

Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde

Cytological Abnormalities, Sexually Transmitted Diseases and Periodicity of Cervical Cancer Screening in a Basic Health Unit

Alteraciones Citológicas, Enfermedades de Transmisión Sexual y Periodicidad de las Pruebas de Papanicolaou en Unidad Básica de Salud

Maria Teresa Cícero Laganá¹; Magna Maria Pereira da Silva²; Lílian Felizardo Lima³; Thais Lorena Barbosa de França⁴

Resumo

Introdução: O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública e o rastreamento dessa doença deve seguir um conjunto de ações programadas organizadas, com população e periodicidade definidas. **Objetivos:** Verificar a periodicidade de realização de exames citopatológicos e identificar a frequência de alterações citopatológicas e doenças sexualmente transmissíveis nos registros de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Método:** Estudo retrospectivo, entre novembro de 2005 e dezembro de 2010, nos livros de controle do câncer do colo do útero disponíveis no serviço. **Resultados:** Dos registros de 1.967 mulheres, prevaleceu o intervalo de cinco anos ou mais (42,9%) entre a realização dos exames. As alterações citopatológicas malignas mais frequentes foram: lesão intraepitelial de baixo grau: 73,1%; lesão intraepitelial de alto grau: 3,7% e células atípicas escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas: 2,9%. A doença sexualmente transmissível de maior ocorrência diagnosticada foi a *Gardnerella vaginalis*: 66,2%. As mulheres que se submeteram ao exame colpocitológico apresentaram alterações cervicais associadas a doenças sexualmente transmissíveis especialmente no grupo etário-alvo, 25-64 anos, e procuraram o serviço com periodicidade predominantemente superior à trienalidade. **Conclusão:** O rastreamento periódico é importante ferramenta para a detecção de alterações citopatológicas, mas há que se organizar o seguimento das mulheres com ações de informação sobre a periodicidade dos controles e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, convocação para exames, tratamento, fechamento dos casos e vigilância, reduzindo o padrão oportunístico dos controles.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Diagnóstico Precoce; Programas de Rastreamento; Enfermagem Oncológica; Saúde Pública; Estudos Retrospectivos

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Atenção a Grupos Humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva. <http://www.ufrn.br>. Natal (RN), Brasil. E-mail: laganateresa@gmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Natal. Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Atenção a Grupos Humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: magnasilva2000@gmail.com.

³ Graduanda do Curso de Enfermagem. Iniciação Científica do Departamento de Enfermagem da UFRN. Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Atenção a Grupos Humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva. E-mail: lilaa_felizardo@hotmail.com.

⁴ Acadêmica. Bolsista de Iniciação Científica. Centro de Ciências da Saúde da UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: thais-lorena@hotmail.com.
Endereço para correspondência: Maria Teresa Cicero Lagana. Campus Universitário, Lagoa Nova. Natal (RN), Brasil. CEP: 59072-970.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero permanece como problema de saúde pública no mundo; no Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, duas vezes mais frequente em países menos desenvolvidos em relação aos mais desenvolvidos^{1,2,3}.

A estimativa brasileira de casos novos, para o ano de 2012, foi de 17,49/100 mil mulheres; mas, na região Nordeste, foi superior à média nacional, ocupando a segunda posição mais frequente: 18/100 mil e, no município de Natal/RN, onde se desenvolveu o estudo, 17,98/100 mil^{3,4}.

É a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país, aumentando o risco conforme avança a idade, até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos, principalmente no estadiamento III e, na maioria dos casos, do tipo histológico carcinoma, diminuindo a sobrevida, estimada, no Brasil, em 41% após cinco anos^{3,5,6}.

Em série histórica de 1979 a 2005, observou-se que as taxas de mortalidade ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100 mil mulheres-ano, incremento de 6,4% em 26 anos no Brasil. No Nordeste, o câncer do colo do útero ocupa o segundo lugar como causa de morte, com mortalidade de 4,8 por 100 mil mulheres^{6,7}.

No entanto, observa-se, nas capitais dos Estados nordestinos, mais expressivamente em Natal, um declínio das tendências temporais da mortalidade pela doença; indicando que os programas de controle e detecção precoce desenvolvidos no país já mostram resultados, especialmente ao se levar em conta que o Nordeste é a região brasileira com a mais baixa renda *per capita* e o maior nível de pobreza⁶.

