



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira



IFF

Instituto Fernandes Figueira

**Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher
Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz**

**Situação do Rastreamento de Lesões Precursoras e do
Câncer de Colo Uterino na Rede Pública de Saúde
do Departamento de Dakar no Senegal**

Aluna: Oumou Kalsoum Seck

**Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Bonan
Coorientadora: Prof^a Dr^a Kátia Silveira Silva**

Junho de 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira



IFF

Instituto Fernandes Figueira

**Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher
Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz**

**Situação do Rastreamento de Lesões Precursoras e do Câncer de
Colo Uterino na Rede Pública de Saúde do Departamento de
Dakar no Senegal**

Aluna: Oumou Kalsoum Seck

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz como requisito final para obtenção de título de Mestre.

Junho de 2009

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

S444s Seck, Oumou Kalsoum
 Situação do Rastreamento de Lesões Precursoras e do Câncer de Colo Uterino
 na Rede Pública de Saúde do Departamento de Dakar no Senegal. Oumou
 Kalsoum Seck. / Rio de Janeiro, 2009.
 126f.; il.:

 Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto
 Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

 Orientadora: Cláudia Bonan
 Coorientadora : Kátia Silveira Silva.

 Bibliografia: f. 97-104.

 1. Câncer de colo de útero. 2 . Política de Saúde. 3. Prevenção
 Secundária. I. Título.

CDD 22.ed. 616.994

Dedico esta dissertação a minha mãe Khadissatou Fall, ao meu pai Samba Diama Seck (in memoriam) e aos meus irmãos e peço a sua compreensão por não lhes ter dedicado a atenção e carinho merecidos durante este período de pesquisa e estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a minha orientadora Professora Dra. Claudia Bonan brilhante pessoa, professora e pesquisadora. Muito agradecida pela confiança, pelas valiosas sugestões e colaboração neste trabalho.

A minha co-orientadora Professora Dra. Katia Silva Silveira pelas inestimáveis contribuições e dedicação.

Aos Colegas de turma do Mestrado do Instituto Fernando Figueira em Saúde da Mulher e da Criança pelo acolhimento.

Ao meu Professor de Graduação Carlos Roberto de Oliveira da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que fez questão de me preparar tecnicamente a passar na prova do mestrado, aqui, vai todo meu respeito e carinho.

Ao Professor Ricardo Igreja da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por ter me motivado a dar os primeiros passos no mundo da pesquisa social.

Ao Dr. Paulodo Faria Instituto Nacional do Câncer pelas contribuições técnicas, carinho incondicional .

E, por fim, dedico meu esforço, meus anos de estudo aqui na Terra Brasileira a todos os que me deram o seu apoio durante este percurso, especialmente aqueles que nos meus momentos de desespero e desmotivação estenderam-me a sua mão.

À Todos incluindo a minha querida família, aos meus conterrâneos, meu muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS

ACCP 01500150 – Alliance for Cervical Cancer Prevention
AIDS – Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
ASC-US – Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
ASC-H – Células Escamosas Atípicas que não permitem excluir uma Lesão de Alto Grau
DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
DST – Doença Sexualmente Transmissível
FMI – Fundo Monetário Internacional
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HSIL – Lesão Intra-epitelial Escamosa de Alto Grau
HPV – Papiloma vírus humano
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
LSIL – Lesão Intra-epitelial Escamosa de Baixo-Grau
MSP – Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (Sénégal)
NIC I – Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I
NIC II – Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II
NIC III – Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLCC – Programa Nacional de Luta contra o Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Colo do Útero

RESUMO

O câncer do colo é um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo a principal causa de morte por câncer entre mulheres em países em desenvolvimento. A mortalidade por esse câncer é evitável, uma vez que existem tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura de 100% dos casos na fase inicial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos países membros a elaboração de programas de detecção precoce e tratamento de lesões precursoras e do câncer cervical. Esta pesquisa tem como objetivo geral descrever a situação do rastreio de lesões precursoras do câncer de colo uterino nas unidades públicas de saúde no Departamento de Dakar, no Senegal. Os objetivos específicos foram descrever o rastreio de lesões precursoras do câncer do colo uterino, traçar o perfil das mulheres que realizaram o exame preventivo no ano de 2007 e estudar a frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor. Para a descrição das ações de prevenção secundária, foram feitas visitas às unidades públicas e aplicação de um questionário com aspectos relacionados à estrutura e processos dessa assistência. Para traçar o perfil das mulheres e estudar a frequência das lesões, foram analisados 2.005 laudos citopatológicos. No Departamento de Dakar, ações de controle do câncer cervical são desenvolvidas de forma isolada por algumas unidades hospitalares da rede pública, por iniciativa de profissionais especialistas e/ou organizações não governamentais, e se pode dizer que a construção de uma política na área do câncer cérvico-uterino no Senegal é bem incipiente. Ainda são necessários estudos neste país para um conhecimento mais amplo sobre a epidemiologia das patologias do colo uterino e dos fatores sociodemográficos, culturais e econômicos associados.

Palavras-chave: câncer de colo de útero, políticas de saúde, prevenção secundária.

ABSTRACT

The cervical cancer is a problem of public health throughout the world and it is the principal cause of deaths among women in developing countries. The mortality from this type of cancer is preventable, once we can rely on technologies for the diagnosis and treatment of precursor lesions, allowing for cure in 100% of cases in an early stage. The World Health Organization has recommended its country members to elaborate programs for early detection and treatment of precursor lesions and cervical cancer. The general aim of this research is to describe the way screening the precursor lesions of cervical cancer is done in the public health units in the Dakar Department in Senegal. The specific aim is to describe the screening of precursor lesions of cervical cancer; draw a profile of the women who underwent the cervical smear in the year 2007; and study the frequency of precursor lesions and invasive carcinoma. In order to describe the procedures of secondary prevention, several visits were made to public health units and a questionnaire containing aspects related to the structure and procedures of this health care was administered. In order to study the women's profile and the frequency of the lesions, 2005 citopathological reports have been analysed. In the Dakar Department, procedures for cervical cancer control have been developed in an isolated way by some hospital units of public health by initiative of specialized professionals and/or non-governmental organizations and we can say that building up a policy in the area of cervical cancer in Senegal is quite incipient. Further studies are still necessary for a broader knowledge of the epidemiology of cervical pathologies and its related economic, cultural and sociodemographic factors in Senegal.

Key words: cervical cancer, health policies, secondary prevention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. O cenário do carcinoma de colo uterino no mundo: incidência e prevenção	15
2.2. Políticas e programas de saúde para o rastreio do câncer	18
2.3. Carcinoma de colo uterino e infecção pelo HPV: aspectos biológicos e Clínicos	29
2.4 Metodologia de rastreio e classificação das lesões	31
3. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3.1. Objetivo geral	39
3.2. Objetivos específicos	39
4. O SENEGAL	40
4.1. Aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais	40
4.2. Assistência à saúde no Senegal	46
5. MATÉRIAS E MÉTODOS	55
6. RESULTADOS	63
6.1. Memória do trabalho de campo	63
6.2. O rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino no Senegal	67
6.3. Análise da frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor e características das mulheres que realizaram o Papanicolau em 2007	75

7. DISCUSSÃO	84
7.1. Cânceres do colo uterino no Senegal: um problema de saúde pública à espera de uma política	84
7.2. Cânceres de colo uterino no Senegal: um problema de saúde pública à espera de mais conhecimentos epidemiológicos	90
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
10. ANEXOS	105

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabela 1: comparação entre diferentes tipos de exame de rastreio do câncer do colo uterino (ACCP, 2006)	34
Quadro 1: Principais classificações das lesões precursoras de câncer de colo uterino	35
Figura 1: Seqüência típica de eventos na história natural do câncer do colo do útero	36
Figura 2: Mapa África	42
Figura 3: Mapa Senegal	42
Figura 4: Estrutura piramidal do sistema de saúde senegalês	48
Quadro 2: Unidades da rede pública de saúde do departamento de Dakar	57
Tabela 2: Número de exames citopatológicos realizados em 2007, nas unidades de saúde pública do Departamento de Dakar; total e por unidade, e N das variáveis sócio-demográficas estudadas.	58
Quadro 3: Recategorização dos laudos	59
Tabela 3: Distribuição dos resultados dos exames citopatológicos do Departamento de Dakar em 2007, segundo unidade e total.	76
Tabela 4: Distribuição dos exames citopatológicos do Departamento de Dakar 2007, segundo unidade e total.	78
Gráfico 1: Distribuição da paridade segundo faixa etária no Departamento de Dakar em 2007	79
Tabela 5: Distribuição do resultado citopatológico segundo as etnias – Dep. De Dakar – 2007	79
Tabela 6: Distribuição do resultado citopatológico por faixa etária em todas as unidades (N=793)	80

Tabela 7: Distribuição do resultado citopatológico por paridade em todas as unidades
(N=770) 82

Tabela 8: Distribuição do resultado citopatológico por etnias na Unidade B (N=409) 83

Tabela 9: Exemplos de estudos realizados no mesmo campo de pesquisa:
Departamento de Dakar 91

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero apresenta grande incidência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde representa a segunda causa de mortalidade entre mulheres (WHO, 2007). Apesar de tratar-se de uma doença evitável, pois o diagnóstico e o tratamento de lesões precursoras permitem a cura de 100% dos casos na fase inicial, mais de 500.000 mulheres são afetadas pelo câncer do colo uterino anualmente (Estima-se que a cada ano ocorrem cerca de 230.000 casos de óbito pela doença no mundo, e 80% são na África Subsaariana e na América Latina (Pasteur, 2005). A citologia preventiva em mulheres que já iniciaram a atividade sexual é capaz de reduzir drasticamente a incidência e prevalência mundial dessa patologia, por ter a capacidade de detectar as lesões precursoras da doença (Chirenje *et al*, 2001; Fonseca *et al*, 2004).

Em muitos contextos, o exame citológico ou teste de Papanicolau, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente em larga escala. Ele pode ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino e lesões precursoras, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos, mesmo sem ter sido objeto de avaliação de estudos experimentais, como os ensaios clínicos (Khan *et al*, 2005; Bosch *et al*, 2002).

Nos países em desenvolvimento, o custo elevado do diagnóstico e tratamento tardios do câncer cervical, a falta de consciência dos gestores de saúde, a carência de infraestrutura adequada nos serviços de saúde, a ausência de políticas de controle do câncer do colo do útero, a pobreza e os tabus associados ao sexo aumentam a incidência, a

prevalência e a mortalidade pela doença. Na África Subsaariana, somente 5% das mulheres são submetidas ao exame comparado com as mulheres de países de primeiro mundo, onde o rastreamento chega a 40-50% (Gaym *et al*, 2007).

No Senegal, o câncer do colo uterino representa a primeira causa de mortalidade por câncer entre as mulheres. A ausência de registros nacionais dificulta sobremaneira a contagem de números de pessoas atingidas pela doença (*Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – MSP, 2007*). Esse quadro é coerente com a reduzida cobertura sanitária, o acesso restrito ao sistema de saúde, com a baixa qualidade da assistência prestada e com a pouca tradição no desenvolvimento de políticas e programas, seja para promoção ou prevenção, seja para responder questões específicas de saúde. No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, os indicadores compõem um cenário muito preocupante: altos índices de morte materna, de HIV e AIDS, câncer de mama etc. (MSP, 2007).

As estimativas do setor regional da OMS para a África, 2020, são de 804.000 novos casos de todos os tipos de câncer e 626.400 mortes por essa doença (OMS, 2007b). Até 2020, 20 milhões de novos casos de câncer são esperados no mundo inteiro, e 10 milhões de mulheres morrerão da doença, e 75% serão provenientes de países com menor desenvolvimento econômico (Iarc, 2003). Preocupada com a alta morbi-mortalidade de cânceres de diversos tipos nesse continente, a OMS recomendou o desenvolvimento de programas de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças. Nesse sentido, em meados de 2007, o Estado senegalês lançou o Programa Nacional de Luta Contra o Câncer (PNLCC), que propõe uma abordagem sistemática e global dos cânceres. Os objetivos estratégicos do PNLCC são: promover a prevenção primária e/ou diagnóstico precoce dos

cânceres, fornecer cuidados e tratamentos específicos às pessoas afetadas; minimizar os problemas sociais e psicológicos; incentivar a formação de profissionais especializados, aumentar a investigação científica e a vigilância epidemiológica; equipar as instituições hospitalares para abordar esse problema de saúde. Pretende-se ainda construir um sistema de informação nacional, padronizar todos os protocolos de atenção e manter uma periodicidade das reuniões pluridisciplinares para que haja um consenso em toda rede de atendimento ao câncer. Por fim, o plano também prevê a criação de uma instituição nacional – no estilo do Instituto Nacional do Câncer brasileiro – capaz de oferecer todos os cuidados necessários no tratamento do câncer e com equipamentos de alta tecnologia, evitando assim os custos de envio dos pacientes ao exterior. Uma das diretrizes importantes do PNLCC é a descentralização, ou seja, instalar o conjunto de recursos materiais, humanos e tecnológicos previstos em todas as regiões do país, evitando a tradicional concentração na capital (MSP, 2007).

O objeto de estudo dessa dissertação de mestrado é a prevenção secundária do câncer de colo uterino no Senegal. A pesquisa, com abordagem quanti-qualitativa, teve um caráter exploratório e seu objetivo geral foi conhecer a situação do rastreamento das lesões precursoras do câncer cervical nas unidades públicas de saúde do Departamento de Dakar, no Senegal.

- Os objetivos específicos foram: descrever de maneira sistemática as ações de saúde de rastreamento das lesões precursoras desse câncer nas unidades públicas de saúde do Distrito de Dakar; descrever as características das mulheres que fizeram o Papanicolau segundo a idade, paridade e etnia no ano de 2007 e estudar a frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor nessa população.

O Senegal vive uma conjuntura particularmente favorável ao desenvolvimento de políticas e programas de saúde. Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para as propostas apresentadas no PNLCC, apoiando o governo senegalês, as autoridades sanitárias, os profissionais de saúde e a comunidade científica na implantação de uma política direcionada ao câncer cérvico-uterino, adaptada às reais condições socioeconômicas das mulheres senegalesas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O cenário do carcinoma de colo uterino no mundo: incidência e prevenção

Segundo a OMS, mais de 500.000 novos casos de câncer cérvico-uterino são detectados a cada ano, em todo mundo, e mais de 230.000 mortes são registradas. As projeções são que o número de vítimas fatais por essa doença atingirá 320.000 em 2015 e 435.000 em 2030. Nas regiões de baixa incidência, como Japão e Israel, são observados de quatro a sete casos de câncer por 100.000 habitantes. Nas zonas de média incidência, como a Europa, 65.000 mulheres são afetadas, sendo a mortalidade de 4,7% por ano. Em contrapartida, nas regiões de incidência elevada, como é o caso da África, América Central e do Sul, Ásia e Índia, a incidência chega de 50 a 100.000 (Pasteur, 2005).

Segundo *Initiative for Vaccine Research*, cerca de 80% das mulheres acometidas pelo câncer de colo de útero eram de países subdesenvolvidos, com 68.000 na África, 77.000 na América Latina e 245.000 na Ásia, com base no comunicado da OMS sobre o câncer. Esse é o segundo tipo de câncer feminino em escala mundial e a segunda causa de morte de mulheres em todo o mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares.

Nos países de altas incidências, nota-se insuficiência ou inexistência de serviços de saúde para o controle, rastreamento e tratamento do câncer (World Health Organization, 2007).

No Senegal, como na maioria dos países africanos em desenvolvimento, 60% dos casos de cânceres são descobertos na sua fase avançada, quando as estruturas pélvicas adjacentes são geralmente tomadas (Dem, 2008). Na maioria dos casos, as pacientes não se beneficiam de um tratamento. Apesar do teste de Papanicolau ser um método laboratorial eficaz para pesquisar a existência de lesões precursoras do câncer de colo uterino e de outras doenças sexualmente transmissíveis e ter contribuído bastante para o controle do câncer de colo uterino, ele apresenta limitações relacionadas à sua sensibilidade na detecção da lesão intra-epitelial cervical de baixo e alto grau, que estão na faixa de 70 a 80%. O indicador de eficácia do rastreamento é a redução da mortalidade específica da doença ou de sua incidência. Numerosos países desenvolvidos utilizam este método há 50 anos no âmbito de programas bem organizados. Estas ações permitiram reduzir de maneira notável a mortalidade e a morbidade associadas ao câncer do colo de útero. Durante este tempo, a situação mudou pouco ou não evoluiu nos países em desenvolvimento.

Preocupada com esse problema de saúde pública, a OMS, durante a 58ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 2005, definiu algumas resoluções para tentar reduzir as altas taxas de incidência e prevalência do câncer cérvico-uterino. Nas resoluções da Assembléia sobre prevenção e luta contra o câncer, concebeu-se um plano de ação para uma abordagem global que agrupa a prevenção primária, a detecção e o rastreamento precoces, o tratamento e os cuidados paliativos sob a égide dos programas nacionais de luta contra essa doença (OMS, 2005).

Além de recomendar para todos os países membros aumentar as campanhas de promoção do uso de preservativo para reduzir a contaminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), como a infecção por HPV, a OMS aconselha que seja organizado também o rastreio sistemático, a fim de detectar o mais cedo possível as lesões precursoras do câncer de colo uterino. Para os países africanos com deficiência nos seus sistemas de saúde, a OMS preconiza que, em vez do exame citológico de Papanicolau – método de detecção internacionalmente usado em campanhas de rastreio de lesões precursoras e carcinoma invasor, mas que necessita de uma infraestrutura sanitária adequada, dos recursos técnicos e um sistema bem definido de orientação para os serviços terapêuticos –, se utilize técnicas diferentes como o exame visual do colo, após aplicação de ácido acético, seguido de crioterapia.

Uma nova estratégia para a prevenção do HPV e, conseqüentemente, o enfrentamento do câncer de colo uterino são as vacinas anti-HPV. Elas são capazes de prevenir de 65% a 76% das infecções e lesões devidas ao vírus (OMS, 2005a). Informações obtidas por intermédio de estudos transversais com mulheres sobre prevalência do HPV por faixas etárias permitem inferir que o contágio pelo HPV acontece no início da vida sexual, na adolescência ou por volta dos 20 anos. A maior parte destes diagnósticos dá-se entre os 25 e 29 anos, enquanto os diagnósticos de câncer cervical são mais frequentes entre 35 e 39 anos (INCA, 2006). A OMS estuda a possibilidade de sua introdução nas campanhas de combate ao câncer nos pré-adolescentes e ulteriormente estendê-lo aos rapazes.

Estima-se que de 25% a 30% dos casos de cânceres na África são decorrentes de infecções crônicas, e os tipos mais frequentes são do o colo do útero, do seio e do fígado.

Para compreender a problemática e a epidemiologia dos cânceres na região, é necessário entender as diversidades culturais, étnicas, socioeconômicas e comportamentais. Novas iniciativas para o enfrentamento dessa realidade têm surgido no continente. O *Afrocancer*, por exemplo, é uma organização não governamental que reúne vários profissionais de saúde de origem africana com o objetivo de trazer soluções inovadoras, adaptadas à realidade desse continente para reduzir a progressão da incidência e a mortalidade do câncer nas populações africanas (Afrocancer, 2007).

2.2 Políticas e programas de saúde para o rastreio do câncer

Segundo Lucchese (2004), as políticas públicas são formadas de ações concretas realizadas pelas instituições governamentais e devem ser constantemente reavaliadas para poder acompanhar as suas necessidades conforme os interesses públicos. São conjuntos de disposições, medidas e procedimentos estabelecidos entre atores governamentais e atores não governamentais no processo de fazer política. Na área de saúde, esses conjuntos visam a promover a proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade de um determinado país.

Os estudiosos e teóricos do assunto estão de acordo com o pressuposto de que a construção de políticas públicas tem como ponto de partida um corpo de conhecimento da realidade sobre o qual pretendem intervir. Entretanto, a relação política-conhecimento não se esgota nesse momento de sua formulação: as políticas devem estabelecer mecanismos que possam gerar conhecimentos e informações mais detalhados sobre essa realidade, inclusive porque ela se transforma ao longo do processo de sua implementação, seja como efeito da política ou não. Isso passa por parcerias e articulações entre instituições públicas

e privadas e estratégias para a produção de conhecimentos em distintos campos disciplinares: clínicos, epidemiológicos, sociodemográficos, antropológicos e outros (Viana, 1996).

Tanto a formulação e implementação dos distintos momentos da intervenção como o desenho dos mecanismos de conhecimento e monitoramento da realidade de saúde a qual a política pretende modificar remetem à questão do planejamento e gestão. Para abranger os aspectos de promoção, de prevenção e de assistência, as políticas devem traçar diretrizes e normas para reorganizar os serviços, hierarquizando os vários níveis de complexidade e estabelecendo padrões para fluxos e rotinas dentro e entre os serviços. Isso pressupõe também traçar planos estratégicos com objetivos e metas a serem alcançados em determinado tempo e espaço, definição de público-alvo, cobertura e mecanismos de captação da clientela e formas de integração e potencialização com outros programas.

O desenvolvimento de uma política que visa a enfrentar um problema de saúde pública e, em particular, de políticas na área do câncer cervico-uterino, deve abranger um conjunto de ações e estratégias que representam momentos diferentes da intervenção, que vão desde as ações de promoções e educação de saúde sexual e reprodutiva, passando pela prevenção secundária, diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, até a abordagem terapêutica e seguimento do câncer. Mesmo no caso da doença instalada, o objetivo da intervenção deve ser não somente a recuperação da saúde e/ou controle clínico da patologia, como também a promoção da melhor qualidade de vida da paciente (ACCP, 2006).

