

Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado

Waiting time for the first colposcopic examination in women with abnormal Papanicolaou test

Artigo Original

Palavras-chave

Colposcopia
Listas de espera
Neoplasias do colo do útero
Teste de Papanicolaou
Agendamento de consultas
Referência e consulta

Keywords

Colposcopy
Waiting lists
Uterine cervical neoplasms
Papanicolaou test
Appointments and schedules
Referral and consultation

Resumo

OBJETIVO: Avaliar o tempo de espera para obter a primeira colposcopia por mulheres com teste de Papanicolaou alterado. **MÉTODOS:** Estudo de coorte retrospectivo desenvolvido com pacientes que demandaram colposcopia para esclarecer o resultado de colpocitologia alterada, entre janeiro de 2002 e agosto de 2008, em região metropolitana do Brasil. Os tempos de espera foram definidos como: Tempo de Espera Total (intervalo entre a data do resultado da citologia e a data da primeira colposcopia); Tempo de Espera Parcial A (intervalo entre a data do resultado da citologia e a data do encaminhamento da unidade de origem); e Tempo de Espera Parcial B (intervalo entre a data do encaminhamento da unidade de origem e a data da primeira colposcopia). Foram calculadas médias, medianas e frequências absolutas e relativas. **RESULTADOS:** 1.544 mulheres foram incluídas, com média de idade de 34 anos (DP=12,6 anos). A maior parte teve acesso ao exame dentro de 30 dias (65,8%) ou de 60 dias (92,8%) a partir da data do encaminhamento da unidade de origem. As médias do Tempo de Espera Total, do Tempo de Espera Parcial A e do Tempo de Espera Parcial B foram de 94,5 dias (DP=96,8 dias), 67,8 dias (DP=95,3 dias) e 29,2 dias (DP=35,1 dias), respectivamente. **CONCLUSÃO:** Grande parte das mulheres teve acesso à colposcopia dentro de 60 dias após o encaminhamento feito na unidade de origem, mas a espera total foi longa. Medidas para reduzir o tempo de espera para a primeira colposcopia podem ajudar a melhorar a qualidade da atenção no âmbito do controle do câncer do colo do útero e devem ser direcionadas à etapa entre a data do resultado da citologia e o encaminhamento para o polo de colposcopia.

Abstract

PURPOSE: To evaluate the waiting times before obtaining the first colposcopic examination for women with abnormal Papanicolaou smears. **METHODS:** Retrospective cohort study conducted on patients who required a colposcopic examination to clarify an abnormal pap test, between 2002 January and 2008 August, in a metropolitan region of Brazil. The waiting times were defined as: Total Waiting Time (interval between the date of the pap test result and the date of the first colposcopic examination); Partial A Waiting Time (interval between the date of the pap test result and the date of referral); Partial B Waiting Time (interval between the date of referral and the date of the first colposcopic examination). Means, medians, relative and absolute frequencies were calculated. The Kruskal-Wallis test and Pearson's chi-square test were used to determine statistical significance. **RESULTS:** A total of 1,544 women with mean of age of 34 years (SD=12.6 years) were analyzed. Most of them had access to colposcopic examination within 30 days (65.8%) or 60 days (92.8%) from referral. Mean Total Waiting Time, Partial A Waiting Time, and Partial B Waiting Time were 94.5 days (SD=96.8 days), 67.8 days (SD=95.3 days) and 29.2 days (SD=35.1 days), respectively. **CONCLUSION:** A large part of the women studied had access to colposcopic examination within 60 days after referral, but Total waiting time was long. Measures to reduce the waiting time for obtaining the first colposcopic examination can help to improve the quality of care in the context of cervical cancer control in the region, and ought to be addressed at the phase between the date of the pap test results and the date of referral to the teaching hospital.

Correspondência

Maria Isabel do Nascimento
Rua Marquês de Paraná, 303, 3º Andar, Prédio Anexo
CEP: 24033-900 – Centro
Niterói (RJ), Brasil

Recebido

19/05/2015

Aceito com modificações

22/06/2015

DOI: 10.1590/S0100-720320150005393

Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, Hospital Geral de Nova Iguaçu – HGNI – Nova Iguaçu (RJ), Brasil.

