

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA COM DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA OU CARCINOMA CÉRVICO-UTERINO: PROBLEMATIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA *

Anna Maria Chiesa **

RESUMO – O presente estudo foi desenvolvido junto a 49 mulheres, clientes das Unidades Básicas de Saúde de Taboão da Serra com diagnóstico de displasia ou carcinoma detectados através do exame citológico. Apresenta-se uma caracterização do serviço e discute-se a precariedade em que se operacionaliza a referência e contra-referência no tocante a este agravo, já que, em 81,6% dos casos detectados, as Unidades Básicas de Saúde desconheciam a situação da cliente quanto ao tratamento. Discute-se também a organização das ações de saúde enfatizando-se a necessidade de implementação de um programa educativo.

ABSTRACT – The present research have been realised with a population of 49 women, clients of the Public Health Units of Taboão da Serra City, whose Pap Smears results have been altered (considering from displasia to carcinoma). The services have been characterized and the data have been presented. The study shows the precarious frame between the reference services. In 81,6 % of the detected cases, the Public Health Units do not know the present situation of the clients concerning their treatments. Some of the problems related to the organization have been discussed and suggestions for transformation have been made, emphasizing the implantation of an educational program.

1 INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino ocupa uma posição importante no quadro epidemiológico do câncer em geral¹⁵. Não apenas é o tipo mais comum de malignidade genital nas mulheres, mas também sua localização permite acesso para fácil diagnóstico e observação. É um tumor de patogenicidade intermediária entre a cura e a nocividade e os progressos que ocorrem em relação à sua terapêutica poderão servir de referencial para condutas referentes a lesões em outras localizações¹⁵.

A citologia esfoliativa permite detectar alterações celulares anormais denunciadoras de lesões pré-cancerosas, sendo objeto dos programas de prevenção do câncer em massa detectar malignidade numa fase a mais precoce possível, para implantar o tratamento.

Apesar de ainda ser desconhecida a causa do câncer, vários autores demonstraram uma relação desta com certos fatores predisponentes como: primeiro coito precoce^{17 21} baixo poder sócio-econômico, higiene genital precária, prin-

cipalmente a peniana e infecção por herpes virus tipo II²⁵.

Certos autores associaram a incidência do câncer cérvico-uterino ao grande número de paridade^{6, 26}, embora não tenha sido confirmada a associação entre esses dois fatores.

Após a difusão do uso dos anticoncepcionais orais, alguns cientistas suspeitaram que ocorreria um aumento significativo de neoplasias na população feminina que utilizava esse método anticoncepcional. Porém, no que se refere ao câncer cérvico-uterino, não se observou, até o momento, uma influência direta daquela prática sobre sua incidência¹⁷. Em pesquisas realizadas para investigar a relação entre o câncer cervical e o comportamento sexual, observou-se ser pequena a incidência desse agravo nas mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais de barreira, como o diafragma e o condom^{17, 19}.

Em alguns países desenvolvidos, como nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, a taxa de

* "Prêmio Isaura Barbosa Lima" – 2º Lugar – 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Curitiba/PR – 1991

** Auxiliar de Ensino da Disciplina Enfermagem Preventiva e Comunitária do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

mortalidade por câncer cérvico-uterino, no ano de 1979, foi de 5 a 6 em 100.000 mulheres de 35 a 44 anos. Essa taxa tem se apresentado mais elevada em países do terceiro Mundo como, por exemplo, no Chile onde, em 1982, a mortalidade por câncer de colo de útero atingiu 27,7 por 100.000 mulheres de 35-64 anos²¹.

Em estudo realizado na América Latina²¹, as cidades brasileiras de Recife, São Paulo e Fortaleza estão entre aquelas onde a incidência deste agravo foi considerada muito alta.

No Brasil, em estudo realizado pelo Ministério da Saúde⁵ sobre a epidemiologia do câncer no período entre 1976 e 1980, pode-se verificar que, dos casos de câncer detectados, o colo do útero foi a localização primária mais importante, nas faixas etárias de 15 a 44 anos e de 45 a 64 anos, representando, respectivamente, 39,3% e 23,6% do total.

No Município de São Paulo, segundo LAURENTI¹⁶, o problema dos neoplasmas aparece como segunda causa de óbito entre mulheres, correspondendo a 19,6% das mortes da população feminina de 15 a 49 anos.