É consenso mundial que se trata de doença com alterações intraepiteliais cervicais de aspectos evolutivos lentos e etapas bem conhecidas, podendo progredir para o estágio invasivo ao longo de 10 a 20 anos, especialmente para o carcinoma epidermoide e o adenocarcinoma. Na fase mais avançada, evolui com secreção anormal, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular, apesar de permitir a detecção precoce por meio do exame citopatológico do material colhido na porção endocervical e ectocervical, também é útil na sugestão da presença de agentes patogênicos como *Candida sp*, *Trichomona vaginalis*, entre outros^{1,7,8,9,10}.

No Brasil, desde 1940, há registros de iniciativas para o controle do câncer no país, entretanto, a partir dos anos 1980, o controle do câncer do colo do útero se fortaleceu com a criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM/1986); o Programa de Oncologia (PRO-ONCO/1987); a criação do Sistema Único de Saúde (SUS/1988); a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde/1990; a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF/1994); o Programa Viva Mulher/1997 e o

Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero/1998. Essas políticas instituíram a prevenção do câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico; ampliaram a oferta dos exames em todos os Estados do país; reorientaram o sistema de saúde para a Atenção Básica; fortaleceram a prevenção como uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher; contribuíram para a criação de protocolos de padronização da coleta de material cervical, seguimento e condutas frente a cada tipo de alteração cervical, incluindo a cirurgia de alta frequência (CAF) para tratamento das lesões pré-invasoras. A priorização do controle desse câncer na agenda da saúde foi reafirmada na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, bem como se constitui como uma das prioridades do Pacto pela Vida, desde 2006^{1,4}.

No entanto, apesar da incorporação de estratégias políticas para o controle da doença, os atuais desafios ainda são garantir a qualidade das ações de rastreamento e de seguimento para reduzir a mortalidade com ações programadas de prevenção inerentes às equipes de saúde da família, com população e periodicidade definidas^{1,11,12}.

Estudos^{9,13,14} com percentuais elevados de mulheres com câncer do colo do útero mostram que elas nunca tinham ouvido falar do exame colpocitológico, não sabiam que era para detectar câncer e tinham feito o último há mais de três anos ou nunca o haviam feito; que a procura pelo serviço, tanto de mulheres com NIC como daquelas com câncer invasivo, foi determinada pela presença de sintomas; que não compareceram para realizar o exame preventivo periodicamente ou o fizeram de forma irregular por falta de motivação relacionada à sobrecarga do cotidiano, dificuldades na relação com os profissionais, precarização histórica da educação em saúde e barreiras organizacionais existentes no serviço de saúde.

A realização de exames com periodicidade não relacionada com as normas estabelecidas nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero¹, mas com a procura ocasional dos serviços de saúde por razões diversas que não o rastreamento, caracteriza o rastreamento oportunístico e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero^{1,7,9,14,15}.

Este estudo objetivou verificar a periodicidade de realização dos exames citopatológicos e identificar a frequência de alterações cervicais e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nos registros de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

MÉTODO

Estudo retrospectivo realizado em UBS da zona Sul do município de Natal/RN, entre 2005 e 2010, a partir dos registros dos livros de controle do câncer do colo do útero disponíveis no serviço, onde constavam as seguintes

informações das usuárias: nome, idade, número do prontuário, data da coleta do exame citopatológico e da entrega do resultado, descrição do laudo citopatológico e flora microbiana, telefone. As variáveis incluídas no estudo foram idade, laudos citopatológicos com alterações cervicais benignas e malignas, flora microbiana com DSTs e data da coleta do exame citopatológico para estimar a periodicidade.

As mulheres de todas as idades foram organizadas em quatro faixas etárias: menores de 18, 18-24; 25-64 e acima de 65 para priorizar o agrupamento-alvo 25-64 anos das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero¹.

Para estimar a periodicidade, foram distribuídos, ano a ano, os exames progressos da mesma usuária, identificada pelo nome e prontuário, a partir da data da realização do último exame, delimitando-se os intervalos: um ano, dois anos, três anos, quatro anos e cinco ou mais anos, conforme as repetições dos registros do segundo ou demais controles, tomando-se a periodicidade trienal como referência. Dessa forma, das 2.836 mulheres, obtiveram-se 1.967 mulheres que procuraram o serviço no período estudado.

