

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO
DO ÚTERO NO RS, NA SÉRIE HISTÓRICA 2002 – 2007.

Nédia Isabel Felini Mena

Porto Alegre
2010

Nédia Isabel Felini Mena

Tendência de mortalidade por câncer do colo do útero no RS, na série histórica 2002 – 2007.

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Jacqueline Oliveira Silva

Porto Alegre, 2010

“Aos meus amores, Enio, Arthur e Henrique.”

RESUMO

Este é um estudo descritivo de série temporal sobre mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres residentes no RS, no período entre 2002 e 2007, segundo faixa etária e escolaridade; e análise da cobertura de exames papanicolau. A partir de dados populacionais obtidos do IBGE, dados de óbitos por câncer de colo do útero obtidos no SIM/DATASUS e dados de exames de papanicolau no SISCOLO/INCA. A análise buscou observar o comportamento da mortalidade pela referida doença. No período do estudo, 1.904 mulheres morreram. Na amostra utilizada, a mortalidade de mulheres das faixas etárias de 40 a 59 anos representa 47.20% dos óbitos. Em 2007, a taxa de mortalidade é de 5.04 /100 mil mulheres. A tendência da mortalidade no período é quadrática, sugerindo que o número de óbitos no período do estudo, inicialmente, apresentou comportamento crescente seguido de um comportamento decrescente. A incidência de óbitos por câncer do colo do útero é maior nas mulheres com menos de 07 anos de estudo. Os exames preventivos de papanicolau tem baixa cobertura na rede SUS. Conclui-se que a mortalidade por câncer do colo do útero apresenta curva discreta de tendência decrescente. Recomendam-se investimentos que objetivem a diminuição das desigualdades sociais. Recomenda-se, também, que os profissionais de saúde assumam o princípio da equidade, garantindo acesso diferenciado aos desiguais; a ampliação da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no RS e a introdução da vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero; Papanicolau; Prevenção; Escolaridade; Mortalidade.

ABSTRACT

This is a descriptive study of temporal series on mortality from cervical cancer in women residing in the State of Rio Grande do Sul (RS), in the period between 2002 and 2007, according to age and schooling; and analysis of Pap tests coverage obtained from IBGE population data, data of death from cervix cancer obtained from SIM/DATASUS, and Pap tests data from SISCOLO/INCA. The review sought to observe the behavior of the mortality from this disease. In the period of study, 1,904 women died. In the sample utilized, the mortality in women ages from 40 to 59 years represents 47.20% of deaths. In 2007, the mortality rate is 5.04/100 thousand women. The trend of mortality in this period is quadratic, suggesting that the study period, initially presented increasing behaviour followed by a descending behavior. Death incidence from cervical cancer is higher in women with less than 7 years of study. Pap preventive examinations usually have low coverage from SUS network. It is concluded that the mortality from cervical cancer presents a inconspicuous curve of decreasing trend. Investments are recommended in order to reduce social inequality. It is also recommended that health workers take on the principle of fairness, ensuring distinct access to unequal; the expansion of deployment of Estratégia de Saúde da Família (ESF) in RS and the introduction of vaccination against Human Papilloma Virus (HPV) in Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Key words: cervical cancer ;papanicolau, prevention, education, mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS

CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CID-10 - Código Internacional de Doenças – Décima Revisão

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DNA - Ácido desoxirribonucleico

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana,

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNI - Programa Nacional de Imunizações

SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UICC - União Internacional Contra o Câncer

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Incidência mundial de câncer cervical por 100.000 mulheres (todas as idades, padronizada).....	16
Figura 2: Coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero por 100.000 mulheres no RS.....	17
Figura 3: Tendência da proporção (%) de óbitos por neoplasia colo útero entre os óbitos por neoplasia nas mulheres do RS, no período de 2002 a 2007.....	33
Figura 4: Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres no RS, BRASIL e MUNDO entre os anos de 2002 a 2007.....	34
Figura 5: Taxa bruta de mortalidade específica por idade/100.000 mulheres no RS.....	35
Figura 6: Incidência de óbitos por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por nível de escolaridade.....	39
Figura 7: Incidência de óbitos por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por nível de escolaridade.....	40
Figura 8: Taxa de exames papanicolau por 100 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por faixa etária.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Incidência de óbitos quanto a faixa etária, no RS nos anos 2002 a 2007.....	36
Tabela 2: Incidência de óbitos quanto a escolaridade no RS nos anos 2002 a 2007.....	38
Tabela 3: Exames citopatológicos quanto à faixa etária, no RS nos anos 2002 a 2007.....	43

SUMÁRIO

Resumo.....	4
Abstract.....	5
Lista de Abreviaturas.....	6
Lista de Figuras.....	7
1 Introdução.....	10
2 Objetivos.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 Panorama do Câncer	12
4 Prevenção Primária	18
5 Prevenção secundária.....	21
6 História Natural do Câncer do colo do útero – HPV	26
7 Câncer de Colo Uterino: contextualizando o problema e as tecnologias.	28
8 Procedimentos metodológicos.....	30
8.1 Limitações do Estudo.....	32
9 Resultados e discussão.....	33
10 Conclusão.....	48
Referências.....	51

1 INTRODUÇÃO

Apesar da preocupação existente com as doenças infecciosas emergentes e reemergentes, o câncer continua a ser a mais temida das doenças para a população. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registra que o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil (BRASIL, 2010a).

A União Internacional Contra o Câncer (UICC) registra que são diagnosticadas, a cada ano, 12 milhões de pessoas com câncer e 20% dos casos são atribuídos a infecções virais e bacterianas que, diretamente, causam ou aumentam o risco do mesmo. As causas e tipos variam entre diferentes populações assim como em diferentes partes do mundo.

A UICC reforça que o risco de desenvolver câncer pode ser potencialmente reduzido em até 40% através de simples mudanças no estilo de vida e com medidas de controle, tais como: a vacinação, atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, consumo de álcool limitado, redução da exposição ao sol e abstinência ao tabagismo.

A incidência do câncer do colo do útero no mundo é de 500 mil casos novos por ano, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente em mulheres, causando o óbito de 230 mil destas anualmente. É, também, o terceiro câncer mais comum no mundo e estima-se que 80% dos casos novos ocorram nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007c).

O câncer do colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100% quando diagnosticado e tratado em estágios iniciais em fases precursoras. Também, é de suma importância saber que o câncer está associado com o status social e econômico, e que os fatores de risco são mais intensos nos grupos de menor nível educacional. Talvez, por isso, os pacientes de estratos sociais mais baixos têm, conseqüentemente, menores taxas de sobrevivência do que aqueles de classes sociais mais elevadas (BRASIL, 2009a).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero, no RS, na série histórica de 2002 a 2007.