¹Departamento de Epidemiologia e Bioestatística, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói (RJ), Brasil.

²Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói (RJ), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O câncer do colo do útero é o quarto mais comum na mulher, com uma estimativa, em 2012, de 527.000 novos casos e 265.000 óbitos no mundo¹. É considerado um dos principais problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, tendo sido estimados para o Brasil cerca de 15.590 novos casos para o ano de 2014, correspondendo à taxa de incidência de 15,33/100.000 mulheres, ocupando o terceiro lugar no sexo feminino².

A doença tem um alto potencial para prevenção e cura, uma vez que sua história natural é bem compreendida, com lesões precursoras que evoluem lentamente e são passíveis de captação por testes de rastreamento aplicados em população assintomática³. A estratégia de rastreamento usada no Brasil é baseada no teste de Papanicolaou para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. As recomendações têm sido especificadas de acordo com a gravidade da alteração citológica, considerando também as mulheres enquadradas em situações denominadas especiais⁴.

A colposcopia não é uma ferramenta de rastreamento de câncer do colo do útero, porém é exame essencial para o esclarecimento de resultados de testes de Papanicolaou anormais⁵. No Brasil, a expectativa é que de 3 a 10% do total de exames citopatológicos realizados demande por avaliações subsequentes por meio de colposcopia⁶. Entretanto, há pouca informação sobre metas aceitáveis e prazos para que a mulher com teste de Papanicolaou alterado tenha seu problema esclarecido pela colposcopia. Nas diretrizes brasileiras está explicitado claramente o prazo de 3 meses para encaminhamento da unidade onde o exame citopatológico foi coletado até a obtenção da colposcopia por mulher de até 20 anos com laudo de lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) e de colposcopia imediata para casos de lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor (ASC-H)⁴.

A Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia determinou os limites de tempo para obter a primeira colposcopia e as metas a serem alcançadas considerando os diferentes tipos de alteração citológica cervical, esperando-se que, pelo menos, 90% da demanda pelos procedimentos seja suprida dentro dos referidos prazos⁷. Na Inglaterra, os prazos variam até oito semanas, de acordo com o grau da lesão, para que mulheres com teste de Papanicolaou alterado encaminhadas da atenção primária obtenham a primeira colposcopia, almejando-se suprir a meta de 90% da demanda dentro do tempo estabelecido⁸.

Considerando que a rede de serviços de saúde no Brasil vem se estruturando para melhor atender aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), contando, entre outros, com a normatização da Atenção Oncológica, se desconhece o tempo esperado para obter a colposcopia no serviço público de saúde no país. O procedimento, em

geral, é disponibilizado no nível secundário de atenção⁴ e a análise do tempo esperado para obter o exame pode ajudar a interpretar como vem ocorrendo a qualidade do cuidado no campo do controle das lesões pré-neoplásicas do câncer do colo do útero. Assim, o estudo se justificou e teve o objetivo de verificar o tempo esperado por mulheres com teste de Papanicolaou alterado para obter a primeira colposcopia em um polo localizado em um hospital de ensino da rede do SUS na Baixada Fluminense.

Métodos

Este é um estudo de coorte retrospectivo conduzido com dados de mulheres atendidas com suspeita de lesão pré ou neoplásica do colo uterino em um polo de colposcopia localizado em um hospital de ensino na Baixada Fluminense (RJ).

Um total de 2.328 mulheres matriculadas no período de janeiro de 2002 a junho de 2008 no polo de colposcopia era elegível para o estudo. Foram excluídos os casos já encaminhados com diagnóstico de câncer apontado pela citologia (69 casos), os casos encaminhados para verificação de lesão macroscópica do colo uterino e sem citologia (129), os casos avaliados apesar de constar laudo negativo da citologia (60), os casos sem citologia e com suspeita de câncer (11), os casos com citologia sem data (27) e os casos cujas datas de coleta e de resultado da citologia eram as mesmas (488). Assim, a população de estudo foi composta por 1.544 pacientes.

