

Ana Paula Brioschi dos Santos¹
Camila da Silva Luzia²
Leticia Sodre Freitas²
Paula Escalfoni Moraes²
Priscilla Rocha Araujo Nader^{1,2}
Grazyelle Fonseca Costa de Bortolli¹
Juliana Rodrigues Tovar¹
Antônio Fernando Pego e Silva³

**Association between
sociodemographic features
and mass screening of
cytopathological exams
showing uterine intraepithelial
cervical injuries in Espírito
Santo state, from 2006 to
2014**

| Associação entre características sociodemográficas e de rastreamento de exames citopatológicos com lesões cervicais intraepiteliais uterinas no estado do Espírito Santo, 2006 a 2014

ABSTRACT | Introduction: Cervical cancer (CC) is the fourth leading cause of cancer-related deaths in Brazil, a fact that makes it a major public health issue. **Objective:** Associating the screening aspects and sociodemographic features of women subjected to cytopathological exams in Espírito Santo State from January 2006 to December 2014, based on results suggesting intraepithelial lesion or high-grade intrauterine lesion without CC lesions. **Methods:** Retrospective cross-sectional study based on quantitative approach; data were collected in the SISCOLO database (DATASUS). **Results:** 2,295,801 Pap smear results recorded from 2006 to 2014 were analyzed; 2,283,403 (99.45%) of them excluded suggestive and high-grade lesions. Based on results of all exams presenting suggestive and high-grade lesion (12,420), it was possible seeing that most patients live in the metropolitan region (56%), are in the age group 25-64 years (80.27%), have incomplete elementary school (7.3%), are not white (6.18%), had their last preventive examination one year before (36%) and had been previously subjected to cytopathological examination (74.05%). All analyzed variables were statistically significant ($p < 0.001$) when they were associated with the presence, or absence, of high-grade suggestive lesions/ high-grade lesions. **Conclusion:** The multidisciplinary humanized approach in primary care focused on health education helps strengthening the bond between patients and health care service/promotion, as well as enables better using preventive approaches.

Keywords | Cervical Cancer; Women; Information System; Mass Screening.

RESUMO | Introdução: O câncer do colo uterino (CCU) no Brasil é a quarta causa de morte por câncer, tornando-se um importante problema de saúde pública. **Objetivo:** Associar os aspectos do rastreamento e as características sociodemográficas das mulheres que realizaram citopatológico por meio dos resultados dos exames com lesão intraepiteliais sugestiva ou intraepiteliais de alto grau e sem lesões para CCU, realizados no estado do Espírito Santo, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com uma abordagem quantitativa, com dados coletados por meio do banco de dados do SISCOLO (DATASUS). **Resultados:** Foram analisados 2.295.801 resultados de exames citopatológicos papanicolaou no período de 2006 a 2014 e, dentre esses, 2.283.403 (99,45%) excluíram lesões sugestivas e de alto grau. Entre os resultados de exames com lesão sugestiva e lesão de alto grau (12.420), observou-se que a maioria é residente na região metropolitana (56%), com faixa etária entre 25 a 64 anos (80,27%), ensino fundamental incompleto (7,3%), raça/cor não branca (6,18%), realização do último preventivo há um ano (36%) e com realização de citopatológico anterior (74,05%). Todas as variáveis analisadas apresentaram significância estatística ($p < 0,001$) quando associadas com a presença ou não de lesão sugestivas de alto grau/lesão de alto grau. **Conclusão:** Conclui-se que a abordagem humanizada multidisciplinar na atenção básica, direcionada à educação em saúde, fortalece o vínculo das usuárias com o serviço e a promoção da saúde, culminando em uma melhor utilização de abordagens preventivas.

Palavras-chave | Câncer de colo; Mulheres; Sistema de Informação; Programas de rastreamento.

¹Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O Câncer do colo uterino (CCU) é o terceiro mais frequente na população feminina, excluindo o câncer de pele não melanoma. Estimam-se 16.370 casos novos de CCU para cada ano do biênio 2018-2019, com risco previsto de 15,43 casos por 100 mil mulheres¹. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento estão relacionados à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), à baixa imunidade, à idade (maior do que 30 anos), ao comportamento sexual inseguro e ao tabagismo (início precoce e número de cigarros dia)².

