



PESQUISA

ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR THE CONTROL OF CANCER OF THE UTERINE CERVIX IN PRIMARY CARE
 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO UTERINO NA ATENÇÃO BÁSICA*
 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ATENCIÓN
 PRIMARIA

Magna Maria Pereira da Silva¹, Maria Teresa Cicero Lagana², Clélia Albino Simpson³, Ana Michele de Farias Cabral⁴

ABSTRACT

Objective: To analyze the control of cancer of the cervix from the focus of access to health services. **Method:** A cross-sectional study using consultation documentary and household survey with analysis of calculation of frequencies of selected variables. **Results:** The results of the last cytological examination showed higher frequency of squamous metaplasia immature; intraepithelial lesion of low grade (LSIL); Intraepithelial Lesion high grade (HSIL) and atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US), predominantly in women in the age group 25 to 64, brown, married/marital harmony and housewives, with clinical complaints of vaginal discharge, bleeding and the occurrence of stds (including HPV). **Conclusion:** There is no longitudinal follow-up of women in the geographical area of enrollment 47 of USF Nova Natal II from the collection of cytological examination until the discharge by cure. **Descriptors:** Gynecologic nursing, Malignant neoplasm of the uterine cervix, Follow-up, Access to health services.

RESUMO

Objetivo: Analisar o controle do câncer do colo uterino a partir do enfoque do acesso a serviços de saúde. **Método:** Estudo transversal utilizando-se consulta documental e inquérito domiciliar com análise do cálculo de frequências de variáveis selecionadas. **Resultados:** Os resultados do último exame citológico mostraram maior frequência de metaplasia escamosa imatura; lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) e células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), predominantemente em mulheres na faixa etária de 25 a 64, pardas, casadas/convivência marital e donas de casa, com queixas clínicas de corrimento, sangramento e ocorrência de DSTs (inclusive HPV). **Conclusão:** Não há acompanhamento longitudinal das mulheres na área geográfica de adscrição 47 da USF Nova Natal II desde a coleta do exame citológico até a liberação da mulher, pela alta, do programa de controle do câncer de colo uterino. **Descritores:** Enfermagem ginecológica, Neoplasia maligna do colo de útero, Seguimentos, Acesso a serviços de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la lucha contra el cáncer del cuello del útero con el enfoque de acceso a los servicios de salud. **Método:** Estudio transversal mediante consulta documental y una encuesta de hogares con análisis de cálculo de frecuencias de variables seleccionadas. **Resultados:** Los resultados del último examen citológico mostraron una mayor frecuencia de metaplasia escamosa inmadura; lesión intraepitelial de bajo grado (ILSA); lesión escamosa intraepitelial de alto grado (NIEA) y células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), principalmente en las mujeres en el grupo de edad de 25 a 64, de piel morena, casadas/armonía conyugal y amas de casa, con quejas clínicas de la secreción vaginal y sangrado, y la aparición de las ETS (incluyendo el VPH). **Conclusión:** No hay un seguimiento longitudinal de las mujeres en el área geográfica de inscripción 47 de USF Nova Natal II a partir de la colección de examen citológico hasta la liberación de la mujer, por la alta del programa de control de cáncer del cuello uterino. **Descriptor:** Enfermería ginecológica, Neoplasias malignas del cuello uterino, Seguimiento, Acceso a servicios de salud.

¹Mestre em enfermagem. Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Nova Natal II. magnasilva2000@gmail.com. ²Doutora em Saúde Pública. UFRN. Professor Adjunto II da Disciplina Atenção à Saúde III do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. laganateresa@ufrnet.br. Campus universitário - Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Av. Salgado Filho s/n - Natal (RN) - Brasil. - CEP: 59078-900. Telefone/fax: 84-32153615. ³Doutora em Enfermagem. UFRN. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. clieliasimpson@hotmail.com. ⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria de Ação Social do Município de Parnamirim. anamichiefarias@yahoo.com.br.

⁵Grupo de pesquisa Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva, linha enfermagem na saúde mental e saúde coletiva da UFRN.

