dos exames colposcópicos e histopatológicos, e condutas clínicas utilizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas, média, valores mínimo e máximo. **RESULTADOS:** Observou-se que 72,7% dos encaminhamentos não estavam em conformidade com as recomendações do MS. Das 605 mulheres com resultados classificados como células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, e lesão intraepitelial de baixo grau encaminhadas à UMC, 71,8% foram submetidas à colposcopia e 64,7% submetidas a exames histopatológicos cujos resultados foram classificados como sem neoplasias em 31,0% e NIC I em 44,6%. Das 211 mulheres com resultados classificados como lesões escamosas mais graves, 86,3% foram submetidas à colposcopia e destas 68,7% a exames histopatológicos. **CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo mostraram elevada frequência de encaminhamentos inadequados para Unidade de atendimento secundário, o que demandou alto percentual de procedimentos desnecessários. As recomendações do MS foram seguidas pelas Unidades secundárias e a maioria das mulheres recebeu orientação/tratamento preconizados.

Abstract

PURPOSE: To verify whether women with atypias of undetermined significance and precursor lesions or invasive cervical outcomes were referred to Medium Complexity Units (MCU) following the guidelines recommended by the Brazilian Ministry of Health. **METHODS:** Retrospective study based on the cytopathological outcomes of users of the Unified Health System, seen at Basic Health Assistance Units (BHAU) and referred to MCUs in the municipality of Goiânia, state of Goiás, from 2005 to 2006. We assessed 832 records according to the recommendations of the Brazilian Ministry of Health, as established by the Brazilian Nomenclature for Cervical Cytopathologic Outcomes and Recommended Clinical Practice. To check the distribution of variables such as reasons for referral, results of colposcopy and histopathology and clinical procedures we calculated absolute and relative frequencies, mean, minimum and maximum values. **RESULTS:** We understood 72.7% of the referrals were not in accordance with the recommendations of the Ministry of Health. There were 605 women with test results classified as atypical squamous cells of undetermined significance, possibly non-neoplasms, and squamous intraepithelial lesion of low level which were sent to MCU, and of these 71.8% were submitted to colposcopy, and 64.7% had histopathological examination which results were classified as 31.0% with non-neoplasms and 44.6% as NIC I. Out of 211 women with results classified as more severe squamous lesions, 86.3% were submitted to colposcopy and 68.7% of these had histopathological examinations. **CONCLUSIONS:** The results of this study revealed high rates of inappropriate referrals to MCU, which required a high percentage of unnecessary procedures. The recommendations of the Ministry of Health were followed by BHAU and the majority of women received counseling/treatment as recommended.

Correspondência

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás
Avenida Universitária, esquina com a 1ª Avenida –
Setor Universitário
CEP: 74605-220
Goiânia (GO), Brasil

Recebido

27/02/2012

Aceito com modificações

02/04/2012

Trabalho realizado na Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil, e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiânia (GO), Brasil.

¹ Unidade de Monitoramento Externo da Qualidade dos Exames Citopatológicos Cervicais. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO – Goiânia (GO), Brasil.

³ Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA) tem envidado esforços no sentido de aprimorar estratégias que possibilitem ações para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero¹⁻⁵. Entretanto, vários estudos têm demonstrado que aspectos epidemiológicos, questões relativas ao programa de rastreamento, as condições sociodemográficas das mulheres e o conhecimento limitado sobre prevenção de doenças são fatores que, somados às limitações dos serviços de saúde, à qualidade da atenção profissional e do sistema de informações, dificultam a prevenção e o controle do câncer de colo do útero em nosso país⁶⁻¹¹.

Atualmente, no Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle desse tipo de câncer são estruturadas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia, histopatologia e hospitais especializados^{4,12}. Essas ações são monitoradas pelo sistema de informações sobre o câncer do colo do útero (SISCOLO), que ainda não permite identificação do número de mulheres examinadas, apenas a quantidade de exames realizados e dados sobre resultados de colposcopia e biópsia. Estas circunstâncias dificultam o conhecimento preciso de taxas de captação e cobertura, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas^{8,13}.

