

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA ÁREA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIBEIRÃO PRETO

THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN ONE AREA OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN RIBEIRÃO PRETO

Leonardo Pinho Ribeiro¹
Camila Malta Maradei²
Cristina Lopes da Silva³
Ricardo Manfrim Tombolato⁴
Elisabeth Meloni Vieira⁵

1 Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Residente em Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (2002/2003).

2 Médica de Família e Comunidade. Residente em Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (2002/2003).

3 Residente em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

4 Residente em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

5 Professora Doutora Elisabeth Meloni Vieira do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Endereço: Departamento de Medicina Social, FMRP-USP

Av dos Bandeirantes 3900 CEP 14490-900 Ribeirão Preto-São Paulo-Brasil

Telefone: (016)602-2433/ 602-25-38 FAX (016)633-1386 E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

RESUMO:

Este estudo diagnosticou a situação da cobertura do exame citopatológico do colo uterino em uma comunidade e avaliou a estratégia de intervenção, utilizando como parâmetros os fatores de risco. Analisou-se, retrospectivamente, 681 prontuários de mulheres com pelo menos 20 anos de idade e verificou-se o atraso ou não do exame citológico. Foi utilizado um roteiro para registrar as variáveis usadas no estudo: identificação da família, idade, data de registro no programa, situação do exame citológico na data do cadastro, data do último exame citológico, área de residência, consultas de saúde no programa. Os dados foram digitados em Epi-info 6.0 e a análise estatística utilizada foi realizada através do teste do qui-quadrado, sendo a hipótese de associação aceita quando se encontrou p menor ou igual a 0,05. Constatou-se que 33,5% estavam atrasadas no cadastramento, 39,4% realizaram o exame no período e, destas, 57,8% apresentaram resultado classe II. Encontrou-se associação entre residir na área mais pobre e estar com o exame atrasado ($p=0,03$); ser mais velha (65 a 98 anos) e estar em atraso com o exame ($p=0,0007$); residir na micro-área 2 e ter realizado o exame preventivo no Serviço ($p<0,02$). Finalmente, conclui-se que o programa melhorou a cobertura do Papanicolaou no grupo de mulheres do estrato socioeconômico mais baixo e possibilitou um planejamento de ação mais claro e organizado.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo Uterino/ Prevenção & Controle; Saúde da Família.

ABSTRACT

This investigation studied the situation of the coverage of the Pap smear test in a community, assessing a strategy of intervention focusing on risk factors. A total of 681 medical records of women aged at least 20 years old were examined to identify the last test. A guideline was used to register the variables of the study: identification of the family, age, date of register in the program, situation of pap smear when she was registered in the program, date of last pap smear test, area of residence, visits to the clinic. Data were typed and analyzed by Epi-info 6.0, statistical analysis was performed using the chi-square test; and the hypothesis of association was accepted when p was smaller or equal to 0.05. As a result, we found that 33.5% were not up-to-date with the Pap smear test when they were registered in the program, and 39.4% went for a Pap smear test after the program was implemented in the area. Among those, 57.8% had a class II result. To live in the poorest area and to have the Pap smear test not up-to-date was found associated ($p=0.03$), as well as to be older (65 to 98 years old) and to have the Pap smear test not up-to-date ($p=0.0007$) and to live in the micro area 2 and having gone to the test in the Family Health clinic ($p<0,02$). Finally, it was concluded that the program has improved the coverage of the lower socioeconomic status group and made feasible an organized and clear plan of action.

Key-Words: Prevention, Cervical Cancer, Family Health Program.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública mundial, configurando-se como a segunda ou terceira causa mais comum de câncer na mulher. Cerca de 400.000 novos casos são diagnosticados por ano no mundo, em sua maioria nos países em desenvolvimento.(CAMARGOS; MELO, 2001) Nestes, o índice de mortalidade pela doença chega a 80%, principalmente em mulheres com baixo nível educacional e com pouco acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2002)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a detecção precoce e o tratamento imediato dos tumores em estágio inicial, quando conjugados, reduzem em 80% a incidência do câncer invasivo.(BRASIL, 2002)

As taxas de mortalidade dos últimos vinte anos mostram um pequeno aumento do número de casos de câncer de colo uterino no Brasil. O Ministério da Saúde estimou que, em 2001, o Brasil teria 16.000 mil novos casos e 4.000 mortes causadas por esta

neoplasia. Em 2003 a estimativa ministerial mostrava um aumento na mortalidade e na incidência para esta doença: 4.110 e 16.480, respectivamente. (BRASIL, 2003) Segundo o Ministério da Saúde, o que ocorre no Brasil como um todo é que não há priorização de ações preventivas para o grupo etário de maior risco para o desenvolvimento desta patologia, que seriam as mulheres de 35 a 49 anos, mas, sim, a realização do exame principalmente em mulheres abaixo dos 35 anos, atendendo a uma demanda espontânea. Em vista disso, iniciou-se em 1998 a implementação de programas, rotinas e planos, a fim de organizar, otimizar e racionalizar a prevenção do câncer de colo uterino. O rastreamento para câncer de colo uterino, pelo exame de papanicolaou, deve ser realizado a cada 3 anos após dois exames anuais consecutivos normais. (BRASIL, 2002).