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna do colo de útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no mundo. O nordeste ocupa o segundo lugar em incidência entre as macrorregiões brasileiras com 17 casos por 100 mil mulheres.¹⁻²

Além de elevada incidência, a mortalidade por câncer de colo de útero, no Brasil, é considerada alta, entre 5 e 6 mortes/100 mil mulheres/ano.² A manutenção das taxas demasiadamente altas de mortalidade pode ser atribuída à baixa cobertura pelo exame de Papanicolau, à descontinuidade do seguimento após o diagnóstico precoce de lesões precursoras, à qualidade insatisfatória dos exames citopatológicos realizados no país e às limitações do SISCOLO (Sistema de Informação do câncer do colo do útero) que não permite identificar as mulheres em falta com o rastreamento para chamá-las a repetir ou fazer pela primeira vez os exames nem fornece informação longitudinal, que registre o cuidado ao longo do tempo, impedindo o rastreamento organizado de mulheres.³⁻⁶

Confrontar as políticas nacionais de controle do câncer cérvico-uterino com a precariedade dos resultados, tem se mostrado um grande desafio a ser superado pela saúde pública brasileira, problematizando-se duas questões.

A primeira é: o quê nos afasta de alcançar a resolutividade no controle da neoplasia maligna do colo de útero para além da ação meramente programática, na Atenção Básica, até o alcance de resultados enquanto Sistema Único de Saúde (SUS)? E, a segunda, é: se o controle da neoplasia maligna do colo de útero na Atenção Básica é definido como prioridade na agenda política nacional, por que não se obtém sucesso na melhoria dos indicadores dessa doença?

No primeiro questionamento sobre alcançar a resolutividade no controle da neoplasia maligna

do colo de útero, é fato que a Atenção Básica deve atuar na vigilância à saúde com capacidade de incorporar um conjunto de profissionais e saberes numa atuação intersetorial e multidisciplinar, sendo, o Programa Saúde da Família (PSF), a parte crítica da organização.^{8,9}

Analisando-se os indicadores pactuados para detecção precoce do câncer do colo do útero no Informativo Instituto Nacional do Câncer (INCA), por unidade federada, observa-se baixo percentual de tratamento/seguimento de lesões precursoras (Neoplasias Intraepiteliais graus II e III, de alto grau), no Rio Grande do Norte, ou seja, no período de 2009 a 2010, entre 511 casos de lesões de alto grau diagnosticados, apenas 6,1% encontrava-se em seguimento.¹⁰

Essa situação ilustra a fragilidade da vigilância à saúde das mulheres no que se refere ao seguimento da neoplasia maligna do colo de útero no território.

As Neoplasias Intraepiteliais graus II e III são alterações pré-malignas ou malignas diagnosticadas no exame citopatológico consideradas de alto grau, porque cerca de 75% das pacientes com esse laudo, apresentarão confirmação histopatológica e, aproximadamente, 2% delas, terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor. Sendo assim, todas as pacientes com citologia sugestiva de lesão de alto grau em unidades de Atenção Básica deveriam ser encaminhadas imediatamente para Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia, como conduta inicial, mas a maioria das mulheres não consegue continuar o tratamento pelas restrições ao acesso à atenção especializada, o que nos remete à questão da resolutividade.¹¹

Em relação ao segundo questionamento sobre a definição do controle da neoplasia maligna do colo de útero na Atenção Básica como prioridade na agenda política nacional,

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

infelizmente, nem sempre a definição de prioridade vem acompanhada de uma análise política de viabilidade, de um projeto de sustentabilidade ou de um interesse real de enfrentá-la. Ao contrário, estudos de análise de indicadores de resultados de políticas públicas têm mostrado que existe um distanciamento cada vez mais crescente entre a chamada fase de formulação, onde são eleitos os problemas de saúde e decididas as diretrizes e a de implementação das políticas em geral, onde um projeto é posto em ação.^{12, 13}

O rastreamento do câncer de colo uterino tem sido executado nas Unidades Básicas de Saúde e é fato que a descentralização do exame Papanicolau realizado nessas Unidades facilitou o acesso da população feminina a esse tipo de exame. A prevenção do câncer de colo do útero é uma atividade inerente às equipes de saúde da família, definida como estratégia no Pacto pela Saúde, segundo Portaria 399/06 do Ministério da Saúde e assumida formalmente pelos gestores municipais.¹⁴

Sob o ponto de vista do benefício social para as mulheres, questiona-se a flagrante discrepância entre o que é preconizado pelas políticas públicas e o que de fato acontece na prática.

