

Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde

ANALYSIS OF COVERAGE AND OF THE PAP TEST EXAMS NOT RETIRED OF A BASIC HEALTH UNIT

ANÁLISIS DE LA COBERTURA Y DE LOS EXÁMENES DE PAPANICOLAOU NO RETIRADOS DE UNA UNIDAD BASICA DE SALUD

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos¹, José Ananias Vasconcelos Neto², Ana Rita Pimentel Castelo³, Francisco das Chagas Medeiros⁴, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵

RESUMO

Analisar a cobertura e os exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade de Saúde. Pesquisa documental retrospectiva, na qual foram avaliados os dados de cobertura de 2007 e os 225 exames realizados e não retirados da unidade até janeiro de 2008. Para a análise estatística foi aplicado o cálculo da frequência das variáveis pesquisadas. A média mensal de exames realizados foi de 102,6 exames. A cobertura do exame em 2007 foi de 11,22% entre as mulheres de 25 a 59 anos. Dos 938 exames realizados entre fevereiro e novembro de 2007, 225 (23,98%) mulheres não receberam o resultado. A maioria das mulheres (67,5%), que realizou o exame e não retornou, tinha até 30 anos de idade. O não retorno das mulheres para receber o resultado do exame dificulta o acompanhamento, a integralidade e continuidade da assistência, contribuindo para uma intervenção em fases mais avançadas da doença.

DESCRITORES

Saúde da mulher.
Neoplasias do colo do útero.
Esfregaço vaginal.

ABSTRACT

To analyze the coverage and the colpocytology exams that were not collected from a Health Center. This is a retrospective documentary study, in which the data were evaluated for coverage of 2007 and all 225 tests that were performed but were not collected by the patients unit until January 2008. Statistical analysis was performed using the frequency of the studied variables. The average monthly number of tests was 102.6 examinations. The coverage of the examination in 2007 was 11.22% among women with 25 to 59 years of age. Of the 938 tests conducted between February and November 2007, 225 (23.98%) women did not receive the result. Most women (67.5%) who performed the examination and had not returned were 30 years old or younger. The women's attitude of not returning to collect their exam results increases the difficulty of follow up, and providing comprehensive and continuity of care, contributing with an intervention in advanced stages of the disease.

KEY WORDS

Women's health.
Uterine cervical neoplasms.
Vaginal smears.

RESUMEN

Analizar la cobertura y los resultados de los exámenes colpocitológicos no retirados de una Unidad de Salud. Investigación documental retrospectiva, en la que fueron evaluados los datos de cobertura de 2007 y las 225 pruebas realizadas y no retiradas en la unidad hasta enero de 2008. Para el análisis estadístico se utilizó el cálculo de la frecuencia de las variables estudiadas. El promedio mensual de exámenes efectuados fue 102,6. La cobertura del examen en 2007 fue del 11,22% entre las mujeres de 25 a 59 años. Sobre los 938 análisis realizados entre febrero y noviembre de 2007, 225 (23,98%) mujeres no retiraron el resultado. La mayoría de las mujeres (67,5%) que llevaron a cabo el examen y no retornaron tenían 30 años de edad o menos. El no retorno de la mujer a recibir el resultado del examen dificulta el seguimiento, la integralidad y la continuidad de la atención, lo cual aumenta la posibilidad de una intervención en etapas más avanzadas de la enfermedad.

DESCRIPTORES

Salud de la mujer.
Neoplasias del cuello uterino.
Frotis vaginal.

¹ Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. camilamoreiravasco@hotmail.com ² Mestrando em Tocoginecologia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. ananiasvasco@hotmail.com ³ Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anaritacastelo@hotmail.com ⁴ Doutor em Farmacologia. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. profmedeirosufc2007@gmail.com ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anakarinaufc@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Diferentemente dos demais cânceres humanos, a neoplasia do colo uterino é evitável, já que apresenta evolução lenta, com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento do câncer⁽¹⁾. Apesar de apresentar o maior potencial de prevenção e cura (próximo de 100%), quando diagnosticado precocemente, o câncer do colo do útero (CCU) é o segundo tipo de câncer mais freqüente na população feminina, responsável por mais de 250.000 mortes em todo o mundo, sendo que 80% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento⁽²⁾.