Observando-se os dados de incidência desse agravo no Brasil⁵ pode-se concluir que os programas de saúde da mulher existentes até 1980, eram totalmente deficientes quanto à detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Nos últimos anos do regime militar instaurado no país desde 1964, durante a chamada "abertura política", os movimentos populares e dos trabalhadores de saúde vinham acenando com propostas para reestruturação dos serviços de saúde, visando a conquista de melhorias na qualidade do atendimento, a integração das ações e a hierarquização dos serviços. Segundo ROSSI²², essa luta sofreu derrotas pelas pressões exercidas sobre o Estado pela iniciativa privada do setor saúde, como por exemplo, a não implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde - em 1981. Os movimentos feministas, por sua vez, sempre denunciaram a situação reservada à mulher no contexto econômico social do país, bem como seus reflexos no nível da saúde, na medida em que os programas oficiais sempre assumiram de forma precária, e ainda o fazem, apenas as ações de cobertura médica, odontológica e de suplementação alimentar, durante o ciclo gravídico-puerperal, valorizando somente a função reprodutora da mulher³.

Dentro desse contexto, em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que contém na sua introdução:

"O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-

puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas (. . .) que têm sido relegados a um plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar⁷.

(. . .) Nesse sentido, o Ministério da Saúde, interagindo com todas as instituições públicas do setor, atua em dois planos articulados:

- 1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde;
- 2) ênfase em atividades-chave, identificadas mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência⁴³.

Nesse documento, nota-se a preocupação do Estado em definir um programa que atenda às diferentes necessidades das mulheres nas diversas fases de suas vidas e o reconhecimento da impossibilidade da ação sem a utilização adequada do sistema de referência e contra-referência entre serviços de saúde de maior e menor complexidade. Tal preocupação é verificada também em nível das discussões anteriores à elaboração do Sub-programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo²⁴.

No Estado de São Paulo, no período de 1976 a 1980, do total de 70.134 casos de câncer em mulheres de 15 a 44 anos, verificou-se que 23,7% correspondiam a câncer de pele, 17,8% a câncer de colo de útero, 17,3% a câncer de mama e 32,9% a câncer de outras localizações. Ainda no mesmo estudo, verificou-se que dos 11.436 casos de carcinomas detectados, 66,8% foram de carcinoma invasivo, forma avançada e de mau prognóstico e 33,2% de carcinoma "in situ", forma precoce de bom prognóstico²⁴.

Em 1986, para redução da morbi-mortalidade por essas patologias, o Sub-programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabeleceu metas a serem atingidas, dentre as quais merece destaque a seguinte:

"Assegurar encaminhamento e atendimento em serviços de referência à 100% das mulheres com patologias detectadas durante a execução desta atividade e que necessitem de cuidados mais complexos²⁴³".

A partir de 1985, esse órgão estatal passou a assumir a perspectiva de integração dos servi-

ços de saúde através da proposta de municipalização²³. Segundo essa proposta, haveria uma descentralização administrativa e aumento da autonomia dos municípios para estabelecimento de convênios para implementação de um sistema unificado de saúde. Tal proposta previu também uma maior autonomia dos municípios para adequar os programas de saúde de acordo com a realidade regional existente.

Desde então houve uma reorganização da Secretaria de Estado de Saúde dissolvendo-se os Distritos Sanitários e criando-se os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), dentre os quais encontra-se o Ers-12, localizado a sudoeste da região metropolitana do Estado de São Paulo. Fazendo parte do ERSA-12, encontra-se o Município de Taboão da Serra, onde predomina a atividade fabril. De sua população economicamente ativa 47,9% tem rendimento mensal entre 2 e 5 salários mínimos e, em termos de infra-estrutura sanitária, o problema mais sério da região é a falta de rede de esgoto¹⁴.

Esses fatores, aliados à proximidade geográfica desse Município em relação à capital - distante 15 km da Praça da Sé¹⁴ - o tornam semelhante à periferia da Grande São Paulo onde, pela prática profissional, pode-se observar uma dependência muito grande da população em relação aos serviços públicos de saúde.

Quanto aos serviços de saúde existentes, o Município conta com unidades básicas de saúde, clínicas particulares com e sem internação, hospitais particulares conveniados ou não com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

O Município de Taboão da Serra possui uma população feminina, na faixa etária entre 20 e 60 anos, de aproximadamente 34.890 mulheres¹⁴.