O desenvolvimento de um sistema de registro de informações é um instrumento fundamental para uma política de saúde. Permite quantificar o problema, avaliar e monitorar os impactos das ações realizadas, captar outras mudanças no quadro epidemiológico, não necessariamente relacionadas à intervenção, e readequar as estratégias, metas e objetivos. Outro aspecto importante de desenho e implementação de uma política de saúde é aquele dos recursos humanos e inclui questões como a alocação quantitativa e qualitativa de profissionais, capacitação e atualização, e promoção do trabalho multiprofissional. Por fim, uma questão imprescindível tanto para o desenho como para a implementação de política é uma clara determinação da fonte de obtenção, o volume e a alocação de recursos financeiros e materiais.

Em vários países, as formulações da política e da implantação de programas de combate ao câncer do colo uterino se fizeram ao longo de várias décadas. Diversos momentos puderam ser observados durante as fases da criação dos programas do Canadá, da França e do Brasil, nos quais vários setores destas sociedades foram convidados a participar para que houvesse sucesso. Em seguida, há uma descrição da experiência desses países para trazer diferentes tipos de modelo de rastreio. A escolha do Canadá deve-se ao fato deste país tentar, desde 1973, aperfeiçoar seu programa de rastreio organizando vários encontros e estabelecer metas e protocolos a serem seguidos no seu território. No caso da escolha da França como exemplo, é porque, além de o país somente ter lançado seu programa recentemente, já vem oferecendo o Papanicolau na sua rotina durante o exame ginecológico e reduzido bastante as suas taxas de incidência e mortalidade pelo câncer cervical e também por ser ainda a referência acadêmica para o Senegal desde a colonização. E, enfim, em relação ao Brasil, por ser um país emergente e com um modelo

de rastreio razoavelmente bom, apesar de várias críticas, e, além disso, por ser o país onde estudei e conseqüentemente o modelo que mais conheço.

❖ **Canadá**

No Canadá, o rastreio do câncer do colo uterino surgiu na província da Colômbia – Britânica em 1960, que lançou o seu programa. Em 1973, em adendo à Conferência dos Ministros da Saúde Canadenses, foi decidido que havia uma necessidade de lançar programas de rastreio do câncer do colo e recomendou-se no Relatório Walton que todas as autoridades sanitárias apoiassem e instaurassem estas ações nas suas províncias.

Em 1980, com o apoio de um inquérito, constatou-se que nenhuma das recomendações tinha sido aplicada de maneira a atingir todas as províncias, apesar de a população apresentar mudanças no seu comportamento sexual. Frente a estas lacunas, o grupo Walton, que tinha feito anteriormente as recomendações, reuniu-se de novo para elaborar políticas e ações mais integradas para esta patologia. Para isso, colocou nos seus objetivos a necessidade de saber a frequência dos testes de *rastreio*, as medidas de controle de qualidade nos laboratórios e os mecanismos de acompanhamento utilizados. Estabeleceram que, para que se tivesse um impacto eficaz na mortalidade causada pela doença, precisariam buscar uma melhoria da qualidade e a sensibilidade dos métodos de rastreio utilizados, e que a captação de mulheres que nunca fizeram o teste eram as prioridades, em vez de aumentar a frequência dos testes.

Quase uma década depois, foram reexaminadas as ações feitas no território canadense e notou-se que havia uma falta de eficácia dos programas, já que a população-alvo não foi atingida. Constatou-se que as mulheres que se submeteram ao Papanicolau

com diagnóstico positivo de alterações citopatológicas não faziam parte da faixa etária-alvo e que, além disto, não se podia avaliar a transparência das ações e se os exames eram coletados de maneira adequada. O grupo Walton decidiu que as seguintes perguntas tinham que ser respondidas para se ter uma melhor visão da situação do câncer cervical no país: frequência dos testes de rastreio realizados, tratamento oferecido para a patologia, sistemas de registro de informação, formação dos profissionais da área e controle da qualidade dos laboratórios e dos programas. Com todas estas dúvidas, em novembro de 1990, foi lançada uma nova metodologia de trabalho que exigia de cada cidade enviar de maneira mais frequente e regular um relatório da evolução da situação ao Ministério da Saúde.

Com o apoio do Ministério da Saúde em 1995, organizou-se um grupo de trabalho chamado “Intercâmbio 95” para mapear os obstáculos e identificar as províncias que necessitariam de mudanças nas recomendações já estabelecidas. Lançou-se, então, um programa de rastreio nacional e integrado que levou em conta os sistemas de informação, a gestão de controle de qualidade e o recrutamento de profissionais da área. O “Intercâmbio 95” recomendou às províncias e aos territórios participar da Rede de Prevenção do Câncer do Colo Uterino (RPCCU), constituída por representantes dos governos federal, provinciais, territoriais e de associações de profissionais, bem como de entidades civis, para a troca de informações. O RPCCU teve objetivos de promover reflexões sobre morbimortalidade do câncer cervical, suas causas e auxiliar o governo na implantação de seus programas e políticas de saúde ligada a esta patologia. Vários encontros foram feitos e, em 2001, o câncer do colo uterino estava classificado como o décimo segundo tipo de câncer diagnosticado entre as canadenses para o total de todas as idades. Em contrapartida, estava classificado como o terceiro nas mulheres de 20 a 34 anos e de 35 a 49 anos. Desde a

adoção do exame citopatológico com método de *rastreio*, houve uma redução radical de 50% no número de casos por ano. A incidência do câncer invasivo do colo uterino igualmente diminuiu muito devido à baixa das taxas de lesões precursoras do câncer fácil de serem detectadas no teste de Papanicolau. Em média, 1.000 mortes por câncer cervicouterino são evitadas a cada ano graças à melhoria nas medidas de luta e de vigilância. Nas estimativas de 2008, foram previstos 1.300 novos casos no território canadense, com 380 vítimas fatais. As taxas de incidência do câncer do colo do útero e mortalidade ligada a esta doença estão em queda graças à adesão integral e regular ao teste Papanicolau. Em certas províncias, programas de vacinação contra HPV estão sendo implantados para reduzir as taxas de incidência e de mortalidade pela doença a longo prazo. Mas a continuação do rastreio pelo método de Papanicolau continua sendo a melhor medida de prevenção. A faixa etária mais exposta continua sendo de 20 a 59 anos, devido à sua estreita ligação com o comportamento sexual, resultando apenas uma queda de 3,3% na mortalidade pela doença (Canadá, 1998, 2008).

❖ França

Os progressos da medicina no século XX e a legalização da pílula em 1967 pelo movimento de libertação das mulheres fizeram evoluir a situação da condição feminina na França. As mudanças na condição da mulher, sua maior autonomia e a liberação dos costumes permitiram concretizar seu acesso à prevenção e aos tratamentos da saúde sexual e reprodutiva. Foi igualmente uma liberação no plano sexual. As mulheres podiam, pela primeira vez, controlar a sua fertilidade com o uso da contracepção e fazer amor sem temer

uma gravidez indesejável. Com o apoio dos médicos e ginecologistas, multiplicou-se a procura por prevenção e pelo tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Assim, o Papanicolau passou a ser rotina nas consultas ginecológicas. Atualmente, 90% dos exames preventivos coletados na França são feitos em consultório. Nota-se, então, na França, que as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero não cessaram de diminuir desde as duas últimas décadas. Este é o oitavo tipo de câncer feminino em número de novos casos e o décimo quinto tipo de câncer feminino em número de mortes. O seu rastreio por um teste citológico é recomendado para as mulheres de 25 a 65 anos, de acordo com um ritmo trienal, após dois exames normais com um ano de intervalo.

Em 2002, o câncer do colo uterino ocupava o 21º lugar na lista de todos os cânceres incidentes. Detectavam-se 3.400 casos a cada ano, com aproximadamente 1.000 vítimas fatais por ano. Esses números foram alcançados graças à extensão do rastreio regular desde há cerca de trinta anos. Assim como em outros países desenvolvidos na Europa, em que recenseou-se 33.000 novos casos em 2002, com 15.000 óbitos, segundo o *Institut National du Cancer en France*, 40 mulheres morrem diariamente na França. Entre 1980 e 2005, a taxa de incidência do câncer do colo do útero diminuiu 2,9%. Ao mesmo tempo, a taxa de mortalidade teve uma queda média de 4,0% ao ano. No entanto, este recuo tende a ser lento desde 2000. Entre 2000 e 2005, a taxa de incidência era de 1,8% e a de mortalidade de 3,2% (INCA, 2002).

Apesar de não existir até agora na França um programa nacional organizado de combate ao câncer cérvico-uterino, o câncer do colo uterino está cada vez se tornando uma doença mais rara, embora haja certas situações epidemiológicas específicas que podem fazer evocar um risco aumentado de câncer do colo do útero, por exemplo, certas

possessões ultramarinas. A idade de início recomendada para o rastreamento das lesões precursoras desta patologia foi baixada para 20 anos. E é por isso que, desde 1990, em cinco departamentos (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Doubs, Isère e Martinica), estruturas específicas de gestão responsável pela coordenação em nível local foram criadas. Em fevereiro de 2004, por lei, foi assegurado a todas as mulheres o direito de fazer o seu preventivo pelo seguro-saúde. Foram também reforçadas as ações de rastreamento do câncer cervical facilitando o acesso ao Papanicolau nos serviços de planejamento familiar e de medicina do trabalho para a camada feminina que não tinha por costume fazer seu preventivo trienal (INVS, 2008).

Em 2008, somente três estruturas de gestão organizaram o rastreamento ao câncer do colo do útero: Isère, Alsácia (Bas-Rhin e Haut-Rhin) e Martinica. O Doubs está com seu programa parado desde o fim 2004. Várias estratégias de convite foram desenvolvidas para que as populações-alvo sejam atingidas com a ajuda dos médicos generalistas e ginecologistas como multiplicadores da oferta do preventivo (INCA, 2007).

❖ **Brasil**

Em relação ao Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas o movimento feminista questionou o enfoque limitado deste programa e a concepção estreita de considerar a saúde da mulher apenas em seu papel materno. Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, a questão do planejamento familiar passou a ser defendida dentro do contexto da saúde integral da mulher. Dessa crítica nasce um ideal de construir políticas voltadas para a assistência à mulher. Sem dúvida, as

mulheres já eram consideradas anteriormente parte de uma população-alvo prioritária: a população materno-infantil. Mas há uma ruptura radical entre essa noção de grupo materno-infantil e a de mulher que integrará a população-alvo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O resultado foi o lançamento do PAISM em 1983, que concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), assim como de doenças ocupacionais e mentais.

O PAISM representou um grande avanço em relação a toda discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos de natalidade e controle das políticas macroeconômicas do país. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase quanto a responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social promoveram, em outubro de 1988, uma reunião para discutir a periodicidade e a faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Em outubro de 1993, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer e da Sociedade Brasileira de Citopatologia, promoveu um “Seminário nacional sobre nomenclatura e controle de

qualidade dos exames citológicos e prevenção do câncer cérvico-uterino”. A nova nomenclatura, baseada no Sistema de Bethesda – 1988 (Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos), somente foi incorporada universalmente pelos laboratórios de citopatologia que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1998, com a implantação, em todo o país, do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

No Brasil, até meados da década de 1990, não existia uma política nacional para o câncer do colo uterino. Na primeira fase do programa, em 1996, foi lançado o Projeto Piloto Viva Mulher, que rastreou 124.440 mulheres, em seis localidades brasileiras. Os resultados foram alarmantes, demonstrando que 57% das mulheres de 35 a 49 anos nunca tinham realizado a citopatologia, e 60% das mulheres rastreadas não tinham completado o Ensino Fundamental. Um total de 3,7% de todos os exames tiveram alguma alteração citológica, sendo 79,8% de lesões de baixo grau, ASCUS ou AGUS, e 20,2 % de lesões de alto grau e câncer (INCA, 2002).

O programa teve a sua fase de intensificação de agosto a dezembro de 1998. Nessa fase, o foco foram mulheres de 35 a 49 anos de idade, aproximadamente 12 milhões de pessoas, das quais se estimava que cerca de 5,7 milhões nunca haviam feito o exame citopatológico (Papanicolau). A meta era alcançar quatro milhões de mulheres, privilegiando aquelas que jamais se submeteram ao exame. A coordenação foi assumida pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, que criou uma rede para coleta de material, facilitou a logística de transporte de lâminas para os laboratórios, ampliou e qualificou a rede laboratorial para o exame citopatológico e procurou prover

toda a infraestrutura necessária para alcançar os objetivos do programa, assegurando assim melhorar a qualidade do atendimento à mulher.

Em 1999, iniciou-se a fase de consolidação do programa. Sob a coordenação do INCA, em parceria com as sociedades científicas, foram definidas diretrizes para articular e integrar uma rede nacional para controle do câncer do colo do útero e de mama – sendo a introdução desse último uma novidade no programa. A capacitação de recursos humanos, elaboração de materiais educativos para treinamentos, criação de um sistema de monitoramento externo de qualidade e o mapeamento da rede de serviços e avaliação dos principais problemas na implantação do Viva Mulher marcaram essa fase.

Hoje, o Programa Viva Mulher está presente em todos os 26 estados brasileiros. O Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) permite acompanhar a evolução da cobertura do programa e das taxas de incidência. Por exemplo, nas regiões Sul, Sudeste e Central, há evidência de redução da incidência entre os anos de 2005 e 2007. Nas regiões Norte e Nordeste – áreas mais pobres e com estrutura de saúde mais precária –, a incidência se manteve durante esse período em torno de 22/100.000 mulheres (INCA, 2006b; INCA 2008).

De uma maneira geral, o sucesso dos programas de câncer de colo uterino está relacionado a fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, e tratamento e acompanhamentos adequados. No Brasil, estima-se que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada por meio do rastreamento, com o teste de Papanicolau, de todas as mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos. Atualmente, a cobertura é de 50%. O protocolo brasileiro recomenda que

mulheres com até 49 anos devam se submeter ao rastreamento apenas uma vez a cada três anos, após apresentarem resultados negativos por três anos seguidos. Mulheres entre 50 e 65 anos, com as mesmas condições, devem submeter-se ao teste a cada cinco anos. A garantia da organização, da integralidade e da qualidade do programa de rastreio também tem sido enfatizada pelas autoridades de saúde (INCA, 2006c).

2.3 Carcinoma de colo uterino e infecção pelo HPV: aspectos biológicos e clínicos

Em seres humanos, o vírus é transmitido predominantemente por via sexual, e alguns tipos de HPV são reconhecidos como o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero (Pinotti *et al*, 2005).

Até o momento, mais de 200 tipos de HPV foram descritos, sendo agrupados de acordo com a especificidade tecidual, podendo infectar o colo uterino, a vagina, a vulva, a uretra ou a região anal feminina, assim como mucosas e pele na região genital masculina. A presença de certos tipos de HPV no trato genital feminino está associada com inúmeras doenças, incluindo o condiloma, a papulose bowenóide, a neoplasia intraepitelial cervical, vaginal e vulvar e o carcinoma (Pasteur, 2006).

Os variados tipos de HPV são classificados como de baixo ou de alto risco, dependendo da associação com o câncer uterino e suas lesões precursoras. Os tipos 16 e 18 têm sido considerados de alto risco para desenvolvimento de câncer do colo de útero. Os HPV dos tipos 31, 33 e 35 têm demonstrado ter risco intermediário. Conseqüentemente, os cânceres associados com a presença destes tipos são menos comuns do que aqueles

associados com os tipos 16 e 18. Esses cinco tipos são responsáveis por quase 80% dos cânceres cervicais. Os tipos de HPV intermediários 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 68 têm sido identificados como os principais HPV em lesões recidivantes. Os subtipos de HPV de baixo risco estão relacionados a lesões benignas, tais como condiloma, e também à neoplasia intra-epitelial cervical de grau I (NIC I); IARC, 2007; Bosch *et al*, 2002; INCA, 2006c; Burd, 2003; Munoz *et al*, 1992).

A transmissão do HPV ocorre pelo contato da pele-pele, mucosa-pele ou mucosa-mucosa. Os estudos epidemiológicos indicam claramente que o risco de contrair a infecção genital por HPV e desenvolver câncer cervical está associado à atividade sexual, sendo a infecção considerada uma doença sexualmente transmitida (DST).

A literatura tem apontado como fatores de risco para a contração da infecção pelo HPV e, potencialmente, desenvolvimento de câncer cervical: início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros, uso de anticoncepcionais orais, tabagismo, história de DSTs prévias, como *Chlamydia trachomatis* e herpes simples inadequadamente tratadas. (Adam *et al*, 2000; Cooper *et al*, 2007; Madhue *et al*, 2004; Bosh *et al*, 1995; Shepherd *et al*, 2007). O câncer do colo uterino está estreitamente ligado à situação socioeconômica dos pacientes (Who, 2002).

Vários estudos consideram que 10% das mulheres que têm contato com o HPV desenvolverão algum tipo de lesão intraepitelial cervical (Santos *et al*, 2003; Pasteur, 2006). Esta patologia afeta a parte mais estreita e inferior do útero, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais frequente após os 40 anos (Neto *et al*, 2001). A maioria dessas infecções regride espontaneamente, entretanto elas podem permanecer anos na forma

subclínica. A taxa de transmissão é alta, sendo a contaminação por via sexual a forma mais comum. Estima-se que de 60% a 70% das pessoas com vida sexual ativa já tiveram contato com vírus (Rama *et al*, 2006).

2.4 Metodologia de rastreio e classificação das lesões

O rastreamento do câncer do colo do útero por meio da citologia cervico-vaginal – também chamado de exame oncótico, *test Pap* ou teste de Papanicolau – tem sido reconhecido como o método de rastreamento mais bem-sucedido na história da medicina. As alterações citopatológicas cervicais foram descritas em 1928 pelo Dr. George Nicholas Papanicolau, um médico grego. Entretanto, suas pesquisas foram aceitas pela comunidade científica somente em 1943, após a publicação, em coautoria com Herbert Traut, do livro *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear* (Thuler *et al*, 2007). A partir da década de 1950, o Papanicolau como método de rastreamento (*screening*) do câncer do colo uterino foi adotado nos países da América do Norte e da Europa em programas e políticas de combate a essa doença, por ser um procedimento de baixo custo e de fácil execução.

A classificação das lesões precursoras do câncer de colo uterino tem sido objeto de discussão ao longo das últimas décadas. Em 1968, Richart criou o termo neoplasia intracervical (NIC) para designar essas lesões, classificando-as em graus I, II e III. A NIC I correspondia à displasia leve, a NIC II à displasia moderada e a NIC III à displasia grave e carcinoma *in situ*.

Em 1988, a comunidade científica criou um sistema para estabelecer um padrão de diagnóstico citológico dos esfregaços cérvico-uterinos e uniformizar a nomenclatura, chamado de sistema de *Bethesda* (TBS), que tem sido usado internacionalmente. Esse

sistema introduziu inovações como: critérios de adequabilidade da amostra; normas para a interpretação dos resultados, em função da presença ou não de atipias epiteliais de células escamosas ou de células glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo de infecção pelo HPV e divisão das lesões intraepiteliais em baixo e alto grau (Santos *et al*, 2004; Wright *et al*, 2002; Silva *et al*, 2004; Solomon *et al*, 2002; INCA, 2006c.). A divisão em lesão de alto grau e de baixo grau foi para aumentar a reprodutividade e relacionar a nomenclatura com a conduta clínica.

Desde sua criação em 1988, o TBS já sofreu duas revisões – em 1991 e em 2001 – em função das altas taxas de discordância na leitura e interpretação das lâminas e os índices de falsos positivos e falsos negativos (Santos *et al*, 2003). As revisões foram resultados dos workshops para discutir os avanços científicos e questões controversas que surgiram após implantação da nomenclatura, mas também tiveram objetivos mais amplos, como revisar os critérios usados pelos citologistas. Além disso, a disponibilidade de dados dos estudos que usaram a terminologia Bethesda, publicados na literatura entre 1988 a 2001, permitiu melhor entendimento da patogênese e da história natural do HPV e de suas lesões precursoras. A terminologia não é estática, ela evoluiu com o crescente entendimento da patogênese e biologia da doença. Recentemente, o Instituto Nacional do Câncer do Brasil lançou a Nova Nomenclatura para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (INCA, 2006c) com adaptações das classificações utilizadas à realidade brasileira.

O método visual com a inspeção do colo após aplicação do Lugol (IVL) ou Ácido-Acético (IVA) é preconizado pelo OMS para os países com sistemas de saúde mais precários. (PATH,2004, Sankaranarayanan, 2002; ACCP, 2006. Tanto o IVL quanto o IVA

não necessitam de nenhuma análise de laboratório, os resultados são imediatos e o tratamento pode ser dispensado durante a mesma consulta e ser realizado em numerosas situações (ACCP, 2006). Vários estudos mostraram que a sensibilidade do IVA é idêntica, até mesmo superior à da citologia convencional, mas com uma especificidade mais baixa (ver Tabela 1).

Pesquisadores como Sankaranarayanan (2007; 2009) ou Nene (2007) mostraram que em países onde a cultura é muito rígida em relação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres – que na maioria das vezes não procuram atendimento ginecológico – o rastreamento do câncer do colo uterino com o teste do DNA do HPV poderia se mostrar mais eficaz e adaptável. Mesmo sendo menos específico, o método tem uma sensibilidade igual a do método convencional de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, e tem a vantagem de ser muito mais aceito pelas mulheres, já que o material para exame é autocoletado pela paciente, podendo aumentar assim a adesão e a cobertura de programas de rastreamento de grande porte. Segundo pesquisa realizada por Nene e colaboradores em 2007 numa zona rural da Índia entre 1999 e 2003 com uma incidência de 27.4/100.000 de casos de câncer cervical houve participação de 79% das mulheres na faixa etária de 30 a 59 anos. Além da alta taxa de adesão, os pesquisadores mostraram que os resultados deste método de teste de DNA eram disponíveis algumas horas depois do exame, permitindo que o seguimento fosse feito quase imediatamente – a colposcopia era feita no mesmo dia em caso de resultado positivo – e possibilitando evitar perdas, quando se compara com outros métodos. Outra vantagem citada pelos pesquisadores é a possibilidade de fazer vários testes de diferentes pacientes no mesmo tempo, reduzindo assim o custo do exame (Tabela 1).