Coleta de dados e variáveis do estudo

A coleta de informações foi feita por consulta aos prontuários de paciente e à base de dados do ambulatório de patologia cervical do polo de colposcopia.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade (contínua e categorizada em até 35 anos, 36 a 49 anos e 50 e mais anos); município de residência; cor da pele (não branca/branca); situação conjugal (não casada/casada); escolaridade (nenhuma/fundamental incompleto — FI/fundamental completo ou mais — FC e mais); naturalidade (Rio de Janeiro/outros Estados); ocupação remunerada (sim/não).

As variáveis de importância para o desenvolvimento do estudo obtidas do laudo do exame citológico foram:

1. as datas de interesse (data da coleta, data do resultado);
2. a identificação do laboratório responsável pelo processamento do exame/laudo citológico, classificando-o de acordo com a relação de prestação de serviços para o SUS (principal laboratório de citopatologia prestador de serviços para o SUS na Baixada Fluminense, principal laboratório de citopatologia próprio do SUS na capital, outros laboratórios, incluindo privados ou prestadores de serviços para o SUS);

3. a identificação da unidade de origem onde foi coletada a citologia (laboratório de citopatologia prestador de serviços para o SUS na Baixada Fluminense, unidades da rede básica da Baixada Fluminense, rede privada, outras unidades — filantrópicas, organizações não governamentais, igrejas —, unidade ignorada);
4. o resultado do exame citológico considerando quatro categorias — lesão intraepitelial de alto grau/células escamosas atípicas que não podem afastar alto grau/células glandulares atípicas (HSIL/ASC-H/ACG); lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS); outros (lesão intraepitelial a esclarecer, efeito citopático do HPV, presença de células atípicas sem outras especificações).

Foi verificado também se a mulher foi submetida à biópsia depois de saber do laudo alterado e antes de ser matriculada no centro de colposcopia, o que caracterizou a variável “biópsia prévia” (sim/não).

■ Especificação do tempo de espera e seus intervalos componentes

O cálculo do tempo para processamento da colpocitologia e do tempo de espera para colposcopia e seus intervalos componentes foi feito considerando as seguintes datas: Tempo de Espera Total para a colposcopia (diferença entre a data da emissão do resultado/laudo da colpocitologia e a data da primeira colposcopia no polo secundário do hospital de ensino); Tempo de Espera Parcial A para a colposcopia (diferença entre a data da emissão do resultado/laudo da colpocitologia e a data do encaminhamento da unidade de origem para o polo secundário do hospital de ensino); Tempo de Espera Parcial B para a colposcopia (diferença entre a data do encaminhamento da unidade de origem e a data da primeira colposcopia efetivamente realizada no polo secundário do hospital de ensino).

A data do encaminhamento foi obtida dos documentos (fichas de referência, anotações no prontuário e encaminhamentos de coordenações) arquivados no hospital de ensino com o prontuário da paciente, sendo resgatado um total de 1.227 datas.

Foram feitas análises descritivas das características das mulheres com enfoque nos fatores sociodemográficos segundo distribuição das alterações citológicas. As análises dos tempos de espera foram feitas por meio de comparação de médias, desvio padrão (DP), medianas, com respectivos intervalos interquartis (IQRs) e de proporções. A significância estatística foi feita com o uso dos testes de Kruskal-Wallis, para medianas, e do χ^2 , para proporções, considerando o nível de significância de 5%.

O trabalho seguiu as normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, com todos os cuidados para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas, e foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da unidade sede do estudo, com parecer nº 259.803, de 23 de abril de 2013, e CAAE nº 14873313.7.0000.5254.

Resultados

Um total de 1.544 mulheres com citologia alterada foi analisado. A média de idade foi de 34 anos (DP=12,6 anos; variação: 14 a 82 anos). Em relação ao município de residência, não houve diferença de proporções entre mulheres que residiam ou não no município onde se localiza o centro de colposcopia (50,1 *versus* 49,9%). Predominaram as alterações citológicas do tipo HSIL/ASC-H (60,7%), em relação às dos tipos LSIL (24,1%) e ASCUS (7,5%) e aos outros resultados (7,7%). As características da população de estudo segundo a distribuição dos laudos citológicos estão apresentadas na Tabela 1.