Em nível dessa região foi elaborado, em 1986, o Projeto do Programa de Ações Conjuntas relativas à Saúde da Mulher que estabelece como meta para as atividades de detecção de câncer genital, o seguinte:

“ O diagnóstico e tratamento das lesões predisponentes de câncer genital (. . .), a ampliação da detecção dos casos incipientes ou declarados de câncer genital (. . .) serão implementados pretendendo-se atender com assistência médica e atividades de orientação, a 100% da população feminina atendida pela cobertura proposta, inclusive com tratamento especializado através de referência ambulatorial - hospitalar que será criada. O atingimento dessa meta é previsto para o 2º semestre de 1987”.

As atividades desenvolvidas atualmente nessa região com relação à detecção precoce do câncer cérvico-uterino envolvem os profissionais/ocupacionais das unidades básicas de saúde (UBS's). A enfermagem vem atuando na coleta de material para o exame citológico e na orientação à clientela.

A partir de 1986, a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo iniciou o desenvolvimento do Projeto de Integração Docente Assistencial junto às unidades básicas de saúde do Município de Taboão da Serra, onde um dos objetivos constituiu-se justamente na elaboração do diagnóstico e análise da situação da enfermagem, visando a implementação de mudanças no ensino e na prática profissional, para que se pudesse atingir uma assistência à saúde cada vez melhor, à qual a população tem direito.

Para o desenvolvimento de uma prática profissional coerente com as necessidades de saúde de qualquer região é necessário que se tenha clareza sobre as dimensões mais gerais do trabalho que se desenvolve. Nesse sentido é, portanto, necessário para o trabalho de integração docente assistencial citado anteriormente, que se conheçam as atividades que estão sendo desenvolvidas pelas unidades de saúde do Município de Taboão da Serra, no tocante às ações do sistema de referência e contra-referência para a assistência à saúde da mulher, em casos de displasias cérvico-uterinas.

2 OBJETIVOS

Com o intuito de fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher no Município de Taboão da Serra e contribuir para o ensino da Enfermagem, no presente trabalho pretende-se atingir o seguinte objetivo:

– Investigar como se encontra, no atual momento histórico, o sistema de referência e contra-referência para os casos de displasias ou carcinomas detectados através do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 População

A população deste estudo constituiu-se de 49 mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra, no período de março de 1988 a setembro de 1990, que tiveram resultados alterados do exame de colpocitologia. Foram considerados resultados alterados os casos de displasia leve (NIC I), displasia moderada (NIC II), displasia acentuada (NIC III), carcinoma “in situ” e carcinoma invasivo. A exclusão, neste estudo, das mulheres com resultados de citologia inflamatória, foi

proposital, na medida em que para esses casos a resolução se dá em nível da própria unidade local, não sendo necessária a referência para serviços de maior complexidade.

3.2 Coleta de Dados

A primeira fase de coleta de dados constou de visitas às Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra; a saber UBS Taboão da Serra, Centro de Saúde Integrado Santa Cecília, Centro de Saúde Integrado Jardim Suinã, Centro de Saúde Integrado Jardim Silvio Sampaio, Centro de Saúde Parque Pinheiros e Centro de Saúde Integrado Jardim Pirajuçara. Nessas visitas consultou-se o livro de registro dos exames de Papanicolaou e procedeu-se ao levantamento dos casos alterados conforme critérios descritos anteriormente.

Em seguida foram levantados os prontuários das clientes selecionadas para preenchimento dos dados do formulário A, devidamente testado e reformulado. Nesta fase surgiu o problema de que as unidades Pirajuçara, Santa Cecília, Parque Pinheiros e Taboão da Serra não matriculam as clientes que as procuram exclusivamente para a realização do exame, não existindo prontuário com todos os dados necessários para a realização do estudo. Dessa forma, das 49 clientes selecionadas no total, 16 delas, ou seja, 32,6% não tinham prontuário. O único dado registrado nos livros, de todas as clientes, era o endereço.

Mediante tal situação optou-se por convocar a totalidade das clientes para uma entrevista com a pesquisadora nos centros de saúde, para:

– levantar os dados referentes ao formulário B;

– preencher os dados referentes ao formulário A das clientes em que não foi possível obtê-los a partir dos prontuários.