Ribeirão Preto, apesar da sua situação de pólo de desenvolvimento de uma das regiões mais ricas do país, não tem uma cobertura do exame preventivo do câncer de colo abrangente; em 2002, menos da metade (49%) de 75% da população de mulheres em idade reprodutiva havia realizado o exame, segundo informação verbal da Coordenação da Área de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2001 a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iniciou a implantação de cinco Núcleos de Saúde da Família, com o objetivo de expandir o campo de estágio dos alunos em atenção primária e de implementar a residência médica em Saúde da Família e Comunidade.

O presente estudo foi realizado com a população de abrangência do Núcleo de Saúde da Família 4 (NSF-4), formado por quatro micro-áreas. Parte dessa população mora em favelas e possui baixo nível de instrução, sendo muitos imigrantes vindos de locais como o Norte de Minas Gerais e o Sertão do Nordeste. Parte desse território representa uma das áreas menos desenvolvidas da cidade. A equipe de saúde do NSF-4 adotou, durante um ano, uma estratégia (de prevenção do câncer de colo uterino através da coleta de exames quinzenalmente), na qual deveria ser dada prioridade para mulheres que nunca houvessem realizado o exame citopatológico de colo uterino. Porém, estaria essa estratégia atingindo o grupo mais vulnerável? Foi com essa finalidade - avaliar a estratégia de coleta dos exames - que foi realizado este estudo.

OBJETIVOS

Conhecer a situação das mulheres residentes na área do NSF-4 em relação à prevenção do câncer de colo uterino, avaliando a estratégia prévia elaborada para

umentar a cobertura do exame citológico e fornecer subsídios para a reformulação dessa estratégia enfocando fatores de risco.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado por meio de levantamento de prontuários. Foram incluídos os prontuários de todas as mulheres residentes na área do NSF-4, que tiveram pelo menos 20 anos de idade e fossem sexualmente ativas, totalizando 681 mulheres. Excluiu-se 5 pacientes do estudo por terem dados de registro incompletos. Considerou-se “em atraso com o Papanicolaou” a mulher que não havia realizado o exame há mais de dois anos, tendo como referência a data do cadastramento familiar. Entretanto, como não seria possível saber, em todos os casos, se as mulheres eram sexualmente ativas, optou-se por considerar todas as mulheres com mais de 20 anos como sexualmente ativas, levando-se em conta que 26,6% das mulheres brasileiras com idade entre 20 a 24 anos e 9,9% com idade entre 25 a 29 anos nunca tiveram relação sexual (BEMFAM, 1997).

Para testar o instrumento, realizou-se um estudo piloto com 20 formulários. A coleta de dados foi feita diretamente dos prontuários familiares (ficha A-do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB – modificada pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto) e desenvolvida no período de setembro de 2002 a setembro de 2003 por quatro médicos residentes em Saúde da Família e Comunidade. Foram coletadas as seguintes variáveis: existência de mulheres com idade igual ou maior que 20 anos, situação em relação à realização do exame citológico de colo uterino na data do cadastro, data do cadastro familiar, idade da paciente e data de nascimento, microárea de residência (variável considerada também sócio-econômica) e o número da família a que pertence a paciente. Também foi verificado se essas mulheres haviam sido atendidas no NSF-4 e, em caso afirmativo, subsequentemente, foram examinados os prontuários individuais na busca da data da coleta deste exame e o seu resultado, considerando o período de tempo entre julho de 2001 a julho de 2003.

Os dados foram digitados no programa Epi-Info 6.0 e a versão 2002 usada para verificar a consistência dos dados e realizar a análise.

Para verificar associação entre variáveis, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo a hipótese de associação aceita quando $p <$ ou igual 0,05.

RESULTADOS

O estudo permitiu a elaboração de uma lista de mulheres por idade e condição de realização do exame citológico na data do cadastramento familiar.

A análise dos prontuários mostra que na época do cadastro familiar 410 mulheres (60,2%) estavam em dia em relação ao exame, 228 (33,5%) estavam com o exame atrasado e, no caso de 43 mulheres (6,3%), a informação não foi encontrada.