2.2 Objetivos Específicos

- i. Analisar a tendência temporal da mortalidade por câncer do colo do útero por faixa etária, nas mulheres do Rio Grande do Sul na série histórica de 2002 a 2007;
- ii. Conhecer a escolaridade, segundo anos de estudo, das mulheres que foram a óbito, por câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul;
- iii. Verificar o número de exames preventivos de papanicolau realizados pelas mulheres do Rio Grande do Sul;
- iv. Analisar, com base em revisões bibliográficas, possíveis explicações para os resultados encontrados.

3 PANORAMA DO CÂNCER

O câncer é considerado o resultado do crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos, dividindo-se rapidamente, com tendência a serem agressivas e incontroláveis, formando tumores malignos. As causas associadas ao desenvolvimento da doença são diversas, inter-relacionando-se. Considera-se que as causas de origem interna ao organismo estejam associadas à genética e, as externas, referem-se ao ambiente e aos hábitos de vida de uma determinada sociedade. A ocorrência de doenças como o câncer reflete a maneira como as pessoas vivem, suas condições sociais, econômicas e ambientais e onde estão inseridas. A forma com que o indivíduo se relaciona e convive no seu espaço social é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer (BRASIL, 2009a).

Paralleda e Santos (2009)¹ consideram o processo carcinogênico,

1 - Iniciação: exposição a um carcinógeno que interage com o DNA (material presente no núcleo das células que contêm as informações genéticas) provocando uma mutação permanente. Esta célula alterada pode ser destruída pelo sistema imunológico ou permanecer lá;

2 - Promoção: geralmente desencadeada através da exposição prolongada a um agente promotor. A célula já iniciada se transforma, ocorrendo o processo de carcinogênese;

3 - Progressão: a célula transformada adquire as características de malignidade, como a capacidade de se estabelecer em outros órgãos (metástases).

Afirmam, ainda, que existem substâncias como o fumo que, dependendo das doses e do tempo de exposição, atuam como agentes carcinogênicos completos, isto é, atuam nas três fases descritas acima. Os fatores ambientais (fumo, álcool, dieta inadequada, exposição excessiva à luz solar) são responsáveis por cerca de

¹ Disponível em: www.prevencaodecancer.com.br/utero. Acesso em: fev. 2010.

85 % dos cânceres. A hereditariedade responde pelos outros 15 %.

A distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento segundo o Ministério da Saúde. Com o envelhecimento da população e o conseqüente aumento do número de idosos, espera-se um aumento na prevalência do câncer, afetando o impacto do mesmo no mundo (BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde refere que a mortalidade por câncer no Brasil no período de 1979 a 2004, entre as mulheres, aumentou:

- Pulmão: 96,95%;
- Mama: 38,62%;
- Colón e reto: 38,22%;
- Leucemia: 72%;
- Colo do útero: 7,04%;
- Esôfago: 6,49%.

Somente o câncer de estômago diminuiu 72,85% (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde reconheceu o câncer do colo do útero como um problema de saúde pública e sob a orientação do Instituto Nacional de Câncer (INCA), direcionou o rastreamento, estabelecendo como prioridade as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos (BRASIL, 2007c).

Para Fonseca (2004), os óbitos em plena idade produtiva penalizam a mulher e o grupo que lhe é próximo, além de privar a sociedade do potencial econômico e intelectual que estas podem proporcionar. Aos anos potenciais de vida improdutivos e perdidos decorrentes das mortes precoces por câncer do colo do útero, associam-se também, o tempo gasto com a própria doença e o sofrimento físico e emocional das mulheres.

As doenças graves frequentemente causam dor, são debilitantes e angustiantes, havendo a possibilidade destes fatores ameaçarem a subsistência individual e familiar, pois o diagnóstico de câncer é recebido como uma sentença de morte apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados pela medicina no

seu tratamento (BRASIL, 2009c).

O grau de escolaridade tem sido utilizado como indicador de nível socioeconômico dos indivíduos e do impacto do mesmo sobre sua saúde. Muitos indicadores de saúde apresentam desempenhos negativos e eles têm sido associados à baixa escolaridade. Vários estudos têm demonstrado a relação da mortalidade por câncer do colo do útero com fatores socioeconômicos, raça e escolaridade. A escolaridade é uma variável importante, pois fornece o conhecimento que a população necessita para ter acesso aos recursos sociais e econômicos que vão influenciar nas condições da saúde e no uso dos serviços de prevenção (BRASIL, 2007c).

A baixa escolaridade é fator relevante significa dizer que a educação promove a inclusão social e, ainda que seja uma ação que produza resultados a médio e longo prazo, é algo que está ao alcance dos governantes e que deve ser permanentemente incentivada (MARTINS et al, 2005).

O nível educacional da mulher influencia nas atitudes preventivas através da compreensão das informações sobre as doenças e necessidades de atitudes favoráveis a detecção precoce de neoplasias (SOUZA et al,2003).

Para o ano 2010 são esperados, segundo estimativas do INCA, 18.430 novos casos de câncer de colo do útero no Brasil, com risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. No Rio Grande do Sul a incidência é de 1.250 casos novos por 100.000 mulheres a cada ano, sendo que o maior risco de adoecer ocorre na faixa etária de 45 a 49 anos. Esse câncer representa a 4ª causa de mortalidade em mulheres e se constitui em um grande problema de saúde pública, pois atinge mais intensamente mulheres residentes em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento também, como o Brasil (BRASIL, 2010).