Na apresentação e análise dos resultados, as alterações cervicais obedeceram à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais¹¹: lesão intraepitelial de baixo grau, metaplasia escamosa imatura, lesão intraepitelial de alto grau e células atípicas escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas.

O banco de dados foi organizado em planilha do aplicativo Microsoft® Office Excel 2007 e a análise estatística para o cálculo dos percentuais das variáveis utilizadas e avaliação das associações foi realizada com o programa SPSS versão 18. Adotaram-se o teste do qui-quadrado de Pearson e valor de $p < 0,05$ significativo.

A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e aprovada conforme parecer nº 039/2011.

RESULTADOS

As 1.967 mulheres analisadas tinham idade entre 14 e 79 anos e 1.409 (71,6%) atendiam ao grupo etário-alvo 25-64 anos, definido como prioritário¹. Entre elas, 8% apresentaram alterações cervicais benignas e malignas; porém, 1,2% dos registros foi desconsiderado, uma vez que foi anotado de maneira incompleta ou ilegível, totalizando 134 (6,8%) mulheres com alterações. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, 808 (41%) apresentaram pelo menos um agente infeccioso (Tabela 1).

A associação entre as alterações cervicais e a idade não foi significativa, o que pode ser explicado pelo número limitado de laudos citopatológicos que puderam ser considerados para análise; entretanto, as doenças

sexualmente transmissíveis estiveram associadas com as alterações cervicais ($p < 0,002$) e com a faixa etária ($p < 0,001$). Das 134 mulheres com diagnóstico de alterações cervicais benignas ou malignas, 76 delas (57,0%) apresentaram também alguma doença sexualmente transmissível, especialmente no grupo etário-alvo 25-64 anos (Tabelas 2 e 3).

A periodicidade dos exames citopatológicos revelou predominância de intervalos superiores à trienalidade: cinco anos ou mais (42,9%) (Tabela 1).

Entre as alterações cervicais encontradas, na faixa etária 18-24 anos, houve predominância da alteração benigna metaplasia escamosa imatura: 11 (40,7%) e da alteração maligna células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas:

Tabela 1. Faixa etária, periodicidade, alterações cervicais e DSTs de mulheres atendidas em UBS de Natal/RN

Faixa etária (anos)	n (%)
Menores de 18	89 (4,5)
18 a 24	406 (20,6)
25 a 64	1.409 (71,6)
Acima de 65	63 (3,2)
Total (100%)	1967
Alterações cervicais	n (%)
Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau	98 (73,1)
Metaplasia escamosa imatura	27 (20,1)
Lesão intraepitelial escamosa de alto grau	5 (3,7)
Células atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas	4 (2,9)
Total (6,8%)	134
DSTs	n (%)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	535 (66,2)
<i>Cândida sp</i>	152 (18,8)
<i>Clamídia sp</i>	68 (8,4)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	53 (6,5)
Total (41%)	808
Periodicidade (anos)	n (%)
1	33 (1,7)
2	503 (25,5)
3	25 (1,3)
4	561 (28,5)
5 ou +	845 (42,9)
Total (100%)	1.967

3 (75,0%). Na faixa etária 25-64 anos, grupo-alvo, predominaram as alterações malignas lesão intraepitelial escamosa de baixo grau: 60 (61,2%) e lesão intraepitelial escamosa de alto grau: 5 (100%) (Tabela 1).

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, as mulheres com idade inferior a 25 anos (menores de 18 e entre 18-24 anos), aproximadamente 50% somadas às duas faixas etárias, foram as que apresentaram maior prevalência para *Gardnerella vaginalis* (51,1%), *Trichomonas vaginalis* (45,1%) e *Clamídia sp.* (45,1%). Na faixa etária 25-64 anos, grupo-alvo, prevaleceram a *Gardnerella vaginalis* (47,2%), a *Candida sp.* (73,0%) e a *Clamídia sp.* (60,2%), todos agentes associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, principalmente *Chlamydia sp.* e *Trichomonas vaginalis*¹⁶ (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Em países onde o rastreamento foi bem-sucedido na diminuição das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, como Estados Unidos, Noruega e Reino Unido, o percentual de positividade é, respectivamente, 6,8%; 4,9% e 6,4%. Esse índice expressa a prevalência de alterações celulares nos exames e caracteriza a sensibilidade do processo do rastreamento em detectar lesões na população examinada¹⁷. No Brasil, a positividade esperada é de 3,0 a 10%, ressaltando-se que são consideradas para o cálculo desse índice apenas as alterações cervicais malignas¹⁷ e, neste estudo, o percentual

de alterações cervicais de 6,8% considerou, inclusive, a alteração benigna metaplasia escamosa imatura.