Tabela 1: comparação entre diferentes tipos de exame de rastreio do câncer do colo uterino (ACCP, 2006)

Características	Citologia cervical	Novos testes de rastreio		
		Testes baseados na inspeção visual		
		Teste DNA- HPV	Inspeção visual com o ácido - acético (IVA)	Inspeção visual com a solução de Lugol (IVL)
Sensibilidade, especificidade com as HSIL e Cânceres invasivos	Sensibilidade= 47–62% Especificidade= 60–95%	Sensibilidade= 66–100% Especificidade = 62–96%	Sensibilidade= 67–79% Especificidade = 49–86%	Sensibilidade= 78–98% Especificidade = 73–91%
Nombre de visites requises pour le dépistage et le traitement	2 a mais visitas	2 a mais visitas	Pode ser feita durante uma única visita quando há tratamento ambulatorial	Pode ser feita durante uma única visita quando há tratamento ambulatorial

Fonte: ACCP, 2006

A seguir observamos um quadro que compara os principais aspectos dessas classificações.

Quadro 1: Principais classificações das lesões precursoras de câncer de colo uterino

Classificação	Analogia das Alterações citológicas/Lesões cervicais				Câncer invasivo
Papanicolau	Classe III e IV				Classe V
OMS 1952-73	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	Carcinoma in situ	Carcinoma escamoso invasivo
Richart 1968	NIC I	NIC II	NIC III		
Bethesda 1988	LIE baixo grau HPV	LIE de alto grau			
Bethesda 1991	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)			
Bethesda 2001	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)			Carcinoma invasivo

Fonte: Adaptação das tabelas de INCA (2002a) e Solomon (2002).

A transmissão do HPV ocorre pelo contato da pele-pele, mucosa-pele ou mucosa-mucosa. Os estudos epidemiológicos indicam claramente que o risco de contrair a infecção genital por HPV está associado à atividade sexual, sendo a infecção considerada uma doença sexualmente transmissível (DST).

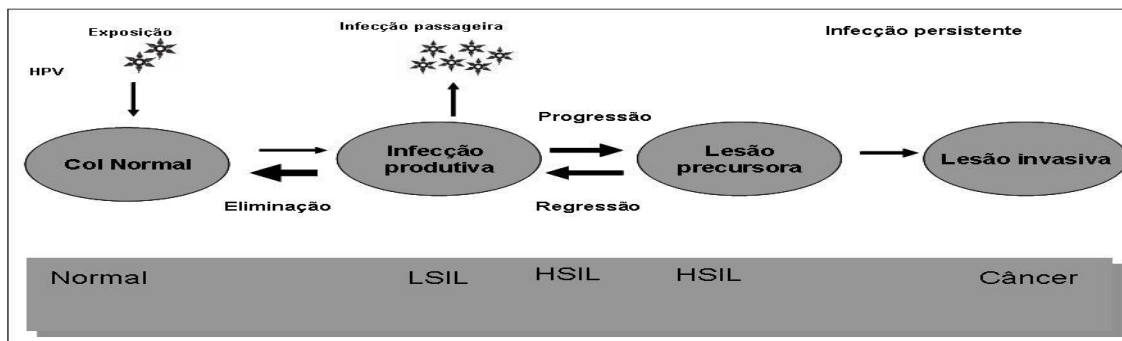
Os principais fatores de risco para a contração da infecção pelo HPV e, potencialmente, desenvolvimento de câncer cervical são: início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros, uso de anticoncepcionais orais, tabagismo, história de DST prévias, como *Chlamydia trachomatis* e herpes simples inadequadamente tratadas. (Adam *et al*, 2000; Cooper *et al*, 2007; Madhue *et al*, 2004; Bosh *et al*, 1995; Shepherd *et al*, 2007). O

HPV está estreitamente ligado à situação socioeconômica dos pacientes (Khan *et al*, 2005; Who, 2002).

Vários estudos consideram que 10% das mulheres que têm contato com o HPV desenvolverão algum tipo de lesão intraepitelial cervical (Santos *et al*, 2003; Pasteur, 2006). Esta patologia pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais frequente após os 40 anos (Eluf-Neto *et al*, 2001). A maioria dessas infecções regride espontaneamente, entretanto, elas podem permanecer anos na forma subclínica (Figura 1). A taxa de transmissão é alta, sendo a contaminação por via sexual a forma mais comum. Estima-se que de 60% a 70% das pessoas com vida sexual ativa já tiveram contato com o vírus (Rama *et al*, 2006).

A evolução das lesões pré-neoplásicas é lenta, havendo possibilidade de serem tratadas e consequentemente prevenir o câncer invasivo. A gravidade das lesões intra-epiteliais é dependente do genótipo do vírus e calcula-se que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, ao passo que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento (Lytwyn *et al*, 2000; Cutts *et al*, 2007).

Figura 1: Seqüência típica de eventos na história natural do câncer do colo do útero



Fonte: WHO, 2007

A classificação do Bethesda define as alterações celulares epiteliais em dois grupos, dependendo da célula afetada: escamosas ou glandulares. Quanto à abordagem terapêutica preventiva, na fase de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), (abrangendo HPV/displasia leve/NIC I), recomenda-se acompanhamento da mulher e tratamento de possível coinfeção, mas se a infecção persiste por mais de dois anos, com uma colposcopia sugestiva de LSIL, a cirurgia de alta frequência (CAF) será realizada. Em relação à lesão intraepitelial escamosa de alto grau (abrangendo: displasia moderada e acentuada, CIS; NIC II e NIC III), vários tratamentos podem ser feitos. Por exemplo, a CAF e a conização com bisturi frio, eletro-agulha ou laser, na dependência de sua localização. Outro método de abordagem das lesões precursoras, em caso de persistência da lesão após tratamento por CAF ou conização, é a traquelectomia. Esta abordagem é recomendada em mulheres em pós-menopausa ou sem mais desejo de procriação. A histerectomia é uma técnica de tratamento usada quando não há possibilidade e condições adequadas de seguimento da paciente ou então na ausência de condições anatomo-fisiológicas (vagina estenosada e colo atrófico) que impossibilitam qualquer forma de tratamento acima citado (INCA, 2006).

A inserção e ascensão da mulher na vida pública, incluindo o mercado de trabalho, a divulgação dos métodos anticoncepcionais e os movimentos feministas foram fatores que contribuíram para uma maior liberdade no comportamento sexual feminino. Nesse cenário, a precariedade de informação e educação para a saúde sexual e reprodutiva, a falta de acesso a serviços de saúde adequados e questões relacionadas às desigualdades de gênero podem tornar as mulheres mais vulneráveis às DSTs (Diógenes *et al*, 2006). O uso do preservativo masculino ou feminino pode não proteger adequadamente os indivíduos da

exposição ao HPV quando a infecção é localizada nos lábios, bolsas escrotais ou tecidos anais que não são protegidos por esse método (Adam *et al*, 2000).

Indivíduos imunossuprimidos, como portadores do vírus HIV, pacientes submetidos a transplantes ou aqueles com doenças com deficiência de células T, em geral, apresentam uma maior prevalência de infecções, inclusive por HPV (Pinotti, 2005). Mulheres HIV positivo apresentaram maior prevalência de anormalidade citológica e mais presença do DNA-HPV na cérvix uterina, quando comparadas àquelas soronegativas (Souza *et al*, 2001). Vários estudos utilizando a técnica de PCR para detecção de DNA-HPV, realizados desde 1992, demonstraram a presença do HPV entre 40 a 98% nas mulheres soropositivas e 13 a 56% nas soronegativas (Melo *et al*, 2003; Ferenczy *et al*, 2003). Estudo realizado no departamento de Dakar com uma amostra de 3.354 mulheres que realizaram o Papanicolau no *Hopital Aristide Le Dantec* mostrou que das 680 pacientes com citologia cervical positiva (20,3%) 1,5% era HIV positivo (Dem *et al*, 2006). O documento base do Plano Estratégico de Luta contra a AIDS do Senegal (CNLS, 2007) faz referência a estudos que mostraram que a prevalência de lesões intraepiteliais escamosas nas mulheres HIV-positivo passa de 31 a 63%.

3. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1. Objetivo geral

Descrever a situação do rastreio de lesões precursoras do câncer do colo uterino nas unidades da rede pública de saúde do Departamento de Dakar, no Senegal.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever as ações de saúde de rastreio das lesões precursoras do câncer de colo uterino.
- Descrever as características das mulheres que fizeram o Papanicolau segundo a idade, paridade e etnia.
- Estudar a frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor numa amostra de mulheres que realizaram o Papanicolau nas unidades públicas de saúde do Departamento de Dakar, no ano de 2007.

4. O SENEGAL

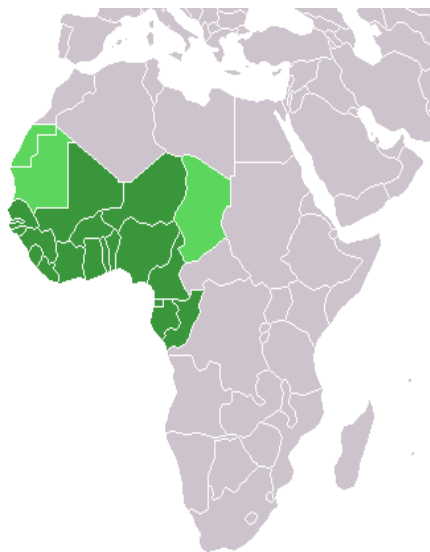
4.1 Aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais

O Senegal é resultado da agregação de diversos povos, etnicamente diferentes, no período da colonização francesa, que soma cerca de quatrocentos anos. O país obteve sua independência política em 1960. Esta realidade se materializa em sete línguas nacionais e mais uma administrativa – o francês. Entretanto, a colonização francesa não foi a única responsável neste processo eclético de organização do povo senegalês. Além de ter uma gama de oito línguas oficiais em apenas um território nacional, a população senegalesa pratica também várias religiões: cada etnia tem sua prática nativa, além das religiões importadas como o islamismo e o cristianismo ortodoxo, episcopal e romano. Porém, é a religião muçulmana que tem mais adeptos: mais de 90% da população seguem o Islã (MSP, 2006).

O impacto da filosofia da religião muçulmana sobre a vida cotidiana de boa parte da população não provém só do número de praticantes, mas sim da força que a religião desempenha na vida política do país, desde os tempos da colonização. A religião muçulmana chegou ao litoral norte do país no século XI, mas sua expansão se deu no século XIX com a ajuda da administração francesa. A religião muçulmana senegalesa tem a sua especificidade em relação ao Islã seguido no resto do mundo por causa das confrarias dirigidas por um guia espiritual cuja sucessão é de pai para filho. O peso desta religião sobre o rumo da política acontece pela via dos grandes guias espirituais, ou *marabouts* (Seck, 2004).

A República do Senegal, situada no oeste da África, é limitada ao norte pela República Islâmica da Mauritânia, ao leste pelo Mali, ao sul pela Guiné Bissau e a Guiné Conakri. Ao oeste, o Senegal tem 700 km de costa atlântica. A Gâmbia, que é um enclave de terra sobre o curso inferior do rio do mesmo nome, é situada entre as regiões de Kaolack ao norte e Ziguinchor ao sul. O Senegal é um país plano, cuja altitude raramente excede 100 metros. Sua rede hidrográfica é constituída por quatro grandes rios (o Senegal, o Gâmbia, o Casamance e o Saloum) e por afluentes dos quais o mais importante é o Lac de Guier ao norte do país (*Ministère de l'Économie et des Finances*) (MEF, 2006). O país é formado por 11 regiões: Dakar, Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Tambacounda, Thiès e Ziguinchor. Elas se dividem em 34 departamentos, de 67 comunas, 103 distritos e 324 comunidades rurais. Dakar, sua capital, é situada no extremo oeste do Senegal e do continente africano, ocupando uma posição estratégica muito interessante para as rotas internacionais do Atlântico meridional e central (ver as figuras 2 e 3).

Figura 2: Mapa da África



Fonte: <URL: <http://www.afrique-evasion.com/images/Pays>>

Figura 3: Mapa de Senegal



Fonte: Fonte:<URL: <http://www.who.int/countries/sn/en>>

Antiga capital da África Ocidental Francesa (AOF), Dakar herdou da colonização um papel estratégico no plano econômico e comercial não só do Senegal, mas da África e do resto do mundo. Atualmente, Dakar constitui um centro cosmopolita de encontro e de troca no plano cultural, político e comercial, tanto no nível sub-regional como internacional. Grande parte dos recursos econômicos, sociais, administrativos e políticos do país está concentrada na capital. Ela abriga a sede do governo e da Assembléia Nacional e também a quase totalidade das organizações nacionais e internacionais instaladas no país.

O Senegal é uma república presidencialista desde 1960, apesar de, nesse quase meio século de independência, o país ter apenas três presidentes. Isso reflete a concentração do poder político e econômico nas mãos de uma elite muito reduzida.

Em 2004, o país ocupava a 157ª posição em 175 lugares no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Com um PIB *per capita* de 1.232 dólares (EUA), é

classificado entre os países mais pobres do mundo (MSP, 2006; MEF, 2006). A economia senegalesa é a quarta maior economia da África, ficando atrás da Nigéria, de Gana e da Costa de Marfim, e se baseia no setor agrícola. Além da agricultura, há comércio, pesca, exploração florestal e exploração mineira, e também indústrias primárias, que são ligadas à extração dos recursos da terra.

No último censo populacional, realizado em 2004 pela *Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie* (ANDS), o país possuía 10.620.000 habitantes, divididos em uma vintena de grupos étnicos, dos quais os principais são os Wolof (43%), os Pulaar (24%) e os Sérères (15%). Os estrangeiros representam cerca de 2% da população. A concentração populacional é de 54 habitantes por quilômetro quadrado (MEF, 2006).

A taxa de crescimento populacional é alta, 2,7% por ano, com uma forte proporção de jovens com menos de 25 anos, representando 58% da população. A esperança de vida ao nascer é de 54 e 57 anos, para homens e mulheres respectivamente. As mulheres correspondem a 52% da população senegalesa (MEF, 2006).

A degradação das condições de vida nas zonas rurais favoreceu importantes fluxos migratórios para as grandes cidades, provocando uma grande disparidade nos níveis de urbanização. Um total de 22% da população senegalesa se concentra na capital, que ocupa só 0,3% do território nacional (MSP, 2006; MEF, 2006).

No que diz respeito à educação, as despesas públicas atribuídas ao ensino são menos favoráveis às camadas mais pobres. A taxa bruta de escolarização elementar está em constante progressão e passa de 69,4% para 82,5% entre 2001 e 2005, mas continua a ser insuficiente. A escolarização das meninas no Ensino Fundamental é relativamente fraca.

As meninas representavam 46,5% dos estudantes do Ensino Elementar em 2001 contra 42,4% em 1992 (MSP, 2006).

Para concluir, é importante acrescentar algumas informações sobre aspectos das tradições senegalesas e como elas afetam as condições de vida das mulheres. A forte hierarquização das estruturas tradicionais majora as desigualdades sociais, inclusive entre homens e mulheres, o que afasta a população feminina das instâncias de decisão e dos meios de produção, gerando um impacto negativo sobre sua presença nas escolas (MEF, 2006).

No Senegal, o meio sociocultural influencia e condiciona os comportamentos dos diferentes atores perante a situação sanitária. Crenças discriminatórias contra as mulheres atravessam várias culturas e sociedades e têm induzido ao longo do tempo práticas lesivas para a saúde física e/ou mental das meninas e de mulheres de qualquer idade. Segundo a Anistia Internacional, de 15% a 20% de meninas têm sido submetidas a mutilações genitais femininas (MGF) anualmente. A média de idade em que se pratica este ritual varia entre os 2 e os 12 anos, dependendo dos grupos. Em diferentes tradições, são removidos o clitóris ou os lábios vaginais. Uma das práticas de maior gravidade – chamada infibulação – consiste na costura dos lábios vaginais ou do clitóris, deixando uma abertura pequena para a urina e a menstruação. Esta barbaridade tem graves consequências imediatas como hemorragia, infecções localizadas e septicemias. Além disso, pode deixar sequelas que persistem durante uma vida toda: infecções genitais e urinárias, dores e lacerações durante as relações sexuais, hemorragias e fístulas obstétricas que acarretam também infertilidade. É importante ressaltar que a MGF é uma prática pré-islâmica e que o Corão não faz menção em nenhum versículo a ela. Em contrapartida, também é necessário precisar que

nem todos os países africanos praticam a MGF e nem todos os grupos étnicos do mesmo país a levam a cabo. Como, por exemplo, o Senegal, no qual a maioria da população é Wolof e não executa o ritual (UNICEF, 2005; OMS, 2006).

A prática de MGF é um dos crimes com base no gênero e em valores de honra que ainda afetam jovens e mulheres em cerca de 28 países do continente. Desde 1999, o Presidente Abdou Diouf sancionou a lei 299 no código penal, incluindo as MGFs na lista de atos criminosos e a sentença pode ir de um a cinco anos de prisão.

Outra particularidade da cultura senegalesa é a prática da poligamia. O país é laico, com 90% de muçulmanos. O Corão autoriza o homem a ter no máximo quatro mulheres. A poligamia foi incorporada ao código civil, para poder atender aos praticantes desta religião. Para compreender a frequência da poligamia no Senegal, é preciso entender que o homem ocupa a posição mais alta no seio da comunidade. A dominação masculina tenta se justificar também em certas leituras patriarcais da religião que estimulam que as mulheres permaneçam nos lares. O trabalho é monopolizado pelos homens, e as mulheres não podem prover as suas necessidades. Para a grande maioria delas, casar-se é obrigação. Nesta sociedade, não se casar constitui um verdadeiro drama. As mulheres que não encontram um marido após os 25 ou 30 anos são estigmatizadas e marginalizadas.

A prática da poligamia e o casamento precoce favorecem a disseminação de DST/AIDS, colocando em risco a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres (Seck, 2004). Em certas etnias como, por exemplo, nos Toucouleurs, Peuls, Malinké e Soninké, o casamento, na maioria das vezes, acontece para a mulher em idade bem jovem, antes dos 10 anos, e geralmente sem o consentimento da própria interessada. A média de idade para

o primeiro casamento situa-se, ainda hoje, em redor de 15 anos. O casamento precoce, arranjado ou forçado, é justificado pela cultura como necessidade de prevenir vagabundagem sexual e desonra da família em caso de gravidez fora de casamento. A médio prazo, as consequências podem ser desastrosas. O desenvolvimento incompleto das vias genitais da jovem adolescente, quando grávida, resulta num trabalho de parto prolongado e, com as estruturas de saúde na maioria das vezes precárias, ela não pode ser submetida à cesariana. Essa realidade contribui para o aumento da morbi-mortalidade materna e infantil (Anistia Internacional, 2005).

Outros tipos de casamento que podem colocar a saúde sexual e reprodutiva em risco são o *lévirat* – casamento que obriga um homem a tomar por mulher a viúva do seu irmão morto – e o *sorat*, que obriga uma mulher a casar-se com o cônjuge da sua irmã falecida. Os filhos nascidos deste novo matrimônio têm o mesmo estatuto que as crianças do primeiro marido. Para certas etnias senegalesas, a prática do *lévirat* é a uma medida de proteção social da qual se beneficiam as viúvas e órfãos e que, frequentemente, aparece combinada com a poligamia. Este casamento é questionado muitas vezes quando as causas de morte podem ter sido por doenças como AIDS ou hepatites C e B.

4.2. Assistência à Saúde no Senegal

A primeira etapa da descentralização do sistema de saúde no Senegal aconteceu na Reforma Administrativa Local, de 1972. Após a Conferência Mundial Alma-Ata, em 1978,

foi instituído o *Programme de Soins de Santé Primaire* como Base da Política de Saúde, impulsionando a organização da atenção básica. Em 1998, uma reforma hospitalar entrou em vigor pela lei 98.12, no intuito de organizar a rede de estabelecimentos de atenção secundária e terciária, criando hospitais públicos nacionais e regionais.

Os objetivos dessa reforma eram garantir para todos o acesso equitativo à saúde, em todos os níveis. A persistência da precariedade do acesso, da estrutura e da qualidade da atenção à saúde na rede pública, a má gestão dos recursos públicos e a existência de um quadro sanitário ruim, apontado por todos os principais indicadores de saúde, levaram o novo governo a fazer uma reforma hospitalar em 2002. Foi constatado que, apesar de o setor privado sanitário ser mais caro para as populações, essas preferiam gastar mais e ter acesso a uma medicina de alta tecnologia e de qualidade e competência reconhecida, além do bom acolhimento. Nessa mesma conjuntura, o Ministério da Saúde, em cooperação com instituições acadêmicas e científicas nacionais e internacionais, começou a desenhar um conjunto de políticas e programas para enfrentar alguns dos principais problemas de saúde pública no Senegal, como mortalidade materna e infantil, gravidez na adolescência e saúde sexual e reprodutiva, DST e AIDS, malária, tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas, anemia falciforme e câncer, entre outros. Os compromissos assumidos com os organismos internacionais e o apoio técnico e financeiro dos mesmos ajudaram a impulsionar de modo historicamente inédito a construção de políticas de saúde, de âmbito nacional.