Todavia, a eficiência do rastreamento depende do seguimento adequado do tratamento das mulheres que apresentam resultados citopatológicos anormais, mantendo-se no programa aquelas que precisam repetir o exame ou serem encaminhadas a centros especializados¹⁴.

É evidente que, todo o conjunto de normas e diretrizes elaboradas pelo MS/INCA constitui um importante sistema norteador para o controle do câncer do colo do útero. Entre as diretrizes insere-se a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, elaborada com a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira sintética e acessível que possibilitem orientar condutas adequadas para o câncer do colo do útero^{4,5,12}.

Estudos têm demonstrado que a prática do rastreamento na maioria das vezes não segue as normas do MS, pois a periodicidade mais adotada é a anual, e têm sido rastreadas mulheres jovens, abaixo do limite inferior do grupo etário definido como risco. Além disso, muitas mulheres com resultados citopatológicos alterados não são orientadas e nem encaminhadas adequadamente para adoção das condutas clínicas preconizadas^{7,10,13,15,16}. Estas diferenças entre a prática vigente e as normas do Ministério da Saúde podem ser um fator de dificuldades para o aperfeiçoamento das ações do rastreamento.

Assim, considerando a importância das diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, o objetivo deste estudo foi verificar se as mulheres com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero são encaminhadas à Unidade de Média Complexidade (UMC), de acordo com as condutas recomendadas pelo do MS, no município de Goiânia, Goiás.

Métodos

Estudo retrospectivo realizado na Universidade Federal de Goiás (UFG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia (GO) e aprovado pelo Comitê de Ética da UFG sob nº 71/2005. O estudo teve como base os resultados dos exames citopatológicos de mulheres usuárias do SUS submetidas ao exame de prevenção para controle do câncer do colo do útero nas UABS e encaminhadas para a UMC do município de Goiânia (GO), no período de 2005 e 2006.

Inicialmente, fez-se levantamento por meio do SISCOLO para identificar os exames citopatológicos do colo do útero alterados de mulheres atendidas nas UABS. Após este levantamento foram realizadas visitas às UABS para verificar o procedimento de encaminhamentos dessas mulheres para a UMC. As informações dos motivos de encaminhamentos foram obtidas nos prontuários e livros de registros e verificou-se que as mulheres com resultados alterados classificados como atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), assim como lesões mais graves eram encaminhadas para a UMC a partir do resultado da primeira citologia.

Após esta etapa, foram analisados os prontuários na UMC para obtenção das informações de seguimento das mulheres a partir dos resultados citopatológicos alterados. Assim, identificaram-se 1.148 prontuários de mulheres cadastradas na UMC. Destes, 39 foram excluídos por apresentarem dados ilegíveis, 251 devido a outros motivos de encaminhamentos não recomendados pelo MS e 26 por não terem informações de encaminhamentos, totalizando 832 prontuários analisados neste estudo. As variáveis utilizadas na pesquisa foram os motivos de encaminhamento à UMC, resultados dos exames colposcópicos e histopatológicos e as condutas clínicas.

Os motivos de encaminhamentos dos resultados dos exames citopatológicos foram definidos de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, seguindo as recomendações do MS/INCA¹². Estes foram categorizados em células escamosas atípicas, possivelmente não neoplásicas (ASC-US); células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H); lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL,

compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I); lesão intraepitelial de alto grau (HSIL, compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma escamoso invasor (Ca inv); células glandulares atípicas (CGA); adenocarcinoma *in situ* (Adeno *in situ*) e adenocarcinoma invasor (Adeno inv).

A análise das condutas clínicas baseou-se nas orientações preconizadas pelo MS/INCA¹², as quais recomendam que as mulheres com exame citopatológico classificado como ASC-US ou LSIL devem repetir o exame citopatológico após seis meses nas UABS.