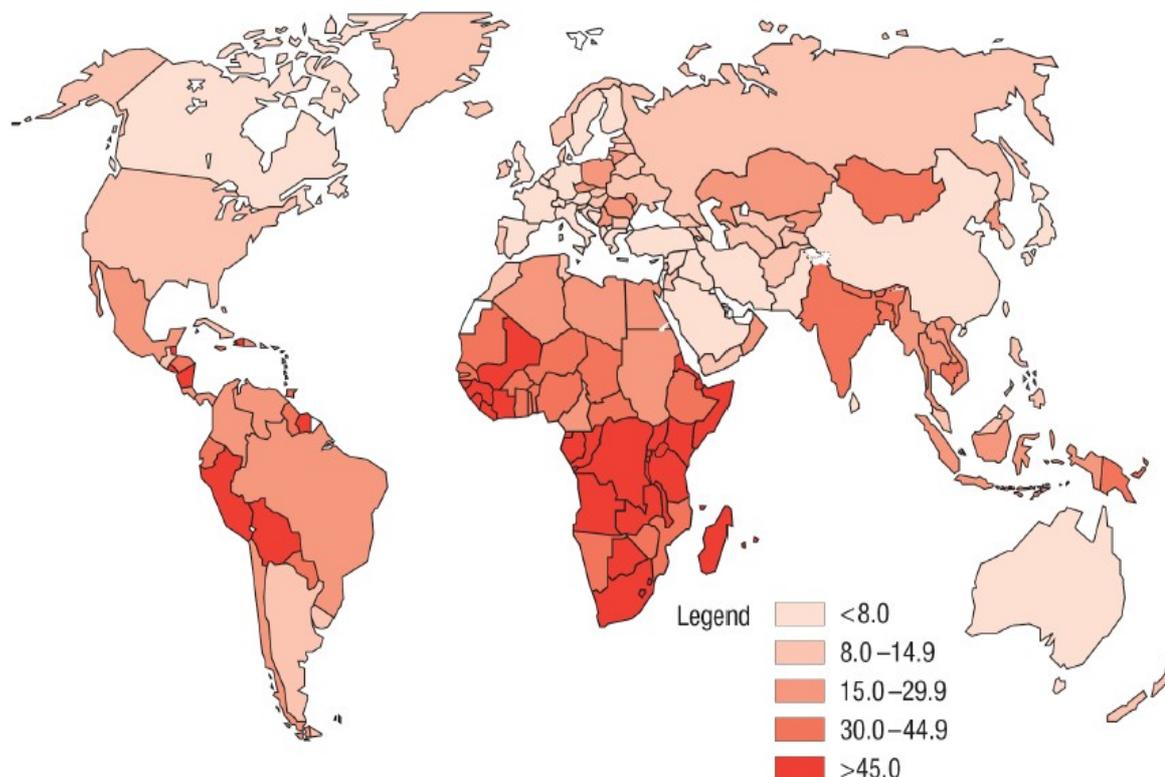
O câncer do colo do útero apresenta uma característica que o diferencia das demais neoplasias, pois possui há bastante tempo, para seu diagnóstico, o teste de papanicolau que é um exame de rastreamento que tem por objetivo detectar alterações celulares em fase incipiente e curável, com medidas relativamente simples (BRASIL, 2007a).

Um estudo sobre mortalidade por câncer do colo do útero na União Européia

no período de 1970 a 2003 mostrou que a mortalidade vem declinando lentamente nas últimas décadas. Este declínio está sendo atribuído à adoção de programas de rastreamento, porém, apesar desta redução, ela continua elevada nos países do leste Europeu (BOSETTI, 2008).

Estudo sobre câncer do colo do útero realizado no período de 1972 a 2001 em Hong Kong mostrou queda significativa na incidência, em torno de 4% ao ano, nos últimos 30 anos. Esta queda é atribuída à introdução do exame preventivo, instituído também como rotina no pré-natal a partir da década de 80 (ALVES, 2009).

No Canadá, um estudo sobre mortalidade por câncer do colo do útero no período 1953 a 1997 demonstrou o recuo de 7,9/100.000, em 1953 para 1.9/100.000 em 1997. O fator essencial considerado foi o estabelecimento do rastreamento organizado (LIU, 2001).



WHO, 2007. Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines - Key points for policy-makers and health professionals.

Figura 1: Incidência mundial de câncer cervical por 100.000 mulheres (todas as idades, padronizada)

Segundo o Ministério da Saúde, 2006 no Brasil, observou-se uma discreta diminuição da mortalidade por câncer do colo do útero no período de 1979 a 1999. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo de útero é o mais incidente na região norte (23/100.000) e no centro-oeste (20/100.000). No nordeste (18/100.000) representa o segundo mais incidente. Já nas regiões sul (21/100.000) e sudeste (16/100.000) é o terceiro. Análises efetuadas pelo Ministério da Saúde ressaltam a persistência da alta mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil (BRASIL, 2006a).

Em estudo sobre câncer do colo do útero no Rio Grande do Sul, no período de 1979 a 1998, a autora verificou uma tendência linear positiva dos coeficientes de mortalidade padronizados de 0,17 e o coeficiente anual médio de mortalidade de 7,58/100.000, concluindo que a mortalidade por esta causa está aumentando,

sugerindo falhas nos programas de rastreamento (KALAKUN; BOZZETTI, 2005).

Estudo das taxas médias de mortalidade no Rio Grande do Sul, por câncer de colo do útero e por câncer de útero porção não especificada apresentaram pequenas oscilações no período, 1979-1995 mas a tendência estatística foi de estabilidade (HALLAL, 2001).

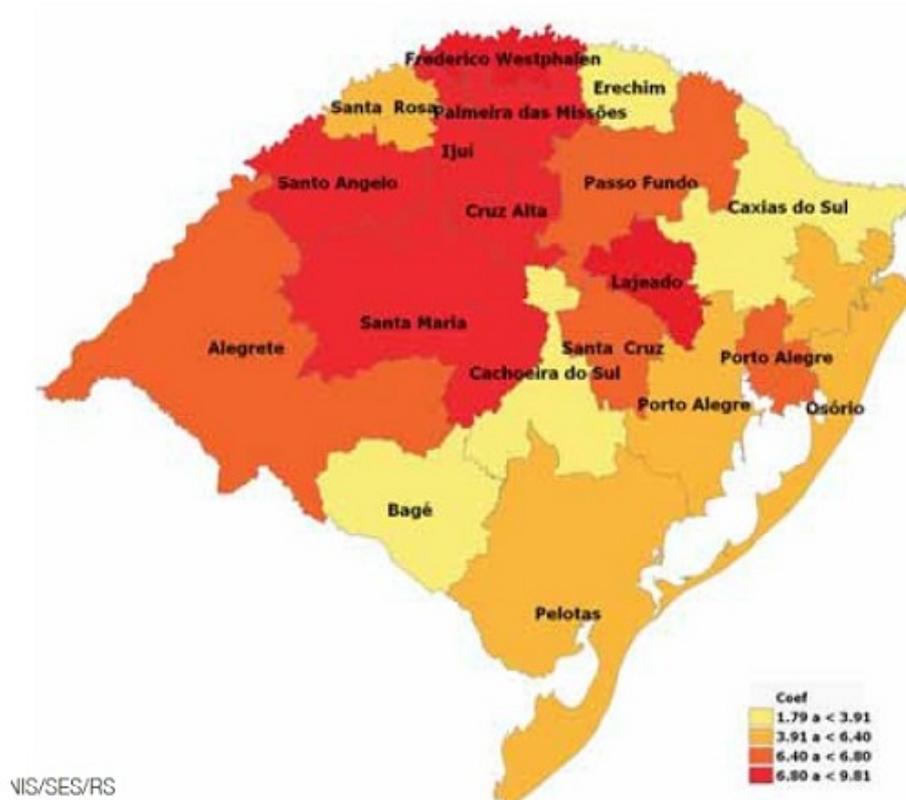


Figura 2: Coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero por 100.000 mulheres no RS.

