



*Programa Nacional de
Controle do Câncer do
Colo Uterino
Programa Viva Mulher*

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Projeto Comunidade Solidária

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

1996



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

99466
823p
996
MOTEC



Apresentação

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública por que apresenta elevada incidência e mortalidade em nosso País. Em 1980 ele representou 8% dos óbitos por câncer ocorridos em mulheres, e em 1992, ainda continua responsável por 7,5% dos óbitos por câncer ocorridos no sexo feminino. O Instituto Nacional de Câncer estima que, em 1996, ocorrerão no Brasil, 20.110 casos novos de câncer do colo do útero e 3.300 óbitos por essa neoplasia. O que nos preocupa é que esses números alarmantes referem-se apenas a tumores classificados como colo do útero e nós sabemos que grande parte dos tumores codificados como útero sem outra especificação (soe), na verdade, representam na sua maioria tumores do colo do útero, que não foram classificados devidamente. Se considerarmos os tumores classificados como útero (soe) juntamente com os tumores do colo do útero, esse tumor passa então a ser responsável por 15%, em média, dos óbitos ocorridos no sexo feminino, no período de 1979 a 1992, e a estimativa do número de óbitos para 1996 passe para 5.400.

É uma doença que acomete mais freqüentemente mulheres de nível sócio-econômico baixo, jovens e em fase laborativa intensa, que, doentes, ficam hospitalizadas por períodos variáveis de tempo, comprometendo não só o mercado de trabalho como as suas atividades domésticas. Apesar destas taxas, umas das mais elevadas do mundo, é uma neoplasia, cujos programas de rastreamento apresentam uma relação custo/benefício altamente vantajosa, já que é facilmente detectada por uma simples citologia e curável em 100% dos casos diagnosticados em fases iniciais, favorecendo portanto, a redução substancial da sua morbimortalidade.

Baseado nesse quadro e amparado no compromisso feito pelo Governo Federal durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China em setembro de 1995, no sentido de melhorar a condição social da mulher em nosso País, começou a ser delineado um projeto de âmbito nacional visando a redução na morbimortalidade por câncer de colo uterino no Brasil.

No dia 8 de março de 1996, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, foi assinado um protocolo de intenções pelo Exmo. Sr. Presidente da República e Ministros de Estado da área social — Justiça, representado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; Saúde, representado pelo Instituto Nacional de Câncer e Educação, representado pela Secretaria de Educação Básica —, que propôs o desenvolvimento de uma ação nacional objetivando o controle da doença.

A Organização Mundial de Saúde, em seu Terceiro Grupo Internacional de Trabalho sobre Programas Nacionais de Controle de Câncer, reconheceu, também, o câncer cérvico-uterino como uma das prioridades na formulação de políticas de controle de câncer no mundo.

Assim, uma ação denominada Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, foi idealizada pela equipe técnica do Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, auxiliada por assessorias técnicas e pesquisas com o objetivo de elaborar o Programa e garantir o seu êxito. Levantamentos da capacidade laboratorial instalada, capacidade da rede de atendimento primário, secundário e terciário, pesquisas sobre o comportamento das mulheres em relação à prevenção e as causas da não adesão das mesmas aos programas existentes foram realizados.

Considerando que o Brasil apresenta marcadas diferenças sócio-econômicas e epidemiológicas regionais, a equipe técnica concluiu que a realização de um programa único para todo o Brasil certamente não alcançaria o objetivo esperado. Diante disso, optou pela utilização da estratégia de implantação de projetos piloto em um município de cada região brasileira, com duração de dois anos cada um, visando testar técnicas para a criação de modelos a serem reproduzidos em áreas geográficas com características semelhantes. No entanto, a realização do Programa não inviabiliza a manutenção e implementação dos programas já existentes, onde a delimitação da faixa etária priorizada, as técnicas de realização e a periodicidade do exame de Papanicolaou já estão bem definidas.

Para o bom termo deste Programa, é de fundamental importância a participação das autoridades de saúde (secretários estaduais e municipais de saúde), instituições de combate ao câncer, filantrópicas ou não, organizações não-governamentais e lideranças femininas para, num esforço conjunto, vencer o grande desafio de controlar o câncer cérvico-uterino no Brasil.

3034

INCA - BIBLIOTECA

HC COL HO CONP/REV

ADM AAC/AS MUTA

N.º REGISTRO 05101

EM 22 / 01 / 01

Reg 237/10
27/09/10

C-3034

INCA - BIBLIOTECA

MEMÓRIA TÉCNICA

Nº REGISTRO 237/10

EM 27 / 09 / 10

Apresentação

Sumário

I. Análise da Situação

- 1.1 - Dados epidemiológicos
 - 1.1.1) Incidência
 - 1.1.2) Mortalidade
- 1.2 - Impacto Econômico e Social
- 1.3 - Comportamento da Mulher Brasileira em Relação à Prevenção
- 1.4 - Cobertura do Exame Colpocitológico no Brasil
- 1.5 - Capacidade Laboratorial instalada para a realização de exames colpocitológicos no Brasil
- 1.6 - Fatores Responsáveis pela Altas Taxas de Incidência e Mortalidade



II. O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

- 2.1 - Objetivo do Programa
- 2.2 - Componentes do Programa
- 2.3 - Importância do Projeto Piloto
- 2.4 - O Projeto Piloto como Estratégia para aumentar a possibilidade de sucesso de um Programa Nacional
- 2.5 - Modelo Proposto de Projeto Piloto
- 2.6 - Composição dos Comitês, Grupos Funcionais e Consultorias
- 2.7 - Atribuições dos Comitês, Grupos Funcionais e Consultorias

III. Estrutura do Sistema de Saúde e o Sistema de Informação do Programa

- 3.1 - Estrutura do Sistema de Saúde no Programa
 - 3.1.1) Unidade de Saúde Primária
 - 3.1.2) Unidade de Saúde Secundária
 - 3.1.3) Unidade de Saúde Terciária
 - 3.1.4) Laboratório de Citologia e/ou Histopatologia
 - 3.1.5) Levantamento de Dados do Programa
- 3.2 - Sistema de Informação do Programa
 - 3.2.1) Comitê de Informática
 - 3.2.2) Centro Local
 - 3.2.3) Monitoração dos Dados
- 3.3) Fluxogramas
 - 3.3.1- O Percurso da Mulher no Programa
 - 3.3.2- Fluxograma da Informação no Programa

IV. Etapas do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino - Programa Viva Mulher - do Ministério da Saúde

4.1 - Primeira Etapa - Recrutamento

- 4.1.1) Estudo Qualitativo
- 4.1.2) Questionário de Investigação de Comportamento
- 4.1.3) Busca Ativa na Comunidade
- 4.1.4) Educação Comunitária
- 4.1.5) A Campanha de Comunicação
- 4.1.6) Produção de Material Educativo
- 4.1.7) Preparação da Mulher para a realização do exame

4.2 - Segunda Etapa - Coleta do Material para o Exame de Papanicolaou

- 4.2.1) Preenchimento do Formulário 1
 - 4.2.1.1 - Primeiro cadastramento
 - 4.2.1.2 - Mulher já cadastrada
- 4.2.2) Orientação da Mulher
- 4.2.3) Coleta do Material
 - 4.2.3.1 - Material necessário
 - 4.2.3.2 - Local da coleta
 - 4.2.3.3 - Preparação da lâmina e do frasco
 - 4.2.3.4 - Realização da coleta
 - 4.2.3.5 - Fixação do esfregaço
- 4.2.4) Remessa do Material para o Laboratório
- 4.2.5) Resumo dos Procedimentos de Coleta

4.3 - Terceira Etapa - Processamento e Leitura do Esfregaço

- 5.3.1) Laudo da Citologia
- 5.3.2) Exame Colposcópico
 - 5.3.2.1 - Laudo da colposcopia
- 5.3.3) Laudo da histopatologia

4.4 - Quarta Etapa - Tratamento e Controle

V. Avaliação do Programa

5.1 - Avaliação do Processo

- 5.1.1) Indicadores obrigatórios
 - 5.1.1.1 - Avaliação da cobertura
 - 5.1.1.2 - Eficácia do programa
 - 5.1.1.3 - Qualidade do material coletado
 - 5.1.1.4 - Qualidade do material analisado
- 5.1.2) Indicadores opcionais

5.2 - Avaliação dos Resultados

- 5.2.1) Indicadores utilizados
 - 5.2.1.1 - Resultados histopatológicos

Gráficos, Tabelas, Figuras e Formulários

Gráfico 1 - Taxa de incidência por 100.000 mulheres nas diferentes regiões do Brasil

Gráfico 2 - Distribuição proporcional das principais causas de óbito no Brasil/1989

Gráfico 3 -

Gráfico 4 - Proporção de óbitos por câncer de colo do útero em faixas etárias selecionadas - Brasil - 1981-1989

Tabela 1- Relação entre o benefício e o custo direto das ações de controle do câncer cérvico-uterino

Tabela 2 - Projeto-piloto por região, número de mulheres do grupo-alvo, unidades de saúde e laboratórios

Tabela 3 - Estimativa de fluxo para o Rio de Janeiro

Fluxograma 1 - Fluxograma do Percurso da mulher no programa

Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento

Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação

Formulário 3 - Requisição de Citologia - Extra

Figura 1 - Lâmina fosca com iniciais da mulher e número do prontuário

Figura 2 - Frasco onde é colocada a lâmina

Formulário 1 - Informação da coleta

Figura 3 - Desenho do colo uterino

Figura 4 - Espátula de Ayre

Figura 5 - Realização do esfregaço ectocervical na lâmina

Figura 6 - Escovinha Campos da Paz

Figura 7 - Confecção do esfregaço endocervical

Figura 8 - Confecção do esfregaço ecto e endocervical (superposto)

Figura 9 - Preparação do frasco para transporte ao laboratório

Figura 10 - Caixa para acondicionar as lâminas

Figura 11 - Listagem preparada para o laboratório

Formulário 1 - Resultado da Citologia

Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia (Informações Pessoais)

Formulário 4 - Informações de Colposcopia

Formulário 4 - Resultado de Histopatologia

Formulário 5 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia - Extra

Formulário 6 - Requisição de Tratamento de Câncer

Formulário 6 - Informações Pessoais

Formulário 6 - Histórico de Exames

Formulário 6 - Informações de Atendimento

Formulário 7 - Acompanhamento de Tratamento de Câncer

1.1 - Dados Epidemiológicos

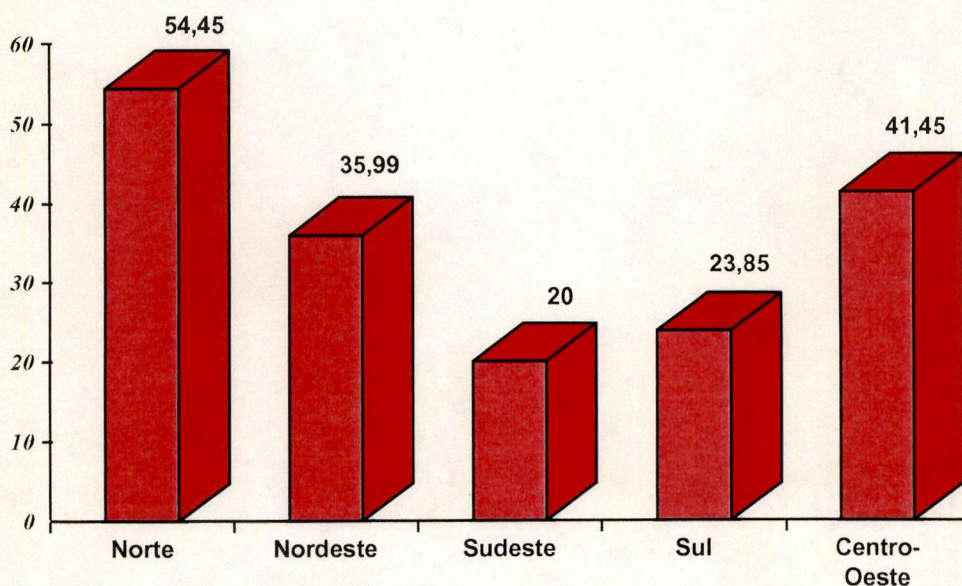
O câncer do colo do útero é, no Brasil, a segunda causa de incidência e a mortalidade por neoplasias em mulheres. É uma doença que incide prevalentemente em mulheres de nível sócio-econômico baixo, tem história natural bem conhecida e etapas definidas. Programas de prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia são capazes de interromper seu curso. Além do aspecto preventivo, tais programas podem contribuir para diagnosticar o câncer em estágios iniciais, com procedimentos de fácil execução apresenta elevado índice de cura. Tardiamente diagnosticada, porém, já em fase sintomática, o custo terapêutico é elevado e baixa a probabilidade de cura.

1.1.1. Incidência

Na América Latina, em algumas regiões do Saara e do sudeste asiático são encontradas as maiores taxas de incidência de câncer do colo do útero, o que contrasta com os achados da América do Norte, Austrália, norte e oeste europeu, onde as taxas de incidência são baixas. As altas taxas de incidência desta patologia põem em destaque o Brasil, em particular a região Norte, com uma taxa de 54,45 (Belém, 1989). Na região Centro-Oeste, Goiânia (41,45 em 1991) apresenta valores similares a outros países da América Latina, tais como a Colômbia e a Costa Rica. Na região Sul, Porto Alegre (23,85 em 1991) e na região Sudeste, Campinas (20,00 em 1992), possuem taxas mais baixas (Gráfico 1) porém ainda mais elevados se comparados as taxas da América do Norte.

Gráfico 1

Taxa de incidência* por 100.000 mulheres nas diferentes regiões do Brasil



* taxa padronizada por idade pela população mundial de 1996

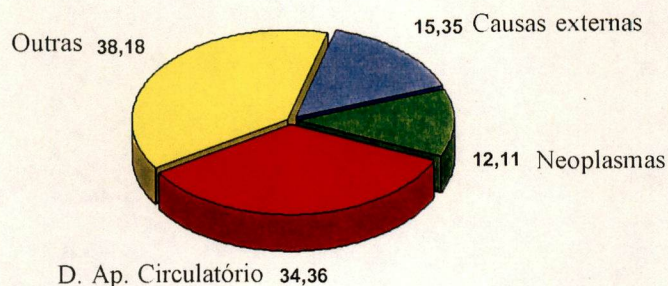
Fonte: Câncer no Brasil - Dados do RCBP do Brasil, Pro-Onco/INCA, 1995

1.1.2 - Mortalidade

Atualmente o câncer ocupa a segunda causa de morte por doença no Brasil, e em 1989, foi responsável por 12,11% dos óbitos ocorridos (Gráfico 2).

Gráfico 2

Distribuição proporcional das principais causas de óbito no Brasil/1989

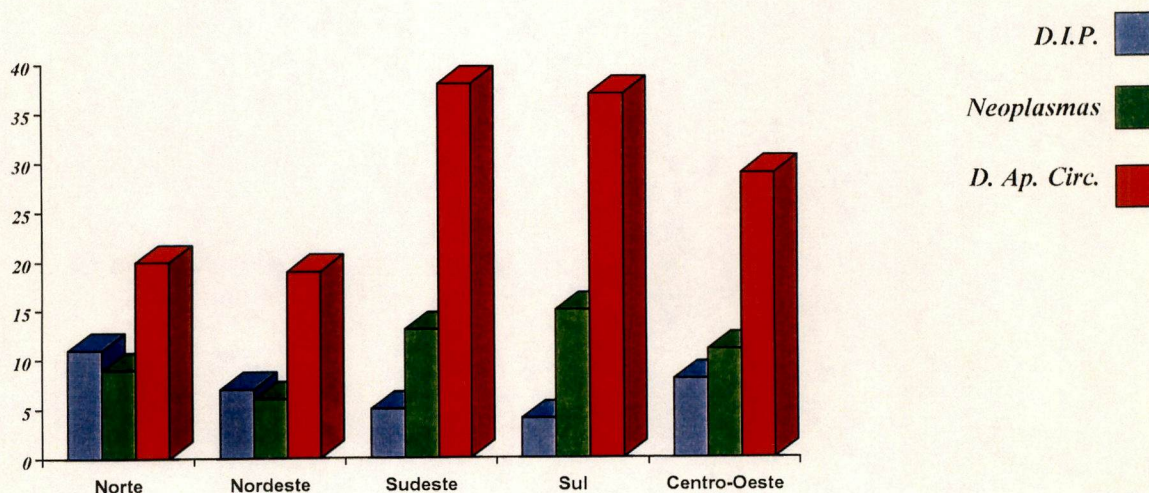


Fonte: Estatísticas de Mortalidade - Ministério da Saúde 1989

Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer do colo do útero apresentou a maior frequência relativa entre os óbitos ocorridos no sexo feminino em 1989, sendo responsável por 16,6% e 13,1%, respectivamente (Gráfico 3).

Gráfico 3

Proporção das principais causas de óbito nas distintas regiões brasileiras - 1989



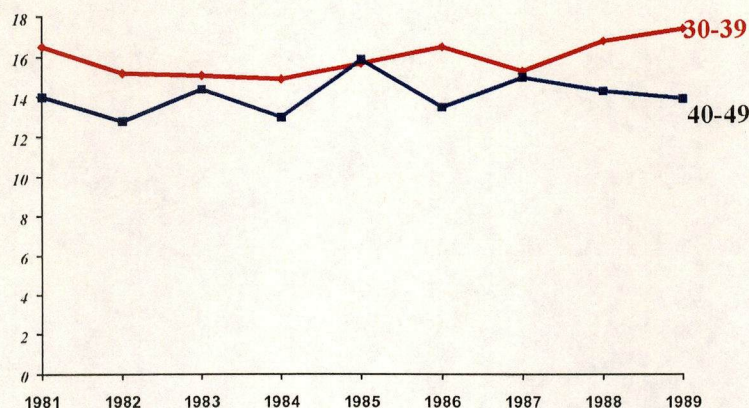
Fonte: Estatística de mortalidade - Ministério da Saúde - 1989

Dos óbitos por câncer ocorridos em mulheres brasileiras nas faixas etárias de 30-39 e 40-49 anos, no período de 1981 a 1989, 15%, em média, tiveram como diagnóstico o câncer do colo do útero (Gráfico 4).

Gráfico 4

Proporção de óbitos por câncer de colo do útero em faixas etárias selecionadas - Brasil - 1981-1989

(%)



Fonte: Estatísticas de mortalidade - Ministério da Saúde 1981 a 1989

Quando esta análise é feita considerando a mortalidade sendo analisada por região, verificamos que na região Norte, em mulheres nas faixas etárias de 30-49 anos, o câncer do colo uterino foi responsável, por 30% dos óbitos ocorridos por câncer.

Já na região Nordeste, na faixa etária de 40-49 anos, dos óbitos ocorridos por câncer, entre os anos de 1981 e 1989 foi de 22%.

Em 1989, dos óbitos ocorridos por câncer, em mulheres na faixa etária de 30-49 anos, o do colo uterino foi responsável por 11% na região Sudeste, 14% na região Sul e 20% na região Centro-Oeste.

1.2. Impacto Econômico e Social

Os custos sociais do câncer, ainda que sejam de difícil quantificação, são seguramente bastante elevados. O câncer do colo do útero, que normalmente acomete mulheres em idade mais jovem, em fase laborativa, que fica hospitalizada durante o tratamento comprometendo não só a sua atividade profissional como sua capacidade de cuidar de sua família, em casa.

É fácil depreender a relação direta que há entre os recursos dispendidos e o estágio em que o câncer é diagnosticado. Quando comparamos os dados do Brasil com os dados de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, podemos avaliar os benefícios que um programa de prevenção do câncer do colo do útero representa para as autoridades de saúde do nosso País. Após a introdução de programas de rastreamento de câncer do colo do útero, as taxas de incidência caíram em aproximadamente 70% (de 32,6% nos anos 40 para 10,4% em 1983). Belém e Fortaleza têm no momento taxas de incidência quase duas vezes maiores do que as dos Estados Unidos há 50 anos atrás. No Brasil, cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero são diagnosticados em fase avançada, portanto com prognóstico bastante reservado. Isto reflete o mal funcionamento e a precariedade dos serviços de saúde de atendimento à mulher, uma vez que o exame colpocitológico (Papanicolaou) apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce do câncer do colo. O investimento nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce traz, assim, maior benefício social e econômico do que o custeio do tratamento da doença em fase avançada (Tabela 1).