A mulher com exame citopatológico classificado como ASC-H, HSIL, Ca inv, CGA, Adeno *in situ* ou Adeno inv deve ser encaminhada à UMC para submeter-se a colposcopia e confirmação histológica e, se necessário, deverá ser encaminhada à Unidade de Alta Complexidade (UAC) para ser tratada de acordo com as condutas específicas recomendadas, tais como: eletrocauterização (ECTZ), conização (CON), *Loop Eletrosurgical Excision Procedures* (LEEP, excisão eletrocirúrgica por alça) ou receber orientações previstas como retorno às UABS de origem para seguimentos citológicos¹³.

Os resultados das colposcopias foram classificados em colposcopia normal (ausência de qualquer lesão colposcópica, sendo possível visibilizar a junção escamo-colunar (JEC) em todos os seus limites); colposcopia anormal (reconhecimento de alterações epiteliais, glandulares ou associações de ambas, sendo possível visibilizar a JEC em todos os seus limites) e colposcopia insatisfatória (Insat, exame colposcópico em que não foi possível visibilizar a junção escamo-colunar (JEC), e quando o epitélio escamoso apresentou atrofia ou inflamação intensa)¹⁷.

Os resultados dos exames histopatológicos foram classificados em: sem neoplasia (SNEO), incluindo normal, cervicite crônica inespecífica e pólipo endocervical; alterações histológicas sugestivas de infecção por HPV; neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I); neoplasia intraepitelial cervical grau II (NIC II); neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III); carcinoma epidermoide microinvasivo; carcinoma escamoso invasivo; adenocarcinoma *in situ* e adenocarcinoma invasor¹⁸.

Para a análise dos dados, os resultados dos exames citopatológicos foram agrupados e categorizados de acordo com a conduta clínica preconizada e a gravidade da lesão da seguinte maneira: os resultados classificados como ASC-US ou LSIL foram categorizados como ASC-US/LSIL; os classificados como ASC-H, HSIL, carcinoma invasor foram categorizados como ASC-H/HSIL/Ca inv; e os classificados como CGA e adenocarcinoma invasor foram categorizados como CGA/Adeno inv.

Os programas Epi-info 3.3.2 2006 e Microsoft Excel 2007 foram usados para processamento e a análise dos dados. Para verificar a distribuição das variáveis motivos de encaminhamento, resultados dos exames colposcópicos e histopatológicos e condutas clínicas, utilizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas, média, valores mínimo e máximo.

Resultados

A idade das mulheres variou de 11 a 81 anos, sendo que a maioria apresentava-se dentro da faixa etária de 25 a 59 (69,0%). Das 832 pacientes encaminhadas à UMC, 605 (72,7%) apresentaram resultados citopatológicos classificados como ASC/LSIL, 211 (25,4%) como ASC-H/HSIL/Ca inv e 16 (1,9%) como CGA/Adeno inv. Das 832 mulheres, 688 (82,7%) foram submetidas à colposcopia e 430 (51,7%) ao exame histopatológico (Tabela 1).

Das 605 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-US/LSIL, 494 (81,6%) e 278 (46,0%) foram submetidas à colposcopia e ao histopatológico, respectivamente. A colposcopia apresentou 212 (43,0%) resultados anormais e o resultado do histopatológico foi de 124 (44,6%) exames classificados como NIC I, entre os quais 98 (79,0%) mulheres receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico e 50 (18,0%) foram classificados como NIC II/NIC III. Entre estas últimas, 27 (54,0%) foram submetidas a condutas clínicas preconizadas e 86 (31,0%) apresentaram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 2).

Entre as 211 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL/Ca inv, 182 (86,3%) e 145 (66,7%) foram submetidas à colposcopia e ao exame histopatológico, respectivamente. A primeira apresentou 108 (59,0%) resultados anormais e o resultado do exame histopatológico mostrou 27 (18,6%) classificados como NIC I. Destes, 15 (55,6%) mulheres receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico, 86 (59,3%) foram classificadas como NIC

Tabela 1. Achados citológicos, colposcópicos e histológicos de 832 mulheres encaminhadas para a Unidade de Média Complexidade para avaliação e conduta

Exame citopatológico de encaminhamento	Citologia n (%)	Colposcopia n (%)	Histopatologia n (%)
ASC-US/LSIL	605 (72,7)	494 (71,8)	278 (64,7)
ASC-H/HSIL/Ca inv	211 (25,4)	182 (26,5)	145 (33,7)
CGA/Adeno inv	16 (1,9)	12 (1,7)	7 (1,6)
Total	832 (100,0)	688 (100,0)	430 (100,0)

ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau; HSIL: lesão intraepitelial de alto grau; Ca inv: carcinoma escamoso invasor; CGA: células glandulares atípicas; Adeno inv: adenocarcinoma invasor.