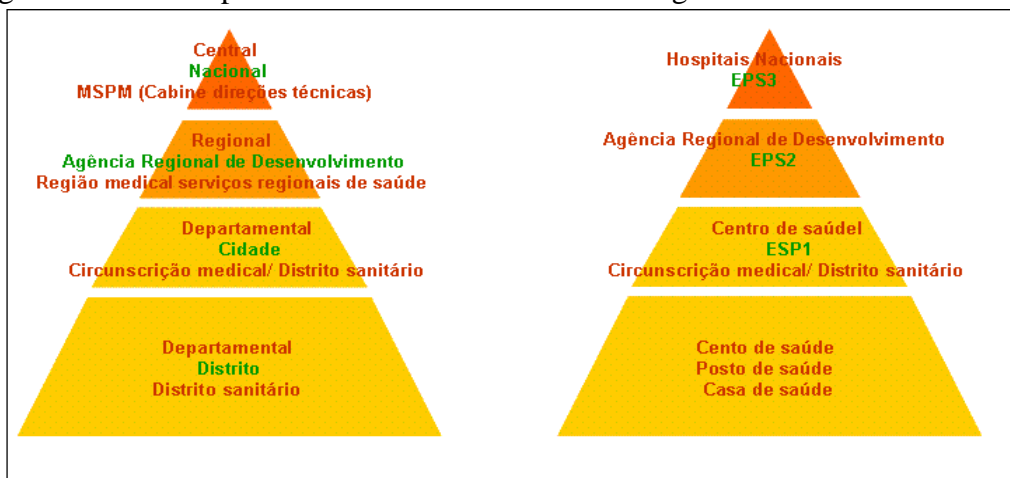
No Senegal, o sistema de saúde é misto, com oferta pública e privada. O governo subvenciona 53%, a população 11%, as organizações não governamentais (ONGs) locais

6%, e a cooperação internacional 30%, como em um bom número de países da região subsaariana.

Em termos de organização do sistema de saúde, o modelo senegalês apresenta-se sob forma de uma pirâmide de três níveis:

- Nível periférico: corresponde ao distrito sanitário, composto de centros de saúde e postos de saúde. O distrito sanitário compreende no mínimo um centro de saúde e uma rede de postos de saúde. Cobre uma zona geográfica que pode abranger um departamento inteiro ou uma parte do departamento. Cada distrito ou zona operacional é gerido pelo médico-chefe. O Senegal conta com 63 distritos sanitários.
- Nível regional:¹ corresponde à região médica com seus hospitais regionais. Em cada região, o sistema é dirigido por um médico de saúde pública.
- Nível central: corresponde ao nível nacional de gestão, e sob sua administração estão os hospitais nacionais, o gabinete ministerial e estabelecimentos públicos ligados aos programas de saúde (MSP, 2007; CNLS, 2007).

Figura 4: Estrutura piramidal do sistema de saúde senegalês.



Fonte: CNLS, 2007

¹ No Senegal, uma região político-administrativa é similar ao que no Brasil se denomina estado, embora o sistema político não seja federativo.

A saúde tem sido uma prioridade para o atual governo, por estar numa situação preocupante. No orçamento de 2005, o Estado atribuiu 10% de seu orçamento à saúde, respeitando, assim, as recomendações da OMS. As despesas governamentais *per capita* em saúde, até 2003, eram de somente \$ 58,00 dólares (MSP, 2006; CNLS, 2007).

Uma característica problemática do sistema é a concentração da infraestrutura médica em Dakar e também a concentração de médicos nas grandes cidades, devido à busca da sua ascensão profissional. Por exemplo, Dakar, a capital, concentra 92% dos ginecologistas do país. Outro problema é a escassez dos registros, que dificulta um conhecimento mais profundo da realidade de saúde do país. Entretanto, os dados disponíveis mostram um quadro sanitário bastante preocupante (MSP, 2006).

As principais causas de procura por médicos são a malária, as doenças diarréicas agudas, os parasitas intestinais, as infecções respiratórias agudas, as doenças sexualmente transmissíveis, os estados de desnutrição, as afecções orais e traumatismos diversos. Os dados hospitalares indicam que as principais causas de mortalidade são: malária, anemia falciforme, infecções respiratórias baixas, anemias em crianças, doenças cardiovasculares, afecções hepáticas, tumores e complicações ligadas ao parto (MSP, 2007).

De acordo com as estimativas da OMS, é na África do Oeste onde se encontram as mais elevadas taxas de mortalidade materna no mundo, em média 870/100.000 nascidos vivos. No Senegal, a mortalidade materna é de 434/100.000 nascidos vivos, podendo chegar a mais de 500/100.000 em zonas rurais (Pison *et al*, 2000). As causas mais frequentes do óbito materno são: hemorragias durante o parto, rupturas uterinas, gravidez ectópica, infecção pós-parto devido às más condições higiênicas, toxemia e anemia

ferropriva. A falta de profissionais qualificados e de infraestrutura física e tecnológica, o acesso difícil aos medicamentos, as condições sociais da população caracterizadas por níveis altos de analfabetismo e pobreza se relacionam com as elevadas taxas de decesso materno no país. As disparidades regionais também se refletem nesse cenário: cerca de 92% dos partos são assistidos por um profissional qualificado em Dakar, contra 26% em Kolda e 27% na região de Tambacounda (MSP, 2006).

A realidade da morte materna no Senegal reflete um quadro mais geral de acesso precário das mulheres senegalesas à assistência à saúde sexual e reprodutiva. A taxa cesariana que, no nível nacional, era de 0,6 em 1992, passou para 1,1% em 2000 e 1,9% em 2004. Porém, o acesso a esse procedimento ainda é pequeno: a OMS estima que de 10% a 15% dos partos poderiam necessitar dessa intervenção cirúrgica. Estudos apontaram, também, que enquanto 92% dos partos são hospitalares nas regiões urbanas, há somente 35% nas zonas rurais. (MEF, 2006).

As visitas ginecológicas, uma rotina normal na vida de qualquer mulher dos países mais desenvolvidos, tornam-se estranhas para a maioria das mulheres senegalesas – seja por motivo cultural, seja por falta de acesso. Elas acabam frequentando a maternidade somente para ter filhos, quando não dão à luz em casa. (Seck, 2004).

A taxa de fecundidade é estimada em 5,3 de filhos por mulher, podendo chegar a 6,4 no meio rural (MSP, 2006; MSP 2007). A utilização dos métodos contraceptivos modernos passou de 8,1% em 1999 para 10,3% em 2005 – mas, provavelmente, ainda se mantém muito abaixo da demanda potencial. Estudos realizados pelo *Ministère de La Santé et de La Prevention Médicale*, em 2006, demonstraram que 21% das mulheres não se

revelaram satisfeitas com a oferta de planejamento familiar, e que 39% das mulheres desejariam controlar sua possibilidade de gravidez, mas não fazem uso de métodos contraceptivos (MSP, 2006). Outro estudo, desenvolvido entre 2002-2003, revelou que poucos jovens têm conhecimento de métodos anticoncepcionais, desconfiam de sua eficácia e segurança e, de maneira geral, a contracepção é cercada de informações erradas. No entanto, muitos desses jovens, em casos de gravidez, recorrem aos abortos clandestinos para escapar a sanções familiares e escolares (Sylla e Dieng, 2005).² Preconceitos dos profissionais de saúde, inclusive os farmacêuticos, também interferem nas condições de acesso da população adolescente e jovem a métodos para evitar a gravidez e as DSTs. A particularidade do casamento em tenra idade, para mulheres de certas etnias, pode ser outro agravante à saúde sexual e reprodutiva dessa população.

Não se conhece as taxas de morte materna por aborto no Senegal. O aborto é ilegal em quase todas as situações, podendo ser autorizado apenas em casos terapêuticos que visam a preservar a saúde da mãe. A ilegalidade dificulta um conhecimento maior dessa realidade e, segundo vários analistas, acarreta um grande risco à saúde e vida materna (Instituto Alan Guttmacher, 2007).

O casamento precoce é uma prática ainda presente na cultura. No Tchad, 89% das meninas sexualmente ativas são casadas. Já com 14 anos, as adolescentes são vistas como aptas a iniciar a vida de mulher e procriar. Assim, tornam-se um apoio familiar. Estudo realizado na Costa do Marfim, na África Ocidental, provou que os jovens adolescentes fazem pouco uso de métodos anticoncepcionais devido a vários fatores como: atitudes

² Segundo o Ministério da Saúde, os adolescentes representam 10% da taxa total de fecundidade no país, sendo que 11% vivem no meio rural e 8% na zona urbana (MSP, 2006).

negativas dos farmacêuticos que se recusam a vender qualquer tipo de produtos anticoncepcionais, a preconceitos decorrentes de tabus presentes na sociedade africana, à ausência de conhecimentos dos direitos sexuais e reprodutivos dos profissionais de saúde, o que agrava, assim, exposições a DST/HIV, gravidez não desejada e desestruturação familiar. (N'Djore *et al*, 2005).

Em 2003, um programa nacional de luta contra a mortalidade materna foi criado no intuito de controlar e reduzir as altas taxas observadas. Desde então, mudanças importantes na saúde sexual e reprodutiva da mulher senegalesa têm sido observadas. Por exemplo, 93% das mulheres grávidas tiveram pelo menos uma consulta pré-natal, e a taxa de parto nas estruturas de saúde foi estimada em 62%. Além disso, várias estruturas obstétricas de emergência foram criadas, a fim de reverter a situação da morte materna. O governo instaurou um mecanismo de subvenção às cesarianas nas regiões de Ziguinchor, Kolda, Tambacounda e Fatick, consideradas as zonas mais pobres do país, e onde as taxas de mortalidade materna são as mais elevadas. Além disso, em parceria com a Faculdade de Medicina e o Ministério da Saúde, o governo está formando novos profissionais que vão atuar nos seguintes programas: Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência (SONU), Cuidados Obstétricos de Emergência (SOU), Cuidados Obstétricos de Emergência de Base (SOUB), Cuidados Obstétricos de Emergência Completo (SOUC). Essas estratégias permitiram a reabertura de 68 postos de saúde, com a contratação de 711 agentes de saúde em 2004 (MSP, 2006).

A mortalidade infantil no Senegal está estimada em 141 e 132/1.000 nascidos vivos – para meninos e meninas, respectivamente. Dentro das causas de morte infantil na África Subsaariana, pode-se citar a malária, o HIV/AIDS, a desnutrição, a tuberculose e as

doenças infecto-contagiosas. O uso de medicação antimalárico monoterápico inadequado, ao longo de todo o século passado, contribuiu para elevar a taxa de mortalidade infantil, pela aparição de níveis inaceitáveis de resistência (UNICEF, 2006).

Na África, a taxa de mortalidade neonatal é estimada em 45/1.000. No Senegal, a taxa é de 34,9/1.000 nascidos vivos.³ Dentro das principais causas de morte neonatal, pode-se citar as infecções, incluindo tétanos neonatais (36%), a prematuridade (27%), a asfixia (23%), as malformações congênitas (7%) e outras causas (7%) (MSP, 2006).

Apesar de o vírus do HIV ter sido descoberto no início da década de 1980, foi somente em 2000 que o país, com a colaboração de USAID, criou um centro de rastreio voluntário, o *Centre de Depistage Volontaire*. Em 2002, foram publicadas normas e protocolos para políticas de saúde que visam⁴ a prevenir o vírus do HIV.

No Senegal, encontram-se os dois tipos de vírus da imunodeficiência humana HIV-1 e o HIV-2, com uma prevalência total de 0,7%. A prevalência entre as mulheres foi 0,9% e entre os homens, 0,4%. A prevalência máxima de infecção pelo HIV em homens é encontrada na faixa etária de 20-29 anos, e nas mulheres, na faixa de 25-29 anos. De acordo com os dados nacionais de vigilância do HIV, em 2006, a prevalência de mulheres grávidas soropositivas era de 1,7%. Segundo o CNLS, os profissionais do sexo são mais afetados pelo HIV, representando 20% do total e, às vezes, podendo chegar a 29% nas

regiões turísticas.⁵ Na população homossexual, a prevalência do HIV-1 chega a 21,5% (MSP, 2007).

A oferta de antirretrovirais vem desde 2002 e o tratamento é totalmente gratuito em todas as regiões do país. O número de pacientes que têm acesso aos medicamentos passou de 870, em 2002, para 4.764, em 2006. A insuficiência do sistema de gestão das informações sanitárias limita a notificação dos casos de AIDS, impossibilitando, assim, um melhor controle da infecção e o acompanhamento dos pacientes. (MSP, 2007).

Em relação à infecção pela sífilis, o CNLS mostrou que a prevalência era de 2,3% em 2004 em todo o território nacional, 8,7% na região de Thies e 5% em Ziguinchor, ambas zonas turísticas.

⁵ Por decreto de lei, a prostituição é uma profissão regulamentada no país, o que gera o direito de cuidados com a saúde para as mulheres em centros especializados. Existe um registro nacional que permite um maior controle sanitário dessa população. Nos centros especializados, elas têm acesso a preservativos, exames ginecológicos, orientações e assistência à saúde. (Code Penal Senegal, article 323).

5. MATÉRIAS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório sobre a situação do rastreio das lesões precursoras do câncer cervical nos serviços públicos de saúde do Departamento de Dakar – um dos quatro departamentos da Região de Dakar – para aumentar o conhecimento sobre essa área da assistência. O departamento é composto de quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Centro e Oeste) que possuem unidades de saúde de vários níveis de complexidade.

Adotou-se, aqui, dois procedimentos investigativos que combinam abordagem quantitativa e qualitativa com o intuito de atender aos objetivos específicos da pesquisa. A seguir, discorre-se mais detalhadamente sobre os dois procedimentos.

❖ *Descrições das ações de rastreio de lesões precursoras e de câncer do colo uterino*

Para a descrição das ações de saúde de rastreio das lesões precursoras do câncer de colo uterino existente nesse departamento, foram realizadas entrevistas com autoridades de saúde, visitas e observação de unidades de saúde – com ênfase nas principais unidades que ofereciam assistência à saúde reprodutiva feminina, para aplicar um questionário semi-estruturado com o intuito de investigar aspectos relacionados à estrutura e processos da atenção à prevenção do câncer cérvico-uterino, contemplando: identificação; características gerais da unidade de saúde; estrutura para realização de Papanicolau; processo de realização de Papanicolau; abordagem na unidade de saúde das lesões detectadas e outras questões, como a visão e opiniões dos profissionais sobre as potencialidades e obstáculos para os avanços nesta área de atenção à saúde da mulher (Anexo 1).

O Quadro 2 apresenta as unidades da rede pública de saúde do Departamento de Dakar, segundo levantamento realizado em maio de 2008. O questionário foi aplicado em 20 unidades: três hospitais públicos de grande porte e uma organização filantrópica, que oferecem exame Papanicolau, e mais 16 unidades de saúde de média e baixa complexidade que não o realizam. Um total de 42 funcionários foi entrevistado para o preenchimento dos questionários. Nas unidades que realizam o Papanicolau, houve a preocupação de entrevistar gestores e profissionais de saúde que trabalham diretamente com as pacientes que realizam o teste. No caso daquelas unidades que não oferecem o exame, as informações foram coletadas com os profissionais que mais lidam com a clientela feminina. As informações das unidades foram sistematizadas em uma planilha e consolidadas num relatório único.

Quadro 2: Unidades da rede pública de saúde do departamento de Dakar.

Distrito Sanitário	Hospitais de Dakar	Hospital de Distrito de referência (centro de saúde)	Centro de saúde	Postos de saúde	Outras Estruturas Para-públicas
Dakar Norte	*Hôpital Général de Grand Yoff	*Nabil Choucair	*CS Parcelles Assenies CS de Cambéréén *SAMU Municipal	*Poste de santé Grand Yoff II Poste de Santé Norade	CPS Yacinthe Thiandoum
Dakar Sul	*Hopital Principal *Hospital Aristide Le Dantec Centre Hospitalier Universitaire Abass Ndao	Institutd'Hygiène Sociale (I.H.S.)	*CS Plateau *CS Colobane	*Poste de Santé Gorée PMI Médina *Poste de Santé Sandial	Caisse de Sécurité Sociale Centre Médico-Social des Fonctionnaires Centre de Kennedy
Dakar Centro	Centre Hospitalier Universitaire de Fann	*Gaspard Camara	*Centre de Santé de Grand Dakar *CS Hann /Mer	Poste de Santé Av Bourguiba Poste de Santé Liberté II	*ASBEF Service Médical COUD
Dakar Oeste		*Phillipe Senghor	*CS de Ouakam *CS Ngor	Poste de Santé de Mermoz *Poste de Santé Yoff Poste de Santé de Diamalaye	*Hopital Militaire de Ouakam

*As unidades incluídas no estudo estão em negrito e com asterisco.

❖ *Perfil das mulheres e análise dos resultados citopatológicos realizados em 2007*

- Outro procedimento adotado no estudo foi a análise estatística de dados referentes aos exames preventivos do câncer de colo uterino realizados nas unidades da rede pública do Departamento de Dakar, em 2007, visando a atender ao segundo e ao terceiro objetivos da pesquisa, ou seja, descrever as características das mulheres que fizeram o Papanicolau segundo a idade, paridade e etnia e estimar a frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor nesta população. Foi estabelecido que as mulheres hysterectomizadas ou que estavam grávidas no momento do exame seriam excluídas da

população do estudo devido a essas condições exigirem uma análise específica do exame. (WHO, 2006).

Os hospitais públicos que realizam o Papanicolau disponibilizaram seus bancos de dados com informações de todos os exames citopatológicos de esfregaços vaginais realizados naquele ano. Os hospitais estudados serão identificados aqui como Unidade A, Unidade B e Unidade C (Tabela 2).

Tabela 2: Número de exames citopatológicos realizados em 2007, nas unidades de saúde pública do Departamento de Dakar; total e por unidade, e N das variáveis sociodemográficas estudadas.

	Nº de exames citopatológicos	Variáveis sociodemográficas		
		Idade (N)	Paridade (N)	Etnia (N)
Unidade A	409	409	397	409
Unidade B	274	268	255	-
Unidade C	1322	116	118	-
Total	2005	793	770	409

Fonte: Elaborado pela autora.

Cada unidade possui seu próprio modelo de apresentação de laudo citopatológico, onde se prevê o registro de algumas características sociodemográficas das mulheres (ver Anexos 2, 3 e 4 – formulários de cada unidade). Não há uniformidade no modo de

descrever os resultados dos exames. Observamos nas unidades A e B uma mescla de classificação Bethesda, Papanicolau e outra. Por isso, no processo de sistematização e análise de dados foi necessário recategorizar os diagnósticos de acordo com a nomenclatura proposta pelo sistema Bethesda e trabalhar somente com algumas variáveis sociodemográficas, como idade, paridade e etnia (ver o Quadro 3). Além disso, nem sempre todos os campos referentes às informações sociodemográficas das mulheres foram preenchidos e na análise das variáveis se trabalhou com amostras de tamanhos distintos (Tabela1).

Quadro 3 –Recategorização dos laudos colhidos no campo

Classificação dos Patologistas Senegalês	Recategorização
Ausência de células neoplásicas	Negativo
Presencia de células atípicas e de células distróficas. Recomendação: fazer colposcopia e/ou entrar no seguimento	Atipias escamosas (ASC-US)
Lesão condilomatosa ou displasia leve	Lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL)
Células glandulares atípicas sem outras especificações ou células glandulares atípicas favorecendo neoplasia	AGUS Não houve casos
Células malpighianas escamosas atípicas de significado indeterminado, repetir o exame ou fazer uma biopsia	Atipias Escamosa (ASC-H)
Presença de células discarióticas sugerindo a possibilidade de uma displasia severa	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
Tumor maligno ou carcinoma	Cânceres

Fonte: Solomon 2001

Para estimar a frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor na população estudada, recorreu-se a 2.005 resultados de exames, após excluir das Unidades A e B as histerectomizadas. Na Unidade C, não foi possível aplicar esses critérios de exclusão pelo fato de o banco de dados não fornecer esta informação. Não foi possível identificar as mulheres que fizeram mais de um exame no ano nas unidades estudadas. Um conjunto de 27 resultados foi descartado por ser classificado pelos patologistas como insatisfatórios em todas as unidades.

Para o estudo do perfil das mulheres e dos resultados citopatológicos segundo características sociodemográficas, foi utilizado um número menor de exames (ver Tabela 2). Na Unidade C, apesar de existirem 1.322 laudos, o banco não continha dados sociodemográficos. Foi feita uma busca ao arquivo do laboratório para revisar as fichas de identificação das mulheres e obter essas informações. Por limitação de tempo, só foi possível compilar dados sobre 119 mulheres, que se submeteram ao teste no mês de janeiro 2007.

Para análise dos resultados citopatológicos, foi utilizada a descrição dos laudos para uma nova categorização de todos os resultados, segundo critérios de Bethesda, de 2001:

- ✓ Negativo
- ✓ ASC-US = Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
- ✓ LSIL = Lesão Intraepitelial de Baixo Grau
- ✓ ASC-H = Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
- ✓ AGUS = Atípicas glandulares de significado indeterminado sem outras lesões associadas
- ✓ HSIL = Lesão Intraepitelial de Alto Grau
- ✓ Carcinoma invasivo
- ✓ Adenocarcinoma

Foi considerado como ASC-US cada vez que o patologista, na suas conclusões, identificou um material, distrófico com células anormais, com presença de metaplasia atípica e com recomendação de realizar-se uma colposcopia ou entrar no seguimento. Os laudos que tinham como resultado lesão intraepitelial de baixo grau e células escamosas atípicas de significado indeterminado também foram considerados ASC-US. Os laudos que o patologista classificava como negativos, mas com presença de lesão viral condilomatosa, foram recategorizados como Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL). Os laudos apresentados como carcinoma epidermóide, câncer invasivo e câncer não classificado foram recategorizados como “cânceres”. Não houve nenhum caso de AGUS ou de adenocarcinoma *in situ*.

Os resultados dos exames foram apresentados através de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. Para comparação entre as unidades, foi utilizado teste de Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Para identificar se havia diferenças de diagnósticos entre as unidades, foram comparados os percentuais para cada diagnóstico obtido nas unidades. Quando a frequência esperada para determinadas categorias foi menor que 5, optou-se por agregar estas categorias para realização do teste estatístico.

