

## Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil

Evaluation of a cervical cancer prevention program in a local health system in Southeast Brazil

Silvia Maria Santiago <sup>1</sup>  
Maria da Graça Garcia Andrade <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo 126, C. P. 6111, Campinas, SP 13083-970, Brasil. [santiago@fcm.unicamp.br](mailto:santiago@fcm.unicamp.br) [mgraa@fcm.unicamp.br](mailto:mgraa@fcm.unicamp.br)

**Abstract** *This study considers the possibility of expanding the roles of the local health care system to respond to demands by the population. Focusing on the problem of cervical cancer, the study evaluated the results obtained by a preventive program conducted in a municipal health system with the objective of evaluating its case-resolving capacity and patient compliance. Variables were related to diagnosis and follow-up of 465 women enrolled in the program from 1987 to 1994. For purposes of comparison, the study used the results from a specialized regional referral service during the same period. The program's case-resolving capacity was similar to that of the referral service; in addition, on average the cervical lesions were less severe and the treatment drop-out rate was lower among patients from the local health care system, reflecting better follow-up compliance. It is important to train local health personnel in order to improve care, including treatment for more complex diseases.*

**Key words** *Cervix Neoplasms; Program Evaluation; Health Services*

**Resumo** *Considera-se, aqui, a possibilidade de ampliar as atribuições da rede básica de atenção à saúde para responder às demandas da população. Tomando como problema o câncer cérvico-uterino, avaliaram-se os resultados obtidos por um programa de controle desenvolvido em uma rede municipal de saúde, com o objetivo de apreciar sua capacidade resolutiva e a adesão das pacientes ao cuidado. Estudaram-se variáveis relacionadas ao diagnóstico e seguimento de 465 mulheres inscritas no programa, no período 1987-1994. Para fins de comparação, utilizaram-se os resultados obtidos pelo serviço especializado de referência regional no mesmo período. Observou-se que a capacidade resolutiva do programa foi semelhante à do serviço de referência; além disso, foram encontradas menor gravidade das lesões cervicais e menor taxa de abandono do tratamento entre as pacientes da rede local de saúde, evidenciando maior adesão ao seguimento. Enfatiza-se a importância da capacitação dos profissionais das equipes locais de saúde para a qualificação da atenção, incluindo o cuidado a doenças de maior complexidade.*

**Palavras-chave** *Neoplasia do Colo Uterino; Avaliação de Programas; Serviços de Saúde*

## Introdução

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem enfrentado inúmeros desafios para oferecer acesso universal a cuidados de saúde e para garantir que estes cuidados sejam resolutivos e de qualidade. As políticas governamentais para o setor saúde vêm enfatizando a reestruturação da atenção básica – de que é um exemplo o incentivo a programas como o de Saúde da Família (MS, 1997), na busca por modelos que ampliem a cobertura e a capacidade de resolução de problemas no nível primário de atenção. A organização da rede básica exige um esforço de superação do papel de porta de entrada triadora, entendendo-a como lugar essencial onde se possa realizar a integridade das ações individuais e coletivas de saúde (Merhy, 1998).

A maior oferta de ações básicas tem gerado, por sua vez, demanda crescente por serviços de referência, na medida em que passa a incluir no sistema aqueles que necessitam de atendimento especializado e que estavam à margem da assistência.

A despeito da ampliação da capacidade dos municípios em gestão plena de ofertar serviços de média complexidade (MS, 2002a), a retaguarda especializada ainda se constitui, em maior ou menor grau, em um ponto de estrangulamento do sistema de saúde, não tendo sofrido adequação às demandas assistenciais na mesma velocidade da ampliação do acesso ao atendimento básico.

Dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis às ações de controle pode se constituir em um indicador de condições de acesso e de resolutividade dos serviços. O câncer cérvico-uterino representa uma dessas condições, pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, constituindo-se rotineiramente em um problema de saúde objeto de intervenção dos programas de atenção à saúde da mulher (MS, 1984).

Diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, onde a mortalidade pelo câncer do colo do útero vem diminuindo, em países de regiões mais pobres ele ainda representa uma das principais causas de morte por neoplasia na população feminina (Robles et al., 1996). Na América Latina e Caribe, em média 200 novos casos de câncer de colo são diagnosticados a cada dia (Robles, 2000); no Brasil, a estimativa é de 17.600 novos casos em 2002 (INCA, 2002a). Isto faz com que a neoplasia do colo uterino seja a terceira mais incidente e a quarta causa de morte por câncer na população feminina, su-

perada apenas pelo câncer de mama, pulmão e cólon/reto (INCA, 2001). Em 1998, das mortes por neoplasia em mulheres brasileiras entre 35 e 49 anos, 16% foram devidas ao câncer do colo uterino.

Apesar de se constituir em uma doença prevenível, de evolução lenta e de tratamento conhecido e eficaz (Herbst, 1996), principalmente nas lesões precursoras do câncer invasor, somente no ano de 2002 são estimadas, na população feminina brasileira, 4.005 mortes pelo câncer do colo de útero (INCA, 2002a). Entre 1979 e 1999, houve uma elevação dos coeficientes específicos de mortalidade por câncer do colo uterino da ordem de 36%, passando de 3,44 em 1979 para 4,67 por 100 mil mulheres em 1999 (INCA, 2002a).

A forma de prevenção através do exame de Papanicolaou é bem conhecida (Campbell, 1995) e sua adequada cobertura nas mulheres mais vulneráveis à doença contribui para o diagnóstico de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, aumentando as possibilidades terapêuticas (Robles, 1996). O exame de Papanicolaou permite, ainda, identificar a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), considerado o principal fator de risco para a neoplasia de colo uterino (Muñoz & Bosch, 1996; Schiffman et al., 1993; Walboomers et al., 1999).

No Brasil, apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame de Papanicolaou pelo menos três vezes na vida. Além disso, grande parte dos exames citopatológicos refere-se às mulheres com menos de 35 anos de idade (MS, 2002b). Considerando que o pico de incidência da doença situa-se entre os 40 e 60 anos de idade, resulta que os diagnósticos em 70% dos casos são efetuados já na fase avançada da doença (INCA, 2002b). Soma-se a isso o fato de que, nos casos diagnosticados, as pacientes, muitas vezes, enfrentam dificuldade de acesso aos serviços especializados, gerando a progressão de lesões precursoras para formas invasivas da doença.

No Brasil, desde 1997, a estratégia adotada pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (MS, 2002b) consiste na estruturação de uma rede de atenção, buscando reduzir a desigualdade de acesso da mulher ao diagnóstico e tratamento. Ao lado da questão do acesso, porém, a adesão ao cuidado também precisa ser considerada um objetivo estratégico, já que a continuidade do tratamento é um desafio em uma doença que apresenta uma longa fase assintomática.

A implantação de programas de detecção do câncer cérvico-uterino em redes municipais de saúde (Zeferino et al., 1999) orientou-se, na maior parte das vezes, pela lógica da constitui-

ção de centros de referência, onde se desenvolve a totalidade da assistência aos casos detectados no nível local. Outras experiências, contudo, têm considerado importante incorporar o cuidado dessas pacientes ao programa de atenção à mulher desenvolvido na própria rede local de saúde, de forma a garantir não somente o acesso, mas também uma maior adesão ao tratamento.

Isso traz um questionamento: é possível oferecer cuidado ao câncer do colo no nível local de saúde com capacidade de resolução dos casos comparável àquela do serviço especializado, porém com ganhos no que se refere à adesão ao tratamento?

O presente estudo buscou responder essa pergunta por meio da avaliação dos resultados obtidos por um programa de controle do câncer cérvico-uterino realizado no nível local de saúde, comparando-o com aqueles de um serviço de referência.