Os dados epidemiológicos mostram um desrespeito aos direitos sanitários de grande parcela da população feminina que tem, nos serviços públicos, a única alternativa de cuidado à saúde. É reveladora essa situação, quando se vê a alta mortalidade de mulheres por um tipo de câncer que tem os mais altos níveis de cura, com prevenção acessível em quase todos os serviços de Atenção Básica.^{15,16}

Diante desse panorama casos de doença em estádios relativamente avançados, no momento do diagnóstico, tem contribuído para o aumento da mortalidade, afetando também as taxas de sobrevivência dessas mulheres. Nos países J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

desenvolvidos a sobrevivência média, estimada em cinco anos, varia de 69% a 79%; no Brasil é de 49%.^{1,5}

O controle dessa doença, então, inclui vários atores (estados, municípios, profissionais de saúde, instituições formadoras e usuários), embora, por outro lado, se contraponha um cenário de fragilidades, especialmente na Atenção Básica, que não garante o tratamento adequado e o seguimento dos casos detectados de lesões precursoras e de lesões neoplásicas propriamente ditas.^{9,10}

O controle do câncer cérvico-uterino aponta para a possibilidade dos municípios efetivarem as atribuições da Atenção Básica, por meio do acesso à Atenção Especializada e a Atenção Hospitalar, na vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, na promoção de um fluxograma para o atendimento da mulher nos diversos níveis da rede de saúde existente no município na orientação do tratamento de lesões de alto grau; no acompanhamento sistemático de todas as mulheres com resultado positivo no exame citopatológico e histopatológico até a conclusão do tratamento e fechamento do caso.⁶

O objetivo dessa pesquisa foi analisar o controle do câncer do colo uterino na Atenção Básica a partir do enfoque do acesso a serviços de saúde, por meio de variáveis selecionadas e da verificação, em domicílio, da situação do seguimento de mulheres que tiveram resultado do exame citológico alterado.

METODOLOGIA

Estudo transversal para analisar o acesso a serviços de saúde de mulheres com características sociodemográficas e clínicas específicas, que se submeteram ao exame citológico e apresentaram diagnósticos alterados no controle da neoplasia maligna do colo de útero. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Nova Natal II (USF

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

Nova Natal II) no município de Natal/RN onde o atendimento para a realização do exame citológico é de demanda agendada. No serviço em questão apenas enfermeiros realizam a coleta do exame citológico e o atendimento às mulheres nem sempre inclui acesso geográfico facilitado.

A população alvo foi constituída de 1170 mulheres residentes na área geográfica de adscrição da área 47 da USF Nova Natal II, que realizaram o exame citológico e que foram registradas nos livros de Registro do Seguimento de Mulheres do Programa SISCOLO da USF Nova Natal II no período janeiro de 2005 a agosto de 2010. Dessas, encontrou-se 54 mulheres com diagnóstico de alterações citológicas, que se constituíram na amostra intencional do estudo, dezesseis das quais não foram localizadas no domicílio durante o inquérito domiciliar, onze por mudança de endereço e cinco por serem fora de área, restando 38 mulheres.

Os critérios de elegibilidade da amostra intencional foram as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos no momento da pesquisa; com qualquer escolaridade; de qualquer etnia; com resultado de alterações cervicais no exame citológico; com autonomia para responder ao formulário de pesquisa e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas as mulheres que não faziam parte da área adscrita; que não apresentaram resultado de alterações cervicais no exame citológico e que tinham mudado de endereço por ocasião do inquérito domiciliar.

Os procedimentos técnicos de pesquisa utilizados foram a consulta a documentos de fontes secundárias (Livros de Registro do Seguimento de Mulheres do Programa SISCOLO da USF Nova Natal II e Prontuários-família) e o inquérito domiciliar, utilizando-se o “Formulário de entrevista para o controle da neoplasia maligna do colo de útero na Atenção Básica” tendo como J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

base modelos utilizados em outros estudos^{17, 18} e após teste piloto.

Foram consideradas variáveis independentes as de caracterização sociodemográficas e de diagnóstico clínico e as variáveis dependentes aquelas de seguimento, explicitadas no Quadro 1.

Variáveis		
Variáveis independentes	Variáveis sociodemográficas	Faixa etária Escolaridade Etnia Casada/Convivência marital Dona-de-casa
	Variáveis clínicas	Parceiros sexuais Corrimento Sangramento DSTs (inclusive HPV) Resultado do último exame citológico
Variáveis dependentes	Variáveis de seguimento	Seguimento

Quadro 1. Quadro de variáveis.