Tabela 2. Correlação entre os exames citopatológicos de encaminhamento classificados como ASC-US, LSIL e os resultados da avaliação colposcópica histopatológica e condutas clínicas

Exame citopatológico de encaminhamento	Seguimento								
	Colposcopia	n (%)	Histopatologia	n (%)	Condutas clínicas	n (%)			
ASC-US/LSIL 605	Insat	24 (4,8)	SNEO	86 (31,0)	RUO/SC	60 (69,7)			
	Normal	229 (46,3)			SIC	25 (29,1)			
	Anormal	212 (43,0)			LEEP	1 (1,2)			
	SIR	29 (5,9)			Total	86 (100,0)			
	Total	494 (81,6)			NIC I	124 (44,6)	RUO/SC	98 (79,0)	
			LEEP/ECTZ	6 (4,8)					
			SIC	20 (16,2)					
			Total	124 (100,0)					
			RUO/SC	15 (30,0)					
			NIC II/III	50 (18,0)	LEEP/ECTZ/CONI	25 (50,0)			
					EUAC	2 (4,0)			
					SIC	8 (16,0)			
					Total	50 (100,0)			
					EUAC	2 (66,7)			
			Adeno inv	3 (1,0)	LEEP	1 (33,3)			
		Total			3 (100,0)				
		LEEP/ECTZ			3 (20,0)				
		SIC			12 (80,0)				
		Total			15 (100,0)				
		SIR	15 (5,4)	SIC	12 (80,0)				
						Total	278 (46,0)	Total	15 (100,0)

ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; Insat: insatisfatória; SIR: sem informações de resultados; SNEO: sem neoplasia; NIC I: neoplasia intraepitelial grau I; NIC II: neoplasia intraepitelial grau II; NIC III: neoplasia intraepitelial grau III; Adeno inv: adenocarcinoma invasor; RUO: retorno à unidade de origem; SC: seguimento citológico; SIC: sem informação de conduta; LEEP: excisão eletrocirúrgica por alça; ECTZ: eletrocauterização; CONI: conização; EUAC: encaminhamento para unidade de alta complexidade.

Tabela 3. Correlação entre os exames citopatológicos de encaminhamento classificados como ASC-H, HSIL, Ca invasor, CGA e Adeno invasor com os resultados colposcópicos, histopatológicos e condutas clínicas

Exame citopatológico de encaminhamento	Seguimento					
	Colposcopia	n (%)	Histopatologia	n (%)	Condutas clínicas	n (%)
ASC-H/HSIL Ca inv 211	Insat	20 (11,5)	SNEO	24 (16,6)	RUO/SC	19 (79,2)
	Normal	39 (21,3)			LEEP	1 (4,2)
	Anormal	108 (59,0)			SIC	4 (16,6)
	SIR	15 (8,2)			Total	24 (100,0)
	Total	182 (86,3)			NIC I	27 (18,6)
			LEEP/CONI	4 (14,8)		
			EUAC	1 (3,7)		
			SIC	7 (25,9)		
			Total	27 (100,0)		
			NIC II/NIC III	86 (59,3)	RUO/SC	18 (21,0)
					LEEP/CONI	50 (58,1)
					EUAC	11 (12,8)
					SIC	7 (8,1)
					Total	86 (100,0)
			Ca inv	6 (4,1)	EUAC	5 (83,3)
		SIC			1 (16,7)	
		Total			6 (100,0)	
		SIR			2 (1,4)	
		Total			145 (68,7)	
CGA/Adeno inv 16	Insat	2 (16,7)	SNEO	3 (42,8)	RUO/SC	1 (33,3)
	Normal	7 (58,3)			LEEP	2 (66,7)
	Anormal	2 (16,7)	NIC III	1 (42,8)	LEEP	1 (100,0)
	SIR	1 (8,3)			SIC	3 (100,0)
	Total	12 (75,0)	Total	7 (43,7)		

ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau; HSIL: lesão intraepitelial de alto grau; Ca inv: carcinoma escamoso invasor; CGA: células glandulares atípicas; Adeno inv: adenocarcinoma invasor; Insat: insatisfatória; SIR: sem informações de resultados; SNEO: sem neoplasia; NIC I: neoplasia intraepitelial grau I; NIC II: neoplasia intraepitelial grau II; NIC III: neoplasia intraepitelial grau III; RUO: retorno à unidade de origem; SC: seguimento citológico; LEEP: excisão eletrocirúrgica por alça; SIC: sem informação de conduta; ECTZ: eletrocauterização; CONI: conização; EUAC: encaminhamento para unidade de alta complexidade.

II/NIC III, das quais 61 (70,9%) foram submetidas a condutas clínicas preconizadas e 24 (16,6%) apresentaram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 3).

Das 16 mulheres com CGA/Adeno inv, 12 (75,0%) e 7 (43,7%) foram submetidas à colposcopia e ao histopatológico, respectivamente. O primeiro apresentou 2 (16,7%) resultados anormais e o resultado do histopatológico identificou apenas um classificado como NIC III, caso este tratado com LEEP. Outros três foram classificados como sem neoplasias e três sem informação de resultado (Tabela 3).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram que aproximadamente 72,7% dos encaminhamentos das mulheres para a UMC não estavam de acordo com as recomendações do MS. Destes, mais da metade apresentava exames citopatológicos classificados como ASC-US/LSIL, e a maioria foi submetida à colposcopia, cujos resultados foram normais ou sem informações.

Observou-se, ainda, que das mulheres com exames citopatológicos ASC-US/LSIL submetidas ao exame histopatológico, menos de 20% tiveram resultados NIC II/NIC III, 31 e 44,6% sem neoplasias e NIC I, respectivamente. Estes resultados são consistentes com a literatura^{19,20} e reforçam a importância das recomendações do MS/INCA, ou seja, repetir o exame citopatológico após seis meses. Caso se confirme a mesma alteração ou piora do diagnóstico então se deve submeter a paciente à colposcopia¹².

A categoria ASC-US tem sido alvo de estudos, debates e consensos. Pesquisadores propõem o aperfeiçoamento das condutas clínicas preconizadas para essa categoria sugerindo o encaminhamento para colposcopia em situações especiais, como, por exemplo, mulheres imunocomprometidas. Existe consenso de que mulheres imunossuprimidas têm, em geral, maior probabilidade de apresentarem lesões pré-invasivas, motivando recomendações diferenciadas de rastreio^{5,21-23}.

Observamos que aproximadamente 60% das mulheres com exames citopatológicos ASC-H/HSIL/Ca inv tiveram confirmação pelo exame histopatológico de NIC II/NIC III. Por outro lado, observou-se que aproximadamente 35% foram classificadas histopatologicamente como sem neoplasias ou NIC I. Esses resultados são semelhantes a estudos nos quais se demonstrou que as atípicas de significado indeterminado, quando correlacionadas com o histopatológico, podem variar desde a normalidade até lesões mais graves, incluindo as formas invasoras, e que cerca de 20 a 30% de LSIL são classificadas como

NIC II ou NIC III pelo histopatológico. No entanto, as HSIL apresentam melhor correlação com resultados histopatológicos, que confirmam NIC II/NIC III em mais de 62% dos casos^{19,20,24}.

Em relação às condutas clínicas após os resultados dos exames histopatológicos, observou-se que, na maioria dos casos sem neoplasias ou NIC I, as mulheres receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico. Da mesma forma, em relação aos confirmados histologicamente como NIC II/NIC III ou pior diagnóstico, as mulheres foram, regra geral, orientadas e encaminhadas para a realização dos procedimentos conforme condutas clínicas preconizadas pelo MS¹².