A variável idade foi descrita através de médias e desvios padrões (DP) e de distribuição proporcional em faixas etárias de dez anos. Para a descrição da paridade, foram criadas três categorias: múltipara, primípara e nulípara. As diferentes etnias foram apresentadas através de proporções. A construção do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa de Epi-Info (Versão3.5) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) do EUA.

Por orientação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, o projeto desta pesquisa foi submetido ao *Conseil National de Recherche en Santé* (CNRS) do Ministério da Saúde do Senegal e aprovado em março de 2008 (Anexo 6).

6. RESULTADOS

6.1. Memória do trabalho de campo

Ao chegarmos ao Senegal, em maio de 2008, apresentamo-nos ao professor Ahmadou Dem, co-orientador no exterior desta pesquisa de mestrado. O Dr. Dem é cirurgião oncologista, professor-assistente no *Institut Julio Curie*, uma estrutura de referência especializada na prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com qualquer tipo de câncer e também na formação dos profissionais da área de cancerologia. Neste momento, é o único centro na África Ocidental a oferecer tratamento radioterápico. O instituto faz parte do Hôpital Aristide Le Dantec, hospital da faculdade de medicina da Université Cheikh Anta Diop de Dakar – única escola pública de medicina do país.

Nessa primeira sessão de trabalho, soubemos que, apesar de termos a aprovação do comitê de ética do Ministério de Saúde, precisaríamos ter a autorização de outras instâncias para a realização da pesquisa: a Region Médicale de Dakar, órgão que supervisiona os quatro distritos sanitários de Dakar; a Direção dos Estabelecimentos Públicos de Dakar, que gerencia os hospitais públicos; e as Forças Armadas, já que duas das unidades escolhidas para a pesquisa eram militares. A busca dessas autorizações implicou retardar o início da coleta de dados.

Outro fato que contribuiu para retardar o início foi a necessidade de fazermos um novo mapeamento das unidades de saúde do Departamento de Dakar, pois aquela que havíamos feito antes de partir para o Senegal – através de contatos com informantes senegaleses e de pesquisa nas páginas eletrônicas do Ministério da Saúde e outras – estava

bastante defasada da realidade. De modo geral, as dificuldades encontradas para obter informações precisas sobre o sistema de saúde senegalês – suas regras, procedimentos e estruturas – não foram sentidas somente no período de preparação do projeto de pesquisa, ainda no Brasil, mas de algum modo continuaram ao chegarmos ao país e iniciarmos o trabalho de campo.

Após conseguirmos todas as autorizações, começamos os procedimentos para estabelecer os primeiros contatos com as chefias das unidades de saúde. Nesse momento, também, sentimos dificuldades e resistências. Muitas vezes, as reuniões marcadas não foram realizadas por não comparecimento das pessoas ou por alegarem estarem indisponíveis naquele momento. Em alguns casos, tivemos de ir a um mesmo local inúmeras vezes para ter esse contato inicial (Anexo 7).

Havíamos previsto a gravação das entrevistas durante aplicação do questionário, mas poucos informantes concordaram com essa forma de registro, dizendo que não se sentiam à vontade. Parece existir certa censura nas relações entre as várias instâncias dos serviços e do sistema de saúde e percebemos algumas vezes que os entrevistados não queriam dar certas informações e opiniões, com medo de retaliação de colegas ou superiores. Assim, certas perguntas dos questionários ficaram sem respostas.

Alguns profissionais que trabalham diretamente na área do combate ao câncer não quiseram cooperar na pesquisa e algumas pessoas-chave não foram entrevistadas. Na maternidade da Unidade B, o chefe se recusou a nos receber e não pudemos também entrevistar outros profissionais que lideravam ações de rastreamento do câncer cervico-uterino. Outra dificuldade que tivemos foi em obter informações relacionadas à pesquisa em saúde

realizada naqueles serviços, pois sentimos que os entrevistados em geral se esquivavam e tinham receio de responder.

No projeto original desta pesquisa, propúnhamos analisar prontuários de mulheres que haviam realizado preventivo do câncer de colo uterino, mas essa também foi uma tarefa difícil, devido a pouca disposição dos funcionários de colaborar conosco, às condições de infraestrutura dos arquivos médicos e às formas fragmentadas e confusas de registro e arquivamento das informações das pacientes. Após um período de busca nesses arquivos e de constatação da inviabilidade de obter informações mais completas do que aquelas dos registros dos laboratórios de citopatologia, decidimos renunciar a essa revisão de prontuários e utilizar os dados socioeconômicos e reprodutivos existentes nos formulários dos laboratórios.

Antes mesmo de aplicarmos os questionários, nos primeiros contatos com autoridades sanitárias e com informantes das unidades, percebemos que na área do câncer do colo uterino as ações existentes são feitas de forma fragmentada e sem diretrizes, objetivos, estratégias e metas claramente estabelecidas. A ausência de um sistema integrado de informações das mulheres submetidas ao rastreamento dificulta a avaliação da situação desta patologia no país.

Encontramos também dificuldades de obter maiores informações sobre o PNLCC, pois muitas pessoas-chave não aceitaram falar sobre o assunto mesmo frente a nossa insistência. Ao colocarmos essa questão nas entrevistas, percebemos a existência de importantes divergências e interesses conflitantes entre os diferentes grupos médicos e entre estes e os gestores. Alguns profissionais envolvidos com o tema do câncer de colo

uterino referiram ser excluídos dos grupos de discussão sobre o PNLCC. O fato de saber que durante a elaboração do programa nenhum dos cinco patologistas e poucos dos cerca de cem ginecologistas do país foram convidados chamou bastante nossa atenção.

De um modo geral, podemos considerar que o tema do câncer está sendo discutido no Senegal. Entretanto, percebemos que o processo de construção de uma política na área do câncer não é impulsionada somente ou principalmente por motivos sanitários e de direito à saúde, mas de forma importante também pelos interesses de grupos médicos privados e indústria farmacêutica. O PNLCC, lançado em junho de 2007, projetou ações para serem desenvolvidas entre 2007 e 2011. Em 2008, a política foi revista e uma outra versão foi lançada, sem que houvesse começado a implementação das ações, expressando as divergências, as disputas e o jogo de interesses entre os atores públicos e privados envolvidos.

Uma quantidade significativa de profissionais dos centros e postos de saúde não sabiam da existência do PNLCC, lançado em junho de 2007. Ao emitirem suas opiniões sobre as necessidades prioritárias de saúde, os profissionais sempre referiam a outras questões, como a redução da mortalidade materno-infantil, a prevenção da malária, a diminuição das taxas de fecundidade, o controle da hipertensão e dos diabetes e o combate ao HIV/AIDS e DST.

No processo do trabalho de campo, além das dificuldades já relatadas para obtenção de informações – desconhecimento, relações hierárquicas, medo de sofrer retaliações, conflitos de interesses –, um outro desafio foi o fato de que, apesar de sermos originárias

do Senegal, de maneira muitas vezes explícita, fomos vistas como estrangeira, como “brasileira”, o que gerava atitudes de suspeição e reserva perante a pesquisa.

6.2 O rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino no Senegal

No Departamento de Dakar, o teste Papanicolau é realizado em três hospitais públicos, em uma instituição de caráter filantrópico, e também oferecido em unidades da rede privada. Nenhuma unidade de atenção básica ou de média complexidade da rede pública de saúde faz a coleta do exame preventivo.

A instituição filantrópica é ligada a uma federação internacional de entidades que trabalham com saúde reprodutiva. Pode ser classificada como centro de atenção básica e nela são oferecidas consultas ginecológicas e obstétricas, planejamento familiar, atenção às DSTs e HIV/AIDS, assim como à malária, uma das primeiras causas de mortalidade na gravidez e na infância.

As três unidades públicas que oferecem o exame preventivo do câncer do colo do útero são hospitais de grande porte, tipo policlínicas, mas têm perfis bastante diferenciados e cumprem papéis distintos no sistema de saúde.

A Unidade A é um hospital universitário, voltado à formação e pesquisa na área de saúde, pertencente à única faculdade pública de medicina existente no país. Historicamente, foi o primeiro hospital universitário da África Francesa, criado em 1913, e lugar de formação da elite médica africana de língua francesa. No plano nacional, situa-se na ponta da pirâmide sanitária; é o maior hospital do país com uma capacidade de 1.000 leitos, ainda que, no momento da pesquisa, por motivos de crise financeira e de gestão,

segundo seus funcionários, apenas 600 desses estivessem ativados. A Unidade A abriga o único centro de cancerologia público do país, que também é uma das principais referências para países da África Subsaariana.

A Unidade B, criada em 1989, é um hospital geral de grande porte com boa infraestrutura – no momento, encontra-se em melhores condições do que a Unidade A –, apesar de seus funcionários relatarem que a instituição também passa por problemas financeiros e de gestão. Possui vários serviços especializados, mas não um centro de cancerologia, embora ofereça quimioterapia.

A Unidade C é um hospital militar e foi inaugurado em 1880. Uma terrível epidemia de febre amarela em 1878 fez com que as autoridades militares francesas transferissem o hospital militar de Gorée para Dakar. Em 1971, ele foi colocado sob a dupla tutela das Forças Armadas Senegalesas e da República Francesa. Uma cooperação franco-senegalesa, assinada em 1999, transferiu todas as responsabilidades para o Senegal, contudo a França continua prestando apoio técnico, financeiro e administrativo. É um hospital de referência para as Forças Armadas, mas atende também a população em geral. Assim como a Unidade B, oferece quimioterapia, embora não tenha um centro de cancerologia.

Para descrever as ações de saúde de rastreio das lesões precursoras do câncer de colo uterino nas unidades públicas do Departamento de Dakar, analisamos a infraestrutura disponível e os processos dessa assistência.

Nos três hospitais públicos que oferecem o exame Papanicolau, a coleta do preventivo é feita nos laboratórios gerais, e não durante o exame ginecológico. Os

laboratórios têm condições sanitárias e estruturas satisfatórias para a realização do exame. De rotina, o esfregaço vaginal é feito por um técnico que, em geral, é um auxiliar de enfermagem treinado pelo próprio chefe do laboratório, e que se dedica somente a essa tarefa. Em todas as unidades, pudemos assistir ao processo de coleta do material e observamos que não foram usadas escovas endocervicais, mas sim um abaixador de língua.

Os laudos citopatológicos são feitos por médicos patologistas, que são cinco no total – os únicos cinco patologistas existentes no país. Em nenhum dos casos há um serviço ou um protocolo que vise a um controle de qualidade dos laudos dos exames.

Esses laboratórios atendem às pacientes oriundas de unidades públicas e privadas, inclusive de outras partes do país e outros países da região. Aliado às já citadas dificuldades encontradas nos arquivos médicos, esse fato impossibilitou que as informações sobre as mulheres que realizam o preventivo fossem coletadas diretamente nos prontuários do hospital, pois uma parcela da clientela tem origem externa e não possui prontuário hospitalar. Os profissionais entrevistados informaram que o laboratório da Unidade A realiza uma média de 125 exames por mês; o da Unidade B, 150 exames; e o da Unidade C, cerca de 50 exames. Todos os laboratórios referiram fazer estatísticas mensais. Nota-se uma defasagem entre os números citados e os bancos de dados obtidos.

Segundo as informações coletadas, os resultados são liberados em um prazo de uma a quatro semanas e entregues às mulheres diretamente pelos atendentes do laboratório. Os profissionais não referiram dificuldades específicas na entrega dos resultados, e como os exames são pagos pela clientela – mesmo aqueles realizados para a rede pública –, é alto o comparecimento para retirar os laudos. Não há necessariamente uma vinculação entre a

entrega do resultado do exame e a realização da consulta ginecológica, uma vez que uma parte da clientela vem de unidades de saúde e de locais diferentes do país. Somente os resultados referentes às pacientes dos próprios hospitais são registrados pelo médico-assistente nos prontuários. Não há uma conduta pré-estabelecida para orientar as pacientes nos casos de resultados alterados.

Os hospitais públicos estudados possuem serviços de ginecologia e obstetrícia e outros relacionados à saúde sexual e reprodutiva, como HIV/AIDS e planejamento familiar. Entretanto, os serviços de ginecologia e obstetrícia encontravam-se em condições bem diferenciadas no momento da pesquisa: na Unidade A, estava desativado por falta de recursos humanos e financeiros; na Unidade C, o hospital militar, o serviço estava bem equipado e funcionando normalmente; e na Unidade B, apesar de não haver descontinuidade na assistência, os profissionais se queixavam de precárias condições de trabalho como, por exemplo, a falta de foco luminoso, de escova endocervical, de microscópios, de reagentes.

Nessas instituições, não há protocolos internos referentes à prevenção secundária do câncer do colo uterino. Os serviços que atendem majoritariamente mulheres não se integram com laboratórios onde são realizadas a coleta e a entrega dos resultados. Os setores de ginecologia e de obstetrícia, por exemplo, não têm um papel específico ou participam sistematicamente das ações de prevenção do câncer cervico-uterino. A oferta do preventivo é realizada, na maioria das vezes, de maneira não planejada. Ao perguntarmos aos profissionais sobre critérios para solicitar o exame Papanicolau, as respostas foram muito variadas, mesmo dentro de um único hospital. Alguns solicitavam para as mulheres com mais de 35 anos ou na menopausa; outros por demanda da paciente ou em caso de

“suspeita”. A classificação de lesão suspeita é feita de maneira arbitrária e subjetiva, sem o auxílio de métodos visuais (lugol, ácido acético), que não são oferecidos em nenhuma unidade. Os hospitais não têm estratégias ou planos voltados para aumentar a captação das mulheres para o Papanicolau.

De modo geral, os entrevistados relataram boa aceitação das mulheres em relação ao preventivo do câncer de colo, apesar de referirem que tabus e costumes conservadores limitam a procura por atendimento à saúde sexual e reprodutiva. A pobreza, o analfabetismo, o custo do exame, a falta de informação sobre o corpo e a saúde e os estigmas relacionados ao câncer foram outros motivos alegados pelos profissionais e que dificultam a adesão à prática do preventivo. Todas as unidades afirmaram atender a uma clientela de composição etária e étnica mista, refletindo a heterogeneidade da população do Departamento de Dakar.

Na rede pública, a colposcopia e a biópsia do colo uterino – procedimentos indispensáveis no aprofundamento diagnóstico e acompanhamento de pacientes com alteração no exame citopatológico – são realizadas somente na Unidade A; em caso de resultados positivos, as pacientes das Unidades B e C são orientadas a procurar a Unidade A ou um serviço privado para a continuação da investigação. Nenhum serviço da rede pública de Dakar oferece a captura híbrida.

Quanto ao tratamento cirúrgico, os três hospitais públicos oferecem cirurgia de alta frequência, conização, cauterização e histerectomia. Nenhum dispõe de equipamento para cirurgia a laser. Em caso de câncer, os hospitais oferecem tratamento quimioterápico, mas o hospital universitário (Unidade A) é o único que possui um centro de tratamento radioterápico

e atende demandas da rede pública e privada. Os procedimentos paliativos para mulheres em fase metastática – por exemplo, morfina para controle da dor, suporte psicoterapêutico – não são subsidiados pelo sistema público de saúde.

Em relação ao encaminhamento de pacientes com lesões precursoras ou câncer de colo uterino para investigação e tratamento, é necessário um comentário adicional. Não há um sistema formalizado de referência e contra-referência. As pacientes são orientadas a procurar aquelas unidades de saúde que têm os recursos para prover o tratamento, mas cabe a cada uma localizar um serviço adequado ao seu orçamento, acessível e onde consiga efetivamente inscrever-se. Uma parcela das pacientes que chega a esses hospitais públicos para realizar exame preventivo ou tratamento é oriunda de serviços externos de atenção primária ou média complexidade. Não há um retorno entre esses hospitais gerais e as unidades de saúde que encaminharam a clientela e, de rotina, os serviços de origem não recebem informações sobre o que foi realizado nem orientações sobre acompanhamento e controle. Provavelmente, uma parte das mulheres continua compondo a clientela desses hospitais de grande porte e outra parte (as que vivem em lugares mais distantes, que não têm recursos econômicos para custear consultas e exames de controle) simplesmente não realiza esse acompanhamento.

As das unidades públicas de atenção básica e média complexidade não realizam exame preventivo do câncer cervico-uterino. Apesar disso, consideramos importante investigar como nesses níveis os profissionais abordam esse problema de saúde pública e se desenvolvem ações de promoção, prevenção, informação e orientação. Desse modo, foram selecionadas 16 unidades de nível primário e secundário do Departamento de Dakar: quatro do Distrito Norte, quatro do Distrito Sul, cinco do Distrito Oeste e três do Distrito

Centro. Vinte oito profissionais concederam entrevistas: 15 enfermeiros, quatro são enfermeiras-obstetras, e 13 médicos, sendo três ginecologistas e obstetras.

Essas unidades estudadas atendem uma clientela bastante mista em termos de etnia e faixa etária, inclusive muitos estrangeiros provenientes da África Subsaariana. Todas têm programas voltados à melhoria da saúde sexual e reprodutiva. As preocupações governamentais em reduzir a mortalidade materno-infantil se expressam bastante nos serviços de atenção primária à saúde. Eles oferecem assistência ginecológica, pré-natal, puericultura, vacinação e planejamento familiar. As unidades não têm serviços de diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS, embora o tema da prevenção esteja incluído em suas atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva. As mulheres com suspeita de doença são enviadas ao Institut d' Hygiene Sociale e ao Centre Hospitalier de Maladie Infectieuse. Os serviços de média complexidade possuem maternidade e realizam intervenções e tratamentos a fim de reduzir a transmissão do HIV da mãe para a criança. Todos os serviços de média complexidade oferecem testagem para HIV. Das atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva oferecidas na rede básica e de média complexidade participam várias entidades da sociedade civil, como associações de moradores, grupamentos femininos e de jovens, mesquitas e outras entidades religiosas, e várias ONGs.

Nas entrevistas, pudemos perceber que o tema do rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino não é considerado prioridade por esses profissionais. As unidades não somente não coletam material para preventivo do câncer, como não têm rotinas específicas e sistemáticas para informar às mulheres sobre essa doença, orientá-las no que diz respeito à prevenção e encaminhá-las para o Papanicolau. A inspeção com métodos

visuais como ácido e lugol tampouco é realizada. Durante a consulta ginecológica, que, na maioria das unidades é feita por enfermeiras-obstetras, o profissional, por meio de uma inspeção simples – às vezes, com ajuda de um foco luminoso e, às vezes, com a iluminação do ambiente – determina se a mulher necessita fazer preventivo. Nesse caso, ela é orientada a procurar um daqueles hospitais públicos. Os critérios para encaminhamento têm uma grande variabilidade: acima de 35 anos, menopausa, identificação de uma alteração do colo a olho nu, entre outros. Os centros e postos de saúde não possuem registros específicos, com o nome, endereço e telefone das mulheres que foram orientadas a realizar o exame preventivo e os motivos desses encaminhamentos, o que dificulta o acompanhamento dessas mulheres e a sistematização de dados sobre essa patologia. De fato, nenhuma das unidades estudadas, exceto uma unidade militar de média complexidade, recebe contra-referência das pacientes encaminhadas para os hospitais que realizam o preventivo, e nem faz acompanhamento de mulheres que foram investigadas e tratadas naquelas unidades.

Perguntados sobre por que não desenvolviam ações na área da prevenção do câncer de colo uterino, os profissionais alegaram faltar infraestrutura, recursos humanos e subsídios governamentais e não terem formação específica para abordar o tema. A falta de conhecimento e de priorização do tema do câncer se reflete no desconhecimento quase geral sobre o lançamento do PNLCC, em junho de 2007.

Em uma das unidades de atenção básica visitada, os profissionais de saúde relataram existir um dia anual de rastreio do câncer do colo uterino no qual as mulheres fazem gratuitamente o preventivo, organizado em parceria com entidades científicas

privadas. Em caso de detecção de lesão, não se garante às mulheres os demais procedimentos diagnósticos e os tratamentos necessários.

A vacina contra a infecção pelo HPV não é disponibilizada naqueles hospitais públicos, nem nas demais unidades que foram estudadas.

Uma limitação dessa parte do estudo foi que em várias entrevistas percebemos que os profissionais não tinham muito conhecimento sobre o processo de realização dos exames citopatológicos ou mesmo uma visão mais abrangente da própria unidade em que trabalham. Em alguns casos, os dados foram contraditórios como, por exemplo, o número de exames feitos mensalmente e a forma como era realizada a coleta.

6.3 Análise da frequência de lesões precursoras e de carcinoma invasor e características das mulheres que realizaram o Papanicolau em 2007

No ano de 2007, as três unidades de saúde realizaram 2.005 exames citopatológicos, com destaque para a Unidade C, que foi responsável pela análise de 65,9 % (1.322) dos exames. A Unidade A e a Unidade B emitiram 20,4% e 13,7% dos laudos cervicais, respectivamente.

Desse total, 1.507 laudos (75,2%) tiveram resultados classificados como negativos. As lesões intraepiteliais cervicais representaram 11% e os cânceres aproximadamente 1% dos laudos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados dos exames citopatológicos do Departamento de Dakar em 2007, segundo unidade e total.

RESULTADO CITOPATOLÓGICO	Unidade A N (%)	Unidade B N (%)	Unidade C N (%)	TOTAL N % (IC 95%)
Negativo	298 (72,9)	211 (77)	998 (75,5)	1.507 75,2 (73,2-77,0)
Atipias escamosas (ASC-US)	67 (16,4)	52 (19)	139 (10,5)	258 12,9 (11,4–14,4)
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	33 (8,1)	8 (2,9)	137 (10,4)	178 8,9 (7,7 -10,2)
Atipias escamosas (ASC-H)	2 (0,5)	0 (0)	20 (1,5)	22 1,1 (0,7 - 1,7)
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	6 (1,5)	2 (0,7)	13 (1,0)	21 1,0 (0,7- 1,6)
Cânceres	3 (0,6)	1 (0,4)	15 (1,1)	19 0,9 (0,6-1,5)
TOTAL	409 (100)	274 (100)	1322 (100)	2005 (100)

Teste de qui-quadrado comparando os percentuais das unidades: $p < 0,001$

Fonte: Elaborado pela autora.