A variável resultado do último exame preventivo obedeceu à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas¹¹ conforme o Quadro 2

Alterações citológicas	
Alteração benigna	Metaplasia escamosa imatura.
Alterações pré-malignas ou malignas	Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas.
	Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I).
	Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais grau II e III).

Quadro 2. Alteração benigna e alterações pré-malignas ou malignas.

A análise estatística foi feita com o programa de domínio público Minitab[®] 16 e o software livre estatístico R, aplicando-se o Teste Qui-quadrado com nível de significância 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob Parecer nº 039/2011.

Neste estudo, das 1170 mulheres que realizaram o Papanicolau no período estudado, 4,6% (53) apresentaram diagnóstico de alterações

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

cervicais, das quais dezesseis delas não foram encontradas, totalizando 38 mulheres a serem visitadas em domicílio para serem entrevistadas. Estudos semelhantes sobre diagnóstico citológico de células escamosas atípicas encontrou 1,4% de alterações¹⁹ e de células escamosas e glandulares mostrou taxa de 6,4%, comparando com estimativas médias brasileiras do INCA, de 4%²⁰.

Os resultados do último exame citológico com diagnóstico de alterações cervicais podem ser vistos no Quadro 3.

O resultado de alteração benigna foi a metaplasia escamosa imatura, que foi considerada porque é caracterizada como do tipo inflamatório, vulnerável a infecção por HPV em pacientes jovens devido à exposição precoce da zona de transformação da cérvix à agentes sexualmente transmissíveis, associada a condições locais como ectopia e processos inflamatórios, com possível evolução subsequente para a neoplasia do trato genital inferior.^{11, 21}

O resultado de alterações pré-malignas ou malignas foram a LSIL, a HSIL e as ASC-US.

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Resultados do último exame citológico com diagnóstico de alterações cervicais			
	Metaplasia escamosa imatura	LSIL	HSIL	ASC-US
	(N=38) %	(N=38) %	(N=38) %	(N=38) %
Faixa etária				
18 a 24 anos	02 (9,5)	05 (41,7)	00 (0,0)	00 (0,0)
25 a 64 anos	19 (90,5)	06 (50,0)	03 (100,0)	02 (100,0)
+ de 65 anos	00 (0,0)	01 (8,3)	00 (0,0)	00 (0,0)
Etnia				
Parda	13 (61,9)	08 (66,7)	01 (33,3)	01(50,0)
Branca	06 (28,6)	03 (25,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Negra	02 (9,5)	01 (8,3)	02 (66,7)	01(50,0)
Casada/Convivência marital				
Casada	17 (80,9)	06 (50,0)	01 (33,3)	02 (100,0)
Corrimento				
Com	10 (47,5)	04 (33,3)	02 (66,7)	00(0,0)
Sangramento				
Com	01 (4,8)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
DSTs (inclusive HPV)				
Com	00 (0,0)	03 (25,0)	01 (50,0)	00 (0,0)

LSIL = Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasias intraepiteliais cervicais grau I).

HSIL = Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III).

ASC-US = Atípicas de significado indeterminado em células escamosas; possivelmente não neoplásicas.

Quadro 3. Resultados do último exame citológico com diagnóstico de alterações cervicais conforme variáveis sociodemográficas e clínicas.

A alteração cervical metaplasia escamosa imatura, foi predominante nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (90,5%), de etnia parda (61,9%), casadas ou em convivência marital (80,9%), com corrimento (47,6%) e (4,6%) com sangramento.

A LSIL foi predominante nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (50,0%), de etnia parda (66,7%), casadas ou em convivência marital (50,0%), com corrimento (33,3%) e (25%) com DSTs (inclusive HPV).

A HSIL também foi predominante nas mulheres na faixa etária 25 a 64 anos (100,0%), de etnia negra (66,7%) e parda (33,3%), casadas ou em convivência marital apenas 01 (33,3), com corrimento (66,7%) e (50,0%) com DSTs (inclusive HPV).

Por fim, as ASC-US tiveram predominância na faixa etária de 18 a 24 anos (100%), em mulheres de etnia parda (50%) e negra (50%), casadas ou em convivência marital (100%).

O Quadro 4 mostra possíveis associações da realização do seguimento pelas mulheres conforme variáveis sociodemográficas e clínicas.