O número de casos novos de CCU esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres⁽³⁾. Em relação aos estados do Nordeste, o Ceará ocupa o quinto lugar em número de casos estimados para 2008, com taxa de 17,8 casos/100.000mulheres. Em Fortaleza, capital do Ceará, vem aumentando gradativamente as taxas de mortalidade em mulheres por CCU, com os seguintes dados: 3,85/100.000 em 1999; 4,13/100.000 em 2000; 4,73/100.000 em 2001; e 5,42/100.000 em 2002. Todavia, a razão entre os exames colpocitológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária tem decaído nos últimos anos: 0,19 em 2000, 0,23 em 2001, 0,24 em 2002, 0,20 em 2003 e 0,18 em 2004⁽⁴⁾. Em 2008, são estimados 770 casos novos de CCU para o estado do Ceará⁽³⁾.

As estratégias de prevenção secundária ao CCU consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento compreendidas pela colpocitologia oncótica (CO), colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do HPV em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. A CO, dentre os métodos de detecção, é considerada a mais efetiva e eficiente a ser aplicada coletivamente em programas de rastreamento do CCU, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos⁽⁵⁾.

Aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas à CO⁽⁶⁾ e, apenas 7,7% das mulheres brasileiras têm acesso a programas governamentais de prevenção e controle do CCU para a realização deste exame⁽⁷⁾.

A Baixa cobertura do exame, a inadequação na coleta e na emissão de laudos colpocitológicos, e a baixa adesão das mulheres ao exame são dificuldades significativas no controle do CCU. No entanto, mesmo diante da magnitude desse problema para a saúde pública e o alto potencial de cura do CCU, o incremento na oferta de serviços, na prevenção e tratamento dos casos terá seu alcance limitado se essas mulheres não retornarem para receber o resultado do exame⁽⁸⁾.

Alguns estudos⁽⁸⁻⁹⁾ já têm abordado essa temática, do não retorno das mulheres para receber o resultado da CO, buscando conhecer os motivos que levam as mulheres a não retornarem e o perfil das mesmas. Esta situação é complexa, pois é realizado todo um investimento financeiro e profissional por parte do serviço, em cada exame realizado, porém o impacto final fica prejudicado. São envolvidos profissionais de nível superior e técnico, assim como gastos diversos com material no processo de coleta do exame, leitura da lâmina e impressão do resultado. Quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo da realização do exame, ou seja, a prevenção do CCU, não é alcançado.

Diante desta problemática, este estudo tem o propósito de analisar a cobertura da realização do exame preventivo do CCU e os laudos dos exames colpocitológicos realizados e não retirados em um Centro de Saúde da Família (CESAF) de Fortaleza-CE.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa documental retrospectiva, realizada em um CESAF situado no bairro Vicente Pinzon, em uma área da periferia da cidade de Fortaleza-CE, pertencente à Secretaria Executiva Regional II, no qual funcionam quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde Agosto de 2006, e abrange um contingente de aproximadamente 30 mil pessoas. Dentre estas, o número de mulheres entre 25 a 59 anos é de aproximadamente 6.752.

Os dados relacionados à cobertura do exame colpocitológico em 2007 foram obtidos através da Secretaria Executiva Regional II, que anualmente faz um cálculo da cobertura deste exame nas mulheres de 25 a 59 anos de cada CESAF. Por meio do livro de registros da unidade, foi realizado um levantamento do quantitativo de exames realizados nos meses de fevereiro a novembro de 2007 em mulheres de todas as idades. Em seguida, foram avaliados todos os 225 laudos colpocitológicos dos exames feitos nos meses de fevereiro a novembro de 2007 que não foram recebidos pelas respectivas mulheres até o dia 28 de janeiro de 2008.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará com o número 235/07.

Em relação aos laudos, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, data do exame, processo inflamatório, microbiologia e alteração celular. Buscou-se, para esse estudo, apresentar os dados descritivos, que foram devidamente registrados em formulário-padrão pré-codificado para entrada de dados em computador e, em seguida, digitados em banco de dados criado no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Para a análise procedeu-se a distribuição da freqüência das variáveis coletadas.