Tabela 1

Relações entre o benefício e o custo direto das ações de controle do câncer cérvico-uterino**

<i>Estágio da doença</i>	<i>% de cura em 5 anos*</i>	<i>Custo direto em US\$</i>
NIC I	100	18.79
NIC II	100	50.49
NIC III	100	399.41
Restrito ao colo	70-85	715.72-HTA 1,188.34-CWM 1,401.40-RT
Restrito à pelve	30-60	1,379.70-RT
Além da pelve	< 10	1,366.05-RT 124.39-RT anti-hemorrágica

Fonte: ** Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - 1994

HTA - Histerectomia Total Abdominal
CWM - Cirurgia de Wertheim - Meigs
RT - Radioterapia

1.3. Comportamento da Mulher Brasileira em Relação à Prevenção de Câncer

Uma das ações mais importantes para o controle do câncer é a educação da população leiga sobre os fatores de risco e o significado da prevenção e do diagnóstico precoce da doença. Para oferecer um efetivo programa de educação é necessário que sejam identificados os hábitos e costumes da população que se quer atingir. Com este objetivo, em novembro de 1994, o INCA encomendou um inquérito populacional ao Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa - IBOPE, para avaliar o comportamento das mulheres em relação aos procedimentos de prevenção e de diagnóstico precoce do câncer do colo uterino. A análise dos dados obtidos forneceu ao INCA subsídios para a definição das diretrizes, metas e estratégias para o combate a essa doença. Os resultados da pesquisa revelaram que, apesar de 76% das mulheres entrevistadas relatarem já ter ouvido falar sobre o exame colpocitológico de Papanicolaou ou preventivo, apenas 30% o fizeram alguma vez em suas vidas.

A falta de conhecimento sobre a existência do preventivo, conceitos errôneos sobre este exame, bem como o desconhecimento de onde realizá-lo demonstram a necessidade da utilização, por parte dos profissionais de saúde, de estratégias voltadas à educação comunitária. A falta de conhecimento e o medo de realizar o exame, estão diretamente associados aos níveis mais baixos de escolaridade, à dificuldade de acesso à rede de serviços. As dificuldades para a realização dos exames são responsáveis pelo baixo índice de cobertura de atendimento às mulheres, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

1.4. Cobertura do Exame Colpocitológico no Brasil

Infelizmente não existem dados fidedignos em relação à cobertura pelo exame de Papanicolaou para a população feminina brasileira de risco. A primeira estimativa, de 7,7%, foi feita em 1988, pelo INCA, baseada na produção de exames colpocitológicos de 361 laboratórios de citopatologia públicos e privados, distribuídos por todos os estados brasileiros. Um trabalho semelhante foi realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1989 e a cobertura estimada para aquele estado foi de 11%.

Segundo os dados do IBOPE, na pesquisa de 1994, 30% das mulheres fizeram o exame. Podemos aceitar esta estimativa como uma cobertura aproximada, até que outras pesquisas regionais e nacionais sejam realizadas. Estas pesquisas são fundamentais para a avaliação do impacto das ações empreendidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino bem estruturado, que alcance uma cobertura de 85% da faixa etária de risco, seria capaz de reduzir a mortalidade pela patologia em 90%.

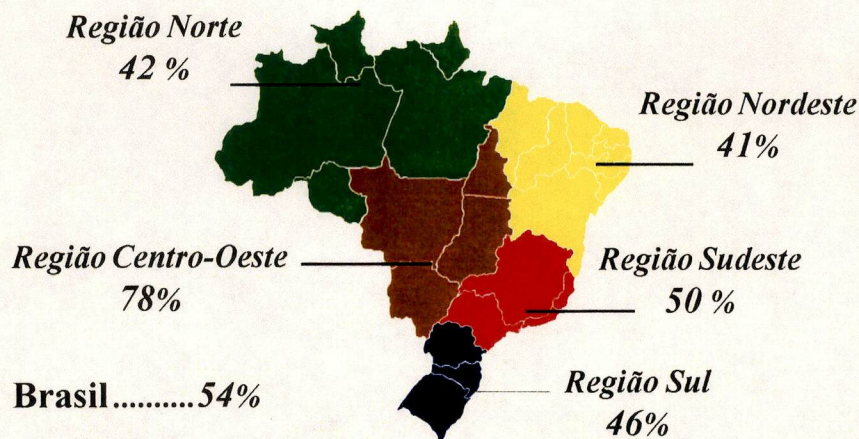
1.5. Capacidade laboratorial instalada para a realização de exames citológicos no Brasil

O levantamento feito pelo INCA dos laboratórios públicos e privados de citopatologia do País, no período de fevereiro a junho de 1996, revelou que a capacidade laboratorial instalada atenderia, a aproximadamente, 54% da população feminina, na faixa de risco para câncer cérvico-uterino de 35 a 49 anos.

Observa-se ainda que existem marcadas diferenças regionais, coincidindo a menor capacidade laboratorial instalada com a maior necessidade de cobertura (Fig.1).

Figura 1

Percentual da capacidade de cobertura laboratorial* anual para população feminina de 35 a 49 anos de idade - 1996, por região.



* levantamento da capacidade laboratorial instalada - INCA/Pro-Onco - 1996

1.6. Fatores Responsáveis pelas Altas Taxas de Incidência e Mortalidade

No Brasil, as ações de saúde voltadas para as doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, são direcionadas para atividades eminentemente curativas, centradas em ambulatórios ou hospitais especializados, com tecnologia e custos altos, dirigidas a pacientes com a doença, a maioria das vezes, em estágio avançado ou já tratada e recidivada. Esta política de priorização do atendimento terciário em detrimento dos níveis básicos de atenção, que são os essenciais à promoção da saúde, é refletida por:

- recursos insuficientes de material e de pessoal, especialmente para os níveis primário e secundário de atenção à saúde;
- utilização inadequada dos recursos existentes;
- desarticulação entre os serviços de saúde, prejudicando o encaminhamento das pacientes, nos diversos níveis de atenção;
- indefinição de normas e condutas;
- formação inadequada de profissionais de saúde;
- desinformação da população em geral sobre cuidados com a saúde; e
- insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde.

A mudança desse comportamento é fundamental para a reversão do perfil da saúde da população brasileira e um passo à frente para o desenvolvimento do País.

II. O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino - Programa Viva Mulher

O Brasil, apesar de ser um pioneiro na introdução do exame *Preventivo* em programas de prevenção do câncer do colo uterino, não conseguiu reverter a situação de estar entre os países com as maiores taxas de incidência e mortalidade pela doença. Isto acontece porque, os programas de controle dessa doença são desorganizados, descontínuos e não garantem o tratamento adequado dos casos diagnosticados. Assim, faz-se necessário uma avaliação geral das estratégias utilizadas até o momento no Brasil e também testar novas técnicas para uma ação abrangente. Estas novas técnicas devem ser desenvolvidas levando em consideração as diferenças regionais, para definir um programa global que possa ser efetivo em todas as regiões. O programa deverá ser expandido para cobrir todo o País, fundamentado em estratégias testadas e aprovadas.

É este o grande objetivo do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU) e, para este propósito, a equipe técnica do INCA do Ministério da Saúde e Cancer Care Internacional (CCI) elaborou este programa. Ele será composto de 5 projetos piloto (cada um representando uma região), cujas características são descritas a seguir:

2.1. Objetivos do Programa

Geral:

Diminuir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino

Específicos:

- ♦ Identificar pacientes com condições pré-malignas ou malignas em fases iniciais
- ♦ Tratar tais condições evitando a sua progressão
- ♦ Avaliar as técnicas utilizadas nos programas existentes
- ♦ Testar novas técnicas
- ♦ Criar modelos a serem reproduzidos no futuro

2.2. Componentes do Programa

O programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino apresenta quatro etapas técnicas fundamentais: o recrutamento da população-alvo, a coleta do material para o esfregaço cervical, o processamento laboratorial desse esfregaço e o tratamento dos casos positivos detectados. Falhas em quaisquer dessas etapas fazem com que o programa se torne ineficaz. É, também, fundamental um processo gerencial, educacional e de avaliação efetivo que garanta não só a qualidade de cada etapa, como também a continuidade do programa por longos períodos de tempo, pois só assim, será possível alcançar o objetivo final — a redução da morbimortalidade pela doença.

2.3. Importância de um Projeto Piloto

Existem grande número de programas de rastreamento de câncer cérvico-uterino espalhados pelo Brasil. Tais programas, no entanto, não imprimiram impacto significativo no quadro epidemiológico da

doença. As razões são bem conhecidas: na maioria das vezes esses programas são desorganizados e descontínuos; não existe uma rede de atendimento hierarquizada por níveis de atenção (primário, secundário e terciário), e com atribuições bem definidas, além da falta de conhecimento ou conscientização, por parte dos profissionais de saúde, das normas técnicas vigentes para os programas.

É fundamental então, que os projetos pilotos sejam implementados visando avaliar as falhas existentes, identificar outras não conhecidas, corrigi-las, e testar novas técnicas para que se possa lançar um programa a nível nacional com chances de sucesso.

2.4. O Projeto Piloto como estratégia para aumentar a possibilidade de sucesso de um programa nacional

O Projeto Piloto terá como objetivo avaliar o porquê da baixa eficácia dos programas de controle de câncer cérvico-uterino até hoje instituídos no País, por meio de estratégias de análise de cada etapa de um programa de prevenção. O Programa servirá também para elaborar e testar novas técnicas:

- ♦ Cobertura da população alvo:
Ideal: crescimento contínuo da adesão das mulheres alvo
Piloto: testar estratégias de recrutamento
Exemplo: realizar pesquisa para conhecer a motivação das mulheres para participarem do programa
- ♦ Coleta do material para o esfregaço cérvico-uterino:
Ideal: percentual de esfregaços insatisfatórios: <5%
Piloto: certificação da qualidade da coleta do material
Exemplo: realizar treinamento de pessoal visando melhorar a coleta do esfregaço, reduzindo o percentual de esfregaços insatisfatórios
- ♦ Processamento da citologia no laboratório:
Ideal: falsos resultados negativos: <10%
Piloto: estabelecer mecanismos de melhoria da qualidade dos laboratórios de citopatologia
Exemplo: realizar a avaliação das instalações e recursos humanos dos laboratórios de citopatologia
- ♦ Sistemas de informação para avaliação:
Ideal: aumentar a percentagem de mulheres com neoplasias intraepiteliais cervicais (NICs) que seguem para o tratamento
Piloto: melhorar e desenvolver um sistema de informação que garanta a adesão das mulheres ao tratamento
Exemplo: realizar pesquisa para conhecer o que favoreceu a adesão das mulheres ao tratamento
- ♦ Tratamento e acompanhamento dos casos diagnosticados
Ideal: assegurar o tratamento das mulheres
Piloto: estabelecer métodos e tratamento rápidos e eficazes

2.5. Modelo Proposto de Projeto Piloto

A impossibilidade de se realizar um programa de âmbito nacional, como já referido nas pesquisas de e levantamentos feitos, fez com que fosse idealizado um modelo levando em conta a realidade atual de capacidade laboratorial e da rede de serviços instalada em uma amostra de mulheres, na faixa etária de maior risco, estatisticamente significativa:

- ♦ População alvo: mulheres de 35 a 49 anos
- ♦ Prioridade para as que nunca fizeram o exame
- ♦ Frequência: 1 exame de Papanicolaou durante o Programa
- ♦ Uso dos setores públicos e privados, se necessário
- ♦ Área geográfica bem definida com um número aproximado de 100.000 mulheres da população alvo

2.6. Composição dos Comitês, Grupos Funcionais e Consultorias

COMITÊ CENTRAL (14 membros)

Presidente - Diretor do INCA:

Vice-presidente - Presidente da FAF:

Gerente Administrativo do Programa - Superintendente da FAF:

Coordenador dos Comitês Locais - Coordenador do Pro-Onco:

Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher:

Representante do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS):

Representante do Conselho Nacional Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS):

Coordenador do Comitê Executivo:

Coordenador do Comitê de Informática:

Coordenador do Comitê Local de Belém:

Coordenador do Comitê Local de Brasília:

Coordenador do Comitê Local de Curitiba:

Coordenador do Comitê Local de Recife:

Coordenador do Comitê Local do Rio de Janeiro:

Marcos F. Moraes

Peter Rodenbeck

Luiz Fernando Candiota

Evaldo de Abreu

Rosiska Darcy Oliveira

Armando Raggio

Gilson Cantarino O'Dwyer

Luiz Pedro Pizzatto

Gilson Chagas

Antenor Madeira Neto

Silvio Carlos Duarte

Eliane Maluf

Lúcia Helena Carvalho

Ana Maria Ramalho Ortigão

COMITÊ ASSESSOR

CANCER CARE INTERNATIONAL - CCI

- Diretor do Projeto:

- Conselheiro Senior do Projeto

- Consultor Senior-Tratamento

- Consultor Senior-Laboratório

- Consultor-Recrutamento e Avaliação

- Consultor-Informática

Katherine Jones

Jack Laidlaw

Dennis De Petrillo

Terry Colgan

Leticia Fernandez

Dorothy Whittick

COMITÊ EXECUTIVO

Coordenador:

Vice-coordenadora:

Supervisor do GF Recrutamento:

Supervisor do GF Coleta:

Supervisor do GF Tratamento:

Supervisor do GF Laboratório:

Luiz Pedro Pizzatto

Emília Rebelo Lopes

Mariângela F. Lavor

Alexandre Donato

Nelson Cardoso de Almeida

Antonio Luiz Almada Horta e

Nelson Cardoso de Almeida

Andréia R. Abib e

Marcos André Félix

Maria Alice Sigaud M. Coelho

Claudia Justo de Carvalho

Maria Isabel Sant'Anna

Supervisor do GF de Avaliação:

Consultoria Educacional:

Secretárias:

COMITÊ DE INFORMÁTICA

Coordenador:

Vice-coordenador:

Membros:

CONSULTORIA DE INFORMÁTICA

Gilson Chagas

Eduardo B. Franco

Maurício A. Martins

Tecnologia em Software - TECSO

Antonio Benchimol

COMITÊS LOCAIS

	BELÉM	RECIFE	BRASÍLIA	RIO DE JANEIRO	CURITIBA
Coordenador Local	Antenor Madeira Neto	Lucia Helena Brasil de Carvalho	Silvio Carlos Duarte	Ana Maria Ramalho Ortigão	Eliane Maria Cesário Pereira Maluf
Representante da SES	Maria de Fátima Pinho		Coordenação de Saúde da Mulher	Tizuko Shiraiwa e Ricardo Teixeira Fernandes	Luiz Antonio Negrão Dias
Representante da SMS	Maria das Graças Viana Overall	Claudia Zirpoli	não há	Ana Maria Ramalho Ortigão	Celia R. P. Battaglin
Representante das Entidades de Mulheres	Maria Eunice Figueiredo Guedes		Terezinha Monteiro Oliveira	Maria do Espirito Santo Tavares dos Santos (SANTINHA)	Wilma Araujo Kalil
Responsável Recrutamento	Maria Célia de Moraes	Silvana Helena Dantas Moreira Feitosa	Vera Maria Borralho Bacellar	Fátima Meirelles Pereira Gomes	Carmencita Ramos
Responsável Coleta	Maria Goretti Silva Ferreira	Maria Aparecida dos Santos	Franklin de Souza Ferreira e Carla Maria Pacheco	Diana Prado Valadares e Juraci Ghironi	Edwin Javier B. Jimenez
Responsável Laboratório	Cecília Viana Nahum Pinho	João Bosco Pereira de Moraes	Valéria Araujo do N. Santos	Mário Jaconianni	Carlos Alberto Santos
Responsável Tratamento	Waldenise Potter Bezerra	Severino Marques da Silva	Isa Maria Mello	Neil Chaves de Souza	Leonel Curcio
Responsável Avaliação	Walter Wanderley Amoras	Lucia Helena Brasil de Carvalho	Elias Fernando Miziara e Luiz Fernando Alves	Eliana Melamed	Celia Regina P. Battaglin
Responsável Informática	Fernando Ronaldo Costa				Arlede Cristiane Ferreira dos Santos

	Recrutamento	Coleta	Laboratório	Tratamento	Avaliação	Informática
Supervisor	Mariângela Freitas Lavor	Alexandre Peixoto Donato	Luiz Antonio Almada Horta e Nelson Cardoso de Almeida	Nelson Cardoso de Almeida	Andréia Ribeiro Abib e Marcos André Félix	Gilson Chagas
Representante BELÉM	Maria Célia de Moraes	Maria Goretti Silva Ferreira	Cecília Viana Nahum Pinho	Waldenise Potter Bezerra	Walter Wanderley Amoras	Fernando Ronaldo F. Costa
Representante BRASÍLIA	Vera Maria Borralho Bacellar	Franklin de Souza e Carla Pacheco	Valéria Araújo Santos	Isa Maria Mello	Elias Fernando Miziara e Luiz Fernando Alves	
Representante CURITIBA	Carmencita Ramos	Edwin Javier B. Jimenez	Carlos Alberto Santos	Leonel Curcio	Celia Regina P. Battaglin	Arlede Cristiane Ferreira dos Santos
Representante RECIFE	Silvana Helena Dantas M. Feitosa	Maria Aparecida dos Santos	João Bosco Pereira de Moraes	Severino Marques da Silva	Lucia Helena Brasil de Carvalho	
Representante RIO DE JANEIRO	Fátima Meirelles Pereira Gomes	Diana Prado Valadares e Juraci Ghironi	Mário Jaconianni	Neil Chaves de Souza	Eliana Melamed	

GRUPOS FUNCIONAIS

Em número de cinco:Recrutamento, Coleta, Laboratório, Tratamento e Avaliação, composto por seis membros cada: Representante do Comitê Executivo responsável pelos grupos funcionais (GF)
Representantes pela função, de cada Comitê Local

2.7. Atribuições dos Comitês, Grupos Funcionais e Consultorias

Comitê Central

Exercer a liderança, estabelecer tarefas e aprovar o cronograma de atividades, com uma visão abrangente do Programa.

Atribuições:

- Obter recursos para viabilização do Programa;
- Administrar financeiramente os recursos do Programa;
- Facilitar a criação dos Comitês Locais, coordenando suas ações;
- Desenvolver mecanismos para superar os obstáculos políticos;
- Desenvolver políticas que garantam a eficácia e eficiência das ações;
- Avaliar e divulgar os resultados dos Comitês Regionais e do programa como um todo;
- Contratar consultoria internacional, quando necessário e
- Supervisionar as ações do Comitê Executivo e de Informática e ouvi-los nas decisões técnicas

Comitê Assessor:

Atribuições:

- Transferir a tecnologia e a experiência canadense em organizar sistemas de controle do câncer a nível nacional, desenvolvendo um Programa que atenda às necessidades do País, em parceria com o INCA;
- Planejar, juntamente com o INCA, os projetos piloto do Programa;
- Examinar, juntamente com a equipe do INCA, a situação atual, selecionar os locais para os projetos piloto e desenvolver um programa a partir dos recursos existentes;
- Desenvolver um plano para aumentar a capacidade técnica dos grupos onde houver identificado necessidades e
- Acompanhar e avaliar todas as etapas de desenvolvimento do Programa

Comitê Executivo

Dar suporte técnico e operacional para o desenvolvimento do Programa

Atribuições:

- Assessorar tecnicamente o Comitê Central;
- Definir a estrutura organizacional do programa;
- Definir a estrutura de comitês ou comissões necessários;
- Estabelecer os fluxogramas e cronogramas do programa;
- Elaborar a forma de funcionamento dos projetos piloto, visando estabelecimento de um modelo de rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil;
- Estabelecer os requisitos mínimos necessários para os projetos piloto começarem a funcionar;
- Estimar custos do Programa;
- Liderar grupos funcionais avaliando as melhores táticas;
- Assessorar e dar suporte regular aos projetos piloto;
- Assessorar o planejamento geral de um sistema de informação;
- Identificar e implementar o Centro de Treinamento;
- Definir estratégias para recrutamento das mulheres;
- Definir as normas para a coleta do esfregaço;
- Estabelecer padrões laboratoriais mínimos;
- Auxiliar na organização de eventos visando disseminação de informações;
- Elaborar livretos, manuais e outros materiais educativos;
- Estabelecer sistema de comunicação entre os envolvidos no Programa;
- Estabelecer padrões mínimos para realização do Método **Ver e Tratar**;
- Desenvolver critérios de avaliação;
- Promover análise e melhoria dos processos desenvolvidos pelos Comitês Locais e Grupos Funcionais e

- Avaliar regularmente os sítios piloto e o Programa em geral e dar ciência ao Comitê Central.

Consultoria Educacional

Assessorar os Comitês Locais e Grupos Funcionais nas questões relativas à metodologia educacional em todos os níveis do Programa (informática, recrutamento, coleta, laboratório, tratamento e avaliação) com vistas ao treinamento e produção dos materiais educativos.

Comitê de Informática

Desenvolver, implementar e dar suporte ao sistema de processamento de dados do programa.