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Realização do seguimento		
	Não	Sim	Valor -p
	(N=38) %	(N=38) %	
Faixa etária			
18 a 24 anos	04 (57,1)	03 (42,9)	1,000
25 a 64 anos	16 (53,3)	14 (46,7)	
Acima de 65 anos	01 (100,0)	00 (0,0)	
Etnia			
Parda	13 (56,5)	10 (43,5)	
Branca	04 (44,4)	05 (55,6)	0,685
Negra	04 (66,7)	02 (33,3)	
Escolaridade*			
Até ensino fundamental	12 (54,5)	10 (45,5)	
Ensino Médio	09 (64,3)	05 (35,7)	
Ensino Superior	00 (0,0)	01 (100,0)	0,3938
Sem escolaridade	00 (0,0)	01 (100,0)	
Dona-de-casa			
Não	06 (50,0)	06 (50,0)	0,658
Sim	15 (57,7)	11 (42,3)	
Casada/Convivência marital			
Não	06 (50,0)	06 (50,0)	0,658
Sim	15 (57,7)	11 (42,3)	

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

DSTs (inclusive HPV)			
Não	20 (62,5)	12 (37,5)	0,151
Sim	01 (25,0)	03 (75,0)	
Parceiros sexuais			
Um	11 (78,6)	03 (21,4)	
Dois	06 (50,0)	06 (50,0)	0,127
Três	02 (28,6)	05 (71,4)	
Acima de cinco parceiros	02 (40,0)	03 (60,0)	

Quadro 4. Realização do seguimento pelas mulheres conforme variáveis selecionadas.

A análise do cálculo da frequência de variáveis selecionadas com a realização do seguimento não mostrou significância estatística. A limitação do tamanho amostral talvez tenha influenciado os resultados dos testes de dependência entre as variáveis e demais possíveis associações.

Estudos de prevalência de alterações cervicais que afetam o controle do câncer de colo de útero relacionam esse achado à precocidade e promiscuidade sexual; ao analfabetismo; ao saneamento básico precário e à relação inversa do número de anos de educação escolar.²⁰

Diante dos múltiplos fatores que afetam o controle do câncer de colo de útero, as donas de casa, sem renda própria, constituem um grupo que apresenta menor probabilidade de aderir ao seguimento devido à dificuldade para comparecer a repetidas consultas, tendo em vista atividades concorrentes como o trabalho de casa ou o cuidado com os filhos.²²

Mulheres com doenças sexualmente transmissíveis que apresentam corrimento estão particularmente expostas ao risco de câncer de colo uterino, principalmente entre aquelas economicamente desfavorecidas, como é o caso das mulheres da área 47 da USF Nova Natal II. Taxas de infecção por HPV são altas nesses grupos, associadas, principalmente à dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Com relação à variável sangramento, o carcinoma invasor do colo uterino é quase sempre assintomático nas formas inicial e pré-invasiva. Entretanto na doença avançada as manifestações J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

clínicas mais frequentes são o sangramento genital irregular ou a perda de sangue ao coito. A presença de sangramento é, portanto, particularmente importante nos resultados de citologia com lesões de alto grau.

A LSIL, mais incidente em mulheres jovens, tem tratamento controverso, uma vez que a maioria irá regredir espontaneamente e resultaria em um número significativo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, recomendando-se a repetição do exame citológico em 6 meses, quando, então, a colposcopia é indicada, na persistência das alterações. Além disso, reduzir as intervenções no colo de útero em mulheres jovens se justifica tendo em vista evidências epidemiológicas de aumento da morbidade obstétrica e neonatal nesse grupo e o fato de que não têm prole definida.^{6, 23, 24}

Por outro lado, na mulher mais idosa, a LSIL revela um resultado colposcópico insatisfatório e a biópsia não assegura inexistência de lesão de alto grau, que pode localizar-se no canal endocervical. Considerando a maior prevalência de lesões pré-invasivas e invasivas na mulher idosa, o seguimento com exames citológicos e colposcopia oferece mais segurança, na medida em que mantém a mulher sob controle do serviço de saúde.²⁵

Entretanto, na HSIL, o encaminhamento para colposcopia deve ser imediato, pela necessidade de tratamento por Cirurgia de Alta Frequência (CAF), considerando, sob o ponto de vista da paciente, as consequências desse tratamento como os desconfortos, o stress e as potenciais complicações como estenose e incompetência cervical.^{11, 26}