RESULTADOS

Na instituição pesquisada, os exames colpocitológicos são realizados por enfermeiras semanalmente, na segunda e terça à tarde, e, na quarta, pela manhã e à tarde. É normatizado na instituição que cada enfermeira deve realizar dez exames por semana (ou por turno). O atendimento é realizado por demanda espontânea e ordem de chegada para o mesmo dia, ou seja, as dez primeiras mulheres que comparecerem ao centro de saúde, independente da área adscrita a que pertencem, tem acesso ao mesmo. Dessa forma, são esperados aproximadamente 160 exames por mês.

De acordo com os dados obtidos no relatório anual de 2007, entregue à Secretaria Executiva Regional II, foi calculada uma cobertura do exame colpocitológico de 11,22% (758) das mulheres de 25 a 59 anos. O número total de mulheres de 25 a 59 anos pertencente à área adscrita da UBS é de 6.752.

Nos meses de fevereiro a novembro de 2007, foram realizados 938 exames de prevenção do CCU, no entanto, até o dia 28 de janeiro de 2008, 225 (23,98%) laudos ainda não tinham sido retirados pelas mulheres. A média mensal de exames colpocitológicos realizados foi de 102,6 exames. Conforme mostra a Figura 1, a instituição pesquisada em nenhum mês realizou os 160 exames esperados, o quantitativo de exames não é constante durante os meses avaliados e o total de exames não recebidos pelas mulheres variou entre três (8,82%), em março, e 32 (60%), em novembro.

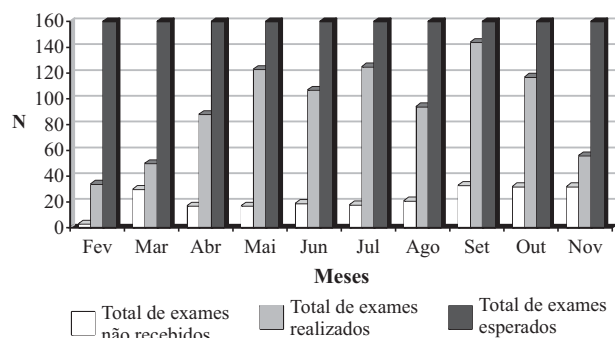


Figura 1 - Distribuição do total de exames citopatológicos esperados, realizados e não recebidos por mês - Fortaleza, CE - 2008

Tabela 1 - Distribuição dos exames colpocitológicos segundo a presença e/ou ausência de alteração celular e a faixa etária - Fortaleza, CE - 2008

Faixa etária	Alteração celular								Total	
	AUSENTE		ASCUS		AGUS		NICI/HPV			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11 - 30	143	94,0	05	3,3	-	-	04	2,7	152	100,0
31 - 60	63	96,9	-	-	-	-	02	3,1	65	100,0
61 - 80	07	87,5	-	-	01	12,5	-	-	08	100,0
Total	213	94,6	05	2,2	01	0,4	06	2,6	225	100,0

A idade das mulheres que não receberam o resultado da CO variou entre 11 e 79 anos, com uma média de idade de 28,76 anos. Aquelas com até 30 anos de idade representaram a maioria (67,5%) das que realizaram o exame e não retornaram para buscar.

A colonização cérvico-vaginal diagnosticada nos laudos se deu principalmente por cocos e bacilos (42,6%), seguida pela gardnerella (25,3%), lactobacilos (17,7%), cândida (10,2%) e trichomonas (3,1%). O processo inflamatório descrito nos laudos se distribuiu da seguinte forma: ausente (6,0%), leve (22,8%), moderado (47,5%), acentuado (20,4%) e purulento (1,3%) (Figura 2).