Universalmente, no controle do câncer do colo do útero, segue-se a tendência de não incluir prioritariamente mulheres com menos de 25 ou mais de 60 anos, com intervalo trienal ideal entre os controles^{1, 11}, porque rastrear mulheres abaixo de 25 anos não tem impacto na redução da incidência, que é muito baixa, e as lesões predominantes são de baixo grau com grande probabilidade de regressão espontânea¹.

Entretanto, a *American Academy of Pediatrics* recomenda oferta de rastreamento do câncer do colo do útero a todas as adolescentes sexualmente ativas devido ao elevado percentual de lesões intraepiteliais cervicais de alto grau nesse grupo, apesar de a chance da neoplasia invasora ser desprezível, pela possibilidade de elas apresentarem um tempo mais curto de latência entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o desenvolvimento de lesões do que o usualmente descrito para mulheres adultas¹⁸. Neste estudo, obtivemos adolescentes menores de 18 anos com alteração cervical benigna metaplasia escamosa imatura: 6 (22,2%) e alterações malignas células atípicas de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas: 1 (25,0%) seguida de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau: 8 (8,1%).

Acima de 65 anos, não há dados epidemiológicos objetivos de que o rastreamento seja útil nessa faixa etária, mesmo em países com população de alta longevidade^{1, 19}. Nessa faixa etária, apenas 2 (2,0%) apresentaram alteração cervical maligna lesão intraepitelial escamosa de baixo grau.

Tabela 2. Alterações cervicais benignas e malignas no exame citopatológico de mulheres atendidas em UBS de Natal/RN

Faixa etária (anos)	Alterações cervicais benignas		Alterações cervicais malignas			p-valor
	¹ ME		² LSIL	³ HSIL	⁴ CASI	
Menores de 18	6 (22,2%)		8 (8,1%)	0	1 (25,0%)	0,677
18 a 24	11 (40,7%)		28 (28,5%)	0	3 (75,0%)	0,146
25 a 64	10 (37,0%)		60 (61,2%)	5 (100%)	0	0,123
Acima de 65	0		2 (2,0%)	0	0	0,100
Total	27		98	5	4	

¹Metaplasia escamosa imatura; ²lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ³lesão intraepitelial escamosa de alto grau; ⁴células atípicas de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas

Tabela 3. Doenças sexualmente transmissíveis no exame citopatológico de mulheres atendidas em UBS de Natal/RN

Faixa etária (anos)	DSTs				p-valor
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	<i>Candida sp.</i>	<i>Clamídia sp.</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>	
Menores de 18	121 (22,6%)	22 (14,4%)	1 (1,4%)	8 (15,0%)	0,063
18 a 24	153 (28,5%)	14 (9,2%)	26 (38,2%)	16 (30,1%)	0,058
25 a 64	253 (47,2%)	111 (73,0%)	41 (60,2%)	26 (49,0%)	<0,001
Acima de 65	8 (1,4%)	5 (3,2%)	0	3 (5,6%)	0,617
Total (808/100%)	535	152	68	53	

Apesar de a metaplasia escamosa imatura ser uma alteração celular benigna do tipo inflamatório ou reparativo, considerou-se esse diagnóstico, neste estudo, pelo fato de o epitélio metaplásico estar vulnerável à ação de agentes microbianos, em especial o HPV^{1,11}, condição na qual a mulher deveria ser acompanhada com mais frequência¹⁴, situação de 27 (20,14%) mulheres analisadas, com 40,7% das ocorrências na faixa etária 18-24 anos.