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 57

Felizmente a mortalidade por câncer do colo do útero é substancialmente menor que a incidência. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%, evidentemente influenciada por sua maior ocorrência nestes países (BRASIL, 2007c).

4 PREVENÇÃO PRIMÁRIA

O enfoque da prevenção primária do câncer do colo do útero deve concentrar-se nos fatores de risco, como, controle de doenças sexualmente transmissíveis ou infectadas com HIV, realizado através do uso de métodos contraceptivos de barreira com geleias durante a relação sexual, manutenção da higiene sexual, evitação da promiscuidade, adoção, por parte de toda população, de hábitos saudáveis de vida, uso prolongado de contraceptivos orais, mulheres em tratamento com imunossuppressores, e, em especial, combate ao tabagismo por toda sua abrangência (BRASIL, 2007b).

Com relação ao início da atividade sexual, tem sido demonstrado, em vários estudos, que se ocorrer antes dos 16 anos dobra o risco para o desenvolvimento do câncer comparado com as mulheres que começam após os 20 anos de idade (BURD, 2003; MUÑOZ et al., 2002; SKEGG, 2002).

O número de parceiros sexuais, durante a vida, e a promiscuidade do parceiro sexual são fatores de risco importantes para a infecção por HPV genital. Estudos têm relatado que parceiros sexuais de mulheres com câncer cervical tiveram várias infecções genitais, incluindo verrugas e até câncer de pênis (BURD, 2003; MUÑOZ et al., 2002; SKEGG, 2002).

O alto número de filhos é um fator consistente para o câncer cervical em mulheres que possuem DNA do HPV. O fator de risco dobra nas que tiveram 4 filhos, quando comparado com as que tiveram 1 ou nenhum (MUÑOZ et al., 2002; SKEGG, 2002; BURD, 2003).

Os contraceptivos orais, o seu uso prolongado aumentam o risco de desenvolver carcinoma cervical. Essas pílulas contêm hormônios que intensificam a expressão genética do HPV (SKEGG, 2002; BURD, 2003).

O tabagismo diminui a quantidade e função das células de Langerhans, células apresentadoras de antígenos que são responsáveis pela ativação da

imunidade celular local contra o HPV. Os metabólitos da nicotina podem ser encontrados no muco cervical (SKEGG, 2002; BURD, 2003).

A imunossupressão ou a imunodeficiência como a encontrada em receptores de transplantes ou em pessoas portadoras de HIV, além de ser um fator de risco para infecções genitais por HPV e sua progressão para neoplasias intraepiteliais cervicais e cânceres genitais, também é fator de risco para lesões cutâneas benignas e malignas induzidas por HPV (BURD, 2003).

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) como Herpes, Citomegalovírus e Clamídia também são fatores de risco para o desenvolvimento de lesão intra-epitelial escamosa (BURD, 2003).

Segundo Paralleda e Santos (2009), evidências epidemiológicas têm demonstrado que existe uma relação inversa entre o consumo de frutas frescas e vegetais, e a incidência de cânceres originários em epitélios de revestimento da cavidade bucal, do esôfago, do estômago e do pulmão. Tem-se evidenciado, que a vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, faringe, laringe e pulmão, e é possível que a vitamina E diminua o risco de se desenvolver a doença. Embora a vitamina C bloqueie a formação endógena de compostos N-nitroso no trato gastrointestinal, não há evidências de que a ingestão maior dessa vitamina possa prevenir o câncer intestinal.

Assim, está estabelecida a causa central do câncer do colo do útero como sendo a infecção pelo HPV. Entretanto, a infecção pelo HPV é necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. A vacinação é enfoque da prevenção primária. Existem duas vacinas contra o HPV comercializadas no Brasil e sua incorporação no calendário básico de vacinação está em estudo pelo comitê permanente de acompanhamento. Até o momento ficou definida a não incorporação da vacina contra o HPV no Programa Nacional de Imunizações (PNI) (FRANCO, 2001).

Uma das vacinas é quadrivalente e protege contra o HPV tipos 16 e 18, que representam 70% dos casos de câncer do colo do útero e contra o HPV tipos 6 e 11, presentes em 90% das verrugas genitais. A outra é bivalente e protege especificamente contra o HPV tipo 16 e 18, porém seu impacto somente poderá ser

avaliado após anos de uso e estudos (BRASIL, 2007b).

Para verificar o real impacto desta nova estratégia sobre a transmissão do HPV e as taxas de incidência de câncer do colo do útero, serão necessários de 10 a 20 anos, a partir da política de implantação (BRASIL, 2009c). O que é claro até o momento é que esta nova tecnologia não substitui o exame preventivo.

Os efeitos da vacinação na morbi-mortalidade por câncer do colo do útero dependerão de políticas de saúde que visem grande cobertura vacinal, em especial, nas mulheres das diferentes raças e níveis socioeconômicos, uma vez que, os grupos vulneráveis têm maior dificuldade de acesso e estão mais expostos aos fatores de risco desta neoplasia (SASLOW, 2007).

Para a saúde pública foi um grande avanço o desenvolvimento de vacinas contra o HPV, entretanto, elas possuem algumas limitações, pois a vacina não protege contra todos os tipos de HPV, não trata as lesões prevalentes, têm o custo elevado e a necessidade da aplicação de três doses torna-se um fator complicador para populações que apresentem dificuldade de acesso aos serviços de saúde (LINHARES, 2006).

5 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

O exame papanicolau é o exame preventivo do câncer do colo do útero e constitui-se numa medida de saúde pública secundária. Também é chamado de citologia oncológica, colpocitologia, papanicolau, cito patológico e, fora do Brasil, é conhecido como Pap Test ou Pap Smear. Ele permite a análise das células provenientes da ectocérvice e da endocérvice que são coletadas por raspagem do colo do útero. A coleta do material é realizada por um profissional de saúde devidamente capacitado, introduzindo-se o espécuro vaginal, sem colocação de nenhum lubrificante, com exceção do soro fisiológico que pode ser usado em casos específicos.