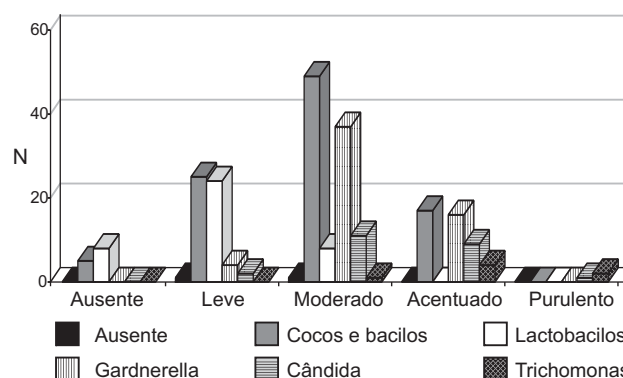


Figura 2 - Distribuição do processo inflamatório segundo os agentes microbiológicos diagnosticados nos laudos - Fortaleza, CE - 2008

Somente 12 (5,3%) laudos indicavam a presença de alteração celular, sendo a metade (n=06) deles positiva para neoplasia intra-epitelial cervical I/HPV (NIC I/HPV). Em cinco laudos constava a presença de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e apenas um foi positivo para células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS). Nove (75,0%) dos doze laudos colpocitológicos alterados eram de mulheres com até 30 anos de idade (Tabela 1). Em quatro dos seis laudos compatíveis com NIC I/HPV a *Gardnerella vaginalis* estava presente.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como necessária uma cobertura de 80% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do CCU⁽²⁾. Se fosse cumprida a meta de 160 exames mensais proposta para o serviço, seriam realizados, em 12 meses, 1.920 exames, o que representaria uma cobertura anual de 28,4%, independente da faixa etária. Esses dados revelam que a meta de 160 exames mensais proposta para o serviço é insuficiente para se atingir uma cobertura mais próxima da desejada. Todavia, há que se considerar que a variação entre o total de exames realizados por mês, resultando numa média de 106 exames, já demonstra a dificuldade dos profissionais em atingir a meta de 160 exames mensais.

Se fossem realizados os 160 exames mensais normatizados pela instituição, em dez meses, o período de tempo analisado durante este estudo, deveriam ter sido feitos 1.600 exames, no entanto, somente foram realizados 58,62% (938) desse total. Ou seja, um pouco mais da metade da meta de exames proposta para este período, o que acaba refletindo em uma cobertura anual muito aquém da desejada. De acordo com os dados obtidos na instituição pesquisada, a cobertura do exame colpocitológico nas mulheres de 25 a 59 anos de idade em 2007 foi de 11,17% (758). Essa cobertura é muito baixa quando comparada à porcentagem de 54,1% das mulheres de 25 a 49 anos que realizam o exame com intervalo de até um ano, em São Luís, Maranhão⁽¹⁰⁾.

Dentre as possíveis causas para a ocorrência deste fato, pode-se pensar na baixa procura das mulheres para a realização do exame, ou em fatores ligados à instituição: limitação do acesso ao exame (número reduzido de fichas), falta de material, absenteísmo ou férias dos profissionais.

Entre os motivos apontados para a não realização do CO, em um estudo realizado com 290 mulheres no município de Campinas, São Paulo, foi referido com maior frequência o fato de a mulher achar que não é necessário realizá-lo (43,5%), seguido pelo motivo de considerá-lo um *exame embaraçoso* (28,1%). O não conhecimento do exame foi referido por 5,7% das mulheres, e a dificuldade em marcar o exame por 13,7%⁽¹¹⁾. Na instituição pesquisada, o exame de prevenção é realizado por demanda espontânea e não por marcação.

É necessário que o enfermeiro atuante em programas de prevenção e controle do CCU, realize ações que contribuam para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Diante disto, esse profissional deve estar alerta para: a captação de mulheres integrantes do grupo de risco e daquelas na faixa etária de maior incidência, preconizada pelo Ministério da Saúde; execução correta da técnica de coleta; preenchimento dos dados na solicitação do exame; manutenção, identificação e acondicionamento dos frascos e lâminas; provisão do material, bem como a

busca das mulheres, quando houver resultado anormal, encaminhando-as para o tratamento adequado⁽¹²⁾.

A coordenação do programa de saúde da mulher do referido CESAF realiza periodicamente campanhas de prevenção do CCU aos sábados, a fim de aumentar o quantitativo de exames realizados. Em 2007, essa campanha aconteceu no mês de setembro, no qual foram realizados 71 exames, sendo o mês com maior número de exames realizados (Figura 1), mesmo assim, a meta dos 160 exames mensais não foi atingida pela referida unidade.