A média de tempo entre a coleta e a liberação do resultado da citologia foi de 34,0 dias (DP=26,1 dias; 1 a 199 dias). 51% dos exames foram processados em um dos principais laboratórios de citopatologia prestador de serviço para o SUS na Baixada Fluminense; 23,1% foram processados em outro grande laboratório do SUS localizado na capital do Estado. Os demais (25,9%) foram processados em outros laboratórios privados ou prestadores de serviços para o SUS, com média de tempo entre a coleta e a liberação dos resultados de 25,2 dias (DP=15,1 dias), 62,3 dias (DP=31,3 dias) e 26,3 dias (DP=19,5 dias), respectivamente.

A média de tempo entre o resultado da citologia e a realização da primeira colposcopia (Espera Total) foi de 94,5 dias (DP=96,8; 0 a 1.401 dias). A média de tempo entre o resultado da citologia e a data do encaminhamento da unidade de origem para o polo de colposcopia (Espera Parcial A) foi de 67,8 dias (DP=95,3; 0 a 1.382 dias). A média de tempo entre a data do encaminhamento e a data da primeira colposcopia (Espera Parcial B) foi de 29,2 dias (DP=35,1 dias; 0 a 601 dias). A comparação de medianas mostrou que a gravidade das alterações citológicas não determinou efeito no padrão de encaminhamento da unidade de origem avaliado pelo intervalo total ($p=0,51$) e pelo intervalo parcial da data do resultado da citologia até a data do encaminhamento ($p=0,16$). Depois de encaminhadas, as mulheres com alterações citológicas de alto grau tiveram acesso à colposcopia mais rapidamente (mediana de 21 dias, IQR de 25 dias) do que aquelas com lesão de baixo grau (mediana de 27 dias; IQR de 24 dias) ou ASCUS (mediana de 30 dias; IQR de 29 dias) ($p<0,01$). A Tabela 2 sumariza os resultados do Tempo de Espera Total pela colposcopia e seus intervalos componentes.

Tabela 1. Características da população de estudo segundo a distribuição dos laudos citológicos de 1.544 pacientes avaliadas por colposcopia na Baixada Fluminense

Variável	Total	HSIL/ASC-H/ACG ^a	LSIL ^b	ASCUS ^c	Outros ^d
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade					
Até 35 anos	916 (59,3)	500 (54,6)	303 (33,1)	43 (4,7)	70 (7,6)
De 36 a 49 anos	454 (29,4)	319 (70,3)	63 (13,9)	44 (9,7)	28 (6,2)
50 e mais anos	174 (11,3)	118 (67,8)	6 (3,4)	29 (16,7)	21 (12,1)
Residência					
Nova Iguaçu	773 (50,1)	429 (55,5)	207 (26,8)	48 (6,2)	89 (11,5)
Cor da pele					
Não branca	1.032 (66,8)	647 (62,7)	240 (23,3)	65 (6,3)	80 (7,7)
Situação marital					
Não casada	621 (40,2)	367 (59,1)	169 (27,2)	45 (7,3)	40 (6,4)
Escolaridade					
Nenhuma	93 (6,0)	66 (71,0)	7 (7,5)	14 (15,0)	6 (6,5)
Fundamental incompleto	802 (52,0)	496 (61,8)	165 (20,6)	68 (8,5)	73 (9,1)
Acima do Fundamental	649 (42,0)	375 (57,8)	200 (30,8)	34 (5,2)	40 (6,2)
Naturalidade					
Rio de Janeiro	1.214 (78,6)	731 (60,2)	315 (26,0)	79 (6,5)	89 (7,3)
Ocupação remunerada					
Sim	554 (35,9)	352 (63,5)	128 (23,1)	38 (6,9)	36 (6,5)
Total	1.544 (100,0)	937 (60,7)	372 (24,1)	116 (7,5)	119 (7,7)

^aHSIL/ASC-H/ACG: lesão intraepitelial de alto grau/células escamosas atípicas com tendência a alto grau/células glandulares atípicas; ^bLSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; ^cASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ^dOutros (lesão intraepitelial a esclarecer, efeito citopático do HPV, presença de células atípicas sem outras especificações).