O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para tal. Ele não é doloroso, mas pode ocasionar um desconforto, dependendo da sensibilidade de cada mulher. Existem pré-requisitos importantes a serem considerados para realizar uma coleta do exame papanicolau de qualidade. As mulheres não devem ter mantido relações sexuais ou terem feito uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais (como por exemplo, a ultrasonografia) durante as 48 horas que antecedam o mesmo. Não devem estar menstruadas, pois o sangue dificulta a leitura da lâmina, podendo desqualificar o esfregaço para o diagnóstico citopatológico. Isto não quer dizer que diante de um sangramento anormal a coleta não possa ser realizada. Ela poderá ser feita em algumas situações bem avaliadas, mesmo na presença de sangue (BRASIL, 2006b; idem, 2002c; idem, 2005).

O exame de papanicolau, que é a principal estratégia de rastreamento utilizada no Brasil, tem por objetivo detectar a lesão precursora do câncer do colo do útero. O rastreamento é a ação de examinar mulheres saudáveis, em um grupo etário definido, segundo protocolos internacionais respaldados cientificamente. (BRASIL, 2006d).

Em 1983, o Ministério da Saúde organizou o Programa de Assistência Integral

à Saúde da Mulher (PAISM) tentando consolidar os serviços básicos de atenção à saúde feminina. Teoricamente, as mulheres teriam mais acesso à prevenção do câncer do colo do útero. O que ocorreu na prática, entretanto, é que este acesso limitou-se à assistência materno infantil (SILVA et al, 2004). Em 1997, o Brasil lançou o programa Viva Mulher em algumas regiões do país, nas quais, o Rio Grande do Sul foi incluído. Em 1998 esse programa foi estendido a todo território brasileiro. Desde a sua implantação, realiza ações programáticas de controle do câncer de colo de útero sem obter impacto na ocorrência desta doença (BRASIL, 2001). Contudo, segundo Kalakun e Bozzetti (2005), um mapeamento para ter sucesso requer qualidade e competência em exames citológicos, avaliação dos programas e manejo adequado das lesões diagnosticadas.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade devido ao câncer, o Ministério da Saúde tem apoiado a ampliação e a qualificação dos serviços, priorizando o acesso das mulheres a exames preventivos como mamografia e de papanicolau (BRASIL, 2008).

O exame foi criado pelo Dr. George Papanicolau em 1940, e desde então, reduziu em 70% o número de mortes por câncer do colo do útero no mundo. A implementação do rastreamento através do exame papanicolau em programas eficientes nos países desenvolvidos representou expressiva redução na morbimortalidade pelo câncer do colo do útero. Nos países em desenvolvimento, contudo, não ocorreu o mesmo, porque um grande número de mulheres ainda não são cobertas pelo exame (BRASIL, 2007b).

O rastreamento através do papanicolau serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer. Ele se justifica, pois as lesões precursoras são detectadas pelo exame, e estas, sendo bem conduzidas, podem levar a 100% de curabilidade, não chegando ao estágio de neoplasia. Sua aplicabilidade se deve ao fato de ele poder detectar, não o vírus HPV, mas as alterações que ele pode causar nas células e outras doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer (PARALLEDA e SANTOS,2009).

Por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo e indolor, além de bem aceita pela população, a citopatologia é considerada ideal, na nossa população, para

o rastreio do câncer do colo do útero. Entretanto, o Ministério da Saúde (2002a, 2006b), segundo recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que um padrão de qualidade e uma cobertura de rastreamento de 80 a 85% da população de risco são necessários para se conseguir este efeito. A população alvo determinada pelo Ministério da Saúde, seguindo orientações da OMS, são as mulheres da faixa etária de 25 a 59 anos e as mulheres que têm vida sexual ativa antes desta idade. A periodicidade preconizada é, inicialmente, de um exame por ano. Quando o resultado for normal em dois exames consecutivos à periodicidade passa para três anos. Exames anuais são recomendados para mulheres com citologia alterada (BRASIL, 2007b). Espera-se que as lesões precursoras que não tenham sido identificadas num exame o sejam em ocasiões subsequentes. O risco cumulativo do câncer do colo do útero é reduzido em 84% para as mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que fazem o preventivo a cada três anos. A realização anual do exame eleva a proteção em apenas 2% (SASLOW, 2007). Apesar de ser o papanicolau uma modalidade importante de controle do câncer do colo do útero, a cobertura desses ainda é baixa na população brasileira (BRASIL, 2007c).

Um estudo, desenvolvido nas cidades da América Latina e Caribe, foi associado a uma maior chance de realizar o exame de papanicolau, as mulheres idosas que possuíam plano privado de saúde (REYES-ORTIZ, 2007).

Zeferino, em 2008, ao tentar responder sobre a cobertura dos exames de papanicolau, construiu dois grupos de fatores determinantes: o primeiro relacionado à mulher e seu acesso às condições sociais, destacando a escolaridade como fator fundamental; e o outro relacionado aos serviços de saúde, referindo que sobre estes, poderíamos atuar mais em curto prazo. Como o sistema de saúde ainda não consegue identificar de forma sistematizada quais são e onde estão as mulheres que não estão fazendo regularmente seus controles – que são a maioria das que irão desenvolver câncer invasor – na prática, os controles concentram-se nas mesmas mulheres, enquanto que um contingente significativo fica sem controles ou é inadequadamente controlado.

Meira, 2009 em seu estudo no Rio de Janeiro, refere que muitas mulheres

deixam de fazer o papanicolau por vários motivos que são: desconhecimento de sua importância na prevenção de diversas doenças, dificuldade de acesso às unidades de saúde muitas vezes distante das residências, e ainda, no caso das mulheres com idade acima de 60 anos, a falsa noção de que ele só precisa ser feito no período de atividade sexual. Afirma que é possível perceber que a doença está associada a fatores socioeconômicos, e que as mulheres com menor nível de escolaridade (até três anos de estudo) apresentaram risco de morrer vinte vezes maior das que estudaram pelo menos 12 anos.

Cechinel et al, 2009, refere em seu estudo que as mulheres que realizaram o papanicolau em 2005, em Criciúma/SC, o fizeram espontaneamente; ressalta a suposição de que a procura pelo papanicolau é reflexo de campanhas e orientações médicas prévias e não puramente opção própria.

Em Recife, a cobertura de exames realizados, tendo como denominador a população de mulheres com 15 anos ou mais, foi de 11,1% em 2000 e 23,1% em 2004. Houve, portanto, um aumento da cobertura em torno de 100%, entre os anos 2000 e 2004, parte decorrente, provavelmente, da melhoria do registro dos dados no sistema (MENDONÇA, 2008).