Há que se ressaltar que além da capacidade de realização dos exames colpocitológicos deste CESAF está sendo subaproveitada, aproximadamente 25% dos resultados destes exames não são recebidos pelas mulheres. Esses dados contrastam com os encontrados em um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, realizado em 1.404 mulheres, no qual, o resultado da última CO ainda não era conhecido por 10,3% delas, independentemente do tempo de realização. Nos serviços públicos de saúde, este valor alcançou 8,1%, enquanto, nos serviços de saúde por convênio ou particular foi de 3,2%⁽¹³⁾. No município de São Paulo, em 2000, um inquérito domiciliar foi realizado, constatando que 13% não receberam o resultado do último exame⁽¹⁴⁾.

Foi verificado que na unidade pesquisada as mulheres não têm consulta de retorno garantida. A entrega dos exames sem alterações é feita pelas agentes administrativas na recepção do posto de saúde, e, a consulta com o profissional de saúde, dependerá da obtenção de uma vaga. Se, todavia, no exame houver a presença de alguma alteração, tais como: inflamação acentuada, tricomoníase, NIC, ASCUS ou AGUS, a mulher é comunicada, e o resultado só poderá ser entregue mediante consulta. Todavia, para isto é igualmente necessária a obtenção de uma vaga. Questiona-se: somente a realização do exame é garantia de prevenção do CCU? Quais os benefícios do aumento da cobertura sem que a unidade de saúde ofereça continuidade no atendimento?

Estudo realizado, em um CESAF de Fortaleza, sobre o não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de prevenção do CCU identificou entraves na própria dinâmica do serviço que dificultavam o acesso das mulheres à consulta de retorno, como por exemplo: o número de mulheres que realiza a coleta citológica era o dobro do número de vagas distribuídas para atendimento de retorno, ficando, portanto, 50% dessas mulheres sem garantia de continuidade do atendimento. Além disso, inexistia, na unidade, busca ativa de mulheres examinadas em decorrência de resultados que necessitassem de intervenção ou encaminhamento com maior urgência, como nos casos de carcinoma *in situ*⁽⁸⁾.

Esta realidade dificulta o acompanhamento, a integridade e continuidade da assistência, contribuindo para a persistência de um grave problema nessa área, que é a intervenção em fases mais avançadas da doença.

Uma das atividades do programa de controle do CCU é a educação em saúde. Assim, nenhuma ação de controle

do CCU avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Deverão ser oferecidas a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo, ações educativas individuais ou em grupos de reflexão sobre os benefícios que decorrem destas atividades⁽⁶⁾.

É interessante ressaltar que o processo inflamatório intenso, presente em 20,4% dos laudos desta pesquisa, prejudica a qualidade da amostra e, quando presente, deve ser tratado e realizada nova coleta citológica após três meses, pois o tratamento dos processos inflamatórios diminui o risco de insatisfatoriedade da lâmina⁽¹³⁻¹⁴⁾. Desta forma, pode-se inferir que estas mulheres não estão realizando o exame nas condições ideais para se detectar alterações celulares que antecedem o CCU, e sim, devido estarem apresentando alguma queixa que as incomoda.

A vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns e incomodativos que afetam a saúde da mulher e representa cerca de 70% das queixas em consultas ginecológicas⁽¹⁵⁾. Considerando-se que essas mulheres deveriam ser orientadas durante a consulta de retorno, quanto aos possíveis fatores físicos, químicos, hormonais, orgânicos e anatômicos relacionados ao aparecimento das vulvovaginites; essa possibilidade foi perdida pelo fato das mesmas não terem retornado à unidade de saúde⁽⁸⁾.

Na referida unidade, os profissionais realizam tratamento por abordagem sintomática, o que pode nos levar a pensar na hipótese dessas mulheres não terem retornado por haverem recebido tratamento no dia da realização do exame e, conseqüentemente, pela melhora dos sintomas.

Em relação aos achados microbiológicos, os laudos compatíveis com *Lactobacilos sp* (17,7%) e com *cocos e bacilos* (42,6%) são considerados achados normais. Fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento⁽¹⁶⁾.