A idade média encontrada entre as mulheres foi de 39 anos, sendo a mediana 36. A maioria das mulheres (46,8%) tinha até 34 anos e era residente da micro-área 1 (Tabela 1).

Da população estudada, 39,4% realizaram o exame no NSF-4 e 60,6% não o haviam realizado, no período de julho de 2001 a julho de 2003 (Tabela 1). Das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou no NSF-4, a maioria (57,8%) teve como resultado a classe II, e os restantes 42,2%, a classe I.

Encontrou-se associação estatística entre residir na microárea 2 e estar com o exame preventivo atrasado na época do cadastro familiar. Esta foi a microárea que apresentou o menor percentual de cobertura (52,9%) e a microárea 3 foi a que apresentou a melhor cobertura, 65,9% (Tabela 2). Estas diferenças foram estatisticamente significantes ($p=0,03$).

Houve associação estatística entre pertencer à faixa etária dos 65 aos 98 anos e estar atrasada com o exame na data do cadastro familiar (63% estavam em atraso). Todas as demais faixas apresentaram aproximadamente 2 mulheres em dia para cada mulher em atraso (Tabela 3). Essas diferenças tiveram significância estatística ($p=0,0007$).

Também foi encontrada associação entre as que realizaram a coleta do exame no NSF-4 e pertencer à faixa etária mais jovem. Na faixa etária de maior risco, dos 35 aos 49 anos, apenas 38,5% das mulheres realizaram o exame no NSF-4. O grupo de mulheres dos 20 aos 34 anos foi o que apresentou a melhor cobertura (48,9%) e o de 50 a 64, a pior (19,4%), tendo significância estatística tal associação ($p<0,001$).

Encontramos associação entre pertencer à microárea 2 e ter realizado o exame no NSF-4. Oitenta e cinco (50%) mulheres da microárea 2 realizaram o exame no Núcleo entre julho de 2001 e julho de 2003, enquanto apenas 35,7%; 36,7%; 35,1% das mulheres das microáreas 1, 3 e 4 o realizaram, respectivamente. Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,02$).

DISCUSSÃO

Baseando-se nos dados de cadastramento da área do NSF-4 registrados pelo SIAB, estimou-se que a população máxima estudada seria de 608 mulheres. No entanto, foram encontradas 681 mulheres acima dos 20 anos. Alguns fatores podem ter contribuído para isso: erro no cadastro familiar, não atualização do mesmo, migração e imigração na área, apesar dos esforços para o cadastramento contínuo.

Optou-se por estudar toda população, pois assim seria possível identificar mulheres com o exame em situação irregular, realizar busca ativa e convidá-las a atualizá-lo. O estudo permitiu elaborar uma listagem de mulheres em atraso com este exame citológico identificadas por idade e microárea de residência.

A cobertura do exame de Papanicolaou na área de abrangência do NSF-4, 60,2% na época do cadastro familiar, encontrava-se inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, 80 a 85%, para uma ação efetiva. (COSTA et al., 2003)

A microárea 2 era a que apresentava o maior percentual de mulheres com o exame em atraso na época do cadastro. Por ser a área com menor desenvolvimento sócio econômico, o achado se justifica e é concordante com a literatura, como citado por Alves (1995), que demonstrou, em uma população carente na região do Alto São Francisco em Minas gerais, que 57,6% de mulheres nunca haviam realizado o exame preventivo. Outro estudo realizado por Costa *et al.* (2003) também foi concordante. Embora na época do cadastramento familiar houvesse maior número de mulheres com o exame atrasado na microárea 2, mais mulheres dessa microárea realizaram o exame (50%) após a implantação do NSF-4, contrariando a tendência do grupo de menor status sócio-econômico em não aderir ao programa preventivo. Essa diferença pode ser explicada pela implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na área, o que facilitou o acesso dessa população ao exame. Evidentemente, esse acesso é acompanhado da criação de vínculos e da comunicação com a população local. Seria um engano atribuir à estratégia do programa de coleta quinzenal este aumento, pois não houve o enfoque de grupo de risco no planejamento.

A menor procura para a realização do exame pelas mulheres de faixa etária mais elevada (maior que 50 anos), tanto na época do cadastro, quanto pelos exames realizados no próprio Núcleo, foi um resultado esperado. No estudo realizado por Costa *et al.* (2003) demonstrou-se uma menor cobertura das mulheres com mais de 60 anos.