Segundo uma revisão sistemática sobre os determinantes e a cobertura do exame de papanicolau no Brasil, a não realização do exame associa-se à baixa ou elevada idade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, baixa renda familiar, viver sem companheiro, ser da cor parda, uso de contraceptivo oral, ausência de problemas ginecológicos, vergonha ou medo em relação ao exame, não ter realizado consulta médica ou ausência de solicitação da mesma, dificuldade de acesso à assistência médica e a não realização do autoexame das mamas no ano anterior à pesquisa (MARTINS, 2005; THULER, 2008).

O exame de papanicolau, a primeira vista pode parecer um processo simples, porém ele envolve um sistema de procedimentos clínicos e laboratoriais e a responsabilidade recai sobre vários indivíduos. O processo vai desde uma adequada coleta do esfregaço cervico-vaginal à identificação e preparação da lâmina, e finalmente, à leitura e interpretação do esfregaço, sendo, portanto, um processo altamente especializado, dependente da competência laboratorial e maestria

profissional (PINHO, 2003).

Outro fator de suma importância, além da detecção precoce, é a garantia de tratamento de 100% dos casos que tiveram o resultado alterado no exame papanicolau. Esta garantia está expressa no Pacto pela Saúde 2006, sendo determinada como prioridade no componente Pacto pela Vida para o biênio 2010-2011. O Pacto pela Vida une as três esferas de governo em torno de eixos prioritários para a saúde da população (BRASIL, 2009b).

Em função disso, o Ministério da Saúde monitora a qualidade dos exames e do atendimento à mulher em todas as suas etapas: prevenção e detecção precoce, tratamento e reabilitação.

O acesso da população aos serviços de saúde é um pré-requisito fundamental para uma eficiente assistência à saúde. A localização geográfica dos serviços é um dos fatores que interferem nessa acessibilidade (UNGLERT, 1987).

O uso de serviços de saúde da população coberta por plano de saúde são distintos, confirmando os achados de outros trabalhos que referem que esse segmento populacional como um todo apresenta melhores condições de saúde e um maior uso de serviços em relação à população não coberta por seguro de saúde, mesmo após o controle por variáveis sócio-demográficas e a autoavaliação do estado de saúde (VIACAVA, 2005).

6 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO – HPV

A infecção pelo HPV é fator central e causal para o câncer do colo do útero segundo a OMS (BRASIL, 2001). O rastreamento organizado tem contribuído para um declínio na incidência deste tipo de câncer e da mortalidade nos últimos 50 anos. No entanto, as mulheres, nos países em desenvolvimento ainda não contam com uma cobertura suficiente para que ocorra a diminuição da mortalidade por esta causa, e as tendências recentes mostram um ressurgimento da doença em países desenvolvidos (FRANCO,2001).

As duas últimas décadas têm testemunhado progresso substancial em nossa compreensão da história natural do câncer de colo do útero e, também houve grandes avanços no tratamento. O HPV é um vírus que vive na pele e nas mucosas genitais tais como vulva, vagina, colo de útero e pênis. Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV. Eles são classificados como de baixo ou de alto risco de câncer (BRASIL, 2006d).

Os vírus de alto risco, ditos oncogênicos, são de 15 tipos, com probabilidade de provocar lesões persistentes. Os associados às lesões pré-cancerosas são os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 entre outros, sendo que o HPV 16 é responsável por 50 a 60% dos casos de carcinoma invasor no mundo, e o 18, por 10 a 15%. O vírus HPV ao infectar as células do colo uterino, promove desordens no epitélio e avança gradualmente nas camadas celulares, atingindo e rompendo a membrana basal, invadindo o tecido conjuntivo abaixo do epitélio, transformando-se, desta maneira, no carcinoma invasor (KOSS, 1997). Para que o HPV se torne carcinogênico faz-se necessária a presença de vários cofatores associados, que podem ter tanta ou mais importância que o próprio HPV de alto risco (BRASIL, 2002a).

Segundo o INCA, o HPV está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero e, para Paraleda e Santos (2009), se faz presente em 94% dos casos. Linhares (2006), acredita que a prevalência na lesão do colo seja superior a 98% e que dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos

casos de câncer invasor. Estudos recentes comprovam que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV, porém as infecções poderão ser combatidas pelo sistema imunológico que desenvolverá anticorpos que poderão ser suficientes para eliminação dos vírus, resultando em infecção transitória. Do contrário, provocarão lesão persistente, podendo evoluir para o câncer do colo do útero (BRASIL, 2007c).

As vacinas podem prevenir 2/3 dos casos de câncer do colo do útero, outras neoplasias não contempladas pelo rastreamento citológico e podem reduzir a morbidade relacionada ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras. Também oferecem maior proteção para mulheres que não tiveram contato prévio com o HPV. A questão limitante, segundo o autor, é que a introdução da vacina pode acarretar negligência no rastreamento nos países em desenvolvimento ou piora de seu desempenho nos países desenvolvidos (SASLOW, 2007).

Considerando a magnitude desta neoplasia para as mulheres e a possibilidade de evitar, ou reduzir a morbimortalidade, com um exame específico de rastreamento, que conta atualmente com duas vacinas liberadas para o uso no Brasil, que combatem o agente necessário para o desenvolvimento da doença, o Papiloma Vírus Humano (HPV), e o impacto dessa neoplasia no sistema de saúde brasileiro – apresentamos uma análise temporal da tendência da mortalidade para o câncer de colo de útero, no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2002 - 2007, avaliando, faixas etárias, escolaridade e realização de exames citopatológicos de papanicolau.

7 CÂNCER DE COLO UTERINO: CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA E AS TECNOLOGIAS.

O câncer constitui um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e também para nações em desenvolvimento, nas quais a soma de casos novos diagnosticados a cada ano atinge 50% do total observado nos cinco continentes, como registrou em 2002 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002 apud BRASIL, 2006c).

O câncer do colo uterino é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo apresentando 500 mil casos novos por ano, sendo responsável pela morte anual de 230 mil mulheres. Este tipo de câncer é passível de prevenção, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), pois apresenta alto potencial de cura, em torno de 100%, quando diagnosticado precocemente. O exame citopatológico de papanicolau é apontado internacionalmente como o exame mais adequado e mais sensível; apresenta baixo custo e é bem aceito pelas mulheres.