A terceira etapa constou do envio de aerogramas de convocação para a entrevista, agendando as clientes em horários de 15 em 15 minutos. Os aerogramas foram enviados com antecedência mínima de 7 dias, segundo o cronograma abaixo, tendo sido agrupadas as clientes dos centros de saúde Parque Pinheiros com Santa Cecília e Pirajuçara com Silvio Sampaio devido a limitação de espaço físico do Parque Pinheiros e Pirajuçara, bem como por se situarem próximas às outras duas unidades indicadas.

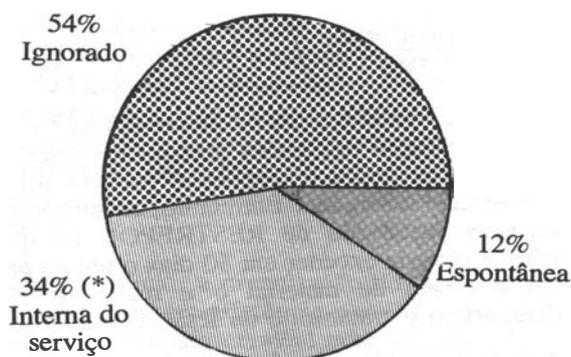
A quarta etapa constou da realização das entrevistas. Nesta fase compareceram 11 mulheres, sendo 4 do Jardim Silvio Sampaio, 2 do Parque Pinheiros, 3 do Jardim Suinã e 2 do Santa Cecília. Uma outra cliente do Santa Cecília telefonou justificando sua impossibilidade de comparecer por motivo de trabalho. Foi agendada outra data e horário mas a cliente não compareceu.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização do Serviço

Foram levantados alguns aspectos do serviço como demanda, tempo decorrido entre a coleta e entrega do resultado e atendimentos realizados no serviço de referência que, retratando o atendimento às clientes estudadas, possibilitam a discussão da sua qualidade.

Gráfico 1 – Caracterização da Demanda para Coleta do Exame



Em 54% dos casos não havia registro de dados para se caracterizar a procura pelo exame de Papanicolaou. Em 34% da população estudada houve encaminhamentos internos do próprio serviço para a realização do citodiagnóstico, sendo 41% do Pré-Natal, 35,5% da Clínica Médica e 23,5% da Ginecologia. Em 12% dos casos houve procura pelo exame por parte da própria cliente.

A prática de coleta de material para realização do exame de citologia cervical pode ser considerada recente se pensarmos que a publicação dos autores que sugeriram a utilização deste método para a detecção das lesões precursoras do agravo data de 1943⁸. Ou seja, 47 anos é um tempo ainda pequeno para a incorporação de uma nova atitude no comportamento das pessoas. Sob o ponto de vista da Saúde Coletiva, cabe ao serviço a maior responsabilidade em promover e encaminhar as clientes para a realização dessa atividade.

Neste estudo, observa-se que o serviço vem desempenhando tal papel, na medida em que o encaminhamento da clínica médica existe de forma expressiva, bem como, na sua maioria, realiza-se tal procedimento no primeiro atendimento ou logo no início da vinculação da cliente à unidade de saúde. Por outro lado, chama a atenção também o fato de que, em 54% da população estudada faltaram dados para se conhecer a procedência da demanda. Nessa questão, o serviço apresenta-se pouco organizado para o registro das atividades que realiza.

Tabela I – Tempo decorrido entre a coleta do material para o exame e o primeiro atendimento das mulheres estudadas, Taboão da Serra, 1990.

Tempo Decorrido	Nº	%
<30 dias	4	8
30 – 61 dias	4	8
61 – 91 dias	2	4
> 91 dias	9	18,4
Prontuários não localizados	16	32,6
Sem registro de data no prontuário	14	29
Total	49	100

Existe um consenso na literatura (2,8,9) de que a evolução das lesões precursoras (displasias leve, moderada e acentuada) para o CA invasivo seja demorada. Entretanto, encontrou-se uma recomendação de RESTREPO²¹ de que não se deveria exceder em 30 dias o tempo entre a coleta de material e a realização do diagnóstico e tratamento da lesão em nível se-

cundário. Encontrou-se, ainda na literatura consultada^{13, 20} o destaque da importância do tratamento associado à detecção precoce, na medida em que propicia um melhor prognóstico e atua como um esforço positivo para aumentar a aderência das mulheres ao programa, pois a terapêutica numa fase inicial não tem o caráter de mutilação que adquire numa fase mais avançada.