A evolução da alteração cervical lesão intraepitelial escamosa de baixo grau para câncer cervical é incomum, devendo-se evitar o sobrediagnóstico ou o sobretratamento dessas lesões, pois apresentam alta taxa de regressão espontânea, especialmente em mulheres com idade menor que 30 anos, pela menor probabilidade de persistência viral, principal fator que leva ao desenvolvimento de lesões pré-carcinogênicas e câncer^{1, 20}. Portanto, para 98 (73,13%) das mulheres com esse diagnóstico, com 61,2% das ocorrências no grupo etário-alvo 25-64 anos, o seguimento por meio da repetição da citopatologia em seis meses seria a conduta preconizada^{1, 11}.

Com relação à lesão intraepitelial escamosa de alto grau, cerca de 70% das pacientes com esse tipo de alteração cervical apresentarão confirmação diagnóstica histopatológica e poderão ter diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor¹¹. Sendo assim, cinco (3,73%) mulheres desse estudo, com 100% das ocorrências no grupo etário-alvo 25-64 anos, deveriam ser encaminhadas para colposcopia imediatamente¹¹.

As atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas são alterações comumente descritas nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero, mas esse resultado é controverso por ser um laudo que gera subjetividade, porque são anormalidades mais acentuadas que aquelas atribuídas às alterações reativas, mas que são insuficientes para definir um diagnóstico de lesão intraepitelial ou invasora²¹. Conseqüentemente, são bastante diversificadas as opiniões em relação ao seguimento das pacientes com esse diagnóstico^{21, 22}, recomendando-se a repetição do exame citopatológico em um intervalo de seis a 12 meses¹¹, seguimento que deveria ocorrer para 2,98% das usuárias, com 75% das ocorrências na faixa etária 18-24 anos.

Além de alterações cervicais benignas e malignas, os exames citopatológicos também mostram a ocorrência DSTs, cujo achado mais frequente foi o de alterações compatíveis com *Gardnerella vaginalis* 535 (66,21%) e *Cândida sp* 152 (18,81%).

Estudos^{7, 10, 16} mostram elevada frequência de *Gardnerella vaginalis*, *Chlamídia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* e *Candida albicans* tradicionalmente associados a vaginoses, bem como do vírus da imunodeficiência adquirida e do HPV, relacionada ao aumento no número de parceiros sexuais, à precocidade da sexarca, à exposição sexual pelo uso

inadequado de métodos contraceptivos de barreira e, entre as adolescentes, à maior suscetibilidade ao trauma durante a relação sexual devido à produção diminuída de muco cervical resultante de ciclos anovulatórios, quando a prevalência de lesões precursoras também é maior¹⁸.

A vaginose é considerada infecção vaginal de grande prevalência em mulheres em idade reprodutiva, sendo definida como a substituição da microbiota vaginal normal de lactobacilos, normalmente predominantes, por bactérias como *Gardnerella vaginalis* que facilitam a infecção pelo HPV^{16, 20}.

As infecções genitais sinalizam um problema que deve ser observado para avaliação de risco e prevenção porque as mulheres com DSTs estão particularmente expostas ao risco de câncer do colo do útero, especialmente aquelas economicamente desfavorecidas em que as taxas de infecção por HPV são altas, associadas, principalmente, à baixa idade da sexarca, à baixa escolaridade e à dificuldade de acesso a serviços de saúde^{19, 20}.

Quanto à periodicidade, houve elevado percentual de mulheres com periodicidade superior a cinco anos, 845 (42,9%), contrastando com as sucessivas diretrizes de 1988, 2002 e 2011 do Ministério da Saúde, que definiu o rastreamento no Brasil uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos^{1, 11}. A expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer após um resultado negativo é praticamente a mesma quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando ele é realizado a cada três anos (redução de 91% do risco), entretanto, o efeito protetor do rastreamento diminui à medida que se aumenta o intervalo entre os exames citopatológicos, contribuindo para diagnósticos tardios^{1, 11}.

Pesquisas com mulheres submetidas ao exame citopatológico em diferentes Estados brasileiros mostraram a maior predominância da periodicidade anual; inferior a dois anos, que nunca realizaram o exame ou o fizeram há mais de três anos; não atendendo às recomendações do Ministério da Saúde de trienalidade^{2, 4, 15}.

Do mesmo modo que o super-rastreamento de pequenos grupos de mulheres, os controles oportunistas realizados por aquelas que não procuram o serviço de saúde apresentam baixa cobertura, gerando menor custo-efetividade dos programas de controle¹¹ e a constatação de que a mortalidade por câncer do colo uterino não está reduzindo^{1, 2}.