Atribuições

- Assegurar que o sistema de informática atenda às especificações técnicas aprovadas e estas especificações devem refletir os padrões, as diretrizes e os princípios padronizados do programa;
- Identificar, priorizar e analisar as solicitações dos usuários e revisar o projeto geral do sistema;
- Revisar, avaliar, priorizar solicitações de modificações e de melhorias feitas pelos usuários;
- Fazer recomendações ao Comitê Executivo quanto a modificações e o planejamento do lançamento de novas versões do sistema;
- Planejar, revisar, monitorar projetos de desenvolvimento do sistema, determinando as prioridades para as tarefas de programação e análise;
- Revisar e monitorar a integridade do sistema de dados e de toda a atividade de suporte;
- Assegurar que o sistema seja implementado e atualizado segundo padrões técnicos e protocolos de segurança e a configuração e manutenção do *hardware* deve ser aceitável e consoante com o serviço especificado;
- Assegurar que os testes de aceitação do sistema e dos usuários sejam realizados e
- Assegurar que sejam adequadamente documentadas as operações técnicas e os procedimentos dos usuários, de maneira a refletir o sistema utilizado

Comitê Local

Gerenciar o desenvolvimento do projeto piloto local com o apoio dos Comitês Central, Executivo e de Informática.

Atribuições:

- Identificar, de acordo com os padrões estabelecidos pelo programa, a infra-estrutura disponível, com a rede de serviços de saúde:
 - . organizar a rede primária para coleta descentralizada;
 - . criar mecanismos que facilitem o acesso da população alvo aos serviços;
 - . identificar laboratório(s) para processamento dos exames;
 - . identificar e organizar o(s) polo(s) para o *Método Ver e Tratar*;
 - . identificar unidades de tratamento de nível terciário para encaminhamento das pacientes;
- Operacionalizar o sistema organizado de referência e contra-referência;
- Identificar os pontos fortes do sistema de saúde que possam dar suporte ao Programa;
- Identificar os obstáculos existentes dentro do sistema e propor medidas para sua melhoria;
- Selecionar o pessoal necessário para cada etapa do projeto, e criar estratégias que garantam sua adesão ao Programa;
- Testar as estratégias de recrutamento e propor técnicas alternativas por meio do Grupo Funcional que garantam o alcance das metas do Programa;
- Criar estratégias que garantam a disponibilidade de boas instalações, equipamentos, instrumentos, materiais de consumo e impressos para os projetos piloto;
- Garantir o bom funcionamento do Sistema de Informação em relação à obtenção, processamento, distribuição e análise dos dados e
- Encaminhar relatórios e reportar-se, periodicamente, ao Comitê Executivo ou ao Comitê Central

Grupos Funcionais

Elaborar a proposta de atuação na área específica, adaptando-a a cada projeto piloto, validando as estratégias de maior eficácia.

Grupo Funcional de Recrutamento

Atribuições:

- Estabelecer as diretrizes a serem utilizadas no recrutamento da população alvo;
- Criar e testar estratégias para identificar e mobilizar grupos comunitários organizados, lideranças femininas e pessoas formadoras de opinião;
- Identificar e fornecer treinamento aos agentes multiplicadores locais que farão o recrutamento das mulheres;
- Identificar e criar mecanismos para superar obstáculos à realização do exame;
- Criar estratégias para divulgar mensagens de sensibilização;
- Orientar sobre todas as etapas do processo (coleta, busca do resultado, encaminhamento se necessário), para garantir a adesão das mulheres ao Programa;
- Elaborar critérios para avaliação da adesão das mulheres ao Programa;
- Manter o registro de todas as suas atividades e
- Avaliar e emitir relatórios sobre a eficácia das ações aos Comitês Executivo e Local

Grupo Funcional de Coleta

Atribuições:

- Normatizar procedimentos de coleta, fixação, identificação, acondicionamento e transporte das lâminas;
- Identificar e fornecer treinamento aos profissionais que participarão das etapas da coleta;
- Criar mecanismos que facilitem o atendimento da mulher;
- Assegurar a observância do fluxograma e dos padrões estabelecidos;
- Indicar os recursos necessários às unidades;
- Criar e aplicar indicadores de qualidade;
- Manter registro de todas as suas atividades e
- Avaliar e emitir relatórios sobre a eficácia das ações aos Comitês Executivo e Local

Grupo Funcional de Laboratório

Atribuições:

- Garantir o fornecimento do material para coleta nas Unidades;
- Identificar e fornecer treinamento aos profissionais de saúde que trabalham no laboratório;
- Determinar padrões laboratoriais mínimos e fazer com que sejam observados;
- Normatizar definições e terminologia técnica;
- Estabelecer os níveis de responsabilidade do pessoal envolvido;
- Padronizar a carga horária e o número de exames a ser processado por profissional;
- Estabelecer medidas e parâmetros de controle de qualidade;
- Observar a padronização dos termos técnicos empregados e da metodologia da rotulagem;
- Controlar as taxas de quebra e perda de lâminas;
- Manter registro de todas as suas atividades;
- Avaliar e emitir relatórios sobre a eficácia das ações aos Comitês Executivo e Local e
- Comparar periodicamente se os laudos digitados no Centro Local estão compatíveis com os laudos emitidos pelo Laboratório.

Grupo Funcional de Tratamento

Atribuições:

- Identificar as unidades de tratamento disponíveis;
- Implementar o Método **Ver e Tratar** (alça diatérmica);
- Fornecer treinamento aos profissionais envolvidos, conforme padrão estabelecido pelo MS;
- Realizar seguimento dos pacientes no nível secundário;
- Manter registro de todas as suas atividades e
- Avaliar e emitir relatórios sobre a eficácia das ações aos Comitês Executivo e Local

Grupo Funcional de Avaliação

Atribuições:

- Criar parâmetros e metodologia para avaliar o impacto do Programa;
- Avaliar as várias etapas do Programa, identificando falhas, com vistas à melhoria do processo;
- Dar assessoria nos processos de avaliação aos grupos específicos;
- Manter registro de todas as suas atividades e
- Avaliar e emitir relatórios sobre a eficácia das ações de cada grupo funcional

III. Estrutura do Sistema de Saúde e do Sistema de Informação do Programa

O Programa transcorrerá com o apoio de dois tipos de centros de atuação: Unidades de Saúde e Laboratórios.

Tanto as unidades de saúde como os laboratórios podem ser credenciados e descredenciados ao longo do Programa. O descredenciamento de um centro de atuação pode ocorrer em decorrência de avaliação negativa pelos responsáveis do Programa ou por impossibilidade de operação.

Os laboratórios, unidades secundárias e terciárias do Programa poderão ser públicos ou privados. Já as unidades primárias serão sempre públicas.

Os procedimentos nas unidades de saúde e laboratórios serão gerenciados e monitorados pelo Comitê Local do Programa. O sistema local de informações ficará alocado em um centro administrativo local denominado Centro Local que atuará como catalisador de todas as informações processadas nas unidades/ laboratórios e como agente de decisão quanto ao encaminhamento da mulher aos centros de atenção.

O Comitê Local atuará como agente de cobrança às unidades de saúde para informação à mulher do resultado de exames, aviso de agendamento e acompanhamento do tratamento de câncer. A comunicação do Centro Local com as unidades de saúde e laboratórios acontecerá por meio de formulários e relatórios processados pelo sistema local. O Centro Local gerenciará a execução do Programa na região através da análise do resultado do recrutamento e avaliação de unidades e laboratórios.

3.1. Estrutura do Sistema de Saúde no Programa

As unidades de saúde prestam o suporte necessário para a realização do cadastramento da mulher, comunicação com a mesma, realização da coleta de material para citologia, exame de colposcopia, tratamento, comunicação com laboratórios com envio de material coletado e recepção dos laudos. Podem vir a ser postos de saúde públicos e hospitais que são classificadas como centros de atenção primária, secundária e terciária.

Unidades que atuam como centros de atenção primária e secundária terão um laboratório de referência para realização dos exames de citopatologia e histopatologia.

3.1.1. Unidade de Saúde Primária

É o nível de entrada do Sistema Único de Saúde.

É dotada com equipamentos de complexidade mínima, faz o atendimento multidisciplinar por profissionais generalistas, visando a educação para a saúde, por meio de informações gerais sobre hábitos saudáveis de vida e procedimentos visando à prevenção de doenças.

No Programa, todas as mulheres que ingressam devem passar pelo nível de atenção primária (postos ou centros de saúde). O nível de atenção primária faz o cadastramento e a coleta do material para o exame de citopatologia. O procedimento da coleta deste esfregaço pode ser realizado por ginecologistas ou

outros profissionais de saúde treinados. O material coletado é enviado a laboratório dentro das condições de acondicionamento e transporte padronizados para o Programa e que serão descritos posteriormente.

Atribuições:

- Cadastrar as mulheres no Programa;
- Coletar o material para o exame citopatológico das mulheres recrutadas;
- Enviar o material coletado junto com a requisição do exame para o Laboratório;
- Enviar a 2ª via da requisição do exame para o Centro Local;
- Repetir a coleta em mulheres com amostras inadequadas para o exame, o mais breve possível;
- Repetir a coleta em pacientes com laudo citopatológico de Papiloma Vírus Humano (HPV) e/ou Neoplasia Cervical Grau I (NIC I) em 6 meses;
- Encaminhar as pacientes com laudo citológico de NIC I persistente, NIC II, NIC III com o carcinoma invasivo para a Unidade Secundária, previamente agendadas pelo Centro Local;
- Entregar às mulheres os laudos negativos, com as recomendações necessárias e
- Enviar ao Centro Local a lista das pacientes faltosas e das que terão que repetir a coleta, para o encaminhamento aos níveis secundários e terciários

3.1.2. Unidade de Saúde Secundária

É a unidade de média complexidade no Sistema Único de Saúde.

Funciona como referência para o encaminhamento das mulheres com resultados alterados até NIC III. É dotada de equipamento de baixa complexidade, tem os mesmos objetivos da unidade primária, porém já está aparelhada para algumas ações mais especializadas.

No Programa, este nível de atenção recebe a mulher, que necessariamente já passou pelo nível primário e que apresentou um diagnóstico citopatológico que requer a realização do exame colposcópico.

O exame de colposcopia é a visualização do colo uterino por meio de um aparelho denominado colposcópio que aumenta o tamanho do órgão em até 10 vezes e é realizado por médico especialista. Durante a colposcopia, a mulher pode ser submetida à biópsia excisional (Método **Ver e Tratar**) ou biópsia incisional (diagnóstica). O material coletado durante a colposcopia é enviado ao laboratório para análise por profissional médico patologista.

As unidades secundárias podem também funcionar como unidades primárias para o Programa.

Atribuições:

- Receber do Centro Local a relação das pacientes agendadas;
- Realizar colposcopia nas pacientes com NIC I persistente, NIC II e NIC III encaminhadas pela Unidade Primária;
- Realizar biópsia excisional nas pacientes com lesões na ectocérvice, totalmente vistas;
- Realizar biópsia diagnóstica nas pacientes com Junção Escamo-Colunar (JEC) no canal endocervical, não vista à colposcopia;
- Realizar colposcopia nas pacientes com laudo histopatológico de NIC com margens comprometidas e biópsia, se necessário;
- Realizar coleta de material para exame citopatológico e colposcopia de controle;
- Enviar a requisição do exame citológico ou histológico e o material para o Centro Local;
- Enviar ao Centro Local a relação das pacientes faltosas e das pacientes encaminhadas à Unidade Terciária;

- Informar o diagnóstico histopatológico à paciente e traçar as condutas necessárias e
- Encaminhar à Unidade Terciária as pacientes com necessidade de tratamento cirúrgico ou radioterápico (carcinoma invasivo, NIC persistente, lesões no canal endocervical).

3.1.3. Unidade de Saúde Terciária

É a unidade de alta complexidade no Sistema Único de Saúde.

Dotada de equipamentos de complexidade, realiza exames e tratamentos especializados.

Esse nível se aplica a mulheres que tiveram laudo histopatológico de Carcinoma Invasivo na Unidade Secundária e consiste em em unidade de saúde especializada em tratamento de câncer.

Ao tratamento neste nível de atenção, são encaminhadas todas as mulheres diagnosticadas com câncer e que passaram por exame de histopatologia (biópsia). O tratamento de câncer invasivo (radioterápico ou cirúrgico) requer a realização de diversos procedimentos e exames envolvendo uma equipe multidisciplinar além de médico oncologista.

As unidades terciárias podem também funcionar como unidades secundárias e primárias para o Programa, não sendo porém o ideal devido ao grau de complexidade de recursos materiais e de pessoal.

Atribuições:

- Realizar tratamento cirúrgico e/ou radioterápico;
- Acompanhar a paciente em todos os aspectos que envolvem a doença até o término do seguimento e referência para o nível primário e
- Enviar ao Centro Local a relação das pacientes faltosas, das que abandonaram o tratamento e das que foram a óbito.

3.1.4. Laboratório de Citopatologia e/ou Histopatologia

É a unidade responsável pela realização de exames citopatológicos e histopatológicos, dotada de equipamentos e profissionais especializados, credenciada para atender ao Programa.

Um laboratório citopatológico padrão, com nível de qualidade, deve processar anualmente um mínimo de 25.000 exames, volume este que garante o percentual de exames anormais necessários para o adestramento contínuo de citotécnicos e citopatologistas. Deve ter sido construído com observação das normas de segurança e higiene, e apresentar ventilação, renovação de ar e iluminação adequadas.

A área física mínima recomendada fica em torno de 110m², onde devem ficar alocados os seguintes setores: recepção, processamento técnico, diagnóstico inicial (citotécnicos), diagnóstico final (citopatologistas) e setor de histopatologia, coordenação, secretaria, arquivo, almoxarifado e instalações de conforto de funcionários, dispostos preferencialmente num único pavimento.

O laboratório deve processar o material proveniente das unidades de saúde localizadas o mais próximo possível da população alvo. Dessa forma, vários postos de coleta podem trabalhar com um mesmo laboratório, que lhes retorna o resultado do exame para que o procedimento adequado seja instituído e que a paciente seja devidamente acompanhada. A informatização do laboratório é aconselhada, pois,

agiliza a liberação dos resultados, constituindo um instrumento de segurança no processamento de dados e auxiliando os postos de coleta no acompanhamento das pacientes.

A introdução de citotécnicos nos programas de rastreamento é recomendável, pois permite a realização de um número maior de exames, com menores custos, mantendo-se o padrão de qualidade. Todos os esfregaços anormais de difícil avaliação devem ser revisados por um citopatologista que se responsabilizará pela emissão do laudo. Este processo de revisão serve para aumentar a especificidade do diagnóstico.

O INCA recomenda o seguinte quantitativo de profissionais para funcionamento de um módulo de laboratório de citopatologia com capacidade de processar os 25.000 exames anuais:

Citotécnicos	4
Funcionários administrativos	2
Médicos citopatologistas	2
Médicos anatomopatologistas	2
Auxiliares de laboratório	2
Histotécnicos	2

Atribuições:

- Receber o esfregaço citológico e as peças de biópsias para exame histopatológico com as respectivas requisições, processar os exames e enviar os laudos dos exames para o Centro Local.

3.1.5 - Levantamento de Dados do Programa

As estimativas realizadas pelo Comitê Executivo do Programa, com base nas informações dos Comitês Locais, demonstram que a população feminina na faixa etária proposta pelo Programa (35 a 49 anos) encontra-se um pouco acima de 100 mil mulheres em todos os municípios escolhidos e que estes possuem unidades hierarquizadas (primária, secundária e terciária) e laboratórios com capacidade para realização dos exames (Tabela 2)

Tabela 2

Número de mulheres do grupo-alvo, unidades de saúde e laboratórios por projeto piloto

PROJETO PILOTO	Nº DE MULHERES (35-49) ANOS	TOTAL DE UNIDADES			TOTAL DE LABORATÓRIOS
		Primária	Secundária	Terciária	
BELÉM	112.592	34	1	1	1
BRASÍLIA	160.159		1	1	2
CURITIBA	134.679	99	1	1	1
RECIFE	122.802	61	1	1	1
RIO DE JANEIRO	144.335	39	1	1	1
TOTAL	674.567		5	5	6

Tabela 2

Estimativa do Fluxo para o Rio de Janeiro

ESTIMATIVA DE FLUXO	%	POPULAÇÃO-ALVO RJ
Mulheres que atingem nível de atenção primária	80%	80% de 140.000 = 112.000
Mulheres que atingem nível de atenção secundária	5%	5% de 112.000 = 5.600
Mulheres que atingem nível de atenção terciária	1%	1% de 5.600 = 56

3.2. Sistema de Informação do Programa

Para o desenvolvimento de um sistema de informações com a finalidade de dar suporte ao sistema de processamento de dados do programa, foi criado o Comitê Central de Informática, que conta com a assessoria de uma empresa especializada em criação de sistemas informatizados - TECSO-Tecnologia de Software.

Cada projeto piloto contará com uma unidade computadorizada responsável pela entrada e processamento dos dados de todas as unidades envolvidas, centralizando assim as informações.

3.2.1. Comitê de Informática

O Comitê Executivo e o de Informática estão localizados no Rio de Janeiro, na Coordenação de Programas de Controle de Câncer/Pro-Onco - INCA.

O equipamento de informática do **Servidor Central** deverá estar composto por:

- .1 servidor SUN, modelo Ultra 1;
- .5 estações de trabalho, em rede, constando cada uma de:
 - .1 micro-computador
 - .1 impressora laser de 600x600 HP5 com 8 megas de memória.

Atribuições:

- Assegurar que o sistema de informática atenda às especificações técnicas aprovadas. Estas especificações devem refletir os padrões, as diretrizes e os princípios padronizados para o Programa;
- Identificar, priorizar e analisar as solicitações dos usuários e revisar o projeto geral do sistema;
- Revisar, avaliar, priorizar solicitações de modificações e de melhorias feitas pelos usuários. Fazer recomendações ao Comitê Executivo quanto às modificações e ao planejamento do lançamento de novas versões do sistema;
- Planejar, revisar, monitorar projetos de desenvolvimento do sistema, determinando as prioridades para as tarefas de programação e análise;
- Revisar e monitorar a integridade do sistema de dados e de toda a atividade de suporte;
- Assegurar que o sistema seja implementado e atualizado segundo os padrões técnicos e protocolos de segurança. A configuração e manutenção do *hardware* deve ser aceitável e consonante com o serviço especificado;

- Assegurar que os testes de aceitação do sistema e dos usuários sejam realizados e
- Assegurar que sejam adequadamente documentadas as operações técnicas e os procedimentos dos usuários, de maneira a refletir o sistema utilizado.

3.2.2. Centro Local

O Comitê Local e o Comitê de Informática Local estão localizados no Centro Local, para coordenação das atividades de cada projeto piloto.

Este centro deverá dispor dos seguintes recursos:

- .1 microcomputador Pentium 166 Mhz PCI 32 Mbytes de memória, disco de 2.0 Gbytes, 1 drive de 3.5, CD de 8 velocidades, 1 drive de fita dat, fax-modem de 28.000 e placa de rede;
- .1 impressora laser de 600x600 HP5 com 8 mega de memória;
- .1 impressora matricial de 136 colunas padrão Epson, e
- .O software foi desenvolvido em "Delphi", versão 2,0, em ambiente windows 95.

Atribuições:

- Enviar os Formulários para as Unidades de Saúde, periodicamente;
- Receber a 1ª via da requisição do exame citopatológico para cadastro;
- Receber o laudo citológico, emitir o resultado do exame e o enviar para as unidades de saúde primária com as recomendações (agendamento na unidade secundária) necessárias;
- Receber a cópia da requisição do exame histopatológico para cadastro;
- Receber o laudo histopatológico, emitir o resultado e o enviar para as unidades secundárias com as recomendações necessárias;
- Agendar a consulta na unidade terciária;
- Agendar e enviar agendamento das pacientes com citologia positiva para a unidade secundária;
- Agendar e enviar o agendamento das pacientes com necessidade de tratamento cirúrgico e/ou radioterápico para unidade terciária;
- Acompanhar o fluxo de encaminhamento da paciente no Programa assegurando o cumprimento de todas as etapas;
- Emitir relatórios rotineiros do sistema de informações;
- Manter o sistema de informação atualizado, realizando backup do banco de dados, após a inclusão ou alteração, diariamente e,
- Enviar, periodicamente, os dados do centro local para o Servidor Central (Rio de Janeiro)

3.2.3. Monitoração dos Dados

Os dados gerados pelo Sistema de Informação serão monitorados pelo coordenador do Comitê Local e será de sua responsabilidade acompanhar todas as etapas do Programa: rastreamento, coleta do esfregaço para exame citológico, tratamento e avaliação.