O resultado de ASC-US, é controverso entre os citopatologistas, por ser um laudo que gera subjetividade. Consequentemente, são bastante diversificadas as opiniões em relação ao seguimento das pacientes com esse diagnóstico. Estudos de prevalência de diagnóstico citológico

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

de células escamosas atípicas de significado indeterminado, com seguimento semestral por exames citológico mostram risco aumentado para o aparecimento de lesão precursora e câncer cervical.^{27, 28}

Os resultados apresentados sobre as alterações cervicais do último exame preventivo realizado pelas mulheres da área 47 da USF Nova Natal II mostram a necessidade de seguimento que deveria incluir exames citológicos periódicos, avaliações subsequentes nos casos de persistência das alterações, diagnóstico colposcópico e biópsia dirigida, bem como tratamento por CAF das alterações colpocitológicas, conforme condutas padronizadas pelo Ministério da Saúde.

Portanto, o controle do câncer de colo uterino é complexo, pois exige, além da coleta de espécime cervical para exame citológico, múltiplas consultas agendadas periodicamente; controle de doenças sexualmente transmissíveis; acesso ao diagnóstico do agente etiológico do HPV; seguimento adequado para os exames alterados; acesso fácil e ágil aos serviços; flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento.^{5, 29, 30}

Pelo fato de o câncer cervical ser a segunda neoplasia mais frequente no mundo entre as mulheres, a carga da doença é alta nos países em desenvolvimento, onde ocorre 80% dos casos. Enquanto nos países desenvolvidos o câncer cervical responde por 7% de todas as malignidades femininas, naqueles em desenvolvimento responde por 24%. Essa disparidade é atribuída à precariedade do rastreamento e ao seguimento inapropriado de mulheres com resultados alterados, em consequência às dificuldades de acesso a serviços e tecnologias, ocasionando morte prematura e anos de vida vividos com sequelas físicas e psicológicas.^{31, 32}

A análise da situação das mulheres da área 47 da USF Nova Natal II com relação ao controle do câncer de colo uterino revelou vulnerabilidades J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

para o desenvolvimento de lesões precursoras e de lesões neoplásicas propriamente ditas pelas características sociodemográficas relacionadas à idade, etnia, escolaridade, status marital e ocupação e pelo diagnóstico clínico relativo às DSTs, ao corrimento, ao sangramento, ao número de parceiros sexuais e aos exames citológicos com alterações cervicais benignas e pré-malignas, uma vez que não puderam dar continuidade ao seguimento preconizado, principalmente por dificuldade de acesso.

Portanto, a resolutividade no controle mostrou limitações em relação à organização do SUS, que não proporcionou acesso facilitado às ações de controle da doença que extrapolam a Atenção Básica, pois, o seguimento adequado das mulheres analisadas, com diferentes graus de alterações cervicais, somente deveria ser finalizado com a alta por cura, estabelecido com citologias consecutivas negativas, controles colposcópicos e procedimentos cirúrgicos de diagnóstico e tratamento.

No Quadro 4 pode-se observar que a maioria das mulheres (21/38) não fez o seguimento por não conseguirem transpor as dificuldades de acesso à referência de média e alta complexidade, verificadas em relatos tais como “É difícil marcar cirurgia”, “Fiz todos os exames para a cirurgia, mas consegui fazer só depois de 2 anos”, “Não consegui marcar a colposcopia”, “Não teve vaga no posto para fazer a colposcopia”, “Demorei para conseguir marcar a colposcopia”, “Não tinha o cartão SUS e não consegui marcar na central de marcação”, “Demorou para marcar a biópsia pelo SUS que piorou a doença”, “Fiz apenas a colposcopia, mas não consegui passar no médico porque estavam em greve”, “Faltou material no posto para repetir o exame”, “Comecei a trabalhar e não tive mais tempo” ou , ainda, “Não consegui repetir o preventivo no posto”.