#### **O programa avaliado e a rede de saúde em que se desenvolveu**

O Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PCCCU) objeto desse estudo foi desenvolvido na rede local de saúde de um município da região sudeste brasileira, Paulínia (São Paulo), predominantemente urbano e industrializado, que contava, em 1995, com aproximadamente 40 mil habitantes. A rede de serviços de saúde, implantada com a participação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), compõe-se de quatro unidades básicas e um hospital geral.

As ações de detecção do câncer do colo tiveram início na década de 70 e, a partir de 1984, foram incorporadas ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Como citado na literatura (Campbell, 1995; Herbst, 1996), também nesse município as atividades sistemáticas de coleta de exame de Papanicolaou contribuíram para o incremento dos diagnósticos de patologia cervical. Até aquele momento, o município não oferecia atendimento a essas pacientes, que eram encaminhadas para um serviço especializado, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP), referência para o tratamento do câncer do colo para 47 municípios da região de Campinas, São Paulo (Zeferino et al., 1999).

Observava-se, contudo, que muitas mulheres não se mantinham em acompanhamento regular no serviço especializado, com a rede básica sendo freqüentemente solicitada para a localização de pacientes faltosas, já que a taxa de abandono do tratamento no serviço de refe-

rência era da ordem de 60% (Pinotti & Zeferino, 1987).

Essa situação de não continuidade do cuidado, que contrastava com os princípios de integralidade e garantia de acesso aos cuidados em saúde que orientavam o modelo assistencial da rede local de serviços, motivou a iniciativa de se passar das ações isoladas de detecção do câncer para a inclusão da assistência às pacientes com patologia cervical no próprio município. Constituiu-se, assim, em 1987, o PCCCU/Paulínia, integrado às atividades mais gerais voltadas para a saúde da mulher.

Os objetivos desse programa incluíam: manter adequada cobertura de exame de detecção do câncer de colo; garantir acesso ao tratamento das pacientes com patologia cervical; garantir a qualidade da atenção, com a utilização dos mesmos protocolos de atendimento do serviço de referência; e reduzir o abandono do tratamento.

Na implantação do programa, estimulou-se muito a capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os da rede básica, realizada no serviço de referência. Os aspectos especialmente trabalhados foram a interpretação das imagens de colposcopia e a realização de exames diagnósticos, como biópsia, conização e histerectomia, estes dois últimos, juntamente com a cauterização, podendo também ser terapêuticos.

Com uma cobertura de exames de Papanicolaou de 49,7%, das 9.845 mulheres do município de Paulínia com mais de 10 anos de idade e usuárias do SUS, no ano de 1995, o PCCCU realizava a vigilância dos resultados dos exames de Papanicolaou, sendo inscritas no programa as pacientes com exames alterados ou aquelas com lesões cervicais suspeitas ao exame clínico, ainda que o exame citológico estivesse normal.

A rotina do programa, que utilizava o mesmo protocolo do serviço de referência, incluía, no primeiro atendimento, a realização de citologia tríplice e colposcopia. Identificando-se lesão suspeita à colposcopia, essa orientava a realização da biópsia. A presença de imagem suspeita à colposcopia associada à positividade da biópsia indicava, então, a necessidade do procedimento terapêutico, seja a conização ou a histerectomia. Na etapa seguinte, realizavam-se citologias tríplices e colposcopias a cada três meses no primeiro ano e, semestralmente, no segundo ano. O critério de alta por *cura* era a presença de seis exames citológicos e colposcópicos normais; era considerado *abandono* quando a paciente deixava de comparecer ao serviço por mais de seis meses, contados a partir do último retorno programado.

Investiu-se pouco em equipamentos para o início das atividades do programa, constituindo-se, basicamente, em material de biópsia e eletrocautério, já que o equipamento de maior custo, o colposcópio, existia na rede e não estava sendo utilizado. Os casos que necessitavam de técnicas mais complexas – radioterapia, quimioterapia e histerectomias ampliadas – continuaram sendo referenciados para o serviço especializado.