Atribuições:

- ♦ Observar o prazo previsto entre a coleta do material para exame citológico e a emissão do laudo diagnóstico pelo laboratório:
 - observar os resultados faltosos do laboratório;
 - observar os formulários que estão faltando na unidade com relação aos resultados do laboratório e
 - fazer a revisão das listas recebidas periodicamente.
- ♦ Com relação ao processo de coleta de material citológico:

- revisão periódica da qualidade do preenchimento do formulário de requisição de citologia - cadastramento;
- observar as recomendações do processo de diagnóstico se foram comunicados à mulher e
- observar os relatórios com os resultados produzidos.
- ♦ Observar o prazo previsto para devolução dos laudos com os resultados do laboratório para a unidade
- analisar se o tempo entre os procedimentos estão dentro do previsto;
- analisar se os dados coletados e os dados do laudo estão compatíveis;
- analisar se a entrada dos dados está satisfatória, isto é, se os formulários preenchidos estão sendo digitados corretamente e
- observar o fluxo de informação, isto é, se os formulários enviados pelas Unidades estão compatíveis com os lotes enviados pelos laboratórios.
- ♦ Observar o prazo previsto entre a etapa do recrutamento da mulher até a marcação da consulta para tratamento, quando necessário.
- ♦ Assegurar que a população alvo, no projeto piloto, está sendo rastreada:
 - verificar mensalmente, quais os métodos de recrutamento estão mais eficazes. (TV, rádio, jornal) e
 - verificar, periodicamente, através dos relatórios, qual a faixa de idade está sendo mais rastreada.
- ♦ Verificar se as mulheres estão recebendo o resultado do exame dentro do prazo previsto:
 - os laudos devem ser armazenados na unidade em ordem alfabética, em fichários próprios para o programa;
 - o profissional de saúde deve ser treinado no procedimento de entrega do resultado. Deve certificar-se de que está entregando o laudo correto para a mulher. Deve perguntar o nome completo da mulher, o nome da mãe e o endereço para evitar dar o laudo errado para a mulher. Deve-se marcar a data em que o laudo foi entregue a mulher, verificando se a Unidade está informando corretamente à mulher sobre o prazo para buscar o resultado do exame;
 - mulheres que depois de 90 dias não retornaram para buscar o resultado do exame devem ser contactadas pela Unidade para retornarem;
 - as listas com as datas de entrega dos laudos devem ser atualizadas semanalmente e
 - devem ser enviados aos laboratórios, relatórios periódicos para a comparação dos resultados que foram recebidos com os dados digitados, visando assegurar a qualidade do dado digitado.
- ♦ Rastrear as mulheres que necessitam a consulta de seguimento:
 - Deve-se separar os relatórios relativos a lista de mulheres que necessitam de seguimento e observar o tipo de seguimento necessário e
 - deve-se chamar novamente as mulheres que não vieram buscar os exames ou não vieram para a consulta de seguimento.

O coordenador deve verificar semanalmente a lista das faltosas para tomar providências, como chamá-las. Deve também preocupar-se com:

- verificar a marcação das consultas para as unidades secundárias e terciárias;
- certificar-se que as unidades foram notificadas;
- remarcar as consultas;
- contactar as mulheres que não compareceram e
- registrar as mulheres que recusaram o tratamento
- ♦ Fornecer os dados para avaliação de processo e produto. Enviar os dados para o Servidor Central no período correto. Deve criar um procedimento manual que ajude a criar o fluxo de acompanhamento de remessa de dados para o Servidor Central.
- ♦ Observar os procedimentos corretos para operar o Sistema de Informação
 - cuidar da segurança do sistema
 - produzir back-up dos dados
 - credenciar os usuários confiáveis e
 - treinar o pessoal que vai utilizar o sistema

- ♦ Reunir o grupo funcional periodicamente para análise e avaliação do processo de trabalho do projeto-piloto.

3.3. Fluxogramas

3.3.1 - O percurso da mulher no Programa

As mulheres entre 35 e 49 anos são recrutadas para o Programa. A mulher recrutada se dirige a unidade de saúde primária credenciada para cadastramento e coleta de material para exame de citologia. O exame de citologia é processado em laboratório credenciado.

O resultado do exame citológico, realizado na **Unidade Primária** pode recomendar:

- o exame é normal e a mulher sai do programa;
- o diagnóstico não pode ser realizado devido a amostra insatisfatória ou satisfatória mas "limitada por", a mulher é convocada para a realização de novo exame de citologia imediata;
- o exame é anormal - ASCUS, HPV, NIC I ou AGUS - e a mulher é convocada para a realização de novo exame de citologia em seis meses;

OBS.: se a mulher apresentar duas citologias consecutivas com anormalidade pertencente a este grupo (ASCUS, HPV, NIC I ou AGUS), ela será encaminhada para a realização de exame de colposcopia;

- o exame é anormal - NIC II, NIC III, Adenocarcinoma *in situ*, Carcinoma Escamoso Invasivo*, Adenocarcinoma Invasivo*, Outras Neoplasias Malignas - a mulher é encaminhada para a realização de exame de colposcopia (45 dias após a data de liberação do resultado);

O resultado do exame colposcópico, realizado na **Unidade Secundária** pode recomendar:

- o exame é normal (colposcopia negativa) e a mulher é orientada para a realização de exame de citologia em seis meses;
- o exame é anormal (colposcopia positiva) e o fragmento do tecido vai para exame histopatológico;
- o exame é insatisfatório (JEC não vista) sem lesão e a mulher é encaminhada para a realização de novo exame de citologia em três meses e
- o exame é insatisfatório (JEC não vista) com lesão e o fragmento do tecido vai para exame histopatológico.

O resultado do exame histológico, realizado na **Unidade Secundária**, pode recomendar:

- se o resultado histopatológico der margens livres, a mulher é orientada para a realização de novo exame de citologia em seis meses;
- se o resultado histopatológico estiver com margens livres, a mulher é orientada para a realização de novo exame de citologia em 3 meses;
- se o resultado histopatológico estiver até NIC III e com margens comprometidas ou sem possibilidade de avaliação a mulher é orientada para novo exame de colposcopia em 3 meses;
- se o resultado histopatológico estiver até NIC III com margens comprometidas ou sem possibilidade de avaliação, a mulher é convocada para novo exame de colposcopia em 3 meses.

A mulher é encaminhada para tratamento em **Unidade Terciária** se for detectado um *Carcinoma Escamoso Invasivo, Adenocarcinoma invasivo ou outras neoplasias malignas*. Após 6 meses, a **Unidade Terciária** deve informar ao **Centro Local** o acompanhamento do tratamento.

A seguir, apresenta-se o **Fluxograma I** com o percurso da mulher no Programa.

PERCURSO DA MULHER NO PROGRAMA

MULHER RECRUTADA

EXAME DE CITOLOGIA - TIPO DE RECOMENDAÇÃO A

SEM CÉLULAS ANORMAIS ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS	AMOSTRA INSATISFATÓRIA	ASCUS EPV NIC I AGUS	NIC II NIC III ADENOCARCINOMA IN SITU CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO (*) ADENOCARCINOMA INVASIVO (*) OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (*)
---	------------------------	-------------------------------	---

(*) COLPOSCOPIA EM UNIDADE TERCIÁRIA

SAIR DO PROGRAMA

CITOLOGIA A - Imediata

CITOLOGIA B - 6 meses

COLPOSCOPIA - 45 dias

EXAME DE CITOLOGIA - TIPO DE RECOMENDAÇÃO B

SEM CÉLULAS ANORMAIS ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS	AMOSTRA INSATISFATÓRIA	ASCUS EPV NIC I AGUS	NIC II NIC III ADENOCARCINOMA IN SITU CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO (*) ADENOCARCINOMA INVASIVO (*) OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (*)
---	------------------------	-------------------------------	---

(*) COLPOSCOPIA EM UNIDADE TERCIÁRIA

SAIR DO PROGRAMA

CITOLOGIA B - Imediata

COLPOSCOPIA - 45 dias

COLPOSCOPIA - 45 dias

EXAME DE COLPOSCOPIA

NEGATIVA	INSATISFATÓRIA SEM LESÃO	POSITIVA INSATISFATÓRIA COM LESÃO
----------	--------------------------	--------------------------------------

CITOLOGIA A - 6 meses

CITOLOGIA A - 3 meses

HISTOPATOLOGIA

EXAME DE HISTOPATOLOGIA

COLPOSCOPIA POSITIVA + HISTOPATOLÓGICO ATÉ NIC III + MARGENS CIRÚRGICAS LIVRES	COLPOSCOPIA INSATISFATÓRIA C/LESÃO + HISTOPATOLÓGICO ATÉ NIC III + MARGENS CIRÚRGICAS LIVRES ESPÉCIME INSATISFATÓRIO	HISTOPATOLÓGICO ATÉ NIC III + MARGENS CIRÚRGICAS : COMPROMETIDAS OU SEM POSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO	CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO ADENOCARCINOMA INVASIVO OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS
--	---	---	--

CITOLOGIA A - 6 meses

CITOLOGIA A - 3 meses

COLPOSCOPIA - 3 meses

TRATAMENTO DE CâNCER

3.3.2. Fluxo de Informação

O Programa utilizará sete formulários de requisição de exames e tratamento que circularão com informações entre o Centro Local, as Unidades de Saúde e o Laboratório.

Os formulários são:

Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
2ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
 Resultado da Citologia
2ª via verso-CAMPO Resultado da Citologia

Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
2ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
 Resultado da Citologia
2ª via verso-CAMPO Resultado da Citologia

Formulário 3 - Requisição de Citologia - Extra

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
2ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Coleta
 Resultado da Citologia
2ª via verso-CAMPO Resultado da Citologia

Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações do Exame Anterior
 Informações da Colposcopia
2ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações do Exame Anterior
 Informações da Colposcopia
 Resultado da Histopatologia
2ª via-verso CAMPO Resultado da Histopatologia

Formulário 5 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia - Extra

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Colposcopia

2ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informações da Colposcopia
 Resultado da Histopatologia
2ª via-verso CAMPO Resultado da Histopatologia

Formulário 6 - Requisição de Tratamento de Câncer

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Histórico dos Exames
 Informações do Atendimento

Formulário 7 - Acompanhamento do Tratamento de Câncer

1ª via - CAMPOS Informações Pessoais
 Informação de Acompanhamento
 Informações de Óbito

O fluxo de Informações realizado será descrito a seguir:

♦ Envio de Formulários e Agendamento Semanal

O Centro Local enviará, no início do Programa, os Formulários 1, 2, 3 para as Unidades Primárias, os Formulários 4 e 5 para as Unidades Secundárias e os Formulários 6 e 7 para as Unidades Terciárias.

Os formulários são numerados e são os instrumentos para o controle do fluxo das mulheres no Programa. O Centro Local será o responsável pelo agendamento semanal dos exames de citologia nas Unidades Primárias, dos exames de Colposcopia nas Unidades Secundárias e das consultas iniciais para o tratamento nas Unidades Terciárias.

As unidades do projeto piloto receberão semanalmente o agendamento das Unidades.

♦ Devolução de Formulários

As Unidades Primárias devem enviar semanalmente para o Centro Local as 1ªs. vias dos Formulários 1, 2 e 3 preenchidos com o cadastramento das mulheres e as informações da coleta e o Formulário 2 das mulheres faltosas.

As Unidades Secundárias devem enviar semanalmente para o Centro Local as 1ªs. vias ou 1ª e 2ª vias dos Formulários 4 e 5, preenchidos com as informações referentes ao exame colposcópico e pedido de histopatologia, se for o caso, e o Formulário 4 das mulheres faltosas.

As Unidades Terciárias devem enviar semanalmente para o Centro Local os Formulários 6 e 7 preenchidos e o Formulário 6 das mulheres faltosas.

♦ Cobrança de Devolução de Formulários

O Centro Local quando não recebe dentro dos prazos previstos os Formulários das Unidades de Saúde, emite uma listagem com a cobrança dos Formulários.

A cobrança dos Formulários 1, 2 e 3 é feita para as Unidades Primárias.

A cobrança dos Formulários 4 e 5 é feita para as Unidades Secundárias.

A cobrança dos Formulários 6 e 7 é feita para as Unidades Terciárias.

Resultado dos exames, marcação do próximo exame e controle de recebimento dos resultados preenchidos

O Centro Local enviará às Unidades Primárias os resultados dos exames de citologia e as Unidades Secundárias os resultados de Colposcopia.

Enviar também semanalmente a listagem com o controle do recebimento dos resultados recebidos.

♦ Controle dos Resultados - Formulários preenchidos

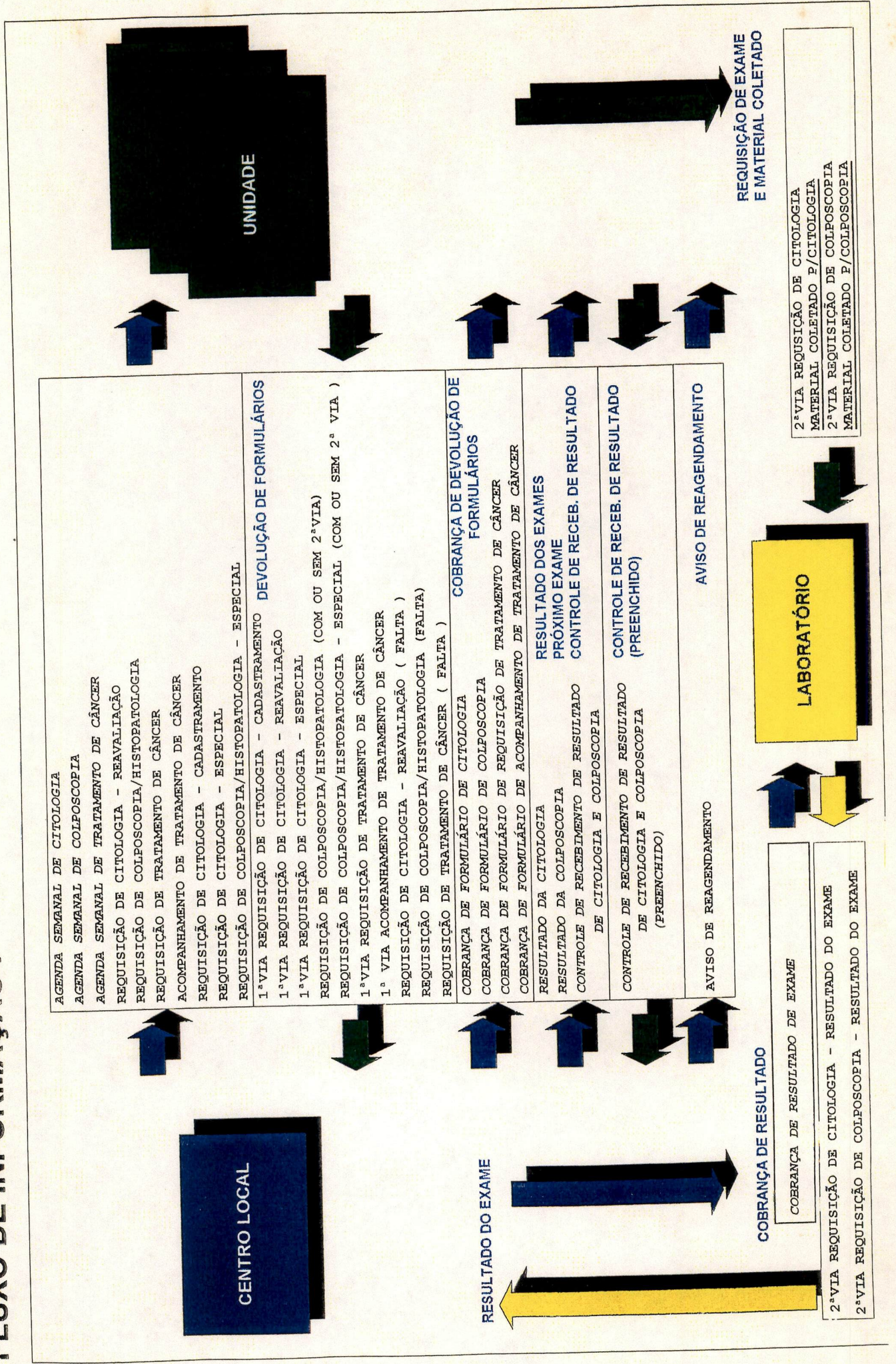
As Unidades de Saúde enviam ao Centro Local, semanalmente, a listagem com o controle de recebimento dos resultados de citologia (Unidades Primárias) e Colposcopia (Unidades Secundárias) devidamente preenchidos.

♦ Aviso de Reagendamento

O Centro Local envia semanalmente para as Unidades as listagens de Reagendamento das mulheres faltosas, ou que não puderam realizar os exames.

O fluxograma II, a seguir, apresenta resumidamente o fluxo de informações do Programa:

FLUXO DE INFORMAÇÃO I



IV. Etapas do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU) do Ministério da Saúde

4.1. Primeira Etapa - Recrutamento

O recrutamento da população alvo é uma das etapas mais importantes em um programa de rastreamento do câncer do colo uterino e uma das causas mais comuns do fracasso desses programas - a baixa cobertura da população de risco. Nesta etapa, deverão ser avaliadas as estratégias de recrutamento das mulheres para a realização do exame, bem como dos meios para a busca ativa das mulheres faltosas, visando a captação, cada vez maior, de participantes e reduzindo ao máximo, o índice de evasão do Programa. Para isso serão utilizados instrumentos que subsidiarão a elaboração de estratégias, com base na realidade do local, ouvindo a própria população usuária do Programa.

4.1.1 - Estudo Qualitativo

Um dos instrumentos preconizados é o **estudo qualitativo** do comportamento e desejos dos indivíduos que participam do Programa (profissionais, líderes comunitários e usuárias) obtidos por meio da **formação de grupos focais** com os seguintes objetivos:

- explorar os conhecimentos e atitudes em relação ao câncer do colo uterino;
- identificar barreiras relacionadas com a organização do Programa;
- conhecer preferências em relação aos meios de comunicação e às formas de comunicação dentro do Programa e
- identificar possíveis recursos humanos disponíveis para trabalhar no recrutamento.

Os grupos focais podem ser utilizados como um instrumento gerador de idéias para:

- avaliação da reação das pessoas frente ao programa proposto;
- planejamento de estratégias de comunicação;
- avaliação de mensagens e idéias;
- exploração de um comportamento desconhecido.

Os grupos focais são também utilizados no planejamento do estudo quantitativo para:

- formulação de hipóteses;
- determinação de necessidades de informações;
- identificação de pessoas;
- ajuda na formulação de perguntas.

4.1.2 - Questionário

Outro instrumento a ser utilizado é o **questionário** de investigação dos conhecimentos e comportamentos da população em relação ao câncer do colo uterino.

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino

Questionário

Avaliação do conhecimento e comportamento da população em relação ao câncer de colo uterino

Idade: _____ anos

1 - Qual é o seu nível educacional?

- analfabeto 1º grau incompleto
 1º grau completo 2º grau
 Superior completo

2 - Você já ouviu falar sobre o câncer do colo do útero?

- Sim Não

3 - Em caso afirmativo, onde ouviu?

- TV Rádio
 no posto de saúde ou hospital por vizinhos ou amigos
 por profissionais de saúde Jornais/revistas
 Cartaz Escola
 Associações outros. Quais? _____

4 - O que você pensa sobre o câncer do colo do útero?

- pode ser prevenido pode ser curado
 não tem cura as pessoas que o têm morrem ou deixam de ser "mulher"

5 - Você conhece algum método para preveni-lo?

- não sim. Qual? _____

6- Você considera este método útil?

- sim não

7. Você já utilizou este método ou exame alguma vez?

- sim não

8- Quando foi o seu último exame?

- há menos de três anos entre 3 e 5 anos há mais de 5 anos

9 - Por que nunca fez o exame preventivo?

- não conhece, não sabia que existia não sabe onde faz
 tem medo que o exame seja doloroso não tem acesso a médicos ou postos de saúde
 tem medo de descobrir alguma coisa não sabe

10 - Se você decidir se submeter ao exame preventivo, onde você o faria?

- no posto de saúde no hospital
 no médico particular em outro lugar. Qual? _____

11- Caso você venha realizar o exame preventivo, como gostaria de receber o resultado?

- por telefone por carta/aerograma
 voltando ao local onde o realizou. outro. Qual? _____

12- Quando você retornasse para receber o resultado do exame preventivo, você gostaria de ser recebida por quem?

- médico enfermeira
 assistente social agente administrativo

4.1.3. Busca ativa na comunidade

Antes da entrada da mulher no programa

- identificar as mulheres que nunca fizeram um exame citológico na faixa etária entre 35 e 49 anos, por meio de entrevistas e envio de cartas-convite ou distribuir folhetos explicativos para aquelas que já estejam registradas ou cadastradas (registros ou cadastros populacionais);
- discutir com as mulheres em reuniões ou outras atividades realizadas na comunidade e
- divulgar mensagens educativas de sensibilização através dos veículos de comunicação disponíveis.

Durante o Programa

A busca ativa das mulheres que apresentaram resultados positivos (com alterações que necessitam tratamento e/ou acompanhamento) e que não compareceram para buscar o resultado ou a qualquer outra chamada de comparecimento deve também ser realizado. É de grande importância a garantia de tratamento dos casos positivos. Para tanto é necessária a adoção de meios que permitam a busca ativa das mulheres faltosas. Esta deve fazer-se de modo seqüencial:

- ligação telefônica - (quando possível)
- carta ou telegrama;
- visita domiciliar - quando não se obteve resposta à chamada por telefone ou carta/ telegrama e
- convocar através de sistema de rádio-difusão local, nos casos de endereços incompletos, mudança de endereço ou ausência dos mesmos.