Tabela 2. Mediana do Tempo de Espera Total em dias a partir da data do resultado da citologia até obter a primeira colposcopia e avaliação dos intervalos de tempo componentes

Variável	Intervalo total (dias)		Intervalo parcial A (dias)		Intervalo parcial B (dias)	
	Citologia-colposcopia		Citologia-encaminhamento		Encaminhamento-colposcopia	
	Mediana (IQR)	Valor p	Mediana (IQR)**	Valor p	Mediana (IQR)	Valor p
			38 (56) dias		22 (26) dias	
Citologia		0,51		0,16		<0,01
HSIL/ASC-H/ACG ^a	64 (65)		38 (53)		21 (25)	
LSIL ^b	59 (64)		40 (52,5)		27 (24)	
ASCUS ^c	70,5 (61)		33 (49)		30 (29)	
Outros ^d	68 (98)		48,5 (80)		20 (26)	
Procedência		0,01		<0,01		0,26
Laboratório	98,5 (115)		70 (100)		21 (27)	
Rede básica	65 (62)		37 (49)		23 (25)	
Rede privada	67,5 (78)		46 (83)		17 (28)	
Outros	230 (215)		196 (246)		29 (33)	
Ignorado	63 (86)					
Local de residência		0,04		<0,01		<0,01
Nova Iguaçu	70 (77)		43 (61)		21 (26)	
Outros municípios	64 (59)		35 (46)		23 (24)	
Ocupação remunerada		0,01		0,38		0,05
Sim	69,5 (73)		41 (61)		24 (22)	
Não	64 (65)		38 (49)		21 (27)	
Biópsia prévia		<0,01		<0,01		0,37
Sim	119 (120,5)		93 (130)		21 (24)	
Não	63 (55,5)		35 (43)		23 (26)	

^aHSIL/ASC-H/ACG: lesão intraepitelial de alto grau/células escamosas atípicas com tendência a alto grau/células glandulares atípicas; ^bLSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; ^cASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ^dOutros (lesão intraepitelial a esclarecer, efeito citopático do HPV, presença de células atípicas sem outras especificações).

*Valor p obtido com o uso do teste de Kruskal-Wallis e nível de significância estatística de 5%. **IQR (intervalo interquartil).

A proporção de mulheres que obtiveram a primeira colposcopia em prazo dentro de 30 e 60 dias a contar do encaminhamento da unidade de origem foi de 65,8 e 92,8%, respectivamente. Apenas o resultado da citologia apresentou diferença significativa (valor $p < 0,01$) para a obtenção da primeira colposcopia dentro de 30 dias, com as mulheres portadoras de laudo citológico de HSIL/ASC-H/ACG chegando a maior proporção (70,0%) que as demais ao exame colposcópico. Aos 60 dias, quando a proporção de mulheres avaliadas atingiu mais de 90% em todas as categorias das variáveis analisadas, incluindo o tipo de alteração citológica, não foram encontradas diferenças significativas para a obtenção da primeira colposcopia (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo mostrou que grande parte das mulheres que demandou colposcopia entre 2002 e 2008, em um polo secundário localizado na Baixada Fluminense, foi submetida ao exame dentro de 30 dias (65,8%) ou de 60 dias (92,8%) a contar do encaminhamento da unidade de origem. A média de Tempo de Espera Total (da data do resultado da citologia até a data da primeira colposcopia) superou os 3 meses (94,5 dias), com maior parte do tempo sendo consumido na etapa entre a data do resultado da citologia e a data do encaminhamento (média 67,8 dias), comparado com o intervalo entre a data do encaminhamento e a data da primeira colposcopia (29,2 dias). Embora as informações analisadas sejam restritas às mulheres que tiveram acesso

Tabela 3. Proporção de pacientes com primeira colposcopia dentro de 30 e 60 dias a contar do encaminhamento da unidade de origem: análise de 1.227 mulheres avaliadas na Baixada Fluminense