A *Gardnerella vaginalis*, encontrada em 25,3% dos laudos, é uma bactéria, que quando encontrada em baixa concentração na microbiota vaginal, não causa danos. Entretanto, alguns fatores podem desencadear o processo inflamatório alterando o equilíbrio biológico pelo predomínio dessa bactéria. Esse quadro convencionou-se chamar de vaginose bacteriana (VB)⁽¹⁷⁾.

Alterações de flora vaginal sugestivas de VB ocorrem com freqüência significativamente maior entre as mulheres com anormalidades citológicas cervicais em comparação com aquelas cuja citologia cervical é normal. Há, também, associação significativa entre DNA de HPV e flora indicativa de VB. Assim, vem sendo sugerido que a VB também poderia ter papel importante no desenvolvimento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) devido às nitrosaminas oncogênicas produzidas pelas bactérias anaeróbicas e, ain-

da, devido ao estímulo para a produção de citocinas, como a interleucina 1 beta⁽¹⁸⁾. Esse fato foi constatado durante este estudo, no qual a *Gardnerella vaginalis* estava presente em 66,7% dos laudos com NIC I/HPV.

A *Candida sp* foi encontrada em 10,2% dos laudos analisados. Os sinais e sintomas da candidíase dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado. Já o protozoário *Trichomonas vaginalis* é um parasita do aparelho urogenital humano e agente etiológico da tricomoníase, uma doença sexualmente transmissível (DST) (Passos, 2005). Este agente foi encontrado em 3,1% dos laudos pesquisados. O simples achado de *Trichomonas vaginalis* em uma CO de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual, já que se trata de uma DST. Também devem ser realizadas as seguintes ações complementares: aconselhar, oferecer testes VDRL, anti-HIV, sorologia para Hepatite B e C. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar e agendar retorno⁽¹⁵⁾. A tricomoníase vaginal pode alterar o resultado da CO. Por isso, nos casos em que não houver alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia com três meses para avaliar se há persistência dessas alterações⁽¹⁹⁾.

...o não retorno das mulheres com laudo compatível de tricomoníase, vaginose bacteriana e/ou candidíase dificultam o acesso ao tratamento adequado...

Tendo em vista todos os prejuízos que cada uma destas infecções pode causar por si só, o não retorno das mulheres com laudo compatível de tricomoníase, vaginose bacteriana e/ou candidíase dificultam o acesso ao tratamento adequado e informações sobre como evitá-las.

A interpretação citológica de lesão epitelial de baixo grau (NIC I) apresenta 15 a 30% de chance de biopsia compatível com NIC II e NIC III. A conduta preconizada é a repetição do exame colpocitológico em seis meses na UBS, já que estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesões de baixo grau há regressão espontânea⁽¹⁶⁾.

Atualmente, os resultados compatíveis com ASCUS representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos colpocitológicos. A conduta a ser adotada frente a este resultado é semelhante à descrita para NIC I. Por outro lado, as pacientes com atipias glandulares (AGUS) apresentam 9% a 54% dos casos de NIC II e III; 0% a 8%, de adenocarcinoma in situ; e 1% a 9%, de adenocarcinoma invasor no exame histopatológico. Portanto, a conduta preconizada é encaminhar a paciente à unidade de referência de média complexidade para colposcopia imediata⁽¹⁶⁾.

O fato de 75% dos laudos alterados pertencerem às mulheres com até 30 anos de idade pode estar relacionado à precocidade das relações sexuais, à promiscuidade das jovens, e, inclusive, às DST⁽²⁾. O início precoce das relações sexuais está associado com o aumento do risco de apresentar câncer cervical: esta relação pode ser explicada com base na consideração de que a zona de transformação do

epitélio cervical é mais proliferativa durante a puberdade e a adolescência (período vulnerável), sendo especialmente susceptível a alterações que podem ser induzidas por agentes transmitidos por via sexual, entre eles o HPV. Na adolescência há uma probabilidade maior desta infecção virótica se converter em um processo crônico, o que implicaria em um maior risco do desenvolvimento de câncer cervical⁽²⁰⁾

A infecção pelo HPV de alto risco oncogênico é mais freqüente nas mulheres jovens, e a sua prevalência pode chegar em torno de 25 a 30% nas menores de 25 anos. Em muitos lugares a prevalência diminui abruptamente com a idade⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo revela que a unidade de saúde pesquisada tem uma cobertura de exames realizados anualmente aquém do esperado (48,85%) e que a estratégia de realização esporádica de campanhas para realização do exame colpocitológico mostrou-se ineficaz para atingir a meta mensal de exames da unidade.