A etiologia do CCU está diretamente relacionada à infecção persistente por papiloma vírus humano (HPV), que apresenta alto potencial oncogênico. A história natural do CCU mostra que ele apresenta um grande potencial de prevenção e cura em virtude de sua lenta evolução, e passa por vários estágios de lesões intraepiteliais pré-cancerosas, associadas à relativa facilidade de diagnóstico, permitindo que a doença seja detectada ainda nos estágios iniciais quando passível de tratamento, com altas taxas de progressão para cura².

Desde 1998, o Ministério da Saúde elegeu o exame citopatológico de Papanicolaou como método único de rastreamento, permanecendo até os dias atuais. É um método simples, rápido, indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial e de baixo custo, que tem se mostrado efetivo e eficiente para detectar alterações da cérvix uterina³.

Como os fatores de risco para desenvolvimento de CCU são permeados por variáveis comportamentais e sociais, a associação dessas variáveis com resultado dos exames é muito importante para conhecimento do perfil da população acometida.

O objetivo deste artigo **foi o de** associar os aspectos do rastreamento e as características sociodemográficas da população-alvo dos resultados dos exames citopatológicos com lesão intraepitelial sugestiva ou intraepitelial de alto grau e sem lesões para CCU, realizados no estado do Espírito Santo, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014.

MÉTODOS |

Estudo transversal retrospectivo com uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio do

banco de dados do Siscolo, DATASUS, que é de domínio público, em residentes do estado do Espírito Santo, nos anos de 2006 a dezembro de 2014. O estado do Espírito Santo possui 78 municípios divididos em 04 Regionais de saúde, sendo elas, Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul.

As variáveis utilizadas foram: município residência, faixa etária, escolaridade, cor/raça, citopatológico anterior e tempo último preventivo.

Para inclusão no estudo foram eleitos os exames citopatológicos cérvico-vaginais com resultados de lesão intraepitelial alto grau ou sugestiva de alto grau, sendo: lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor; adenocarcinoma in situ/invasor; lesão intraepitelial de alto grau; células atípicas de origem indefinida quando não se pode afastar lesão de alto grau; células glandulares atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau, células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau e outras neoplasias.

Os exames sem lesão sugestiva e lesão de alto grau também foram incluídos, sendo estes: dentro dos limites da normalidade, alteração benigna inflamação, alteração benigna metaplasia, alteração benigna reparação, alteração benigna atrofia, alteração benigna radiação, alteração benigna outros, lesão intraepitelial de baixo grau, células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas; células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) possivelmente não neoplásicas, alteração indeterminada de epitélio glandular (AGUS) possivelmente não neoplásico.

Organizaram-se os dados no programa Microsoft Office Excell 2007 for Windows, e posteriormente foram trabalhados no programa do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Realizou-se uma análise descritiva univariada da totalidade dos dados obtidos para conhecer o padrão de distribuição das mulheres com resultado de exames citopatológicos com lesão sugestiva e de alto grau e exames sem lesões sugestivas e de alto grau. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequências absoluta e relativa. Posteriormente foi aplicado o teste de independência qui-quadrado para identificar se algumas das variáveis relacionadas às características sociodemográficas e de rastreamento apresentariam associação, considerando o nível de significância de 0,05.

Cabe salientar que desde dezembro de 2012 houve uma fusão dos sistemas SISCOLO e SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), formando o SISCAN (Sistema de Informação do Câncer da Mulher), onde há o acesso a informações dos dois bancos reunidos.

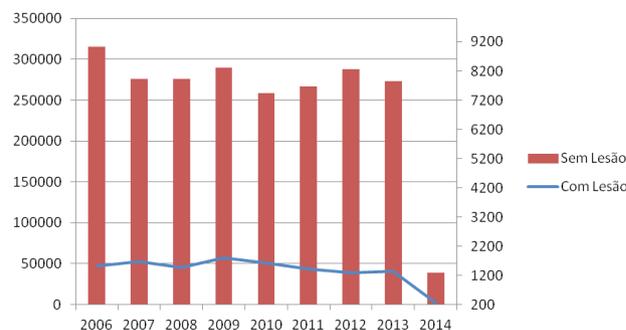
A pesquisa utilizou informações que são de domínio público e por isso isentou-se da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS |

O presente estudo analisou exames cadastrados no programa SISCOLO, nos anos de 2006 a 2014, de mulheres residentes no Espírito Santo. Foram coletados 2.295.801 exames nesse período, dentre os quais 12.420 (0,55%) apresentaram lesão intraepitelial sugestiva ou de alto grau, sendo 5382 exames com resultados sugestivos de alto grau e 7038 exames com resultados de lesão intraepitelial de alto grau, e 2.283.403 (99,45%) excluíram lesões sugestivas e de alto grau.

O Gráfico 1 demonstra a distribuição dos resultados dos exames conforme os anos analisados: em 2006 foram 315.494 resultados sem lesão de alto grau e 1.515 resultados com lesão intraepitelial sugestiva ou de alto grau. Entre os anos de 2006 e 2013 houve uma estabilidade no número de exames realizados, contudo em 2014 ocorreu uma queda

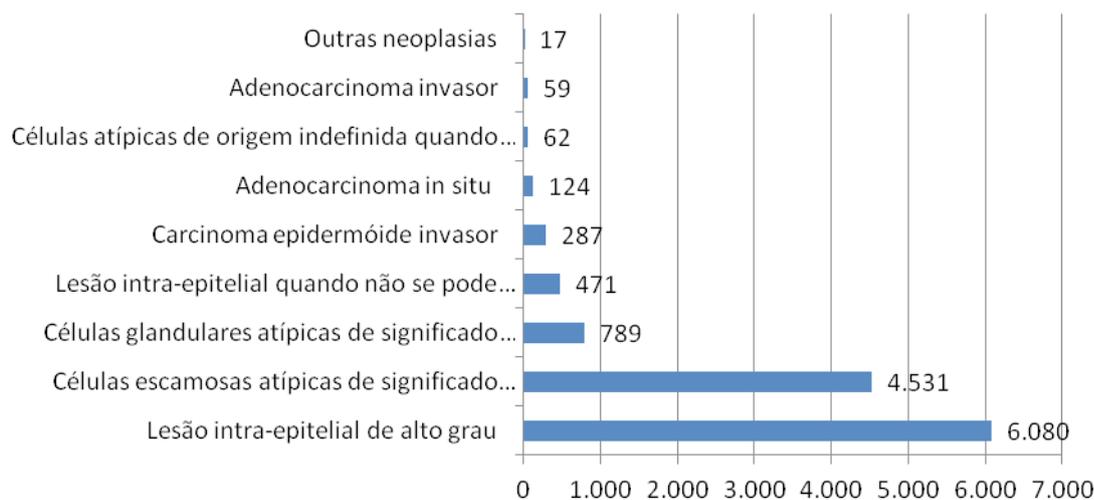
Gráfico 1 – Análise temporal dos resultados dos exames citopatológicos sem e com lesão intraepitelial sugestiva de alto grau e lesão intraepitelial de alto grau para CCU, realizados no Estado do Espírito Santo, 2006 a 2014



no número de exames registrados no SISCOLO em ambas as classificações, sendo 39.455 resultados de exames sem lesão de alto grau e 257 com lesão intraepitelial sugestiva ou de alto grau.

De acordo com a Gráfico 2, foram distribuídos os resultados de exames colpocitopatológicos que tinham lesões sugestivas e lesões de alto grau, sendo que 62 (1,15%) foram de células atípicas de origem indefinida quando não se pode afastar lesão de alto grau, 789 (14,66%) de células glandulares atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão de alto grau, 4.531 (84,19%) de células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão de alto grau, 6.080

Gráfico 2 – Caracterização dos resultados dos exames citopatológicos com lesão intraepitelial sugestiva de alto grau e lesão intraepitelial de alto grau para CCU, realizados no Estado do Espírito Santo, 2006 a 2014



(86,39%) foram de lesão intraepitelial de alto grau, 471 (6,69%) de lesão intraepitelial quando não se pode excluir microinvasão, 287 (4,08%) de carcinoma epidermoide invasor 124 (1,76%) de adenocarcinoma in situ, 59 (0,84%) de adenocarcinoma invasor e 17 (0,24%) outras neoplasias.