CONCLUSÃO

Na UBS da zona Sul do município de Natal, as mulheres que se submeteram ao exame colpocitológico apresentaram alterações cervicais associadas a doenças sexualmente transmissíveis especialmente no grupo etário-alvo 25-64 anos e procuraram o serviço com

periodicidade predominantemente superior à trienalidade, situação que as coloca sob risco, uma vez que o câncer do colo do útero tem sido associado a doenças sexualmente transmissíveis correlacionadas à alterações citológicas cervicais benignas e malignas.

Sob o ponto de vista da pesquisa, é sabido que o desempenho do programa de controle do câncer do colo do útero é influenciado pelo perfil socioeconômico das mulheres; no entanto, variáveis de risco sociodemográficas e clínico-epidemiológicas não puderam ser obtidas, dada a incompletude habitual dos prontuários e o fato de que o SISCOLO encontra-se interrompido no município de Natal.

Mas, sob o ponto de vista dos benefícios sociais, os resultados indicam que, a partir da verificação atenta de registros rotineiros utilizados nas unidades básicas de saúde, como é o caso dos livros de controle do câncer do colo do útero, existe a possibilidade da efetivação da busca ativa das mulheres que apresentaram alterações cervicais e DSTs, com ações de informação sobre a periodicidade dos exames, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, convocação para exames dos casos com risco aumentado para confirmação diagnóstica, tratamento e fechamento dos casos.

Rastreamento sem seguimento é antiético e não pode ser efetivo sem tratamento apropriado dos resultados alterados. A perda do seguimento é um problema significativo, difícil de ser resolvida pela descontinuidade das ações de controle, mas que, no âmbito dos serviços, deve-se continuar investindo esforços para melhorar as ações de vigilância para esse tipo de câncer, especialmente em áreas economicamente carentes, como é o caso da área geográfica atendida pela UBS onde se deu o estudo.

CONTRIBUIÇÕES

Maria Teresa Cicero Lagana contribuiu na concepção e na construção do projeto de pesquisa; na análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Magna Maria Pereira da Silva contribuiu na análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Lílian Felizardo Lima e Thaís Lorena Barbosa de França contribuíram na obtenção e análise de dados; na organização do banco de dados; na redação final.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
- Murata IMH, Gabrielloni MC, Schirmer J, Iris MH. Cobertura do papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3): 409-15.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 Mai. 12]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Freitas HG, Silva MA, Thuler LCS. Câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso do Sul: detecção precoce, incidência e mortalidade. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3): 399-408.
- Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Rev bras cancerol.* 2012; 58(3): 351-7.
- Gamarra CJ, Valente JG, Azevedo e Silva G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 28(2):100-6.
- Medeiros VCRD, Medeiros RC, Moraes LM, Menezes JB, Ramos ESN, Saturnino ACRD. Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. *Rev Bras Anal Clín.* 2005; 37(4):227-31.
- Walsh, JM. Cervical cancer: developments in screening and evaluation of the abnormal Pap smear. *West J Med.* 1998; 169(5): 304-10.
- Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. *Rev Lat Am Enferm.* 2006; 14(4): 503-9.
- Terres AF, Machado NA, França FS, Ramos CDT, Haas P. Análise dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero realizados em uma clínica ginecológica particular no município de Curitiba, PR. *Estud Biol.* 2009; 31(73/74/75): 103-9.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(2):383-90.
- Diógenes MAR, Jorge RJB, Sampaio LRL, Mendonça FAC, Sampaio LL. Barreiras à realização periódica dopapanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. *Rev APS.* 2011; 14(1):12-8.
- Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(2):383-90.
- Rama C, Roteli-Martins C, Derchain S, Longatto-Filho A, Gontijo R, Sarian L, et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):411-9.