Variável	Intervalo do encaminhamento até a data da primeira colposcopia				Total n (%)
	Parcial B de até 30 dias		Parcial B de até 60 dias		
	n (%)	Valor p*	n (%)	Valor p*	
Laudo citológico		<0,01		0,80	
HSIL/ASC-H/ACG^a	512 (70,2)		667 (91,5)		729 (59,4)
LSIL^b	184 (59,0)		285 (91,3)		312 (25,4)
ASCUS^c	44 (51,2)		80 (93,0)		86 (7,0)
Outros^d	68 (68,0)		94 (94,0)		100 (8,2)
Procedência		0,42		0,31	
Laboratório	33 (70,2)		46 (97,8)		47 (3,8)
Rede básica	721 (65,5)		1.007 (91,4)		1.102 (89,8)
Rede privada	48 (71,6)		62 (92,5)		67 (5,5)
Outros	6 (54,6)		11 (100,0)		11 (0,9)
Local de residência			0,06	0,38	
Nova Iguaçu	425 (68,3)		575 (92,4)		622 (50,7)
Outros	383 (63,3)		551 (91,1)		605 (49,3)
Ocupação remunerada		0,45		0,29	
Sim	289 (64,5)		416 (92,8)		448 (36,5)
Não	519 (66,6)		710 (91,1)		779 (63,5)
Biópsia prévia		0,59		0,41	
Sim	117 (67,6)		156 (90,2)		173 (14,1)
Não	691 (65,6)		970 (92,0)		1.054 (85,9)
Total	808 (65,8)		1.126 (92,8)		1.227 (100)

^aHSIL/ASC-H/ACG: lesão intraepitelial de alto grau/células escamosas atípicas com tendência a alto grau/células glandulares atípicas; ^bLSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; ^cASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; ^dOutros (lesão intraepitelial a esclarecer, efeito citopático do HPV, presença de células atípicas sem outras especificações).

*Valor p obtido com o uso do teste do χ^2 e nível de significância estatística de 5%.

ao exame, é importante fazer o diagnóstico da situação, identificando possíveis causas de atrasos e ajudando no aprimoramento das ações com propostas direcionadas às distintas etapas do tempo de espera.

No presente estudo, as medianas do intervalo entre a data do encaminhamento e a data da colposcopia não superaram os 30 dias. Um estudo conduzido na Tailândia com 291 mulheres que necessitavam de colposcopia para avaliação de alterações citológicas mostrou que a média de tempo esperado pelo exame foi de $4,3 \pm 2,0$ semanas⁹. Um percentual de 97% do grupo analisado teve a colposcopia dentro de 8 semanas da data do encaminhamento. A suspeita de invasão foi um dos fatores relacionados à antecipação do exame colposcópico. Os atuais achados sugerem que a gravidade da alteração citológica possivelmente influenciou o agendamento da colposcopia em prazo mais curto (dentro de 30 dias).

No Brasil, ainda são escassas as propostas oficiais sobre metas e prazos a serem perseguidos pelos serviços de saúde que atuam no controle do câncer. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no Brasil, faz menção à meta de garantia de tratamento de 100% das lesões precursoras do câncer do colo do útero, em paralelo com a expectativa de evolução do programa brasileiro de controle de tal neoplasia, o qual deverá passar do modelo oportunístico para o modelo organizado até 2022¹⁰. A Lei nº 12.732, promulgada em 22 de novembro de 2012, estabeleceu que o primeiro tratamento de neoplasia maligna comprovada deve ser iniciado dentro de 60 dias após a data da confirmação do diagnóstico no prontuário do paciente, o que também se aplica ao câncer do colo do útero¹¹. Por fim, as diretrizes brasileiras para o rastreamento desse tipo de câncer⁴ fazem pouca referência a prazos aceitáveis para que a mulher tenha o problema efetivamente avaliado pela colposcopia.

Embora haja estudos que mostrem que a duração do tempo de espera não afeta a correlação entre o laudo citológico e o da histopatologia¹² e que demoras acima de 180 dias não aumentam a frequência de realização de procedimentos excisionais em mulheres referenciadas com lesão de alto grau¹³, parece consenso que medidas adicionais para esclarecer a suspeita de câncer devam ser implementadas o mais rapidamente possível. A Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia estabeleceu os prazos de até três semanas para se proceder a colposcopia nos casos de HSIL, de até seis semanas para laudos de ACG, de seis a oito semanas para LSIL ou ASC-H e de até seis semanas para LSIL persistente, esperando-se que, pelo menos, 90% da demanda pelos procedimentos seja suprida dentro dos referidos prazos⁷.