A faixa etária mais jovem, dos 20 aos 34 anos, procurou mais o serviço para a realização do exame, sendo este dado concordante com a literatura (Brasil, 2002). Neste último caso, a maior procura pelas mulheres mais jovens resultou em uma restrição de vagas para a realização da coleta do exame preventivo nas mulheres mais velhas e no grupo etário de maior risco. O maior número de exames classe II demonstrou o predomínio do caráter inflamatório do exame em relação ao não inflamatório. Este dado era esperado, tendo em vista o grande número de mulheres com queixa de corrimento vaginal que temos encontrado na prática clínica diária; entretanto é preocupante, pois pode estar relacionado à maior vulnerabilidade dessas mulheres em relação às DST/aids.

CONCLUSÃO

Concluimos que o programa de coleta dos exames de Papanicolaou realizado pela equipe do NSF-4, quinzenalmente, não levou em conta em seu planejamento os fatores de risco, tais como faixa-etária e condições sócio-econômicas para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. No entanto, a implantação do Programa de Saúde da Família na área de abrangência do NSF-4 melhorou o acesso ao exame para as mulheres de pior condição sócio-econômica.

A listagem das mulheres, elaborada a partir deste estudo, permitiu organizar uma rotina no serviço, objetivando atender às necessidades de prevenção (em relação ao câncer de colo uterino), desta vez com planejamento e priorização de necessidades.

Usando-se o princípio da equidade e levando-se em conta os fatores de risco idade e exclusão social, definiu-se que em um primeiro estágio iniciar-se-ia a convocação das usuárias com idade de 35 a 50 anos, residentes na microárea 2 e assim gradativamente, obedecendo aos mesmos critérios, faixa etária e microáreas (tendo preferência as mais pobres).

É fundamental que um programa de saúde possa atingir aqueles que dele mais necessitem, e que ações simples, tais como captar as mulheres de maior risco para a coleta do exame preventivo do câncer de colo possam ser abrangidas pelo programa, adequando as necessidades às ações e recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.L.G. Estudo Epidemiológico das vulvovaginites e das displasias e carcinomas do colo uterino na Região Docente-Assistencial do Alto São Francisco e demais municípios assistidos pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 5, n.1, p.2-5, 1995.

BARROS, F.C.; VICTORA C.G. **Epidemiologia para a saúde infantil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 176 p.

BEMFAM. **Macro Brasil -Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde-1996**. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003>>. Acesso em: 15 Dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: 2ª Fase de Intensificação**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher> . Acesso em: 12 Dez. 2002.

CAMARGOS A.F.; MELO V.H. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. cap 59, p.569-576.

COSTA, J.S.D. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p.191-197, 2003.

NAUD, P. et al. Avaliação dos programas de *screening* para o câncer de colo uterino no Estado do Rio Grande do Sul. **Revista HCPA**, v.20, n.2: p.108-113, 2000.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.

SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, p.571-578, 2003.

VAUGHAN JP, MORROW RH; **Epidemiologia para os Municípios**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 180p.

Submissão: junho de 2004 Aprovação: agosto de 2004

Tabela 1 Distribuição das mulheres residentes na área do NSF-4 por idade, local de residência e realização da coleta do exame de Papanicolaou

Faixas etárias	N	%
20-34	319	46,8
35- 49	208	30,5
50-64	108	15,9
65-98	46	6,8
Total	681	100
Micro-áreas		
1	199	29,2
2	170	25
3	158	23,2
4	154	22,6
Total	681	100
Realizaram a coleta do exame no NSF-4		
Sim	268	39,4
Não	413	60,6
Total	681	100

Tabela 2– Número de mulheres do NSF-4 atrasadas e em dia em relação ao exame de Papanicolaou, de acordo com a microárea, na data do cadastro.

Micro-área	Atrasadas		Em dia		Não é possível dizer		Total	
	(nº)	%	(nº)	%	(nº)	%	(nº)	%
1	61	30,7	119	59,8	19	9,5	199	100
2	71	41,8	90	52,9	9	5,3	170	100
3	50	31,6	103	65,2	5	3,2	158	100
4	46	29,9	98	63,6	10	6,5	154	100
Total	228	33,5	410	60,2	43	6,3	681	100

$\chi^2=13,2324$ $p= 0,0395$

Tabela 3 – Situação das mulheres do NSF-4 em relação ao exame de Papanicolaou, de acordo com a faixa etária, na data do cadastramento familiar.

Idade (anos)	Atrasadas		Em dia		Não é possível dizer		Total	
	(nº)	%	(nº)	%	(nº)	%	(nº)	%
20 – 34	101	31,7	203	63,6	15	4,7	319	100
35 – 49	63	30,3	129	62,0	16	7,7	208	100
50 – 64	35	32,4	64	59,3	9	8,3	108	100
65 – 98	29	63	14	30,4	3	6,5	46	100
Total	228	33,5	410	60,2	43	6,3	681	100

$\chi^2=23,1573$ $p=0,0007$