4.1.4 - Educação Comunitária

O desconhecimento sobre a existência do preventivo, bem como onde realizá-lo e conceitos errôneos sobre o mesmo, demonstram a necessidade de utilização por parte dos profissionais de saúde, de estratégias que visem à educação comunitária. O desconhecimento e o medo de fazer o exame estão diretamente associados aos níveis mais baixos de escolaridade. As informações devem ser divulgadas o mais amplamente possível, de maneira uniforme e acessível.

Com o objetivo de alcançar o maior número possível de mulheres, o Programa deverá buscar uma integração com instituições e grupos onde já existam reuniões regulares, tais como associações de moradores, associações de mulheres, clubes de mães em escolas, igrejas e outros, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores de informações.

As palestras poderão ser ministradas por profissionais de saúde das unidades que participam do Programa, bem como por agentes multiplicadores, após terem sido devidamente treinados.

Nas unidades de saúde poderão ser realizadas reuniões em sala de espera, que atingirão mulheres de outras clínicas, além da Ginecologia, com as informações que se quer divulgar.

Todos os profissionais que ministram as palestras deverão ser orientados sobre os aspectos que deverão ser abordados, de forma a garantir a mesma linha de informação. Deverão ser transmitidas informações específicas sobre o exame e aspectos operacionais do Programa assim como da relação das unidades de saúde com os horários em que são realizados os exames preventivos.

4.1.5 - Campanha de Comunicação de massa

A campanha de comunicação relativa ao Programa será iniciada, em 1996, no dia 27 de novembro, **Dia Nacional de Combate ao Câncer**.

Para esta campanha foram produzidos os seguintes materiais:

- . 2 cartazes sobre o tema "IMPORTANCIA DO EXAME PREVENTIVO" que serão distribuídos para as Unidades de Saúde e locais públicos da Comunidade;
- . 5 filmetes com perguntas feitas pelas mulheres a respeito de suas dificuldades e dúvidas com relação a busca e realização do exame preventivo;
- . Texto-básico com informações relativas ao câncer de colo uterino salientando a magnitude do problema no Brasil, suas causas, como preveni-lo, onde e como realizar o exame preventivo Papanicolaou;
- . Texto-básico para os profissionais de saúde com informações relativas ao Programa e
- . Folheto informativo para as mulheres que serão recrutadas para participarem do Programa.

4.1.6 - Produção do material educativo

O principal material educativo do programa será o "**Manual de Normas Técnicas**" que descreve as ações, normas e procedimentos a serem realizados por toda a equipe técnica envolvida no programa.

Estão planejados treinamentos para os diversos níveis do programa.

Para estes treinamentos serão produzidos materiais educativos em diferentes formatos tais como dispositivos, transparências, albuns seriados, vídeos e textos básicos de informação.

4.1.7 - Preparação da mulher para a realização do exame

Uma das tarefas da fase de recrutamento é a de motivar as mulheres para fazer o exame, responsabilizando-as de buscar a Unidade Primária, nos dias e horários de atendimento divulgados, buscar o resultado do exame e atender a solicitação de novos exames, caso seja necessário.

As mulheres devem também ser orientadas pelos profissionais de saúde ou pelos multiplicadores sobre os cuidados que devem ter antes da realização do exame de coleta:

- . não manter relações sexuais no dia anterior ao exame;
- . não usar ducha ou medicamentos vaginais nos três dias anteriores ao exame;
- . não estar menstruada no dia do exame. Deve-se informar que o sangramento vaginal, fora do período menstrual, não impede o exame e
- . a mulher grávida pode fazer o exame, não prejudicando nem a gravidez nem o bebê.

Estas informações podem ser fornecidas às mulheres em reuniões de sala de espera, em grupos na comunidade, utilizando os materiais educativos produzidos pelo programa tais como folders, cartazes, álbum seriado, vídeos.

Nestes encontros o importante é que o profissional de saúde estimule a participação de todos e que crie um ambiente de confiança que facilite e possibilite que as mulheres façam perguntas, tirem dúvidas e sintam-se motivadas e confiantes com relação a buscar o exame preventivo.

4.2 - Segunda Etapa - Coleta do Material para o Exame de Papanicolaou

O Programa pretende padronizar as condutas a serem adotadas em todo o território nacional visando um melhor controle de qualidade dos procedimentos e uma maior eficácia na cobertura da população a ser atingida.

Para o acompanhamento de todas as mulheres que participam do programa foram criados um sistema de informação com uma série de formulários que servem para cadastrar as participantes, dar informações sobre os procedimentos de coleta do material, fornecer o resultado de citologia, fornecer informações sobre a colposcopia e fornecer os resultados de histopatologia.

A coleta de material pode ser realizada em mulheres que estão ingressando no programa ou em mulheres que já possuem data agendada na unidade. No primeiro caso, o procedimento é formalizado através do **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento**. No segundo caso, o procedimento é formalizado através do preenchimento do **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação**.

4.2.1 - Preenchimento do Formulário 1 (Requisição de Citologia - Cadastramento) Informações Pessoais

Quando a paciente apresenta-se na **Unidade Primária** para a realização do exame, o primeiro passo a ser feito é o preenchimento do **Formulário 1** no campo referente às Informações Pessoais.

O formulário vem numerado, e este número significa o controle geral do sistema de informações. O profissional de apoio administrativo deve verificar se a mulher pertence à população-alvo abordada pelo programa (mulheres entre 35 a 49 anos). Se a mulher estiver fora da faixa etária do programa não lhe será negada a realização do exame, embora mulher não vá participar das estatísticas de avaliação do programa.

4.2.1.1 - Primeiro Cadastramento

O funcionário administrativo da **Unidade Primária** deverá completar os seguintes campos do Formulário 1:

- número do prontuário
- nome completo da mulher (não deve ser abreviado nenhum nome)
- nome completo da mãe (caso de mulheres com nomes idênticos, o nome da mãe serve para diferenciar)
- data de nascimento (dia/mês/ano)
- identidade, órgão emissor
- endereço completo (rua, nº, complemento-aptº, casa, bloco-, bairro, cidade, unidade de federação, CEP, telefone)
- grau de escolaridade (o último nível atingido)
 - . analfabeto
 - . 1º grau incompleto
 - . 1º grau completo
 - . 2º grau
 - . superior
- formas de recrutamento (forma como foi informada sobre a existência do programa)
 - . televisão
 - . rádio
 - . jornal/revista
 - . cartaz

- . escola
- . associações
- . orientação por profissional de saúde
- . igreja
- . outro _____

- como gostaria de ser contactada (para receber o resultado do exame ou ser chamada para outros exames)
- . carta
- . telefone próprio ou de recado
- . outro meio _____

Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento (Informações Pessoais)

MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER		REQUISIÇÃO DE CITOLOGIA - CADASTRAMENTO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Nº FORMULÁRIO	UNIDADE COLETORA	Nº Prontuário	
Nome Completo da Mulher			
Nome Completo da Mãe			
Data de Nascimento	Identidade	Orgão Emissor	
Endereço			
Bairro		Cidade	
UF	CEP	Telefone	Escolaridade
		<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior	
Forma de Recrutamento		Como gostaria de ser contactada	
<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Cartaz <input type="checkbox"/> Orientado por Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Jornal / Revista <input type="checkbox"/> Associações <input type="checkbox"/> Outro _____		<input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Recado com _____ <input type="checkbox"/> Outro _____	
INFORMAÇÕES DA COLETA			
NOME DO LABORATÓRIO			
Citologia Anterior		D.U.M. / /	Inspeção do Colo
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Normal (Negativo, Inflamatório) <input type="checkbox"/> Anormal (Displasias ou NIC, Carcinomas) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Há quanto tempo : <input type="checkbox"/> Até 3 anos <input type="checkbox"/> De 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> Acima de 5 anos <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> sem tumor evidente <input type="checkbox"/> com aspecto tumoral <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não Visto
Data da Coleta / /		Coletor	
Outras informações _____			

4.2.1.2. Segundo Cadastramento

A coleta de material em mulheres agendadas é formalizada pelo **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação**. Estes formulários são enviados semanalmente às unidades primárias pelo Centro Local junto com o relatório de AGENDA SEMANAL DE CITOLOGIA - REAVALIAÇÃO. O lote de formulários representa todas as mulheres que foram agendadas para exames ao longo da semana especificada na listagem. Os formulários possuem campos (dados cadastrais - resultado de exame anterior) já preenchidos no Centro Local.

OBS.: A listagem é enviada semanalmente com uma antecedência de quinze dias. Por exemplo, dia 12/8/96 são encaminhados os formulários e a listagem referentes à semana de 26/8/96 a 31/8/96.

Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE CITOLOGIA - REAVALIAÇÃO ²	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Nº FORMULÁRIO	UNIDADE COLETORA	PRONTUÁRIO NA UNIDADE	
Identificador no Programa	Nome Completo da Mulher		
Nome Completo da Mãe			
Data de Nascimento	Identidade	Orgão Emissor	
Endereço			
Bairro		Cidade	
UF	CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada
Preencher os campos a seguir somente em caso de alteração			
Endereço			
Bairro		Cidade	UF
CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada	Nº Prontuário
		<input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Outro	
INFORMAÇÕES DA COLETA			
Data agendada:	Hora:	NOME DO LABORATÓRIO	
RESULTADO/UNIDADE/LABORATÓRIO/DATA DO RESULTADO DO EXAME ANTERIOR			Inspeção do Colo
			<input type="checkbox"/> Presente
			<input type="checkbox"/> sem tumor evidente
			<input type="checkbox"/> com aspecto tumoral
			<input type="checkbox"/> Ausente
			<input type="checkbox"/> Não Visto
Data da Coleta:	Coletor:		

O profissional de apoio administrativo verifica se a mulher está agendada no dia corrente. De posse do **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação** correspondente à mulher, o profissional de apoio preencherá, se necessário, os campos para alteração de endereço, forma de contato e número de prontuário. A mulher é encaminhada para a coleta de material. O coletor preenche os campos **Informações da Coleta** no Formulário 2. A primeira via do formulário é enviada ao **Centro Local** e a segunda via é anexada ao material colhido para encaminhamento ao **Laboratório** especificado no formulário.

O programa prevê que mulheres agendadas podem faltar no dia marcado ou se verem impossibilitadas de realizar o exame (ex.: período menstrual). As unidades primárias podem atender em um novo dia as mulheres que não realizaram o exame no dia marcado. A unidade deverá devolver ao Centro Local todos os **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação** de mulheres que não realizaram o procedimento de coleta até 60 dias após a data agendada. Um novo agendamento para essas mulheres deverá ser solicitado ou efetuado pelo profissional do recrutamento do **Centro Local**. Caso esta mulher compareça à unidade após 60 dias da data agendada, e sua ficha de reavaliação já tiver sido devolvida ao **Centro Local**, ela será atendida. O **Formulário 3 - Requisição de Citologia - Extra** deverá ser preenchido e encaminhada a 1ª via para o **Centro Local** e a 2ª via para o **Laboratório** junto com o material coletado.

4.2.2 - Orientação da Mulher

O profissional de saúde que vai realizar a coleta do exame deve procurar conversar com a mulher antes de iniciar o procedimento para prepará-la psicologicamente e também coletar algumas informações que garantam a validade do exame.

As mulheres já foram orientadas, previamente, a não fazerem uso de duchas ou medicamentos intravaginais durante as 48 horas que precedem o dia do exame. Devem evitar relações sexuais nas 24 horas que precedem o exame. O exame deve ser realizado fora do período menstrual. Caso haja sangramento (fora do período menstrual) o exame pode ser realizado.

Ao entrevistar a paciente, o profissional de saúde deve assegurar que a mulher está em condições de realizar o exame e que cumpriu as orientações dadas previamente.

Antes do exame, a mulher deve ser orientada a ir ao banheiro, esvaziar a bexiga e vestir um avental apropriado para o exame.

4.2.3 - Coleta do Material

Este procedimento é de muita importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar que está preparado para realizá-lo e que tem todo o material necessário

4.2.3.1 - Material necessário

Antes de iniciar o procedimento de coleta do material, o profissional de saúde deve assegurar que o material necessário está organizado, esterilizado e próximo do local do atendimento.

Material necessário para a coleta:

- avental para a mulher
- luvas de vinil, tipo ginecológica ou luvas de látex
- espéculos de tamanhos pequeno, médio e grande
- pinças de Chenon
- espátula de Ayre
- escovinha do tipo Campos da Paz
- lâminas com extremidade fosca
- frasco para guardar a lâmina
- solução fixadora



Material necessário para a coleta

ATENÇÃO

As **luvas de látex e vinil** devem ser descartáveis. O uso continuado de agentes químicos ou físicos nestas luvas, implica em aumento de porosidade, diminuindo portanto a proteção oferecida. As luvas de borracha devem ser submetidas à desinfecção.

Os **aventais** devem ser preferencialmente descartáveis. Neste caso, após o uso, deverão ser desprezadas em local apropriado. Caso sejam reutilizáveis devem ser encaminhadas à rouparia para lavagem e esterilização e/ou desinfecção depois do uso pela mulher.

O **instrumental metálico** deve ser de preferência esterilizado pelo calor. Caso não seja possível, deve ser desinfetado com flutaraldeído (2%), no caso os espéculos e as pinças.

A limpeza dos **frascos** deverá ser realizada da seguinte forma:

- Retirar as etiquetas (caso ainda estejam coladas nos frascos);
- Retirar as tampas dos frascos;
- Colocar os frascos submersos em solução degermante, deixando-os nesta durante 20 minutos;
- Limpar os frascos fazendo uso de escova (do tipo de lavar mamadeira), protegendo as mãos com luvas;
- Enxaguar frasco por frasco em água corrente, também usando luvas;
- Submerger, com as mãos enluvadas, os frascos em um vasilhame contendo água, durante 2 horas, após o que enxaguá-las sob água corrente;
- Emborcar os frascos sobre uma superfície forrada com uma toalha ou papel toalha, para secagem natural;
- Após a secagem natural, realizar a secagem interna dos frascos, fazendo uso de toalha e pinça (realizar movimentos circulares) e
- Após a secagem interna, tampar os frascos e guardar em armário limpo e arejado.

4.2.3.2 - Normas universais de Biosegurança referentes aos procedimentos de esterilização e desinfecção

Esterilização

É a inativação de todos os micróbios, inclusive os esporos.

A **esterilização pelo vapor** (esterilização em autoclave) é o método aconselhado para instrumentos médicos reutilizáveis, incluindo agulhas e seringas. As autoclaves e as panelas de pressão deverão funcionar a 121°C, equivalentes à pressão de uma atmosfera (101 kPa, 151 lb/in²) acima da pressão atmosférica, durante pelo menos 20 minutos.

A **esterilização pelo calor seco**, em forno elétrico ou forno de Pasteur (estufa), é um método apropriado para instrumentos que tolerem uma temperatura de 170°C. Este método não é, portanto, adequado para material de plástico reutilizável. Um forno elétrico comum é satisfatório para esterilização pelo calor seco. O tempo de esterilização é de duas horas na temperatura de 170°C.

Desinfecção - é a inativação de todos os micróbios, com exceção dos esporos.

Desinfecção por Agente Físico

A desinfecção por agente físico, é feita através da fervura por 20 minutos alcançando-se um alto grau de desinfecção. Este é o método mais simples e confiável para inativação para a maioria dos patógenos,

inclusive o HIV, quando não há equipamento de esterilização disponível. O vírus da hepatite B é inativo após alguns minutos de fervura e é provável que o HIV, muito mais sensível ao calor, também seja inativo no mesmo tempo de fervura. Entretanto, a fim de se ter certeza, a fervura deverá ser mantida durante 20 minutos (ver quadro).

Desinfecção por Agente Químico

A desinfecção utilizando produtos químicos pode ser por imersão ou mecânica.

Os desinfetantes usados na desinfecção por imersão precisam ser manipulados cuidadosamente. Alguns deles se tornam ineficazes quando em contato com matéria orgânica (existente, muitas vezes, nos objetos imersos) ou quando expostos ao calor (por exemplo durante a armazenagem).

A desinfecção química não deve ser usada para agulhas e seringas. Nos outros instrumentos de corte ou invasivos só deverá ser usada como última opção. Nesses casos, só se efetuará desinfecção química se puder garantir a concentração e a atividade apropriadas do produto químico, após limpeza meticulosa dos instrumentos antes de serem submersos.

A desinfecção mecânica é utilizada para superfícies lisas contaminadas com sangue. É feita com um pano de limpeza embebido em hipoclorito de sódio. Nos casos de contaminação grosseira, visível a olho nú, a área deverá ser inicialmente coberta com desinfetante e a mistura removida com um pano. Caso seja usado álcool, a superfície deverá ser limpa várias vezes, uma vez que este produto evapora rapidamente. Este procedimento de limpeza, como todos os outros, deve ser efetuado com luvas de borracha.

Quadro 2 - Agentes químicos e físicos para desinfecção ou esterilização

I. AGENTES QUÍMICOS		
Fórmula	Tempo para desinfecção	Tempo para Esterilização
glutaraldeído (2%)	30 min.	10 horas no ambiente e 1 hora a 60 graus
H ₂ O ₂ 0,3% (10 vol) (água oxigenada)	30 min.	-
DICLOROHEXIDENE (clorine dióxido)	30 min.	6 horas no ambiente
hipoclorito de sódio 1% (água sanitária)	30 min.	-
II. AGENTES FÍSICOS		
II.1 - Para Esterilização		
Aparelho	Temperatura	Tempo de Exposição
ESTUFA	160 GRAUS C	1 HORA
AUTOCLAVE	120 GRAUS C	30 MIN.
II.2 - Para Desinfecção		
Procedimento	Temperatura	Tempo para Esterilização
FERVURA	100 GRAUS C	20 MIN.

4.2.3.3 - Preparação da lâmina e do frasco

A lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material para exame devem ser preparados previamente:

- escrever as iniciais do nome da mulher e o número do seu prontuário, com lápis preto e grafite, na extremidade fosca da lâmina (Figura 1)
- escrever o nome completo da mulher em fita adesiva de papel, que deverá ser fixada ao redor do frasco onde será colocada a lâmina (Figura 2)

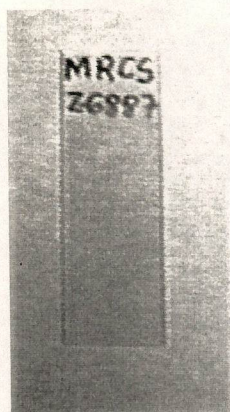


Figura 1 - Lâmina



Figura 2 - Frasco

4.2.3.4 - Realização da Coleta

Para a realização da coleta, a mulher deve ser colocada na posição ginecológica, o mais confortável possível.

O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha ou compressas estéreis, antes e após o atendimento de cada paciente. O procedimento deve ser realizado com luvas. Quando um contato com sangue e secreções, as mãos deverão ser lavadas imediatamente.

Coloca-se o espéculo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada - pequeno, médio ou grande. Não devem ser usados lubrificantes, exceto soro fisiológico em casos selecionados, pois podem interferir na qualidade do esfregaço. O espéculo deve ser introduzido suavemente e de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é indispensável para a realização de uma boa coleta. Nesta fase do exame, é de grande importância a observação e descrição das características do colo uterino, que deve ser anotado no **Formulário 1** no campo Informações da Coleta, assim como as informações referentes a citologia anterior, caso já tenha sido realizada.

Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento (Informações sobre a coleta)

INFORMAÇÕES DA COLETA			
NOME DO LABORATÓRIO			
Citologia Anterior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Normal (Negativo, Inflamatório) <input type="checkbox"/> Anormal (Displasias ou NIC, Carcinomas) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Há quanto tempo : <input type="checkbox"/> Até 3 anos <input type="checkbox"/> De 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> Acima de 5 anos <input type="checkbox"/> Ignorado	
Data da Coleta <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Coletor <input type="text"/>	
		D.U.M. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		Outras informações _____ _____ _____	
		Inspeção do Colo <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> sem tumor evidente <input type="checkbox"/> com aspecto tumoral <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não Visto	

ATENÇÃO

Os dados da inspeção do colo da mulher são muito importantes para o diagnóstico citopatológico e facilitam muito o trabalho do técnico que "lerá" a lâmina. Assim, é de extrema importância o correto preenchimento das informações da coleta.

Caso, ao inspecionar o colo, o profissional de saúde identificar uma lesão tumoral (sugestivo de carcinoma invasor) deverá contactar o responsável pelo recrutamento do programa na Unidade Primária para solicitar o encaminhamento da mulher para a realização da colposcopia independente do resultado da citologia.