### Casuística e método

O estudo constitui-se em uma avaliação normativa (Contandriopoulos et al., 1997) dos resultados obtidos pelo PCCCU/Paulínia. Priorizou-se, nessa avaliação, apreciar-se a capacidade de diagnóstico e de resolução dos casos pelo programa foi semelhante àquela do serviço de referência e como se comportaram o acesso e a adesão das pacientes ao tratamento.

O primeiro critério utilizado nessa avaliação, a capacidade diagnóstica, diz respeito à capacidade do programa de identificar lesões neoplásicas e pré-neoplásicas de colo durante as várias etapas do processo diagnóstico iniciando a partir do exame clínico ou de Papanicolaou alterado. A capacidade de resolução dos casos diagnosticados refere-se à proporção de altas por cura; o acesso consiste na efetivação dos exames e procedimentos preconizados para o diagnóstico e tratamento das lesões cervicais. Já a adesão ao cuidado levou em conta a permanência das pacientes sob seguimento até a cura ou, de outra forma, o não abandono do programa.

Analisaram-se os registros referentes às mulheres acompanhadas no programa, no período de 1987 a 1994. Das 552 pacientes com exame de Papanicolaou alterado ou com colo uterino clinicamente de risco, 465 iniciaram seguimento no Programa e foram incluídas no estudo.

A avaliação da capacidade de diagnóstico e resolução dos casos, assim como da adesão ao tratamento, exigiu a comparação dos indicadores do programa estudado com aqueles de um serviço de referência na atenção ao câncer do colo. Para isso, utilizaram-se os resultados do programa desenvolvido pelo CAISM/UNICAMP. Como esse centro de referência atende mulheres encaminhadas de 47 cidades da região, optou-se por utilizar, para comparação, os registros das pacientes provenientes de um município com características socioeconômicas e demográficas semelhantes às de Paulínia e onde havia somente atividades de coleta de Papani-

colaou (com cobertura de 29% das 9.658 mulheres com mais de 10 anos e usuárias do SUS, no ano de 1995), sem atendimento à patologia cervical. Esse grupo de comparação atendido no serviço de referência foi composto por 116 pacientes, para o mesmo período de 1987 a 1994.

Os indicadores utilizados na avaliação do programa foram:

- 1) Distribuição etária das pacientes quando da inscrição no programa, o que permite avaliar o acesso ao diagnóstico precoce da patologia cervical.
- 2) Freqüência do HPV nos exames de Papanicolaou, indicador do risco para o câncer de colo uterino.
- 3) Freqüência dos diagnósticos dos exames de Papanicolaou, citologia tríplice, colposcopia e anatomopatológico de material de biópsia e de conização, que traduzem a gravidade das lesões encontradas no colo uterino. A análise dos resultados desses exames em seu conjunto, especialmente a coerência entre os achados da citologia tríplice e da colposcopia, permitem avaliar a capacidade diagnóstica do programa. Para a classificação das lesões do colo uterino, utilizou-se o critério internacional de classificação diagnóstica de lesões de colo de Bethesda (National Cancer Institute Workshop, 1989).
- 4) Freqüência da última situação da paciente no programa, segundo os registros de prontuário (alta por cura; abandono; óbito; encaminhamento para o serviço de referência; transferência para outro município; em acompanhamento; ignorada), que indica a capacidade de resolução dos casos e também a adesão das pacientes ao programa.
- 5) Tempo de permanência das pacientes no programa, indicador da adesão ao cuidado.

As informações coletadas foram organizadas em arquivos de Epi Info e realizaram-se testes de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou teste exato de Fisher para as comparações entre os dois serviços.

### Resultados

Na distribuição por *grupos etários* (Tabela 1), observou-se no PCCCU/Paulínia um contingente de mulheres mais jovens: 53,1% até 29 anos, ao passo que, no serviço de referência, este grupo representava 40,5%. Acima de 40 anos, havia 19,7% no PCCCU e 33,6% no CAISM. Esse perfil etário pode ser atribuído ao estímulo à inclusão no programa de atenção à mulher da rede local de saúde, das adolescentes que iniciavam vida sexual, permitindo um acesso precoce da população feminina ao programa de controle do câncer.