IMPLICAÇÕES

Há, pelo menos, dez anos, movimentos ideológicos no campo da saúde coletiva como Promoção à saúde, Cidades Saudáveis e Vigilância à saúde têm apontado para a necessidade dos profissionais de saúde centrarem-se numa concepção e prática mais positivas da saúde, uma vez que as políticas de saúde voltadas para a dimensão curativa das doenças e para a dimensão preventiva dos riscos parecem encontrar limites sobre a reflexão ética do benefício social que deveriam proporcionar às populações.³²

Entretanto, ainda hoje, nos deparamos com importantes entraves de acesso para alcançar a resolutividade no controle do câncer de colo de útero na Atenção Básica, mesmo com tecnologias de baixo custo e comprovadamente eficazes. Não há, ainda, garantia de acesso universal ao seguimento das mulheres com alterações cervicais, a partir das tecnologias mais simples para as de maior complexidade, como pudemos observar nesse estudo. Devido ao acesso das mulheres aos serviços de saúde ser desigual, reafirma-se a importância das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle de saúde do território sob sua responsabilidade.

A falta de garantia de acesso para a resolução das citologias alteradas das mulheres da área 47 da USF Nova Natal II, por meio do tratamento adequado, nos remeteu a dilemas éticos diante do conflito sobre a situação do seguimento das mulheres encontrado e o compromisso de tomar decisões que promovam a alta qualidade do cuidado, sob o ponto de vista da não maleficência, da beneficência e da justiça.

O Papanicolau não fornece resultados imediatamente, mas, a propedêutica seguinte, fato que é especialmente problemático para a população de mulheres da área 47 da USF Nova Natal II, reconhecidamente carentes, o que requer planejamento nos agendamentos subsequentes. Infelizmente, mesmo com a reorganização da J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

Atenção Básica, a partir da Estratégia Saúde da Família, ainda prestamos uma assistência de enfermagem oportunística, ou seja, o atendimento às mulheres não tem sido feito com um planejamento sistemático de ações que promovam um acompanhamento longitudinal desde a coleta do exame citológico até a liberação da mulher, pela alta, do programa de controle do câncer de colo uterino.

LIMITAÇÕES

A análise deu-se a partir de dados secundários, coletados retrospectivamente, e, por isso, restringiu-se às variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis nos documentos consultados.

Então, a qualidade das informações dos prontuários-família foi uma limitação.

Neles, essas informações estavam precariamente registradas ou ausentes, ou seja, registros de corrimento, diagnósticos de DSTs, tabagismo, resultados do Papanicolau com alterações cervicais, sexarca, número de parceiros, uso e tempo de uso de anticoncepcionais orais, nem sempre estavam disponíveis nos registros. Não encontramos nenhum tipo de informação sobre a situação do seguimento das mulheres que receberam resultado com alterações cervicais.

Como consequência, durante as entrevistas face a face, os registros ficaram sujeitos unicamente às respostas fornecidas pelas mulheres, situação que está sujeita ao viés de memória, principalmente naquelas de menor escolaridade, implicando, também, no viés de informação.

Outra limitação encontrada foi a dificuldade de localização das mulheres nos endereços previamente selecionados em decorrência da rotatividade das famílias na área.

CONCLUSÃO

A alteração cervical metaplasia escamosa imatura, foi predominante nas mulheres na faixa

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

etária de 25 a 64 anos (90,5%), de etnia parda (61,9%), casadas ou em convivência marital (80,9%), com corrimento (47,6%) e (4,6%) com sangramento.

A LSIL foi predominante nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (50,0%), de etnia parda (66,7%), casadas ou em convivência marital (50,0%), com corrimento (33,3%) e (25%) com DSTs (inclusive HPV).

A HSIL também foi predominante nas mulheres na faixa etária 25 a 64 anos (100,0%), de etnia negra (66,7%), casadas ou em convivência marital apenas 01 (33,3), com corrimento (66,7%) e (50,0%) com DSTs (inclusive HPV).

Por fim, as ASC-US tiveram predominância na faixa etária de 18 a 24 anos (100%), em mulheres de etnia parda (50%) e negra (50%), casadas ou em convivência marital (100%).

A análise do cálculo da frequência de variáveis selecionadas com a realização do seguimento não mostrou significância estatística

Esses resultados indicam que a área 47 da USF Nova Natal II tem limitações para atender à sua demanda de mulheres e para referenciar os casos que precisam de um atendimento mais especializado dentro do próprio sistema de saúde.

O controle do câncer de colo de útero implica no acolhimento da mulher que vai desde a consulta inicial na unidade até a solução do problema em outros níveis de atenção, colocando à disposição toda tecnologia disponível para conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, o que não vem ocorrendo na área 47 da USF Nova Natal II, uma vez que as mulheres verbalizaram dificuldades de acessibilidade aos serviços, fora da Atenção Básica, para continuar o seguimento.