Para a coleta do material cervical deve-se levar em consideração que é importante a obtenção dos três tipos celulares encontrados no colo uterino sejam coletados (células pavimentosas, glandulares e metaplásicas).

O colo uterino apresenta uma parte externa que fica em contato com a vagina e que é normalmente recoberta pelo epitélio pavimentoso estratificado, isto é, epitélio com várias camadas celulares, o que torna mais resistente e uma parte interna, revestida pelo epitélio cilíndrico ou glandular. Este epitélio possui uma única camada de células, sendo portanto um epitélio mais frágil. A junção destes dois epitélios é chamada Junção Escamo-Colunar (JEC) e é encontrada normalmente dentro do canal cervical nas mulheres após a menopausa e em meninas pré-pubescentes e na ectocérvice, durante a vida reprodutiva da mulher. Neste caso, o epitélio cilíndrico fica em contato com o meio vaginal, que é mais hostil. Por esse motivo, algumas células endocervicais passam a imitar as células escamosas para se adaptarem ao meio, num processo de transformação denominado metaplasia escamosa. A área em que este processo acontece é chamado zona de transformação e a coleta de células dessa região é fundamental porque é no epitélio metaplásico da zona de transformação da junção escamo-colunar que se origina a maioria das neoplasias intraepiteliais e o carcinoma invasivo do colo uterino.

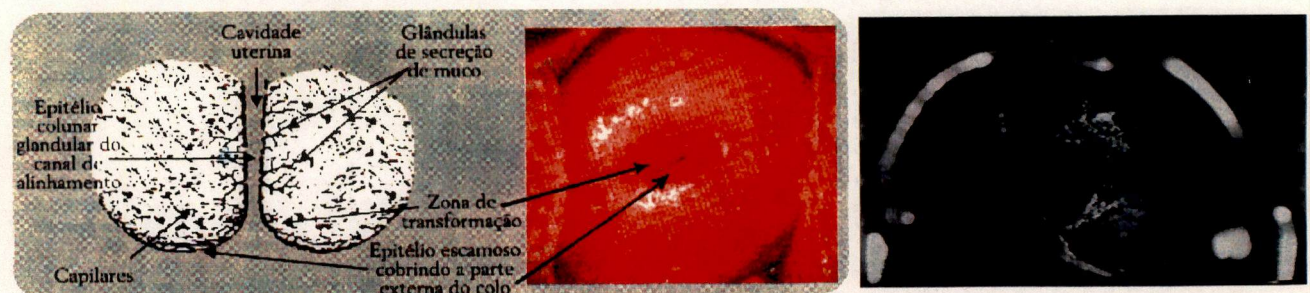


Figura 3 - Desenho e foto do colo uterino

O procedimento de coleta propriamente dito, deve ser realizado na ectocérvice e na endocérvice. No caso de mulheres histerectomizadas que comparecerem para a coleta, deve ser obtido um esfregaço de fundo de saco vaginal.

Na obtenção do material da ectocérvice, utiliza-se uma espátula de madeira tipo espátula de Ayre (Figura 4) que possui uma extremidade arredondada e a outra com uma reentrância que estabelece uma boa relação anatômica com a superfície do colo uterino, facilitando assim, a coleta de toda a ectocérvice.

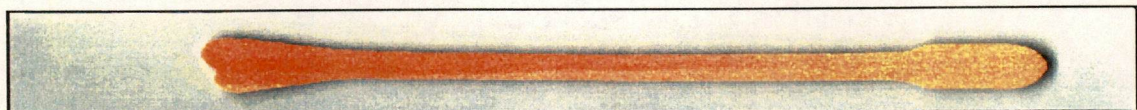
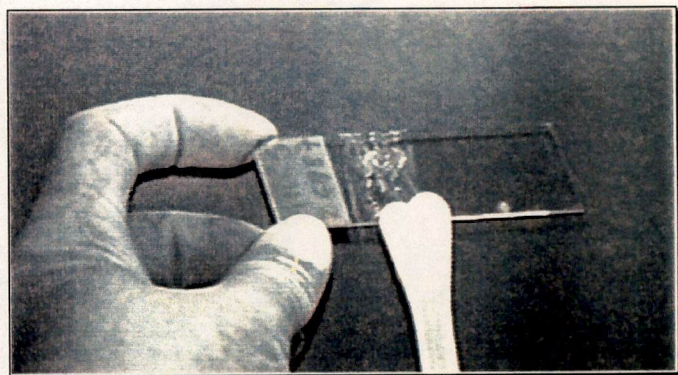


Figura 4 - Espátula de Ayre

O material é coletado com um movimento giratório de 360 graus em torno do orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina. Após a coleta, este material deve ser distendido de maneira uniforme, no sentido transversal, na metade superior da lâmina (próximo da região fosca), previamente identificada com as iniciais da mulher (Figura 5).

Figura 5 - Coleta e realização do esfregaço ectocervical na lâmina



Para a coleta do canal cervical deve-se introduzir uma escovinha *Campos da Paz* (Figura 6) e fazer um movimento giratório de 360 graus; colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal; distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular (Figura 7) sendo imediatamente fixados, por imersão em álcool ou com spray.



Figura 6 - Escovinha Campos da Paz

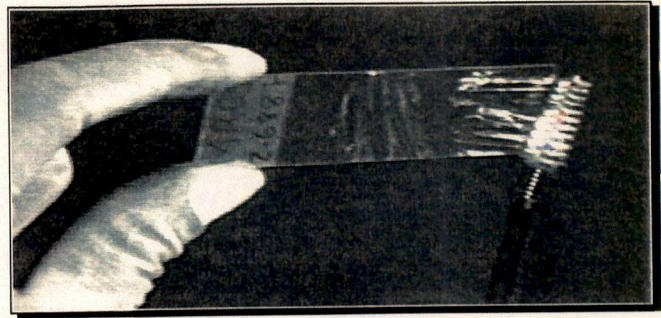


Figura 7 - Coleta e confecção do esfregaço endocervical

Uma outra forma de distribuição do material ecto e endocervical é distendê-los por toda a superfície da lâmina, superpostos, com o cuidado de não deixar o esfregaço muito espesso, o que poderia prejudicar a qualidade da leitura da lâmina (Figura 8).

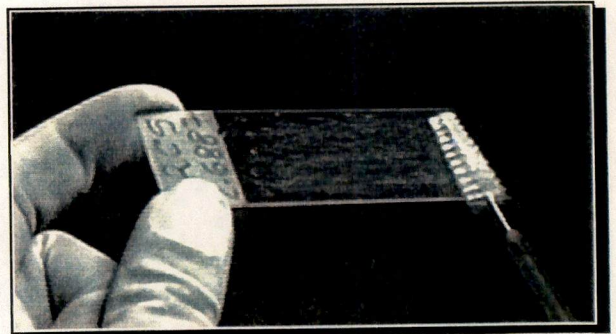
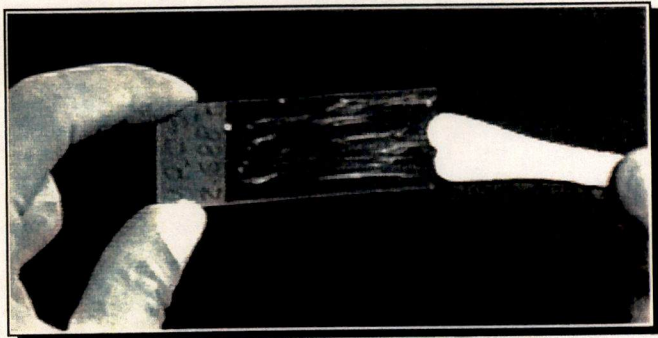


Figura 8 - Confecção do esfregaço ecto e endocervical (superpostos)

Para que a coleta do material a ser examinado seja considerada adequada é necessário que:

- os três tipos celulares encontrados no colo (células pavimentosas, glandulares e metaplásicas) estejam presentes no esfregaço;
- as células estejam bem preservadas e
- a fixação das lâminas tenha boa qualidade.

Cabe enfatizar que, para a boa qualidade da coleta do material, é importante que se disponha de local e instrumental adequados para essa atividade, bem como da capacitação técnica necessária.

A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada pois o material aí coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico a não ser em mulheres submetidas a histerectomia total.

Alertas importantes:

- ♦ coletar o material da ectocérvice e da endocérvice;
- ♦ distender o esfregaço na lâmina, de maneira uniforme e
- ♦ fixar imediatamente a lâmina após a coleta.

4.2.3.5. Fixação do Esfregaço

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecação do material a ser estudado.

A fixação poderá ser feita por um dos seguintes métodos:

- Colocar a lâmina com o esfregaço dentro do frasco (Figura 9), contendo álcool a 96%, em quantidade que cubra totalmente o esfregaço. Fechar o recipiente cuidadosamente.
- Envolver o frasco com o **Formulário 1 - Requisição de Citologia-Cadastramento** -2ª via, dobrado e preso com um elástico de escritório

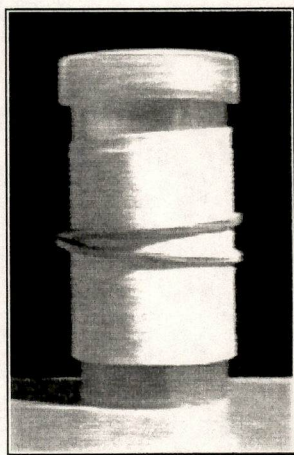


Figura 9 - Preparação do frasco para transporte ao laboratório

Lembre-se que:

O Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento é composto de 2 vias, sendo a primeira previamente carbonada. Após o preenchimento deve-se destacar a 1ª via e encaminhá-la ao Centro Local e a 2ª via acompanhará o esfregaço ao Laboratório. Os formulários devem ser preenchidos com caneta esferográfica para que a cópia carbonada fique legível. Os dados devem ser legíveis e o nome do profissional requerente não pode ser esquecido, pois ele é o responsável pelo processo.

Pode-se também utilizar **outros métodos de fixação do esfregaço:**

- pingar, imediatamente após a coleta, 3 a 4 gotas de solução fixadora (polietilenoglicol) sobre a lâmina, de modo a cobrir todo o esfregaço. Deixar secar, ao ar livre, sobre um suporte apropriado e acondicionar cuidadosamente a lâmina em caixa de lâminas para o transporte ao **Laboratório** (Figura 10). Lacrar a tampa da caixa ou cartela com fita gomada. A embalagem deve ser revestida com espuma de nylon e papel, a fim de evitar a quebra de lâminas ou
- borrifar a lâmina, imediatamente após a coleta, com *spray* fixador, a uma distância de 20cm. A embalagem das lâminas deve ser providenciada da mesma forma descrita no item anterior.



Figura 10 - Desenho da Caixa de Lâmina

Atenção

Da rigorosa observação das normas e recomendações anteriormente apresentadas depende a qualidade do exame. É oportuno lembrar que os resultados falso-negativos observados em um significado percentual, correspondem a problemas técnicos, tais como, amostra não-representativa de todo o colo uterino, má distribuição das amostras obtidas, fixação inadequada e, conseqüentemente, dessecamento do material a ser estudado. A presença de células cilíndricas endocervicais no esfregaço é considerada, pela maioria dos autores, como necessária para uma avaliação cito-oncótica mais precisa, diminuindo muito a possibilidade de falso-negativos..

Concluída a coleta, retira-se o espécuro da paciente, delicadamente. Deve-se orientar a paciente com relação ao resultado do exame.

O profissional administrativo informa a mulher após a coleta de material a data na qual poderá receber o resultado do exame na **Unidade Primária**, uma vez que todas as mulheres devem se dirigir à Unidade para buscar a informação do resultado do seu exame. A **Unidade Primária** deverá possuir pessoal funcionalmente responsável pela informação do resultado do exame à mulher.

A **Unidade Primária** deverá identificar os resultados dos exames que apresentam anormalidades através do relatório de **Resultado de Citologia** e no caso de não comparecimento de alguma destas mulheres, tentar o mais rápido possível contactá-las na forma de preferência estipulada: carta, telefone ou outro modo. A forma de contato para informação do resultado é estipulada pela mulher e preenchida nos **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento**. O resultado do exame da mulher descreve o diagnóstico e recomendação de continuidade no programa (agendamento do exame/tratamento seguinte).

Os resultados da citologia são enviados semanalmente à **Unidade Primária** pelo **Centro Local** na forma do relatório de **Resultado de Citologia**. O relatório de **Resultado de Citologia** abrange todos os exames processados nos **Laboratórios** decorrentes de requisição realizada na Unidade e que tiveram os resultados enviados ao **Centro Local** no decorrer da semana.

4.2.4. Remessa do material para o laboratório

Os exames devem ser enviados ao **Laboratório**, o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente.

Deve ser preparada uma listagem em duas vias com a identificação da **Unidade Primária** e a relação

de nomes e números de prontuário (ou número de registro) das mulheres que terão seus exames encaminhados. A 1ª via desta listagem ficará no **Laboratório** e a 2ª devolvida à **Unidade Primária**, após conferência da listagem com os frascos apresentados e a assinatura do responsável pela recepção do Laboratório (Figura 11).

Figura 11 - Listagem preparada pela Unidade Coletora para o Laboratório

Posto de Saúde Getúlio Vargas
Exames coletados no período de 5 a 9/8/96

nº Prontuário	Nome da paciente
Z-6887	Maria Rosa Costa Santos
Z-1987	Rosa Castro Santos
Z-3467	Eliane Dias
Z-8965	Silvia Mendes
Z-0789	Esther Martins

4.2.5 - Resumo dos procedimentos de coleta

- ♦ Preencher corretamente o **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento** com as informações pessoais e as informações da coleta do exame;
- ♦ Orientar a paciente para prepará-la para o exame;
- ♦ Preparar o local, o material necessário para a coleta, antes de começar o procedimento;
- ♦ Identificar a lâmina e o frasco com o nome e número do prontuário da mulher;
- ♦ Certificar-se que a mulher está em condições adequadas para a realização do exame;
- ♦ Durante a realização da coleta deve-se umedecer o espécuro com soro fisiológico, se necessário.
- ♦ Só utilizar lâminas que apresentem a extremidade fosca para facilitar a identificação. É importante que o esfregaço seja distribuído na face da lâmina que possui a extremidade fosca.
- ♦ Após a confecção do esfregaço, submergi-lo em álcool a 96% ou gotejar sobre o mesmo fixador, de maneira que o esfregaço fique totalmente coberto (4-5 gotas) ou borrifar o spray fixador. O material não fixado desseca, impedindo a leitura da lâmina.
- ♦ Nos casos de sangramento uterino, adicionar algumas gotas de solução de ácido acético a 2% à solução fixadora. Informar o fato no **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento**.
- ♦ Informar a mulher como deve proceder para receber o resultado da citologia.
- ♦ Enviar as lâminas para o laboratório devidamente acondicionados para o transporte e sempre acompanhadas do **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento** ou **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação** ou **Formulário 3 - Requisição de Citologia - Extra**, conforme o caso.

4.3 Terceira etapa - Processamento e Leitura do Esfregaço no Laboratório

4.3.1 - Resultado da Citologia

De acordo com a proposta de uniformização da linguagem dos laudos do Seminário Nacional sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade dos Exames Citológicos e Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino, realizado em 1993, os exames citológicos devem apresentar uma padronização de laudos a nível

nacional, que permita um perfeito atendimento dos processos patológicos e a correlação citohistopatológica. Além disto, o tempo de demora do **Laboratório** para a saída do laudo, após o recebimento do material, não deve exceder a 10 dias. Os esfregaços e seus laudos devem ser retidos, tanto normais como anormais, por um período mínimo de 5 anos. Os arquivos devem ficar à disposição do coordenador do Programa. O resultado da Citologia deve ser descrito no **Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento** ou **Formulário 2 - Requisição de Citologia - Reavaliação** ou **Formulário 3 - Requisição de Citologia - Extra**, conforme o caso (figura 10) no campo referente ao resultado da Citologia. O **Laboratório** deverá preencher na 2ª via a frente e o verso com o resultado da Citologia. A frente da 2ª via (serrilhada) deverá ser enviada para o **Centro Local** e a 1ª parte da 2ª via deve ficar no **Laboratório**. O campo referente a Resultado da Citologia nos **Formulários 1, 2 e 3** contém:

Avaliação da amostra

- . Satisfatória
- . Satisfatória mas limitada por:.....(especificar)
- . Insatisfatória(especificar)

Diagnóstico

- . Dentro dos limites da normalidade
- . Sem Células Anormais
- . Alterações Celulares Benignas
- . Com Alterações Reativas e/ou Reparativas
 - . Inflamação
 - . Metaplasia escamosa
 - . Reparação
 - . Atrofia com inflamação
 - . Radiação
 - . Outros

Microbiologia

- . Cocos
- . Bacilos (sugestivo de lactobacilos, de Gardnerella vaginalis, outros)
- . Sugestivo de Chlamydia sp
- . Actinomyces sp
- . Candida sp
- . Trichomonas vaginalis
- . Virus do grupo Herpes
- . Outros

Alterações em Células Epiteliais

- . **Em Células Escamosas**
 - . Atipias de Significado Indeterminado (ASCUS)
 - . Efeito citopático compatível com HPV
 - . NIC I (Displasia leve)
 - . NIC II (Displasia moderada)
 - . NIC III (Displasia acentuada/Carcinoma *in situ*)
 - . Carcinoma Escamoso Invasivo

- . **Em Células Glandulares**
 - . Atipias de Significado Indeterminado (AGUS)
 - . Adenocarcinoma *in situ*
 - . Adenocarcinoma Invasivo
 - . Outras neoplasias malignas.....(especificar)

Celulas Endometriais

- . Presentes
- . Ausentes

Formulário 1 - Requisição de Citologia - Cadastramento (Resultado da Citologia)

RESULTADO DA CITOLOGIA		
Recebido em : <input style="width: 100px;" type="text"/>		Exame : <input style="width: 100px;" type="text"/>
Diagnóstico		
I- Dentro dos Limites da Normalidade <input type="checkbox"/> Sem Células Anormais <input type="checkbox"/> Alterações Celulares Benignas <input type="checkbox"/> Alterações Reativas e/ou Reparativas <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia Escamosa <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com Inflamação <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Outros : _____ <input type="checkbox"/> Microbiologia <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Bacilos (sugestivo de lactobacilos, de Gardnerella vaginalis, outros) <input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp <input type="checkbox"/> Actinomyces sp <input type="checkbox"/> Candida sp <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Vírus do Grupo da Herpes <input type="checkbox"/> Outros : _____	II- Alterações em Células Epiteliais <input type="checkbox"/> Em Células Escamosas <input type="checkbox"/> Atipias de Significado Indeterminado <input type="checkbox"/> Efeito Citopático Compatível com HPV <input type="checkbox"/> NIC I (Displasia Leve) <input type="checkbox"/> NIC II (Displasia Moderada) <input type="checkbox"/> NIC III (Displasia Acentuada/Carcinoma <i>in situ</i>) <input type="checkbox"/> Carcinoma Escamoso Invasivo <input type="checkbox"/> Em Células Glandulares <input type="checkbox"/> Atipias de Significado Indeterminado <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Invasivo <input type="checkbox"/> Outras Neoplasias Malignas: _____ _____ _____	III- Células Endometriais <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes
Data de liberação do laudo: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Responsável pelo Resultado : _____

Amostra

Satisfatória

Satisfatória mas limitada por _____

Insatisfatória

O **Formulário 1 - Requisição da Citologia - Cadastramento**, no campo de Resultado da Citologia deve ser completado com a data do recebimento do exame no **Laboratório**, data da liberação do laudo e Assinatura do Responsável pelo Resultado.

As condutas preconizadas para o Programa de acordo com os resultados citológicos são:

Amostras insatisfatórias

Repetir a coleta, já que não foi possível a avaliação do material enviado. Deve estar justificado no **Formulário 1, 2** ou **3**, conforme o caso, o porque da incapacidade de avaliação do material.

Resultados negativos (Dentro dos Limites da Normalidade)

Para o Programa são considerados negativos os exames que não apresentam alterações neoplásicas. Assim, estão aqui incluídos os exames sem células anormais e aqueles com alterações celulares benignas (por exemplo: inflamação). Caso seja detectado algum processo infeccioso pela citologia ou pelo exame clínico, este deve ser tratado de acordo com a etiologia, segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde. No Projeto Piloto, a mulher só terá a citologia repetida caso o processo inflamatório tenha impedido uma correta avaliação oncológica. Neste caso o citologista poderá fazer a solicitação de nova coleta.

A técnica de coloração para citologia (Papanicolaou) permite, também, identificar a microbiologia vaginal nos esfregaços. Porém, a simples presença de um microorganismo, não implica processo inflamatório, sendo necessário para tal que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação.