Com relação aos resultados dos exames de Papanicolaou, no PCCCU/Paulínia verificou-se um predomínio dos diagnósticos de displasia leve (64,5%). As lesões de alto risco para câncer invasor, ou seja, displasia moderada, displasia avançada e câncer *in situ* (National Cancer Institute Workshop, 1989), representaram 30,6%, e o câncer invasor apenas 1,6% dos casos, evidenciando uma tendência de menor gravidade das lesões diagnosticadas entre as pacientes do programa desenvolvido na rede local. Esse perfil está de acordo com o esperado quando se considera o predomínio de pacientes com menos de 39 anos no programa de Paulínia, já que, dada a evolução habitual da doença, as lesões mais graves aparecem, geralmente, em mulheres entre 40 e 60 anos (INCA, 2002b).

Já nos exames de Papanicolaou das pacientes em acompanhamento no serviço de referência, o padrão encontrado foi de maior gravidade, com as lesões de alto risco e o câncer invasor atingindo 40,5% dos casos. As lesões menos graves, como displasia leve, representaram 42,2%.

Já o HPV, considerado um fator de risco para o câncer de colo uterino, foi encontrado em 32,8% das bacterioscopias de Papanicolaou no PCCCU/Paulínia, e 30,4% nas do serviço de referência. O teste de comparação de proporções mostrou semelhança entre os dois grupos quanto à ocorrência do HPV, traduzindo um risco para câncer de colo semelhante quanto a esse fator.

Nos exames de citologia tríplice (Tabela 2), entre as pacientes do programa da rede local as lesões de alto risco para câncer e o câncer invasor representaram 16,0% dos diagnósticos, ao passo que, nas pacientes do serviço de referência, as lesões mais graves somaram 39,2%. Com relação às colposcopias, verificaram-se imagens suspeitas em 33,1% dos exames do PCCCU/Paulínia e 64,6% no serviço de referência.

No programa da rede local, encontrou-se 33,6% de citologias tríplices alteradas (displasias, câncer *in situ* e câncer invasor) e 33,1% de imagens suspeitas a colposcopias. No serviço de referência, a proporção foi de 55,7% de citologias tríplices alteradas e 65,2% de colposcopias positivas. Isso expressa uma alta concordância entre os resultados desses exames, particularmente na rede local.

No programa estudado, 36,3% das pacientes foram submetidas à biópsia do colo do útero, orientada pela colposcopia. As lesões de alto risco para câncer invasor representaram 22,5% dos resultados dos exames anatomo-patológicos das biópsias, ao passo que 0,6% já apresentavam câncer invasor. Entre as pacien-

Tabela 1

Pacientes segundo grupos etários. Paulínia, São Paulo, Brasil, 1987-1994.

Idade (anos)	PCCCU		Serviço de referência	
	n	%	n	%
Até 19	66	14,2	6	5,2
20 a 29	181	38,9	41	35,3
30 a 39	117	25,2	30	25,9
40 a 49	59	12,7	23	19,8
Mais de 50	42	9,0	16	13,8
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>100,0</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

PCCCU = Programa de Controle do Câncer Cérvico-Úterino.

Tabela 2

Diagnósticos dos exames de citologia tríplice. Paulínia, São Paulo, Brasil, 1987-1994.

Diagnósticos	PCCCU		Serviço de referência	
	n	%	n	%
Displasia leve	82	17,6	19	16,5
DM, DA, Câncer <i>in situ</i> *	70	15,1	38	33,1
Câncer invasor*	4	0,9	7	6,1
Citologia inflamatória*	252	54,2	40	34,8
Outros	57	12,2	11	9,5
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>

DM = displasia moderada; DA = displasia avançada; PCCCU = Programa de Controle do Câncer Cérvico-Úterino.