Antes da implantação do *NHS Cancer Plan*, o qual apresentou objetivos e prazos para redução do tempo de espera para o diagnóstico e tratamento do câncer no Reino Unido¹⁴, foi observada a demora de 45 dias para que casos de câncer do colo do útero rastreados pela citologia tivessem a colposcopia, a partir da referência da atenção primária, na Inglaterra¹⁵.

Nesse país, a avaliação do cumprimento de prazos e metas propostos pelo *NHS Cervical Screening Programme* (NHSCSP) foi feita em dez unidades de colposcopia¹⁶. Os autores mostraram que a proporção de todos os casos alterados vistos dentro de 8 semanas, ao longo do período analisado, não ultrapassou 58%, padrão inferior ao pretendido de 90%. Mais recentemente, as diretrizes do NHSCSP estabeleceram que, pelo menos, 90% das mulheres com citologia de displasia leve, 90% das mulheres com displasia moderada e 90% das mulheres com displasia grave deveriam ser avaliadas pela colposcopia dentro de 8, 8 e 8 semanas, respectivamente⁸.

No presente estudo, enquanto a média do intervalo entre a data do resultado da citologia e a data da colposcopia foi de 94,5 dias, a mediana foi de 66 dias, mostrando a presença de valores extremos à direita indicativos de que algumas mulheres tiveram atrasos importantes para a obtenção da primeira colposcopia na região. Nos Estados Unidos, informações obtidas a partir de análise de sobrevivência de uma coorte de 4.824 mulheres evidenciou o tempo mediano de 99 dias para obtenção da colposcopia, a partir da data do teste de Papanicolaou alterado, não ficando claro se a data inicial era a da coleta ou a do resultado da citologia¹⁷. Os autores verificaram que mulheres com LSIL e HSIL tiveram a colposcopia em três ou quatro meses, enquanto os casos de ASC-H foram avaliados mais tardiamente.

A comparação das medianas estimadas a partir da data de resultado da citologia mostrou, primeiramente, que não houve diferença significativa segundo o tipo de alteração citológica. Isso sugere que, provavelmente, os mecanismos utilizados nas unidades de origem para fazer chegar às mãos das pacientes o resultado da citologia e o documento de referência para o polo de colposcopia possam ser melhorados. Tendo em vista que hoje se conta com a atuação de agentes comunitários de saúde, como membros da Estratégia Saúde da Família⁴ que fazem a busca ativa de casos, a referência da unidade de origem pode ser agilizada, dando prioridade aos casos com laudo citológico mais grave. Situações características da organização da atenção, como a oferta de citologia e de biópsia em laboratórios, podem estar atrasando a resolução do problema da paciente e o seguimento dela no polo e carecem de aprimoramento.

As mulheres com ocupação remunerada tiveram as medianas sistematicamente maiores. Dificuldades com transporte para se deslocar até o local do exame e compromissos com o trabalho têm sido apontados como problemas que interferem negativamente na adesão às recomendações para controle do câncer do colo do útero¹⁸. Além disso, viagens longas até o local do exame podem criar problemas devido às responsabilidades com crianças, bem como aos custos para financiar a viagem¹⁹.

Este estudo teve limitações e seus resultados devem ser interpretados com cautela. Primeiramente, foi conduzido com dados retrospectivos, coletados com finalidade assistencial e administrativa. Contudo, restringiu-se aos fatores mais relevantes,

com perda de informação praticamente nula. Também, parte da análise foi feita com um subconjunto 20% menor do que a população de estudo. Considerando o tamanho da coorte ($n=1.544$), acredita-se que tal redução não tenha comprometido as análises. Por fim, trata-se de mulheres que tiveram colposcopia de 2002 a 2008. Tendo em vista que a organização da atenção na região da Baixada Fluminense mudou pouco nos últimos anos, é possível que os resultados estejam refletindo uma realidade enfrentada pelas mulheres nos dias atuais.