Resultados positivos (Alterações em Células Epiteliais)

• Atipias de Significado Indeterminado (ASCUS e AGUS)

Sob este diagnóstico estão incluídos os casos em que não são encontradas alterações celulares que

possam ser classificadas como neoplasia intra-epitelial cervical, porém existem alterações citológicas que merecem uma melhor investigação. Neste caso, a orientação de tratamento dos processos inflamatórios, se existentes, e repetição da citologia após 6 meses. Caso haja negatização da segunda citologia a mulher sai do Programa. A repetição do ASCUS ou AGUS na nova citologia, faz com que a paciente seja encaminhada para a colposcopia.

• **Efeito citopático compatível com Papiloma Vírus Humano (HPV)**

A citologia deve ser repetida 6 meses após. Caso haja repetição do HPV neste novo exame, a paciente, deve ser encaminhada para a colposcopia e caso a 2ª citologia seja negativa, a paciente sai do Programa.

• **Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I) - Displasia leve**

A paciente com NIC I deve repetir a citologia após 6 meses. Os processos inflamatórios associados devem ser tratados segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde. Caso haja persistência da NIC, a paciente deve ser encaminhada para a realização de colposcopia. No caso de regressão, a paciente sai do Programa.

• **ASCUS, AGUS, HPV e NIC I persistentes, NIC II , NIC III**

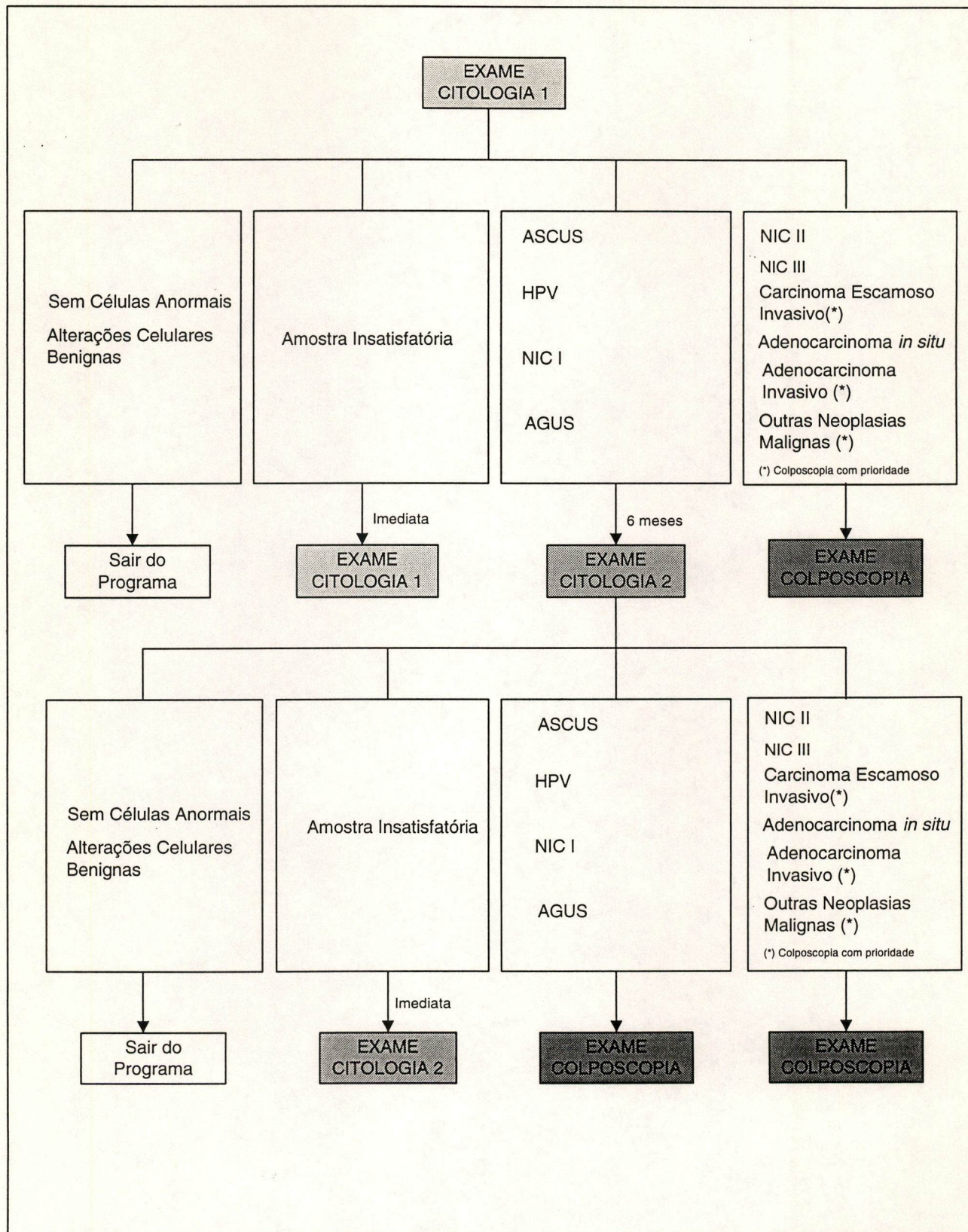
As pacientes descritas acima devem ser submetidas à colposcopia e biópsia com exérese da lesão sempre que possível, por alça diatérmica.(Método **Ver e Tratar**)

• **Carcinoma Invasivo e Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo**

As pacientes com o diagnóstico acima devem ser encaminhadas para colposcopia para confirmação diagnóstica pela histopatologia. terciária.

Fluxograma 4:

Percurso da Mulher no Programa - CITOLOGIA



4.3.2 Exame Coloscópico

A colposcopia é um exame utilizado para avaliar o estado dos epitélios do trato genital inferior e orientar biópsias, quando necessário. Com a introdução da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) no tratamento das Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC), o colposcopista tem a possibilidade de realizar a retirada total da lesão a ser investigada, através do exame histopatológico. Desta forma, ao mesmo tempo em que está sendo feito a identificação e a retirada do material para o diagnóstico final, a paciente está sendo tratada. A este tipo de abordagem damos o nome de "**Ver e Tratar**". Este exame deve ser realizado por médicos com experiência em prevenção e diagnóstico do câncer do colo uterino.

Material Necessário:

Coloscópio - Deve permitir aumento de pelo menos 10 vezes, ser binocular e possuir filtro verde.

Espéculos - Devem ser bivalvos com isolamento elétrico e com cânula para aspiração de vapores.

Pinça de Cherron

Afastador tipo Kogan - Para observação da endocérvice.

Bisturi Elétrico de Alta Frequência - Deve possuir eletrodos tipo bola, agulha e alças de diversos tamanhos.

Aspirador de Vapores - Deve ter filtro biológico.

Cubas contendo:

- Soro fisiológico
- Ácido acético a 2% e a 5%
- Solução de Schiller
- Bissulfito de sódio a 2% em solução de ácido acético a 2%

Algodão

Pasta de Mansel

4.3.2.1 - Percurso da Mulher para o Exame Coloscópico

A **Unidade Secundária** vai realizar a colposcopia e proceder com a requisição de histopatologia. O atendimento em mulheres agendadas é formalizado pelo **Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia**. Estes Formulários são enviados semanalmente às **Unidades Secundárias** pelo **Centro Local** junto com o relatório de **Agenda Semanal de Colposcopia**. O lote de Formulários representa todas as mulheres que foram agendadas para exames no período semanal. O Formulário possui os campos **Informações Pessoais** e **Informações do Exame Anterior**, já preenchidos pelo **Centro Local**.

O profissional de apoio administrativo verifica se a mulher está agendada no dia corrente. De posse do **Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia** correspondente à mulher, o profissional de apoio preenche os campos para a alteração de endereço, forma de contato e número de prontuário, se necessário. A mulher é encaminhada para a colposcopia. O colposcopista preenche os campos **Informações da Colposcopia** no Formulário 4. Caso haja a necessidade de se fazer um exame histopatológico, a primeira via do formulário é enviada ao **Centro Local** e a segunda via é anexada ao material colhido para encaminhamento ao **Laboratório**. Caso não haja a necessidade de exame histopatológico, as duas vias serão enviadas ao **Centro Local** e a mulher será informada do resultado normal de seu exame assim como da data de retorno para nova citologia.

O programa prevê que mulheres agendadas podem faltar no dia marcado ou se verem impossibilitadas

de realizar o exame (ex. período menstrual). As **Unidades Secundárias** podem atender em um novo dia as mulheres que não realizaram o exame no dia marcado. A unidade deverá devolver ao Centro Local todos os **Formulários 4 - Coloscopia/Requisição de Histopatologia** de mulheres que não realizaram o procedimento de exame após 50 dias da data agendada.

Formulários 4 - Coloscopia/Requisição de Histopatologia

MINISTÉRIO DA SAÚDE			4		
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO			
INFORMAÇÕES PESSOAIS					
Nº FORMULÁRIO	UNIDADE COLETORA			PRONTUÁRIO NA UNIDADE	
Identificador no programa	Nome Completo da Mulher				
Nome Completo da Mãe					
Data de Nascimento	Identidade	Orgão Emissor			
Endereço					
Bairro			Cidade		
UF	CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada		
Preencher os campos a seguir somente em caso de alteração					
Endereço					
Bairro			Cidade		UF
CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada		Nº Prontuário	
		<input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Outro			
INFORMAÇÕES DO EXAME ANTERIOR					
RESULTADO/UNIDADE/LABORATÓRIO/DATA DO RESULTADO DO EXAME ANTERIOR					

4.3.2.2 - Laudo Coloscópico

Embora existam várias nomenclaturas utilizadas para classificar os achados coloscópicos, para o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, com sua proposta de introdução da abordagem “**Ver e Tratar**” para as lesões precursoras do câncer do colo uterino, utilizaremos apenas a localização topográfica da lesão e a capacidade do método em avaliar todos os epitélios que são normalmente encontrados no colo. Deve-se usar o **Formulário 4** no campo Informações da Coloscopia de acordo com:

Coloscopia Negativa: quando é possível avaliar os epitélios pavimentoso, metaplásico e glandular endocervical delimitado pela Junção Escamo-Colunar (JEC) e não encontramos lesão visível ao coloscópio. Nestes casos a conduta para seguimento da paciente dever ser a repetição da citologia após 6 meses.

Colposcopia Positiva: quando avalia-se todos os epitélios e localiza-se e delimita-se todos os bordos da lesão. O exame apresenta uma lesão totalmente delimitada pelo exame colposcópico e a junção escamo-colunar (JEC) foi avaliada. As lesões apresentadas podem ser:

- . aspecto colposcópico compatível com o Papiloma Virus Humano (HPV)
- . neoplasia intra epitelial cervical NIC I, II, III
- . carcinoma e/ou adenocarcinoma invasivo

Nestes casos deve ser realizada uma exérese total da lesão, sempre que possível, através da cirurgia de alta frequência. O seguimento depende do resultado do exame histopatológico realizado no fragmento retirado do colo uterino.

Colposcopia insatisfatória (JEC não vista): ao exame não se observa a junção escamo-colunar (JEC no canal cervical).

a) com Lesão: quando não é possível avaliar a JEC e existe lesão total ou parcialmente vista. Deve ser também assinalada a impressão do colposcopista quanto ao tipo de lesão encontrada, se compatível com lesão induzida pela presença do HPV, sugestiva de NIC ou de câncer invasor do colo uterino. A lesão deve ser retirada integralmente, sempre que possível, com o uso da cirurgia de alta frequência. O seguimento depende do resultado do exame histopatológico.

b) sem Lesão: quando não é possível avaliar a JEC e até onde foi feita a observação não encontramos lesão. Como não foi identificada lesão na ectocérvice, é possível que a lesão esteja localizada na endocérvice. Para melhor avaliação, uma nova citologia apenas da endocérvice deve ser realizada ao fim do exame colposcópico.

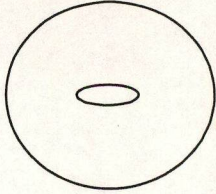
Caso a mulher apresente alguma lesão e tenha sido realizado algum procedimento o mesmo deve também ser referido no **Formulário 4**.

Os procedimentos realizados podem ser:

1. retirada parcial da lesão
2. retirada total da lesão
3. curetagem endocervical
4. citologia endocervical (colocar o número do **Formulário 3 - Citologia Extra**)
5. recomendação de uma nova citologia (marcar no **Formulário 4** a data agendada)

A data da colposcopia, o CRM e a assinatura do médico também não podem ser esquecidas.

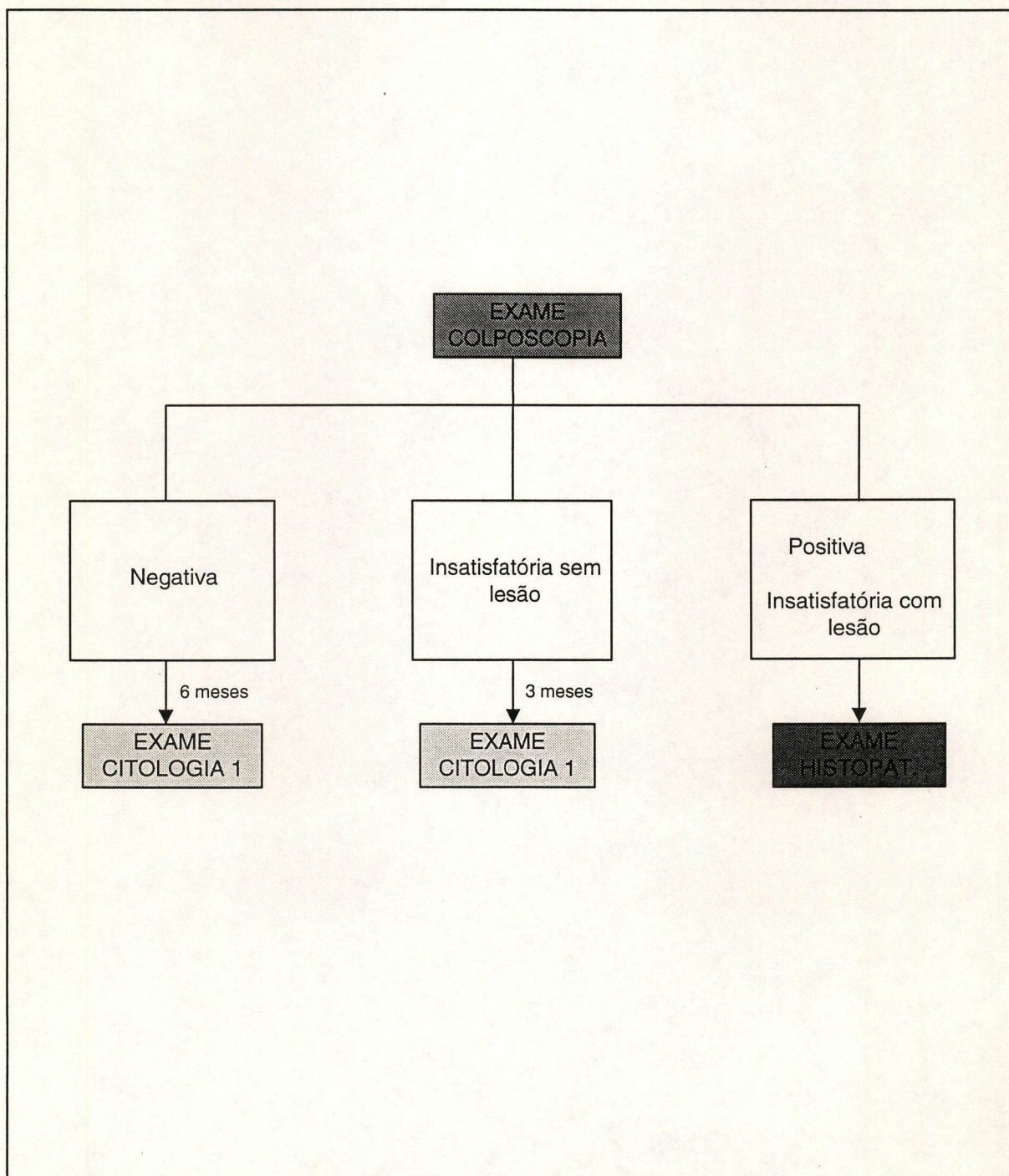
Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia (Informações da Colposcopia)

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA			
Data agendada: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Hora: <input style="width: 80%;" type="text"/>	NOME DO LABORATÓRIO	
Colposcopia			
<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Efeitos do HPV <input type="checkbox"/> NIC <input type="checkbox"/> Câncer Invasivo	<input type="checkbox"/> Insatisfatória (JEC não vista) <input type="checkbox"/> Com Lesão <input type="checkbox"/> Efeitos do HPV <input type="checkbox"/> NIC <input type="checkbox"/> Câncer Invasivo <input type="checkbox"/> Sem Lesão	
Procedimento			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Retirada parcial da lesão <input type="checkbox"/> Retirada total da lesão	<input type="checkbox"/> Recomendação de Nova Citologia <input type="checkbox"/> Citologia Endocervical - NºFormulário: _____ <input type="checkbox"/> Curetagem Endocervical	
Data da Colposcopia: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>		CRM : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	Médico : _____

O profissional de apoio administrativo informa a mulher no decorrer do atendimento a data na qual poderá receber o resultado do exame na Unidade Secundária. Todas as mulheres devem se dirigir à Unidade Secundária para buscar a informação do resultado do seu exame. No caso de diagnóstico histopatológico, a Unidade Secundária se preocupará em contactar todas as mulheres que não comparecerem, e que estiverem listadas no relatório de **Resultado de Colposcopia/Histopatologia**, independente de seu resultado, para informação do mesmo, o mais rápido possível. A forma de contato para informação do resultado está estipulada no **Formulário 4 -Colposcopia/Requisição de Histopatologia**.

O resultado do exame da mulher descreve, o diagnóstico e a recomendação de continuidade no programa (agendamento do exame/tratamento seguinte):

Percurso da Mulher no Programa - COLPOSCOPIA



4.3.3. Resultado da Histopatologia

O resultado da histopatologia deverá ser dado pelo **Laboratório** utilizando o **Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia** no campo Resultado da Histopatologia.

O diagnóstico poderá ser:

- . Negativo para Neoplasia (inclui Metaplasia Escamosa, Pólipos Endocervicais Benignos)
- . Compatível com HPV
- . NIC I (Displasia Leve)
- . NIC II (Displasia Moderada)
- . NIC III (Displasia Acentuada/Carcinoma *in situ*)
- . NIC Não-Graduado
- . Carcinoma Escamoso Invasivo
- . Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo
- . Espécime Insatisfatório (dar o motivo)
- . Outras Neoplasias Malignas (quais)

Deve-se também descrever as margens cirurgicas:

- . Livres
- . Comprometidas
- . Sem possibilidade de avaliação

Formulário 4 - Colposcopia/Requisição de Histopatologia (Resultado da Histopatologia)

4

RESULTADO DA HISTOPATOLOGIA	
Recebido em : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Exame : <input type="text"/>	
Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Negativo para Neoplasia (Inclui : Metaplasia Escamosa, Pólipos Endocervicais Benignos)	<input type="checkbox"/> NIC Não Graduado
<input type="checkbox"/> Compatível com HPV	<input type="checkbox"/> Carcinoma Escamoso Invasivo
<input type="checkbox"/> NIC I (Displasia Leve)	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma : <input type="checkbox"/> <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> Invasivo
<input type="checkbox"/> NIC II (Displasia Moderada)	<input type="checkbox"/> Espécime Insatisfatório por _____
<input type="checkbox"/> NIC III (Displasia Acentuada/Carcinoma <i>in situ</i>)	<input type="checkbox"/> Outras Neoplasias Malignas _____
Margens Cirúrgicas : <input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Comprometidas <input type="checkbox"/> Sem possibilidade de avaliação	
Data de liberação do laudo : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Responsável pelo Resultado : _____	

4.3.4. Conduta para seguimento das pacientes de acordo com o resultado do exame histopatológico

1 - Negativo para Neoplasia, compatível com HPV, NIC I, NIC II e NIC III com margens cirúrgicas livres - Repetir o exame citológico 6 meses após a colposcopia.