16. Becker DL, Brochier AW, Vaz CB, Oliveira JP, Santos MLV, Pilger DA, et al. Correlação entre infecções genitais e alterações citopatológicas cervicais em pacientes atendidas no sistema de saúde pública de Porto Alegre. *DST J Bras Doenças Sex. Transm.* 2011; 23(3):116-9.
17. Bortolon PC, Silva MAF, Corrêa FM, Dias MBK, Knupp VMAO, Assis M, et al. avaliação da qualidade dos laboratórios de citopatologia do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3): 435-44.
18. Pedrosa ML, Mattos IE, Koifman RJ. Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública (Online).* 2008; 24(12): 2881-90.
19. Blanks RG, Moss SM, Addou S, Coleman, DA, Swerdlow AJ. Risk of cervical abnormality after age 50 in women with previously negative smears. *Br J Cancer.* 2009; 100(11): 1832-6.
20. Gonçalves ZR, Alvarez JQ, Braga JTTMF, Sartori Junior SJ, Mota VC, Monteiro DLM, et al. Lesões escamosas intra-epiteliais de baixo grau: conduta em mulheres adultas. *Revista Femina.* 2010; 38(7): 321-5.
21. Fernandes F, Furtado Y, Russomano F, Silva KS, Silveira R, Faria P, Moreira P. Diagnóstico Citopatológico de ASC-US e ASC-H no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do INCA. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):453-9
22. Bueno KS. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. *Rev Bras Anal Clín.* 2008; 40(2):121-8.

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a public health problem. Screening must follow a set of planned actions with defined population and periodicity. **Objectives:** Verify the periodicity of cytopatological tests, identify cytopatological abnormalities frequency and sexually transmitted diseases from the records of women attended in a Basic Health Unit. **Method:** Retrospective study on Pap test records during the period from november 2005 to december 2010. The diagnoses of cytological abnormalities, sexually transmitted diseases and periodicity of cervical cancer screening were analyzed, according to the distribution records available at the institution. **Results:** According to the frequency of cytological exams from 1967 women records, 42.9% repeated the Pap test once in five years or more. Of those exams with abnormal cytology records analyzed 73.1% were classified as Intraepithelial Low- grade Lesion; Intraepithelial High-grade Lesion and 2.9% atypical squamous non neoplastic cells. The highest percentage of sexually transmitted diseases was *Gardnerella vaginalis*: 66.2%. The women who underwent Pap test showed cervical abnormalities associated with sexually transmitted diseases especially in the age group 25-64, the main group performed by Pap test (71.6%). **Conclusion:** The periodical screening is an important tool for cytological abnormalities detection, but it is necessary to increase the follow up of women by sharing information about the frequency of controls and sexually transmitted diseases prevention, and calling for examination, treatment, surveillance, and closure of cases, thereby reducing opportunistic default controls.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Early Diagnosis; Mass Screening; Oncologic Nursing; Public Health; Restropective Studies

Resumen

Introducción: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública y la detección de esta enfermedad debe seguir un conjunto de acciones planificadas con población y periodicidad definidas. **Objetivos:** Comprobar la periodicidad de realización de pruebas citológicas e identificar la frecuencia de alteraciones citológicas y enfermedades de transmisión sexual en el historial de mujeres atendidas en la Unidad Básica de Salud. **Método:** Estudio retrospectivo, en el período noviembre 2005 a diciembre 2010, en los libros de control de cáncer de cuello de útero disponibles en el local. **Resultados:** De los historiales de 1,967 mujeres, prevaleció el intervalo de cinco años o más (42,9%) entre la realización de las pruebas. Las alteraciones citológicas malignas más frecuentes fueron: las lesiones intraepiteliales de bajo grado: 73,1%; lesiones intraepiteliales de alto grado: 3,7% y células atípicas escamosas de significado indeterminado posiblemente no neoplásicas: 2,9%. La enfermedad de transmisión sexual más diagnosticada fue *Gardnerella vaginalis*: 66,2%. Las mujeres que se sometieron a la prueba citológica, presentaron alteraciones cervicales asociadas a enfermedades de trasmisión sexual especialmente en el grupo etario de 25 a 64 años, y buscaron el servicio con frecuencia predominante superior a cada tres años. **Conclusión:** El seguimiento periódico es una herramienta importante para la detección de alteraciones citológicas, pero hay que organizarse con acciones de información acerca de la frecuencia de los controles y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, campañas para realización de exámenes tratamiento y vigilancia de resultados anormales, todo esto, con el objetivo de reducir el tamizaje oportunistico.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Diagnóstico Precoz; Tamizaje Masivo; Enfermería Oncológica; Salud Pública; Estudios Retrospectivos