Quando analisadas as características demográficas das mulheres, os exames da Região Metropolitana obtiveram o maior número de lesões sugestivas de alto grau com 6978 (56,18%) casos e sem lesões sugestivas de alto grau com 1.205.719 (52,80%) casos, como apresentado na Tabela 1. Em seguida, a região Central apresentou 2.483 (20%) casos de lesões sugestivas de alto grau e 399.404 (17,51%) casos sem lesão de alto grau. Em relação aos exames com lesões sugestivas de alto grau e de alto grau a Região Norte havia 1.446 (11,64%) casos, enquanto a Região Sul, 1.513 (12,18%) casos. Em relação aos exames sem lesões de alto

grau, a Região Sul apresentou 414.624 (18,15%) casos e a Norte 263.656 (11,54%).

Em relação à faixa etária analisada, os exames das mulheres entre 25 e 64 anos representaram a maior parte da amostra, tanto para lesões sugestivas e de alto grau com 9956 (80,16%) resultados, como para sem lesões com 1 785 178 (78,18%). Além disso, foram encontrados exames alterados entre pacientes fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para coleta do citopatológico, sendo 1305 (10,50%) em mulheres até 24 anos e 1142 (9,19%) em mulheres acima de 65 anos. Entre os exames sem lesões sugestivas ou de alto grau, foram encontrados 375 360 (16,43%) até 24 anos e 122 843 (5,37%) acima de 65 anos.

Em relação à escolaridade, os exames com lesão de alto grau eram de mulheres que possuíam ensino fundamental incompleto, representando 907 (7,30%) casos, assim

Tabela 1 – Associação das características sociodemográficas dos exames citopatológicos sem e com lesão intraepitelial sugestiva de alto grau e lesão intraepitelial de alto grau para CCU, realizados no Estado do Espírito Santo, 2006 a 2014

Variável	Categoria	Exames sem lesões sugestivas de alto grau / lesões de alto grau		Exames com lesões sugestivas de alto grau / lesões de alto grau		p-valor
		N	(%)	N	(%)	
Regional	Norte	263.656	12	1.446	12	<0,001
	Central	399.404	17	2.483	20	
	Metropolitana	1.205.719	53	6.978	56	
	Sul	414.624	18	1.513	12	
	Total	2.283.403	100	12.420	100	
Faixa etária	< 24 anos	375.360	16	1305	10,51	<0,001
	25 a 64 anos	1.785.180	78	9970	80,27	
	> 65 anos	122.843	5	1145	9,22	
	Ignorado/em branco*	20		0	0,00	
	Total	2.283.403	100	12.420	100	
Escolaridade	Analfabeta	21.272	1	211	1,70	<0,001
	Ensino Fundamental incompleto	152.097	7	907	7,30	
	Ensino Fundamental completo	52.275	2	356	2,87	
	Ensino médio completo	71.684	3	380	3,06	
	Ensino superior	11.924	1	44	0,35	
	Ignorado/em branco*	1.974.151	86	10.522	84,72	
Total	2.283.403	100	12.420	100		
Raça/cor	Branca	82.072	4	762	6,14	<0,001
	Não Branca	69.149	3	768	6,18	
	Ignorado/em branco*	2.132.182	93	10.890	87,68	
	Total	2.283.403	100	12.420	100	

* Dados não considerados na análise do qui-quadrado.

como exames sem lesões sugestivas de alto grau em que a maioria também possuía ensino fundamental incompleto, com 152.097 (6,66%) exames. A maior porcentagem dos exames não possuía essa informação ou ela foi ignorada; entre os exames com lesão sugestiva ou de alto grau, esse número foi de 10.522 (84,71%) e aqueles sem lesão foi de 1.974.151 (86,45%) casos.