Dos 938 exames de prevenção do CCU realizados no ano estudado, 225 (23,98%) laudos ainda não haviam sido recebidos pelas mulheres, sendo esta taxa bem superior a dos encontrados em outros estudos. Acredita-se que a alta taxa de não retorno deve-se ao fato de que, neste CESAF, as mulheres não têm consulta de retorno garantida, o que pode comprometer diretamente o tratamento e o seguimento das clientes.

Vários são os prejuízos para a mulher decorrentes do não retorno, como: não ter acesso às informações sobre sua situação de saúde; ao tratamento, ao encaminhamento e à repetição do exame, caso seja necessário. A consulta de retorno também é um momento importante para realizar atividades educativas sobre a prevenção do CCU, sobre

doenças sexualmente transmissíveis e sobre o uso do preservativo, o que acaba sendo perdido, quando a mulher não retorna.

No caso da instituição pesquisada, percebem-se alguns problemas muito importantes que interferem no combate eficaz ao CCU: a baixa cobertura de realização do exame e o grande número de exames que não são entregues às mulheres. Essa situação demonstra a necessidade de uma reorganização do serviço com vistas a facilitar o acesso das mulheres ao exame, garantir consulta de retorno a todas as mulheres, bem como proporcionar atividades educativas sobre o CCU e a importância da consulta de retorno. A adoção dessas medidas irá contribuir para o aumento da cobertura e diminuição das taxas de não retorno das mulheres a fim de receber o resultado do exame.

O CCU é um problema de saúde pública, todavia, tem alto potencial de prevenção e cura. A partir desta assertiva, pode-se fazer uma reflexão sobre os investimentos que são realizados a fim de sanar este problema, e, na maioria das vezes, aumentam a oferta dos exames colpocitológicos, mas deixam a desejar em relação: à melhora da qualidade do atendimento através de uma reorganização do serviço e realização de práticas educativas sobre a prevenção do CCU; e à importância da consulta de retorno. Desta forma, percebe-se um olhar reducionista acerca desta problemática e o distanciamento desta prática dos princípios da Promoção da Saúde.

Acredita-se que o êxito do rastreamento do CCU dependerá, acima de tudo, além da ampliação da cobertura da população feminina com a realização da citologia oncológica em massa, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas.

REFERÊNCIAS

1. Saraiya M, Lee NC, Blackman D, Smith MJ, Morrow B, Mckenna MT. Observations from CDC. An assessment of Pap smears and hysterectomies among women in the United States. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(2):103-9.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2005. [citado 2008 fev. 18]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>
5. Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003;3(1):34-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Conhecendo o Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
7. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2002;48(2):223-30.
8. Victor JF, Moreira TMM, Araújo AR. Exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados e não retirados de uma Unidade Básica de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(4):407-11.

-
9. Greenwood AS, Machado MFAS, Sampaio NVV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame de papanicolaou. *Rev Lat Am Enferm*. 2006; 14(4):503-9.
 10. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(3):325-34.
 11. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.
 12. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):296-302.
 13. Hackenhaar AA, César JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.
 14. Pinho AA, França-Júnior I, Scharaiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:303-13.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília; 2006.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
 17. Passos MRL. Deesetologia: DST. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
 18. Behbakht K, Friedman J, Heimler I, Aroutcheva A, Simoes J, Faro S. Role of the vaginal microbiological ecosystem and cytokine profile in the promotion of cervical dysplasia: a case-control study. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2002;10(4):181-6.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília; 2006.
 20. Medeiros VCRD, Medeiros CR, Moraes LM, Menezes Filho JB, Ramos ESN, Saturnino ACRD. Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. *Rev Bras Anal Clin*. 2005;37(4):227-31.