Neste estudo, na maior percentagem dos casos (18,4%) houve uma demora de mais de 91 dias para a entrega do resultado. Pode-se considerar que este é um tempo excessivo, possivelmente relacionado à precariedade da infraestrutura existente para a realização a contento das atividades que o serviço se propõe a executar.

Outro fato que chama atenção é que em 61,6% dos casos não foi possível levantar o tempo decorrido entre a coleta e a entrega do resultado, sendo 29% devido à falta de registro no prontuário da data de atendimento e 32,6% devido à falta do próprio prontuário. Com isso o serviço perde dados importantes para controlar de maneira adequada o impacto das ações de saúde que realiza numa determinada população.

4.2. Caracterização da referência e contra-referência

QUADRO

Situação previdenciária, resultado da citologia e características do atendimento recebido pelas mulheres estudadas (*).

Situação Previdenciária das Clientes	Resultado da Citologia	Tempo Decorrido entre Resultado e Atendimento no Serviço de Referência	Serviço de Referência e Atendimento Realizados
INAMPS	NIC II	67 dias	colposcopia no CS de Itapeperca colposcops na Fund. Oncocentro colposcopia no CS1 de Pinheiros colposcopia na Fund. Oncocentro colposcopia na UBS colposcopia no Hosp. São Paulo(**)
	CA - adenocarcinoma	90 dias	
	NIC I	30 dias	
	NIC I + metaplasia flora cocólde	02 dias	
	NIC I + Papilloma virus metaplasia + B. Doderlein	Ignorado	
	NIC II + Papilloma virus + presença de hemácias	01 dia	
MEDICINA DE GRUPO + INAMPS	NIC I + flora cocólde	30 dias	colposcopia no CS de Itapeperca agendada colposcopia em 60 dias no CS de Itapeperca. cliente refere ter ficado preocupada por acreditar que o prazo era demorado e procurou atendimento do convênio.
	NIC I + flora cocólde	60 dias	
SEM INAMPS	CA In situ	Ignorado	cliente referiu ter perdido encaminhamento e desconhecia a necessidade da colposcopia não houve encaminhamento para colposcopia não houve realização de colposcopia por orientação descontraída do serv. de ref. (Fundação Oncocentro)
	NIC II	Ignorado	
	NIC I + metaplasia + hemácias + flora cocólde	Ignorado	
IGNORADA	suspeita de CA no colo	01 dia	colposcopia na Fundação Oncocentro colposcopia e cauterização: Fundação Oncocentro não foi realizada colposcopia pois o colposcopista da Fundação Oncocentro sugeriu aguardar o parto colposcopia na Fundação Oncocentro
	NIC II + hemácias	Ignorado	
	NIC I + Hemophilus sp	65 dias	
	NIC I + HPV + metaplasia metaplasia + B. Doderlein	65 dias	

(*) Os dados apresentados no quadro referem-se às 12 clientes que compareceram a entrevista e mais 4 clientes cujos prontuários continham as informações necessárias.

(**) Cliente referiu que a médica da UBS fez encaminhamento nominal diretamente para uma colega no serv. de referência citado.

A partir dos dados apresentados no quadro anterior, cabe considerar:

4.2.1 Situação Previdenciária

Não há uma relação direta entre a situação previdenciária da cliente e a maior agilização do serviço, pois o tempo decorrido entre a entrega do resultado alterado e o atendimento no serviço de referência variou muito em todas as categorias. Este é um fator positivo do serviço no sentido de que o mesmo, em se tratando de um serviço público, não discrimina a população atendida quanto à sua vinculação ao sistema previdenciário, embora seja necessário recolocar que o tempo está sendo excessivamente longo, de forma indiscriminada.

4.2.2 O tempo decorrido entre a entrega do resultado na UBS e o Atendimento no Serviço de Referência

Chama a atenção a disparidade dos dias aguardados pelas clientes para serem atendidas no serviço de referência, na medida em que não houve critério de gravidade do caso para agilização do atendimento. Ou seja, foram aguardados 90 dias para realização de colposcopia em uma cliente com suspeita de adenocarcinoma e dois dias para realização de colposcopia para uma cliente com resultado NIC I (displasia leve). Neste casos, constata-se a ausência do critério clínico para agendamento.