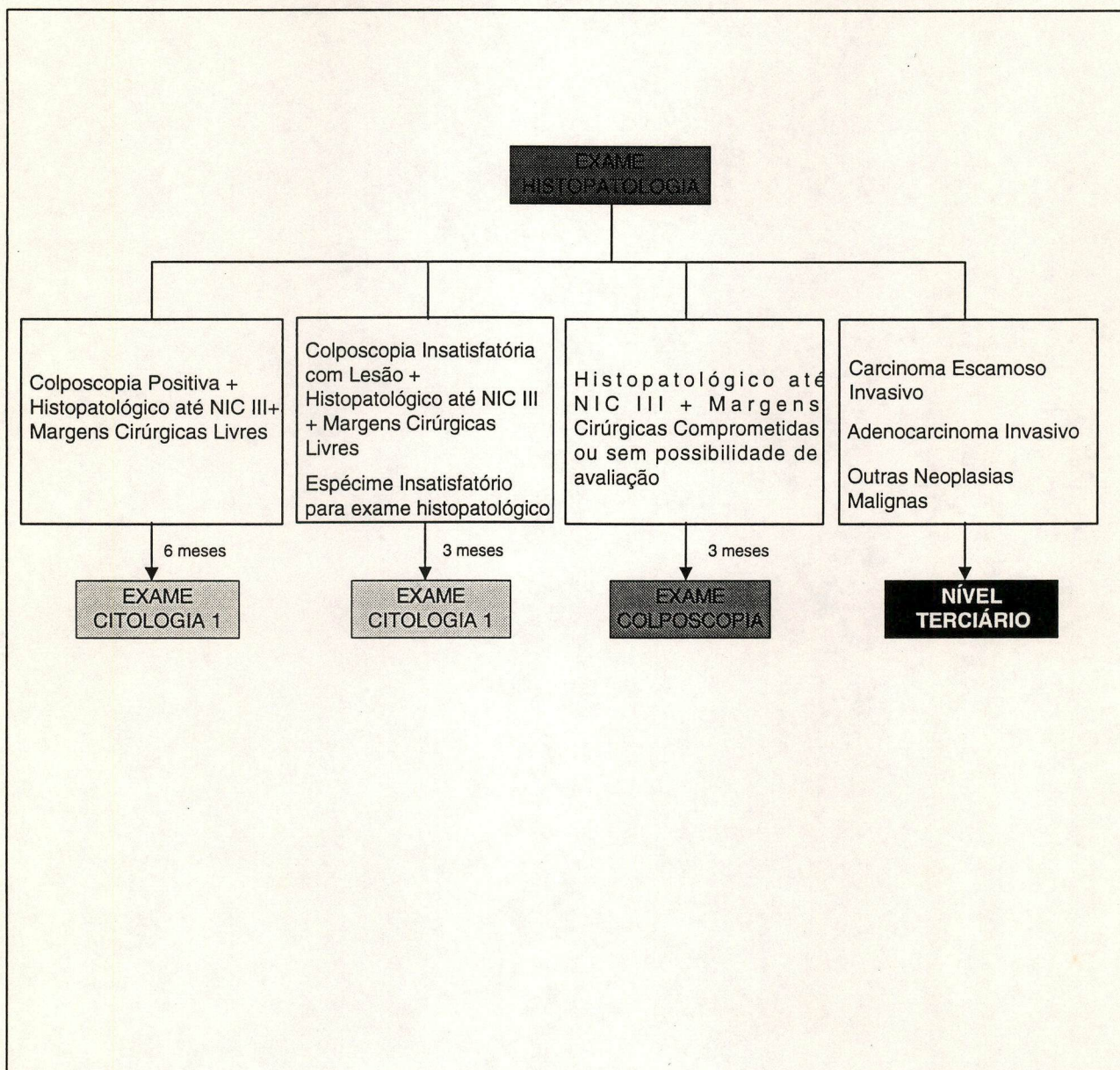
2 - Compatível com HPV, NIC I, NIC II, NIC III com margens cirúrgicas comprometidas e espécime insatisfatório para exame histopatológico - Repetir o exame colposcópico 3 meses após a exérese da lesão e se persistir algum achado colposcópico suspeito, nova cirurgia de alta frequência para retirada da lesão deve ser realizada. Se não houver mais lesão ao exame coloposcópico, a paciente deve

ser orientada a retornar 3 meses após para a realização de nova coleta de material para exame de citologia oncótica.

Obs: Nos dois casos acima, a paciente só deve receber alta do seguimento após 2 exames citológicos negativos para a neoplasia.

3 - Carcinoma Escamoso Invasivo, Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo e outras neoplasias malignas - As pacientes devem ser encaminhadas a unidades de saúde de nível terciário para serem submetidas à tratamento cirúrgico e/ou radioterápico.

Percurso da Mulher no Programa - HISTOPATOLOGIA



4.4. Quarta Etapa - Tratamento e Controle

A mulher que tiver necessidade de tratamento de câncer deverá ser encaminhada à Unidade de Atenção Terciária, que é capacitada a executar procedimentos cirúrgicos extensos e/ou radioterapia. O primeiro contato da mulher com a unidade de tratamento de câncer é formalizado pelo **Formulário 6 - Requisição de Tratamento de Câncer**. Estes formulários são enviados semanalmente às **Unidades Terciárias pelo Centro Local** da região junto com o relatório de **Agenda Semanal de Requisição de Tratamento de Câncer**. O lote de formulários apresenta todas as mulheres que foram agendadas no período da semana para o primeiro contato com a unidade. Os formulários possuem campos (Informações Pessoais e histórico do três últimos exames realizados através do programa) já preenchidos pelo **Centro Local**. **Obs:** Da mesma forma que na citologia e na colposcopia, a listagem é enviada semanalmente com uma antecedência de quinze dias.

O médico responsável pelo tratamento à mulher deve preencher o **Formulário 6 - Requisição de Tratamento de Câncer** no campo relativo às Informações de Atendimento e, em caso de haver alteração, os campos endereço/forma de contato. O médico preencherá em Informações de Atendimento o número do prontuário da mulher na unidade. A primeira via do formulário é enviada para o Centro Local caracterizando que a mulher iniciou tratamento na unidade. A segunda via permanecerá na Unidade Terciária.

Os formulários correspondentes às mulheres que faltaram no dia agendado (não compareceram no prazo de 60 dias) devem ser devolvidos em lotes semanais ao Centro Local. A devolução do formulário não preenchido permitirá que o profissional do recrutamento do Centro Local solicite ou agende um novo dia para a mulher que faltou ao atendimento.

Formulário 6 - Requisição de Tratamento de Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE TRATAMENTO DE CÂNCER 6**
 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nº FORMULÁRIO	UNIDADE COLETORA	PRONTUÁRIO NA UNIDADE
Identificador no programa	Nome Completo da Mulher	
Nome Completo da Mãe		
Data de Nascimento	Identidade	Orgão Emissor
Endereço		
Bairro		Cidade
UF	CEP	Telefone
		Como gostaria de ser contactada

Preencher os campos a seguir somente em caso de alteração

Endereço				
Bairro		Cidade		UF
CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada		Nº Prontuário
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carta	Telefone	Outro		

HISTÓRICO DE EXAMES

RESULTADO/UNIDADE/LABORATÓRIO/DATA DO RESULTADO DOS TRÊS ÚLTIMOS EXAMES REALIZADOS PELO PROGRAMA

--	--	--	--	--

INFORMAÇÕES DE ATENDIMENTO

Data agendada:	Hora:	Data do Atendimento :
		/ /
Data da Informação:	CRM :	Médico :
/ /	-	

O acompanhamento da mulher que iniciou tratamento de câncer na unidade será formalmente representado pelo **Formulário 7 - Acompanhamento de Tratamento de Câncer**. O objetivo do formulário é buscar informação sobre o tratamento recebido, razão para a não realização do tratamento na unidade e a última informação sobre a mulher. Os **Formulários 7 - Acompanhamento de Tratamento de Câncer** são enviados semestralmente às **Unidades Terciárias** pelo **Centro Local**. O lote de formulários representa todas as mulheres que iniciaram tratamento na Unidade Terciária.

É de responsabilidade da Unidade buscar informação sobre a mulher que iniciou tratamento de câncer a partir de atendimento local.

A primeira via do Formulário preenchido é enviado ao **Centro Local** e a segunda via permanece na **Unidade Terciária**. É recomendável a devolução da primeira via preenchida.

Formulário 7 - Acompanhamento de Tratamento de Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE		ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO DE CÂNCER	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Nº FORMULÁRIO	UNIDADE COLETORA	FRONTUÁRIO NA UNIDADE	
Identificador no programa	Nome Completo da Mulher		
Nome Completo da Mãe			
Data de Nascimento	Identidade	Órgão Emissor	
Endereço			
Bairro	Cidade		
UF	CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada
Preencher os campos a seguir somente em caso de alteração			
Endereço			
Bairro		Cidade	UF
CEP	Telefone	Como gostaria de ser contactada	Nº Prontuário
<input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Outro			
INFORMAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO			
TRATAMENTO REALIZADO	<input type="checkbox"/> na Unidade	<input type="checkbox"/> em outra Unidade	Data do Último Contato: / /
TRATAMENTO RECEBIDO			
<input type="checkbox"/> Conização <input type="checkbox"/> Histerectomia Total <input type="checkbox"/> Operação de Wertheim-Melg <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outros : _____ <input type="checkbox"/> Sem Informação			
RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO NA UNIDADE			
<input type="checkbox"/> Recusa do tratamento <input type="checkbox"/> Doença avançada <input type="checkbox"/> Outras doenças associadas <input type="checkbox"/> Falta de condições clínicas <input type="checkbox"/> Abandono de tratamento <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outras			
ÚLTIMA INFORMAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Vivo sem doença <input type="checkbox"/> Vivo com doença <input type="checkbox"/> Óbito - com câncer <input type="checkbox"/> Óbito - outra causa sem câncer <input type="checkbox"/> Óbito - outra causa com câncer <input type="checkbox"/> Óbito ignorado <input type="checkbox"/> Perdido de seguimento		Data da Informação : / / Diagnóstico : CID - Topografia / CID - Morfologia / Estadamento (Figo) /	
		CRM : -	
		Médico : _____	
INFORMAÇÕES DE ÓBITO			
Data de Óbito : / /			
Causa do Óbito : _____			

A Unidade Terciária deverá preencher o **Formulário 7** no campo Informações de Acompanhamento e/ou Informações de Óbito e enviar ao **Centro Local**.

V. Avaliação do Programa

A avaliação de um programa deve se desenvolver em três etapas:

- avaliação do processo do programa
- avaliação do produto do programa

5.1 - Avaliação do Processo

A avaliação do processo será desenvolvida visando a mensuração de cada etapa do programa:

- recrutamento de mulheres
- coleta do material para exame
- análise dos laudos dos exames citológicos e histopatológicos
- tratamento e controle

Pretende-se medir cada etapa do programa para verificar se está funcionando de forma eficaz e detectar problemas durante o processo, visando ajustes periódicos.

Os indicadores do processo serão divididos em:

- obrigatórios
- opcionais

Os **indicadores obrigatórios** irão gerar relatórios trimestrais e um relatório consolidado anual.

Cada projeto-piloto deverá fornecer dados relativos sobre o número de mulheres, na faixa etária preconizada, que deverão ser atendidas pelo programa, em cada ano.

Esta informação permitirá avaliar a qualidade do programa, pois permitirá estimar o número de mulheres que deveriam estar sendo atendidas pelo programa e o número esperado de atendimento por nível de atenção.

Os **indicadores opcionais** permitirão avaliar de forma indireta o desempenho de certas etapas do processo e também a população que foi atingida pelo programa

5.1.1. - Indicadores obrigatórios

Os **indicadores obrigatórios** sugeridos para avaliação do programa de controle de câncer cérvico uterino são:

5.2.1.1 - Avaliação da Cobertura

Onde: $C = n/N \times 10.000$

C= Taxa de cobertura

n= Número de mulheres atendidas pelo programa

N=Número total de mulheres na área e faixa etária definidas pelo programa

5.2.1.2 - Eficácia do Programa

Onde: $Z = b/n \times 100$

Z= Proporção de mulheres atendidas pelo programa, que não realizaram exame preventivo a mais de três anos

b= Número de mulheres que realizaram exame preventivo a mais de três anos, e que foram atendidas pelo programa

n= Número de mulheres atendidas pelo programa

5.1.1.3 - Qualidade do material coletado

Onde $S=s/T \times 100$

S= Qualidade do material coletado

s= Número de lâminas satisfatórias coletadas no programa

T= Número total de lâminas coletadas no programa

Onde $I=i/T \times 100$

I= Qualidade do material coletado

i= Número de lâminas insatisfatórias coletadas no programa

T= Número total de lâminas coletadas no programa

Onde $L=l/T \times 100$

L= Qualidade do material coletado

l= Número de lâminas satisfatórias, mas limitadas para análise, coletadas no programa

T= Número total de lâminas coletadas no programa

5.1.1.4 - Qualidade do material analisado

Onde $KN=en/E \times 100^*$

KN= Qualidade do material analisado

en= Número de laudos de exames normais

E= Número de exames realizados pelo laboratório*

Onde $KA=ea/E \times 100$

KA= Qualidade do material analisado

ea= Número de laudos de exames anormais

E = Número de exames realizados pelo laboratório

* Estima-se que de 3% à 5% das citologias apresentem alguma anormalidade e que destas apenas 1% necessitariam de atenção terciária.

Onde $KP=E/C$

KP= Produtividade por citotécnico

E= Número de exames realizados pelo laboratório

C= Número de citotécnicos do laboratório

Os indicadores considerados facultativos irão gerar relatórios somente quando forem solicitados. Não são relatórios de saída obrigatória, porém o sistema está preparado para gerá-los sempre que o forem solicitados.

5.1.2 - Indicadores Opcionais

Os indicadores facultativos sugeridos para o programa são:

- **Número e percentual de mulheres**, que realizaram o exame, segundo:

faixa etária (5/5 anos) (35-39, 40-44, 45-49)

método de recrutamento

escolaridade

residência

unidade coletora

situação de citologia anterior

- **Número e percentual de laudos**, normais e anormais, por unidade coletora

- **Número e percentual de mulheres**, com laudo anormal: que atenderam ao chamado para comparecer na unidade secundária que atenderam ao chamado para comparecer a unidade terciária

♦ por método de contato

♦ por faixa etária

♦ por escolaridade

- **Número e percentual de citologias**

♦ por unidade coletora

- **Número e percentual de resultados citológicos:**

♦ por escolaridade

♦ por resultado histopatológico

- **Número e percentual de colos vistos:**

♦ por adequação do espécime

♦ por aspecto do colo

- **Número e percentual de colos não vistos:**

♦ por adequação do espécime

- **Intervalo de tempo entre a coleta e o resultado do exame**

- **Número e percentual de espécime adequadas:**

♦ por faixa etária

♦ por unidade coletora

- **Número e percentual de espécime adequadas mas limitada:**

♦ por faixa etária

♦ por unidade coletora

- **Número e percentual de espécime inadequadas:**

♦ por faixa etária

♦ por unidade coletora

- **Número e percentual de citologias anteriores:**

♦ por diagnóstico citológico

♦ por faixa etária

- **Número e percentual do período da citologia anterior:**

♦ por faixa etária

- **Intervalo de tempo entre o recebimento da citologia e a liberação do laudo***

- **Número e percentual de exames realizados** por diagnóstico histopatológico:
 - ♦ por faixa etária
 - ♦ por escolaridade
- Intervalo de tempo entre o **recebimento da biopsia e a liberação do laudo**
- Cruzamento entre a **capacidade laboratorial de realização de exames e o nº de exames realizados** para o programa
- **Número e percentual de colposcopia** insatisfatória:
 - ♦ com lesão
 - ♦ sem lesão
 - ♦ por faixa etária
- **Número e percentual de resultados da colposcopia:**
 - ♦ por procedimento
 - ♦ por faixa etária
 - ♦ por escolaridade
 - ♦ por unidade coletora
- **Número e percentual de campos não preenchidos**

5.2 - Avaliação dos Resultados

A avaliação do produto ou dos resultados será desenvolvida visando a mensuração do impacto que o programa provocou na melhoria dos índices de saúde da população feminina. Os índices mais utilizados são a incidência e a mortalidade.

Para a avaliação do impacto do programa, os dados fornecidos pelo Registro de Câncer de Base Populacional oferecerá um retrato da situação anterior a implantação do Programa. Estes dados serão comparados em séries anuais após a implantação do Programa nos diferentes municípios brasileiros.

5.2.1 - Indicadores Utilizados

Em geral, espera-se que ao implantar um programa que visa ampliar a clientela assistida, haja um aumento no registro da incidência da doença estudada, não só por um aumento de demanda criada pela divulgação do programa mas também pelas características do programa que permite diagnóstico precoce de lesões e sinais na fase pré-clínica. Espera-se que após alguns anos, a mesma se mostrará estabilizada.

A queda da mortalidade por câncer cérvico-uterino é outro evento esperado pois a detecção da doença em sua fase inicial e os procedimentos de controle e tratamento interrompem o processo e a evolução da doença.

A avaliação do impacto do programa poderá ser demonstrado depois de 5 anos de sua implantação.

Para avaliação do impacto de um rastreamento em uma população devemos ter sistemas de informação em câncer, que nos ofereçam um retrato da situação antes da implantação do programa. Para avaliar o impacto do programa na incidência da doença, somente as cidades que possuem um Registro de Câncer de Base Populacional poderão ter essa avaliação. Para avaliar o impacto do programa na mortalidade

por essa doença, somente será possível nas cidades onde existam um registro de óbitos. No Brasil, a certidão de óbito é um documento obrigatório em todo o território nacional.

Espera-se que logo após o início do programa perceba-se um aumento na incidência da doença estudada, pois serão diagnosticadas lesões e ou sinais ainda na fase pré-clínica, isto significa que sem o programa essas mulheres não teriam procurado os Serviços de Saúde e ainda não teriam sido descobertas. Após alguns anos essa curva que se mostrará ascendente, no início do programa, tenderá a uma estabilização.

A queda na mortalidade por essa doença “rastreada” é outro evento esperado, uma vez que os casos foram detectados numa fase inicial ou pré clínica, onde a evolução da doença foi interrompida.

No entanto, a avaliação do impacto do programa, utilizando esses indicadores só poderá ser medida após decorridos vários anos de sua implantação.

Para uma avaliação mais imediata dos resultados da implantação do programa, poderemos utilizar como indicador, as freqüências das etapas pré clínicas e clínicas.

O indicador mais utilizado será:

5.2.1.1. Freqüência de cada resultado histopatológico

Onde $F = h/H \times 100$

F= freqüência de cada diagnóstico histopatológico

h= número de diagnósticos histopatológicos de cada categoria

H= total dos exames histopatológicos realizados

O grupo alvo para o rastreamento deve ser mulheres que possuam fatores de risco para desenvolver câncer de colo uterino, tais como as de idade mais avançada e baixo status sócio-econômico. A faixa etária para o programa de rastreamento deve ser definida como anterior àquela que possui a maior concentração de casos de câncer invasivo. Não é recomendável que se comece um programa de rastreamento com mulheres em idade inferior a 35 anos, onde encontraremos uma grande concentração de casos de displasia, que em mulheres jovens, regredirá espontaneamente (WHO, 1992).

O rastreamento é uma forma de prevenção secundária, que permite interromper a evolução da doença através do diagnóstico precoce, reduzindo assim a prevalência da doença na população feminina e a longo prazo sua mortalidade.

O programa proporcionará, ainda, nos casos detectados já em sua fase avançada uma melhor qualidade de vida para essas mulheres, uma vez que está previsto seu acompanhamento até o tratamento. A execução de projetos piloto, viabilizará também informações sobre quais os melhores métodos e procedimentos para implantação de um programa a nível nacional.

BIBLIOGRAFIA

- Acreditation Manual for Hospital, last edition, joint Commission, 1982.
- BRINTON, L.A. Epidemiology of cervical cancer - overview in the epidemiology of cervical cancer and cervical cancer. IARC Scientific Publications, n.119, Lyon, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas de mortalidade no Brasil: 1986. Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA/PRO-ONCO. Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional. Rio de Janeiro. 1991. 35 p. il.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA/PRO-ONCO. Manual de Normas Técnicas para coleta do SITEC.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA/Pro-Onco. O Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde. INCA/Pro-Onco, 1994, 48p. il.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA/Pro-Onco. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 1995, 240 p. il.
- HAKAMA, M et al. Evaluation of screening programmes for gynaecological practices. British J. Cancer, 52: 669-73, 1985.
- HULKA, B.S. Screening for cancer: lesson learned. J. Ocup. Medicine, 28(8):677-91.
- KOSS, L.G. The Papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and a tragedy JAMA 261(5): 737-43.
- MAC PHERSON, A. Cervical screening: a practical guide. New York, Oxford University Press, 1985.
- MILLER, A.B. Failures of cervical cancer screening. American Journal of Public Health, 85(6):761-2, 1995.
- MITCHELL, H. Cancer screening: protecting the public's health. Diagnostic Cytopathology, 12(3):199-200, 1995.
- OPS/OMS. Guias de evaluación para los programas del detección del cáncer de cuello uterino. Version preliminar. 1988.

Este documento foi elaborado pelo Comitê Executivo do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, sob a supervisão de Evaldo de Abreu e coordenação de Luiz Pedro Pizzatto e Emília Rebelo Lopes.

Texto Alexandre Donatto
Andréa Abib
Emília Rebelo Lopes
Luiz Pedro Pizzatto
Marcos André Félix da Silva
Mariângela Freitas Lavor
Nelson Cardoso de Almeida

Consultoria Pedagógica Maria Alice Sigaud M. Coelho

Editoração Claudia Justo de Carvalho



61
E
ME