Observamos uma diferença estatisticamente significativa no perfil de diagnósticos destas unidades de saúde no que se refere aos percentuais dos resultados obtidos ($p < 0,001$). Para identificar qual diagnóstico contribuiu para esta diferença, comparamos os percentuais de cada diagnóstico e obtivemos os seguintes resultados: diagnósticos “negativo” ($p= 0,42$), ASC-US ($p < 0,001$), LSIL ($p < 0,001$) e HSIL e “cânceres” ($p=0,51$). Para o ASC-H, o teste não foi realizado devido à ausência de casos na Unidade B. Portanto, podemos concluir que as diferenças poderiam ser atribuídas aos diagnósticos de ASC-US e LSIL. Observou-se uma maior frequência de ASC-US na Unidade A (16,4%) e B (19%) do que na unidade C (10%), enquanto a unidade C apresentou a maior frequência de LSIL e ASC-H.

A Unidade A pertence à universidade de medicina e é um centro especializado no tratamento do câncer no país, portanto é esperado um perfil assistencial diferente da Unidade B. A semelhança entre as unidades A e B, que apresentam maiores percentuais de ASC-US e baixo ou nenhum percentual de ASC-H, pode estar relacionada com o fato de que são os mesmos patologistas que atuam em ambas as unidades. Na Unidade B, observamos um menor percentual de LSIL e é possível supor que uma parte dos ASCUS poderia ser classificada como LSIL. A Unidade C, apesar de ser um hospital geral militar, parece apresentar um diagnóstico mais acurado dos seus laudos.

Os diagnósticos de HSIL e câncer nas unidades A e C corresponderam a 2,1% dos exames realizados em cada unidade, porém, na unidade C, o percentual de câncer foi maior que na unidade A. A ausência de um percentual de câncer pode ser explicada pelo fato de casos em estágios mais avançados serem atendidos neste centro especializado e estes serem diretamente encaminhados para a realização de outros exames diagnósticos, como a colpocitologia e biópsia e, portanto, não serem identificados por meio do exame de Papanicolau.

A média de idade das mulheres que realizaram o Papanicolau foi de 43,5 anos (DP =10,3), variando de 42,9 a 44,4 anos nas três unidades, estimada a partir dos dados disponíveis para 793 laudos. Quando consideramos as faixas etárias, podemos observar que a maioria das mulheres que fizeram o exame do Papanicolau está na faixa etária de 40-49 anos, seguida do grupo de 30-39 anos (Tabela 4).

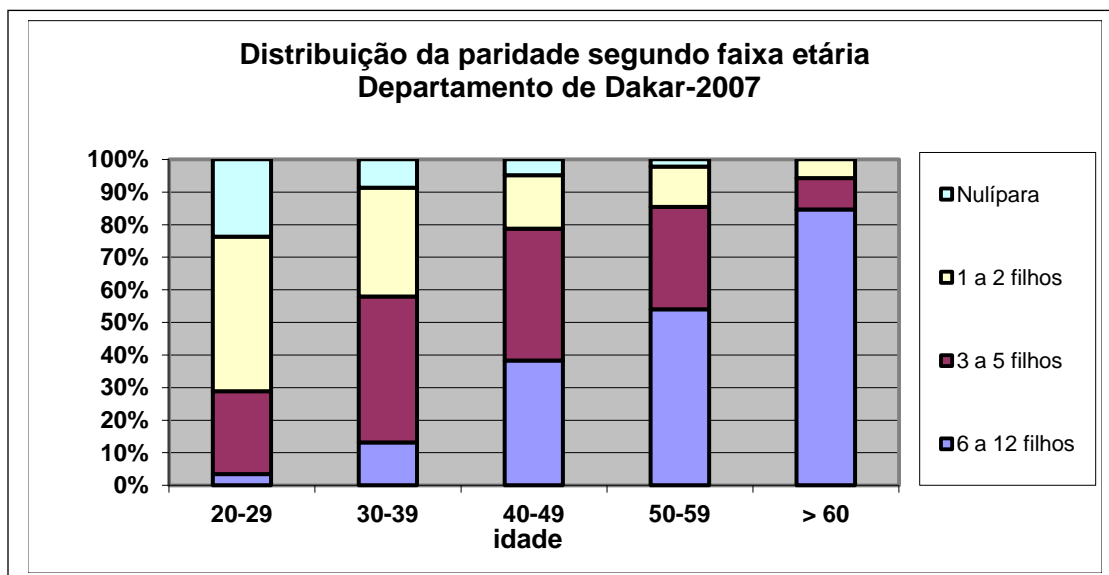
Tabela 4: Distribuição etária dos exames citopatológicos em três unidades de saúde – Departamento de Dakar – Senegal – 2007

Faixa etária	Número de exames	Frequência
15-19	2	0,3%
20-29	63	7,9%
30-39	195	24,6%
40-49	335	42,2%
50-59	142	17,9%
> 60	56	7,1%
Total	793	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à paridade (n=770), encontramos 50 nulíparas (6,5%), 76 primíparas (9,9%) e 644 multíparas (83,6%). Encontramos índices de fecundidade altos entre essas mulheres: 2/3 tiveram 3 filhos ou mais e 1/3 delas teve entre 6 e 15 filhos. O Gráfico 1 sugere uma mudança de padrão de fecundidade, pois observa-se uma redução do percentual de mulheres com 6 filhos ou mais quando se compara as faixas etárias de 40-49 anos, 50-59 anos e mais de 60 anos.

Gráfico 1: Distribuição da paridade segundo faixa etária no Departamento de Dakar em 2007



Fonte: Elaborado pela autora.

A Unidade A foi a única a informar a etnia das mulheres que se submeteram ao exame citopatológico. Em um total de 409 laudos, 48,9% são Wolof, seguido de Al Pular com 21% e de 7,1% de Sereres (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos exames citopatológicos segundo as etnias – Dep. de Dakar–2007

Etnias	Número de indivíduos	Frequência
Wolof	200	48,9%
Al Pular	86	21,0%
Outras	31	7,6%
Serere	29	7,1%
Ignorada	19	4,6%
Bambara	15	3,7%
Djiola	13	3,2%
Estrangeira	12	2,9%
Mandengue	4	1,0%
Total	409	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando analisamos os resultados citopatológicos de acordo com a faixa etária, observamos que as faixas etárias entre 30 e 59 anos tiveram maior número de LSIL, ou seja, esses grupos concentram 92% dessas lesões. O diagnóstico de câncer apareceu naquelas mulheres na fase do climatério (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição do resultado citopatológico por faixa etária em todas as unidades (N=793)

Resultado citopatológico	<i>Faixa etária</i>						Total N %
	15 – 19 N (%)	20 - 29 N (%)	30 – 39 N (%)	40 – 49 N (%)	50 – 59 N (%)	>60 N (%)	
Negativo	2 (100)	50 (79,4)	146 (74,9)	259 (77,3)	111(78,2)	40 (71,4)	608 (76,6)
Atipias escamosas (ASC-US)	-	9(14,3)	33 (16,9)	52 (15,5)	16 (11,3)	9 (16,1)	119 (15,0)
Lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL)	-	3(4,8)	15 (7,7)	20 (6,0)	13 (9,2)	1 (1,8)	52 (6,5)
Atipias escamosas (ASC-H)	-	-	-	-	-	2 (3,6)	2 (0,2)
Lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL)	-	1 (1,6)	1 (0,5)	2 (0,6)	1 (0,7)	3 (5,4)	8 (1,0)
Cânceres	-	-	-	2 (0,6)	1 (0,7)	-	3 (0,3)
TOTAL	2	63	195	335	142	56	793 (100)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os casos de cânceres foram encontrados nas faixas etária de 40-49 anos e 50-59 anos e nenhum nas mulheres com idade superior a 60 anos. Considerando que a expectativa de vida é de 47/49 anos no Senegal, o fato de não ter pacientes com câncer com maior de 60 anos pode ser explicado pelo pequeno número de exames nesta faixa ou, então, não foram diagnosticadas na citologia cervical na suas fases iniciais e foram direto fazer a biopsia. Aproximadamente 17% de ASCUS foram achados nas faixas etária de 20-49. Dos 11 casos de HSIL e dos 9 casos de câncer, todos tinham idade superior a 40 anos.

Quando os laudos cervicais foram relacionados à paridade, os percentuais de lesões de alto grau variaram de 0,9% a 2,0%, sendo a maior correspondente as primíparas. Todos os casos de câncer foram observados nas múltíparas (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição do resultado citopatológico por paridade em todas as unidades (N=770)

Resultado citopatológico	Paridade			Total N %
	Múltipara N (%)	Primípara N (%)	Nulípara N (%)	
Negativo	491 (76,2)	44 (88,0)	59 (77,6)	594 (77,1)
Atipias escamosas (ASC-US)	100 (15,5)	3 (6,0)	11 (14,5)	114 (14,8)
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	42 (6,5)	2 (4,0)	5 (6,6)	49 (6,3)
Atipias escamosas (ASC-H)	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	6 (0,9)	1 (2,0)	1 (1,3)	8 (1,0)
Cânceres	3 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,3)
TOTAL	644 (100)	50 (100)	76 (100)	770 (100)

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos resultados dos laudos de acordo com o tipo de etnia (Wolof, Al Pular e Serere) identificou um menor percentual (62,1%) de exames negativos para a etnia Serere, seguida da Wolof (73%) e da Al Pular (83,7) ($p=0,04$). Não há uma etnia que se mostrou mais exposta em relação a alguma destas alterações intraepiteliais específicas (Tabela 8), mas podemos dizer que as lesões mais graves foram encontradas na etnia Al Pular que apresentou 3,5% dos laudos com diagnóstico de lesões mais graves (HSIL e câncer), cabe considerar que esta etnia é culturalmente mais fechada e repleta de tabus relacionados à sexualidade. Podemos supor que essas mulheres procuram atendimento médico mais tardiamente.

Tabela 8: Distribuição do resultado citopatológico por etnias na Unidade B (N=409)

Etnias						
Resultado citopatológico	Wolof N (%)	Al Pular N (%)	Serere N (%)	Ignorada	Estrang. N (%)	TOTAL N %
Negativo	147 (73,5)	72 (83,7)	18 (62,1)	11(57,9)	11 (91,7)	298 (72,9)
Atipias escamosas (ASC-US)	32 (16)	7 (8,1)	6 (16)	5 (26,3)	0 (0,0)	67 (16,4)
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	17 (8,5)	4 (4,7)	4 (13,8)	2(10,5)	1 (8,3)	33 (8,1)
Atipias escamosas (ASC-H)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,5)
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	2 (1)	2 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (1,5)
Cânceres	1 (0,5)	1(1,2)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (0,7)
TOTAL	200	86	29	19	12	409

Fonte: Elaborado pela autora.

7. DISCUSSÃO

7.1 Cânceres do colo uterino no Senegal: um problema de saúde pública à espera de uma política

Ao se analisar a infraestrutura existente e os processos de rastreio das lesões precursoras do câncer de colo uterino nas unidades públicas do Departamento de Dakar, percebe-se que o processo de construção de uma política na área do câncer cervico-uterino no Senegal é bem incipiente, como na maioria dos países em desenvolvimento (Sankaranarayanan, 1998, 2003). As ações de controle para o câncer cervical vêm sendo desenvolvidas de forma isolada por algumas unidades hospitalares da rede pública, fundamentalmente como fruto de iniciativas próprias dos profissionais especialistas ou por organizações não governamentais. Não há, por parte das autoridades sanitárias nacionais nem daquelas do Departamento de Dakar – região onde se concentram os principais recursos dos país –, o delineamento de um plano para o controle dessa patologia, com diretrizes e objetivos claros, definição de público-alvo, metas de cobertura e mecanismo de captação da clientela, normas para reorganizar e hierarquizar os serviços em vários níveis de complexidade, estratégias de recursos humanos, tecnológicos e outros. A maneira fragmentada como essas ações de prevenção do câncer cervical são realizadas não assegura uma cobertura adequada nem uma conexão com as políticas nacionais de saúde. Em outras palavras, a abordagem da questão do câncer cervical no país não possui atributos para caracterizá-la como uma política (Sankaranarayanan, 2003; Diógenes *et al*, 2006).

A rede de atenção básica não tem papel algum no que diz respeito à prevenção primária e secundária desse câncer. Apesar das unidades terem condições sanitárias

mínimas para fazer a coleta do Papanicolau, o exame não é oferecido. Conforme argumentaram os profissionais entrevistados, o motivo da não coleta seria a falta de laboratório de citopatologia nas suas unidades de saúde. Baseando-se no modelo brasileiro, segundo o Manual Técnico de Prevenção do Câncer de Colo de Útero, Organizando a Assistência (MS, 2002), o fato de a unidade não possuir laboratório de citopatologia não impede que se faça a coleta do Papanicolau. Todas as lâminas coletadas por médicos ou enfermeiros podem ser enviadas aos laboratórios de citopatologia que prestam serviços ao SUS devidamente acondicionadas e acompanhadas do formulário de requisição o mais breve possível para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente e com a identificação da unidade, a relação de nomes e números de prontuário das mulheres que tiveram seus exames encaminhados.

O método visual com a inspeção do colo após aplicação do lugol (IVL) ou com ácido acético (IVA), preconizado para os países cujos sistemas de saúde são precários (Sankaranarayanan, 2002; ACCP, 2006), também não é feito nas unidades de atenção básica de Dakar. Os entrevistados alegaram não ter o material necessário e nem uma formação específica para isso. Entretanto, o treinamento para o uso do IVL e do IVA é simples e rápido e esses métodos de inspeção visual podem ser aplicados por diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares. Além disso, são métodos de baixo custo, não requerem laboratório, os resultados são imediatos e o tratamento pode ser dispensado durante a mesma consulta. Vários estudos mostraram que a sensibilidade do IVA é idêntica, até mesmo superior à da citologia convencional, mas com uma especificidade mais baixa (ACCP, 2006; PATH,2004).

A ausência de uma política na área do câncer cervical também se expressa na falta de integração e hierarquização dos serviços em seus vários níveis de complexidade, com definição das competências específicas de cada nível, e faz com que a oferta do exame citopatológico, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento das mulheres sejam feitos nas unidades de nível terciário. Perdem-se oportunidades de captar a clientela na rede básica e secundária, dificulta-se o acesso e, provavelmente, reduzem-se as chances de detectar e tratar as lesões nas suas fases precursoras. O envolvimento da rede de atenção básica nas ações relacionadas com o enfrentamento do câncer cervico-uterino e sua articulação com os demais níveis de assistência é fundamental para assegurar aquilo que Muñoz e Bosch (1996) apontam como os três pontos essenciais da prevenção secundária: obter uma elevada cobertura de rastreio, propor um rastreio eficaz e aceitável, e assegurar o tratamento adequado das mulheres cujo teste de Papanicolau diagnosticou a presença de alterações citopatológicas.

Os serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva que atendem às mulheres – como exemplo, os de HIV/AIDS, DST, planejamento familiar, pré-natal – não têm por rotina oferecer ou solicitar o exame Papanicolau. A ausência de integração das ações de saúde dificulta uma maior captação de mulheres ao rastreio do câncer cervical. Segundo recomendações da OMS (2006), nenhuma oportunidade pode ser desperdiçada: os profissionais de saúde devem aproveitar a visita das mulheres nas unidades para tratar doenças como a hipertensão, o diabete, mas também oferecer a elas o rastreio do câncer cervico-uterino. Nas unidades estudadas, a oferta do Papanicolau para as pessoas que vivem com HIV não faz parte da rotina. Vários estudos mostraram que, nesta população, a

incidência de lesões é muito mais alta, podendo chegar entre 15 a 20% a mais (OMS, 2006).

Conforme os entrevistados, a procura da clientela pelo Papanicolau é espontânea e, provavelmente, as mulheres que realizam o exame são as mesmas que o repetem anualmente, já que protocolos ou outras normativas técnicas para o rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo não são estabelecidos pelos gestores de saúde. Segundo recomendações da OMS, para os países em desenvolvimento, o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 35 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. A redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer após um resultado negativo é praticamente a mesma quando o exame é realizado anualmente – redução de 93% do risco –, ou quando ele é realizado a cada três anos – redução de 91% do risco (Sankaranarayanan, 2001; INCA, 2006; OMS, 2005). Essa diretriz é adotada no programa brasileiro desde 1988.

A forma como são feitos os registros dos exames citopatológicos nos três hospitais públicos de Dakar que oferecem o Papanicolau – incluindo os laudos, a identificação e dados socioeconômicos e clínicos das usuárias – é pouco sistemática e padronizada. O desenvolvimento de um sistema de informação eficiente é uma ferramenta-chave na implementação de uma política para enfrentar problemas de saúde pública com grande expressão epidemiológica, como é o câncer de colo de útero, como nos mostram os programas do Canadá, da França e do Brasil (Maeda, 2004; SCC, 2008). Ele propicia uma maior uniformidade no modo de registro e na qualidade das informações registradas, permite a produção de estatísticas periódicas, estabelecimento de indicadores, monitoramento e avaliação da política – como taxas de cobertura do rastreamento, prevalência e

incidência de lesões precursoras, taxas de mortalidade pelo câncer –, fornece subsídios para estudos de efetividade, eficácia e eficiência dos programas relacionados à política e estudos para investigação de fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e clínicos associados com a patologia. Enfim, é um instrumento fundamental para os gestores e serviços acompanharem a implementação da política, avaliarem seus impactos e readequarem metas e estratégias.

Outro aspecto que denota a falta de uma política na área do câncer de colo uterino é aquele que diz respeito à formação de profissionais de saúde para essa atenção. Em todo o Senegal, há apenas cinco patologistas, número insuficiente para um país de 11 milhões de habitantes e que atende também demandas de outros países da África Subsaariana. Esses profissionais abraçaram essa especialidade por opção própria, sem que houvesse nenhuma política específica por parte das autoridades que motivasse novos profissionais a entrar nessa área. Por sua vez, os técnicos de coleta de preventivo são formados pelos próprios laboratórios, segundo suas necessidades operacionais. Não há escola pública nem privada de formação de citotécnicos – profissão que não é reconhecida no país e, inclusive, sofre resistência de setores médicos. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC, 2009), a formação de citotécnicos (mesmo ainda sendo uma profissão não regulamentada pelo Ministério do trabalho e do Emprego – MTE) contribuiu muito para o avanço do programa brasileiro de combate ao câncer e esses profissionais têm a capacidade de ler 50 lâminas por dia. A formação tem como público-alvo estudantes que concluíram o Ensino Médio, técnicos de laboratório e técnicos de Patologia Clínica. Por fim, os profissionais da atenção básica que participaram da pesquisa demonstraram ter pouco conhecimento sobre a história natural do câncer cervical e sua importância como problema

de saúde pública, e não tinham experiência alguma em coleta de material cervical para exame citopatológico.

Segundo Sankaranarayanan (2001), para a implementação de um programa de prevenção do câncer cervical, várias ações têm de ser contempladas, pois não é suficiente instalar os serviços: são necessárias estratégias que os tornem acessíveis, aceitáveis, e confiáveis, de modo que sejam utilizados. Nesse sentido, são grandes os desafios para implantação desses programas em muitos países da África Subsaariana, como o Senegal, pois eles têm populações eminentemente rurais, infraestrutura de transporte precária e os serviços de saúde se concentram nas áreas urbanas, fatores que combinados dificultam um amplo acesso da população feminina a essas ações. Por sua vez, muitos grupos étnicos com suas crenças e tabus têm resistência a certas práticas e ações de saúde, especialmente quando envolvem corpo e sexualidade. Esses fatores culturais, que podem criar obstáculos para a utilização do serviço, têm de ser alvos de estratégias específicas das próprias políticas de saúde. É necessário consagrar tempo suficiente à preparação do programa, avaliar as necessidades materiais, técnicas, tecnológicas e outras, estabelecer as fontes de recursos e os planos orçamentários, e traçar estratégias de implementação, monitoramento e avaliação. Desde o início do processo, no desenho do programa é indispensável que as três vertentes de cuidados – informação e educação, rastreamento, diagnóstico/tratamento – estejam estreitamente interligadas (ACCP, 2006).

Em 2005, na ocasião da 58ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS fez uma série de recomendações para enfrentar os problemas de saúde pública causados pelo câncer do colo uterino em quase todo o mundo, e os países em desenvolvimento assumiram uma série de compromissos para desenvolver programas de prevenção, diagnóstico e tratamento dessa

patologia. Em um sentido mais imediato, o lançamento do PNLCC no Senegal, em 2007, foi produto desse processo. O programa está em discussão no país e parece que ainda não há suficiente sensibilização e acordos entre os principais atores, destacadamente aqueles governamentais e a sociedade científica. Em 2008, já se falava na elaboração de uma nova versão do PNLCC, que pretende abordar todos os tipos de cânceres e, pelo menos na área do câncer de colo uterino, não estava ainda definida uma vertente específica para o rastreio de lesões precursoras, diagnóstico e tratamento. Geralmente, os doadores de fundos determinam as prioridades sanitárias nacionais para os países subdesenvolvidos, que acabam lançando programas que não foram suficientemente discutidos na agenda política de um país para que se possa constituir a lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção dos governantes e da sociedade civil (Sankaranarayanan, 1998).

7.2 Cânceres de colo uterino no Senegal: um problema de saúde pública à espera de mais conhecimentos epidemiológicos

Há uma escassez de estudos sobre a incidência e a prevalência de lesões precursoras e de câncer cervical na população senegalesa e, especificamente, de Dakar. Os artigos referentes à realidade do Senegal encontrados no Pubmed, abrangendo o período de 2000 a 2009, têm como foco principal o HPV ou o HIV, embora alguns descrevam a frequência de lesões precursoras ou de câncer nos grupos estudados.