Em relação à cor/raça, 762 (6,13%) exames com lesões sugestivas de alto grau e lesões de alto grau foram de mulheres que se auto referiam brancas e 768 (6,18%) não brancas, já entre os exames sem lesão de alto grau, mulheres brancas representaram 82.072 (3,60%) dos casos e não brancas 69.149 (3,02%). O que chama atenção nessa variável é o grande número de registros ignorados/em branco, entre os exames com lesão de alto grau ou sugestivas foram 10.890 (87,69%), e entre aqueles exames sem lesão o número de ignorados e em branco foi de 1.974.151 (86,45%). As variáveis, Raça/Cor e Tipo de Lesão, não foram consideradas independentes. O teste estatístico rejeitou essa hipótese. Sendo assim, a distribuição das frequências observadas se deu de uma forma diferente daquelas esperadas, caso as variáveis fossem consideradas como sendo independentes.

Quando analisado o tempo de realização do último preventivo, foram encontrados 1031 (8,30%) exames com lesões sugestivas de alto grau e lesões de alto grau, e 66.585 (2,92%) que não tinham lesão de alto grau entre

mulheres que realizaram o último preventivo em menos de um ano. Entre aquelas com realização do citopatológico no período de um ano, 4.426 (35,64%) apresentaram lesões sugestivas de alto grau e de alto grau, e 915.042 (40,08%) não tinham lesões de alto grau. Os exames das mulheres com um intervalo de 2 anos de realização do último exame Papanicolaou foram de 1.966 (15,82%) com lesões sugestivas de alto grau e de alto grau, e 470.666 (20,62%) sem lesões de alto grau. Entre os exames daquelas com 3 anos de realização do último preventivo, 744 (6%) tinham lesão sugestiva e de alto grau, e 149.775 (6,55%) não tinham lesão de alto grau. Em exames de mulheres com 4 ou mais anos de realização do último Papanicolaou, 835 (6,72%) apresentaram lesão sugestiva e de alto grau, e 143.585 (6,28%) não tinham lesões de alto grau.

Em nosso estudo, 1.015 (8,17%) dos exames que apresentaram lesões sugestivas e de alto grau foram de mulheres as quais não tinham exame citopatológico anterior e 992 (7,99%) de mulheres que informaram não saber se já tinham realizado o exame anteriormente; 9.197 (74,04%) informaram já ter realizado citopatológico anterior, e 1.216 (9,8%) não tinham informação nesse campo. Já entre as mulheres sem lesão sugestivas ou de alto grau, 179.582 (7,86%) não tinham realizado exame anterior, 161.883 (7,09%) não souberam informar, 1.779.099 (77,92%) tinham exame anterior, e 162.839 (7,13%) estavam como ignorado ou em branco na ficha (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação das características de rastreamento dos exames citopatológicos sem e com lesão intraepitelial sugestiva de alto grau e lesão intraepitelial de alto grau para CCU, realizados no Estado do Espírito Santo, 2006 a 2014

Variável	Categoria	Exames sem lesões sugestivas de alto grau / lesões de alto grau		Exames com lesões sugestivas de alto grau / lesões de alto grau		p-valor
		N	(%)	N	(%)	
Tempo de último preventivo	Mesmo ano	66.585	3	1.031	8	<0,001
	1(um) ano	915.042	40	4.426	36	
	2(dois) anos	470.666	21	1.966	16	
	3(três) anos	149.775	7	744	6	
	Maior ou igual a 4(quatro) anos	143.585	6	835	7	
	Ignorado/em branco*	537.750	24	3.418	28	
	Total	2.283.403	100	12.420	100	
Citopatológico anterior	Não	179.582	8	1.015	8,17	<0,001
	Não sabe	161.883	7	992	7,99	
	Sim	1.779.099	78	9.197	74,05	
	Ignorado/em branco*	162.839	7	1.216	9,79	
	Total	2.283.403	100	12.420	100	

* Dados não considerados na análise do qui-quadrado.

Todas as variáveis analisadas apresentaram significância estatística ($p < 0,001$) quando associadas com a presença ou não de lesão sugestivas de alto grau e de alto grau.

DISCUSSÃO |

De acordo com a análise dos anos de realização de exames no Espírito Santo, percebemos uma queda acentuada no ano de 2014, e isso se deve principalmente ao fato da implantação do SISCAN (junção do SISMAMA e SISCOLO), nesse ano pela portaria 3.394/2013, em que os registros dos exames citopatológicos passaram a ser nesse sistema de informação.