Todavia, ressalta-se no presente estudo que aproximadamente 30% das mulheres com resultados citopatológicos ASC-H/HSIL não apresentaram informações sobre resultados de exames colposcópicos e histopatológicos, o que sugere que essas mulheres não foram submetidas a eles. Assim, a observação das normas e os encaminhamentos corretos para os diferentes níveis de atendimento são fatores importantes para o aprimoramento do desempenho do programa de rastreamento com vistas ao controle do câncer cervical, ao mesmo tempo em que exclui procedimentos e condutas desnecessárias que podem gerar custos adicionais⁵.

Apesar desta pesquisa não objetivar avaliação da qualidade das informações do sistema ou dos prontuários, observou-se neles falta de informações, preenchimentos incompletos e dados ilegíveis. Pesquisadores atentam para o fato de que o sistema de informações, a organização do funcionamento, a qualificação dos profissionais para a realização adequada de suas funções, especialmente auxiliares técnicos, e a pouca eficiência do sistema educacional para o trabalho são fatores que contribuem para a pouca eficiência do programa brasileiro de controle do câncer de colo do útero^{8,13}.

Concluindo, observou-se neste estudo elevada frequência de encaminhamentos inadequados para a UMC, o que demandou alto percentual de procedimentos desnecessários. As recomendações do MS foram parcialmente seguidas pelas UABS, não havendo, entretanto, observação criteriosa para os encaminhamentos à UMC. Uma vez na UMC, a maioria das mulheres recebeu orientação/tratamento conforme preconizado pelo MS.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Délio Marques Conde, doutor em Ciências Médicas, por suas importantes considerações sobre este estudo.

Referências

- Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2009;43(2):445-56.
- Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e sua implementação. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(1):181-7.
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte. IP. Departamento de Estudos e Planeamento. Coordenação Regional dos Rastreamentos Oncológicos. Manual de procedimentos do rastreio do cancro do colo do útero – unidades de patologia cervical. Porto: ARSN; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2010.
- Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc*. 2008;17(2):120-31.
- Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):851-8.
- Giriani VR, Thuler LCS, Azevedo e Silva G. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):580-8.
- Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):503-9.
- Martins LF, Valente JG, Thuler LC. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):318-25.
- Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sócio-demográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):248-55.
- Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(8):486-504.
- Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):383-90.
- Zola P, Fuso L, Mazzola S, Gadducci A, Landoni F, Maggino T, et al. Follow-up strategies in gynecological oncology: searching appropriateness. *Int J Gynecol Cancer*. 2007;17(6):1186-93.
- Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(3):339-54.
- Freitas RA, Carvasan GA, Morais SS, Zeferino LC. Excessive Pap smears due to opportunistic cervical cancer screening. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2008;29(5):479-82.
- Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia [Internet]. Roteiro para laudo colposcópico [citado 2010 Out 15]. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61818788/ROTEIRO-PARA-LAUDO-COLPOSCOPICO>>
- Scully RE, Bonfiglio TA, Kurman RJ, Silverberg SG, Wilkinson EJ. Histological typing of female genital tract tumours. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
- Russomano F, Monteiro ACS, Mousinho RO. O diagnóstico citológico de células escamosas atípicas – uma avaliação crítica das recomendações diagnósticas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(11):573-82.
- Veiga FR, Russomano F, Camargo MJ, Monteiro ACS, Reis A, Tristão MA. Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):75-80.
- Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas por HIV. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(3):500-7.
- Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guideline, 2006. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(RR-11):1-94.
- ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 109: cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1409-20.
- Cytryn A, Russomano FB, Camargo MJ, Zardo LM, Horta NM, Fonseca RC, et al. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia grades II/III and cervical cancer in patients with cytological diagnosis of atypical squamous cells when high-grade intraepithelial lesions (ASC-H) cannot be ruled out. *São Paulo Med J*. 2009;127(5):283-7.