4.2.3 O serviço de referência e os tratamentos realizados

O atendimento no serviço de referência ocorreu em 22,4% das clientes que compuseram a população deste estudo sendo que, pelas características dos resultados encontrados, todas tinham indicação para realização de colposcopia. Em 8% ocorreram situação adversas detectadas a partir do relato das clientes em entrevista, o que se comenta a seguir.

a) em um dos casos, apesar de se tratar de um resultado de displasia moderada, a UBS não encaminhou para colposcopia e foi prescrito tratamento tópico.

b) em outra situação a cliente foi agendada para colposcopia em 60 dias e referiu ter ficado preocupada com a demora e por isso abandonou o serviço e procurou atendimento no seu convênio de saúde para realização de colposcopia.

c) outra cliente referiu que procurou o serviço de referência conforme indicado, porém este serviço não a atendeu na data em que havia sido agendada, o que a fez desistir de lá retornar, tendo abandonado também o controle na UBS.

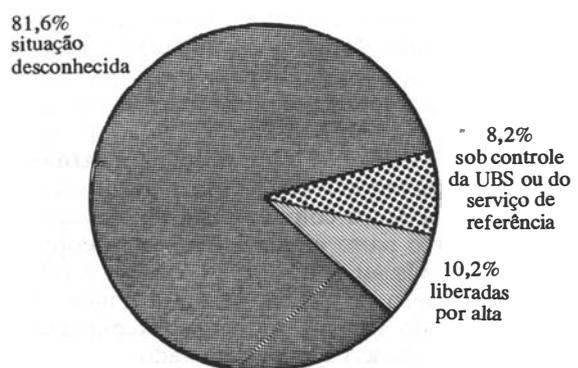
d) no relato de outra cliente pode-se perceber a total falta de informação da mesma acerca do processo patológico em que se encontrava, já que esta referiu ter perdido o papel do encaminhamento e não ter procurado o serviço de referência para realização da colposcopia. Tratava-se de uma mulher de 39 anos com resultado de CA "in situ" que, até o momento da entrevista, demonstrava desconhecer o significado da alteração detectada, bem como a importância da continuidade no esclarecimento do diagnóstico e tratamento. Neste caso, a entrevista ocorreu 2 anos e 2 meses após a entrega do resultado alterado para cliente e até então o serviço também não havia procurado a cliente para verificar a situação em que a mesma se encontrava.

A bibliografia consultada ^{1, 2, 8, 10, 11, 13, 18, 21} evidencia a importância da prática da coleta de material para exame citológico vinculada à existência de um serviço de referência e contra-referência para o tratamento dos casos alterados.

Neste estudo, a organização do sistema de referência e contra-referência para os casos alterados de citologia cervical pode ser considerada inexistente, pois em 16 situações verificadas foram utilizados cinco serviços diferentes. Se for considerado que o cenário deste estudo envolveu 6 UBS do mesmo Município, torna-se incompreensível que, num período de 2 anos e 6 meses tenham sido solicitados cinco diferentes serviços de referência, desde uma UBS do próprio Município até um Hospital-Escola que dista aproximadamente 40 km.

Aqui também é possível levantar o questionamento de qual o critério existente para o estabelecimento do vínculo entre as Instituições de Saúde para a concretização dos encaminhamentos necessários.

Gráfico 2 – Formas de continuidade do tratamento recebido pelas mulheres estudadas



Ao analisar o gráfico 2, encontra-se uma porcentagem muito pequena (10,2%) de casos alterados que foram resolvidos e uma porcentagem ainda menor (8,2%) de casos que estão sob tratamento no Centro de Saúde ou em serviço de referência. Entretanto, verifica-se uma porcentagem altíssima (81,6%) de casos em que o problema foi detectado e que até o momento da realização deste estudo, o serviço desconhecia qual a situação em que se encontravam as mulheres portadoras do agravo, sugerindo um baixo grau de resolubilidade na atenção à saúde de sua clientela.

Dentro dos 81,6% casos enquadrados nesta situação, foram encontrados os seguintes:

a) 32,6% de mulheres com alterações cujos prontuários não foram localizados. Em alguns casos o Centro de Saúde não havia matriculado a cliente para a realização do exame de Papanicolaou e em outros, o número de matrícula que constava do Livro de Registro dos exames não pertencia à cliente em questão.