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

tes do serviço de referência, 68,2% foram submetidas à biópsia, com 35,4% apresentando lesões de alto risco e 5,1%, câncer invasor.

No PCCCU/Paulínia, 16,1% das pacientes foram submetidas à conização do colo de útero; destas, 1,3% apresentavam câncer invasor. Entre as pacientes do serviço de referência, 22,4% fizeram conização, com achado de 7,6% de câncer invasor (Tabela 3).

Com relação à última situação das pacientes inscritas no PCCCU/Paulínia (Tabela 4), encontrou-se que 23,9% delas tiveram alta por cura. Já no serviço de referência, as curas representaram 14,8%. Até o final do período de estudo, 46,2% das pacientes do programa da rede local encontravam-se em acompanhamento e, no serviço especializado, 16,5% mantinham seguimento.

Observou-se diferença significativa no que diz respeito ao abandono do tratamento: enquanto no PCCCU/Paulínia ocorreu abandono

Tabela 3

Porcentagem de diagnósticos alterados nos exames anátomo-patológicos de biópsia e conização. Paulínia, São Paulo, Brasil, 1987-1994.

Diagnóstico	PCCCU		Serviço de referência	
	Biópsia (n = 154)	Cone (n = 74)	Biópsia (n = 79)	Cone (n = 26)
Cervicite crônica	64,3	29,7	43,0	23,1
Displasia leve	10,4	9,5	16,5	7,7
DM, DA, Câncer <i>in situ</i>	24,7	59,5	35,4	61,5
Câncer invasor	0,6	1,3	5,1	7,7
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

DM = displasia moderada; DA = displasia avançada;  
PCCCU = Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino.

Tabela 4

Última situação das pacientes. Paulínia, São Paulo, Brasil, 1987-1994.

Última situação	PCCCU		Serviço de referência	
	n	%	n	%
Alta ambulatorial	111	23,9	17	14,8
Em acompanhamento*	215	46,2	19	16,5
Encaminhada para o serviço referência	12	2,6	-	-
Transferência para outro município	23	4,9	6	5,2
Óbito	1	0,2	1	0,9
Ignorada	2	0,4	-	-
Abandono*	101	21,7	72	62,6
<b>Total</b>	465	100,0	115	100,0

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).  
PCCCU = Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino.

em 21,7% dos casos, no serviço de referência, o abandono de seguimento foi de 62,6%.

No período de estudo, nenhum óbito em decorrência do câncer cérvico-uterino ocorreu entre as pacientes de Paulínia, o único óbito teve causa cardiovascular. Ao longo dos oito anos de observação, apenas 2,6% das pacientes acompanhadas na rede local foram encaminhadas ao serviço de referência; 23 pacientes (4,9%) foram transferidas para outros serviços por motivo de mudança de domicílio.

Com relação ao tempo de permanência das pacientes sob cuidado (Tabela 5), observou-se, entre aquelas do programa da rede local, que 55,6% permaneceram em acompanhamento por mais de dois anos, ao passo que, no serviço especializado, 35,4% mantiveram acompanhamento por esse período. Ainda no serviço

de referência, 32,7% das pacientes permaneceram no máximo até seis meses em seguimento, sugerindo abandono precoce do cuidado.

## Discussão

Observamos que os resultados do programa de patologia cervical desenvolvido no nível local, no que diz respeito à sua capacidade diagnóstica e de resolução dos casos, se assemelharam àqueles do serviço de referência. Isto foi decorrência, a nosso ver, do processo de estruturação do cuidado no município estudado que, contando com a tecnologia material habitualmente disponível e relativamente simples, apoiou-se principalmente na capacitação técnica dos profissionais da rede para lidar com os procedimentos diagnósticos e terapêuticos padronizados pelo serviço de referência.