Historicamente, o rastreamento para o câncer cervical é baseado no exame citológico do esfregaço cervical (Papanicolaou), e esse *screening* é muito eficiente como prevenção secundária do CCU, pois a identificação e o tratamento de lesões pré-malignas reduzem a incidência e previnem o câncer em estádios mais agressivos⁴. O rastreamento como prevenção do câncer cervical é possível, pois sua evolução em geral ocorre de forma lenta, com fases pré-clínicas detectáveis, exibindo expressivo potencial de cura dentre todos os tipos de câncer⁵.

Entretanto, no Brasil, uma grande parcela das mulheres já se encontra em fase avançada da doença na ocasião do diagnóstico, limitando a possibilidade de cura. Esse problema pode, em parte, ser explicado pela cobertura irregular dos exames quando os programas de rastreamento não são organizados. Enquanto um segmento da população feminina se submete várias vezes ao rastreamento, outros nunca foram rastreados⁶.

Importante ressaltar que a Estratégia da Saúde da Família com ações voltadas à saúde da mulher é uma importante aliada na prevenção e detecção precoce do CCU, atuando através da educação em saúde individual e coletiva, orientando sobre a importância da prevenção pautada nos fatores de riscos, além de ampliar o acesso à coleta periódica de exames colpocitológicos e à busca ativa de mulheres pelo agente comunitário de saúde (ACS)⁷. Contudo, o amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região de saúde deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento.

Em nossa análise percebemos que a Região Metropolitana possuiu maior número de exames realizados, tanto com lesão como sem lesão de alto grau. Tais dados podem ser explicados quando obtemos as informações referentes à distribuição populacional dos municípios dessa Região que concentra 55,56% da população, e sendo ela a mais populosa, o número de exames, conseqüentemente, é maior, o que possibilita um rastreamento significativo de resultados alterados⁸.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é oferecido às mulheres a partir de 25 anos de idade, para aquelas que já iniciaram a atividade sexual; e a priorização da faixa etária de 25 a 64 anos, como a população-alvo é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões precursoras do câncer, passíveis de serem tratadas^{2,15}.

Seguindo as recomendações preconizadas por Brasil², o exame Papanicolaou deve ser realizado até os 64 anos de idade e ser interrompido quando, após essa idade, a mulher que tiver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para aquelas mulheres acima de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deverão ser realizados dois exames com intervalos de um a três anos. Se ambos apresentarem resultados negativos, essas mulheres poderão ser dispensadas de exames adicionais³. Em nossa análise, a faixa etária com maior número de exames sem lesão de alto grau e com lesão de alto grau foi a preconizada pelo Ministério da Saúde de 25 a 64 anos, corroborando a preconização referida. Contudo nossa análise detectou lesão de alto grau em mulheres fora da faixa etária preconizada, até 24 anos e acima de 65 anos, sendo que elas não estariam contempladas na realização do exame Papanicolaou pela recomendação proposta, mostrando que, mesmo fora da faixa etária preconizada, as mulheres também são susceptíveis, e essa preconização não possibilita o diagnóstico precoce nesses casos.

De acordo com Cirino *et al.*⁹, o contágio pelo HPV, principal agente oncogênico do CCU ocorre no início da vida sexual, na adolescência ou por volta dos 20 anos. Mesmo com as iniciativas voltada à saúde da mulher e com as campanhas de conscientização e divulgação para realização do Papanicolaou, considera-se que as adolescentes são um grupo altamente vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs e CCU, mostrando-se necessário um maior investimento no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde para modificar esse quadro. Nesse

sentido, é preciso que seja repensada a educação sexual e reprodutiva na sociedade em geral, tanto nas instituições de ensino quanto no ambiente familiar para que essas jovens tenham suporte educacional e emocional que leve ao pensamento crítico reflexivo sobre o planejamento de suas vidas, incluindo o planejamento familiar⁹.