Dentro destes casos encontraram-se situações em que os resultados eram CA epidermóide invasor e NIC III + presença de hemácias. Essas clientes foram convocadas para entrevista mas não compareceram e depois de alguns dias os aerogramas retornaram com registro de endereço inexistente.

b) 20,4% das mulheres deste estudo não compareceram ao Centro de Saúde após a coleta, não tendo ficado sabendo da alteração detectada. Dentre essas encontra-se uma cliente que compareceu ao Centro de Saúde 41 dias após a coleta e o resultado não havia chegado. A cliente não retornou mais.

c) 20,4% das mulheres compareceram ao Centro de Saúde para receber o resultado do exame, foram encaminhadas para outros serviços e não retornaram ao Centro de Saúde. Aqui, entre outros, encontram-se dois casos de CA "in situ", sendo um deles relativo à cliente mencionada anteriormente neste trabalho, que perdeu o encaminhamento e não procurou mais o serviço.

d) 8,2% das mulheres colheram o material para exame, compareceram à Unidade para receber o resultado, foram encaminhadas e atendidas no serviço de referência e depois não mais retornaram ao Centro de Saúde. Dentre essas, chamou a atenção o caso de uma cliente com resultado NIC I + **Hemophilus vaginalis**, que se encontrava no 3º trimestre de gestação. Na ocasião, o colposcopista havia sugerido aguardar o parto para realizar colposcopia e a cliente, após ter dado à luz continuou a frequentar o Centro de Saúde, sem que houvesse continuidade de tratamento ou esclarecimento de diagnóstico para o agravo detectado.

FAERSTEIN¹² levanta o problema da evasão nos serviços de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, citando o trabalho de PINOTTI²⁰ que apresenta uma taxa de abandono de 69% no Programa de Controle de Carcinoma Cérvico-Uterino de Campinas-SP. No presente estudo, a taxa de abandono ou evasão conhecida foi de 49%. Associada a esta estão 32,6% de casos cujos prontuários não foram localizados, dos quais não se sabe a magnitude do agravo detectado e quais desdobramentos poderão advir por conta de não ter sido efetivado o tratamento no momento oportuno.

AQUINO¹ relata "que no Brasil, a baixa cobertura e efetividade dos programas existentes, aliadas a dificuldades de acesso ao tratamento dos casos detectados, deixam a população feminina quase inteiramente à mercê dos riscos de adoecer e morrer por câncer".

Excluindo-se a questão da cobertura, que não foi objeto do presente trabalho, pode-se afirmar que a citação acima se aplica à situação encontrada no serviço de detecção precoce do câncer ginecológico realizado pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Taboão da Serra, no período em estudo.

Houve outro aspecto extremamente importante, levantado na realização deste estudo, que foi a total falta de informação das mulheres sobre o exame que realizaram, o resultado encontrado e as indicações terapêuticas. Pôde-se perceber tal realidade a partir do contato estabelecido nas entrevistas com as mulheres em questão que relatavam ignorar os motivos das indicações terapêuticas ou até mesmo a importância de continuidade do tratamento.

PINOTTI²⁰ já levantava a necessidade de "detecção, tratamento e seguimento" dos casos alterados e apontava para a necessidade de implementação de um trabalho educativo para subsidiar as ações clínicas, buscando aumentar a aderência das mulheres ao Programa de Detecção Precoce do Câncer Cérvico-Uterino.

COUTINHO, citando por FAERSTEIN¹² já se preocupava com a importância do trabalho educativo na luta contra o câncer. Especialmente no caso das mulheres, afirmava nos anos 50, que "como a mulher é normalmente dócil e compreensiva não há em geral dificuldade em obter seu compromisso no sentido de voltar à consulta quando determinarmos".