Como vantagens são destacados: o enfoque no tempo de espera, um problema ainda pouco estudado no Brasil; o tamanho da coorte, a qual atinge a faixa dos grandes números; a região onde o estudo foi desenvolvido, localizada na periferia do Rio de Janeiro e caracterizada por problemas como distribuição desigual de serviços de saúde, com parte da população vivendo em desvantagens socioeconômicas. Esta última característica parece influenciar a adesão ao rastreamento citológico na região da Baixada Fluminense²⁰.

Concluindo, o estudo mostrou que grande parte das mulheres obteve a primeira colposcopia dentro de 30 dias

(65,8%) e de 60 dias (92,8%) a contar da data do encaminhamento da unidade de origem. O tempo mediano consumido entre a data do resultado da citologia até o encaminhamento para o polo foi mais que o dobro do tempo mediano consumido entre o encaminhamento e a efetiva realização da colposcopia. Medidas para reduzir o tempo de espera para a obtenção da primeira colposcopia podem ajudar a melhorar a qualidade da atenção no âmbito do câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, especialmente se direcionadas a mecanismos que facilitem a referência da unidade de origem, considerando também as características da mulher, como o município de residência e a ocupação remunerada fora de casa.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pela Bolsa de Iniciação Científica destinada à Irene Machado Moraes Alvarenga Rabelo (Processo E-26/101.051/2014).

Referências

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization [Internet]. Globocan 2012: estimated cancer: incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Paris: IARC; 2012 [cited 2015 May 02]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. Sankaranarayanan R. Screening for cancer in low- and middle-income countries. *Ann Glob Health*. 2014;80(5):412-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
5. Sharp L, Cotton SC, Cruickshank ME, Gray NM, Neal K, Rothnie K, et al. Long-term worries after colposcopy: which women are at increased risk? *Womens Health Issues*. 2015 Jun 4. [Epub ahead of print]
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
7. Farrell S, Roye C, Crane J, Davis D, Heywood M, Lalonde A, et al. Statement on wait times in obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(3):248-70.
8. NHS Cancer Screening Programmes. Colposcopy and programme management: guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes; 2010.
9. Kietpeerakool C, Manopunya M, Phuprasertsak P, Jaijit T, Srisomboon J. An audit of colposcopy appointment processes in women with abnormal cervical cytology. *Cytopathology*. 2011;22(3):184-8.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
11. Brasil. Lei n. 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* (2012 Nov 23); Sec. 1;1.
12. Meevasana V, Suwannarurk K, Chanthasenanont A, Tanprasertkul C, Bhamarapratana K, Pattaraarchachai J. Is the correlation between Papanicolaou smear and histopathology results affected by time to colposcopy? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(4):1527-30.
13. Fakokunde B, Selo-Ojeme D. Impact of prolonged referral interval on colposcopic outcomes in women with moderate or severe dysplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;101(3):245-7.
14. Department of Health. The NHS Cancer plan: a plan for investment, a plan for reform. London: Department of Health; 2000.
15. Jackson S, Murdoch J, Howe K, Bedford C, Sanders T, Prentice A. The management of cervical carcinoma within south west region of England. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(2):140-4.
16. Redburn J, Sundar S, Usherwood M, Roche M; Four Counties Colposcopy Group. Trends in compliance with the national colposcopy guidelines. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(5):552-6.
17. Kuo TM, Bernard VB, Berkman ND, Martin CK, Richardson LC. Timing of colposcopy after cervical cytologic abnormalities. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):629-36.
18. Hernández-Aléman FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. [Motives for abandoning the healthcare process for precancerous lesions of the uterine cervix]. *Rev Invest Clin* 2006;58(3):217-27. Spanish.
19. Milbourne A. Access, access, access: cervical cancer screening and management practices among providers in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *Cancer (NBCCEDP)*. 2007;110(5):941-2.
20. Girianelli VR, Thuler LC, Azevedo e Silva G. [Adherence to cervical cancer screening among women from communities assisted by the Family Health Strategy at the Baixada Fluminense, Rio de Janeiro State, Brazil]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(5):198-204. Portuguese.