A possibilidade de um idoso ser infectado por qualquer IST parece invisível aos olhos da sociedade e também dos próprios idosos, que não têm percepção de risco e cultura do uso do preservativo. Destaque para as mulheres nessa faixa etária, pois por não poderem engravidar, têm a falsa impressão da inutilidade do preservativo. O idoso não se considera como um vulnerável às IST's, por isso esses indivíduos se expõem, cada vez mais, a situações de risco, que estão relacionadas às atitudes pessoais/ comportamentais, estendendo-se a dificuldade em diagnosticar precocemente qualquer IST; isso porque nem sempre sua vida sexual é questionada nas consultas, predominando o mito de que têm ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo.¹⁰⁻¹¹

Para promover a saúde sexual e reprodutiva, é fundamental a realização de ações educativas individuais e coletivas sobre sexualidade e gênero, tendo como público-alvo homens e mulheres. Em tais ações, as informações ofertadas devem ser completas e precisas, abordando assuntos como influência cultural, planejamento de vida, sexualidade, anticoncepção, gravidez e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis.¹¹

A variável escolaridade pode ser utilizada como indicador da situação socioeconômica, e isso nos revela que mulheres com pior escolaridade são aquelas mais acometidas pelo CCU, provavelmente, pela associação da dificuldade de acesso a informações e aos serviços de saúde, o que pode levar à baixa adesão ao exame citopatológico e ao aumento do risco de diagnóstico em fases avançadas da doença¹².

A variável raça/cor mostrou que exames sem lesão de alto grau estavam mais presentes em mulheres brancas, e exames com lesão de alto grau foram maiores em mulheres não brancas, entretanto essas duas variáveis apresentaram grande incompletude. Podemos inferir diante de tais dados que os profissionais falham no preenchimento da ficha de requisição de exames citopatológicos, impossibilitando identificar importantes características sociodemográficas que podem ser consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento do CCU¹².

Nossa análise revelou que tanto nos exames sem lesão de alto grau, como nos exames com lesão de alto grau, o último exame Papanicolau tinha sido realizado há um ano. Diante do exposto, pode-se pensar na possibilidade de o resultado anterior ter sido falso negativo, uma vez que segundo a história natural do CCU esse câncer possui evolução lenta, desenvolvendo-se em dez anos em média, ou espera-se que no exame anterior ao exame com lesão de alto grau, quando realizado com periodicidade preconizada, já tenha sido diagnosticada lesão pré-neoplasia e que a mulher já esteja em acompanhamento e tratamento¹³.

Os falsos negativos podem ocorrer em duas circunstâncias: a primeira quando realmente a paciente possui uma anormalidade, mas as células representativas dessa anormalidade não se encontram presentes nas preparações citopatológicas; e a segunda quando a paciente possui uma anormalidade, e as células representativas dessa se encontram presentes nas preparações citológicas, mas não foram detectadas ou foram mal interpretadas como não representativas de uma anormalidade presente¹³. Sendo assim, é importante ressaltar a responsabilidade dos profissionais de saúde tanto na coleta do citopatológico quanto na análise laboratorial, e o enfermeiro tem papel significativo na prevenção de resultados de exames falso negativos porque é o profissional que realiza grande parte do trabalho de rastreamento do CCU, principalmente, na ESF, onde é coletado o maior número de citopatológicos no SUS¹³.

Foi demonstrado em nossa análise que tanto nos exames sem lesão como naqueles com lesão de alto grau, a maioria das mulheres tinha coletado exame citopatológico anteriormente, todavia um número elevado de mulheres tanto com lesões como sem lesões relataram não ter realizado ou não saber se já haviam realizado exame Papanicolau anteriormente, e vale ressaltar a grande falta de completude dessa variável. São muitos os motivos que influenciam a não realização do exame papanicolau, e dentre eles estão: desconhecimento do CCU, da técnica e da importância do exame preventivo, medo da realização do exame, medo de um resultado positivo, sentimento de vergonha e constrangimento; e por fim dificuldades para realizar o exame, sendo destacada a de acesso ao serviço.⁹⁻¹⁴

O Brasil adotou a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) que demonstrou em estudos anteriores que a proteção conferida por um exame prévio negativo era de 58% e por dois exames negativos de 80%. Com base

nessas informações, estabeleceram-se controles trienais após dois exames negativos com intervalo de um ano¹⁰.