Discorda-se dessa visão "dócil" da mulher pois se acredita que subjaz a ela a idéia de submissão da cliente (mulher) ao profissional. Concorda-se em nível Federal, pelo Sub-Programa de Saúde da Mulher colocado em nível estadual e pelo Programa de Ações Conjuntas relativas à Saúde da Mulher elaborado em nível Municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AQUINO, E.M.L. Saúde da Mulher no Brasil – antigas e novas necessidades. Trabalhos componente da 1ª mesa do ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, BRASÍLIA, 1989. *Relatório*. Brasília, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989.
- 2 BARBOSA, R.B. et alii Câncer cérvico-uterino um problema de saúde pública. *J. Bras. Ginec.*, 96 (7): 305-308, 1986.
- 3 BARROSO, C.A. A saúde da mulher no Brasil: 1975-855. *Rev. Fund. SEADE*, São Paulo, 2 (1): 25-32, jan./abr. 1986.
- 4 BRASIL, Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: base de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 20p.
- 5 BRUMINI, R. *Câncer no Brasil: dados histopatológicos: 1976-1980*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1982. 433 p.
- 6 CÂNCER de colo uterino e paridade. *Popul. Rep. (J)*, Washington, (8): 148-9, mar. 1976.
- 7 CARDOSO, M.R.L., BAFILE, P.N. *Projeto do programa de ações conjuntas (PAC) do distrito docente-assistencial de Itapeperica da Serra: área de Saúde da Mulher*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 1986. 30p. (mimeografado).
- 8 CHAVES, E. Prevenção do câncer do colo do útero: uma avaliação perspectiva. *Rev. Bras. Anál. Clin.*, 18 (2): 56-62, 1986.
- 9 CHAVES, E. Prevenção em massa do câncer cérvico-uterino. Uma meta atingível? *CCS*, 7 (4); out-nov-dez/85.
- 10 CUNHA, D.C. da et alii Prevenção do Câncer de colo uterino na Faculdade de Medicina de Marília (1973-1984). *Rev. Esc. Ginecol. Obstet.*, 9(3) 223, 1986.
- 11 CUNHA, M.M.P.L. Controle do câncer de colo uterino: rastreamento em Saúde Pública. *Rev. Bras. Cancerol*; 1 (3): 111-133, julho-agosto 1987.
- 12 FAERSTEIN, E. População-alvo e frequência da detecção do câncer do colo uterino. In: CAD. IMS; Rio de Janeiro; 1 (3): 111-133, julho-agosto 1987.
- 13 FAERSTEIN, E. et alii. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA, M.E. (org.) MULHER, SAÚDE E SOCIEDADE NO BRASIL. Vozes, 1986.
- 14 FONSECA, R.M.G.S. da. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA. São Paulo, Disciplina Enfermagem Preventiva e Comunitária da escola de Enfermagem da USP, 1986. 71p. (mimeografado).
- 15 GRAHAM, J.B. et alii. CARCINOMA OF THE CERVIX. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1962. p.v.
- 16 LAURENTI et alii Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil) 1986. *REV. SAÚDE PÚBL.*, 24(2):128-33, 1990.
- 17 NEOPLASIA cervical. *POPUL. REP. (A)*, Washington, f(6) f:17, abr. 1983.
- 18 OLIVEIRA, L.J. et alii. Correlação coloscopia, citologica e histologia do câncer de colo uterino. *REV. BRAS. GINECOL. OBSTRET.*, n.8;p.150-152, 1989.
- 19 PINOTTI, J.A. & FRAUNDES, A. Obstetric and gynecological care for third women. *INT. J. GYNAECOL. OBSTET.*, Stockholm, 22 (6): 449-55, Dec. 1984.
- 20 PINOTTI, J.A. Experiência crítica do Programa de controle de câncer cérvico-uterino de Campinas-Brasil. *J. BRAS. GINEC.* 82(4): 461-71, 1986.
- 21 RESTREPO, H.E.; GONZALEZ, J.; ROBERTS, R.; LITVAK, J. Epidemiologia y control del cancer del cuello uterino em América Latina y el Caribe. *BL. OF. PANAM.* 102 (6). 1987.
- 22 ROSSI, S.S. A constituição do sistema de saúde no Brasil. São Paulo, 1980. Cópia mimeografada utilizada no Curso de Política de Saúde promovido pela Plenária de Entidades de Saúde, outubro de 1987. pp. 70-77.
- 23 SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. A MUNICIPALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. São Paulo, 1985. (mimeografado).
- 24 SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Sub-programa de Saúde da Mulher. São Paulo, 1985. 81p.
- 25 SILVERBERG, E. STATISTICAL AND EPIDEMIOLOGICAL INFORMATION ON GYNECOLOGIC CANCER. News York. American Cancer Association, 1980.
- 26 TRAUT, H.F., BENSON, R.C. CANCER OF THE FEMALE GENITAL TRACT. New York, American Cancer Association, 1954. p.21-3.