Tabela 9 : Exemplos de estudos realizados no mesmo campo de pesquisa: Departamento de Dakar

Fonte: Dem *et al*, 2006 ; Hawes *et al*, 2003 ; Xi *et al*, 2003.

ESTUDOS	Dem <i>et al</i> , 2006	Hawes <i>et al</i> , 2003	Xi <i>et al</i> , 2003	Nosso estudo
Local	Hospital de Piquine e Instituto Curie	DIP de um Hospital publico	Hospitais de Dakar e de Piquine	3 Hospitais 3°Dep. Dakar
Metodologia do Estudo	Prospectivo Aleatório ,Fevereiro 1998 à Dezembro 2003	Prospectivo Aleatório, Outubro 1994 à Janeiro 1998	Prospectivo Aleatório, Janeiro 1998 a Augusto 2000	Retrospectivo Todas que fizeram o Papanicolau Ano de 2007
Idade media	44,5 (26-75 anos)	32 (>15anos)	> 35	43,5
População	3354	3957	2065	2005
Negativo	2134 (63,6%)	3241 (81,9%)	1639 (79%)	1.507 (75,2%)
ASC-US	680 (20,3%) laudos foram considerados positivos no Papanicolau, mas sem informação sobre a distribuição das lesões	498 (12.6%)	254 (12%)	258 (12,9%)
LSIL		131 (3,3%)	86 (4%)	178 (8,9%)
HSIL		75 (1,9%)	66 (3%)	22 (1,1%)
ASC-H		-	-	21 (1,0%)
Câncer invasivo		12 (0,3%)	20 (1%)	19 (0,9%)

Em uma população de 2.065 mulheres com 35 anos ou mais, provenientes dos Departamentos de Piquine e de Dakar, pesquisadores mostraram que 21% das mulheres tinham alterações citopatológicas, nas quais 12% eram ASCUS, 4% LSIL, 3% HSIL e 1% de câncer cervical (Xi *et al*, 2003). A frequência de exames negativos nesse estudo (79%) é próxima àquela encontrada em nossa pesquisa (75%), assim como a de carcinoma, cerca de 1% em ambos. Os dados apresentados no estudo de Xi e colaboradores permitiram estimar o percentual de citologias negativas por faixa etária, que variou entre 78,5 e 81,5%, aproximando-se dos nossos achados. Assim como em nosso estudo, esses pesquisadores

não puderam afirmar que seus resultados eram representativos da população senegalesa em geral, já que tiveram limitações em relação aos dados clínicos das pacientes participantes.

Hawes e colaboradores (2003) realizaram um estudo com 3.957 mulheres acima de 15 anos que frequentavam um ambulatório de doenças infecciosas em um hospital público de Dakar, o qual oferecia testagem para HIV, HPV e Papanicolau. A média de idade das mulheres nessa amostra era próxima de 32 anos e 10% eram HIV positivo. Os pesquisadores encontraram 82% de citologias negativas, 13% de ASCUS, 3,3% de LSIL, 1,9% de HSIL e 0,3 de câncer. Houve forte associação da presença de lesões intraepiteliais mais graves com o HIV. Comparando esses resultados com os nossos, a população do estudo de Hawes e colaboradores apresentou um percentual maior de resultados negativos, apesar do alto índice de soropositividade. Entretanto, a média de idade daquele estudo é de cerca de 13 anos inferior ao grupo estudado por nós, o que pode ter contribuído para a menor frequência de lesões.

O relatório Human Papillomavirus and Cervical Incidencia Câncer, referente ao Senegal (OMS, 2007), apresenta resultados de estudo que, para uma população de 3,47 milhões de mulheres com idade superior a 15 anos, são esperados 804 novos casos de câncer cervical e 604 mortes por essa patologia por ano –, o que resulta em uma incidência de aproximadamente 23/100.000. Na faixa de idade entre 15 a 44 anos, a incidência é de 12,5/100.000, e, entre a população feminina com idade entre 45 e 64, encontram-se as taxas mais altas, superando 80 novos casos por 100.000 mulheres ao ano. No nosso estudo, os casos de cânceres também se concentram nas faixas etárias entre 40 e 59 anos, o que é condizente com a literatura que diz que são mulheres com idade superior a 40 anos as mais

afetadas por essa patologia e que o diagnóstico de lesões precursoras já poderia ter sido feito em torno da faixa etária de 20 a 30 anos (ACCP, 2006; Sankaranarayanan, 2002). No Senegal, como a oferta de serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva é deficiente, a ausência de programas amplos de rastreio contribuem para uma menor captação das mulheres nas fases iniciais em que suas lesões podem ser tratadas e curadas.

No IARC Handbooks of Cancer Prevention (2005) são apresentados resultados de exames citopatológicos de 2.043 mulheres senegalesas, cuja distribuição proporcional foi: 88% de exames negativos, 4,2% de LSIL, 4,4% HSIL e 3,5% de câncer (OMS, 2007). Nesse estudo, os percentuais de negativos e de câncer foram maiores do que aqueles em nosso estudo e nos outros citados.

A frequência de atipias escamosas de significado indeterminado na população estudada é 12,9%, bastante superior às taxas de ASC-US consideradas aceitáveis, que é no máximo 5% do total de exames realizados (Daisy, 2002). O elevado percentual de ASC-US na amostra estudada pode ser decorrente de erro diagnóstico ou da recategorização dos laudos originais realizada, uma vez que os laboratórios não utilizavam uma nomenclatura única de laudos cervicais. Atualmente, em vários países como o Brasil, Canadá e França, é considerado inadmissível que os laboratórios ainda emitam laudos de citopatologia com nomenclatura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda 2001 e Papanicolau (INCA, 2006a).

A maior representação da etnia Wolof na amostra estudada está em consonância com a representação dessa etnia na população geral do país. Essa é uma etnia considerada a menos rigorosa em termos de suas tradições, quando comparada com as outras. Raros são os casamentos impostos pelos pais, não se pratica a mutilação genital feminina e,

geralmente, têm acesso à educação ocidental. É certo que os tabus e proibições existem e que se fala de forma superficial sobre sexualidade, mas a etnia Wolof se difere bastante das outras, como Al Pular, que é considerada a mais fechada do país. Não encontramos estudos que analisem o acesso e a utilização de serviços que oferecem exame preventivo ou a frequência e a incidência de lesões precursoras e de câncer cervical segundo as etnias, nem que discutam como tabus, crenças e práticas dos distintos grupos culturais podem influenciar nos cuidados com a saúde reprodutiva da mulher.

No nosso estudo, obtivemos altos índices de multiparidade. Alguns autores consideram a paridade um fator associado ao desenvolvimento do câncer cervico-uterino (OMS, 1998; Guarisi *et al*, 2004). Contudo, o inquérito realizado por Murta e colaboradores, em 1999, demonstrou que havia associação do câncer cervical com uma menor paridade. Os autores apontam para a importância de aprofundar o estudo para verificar esta discordância com a literatura.

Ainda são necessários estudos para um conhecimento mais amplo sobre a epidemiologia das patologias do colo uterino e dos fatores sociodemográficos, culturais e econômicos associados no Senegal. Estratégias e investimentos em sistemas de informação e em estudos clínicos, epidemiológicos e socioculturais são alguns dos pilares fundamentais para colocar em marcha o desenvolvimento de uma política para enfrentar a realidade do câncer cervico-uterino no país.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do rastreio do câncer de colo de útero adquire maior relevância por ser esta patologia evitável, de evolução lenta e curável, quando detectada em seus estágios iniciais. Enquanto os países desenvolvidos conseguem uma sobrevida média de cinco anos de 50% a 69% dos casos, nos países em desenvolvimento, a patologia é diagnosticada em estágios avançados e, conseqüentemente, com uma sobrevida média de cerca de 49% (IARC, 2005). Os melhores resultados de países desenvolvidos se devem a programas eficazes de rastreio.

É urgente uma tomada de consciência dos governantes senegaleses para implantar o rastreio de câncer de colo de útero nas unidades básicas e estendê-lo a todas as mulheres, segundo preconizam os protocolos internacionais, pois essas unidades já contam com uma estrutura mínima que poderia ser adequada à coleta dos exames. Essa medida possibilitaria estudos sobre a prevalência e incidência do câncer cervical no país. Mesmo sem a plena implementação do PNLCC, as ações na rede básica poderiam beneficiar um contingente significativo da população feminina e trazer importantes informações sobre a prevalência das lesões e do câncer e sua distribuição segundo idade, etnia, classe social, religião e outras categorias. Evidentemente, isso deveria ser acompanhado da expansão da capacidade de diagnóstico e tratamento em níveis secundários e terciários e da organização de um sistema de referência e contrarreferência que permitisse o acompanhamento dessas mulheres.

A estruturação de um sistema de registro de câncer de colo uterino também seria uma valiosa ferramenta para avaliação do programa, tanto em seus processos como em seus

resultados. Os diagnósticos citológicos devem ser padronizados segundo critérios internacionais para uma boa qualidade do sistema, como também para tornar possível a abordagem e o acompanhamento das mulheres com lesões, segundo protocolos validados cientificamente. Outro ponto importante é a criação de um mecanismo de controle de qualidade dos exames para minimizar os erros diagnósticos.

A ampliação do número de profissionais de saúde qualificados para diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino é uma condição prioritária para um programa com abrangência nacional.

Por fim, é necessário ressaltar que, para a construção de uma política de saúde da abrangência do PNLCC e, particularmente, área do câncer de colo de útero, é importante o envolvimento de associações comunitárias, educacionais, profissionais, artísticas, religiosas, científicas, empresas, ONGs e entidades internacionais. O enfrentamento dessa patologia envolve questões de gênero, classe, etnia e sexualidade que, para serem transformadas, dependem de um grande diálogo entre os diferentes setores da sociedade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP). Planification et mise en oeuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col. MANUEL A L'USAGE DES ORGANISATEURS, Seattle : ACCP, 2006. Disponível em : http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf

Afrocancer, 2007. Disponível em: <URL: <http://www.afrocancer.org/cancer.html>> Acesso em: 15/01/2008.

Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, Icenogle J, Reeves WC, Kaufman RH, et al. Papillomavirus detection: demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; Feb; 182 (2): 257-61.

Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. Disponível em: <URL: <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>> [2008 Jan 5].

Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP). Planification et mise en oeuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col. Manuel a L'usage Des Organisateurs, Seattle: ACCP, 2006. Disponível em: <URL: http://screening.iarc.fr/doc/MfM_French_final.pdf> Acesso em: 18/01/2008.

Amnesty International. C'est quoi le « \mariage forcé\ »- Projet Mariages Forcés. L'Espace jeunes. 2005. Disponível em: <URL: <http://www.amnestyinternational.be/spip.php?article1081>> [2008 Jan 17].

A N'Djore M. Influence de EC sur la perception des risques EC and perceptions of risk among adolescents AIBEF Côte d'Ivoire. *ECAfrique bulletin* 2005. Disponível em: <URL: http://www.popcouncil.org/pdfs/ECAfrique_3-1.pdf> [2008 Jan 5].

Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995; Jun; 87 (11): 779-802.

Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ & Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; Apr; 55 (4): 244-47.

Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev* 2003; Jan; 16 (1): 1-4.

Chirenje ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, Ngwalle EW, Makuta-Tlebere P, Kaggwa S, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in east, central and southern African countries. *Bull World Health Organ* 2001; 79 (2): 127-28.

Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Programme National Multisectoriel De Lutte Contre Le Sida 2007-2011, pp.8-35. Disponível from : <URL: <http://www.cnls-senegal.org/>> Acesso em: 10/ 01/2008.

Cooper D, Hoffman M, Carrara H, Rosenberg L, Kelly J, Stander I, et al. Determinants of sexual activity and its relation to cervical cancer risk among South African women. *BMC Public Health* 2007; Nov; 27 (7): 341.

Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, et al. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bull World Health Organ* 2007; Sep; 85 (9): 719-21.

Dem A., Dembele B., Traore B., Dieng M.M., Gaye P.M., Diop M, et al. Depistage Des Neoplasies Cervicales Intra Epitheliales Du Col Uterin A L'institut Du Cancer De Dakar: Etude Pilote. Institut Du Cancer De Dakar-Universite Cheikh Anta Diop De Dakar 2006.

Diógenes MA, Varela ZM, Barroso GT. Papilomavirus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. *Rev Gaúcha de Enfermagem* 2006; Jun; 27 (2): 266-70.

Eluf-Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001; Apr; 28 (2): 188-97.

Ferenczy A, Coutlée F, Franco E & Hankins C. Human papillomavirus and HIV coinfection and the risk of neoplasias of the lower genital tract: a review of recent developments. *CMAJ* 2003; Sep; 169 (5): 431-34.

Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Journée Africaine du paludisme - Tous les partenaires engagés dans la lutte contre le paludisme appelés a passer aux 'ACT', [Communiqué de presse commun] 2006. Disponível em: <URL: http://www.unicef.org/french/media/media_33589.html> [2008 Jan 21].

Fonseca LAM; Ramacciotti AS; Neto JE. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. *Cad. Saúde Pública* 2004; Rio de Janeiro, 20 (1): 136-137

Gaym A, Mashego M, Kharsany AB & Walldorf J.... High prevalence of abnormal Pap smears among young women co-infected with HIV in rural South Africa – implications for cervical cancer rastreio policies in high HIV prevalence populations. *S Afr Med J* 2007 Feb; 97 (2):120-3.

Guarisi R., Hardy, E., Derchain, SFM, Fonsechi-Carvasan, GA, & Borges, JBR, et al. Rastreamento diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no Município de Franco da Rocha, SP, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (1): 7-15, 2004

International Agency for Research on Cancer ARC Biennial Report 2006-2007, Lyon, France 2007. Disponível em: <URL: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/breport/breport0607/breport0607.pdf>> Acesso em 09/01/2008.

International Agency for Research on Cancer (IARC). WORLD CANCER REPORT 2003. IARCPress, Lyon 2003. Disponível em: <URL: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2003/WorldCancerReport.pdf>> [2008 Fev 17].

International Agency for Research on Cancer (IARC). Cervix Cancer Rastreo. Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, IARCPress, Lyon 2005. Disponível em: <URL: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf>> [2008 Fev 17].

International Agency for Research on Cancer ARC Biennial Report 2006-2007, Lyon, France 2007. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/breport/breport0607/breport0607.pdf>>. Acesso em: 18/01/2008.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero 2ª Fase de Intensificação, Relatório Preliminar 2002; p. 1-8. Disponível em: <URL: http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/relatorio2afase.pdf> [2008 Jan 22].

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde: Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro: INCA 2005; Disponível em: <URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>> [2008 Fev 15].

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde: Estimativa 2006a: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro: INCA 2005; p. 33-36. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>> Acesso em: 15/01/2008.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde, Viva Mulher. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero 2006b. Disponível em: <URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>> [2008 Fev 15].

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde, Rio de Janeiro: INCA 2006a; p. 17-30. Disponível em: <URL: <http://www.portalsbc.com.br/documentos/nomeclaturas.pdf>> [2008 Fev 15].

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde: Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro: INCA 2007. Disponível em: <URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>> [2008 Fev 15].

Institut Pasteur. Infection à papillomavirus et cancer du col de l'utérus, [Communiqué de presse], Março 2006. Disponível em: <URL: <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0eq/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/cancers-du-col-de-l-uterus-papillomavirus>> [2008 Fev 17]

Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, Wacholder S, Sherman M, Scott DR, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst* 2005; Jul; 97 (14): 1072-9.

Lucchese PTR, Aguiar DS, Vargas T, De Lima D... Políticas públicas em Saúde Pública São Paulo: BIREME/OPAS/OMS 2004. Disponível em: <URL: http://itd.bvs.br/public/upload/associatedDocument/20040727102352/Políticas_versao2pdf> [2008 Jan 28].

Lytwyn A, Sellors JW, Mahony JB, Daya D, Chapman W, Ellis N. Comparison of human papillomavirus DNA testing and repeat Papanicolaou test in women with low-grade cervical cytologic abnormalities: a randomized trial. HPV Effectiveness in Lowgrade Paps (HELP) Study No. 1 Group. *CMAJ* 2000; 163 (6):701-3

Madhu. J, Charu G, Mohan.K. Gynecological Papers Sexually Transmitted Diseases and Carcinogenesis. *J Obstet Gynecol Ind* 2004; 54 (1): 73-76.

Maeda MYS, Di Loreto C, Barreto E, Cavaliere MJ, Uttagawa ML, Sakai YI, et al. Estudo preliminar do SISCOLO – Qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *J. Bras. Patol. Méd. Lab.* 40 (6): 425-9, dezembro 2004.

Melo VH; De Araújo ACL; Do Rio SMP; De Castro LPF; De Azevedo AA; De Castro MM Problemas ginecológicos mais frequentes em mulheres soropositivas para o HIV. *RBGO* 2003; 25 (9): 661-3.

Ministère de la Santé et de la Prevention Medicale(MSP). Feuille de Route Multisectorielle pour Accelerer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal 2006.

Ministère de la Santé et de la Prevention Medicale(MSP). Programme Nationale de Lutte Contre Le Cancer 2007 – 2011(PNLCC). Senegal Dakar, Juin 2007.

Ministère de l'économie et des Finances (MEF). Agence Nationale de La Statistique et de la Demographie (ANSD).Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté-RSRPII 2006. République du Senegal. Disponível em: <URL: <http://www.ansd.sn/>> [2008 Jan 26].

Ministère de l'économie et des Finances (MEF), Agence Nationale de La Statistique et de la Demographie (ANSD). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH III) 2002, Dakar ; Senegal; p.6-19. Disponível from: <http://www.ansd.sn/>

MSP, 2007. Disponível em: <URL: <http://www.cnls-senegal.org/pdf/PS07011.pdf>> Acesso em: 06/01/2008.

Muñoz N, Bosch FX. Causal link between HPV and cervical cancer and its implications for prevention of cervical cancer. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 1996, 30 (4): 362–377.

Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsaggue X, Shah KV, Meheus A, et al. The epidemiology of human Papillomavirus and Cervical cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer 1992.

Nene B, Jayant K, Arrossi S, Shastri S, Budukh A, Hingmire S, Muwonge R, Malvi S, Dinshaw K, Sankaranarayanan R, et al. Determinants of women's participation in cervical cancer rastreio trial, Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 264-272. Disponível em: <URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-031195.pdf>> [2008 Jan 28].

Neto et al, 2001 ELUF NETO, J. & NASCIMENTO, C. M. Cervical cancer in Latin America. *Seminars in Oncology* 2001. 28: 188-197.

SILVA, I. M. R. et al. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. *RAS*, vol. 6, n. 24 – Jul-Set, 2004.

World Health Organization. Cytological rastreio in the control of cervical cancer: technical guidelines Geneva; World Health Organization 1998. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241542195.pdf>> Acesso em: 11/01/2008.

OMS, 1998. World Health Organization. Cytological rastreio in the control of cervical cancer: technical guidelines Geneva; World Health Organization 1988. 52 p. Disponível em : <URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241542195.pdf>> Acesso em: 05/01/2008.

Organisation Mondiale de la Santé. Prévention et lutte anticancéreuses. Cinquante-Huitième Assemblée Mondiale de la Santé WHA58.22 2005. Disponível em: <URL: <http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58%2022-en.pdf>> [2008 Jan 22].

Organização Mundial da Saúde. Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano. Atividades da OMS na Região Africana, Addis Abeba, Etiópia 2006. Disponível em:<URL: http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2056/Doc_Por/AFR%20RC56%202.pdf>[2008 Jan 22]

Organisation Mondiale de la Santé. Le cancer émerge comme un problème de santé publique en afrique. [Communiqué de presse]. Brazzaville, République du Congo 2007.

Disponível em: <URL:<http://www.afro.who.int/press/french/2007/rc/pr20070830.html>>
[2008 Jan 22]

Pasteur 2005. Disponível em:
<<http://www.pasteur.fr/actu/presse/com/communiqués/05vaccinHPV.htm>> Acesso em:
05/01/2008.

Pinotti J.A., da Fonseca A.M. e Bagnoli, V.R., *Conduas e Rotina da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, Livr. e Ed. Revinter, 2005.*

Program Advisor, Reproductive Health (PATH). Western Kenya Cervical Cancer Prevention Project: Final Report: Teaching Visual Inspection of the Cervix with Acetic Acid (VIA): Kenya Draft. Disponível em:
http://www.rho.org/files/ACCP_WKCCPP_final_report.pdf Seattle: PATH; 2004. Acesso em: 05/01/2008.

Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SF, Oliveira EZ & Aldrighi JM... Serological detection of anti HPV 16/18 and its association with pap smear in adolescents and young women. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; Jan-Feb; 52 (1): 43.

Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM. *Cancer Survival in Developing Countries.* Lyon, Francia: IARCPress 1998. IARC Scientific Publications, n. 145.

Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Arrossi S, Rajapadian T, Esmey PO, Mahé C, et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India. *Cancer Detection and Prevention* 2003, 27: 457-465.

Sankaranarayanan R.; Budukh AM. & Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (10): 954-962. World Health Organization, 2001.

Sankaranarayanan R & Ramani WS. *A Practical Manual on Visual Rastreio for Cervical Neoplasia.* Lyon, Francia: IARCPress; 2002.

Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Arrossi S, Rajapadian T, Esmey PO, Mahé C, et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India. *Cancer Detection and Prevention*, (27): 457-465, 2003.

Sankaranarayanan R. Commentary: Cancer incidence among Asian Indians in India and abroad *International Journal of Epidemiology* 2007-2008;37:160-161 doi:10.1093/ije/dym249.

Sankaranarayanan R, et al. HPV Screening for cervical cancer in rural India april 2, *N. Engl. J. Med.*, vol. 360, n. 14, p. 1385-94, 2009. Santos ALF, Derchain SFM, Calvert EB, & Martins MR... Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes

observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical graus 2 e 3. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003; 19: 4.