Como consequência o diagnóstico tardio da doença pode ser um problema de saúde pública na referida área adscrita. O diagnóstico tardio está relacionado com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde e os J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282

entraves da resolutividade que dificultam o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

Deste modo as ações desenvolvidas no controle do câncer de colo uterino da área 47 da USF Nova Natal II não tem sido suficientes para melhorar a resolutividade da atenção à saúde das mulheres, porque são necessárias, também, ações complementares nos níveis de maior complexidade do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer: Colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2010.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros. Brasília (DF): IBGE; 2009.
3. Fonseca LAM, Eluf Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira 2010; 56: 309-312.
4. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática de literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8): 485-492.
5. Zeferino LCO. Desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero (Editorial). Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30(5): 213-5.
6. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2011.
7. Soares MC, Meincke SMK, Mishima SM, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1):90-6.
8. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Cad Saúde Família. 2006; 1:3-9.
9. Borges CF, Baptista TWF. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a

Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA *et al.*

Access to health services...

definição de prioridades. *Trab Educ Saúde*. Rio de Janeiro, 2010; 8(1): 27-53.

10. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Informativo detecção precoce [site de internet]. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama [citado em 03102010]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccaoprecoce.pdf>

11. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2006.

12. Hogwood BW, Gunn LA. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press; 1984.

13. Caetano R, Vianna CMM, Sampaio MMA, Silva RM, Rodrigues RRD. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2010; 15 (4): 2039-50.

14. Ministério da Saúde (Br). Portaria G.M. nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília (DF); MS; 2006.

15. Villa MCE, Pereira WR. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado do Mato Grosso - uma abordagem crítica. *Rev Eletr Enf.(online)* 2009; 11(4): 1037-1042.

16. Instituto Nacional do Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2010.

17. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004 a. 186p. (PROJETO CARMEN).

18. Soares LH, Pinelli FGS, Abrão ACFV. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18 (2): 156-64.

19. Saldanha RO, Vargas URA. Caracterização dos exames de Papanicolaou no Serviço de Saúde Pública do município de Santa Rosa/RS. *Rev Bras Farm*. 2008; 89(4): 342-346.

20. Medeiros VCRD, Medeiros RC, Menezes Filho JB, Ramos ES, Saturnino ACRD. Câncer de colo de

útero: análise epidemiológica e citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. *RBAC* 2005; 37(4): 227-231.

21. Silveira LMS, Veras RC, Cruz ALN, Faria MS. Gestaçao e Papilomavirus humano: influência da idade materna, período gestacional, número de gestações e achados microbiológicos. *RBAC* 2008; 40 (1): 43-47.

22. Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Preditores de não aderência ao seguimento preconizado para mulheres com lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL). *Saúde soc [online]* 2009; 18 (2): 325-333.

23. Thommasen H, Lenci P, Brake I, Anderson G. Cervical cancer screening performed by a nurse. *Can Fam Physician*. 1996; 42: 2179-2183.

24. Kim YT, Kim JW, Kim SH, Kim JH, Yoon BS, Park YW. Clinical usefulness of cervicogram as a primary screening test for cervical neoplasia. *Yonsei Medical Journal*. 2005; 46(2): 213 - 220.

25. Russomano F, Monteiro ACS, Mousinho RO. O diagnóstico citológico de células escamosas atípicas - uma avaliação crítica das recomendações diagnósticas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(11): 573-82.

26. Walsh JME. Cervical cancer: developments in screening and evaluation of the abnormal Pap smear. *West J Med*. 1998; 169: 304-310.

27. Veiga FR, Russomano F, Camargo MJ, Monteiro ACS, Reis A, Tristão MA. Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(2): 75-80.

28. Bueno KS. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. *RBCA* 2008; 40(2): 121-128.

29. Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R. Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine* 2006; 24 Suppl 3:S71-S77.

30. Safaeian M, Solomon D. Cervical Cancer Prevention - Cervical Screening: Science in Evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007 dez; 34(4): 739-ix.

31. Colgan TJ. Pap test results responding to Bethesda system reports, *Canadian Family Physician*. *Le Médecin de famille canadien*, 2001; 4:1425-30.

32. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1999; 9(1): 13-36.

Recebido em: 15/06/2012

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 18/01/2013

Publicado em: 01/07/2013

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3)273-282