Um exemplo disso pode ser encontrado no processo diagnóstico de lesões suspeitas, no qual se destacou o papel desempenhado pelo exame de colposcopia para orientar a indicação de exames posteriores, como a biópsia, reforçando a importância da capacitação dos profissionais (Kiviat, 1996), em particular para a adequada interpretação das imagens (Faúndes et al., 1987). A concordância encontrada entre os achados positivos de colposcopia e de citologia tríplice, corrobora, igualmente, a qualificação da equipe da rede local para o diagnóstico de lesões suspeitas.

Além da capacitação profissional, o estímulo ao processo de trabalho integrado entre a rede básica e o hospital geral, com a constituição de equipes únicas responsáveis pelo cuidado das pacientes, pode ter sido um dos elementos da gestão que contribuiu para o desempenho do programa estudado.

A despeito das semelhanças quanto à capacidade resolutiva, devem-se destacar alguns aspectos diferenciais. No PCCCU/Paulínia, encontraram-se pacientes mais jovens e com lesões menos graves. Isso pode ser decorrente do acesso das adolescentes ao programa de detecção do câncer naquele município, bem como da existência de ações de controle do câncer do colo iniciadas pelo menos dez anos antes do período de estudo. O longo tempo de implementação das atividades de prevenção na rede local permite supor que tenha exercido influência no achado de lesões de menor gravidade do colo uterino, contribuindo para diagnósticos mais precoces, tanto do câncer cérvico-uterino, como das suas lesões precursoras.

Esses achados estão de acordo com outros estudos em que se demonstra uma mudança

do padrão de gravidade das lesões do colo após a implementação continuada de atividades de coleta de Papanicolaou (Anthony & Clarke, 1995; Campbell, 1995; Herbst, 1996). Em um estudo realizado na região de Campinas, Pinotti & Zeferino (1997) demonstraram a redução da gravidade das lesões cervicais com o decorrer da implementação de programas de *screening* para o câncer do colo uterino.

Com relação à adesão ao tratamento, a expressiva diferença entre as taxas de abandono das pacientes do PCCCU/Paulínia (21,7%) e do serviço de referência (62,6%) sugere uma maior possibilidade de continuidade do seguimento quando o cuidado está mais próximo, disponível no nível local.

O tempo de permanência das pacientes sob cuidado também diferiu. Na rede local, a grande maioria das mulheres permaneceu em seguimento por dois anos ou mais, ao passo que o que se evidenciou no serviço de referência foi um abandono relativamente precoce do cuidado: um terço das pacientes não continuaram em tratamento por mais de seis meses.

A inclusão da assistência à patologia cervical no conjunto da atenção à saúde da mulher na rede local de saúde estudada pode ter contribuído para a maior adesão das pacientes ao seguimento. Consideramos, também, que um programa especializado potencializa seus resultados ao ser incorporado a um modelo assistencial que privilegie a integralidade da atenção, o vínculo e o acesso à tecnologia.

Dentro da necessidade de se rediscutirem as atribuições das redes locais de saúde, deve-se destacar a possibilidade de ampliação do papel do nível primário de atenção. Consideran-

Tabela 5

Distribuição percentual das pacientes em relação ao tempo de permanência sob cuidado. Paulínia, São Paulo, Brasil, 1987-1994.

Tempo de permanência	PCCCU (n = 465)	Serviço de referência (n = 116)
Até 6 meses*	12,9	32,7
6 meses a 2 anos	31,4	31,9
Mais de 2 anos*	55,6	35,4
<b>Total</b>	100,0	100,0

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).  
PCCCU = Programa de Controle do Câncer Cérvico-Úterino.

do a patologia cervical, demonstrou-se, aqui, que um significativo número de casos pode ser tratado na rede básica de saúde, ou seja, até a realização de biópsia. Somente 16,1% das pacientes do programa de Paulínia necessitaram de conização do colo uterino, realizada no hospital local; dessa forma, 83,9% dos casos prescindiram da atenção hospitalar. Com as novas terapias, tais como a crioterapia e a eletrocoagulação de alça (LEEP), consideradas efetivas, com poucos efeitos colaterais e de baixo custo, as taxas de cura ambulatorial podem alcançar 95%, dependendo da técnica utilizada e da gravidade das lesões (Bishop et al., 1996).