Santos ALF, Derchain SFM, Calvert EB, Martins MR, Dufloth RM, Martinez EZ, et al. Resultados Histológicos e Detecção do HPV em Mulheres com Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado e Lesão Escamosa Intra-epitelial de Baixo Grau na Colpocitologia Oncológica. RBGO 2004; 26 (6): 457-462.

SCC. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. p 115. Disponível em: <URL: http://www.cancer.ca/canadawide/about%20cancer/cancer%20statistics/canadian%20cancer%20statistics.aspx?sc_lang=fr-ca> Acesso em: 05/02/2008

Seck OK. Minha formação no Brasil. Disciplina de Seminário, Educação e Cultura. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Rio de Janeiro, 2004.

Shepherd J, Weston R, Peersmam G, Napuli IZ. Intervenciones para la prevención del câncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n. 2.

Silva IMR da, Brenna SMF, Moriwak OMI, Neto CM et al, 2004. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino RAS, 6: 24 – Jul-Set, 2004.

Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Disponível em: <URL: http://www.cancer.ca/canadawide/about%20cancer/cancer%20statistics/canadian%20cancer%20statistics.aspx?sc_lang=fr-ca> Acesso em: 15/01/2008.

Sylla A, Dieng T. Perceptions and practices among young people. ECafrique bulletin jan-aug 2005 3(1): 7. Disponível em: <URL: http://www.popcouncil.org/pdfs/ECAfrique_3-1.pdf> [2008 Jan 22]

Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. JAMA. 2002 Apr; 287 (16): 2.114-9

WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Senegal 2007. [Date accessed]. Available at: <URL: www.who.int/hpvcentre> Acesso em: 05/01/2008.

World Health Organization. Cervical Cancer Rastreo in Developing Countries Report of a WHO consultation. Geneva; Switzerland, 2002. Disponível em: <URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>> [2008 Jan 22].

World Health Organization WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in

Senegal 2007. [Date accessed]. Available at: <www.who.int/hpvcentre> Acesso em: 17/01/2008.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. ASCCP – Sponsored Consensus Conference, 2001. Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *Jama* 2002 Apr; 287 (16): 2.120-9.

10. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE PESQUISA NAS UNIDADES DE SAÚDE

PRIMEIRA PARTE: PARA TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Nome da unidade de saúde:

Tipo de unidade de saúde:

Distrito Sanitário:

Data da primeira visitação:

Visitações subsequentes:

IDENTIFICAÇÃO DOS INFORMANTES:

Nome :

Categoria :

Cargo :

Nome :

Categoria

Cargo :

Nome :

Categoria :

Cargo :

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA UNIDADE DE SAÚDE

Número total de médicos generalistas:

Número de ginecologistas:

Número total de enfermeiros:

Número de enfermeiros obstetras:

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Serviço de ginecologia

SIM () NÃO ()

Serviço de atendimento pré-natal

SIM () NÃO ()

Maternidade

SIM () NÃO ()

Serviço de HIV/AIDS

SIM () NÃO ()

Assistência ao planejamento familiar

SIM () NÃO ()

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA FEMININA

Composição etária da clientela feminina da unidade de saúde (geral):

Principalmente adolescentes e jovens ()

Principalmente mulheres adultas e idosas ()

Mista ()

As mulheres que frequentam a unidade de saúde são, principalmente, de quais etnias?

A UNIDADE REALIZA EXAME PAPANICOLAU

SIM () NÃO ()

A UNIDADE OFERECE MÉTODOS DE RASTREIO VISUAL AO ÁCIDO ACÉTICO (IVA) OU COM SOLUÇÃO DE LUGOL (IVL)?

SIM () NÃO ()

OUTRAS QUESTÕES

A unidade de saúde oferece atividades educativas na área da saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, prevenção das DST/AIDS, prevenção de câncer de colo uterino, planejamento familiar etc.?

SIM () NÃO ()

Por que?

Em caso positivo, descrever a atividade

Há participação de alguma entidade da sociedade civil (técnicas, religiosas, universitárias, sindicais, comunitárias, etc.) nas atividades de saúde reprodutiva?

SIM () NÃO ()

Quais?

Breve descrição

QUESTÕES MAIS ABERTAS (de preferência gravar as respostas)

Por que não se faz coleta de preventivo do câncer do colo de útero nessa unidade?

(explorar a visão dos entrevistados sobre o tema, tentando estimular que eles se posicionem sobre vários aspectos, por exemplo:

– **questões inerentes à própria unidade: falta de infraestrutura física e material, falta de pessoal qualificado, falta de protocolos e rotinas estabelecidas, falta de interesse ou vontade política, etc.**

– questões externas à unidade: outras prioridades e compromissos dos gestores e das autoridades de saúde, falta de políticas públicas que coloquem as diretrizes e de programas que integrem os vários momentos da atenção ao preventivo etc.,

– questões culturais mais gerais).

Quais seriam as condições necessárias para que a unidade realizasse o exame preventivo do câncer de colo de útero?

Na sua opinião, a questão do câncer do colo do útero é um problema sanitário importante no Senegal?

Deveria ser prioridade da política de saúde? Como você a situação geral da prevenção do câncer do colo uterino no Senegal?

SEGUNDA PARTE: PARA AS UNIDADES DE SAÚDE QUE NÃO REALIZAM PAPANICOLAU

ENCAMINHAMENTO DA CLIENTELA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU

As mulheres que frequentam a unidade são encaminhadas para realizar Papanicolau em outro serviço?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso positivo, para onde são encaminhadas?

Em caso de eventualidade, em que casos as mulheres são encaminhadas?

Em caso de resposta negativa, por que não são encaminhadas?

Em relação às mulheres encaminhadas, a unidade de saúde tem como monitorar se elas conseguiram ou não realizar o exame Papanicolau?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

ENCAMINHAMENTO DA CLIENTELA COM QUADRO SUSPEITO DE PATOLOGIA CERVICAL

As mulheres com sinais e sintomas suspeitos de patologia de colo de útero são encaminhadas para serviço especializado para investigação e tratamento?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso positivo, para onde são encaminhadas?

Em caso de eventualidade, em que casos as mulheres são encaminhadas?

Em caso de resposta negativa, por que não são encaminhadas? .

Em relação às mulheres encaminhadas, a unidade de saúde tem como monitorar se elas conseguiram ou não serem atendidas no serviço especializado?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

SOMENTE EM CASO DE UNIDADES QUE TENHAM SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

As mulheres que fazem pré-natal na unidade são encaminhadas para realizar Papanicolau em outro serviço?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso positivo, para onde são encaminhadas?

Em caso de eventualmente, em que casos as mulheres são encaminhadas?

Em caso de resposta negativa, por que não são encaminhadas?

Em relação às mulheres encaminhadas, a unidade de saúde tem como monitorar se elas conseguiram ou não realizar o exame Papanicolau?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

SOMENTE EM CASO DE UNIDADES QUE TENHAM SERVIÇO DE HIV/AIDS

As mulheres que fazem tratamento de HIV/AIDS na unidade são encaminhadas para realizar Papanicolau em outro serviço?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso positivo, para onde são encaminhadas?

Em caso de eventualmente, em que casos as mulheres são encaminhadas?

Em caso de resposta negativa, por que não são encaminhadas?

Em relação às mulheres encaminhadas, a unidade de saúde tem como monitorar se elas conseguiram ou não realizar o exame Papanicolau?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

TERCEIRA PARTE: PARA AS UNIDADES DE SAÚDE QUE REALIZAM PAPANICOLAU

ESTRUTURA E PROCESSO DE REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU

A unidade realiza exame Papanicolau:

SIM, de rotina () SIM, eventualmente ()

No caso de eventualmente, por quê?

2) A unidade realiza inspeção do colo com ácido acético?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Porquê?

Número de sala de coletas:

Estrutura da sala de coleta (equipamentos e insumos)

- Mesa ginecológica ()
- Ficha de requisição adequada preenchida pelo profissional de saúde ()
- Espéculo ()
- Espátula de madeira (Ayre) ()
- Ácido acético ()
- Escova endocervical ()
- Lâmina de vidro ()
- Álcool a 96% ou acetona para fixação das lâminas ()
- Tulite plástico ()
- Foco ()
- Luvas ()
- Pia e sabão ()
- Outros ()

Que profissionais fazem a coleta:

Médicos (.....)

Quantos?

Quantos são ginecologistas?

Quantos são mulheres?

Enfermeiros (.....)

Quantos?

Quantos têm formação obstétrica?

Quantos são mulheres?

Outros profissionais (.....)

Quantos?

Quais?

Quantos são mulheres?

A leitura do material coletado é feita na unidade de saúde?

SIM () NÃO ()

Em caso negativo Por quê?

Onde é feita a leitura?

Quem faz a leitura?

Existe supervisão?

Quanto tempo demora para o resultado chegar à unidade?

O resultado é anexado ou registrado no prontuário da paciente?

SIM ()

NÃO ()

Tem registros e estatísticas do número de exames Papanicolau realizados na unidade de saúde e seus resultados?

SIM () NÃO ()

Em caso positivo, qual a média mensal de exames coletados?

FLUXO E ADESÃO DAS PACIENTES

Composição etária da clientela feminina que faz Papanicolau na unidade de saúde:

Principalmente adolescentes e jovens ()

Principalmente mulheres adultas e idosas ()

Mista ()

As mulheres que fazem Papanicolau na unidade de saúde são, principalmente, de quais etnias?

Como é feita a captação das mulheres para o preventivo?

Demanda espontânea: ()

Oferta sistemática a toda a clientela feminina jovem ou adulta da unidade ()

Oferta sistemática a toda a clientela feminina jovem ou adulta da ginecologia ()

Encaminhamentos de outros serviços ou profissionais de saúde ()

Campanhas ()

Outros modos de captação:

Como é a aceitação das mulheres ao exame?

Boa, a maioria das mulheres aceita realizá-lo quando solicitado ()

Média, um parte das mulheres aceitam realizá-lo ()

Ruim, muitas mulheres se recusam a realizá-lo ()

Na sua opinião, quais fatores influenciam na aceitação das mulheres ao exame?

Tem medidas/estratégias estabelecidas na unidade de saúde para aumentar a adesão das mulheres ao Papanicolau?

Sim ()

Não ()

Quais? (em caso afirmativo)

Todas as pacientes recebem o resultado do Papanicolau/

Sim, todas ()

Não, apenas as com resultado positivo ()

Não, apenas uma parte das mulheres ()

Em caso de apenas uma parte, quais?

Quais as dificuldades para a entrega do resultado para todas as mulheres

Como a paciente recebe seu resultado:

Consulta já pré-agendada: ()

Próxima consulta espontânea: ()

Por telefone ou correio ()

Outros meios ()

ABORDAGEM NO CENTRO DE SAÚDE EM CASO DE DETECÇÃO DE LESÃO PRECURSORA

A unidade de saúde realiza:

Biópsia do colo uterino?

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo)

Colposcopia do colo uterino?

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo).

Leitura da biópsia do colo uterino?

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo)

Captura híbrida?

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo)

Tratamento cirúrgico:

CAF.

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo)

Conização

SIM () NÃO ()

Por quê? (em caso negativo)

Outro tratamento

SIM () NÃO ()

Quais? (em caso positivo)

Em caso de não realizar o tratamento e o acompanhamento, encaminha para outro centro?

SIM () NÃO ()

Qual?

PREENCHER EM CASO DE UNIDADES QUE TENHAM SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Todas as mulheres que fazem pré-natal na unidade realizam o exame Papanicolau?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso de “eventualmente” ou de “não”, por quê?

PREENCHER EM CASO DE UNIDADES QUE TENHAM SERVIÇO DE HIV/AIDS

Todas as mulheres do serviço de HIV/AIDS da unidade realizam o exame Papanicolau?

SIM, de rotina () SIM, eventualmente () NÃO ()

Em caso de “eventualmente” ou de “não”, por quê?

ANEXO 2: EXEMPLO LAUDO CITOPATOLÓGICO DA UNIDADE A

EXAMEN D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

N° : C 0066/2007

Prénoms et Nom du patient :

Age : 66 ans Sexe : F Ethnie :

Résidence : Service d'origine : Gynécologie Médecin prescripteur :

Organe prélevé : FCV

Nature du prélèvement : **Cytologie**

Date du prélèvement : 26/01/2007

Arrivée au laboratoire le :

Résumé des observations cliniques et paracliniques :

G : X – P : X – DDR : Ménopause.

FCV bilan.

Spéculum : Col effacé, médian, orifice béant, saignant au contact.

Leucorrhées ++

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Frottis cervico-vaginal formé par des cellules parabasales et basales desquamant isolément et en placards, associées à des cellules métablasiques. Ces éléments sont parfois modérément dystrophiques et reposent sur un fond très inflammatoire polymorphe avec prédominance de polynucléaires altérés et non altérés.

Absence de cellules endocervicales.

Conclusion : Frottis atrophique et inflammatoire en faveur d'une cervicite chronique en poussée aiguë intense gênant l'interprétation.

FCV à refaire dans 03 mois après traitement anti-inflammatoire et cytotrophique.

Dakar, le 1^{er} février 2007
Dr XXX

ANEXO 4: EXEMPLO LAUDO CITOPATOLOGICO DA UNIDADE C

Tel: (221) 839-50-44 Avenue Nelson MANDELA BP 3006 Dakar Fax: (221) 839-50-88

NOM : 2084/C7

PRENOM :

AGE : 43 Ans

MEDECIN TRAITANT:Dr. EXAMEN N° : 2084/c7

SERVICE : EXTERNE PRELEVEMENT DU : 13/03/2007

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

NATURE DU PRELEVEMENT CYTOLOGIE CERVICO VAGINALE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

DEPISTAGE

COMPTE-RENDU DU 26/05/2009 TRANSMIS AU : Dr. EXTERNE

FROTTIS VAGINAL ET EXOCERVICAL :

Le prélèvement a ramené un matériel cellulaire moyennement abondant et cependant satisfaisant. Le frottis est constitué de cellules épithéliales malpighiennes des couches superficielles et intermédiaires, le plus souvent de morphologie normale. D'autres cellules malpighiennes, de petite taille, présentent des noyaux anormalement volumineux et une chromatine granuleuse. Le fond comporte des leucocytes.

FROTTIS ENDOCERVICAL :

Le prélèvement a ramené un matériel cellulaire moyennement abondant et cependant satisfaisant. Frottis d'endocervix emportant des cellules endocervicales sécrétantes cytologiquement normales. Ces éléments se disposent le plus souvent en petits amas avec images en nid d'abeille. Aucun aspect spécifique ou suspect de malignité n'est aperçu.

CONCLUSION :2084/c7

Frottis satisfaisant.
Aspect cytologique évocateur d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (LMIEHG).
Colposcopie avec biopsie

DATE DE SORTIE : 21/05/2007

Pour toute nouvelle demande, Merci de préciser les références des examens antérieurs.

ANEXO 5:

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsáveis por unidades de saúde e profissionais de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA RESPONSÁVEIS POR UNIDADES DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Rastreo de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino no Departamento de Dakar, no Senegal

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Oumou Kalsoum Seck

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Instituto Fernandes Figueira /Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

CURSO: Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

ORIENTADORES: Dra.Claudia Bonan Jannotti e Dra.Kátia Silveira Silva

ORIENTADOR NO EXTERIOR: Dr.Ahmadou Dem. Hôpital Aristide Le Dantec, Institut Curie. Dakar, Senegal.

Prezado Senhor(a)

Vimos, através desta, convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa de mestrado, intitulada “Rastreo de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino no Departamento de Dakar, no Senegal”. A pesquisa observa rigorosamente as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na legislação internacional e na Resolução 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério de Saúde do Brasil.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- 1) A pesquisa tem como objetivo conhecer a situação do rastreo das lesões precursoras do câncer cervical nas unidades de saúde do Departamento de Dakar, no Senegal. Especificamente, descreveremos as ações de atenção ao preventivo ginecológico, traçaremos o perfil das mulheres que realizam esses exames, estudaremos a prevalência de lesões precursoras e de carcinoma invasor entre a clientela dessas unidades.
- 2) Solicitamos que o(a) Senhor(a). nos conceda entrevista, fornecendo-nos informações sobre as características gerais da unidade de saúde e sobre a estrutura e os processos de realização do exame preventivo do câncer de colo uterino.
- 3) As entrevistas serão individuais e realizadas em dia, local e horário de sua conveniência.
- 4) As entrevistas serão gravadas em fita cassete e transcritas por mim.
- 5) As informações coletadas ficarão sob a minha guarda e serão utilizadas somente apenas para fins dessa pesquisa;
- 6) O(a) Senhor(a) poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
- 7) Será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura o(a) senhor(a) citar,.

- 8) Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final de mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- 9) O(a) Senhor(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da entrevista;
- 10) O(a) Senhor(a) poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação.

CONFIRMAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu,

_____,
identidade nº _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente informado(a) pela pesquisadora acerca do protocolo de pesquisa de mestrado no qual serei incluído(a), e ter recebido respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Estou ciente que as informações fornecidas por mim serão agrupadas e analisadas junto com a de outros gestores e profissionais de saúde, mas tenho a garantia de que essas informações serão tratadas sob o máximo sigilo.

Unidade de saúde:

Endereço:

Data:

Assinatura

ANEXO 6

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gestor de saúde do Departamento de Dakar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gestor de saúde do Departamento de Dakar

PROJETO DE PESQUISA: Rastreo de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino no Departamento de Dakar, no Senegal

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Oumou Kalsoum Seck

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

CURSO: Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

ORIENTADORES: Dra. Claudia Bonan Jannotti e Dra. Kátia Silveira Silva

ORIENTADOR NO EXTERIOR: Dr. Ahmadou Dem. Hôpital Aristide Le Dantec, Institut Curie. Dakar, Senegal.

Prezado Senhor(a)

Vimos, através desta, convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa de mestrado, intitulada “Rastreo de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino no Departamento de Dakar, no Senegal”. A pesquisa observa rigorosamente as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na legislação internacional e na Resolução 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério de Saúde do Brasil.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- 11) A pesquisa tem como objetivo conhecer a situação do rastreo das lesões precursoras do câncer cervical nas unidades de saúde do Departamento de Dakar, no Senegal. Especificamente, descreveremos as ações de atenção ao preventivo ginecológico, traçaremos o perfil das mulheres que realizam esses exames, estudaremos a prevalência de lesões precursoras e de carcinoma invasor entre a clientela dessas unidades.
- 12) Solicitamos que o(a) Senhor(a) nos conceda entrevista, fornecendo-nos informações sobre como está organizado no Departamento de Dakar o rastreo das lesões precursoras do câncer de colo uterino.
- 13) As entrevistas serão individuais e realizadas em dia, local e horário de sua conveniência.
- 14) As entrevistas serão gravadas em fita cassete e transcritas por mim.
- 15) As informações coletadas ficarão sob a minha guarda e serão utilizadas somente apenas para fins dessa pesquisa.

- 16) O(a) Senhor(a) poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
- 17) Será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura o (a) senhor(a) citar.
- 18) Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final de mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- 19) O(a) Senhor(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da entrevista;
- 20) O(a) Senhor(a) poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação.

CONFIRMAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu,

_____,
identidade nº _____,
cargo _____ declaro ter lido o
documento e ter sido claramente informado(a) pela pesquisadora acerca do protocolo de
pesquisa de mestrado no qual serei incluído(a), e ter recebido respostas claras a todas as
perguntas que fiz.

Estou ciente que as informações fornecidas por mim serão agrupadas e analisadas
junto com a de outros gestores e profissionais de saúde, mas tenho a garantia de que essas
informações serão tratadas sob o máximo sigilo.

Endereço:

Data:

Assinatura:

**ANEXO 7: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ NACIONAL DE PESQUISA
CIENTÍFICA (CNRS)**

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION

DIRECTION DE LA SANTE

LE DIRECTEUR,

N^o 00815 MSP /DS /CNRS

Dakar, le 16 AVR. 2008

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

**Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin dans le
département de Dakar, Sénégal (étude descriptive)**

Docteur,

La pertinence des objectifs ambitionnés dans votre étude fait que le CNRS vous marque sa non objection. Aussi, je vous accorde une autorisation de mise en oeuvre de l'étude au Sénégal et plus particulièrement dans le Département de Dakar.

Je vous prie de croire, *Docteur*, à l'assurance de ma parfaite considération et de mes encouragements renouvelés.

Docteur Oumou Kalsoum SECK
Institut Fernandes Figueira/Fiocruz
Rio de Janeiro
BRESIL

AMPLIATIONS

Médecin chef de Dakar
Médecins chefs districts concernés



Professeur Oumar FAYE

ANEXO 8: AUTORIZACAO DA REGIÃO MÉDICA DE DAKAR

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé
et de la Prévention

Dakar, le 10/01/2019

Région Médicale de Dakar

Objet : Demande d'accès aux informations sanitaires
des structures de la Région Médicale de Dakar.

Madame Oumou Kalsom SECK médecin Programme de Post-Graduation En
Santé de la Femme et de l'Enfant à l'Institut Fernandes Figuera /Fiocruz au
BRESIL, doit mener un travail de recherche dans les structures du Département de
Dakar pour les besoins de son mémoire de D.E.A.

A cet effet, vous voudriez bien prendre toutes les dispositions nécessaires
pour lui faciliter l'accès aux informations nécessaires à son étude.

Parfaite considération.

Le Médecin Chef de Région
Dr Marie Khemisse NGOM NDIAYE

Destinataires :
Les médecins -chefs des districts : SUD, CENTRE, NORD, OUEST

Ampliations :

- MSP/CAB
- MSP/DS
- MSP/DRH/Div. Formation
- Gouverneur de Dakar
- Archives

REGION MEDICALE DE DAKAR - Rue Félix Eboué X. route des Brasseries - Bel Air
Tel : 832 29 19 - Fax : 832 59 04 - BP : 7608 Dakar Médina - Email : regiomedd@sento.sn