A prevenção do CCU pelo método de rastreamento é eficaz e barata, principalmente, quando levamos em consideração a relação custo/benefício, e é necessário então trabalhar intensamente com a educação em saúde, como um instrumento eficaz no trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações de prevenção primária e secundária necessitam ser incorporadas de forma ininterrupta na vida das mulheres, valorizando a participação dos parceiros nessas iniciativas. Portanto, educar, ensinar e informar as mulheres e seus parceiros quanto às medidas de prevenção do Câncer de Colo Uterino é também conscientizá-los de seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde e bem-estar¹².

Os profissionais de saúde também têm papel primordial ao ter uma escuta qualificada para os problemas da população para que consigam desenvolver ações centradas na educação popular em saúde de maneira inclusiva e respeitosa. Também têm o dever de procurar organizar sua assistência de maneira a cumprir com o preconizado pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

CONCLUSÃO |

O CCU continua sendo um grave problema de saúde pública por sua alta taxa de incidência, os programas de rastreamento do MS vêm apresentando resultados, uma vez que conseguiram reduzir o número de diagnósticos em fase avançada da doença, entretanto, por se tratar de um câncer com alto potencial de prevenção, ainda há muito a ser feito para redução da incidência e da mortalidade na população brasileira.

O perfil das mulheres observadas no estudo com lesão de alto grau foi de adultas, não brancas, residentes da região metropolitana, que não completaram o ensino fundamental. Em sua maioria, as mulheres haviam coletado preventivo anteriormente, e o intervalo de coleta do último citopatológico foi de um ano.

As atividades assistenciais propostas pelas unidades básicas de saúde devem ter o foco em ações preventivas planejadas com intuito de modificar o quadro da evolução da doença e para isso deve-se aumentar a eficácia do rastreamento

do CCU, que só será conseguida mediante a educação da população.

A organização do serviço para atender a população, o comprometimento dos profissionais, a consciência que as pessoas têm de si e de seu valor enquanto cidadãos, somados ao compromisso que o serviço de saúde deve ter em defesa da qualidade de vida das pessoas nos permite pensar a integralidade como prática efetiva para o cuidado.

Assim, com as práticas de prevenção do câncer de colo uterino direcionadas ao estímulo do autocuidado, à educação em saúde, à realização periódica do exame Papanicolaou, à consulta médica e de enfermagem na área da saúde da mulher e ao retorno para entrega dos resultados valorizam diferentes momentos da relação serviço/profissional/usuária para uma abordagem adequada e aprimorada no atendimento integral dessas mulheres nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [Internet]. Estimativa 2018/2019: incidência de câncer no Brasil [acesso em maio 2018]. Disponível em: URL: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil/>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em fevereiro 2018]. Disponível em: URL: <<http://bvsmis.saude.gov.br/6E98AB59-F2C5-430B-A2B4-821D55907B77/FinalDownload>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em maio 2018]. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.
4. Everett T, Bryant A, Griffin M, Martin-Hirsch P, Forbes C, Jepson R. Interventions target at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (5):2-92.

5. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em maio de 2018]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>.
6. Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. *Bull Pan Am Health Organ.* 1996; 30(4):302-12.
7. Oliveira AF, Cunha CLF, Viegas IF, Figueiredo IS, Brito LMO, Chein MBC. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. *Rev Pesq Saúde.* 2010; 11(1):32-37.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa [Internet]. Censo de 2018 [acesso em maio 2018]. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>>.
9. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. *Esc Anna Nery.* 2010; 14(1):126-34.
10. Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kolinke LP. Sexualidade na terceira idade: medida de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):583-9.
11. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino SPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Esc Anna Nery.* 2010; 14(1):90-6. Acesso em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100014#>.
13. Arcuri RA, Cunha KCF, Alves EC, Castro AA, Maciel RA, Rosmanino AC, et al. Controle interno da qualidade em citopatologia ginecológica: um estudo de 48.355 casos. *J Bras Patol Med Lab.* 2002 38(2):141-7.
14. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LM, Brito AML, Azevedo JWV, Nascimento ED, Azevedo PRM, Fernandes TAM. Conhecimento, atitudes e práticas do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(5):851-8.
15. Sousa LB, Fernandes JFP, Barroso MGT. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(4):408-13.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Paula Brioschi dos Santos

Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica,

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025,

Bento Ferreira, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29050-755

E-mail: anapaulabsantos86@gmail.com

Recebido em: 17/10/18

Aceito em: 21/04/2019