Espera-se, com esse estudo, contribuir para a discussão sobre a qualificação das redes locais de saúde, de forma a garantir, não somente acesso universal, mas cuidado integral, continuado e resolutivo, e não apenas em patologias de menor complexidade.

## Agradecimentos

As autoras agradecem à Professora Marilisa Berti de Azevedo Barros os comentários e sugestões sobre o texto.

## Referências

- ANTHONY, P. P. & CLARKE, T. J., 1995. Cervical screening: What is the point? *Lancet*, 346:244-247.
- BISHOP, A.; SHERRIS, J.; TSU, V. D. & KILBOURNE-BROOK, M., 1996. Cervical dysplasia treatment: Key issues for developing countries. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 30:378-386.
- CAMPBELL, D., 1995. Cervical screening: What is the point? *Lancet*, 346:246-247.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A. & BACHA, A., 1987. Tecnologia apropriada no atendimento à mulher. *Revista Paulista de Medicina*, 105:36-41.
- HERBST, A. L., 1996. Detection, prevention and treatment of cervical neoplasia: The clinical challenge. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175:1087-1090.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer), 2001. *Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. Estimativas 2001*. 19 Julho 2001 <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001/estimativa.html>>.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer), 2002a. *Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. Síntese 2002*. 31 Julho 2002 <<http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2002/sintese.html>>.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer), 2002b. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher*. 31 Julho 2002 <<http://www.inca.org.br/prevencao/programas/pncccum/index.html>>.
- KIVIAT, N., 1996. Natural history of cervical neoplasia: Overview and update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175:1099-1104.
- MERHY, E. E., 1998. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 197-228, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar.
- MS (Ministério da Saúde), 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1997. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2002a. *Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal*. CD-ROM. Brasília: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2002b. *Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. 2ª Fase de Intensificação – Relatório Preliminar. Brasília: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde.
- MUÑOZ, N. & BOSCH, F. X., 1996. The causal link between HPV and cervical cancer and its implications for prevention of cervical cancer. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 30:362-377.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. *Acta Cytologica*, 33:567-574.
- PINOTTI, J. A. & ZEFERINO, L. C., 1987. *Programa de Controle de Câncer Cérvico Uterino*. Campinas: Editora da Unicamp.
- ROBLES, S. C., 1996. Introduction to the Special Issue: Timely Detection of Cervical Cancer. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 30:285-289.
- ROBLES, S. C., 2000. Deconstructing the Myths of Cervical Cancer. *Perspectives in Health*, 5. 5 July 2001 <[http://www.paho.org/English/DPI/Number10\\_article3.htm](http://www.paho.org/English/DPI/Number10_article3.htm)>.
- ROBLES, S. C.; WHITE, F. & PERUGA, A., 1996. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 30:290-301.
- SCHIFFMAN, M. H.; BAUER, H. M. & HOOVER, R. N., 1993. Epidemiologic evidence showing that Human Papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*, 85:958-964.
- WALBOOMERS, J. M. M.; JACOBS, M. V.; MANOS, M. M.; BOSCH, F. X.; KUMMER, J. A.; SHAH, K. V.; SNIJDERS, P. J. F.; PETO, J.; MEIJER, C. J. L. M. & MUÑOZ, N., 1999. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology*, 189:12-19.
- ZEFERINO, L. C.; COSTA, A. M.; MORELLI, M. G. L. D.; TAMBASCIA, J.; PANETTA, K. & PINOTTI, J. A., 1999. Programa de detecção do câncer do colo uterino de Campinas e região: 1968-1996. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45:25-33.

Recebido em 12 de março de 2002

Versão final reapresentada em 7 de outubro de 2002

Aprovado em 12 de dezembro de 2002