O acompanhamento das tendências da incidência, prevalência, letalidade, anos potenciais de vida perdidos e mortalidade se constituem em importantes ferramentas epidemiológicas, sendo objetos de estudos tradicionais na investigativa na saúde pública. Os estudos de mortalidade permitem verificar mudanças no perfil epidemiológico de uma população e determinar prioridades em saúde através dos índices de magnitude, transcendência, e vulnerabilidade, auxiliando no planejamento de estratégias de atenção à saúde. Estudar a mortalidade permite avaliação indireta do acesso e da qualidade da assistência à saúde da mulher, subsidiando o planejamento, a gestão, a avaliação de políticas e ações e a análise da situação de saúde e das condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais (MENDONÇA, 2008).

No caso do câncer de colo uterino, o tempo médio entre o aparecimento de anormalidades detectáveis e o desenvolvimento de doença invasiva é de cerca de 10 anos sendo um câncer de evolução lenta. Quanto mais precoce a detecção e o

tratamento, maior é a chance de sobrevivência da mulher, estimando-se uma redução de 80% da mortalidade por este câncer, se ocorrer rastreamento efetivo nas mulheres da faixa etária de 25 a 65 anos, através do citopatológico de papanicolau, e tratamento das lesões precursoras, com alto potencial de malignidade ou câncer in situ. O prognóstico depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico (PARALLEDA, 2010)

8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho trata de um estudo descritivo, com análise sobre a evolução temporal da mortalidade por câncer de colo uterino em mulheres residentes no Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Instituto Nacional do Câncer e Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (INCA/SISCOLO), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

O SIM funciona como fonte de dados e de informação que subsidiam a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. Isoladamente ou associado a outras fontes, tem um bom grau de confiabilidade. O SIM foi avaliado, pela OMS em publicação do ano 2005, como um sistema de qualidade intermediária, adotando conceitos de qualidade alta, intermediária e baixa nos sistemas de mortalidade de vários países. Apenas 23 países alcançaram o conceito de alta qualidade. O Brasil ficou no mesmo bloco de países como França, Itália, Bélgica, Alemanha, Dinamarca, Rússia, Holanda, Suíça, entre outros que constituem o bloco dos países ricos (BRASIL, 2010a).

O período utilizado no estudo foi de seis anos consecutivos, entre 2002 e 2007, considerando-se as variáveis: idade e escolaridade das mulheres que foram a óbito e realização do exame de papanicolau. As mulheres foram distribuídas nas faixas etárias; 0-29 anos, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos e ano do óbito por câncer de colo uterino. A escolaridade da mulher, através da verificação nos seguintes grupos: nenhum/menos de 1 ano de estudo; 1 a 3 anos de estudo; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 ou mais anos; e ignorada. O número de exames preventivos de papanicolau, pela análise da cobertura do exame no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2002 a 2007, distribuiu-se nas faixas etárias: menores de 25 anos, de 25 anos a 59 e 60 e mais anos. Para a coleta de dados, consideraram-se os dados relativos à população feminina de todos os 496 municípios do estado,

sendo o IBGE a fonte utilizada. Os dados brutos correspondentes aos óbitos de mulheres residentes no estado do Rio Grande do Sul, cuja causa básica declarada fosse câncer do colo do útero (CID-10: C53) foram obtidos no DATASUS. No caso dos dados relativos ao exame de papanicolau, a fonte foi o INCA com os dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero SISCOLO.

Para o cálculo da proporção de óbitos por neoplasia utilizou-se o número de óbitos por câncer do colo de útero dividido pelo número de óbitos por todos os tipos de neoplasia nas mulheres do Estado do Rio Grande do Sul no período em estudo. A proporção é apresentada em percentual.

Para avaliar a tendência da proporção de óbitos e também da taxa bruta de mortalidade por câncer do colo de útero ao longo do tempo utilizou-se o ajuste ao modelo de regressão (Hair) utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 16. O modelo de regressão simples é uma técnica usada para explorar a natureza da relação entre duas variáveis contínuas e possibilitar investigar a mudança em uma variável chamada resposta, correspondente à mudança na outra, conhecida como explicativa.

No caso dos exames papanicolau foi calculada a razão entre o número de exames realizados e o total da população de mulheres. Essa razão foi obtida de forma específica, por faixa etária, e também geral. A multiplicação da razão por 100 foi realizada para melhor compreensão dos números. Neste caso, espera-se avaliar a razão mínima esperada no Brasil, que é de 0,3 ou 30%. Vale ressaltar que não se trata de um coeficiente ou proporção porque existe a possibilidade de a mesma mulher estar no numerador por mais de uma vez, visto que, uma mulher pode realizar mais de um exame por ano. O resultado expressa a produção de exames realizados a partir da capacidade instalada de oferecer exames papanicolau para a população alvo. O seu uso visa informar ao gestor como está sua produção de exames e relacioná-la tanto com a capacidade instalada de serviços para coleta do exame preventivo papanicolau quanto para avaliar a capacidade de captar as mulheres que realizam o exame pela primeira vez (neste último caso, esta avaliação só será possível se o preenchimento do SISCOLO for feito corretamente). Portanto o cálculo da razão permite inferir como uma aproximação, sobre a cobertura de

mulheres da população-alvo examinadas no SUS. Sua interpretação é relativamente simples, razões baixas refletem baixa produção de exames preventivos na população-alvo, devido à capacidade instalada insuficiente ou dificuldades na captação de mulheres dentro da faixa-etária recomendada, o que conseqüentemente resultará uma baixa cobertura.

Para a análise dos resultados e desenvolvimento deste trabalho buscaram-se informações sobre o tema em revisão da literatura, estudo de artigos científicos e consulta a sites de organizações científicas e órgãos oficiais.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

8.1 Limitações do Estudo

Por se tratar de estudo que utilizou dados secundários, a qualidade da informação pode estar prejudicada, provocando distorção dos resultados. Podem ocorrer erros de preenchimento, erros na codificação e falhas na digitação dos dados.

A escolaridade ignorada pode, e provavelmente seja, uma falha no preenchimento dos dados, por falta de sensibilização ou conhecimento de quem preenche, sobre a importância dos dados para estudos epidemiológicos e para análise do perfil das ocorrências para as decisões de gestores sobre as medidas específicas a serem tomadas. Nosso estudo apresenta grande percentual de escolaridade ignorada representando uma limitação.

Esta avaliação no tocante aos exames de papanicolau se concentra nos dados apresentados pelo programa do INCA e SISCOLO, a limitação é que indica somente a quantidade de exames preventivos de papanicolau que foram realizados para atender a população-alvo e não informa precisamente como está a cobertura desta população, podendo haver repetição de exames para uma mesma mulher. Os exames avaliados são os da rede SUS apresentadas pelo INCA/SISCOLO/MS; não analisa os dados da PNADs, seus inquéritos com mulheres, nem as que possam utilizar o serviço de saúde privado na realização deste exame.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Rio Grande do Sul é um Estado federado e está localizado no extremo meridional do Brasil, com extensão territorial de 268.887,39 Km²; corresponde a 3,32% do território brasileiro, e composto de 496 municípios. Destes, 335 estão na faixa de menos de 10 mil habitantes. Os 17 municípios, com população superior a 100 mil habitantes, representam 47,2% da população gaúcha. A população total do Estado, no ano de 2007, era de 11.080.317 habitantes, sendo a população total feminina 5.653.443; na faixa etária de 25 a 59 anos, a população feminina, no ano referido, era de 2.700.176. A esperança de vida ao nascer é de 75 anos. A capital do Estado é Porto Alegre (BRASIL, 2010b).

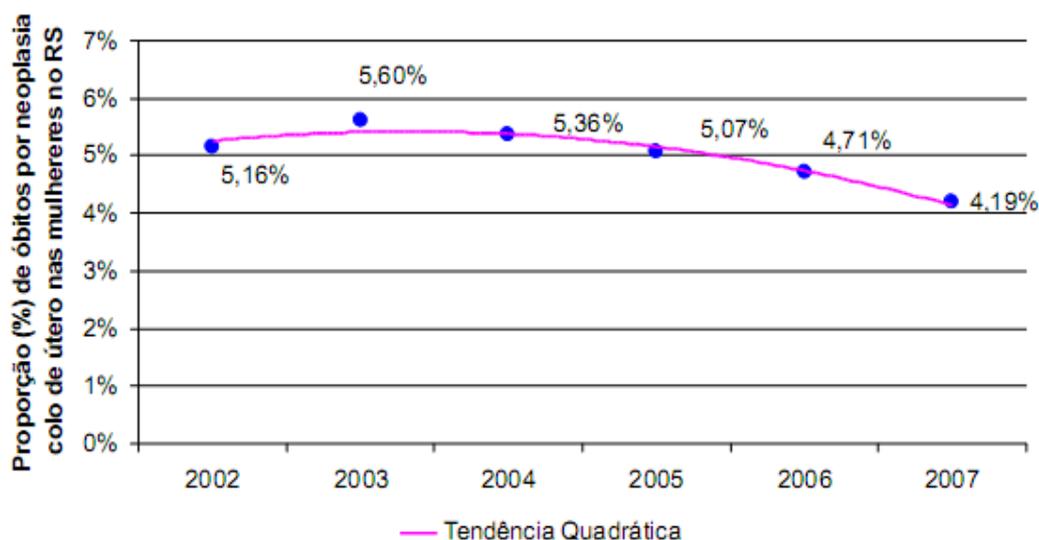


Figura 3: Tendência da proporção (%) de óbitos por neoplasia colo útero entre os óbitos por neoplasia nas mulheres do RS, no período de 2002 a 2007.

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Assim, observa-se que a tendência da proporção de óbitos por neoplasia colo

de útero ao longo do tempo é quadrática, sugerindo que o número de óbitos no período em estudo, inicialmente, apresentou comportamento crescente seguido de um comportamento decrescente. O valor-p do ajuste realizado é igual a 0,009, considerado estatisticamente significativo ao nível de significância 5%, e coeficiente de determinação (r^2) igual a 0,956, indicando que aproximadamente 96% da variabilidade na proporção de óbitos por neoplasia colo de útero é explicada no ajuste realizado (precisão do modelo).

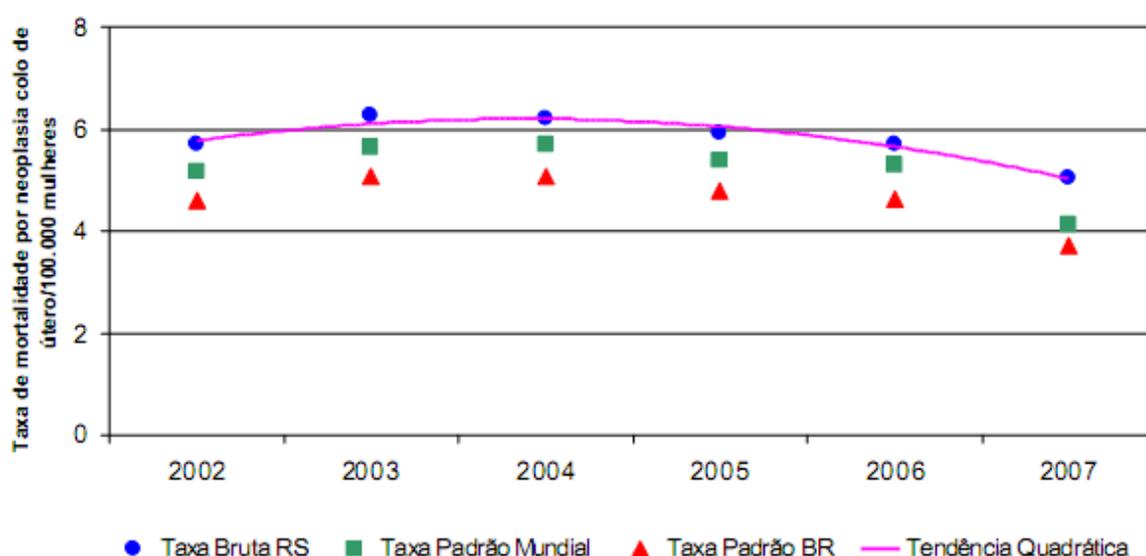


Figura 4: Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres no RS, BRASIL e MUNDO entre os anos de 2002 a 2007.

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Instituto Nacional do Câncer – INCA

Nota-se que a tendência da taxa bruta de mortalidade por neoplasia colo de útero para o RS, ao longo do tempo, é quadrática, sugerindo que o número de óbitos no período em estudo, inicialmente, apresentou comportamento crescente seguido de um comportamento decrescente. O valor-p do ajuste realizado é igual a 0,014, considerado estatisticamente significativo ao nível de significância 5%, e coeficiente de determinação (r^2) igual a 0,943, indicando que aproximadamente 94% da variabilidade na taxa bruta de mortalidade por neoplasia colo de útero é explicada no ajuste realizado.

O Estado do RS ainda apresenta coeficientes de mortalidade mais altos do que os do Brasil e do Mundo. O Brasil é o que apresenta a menor incidência entre as populações comparadas.

Nossa análise permite identificar redução da mortalidade no Rio Grande do Sul, sugerindo possível melhora no acesso aos serviços de saúde e ao exame de preventivo de papanicolau.

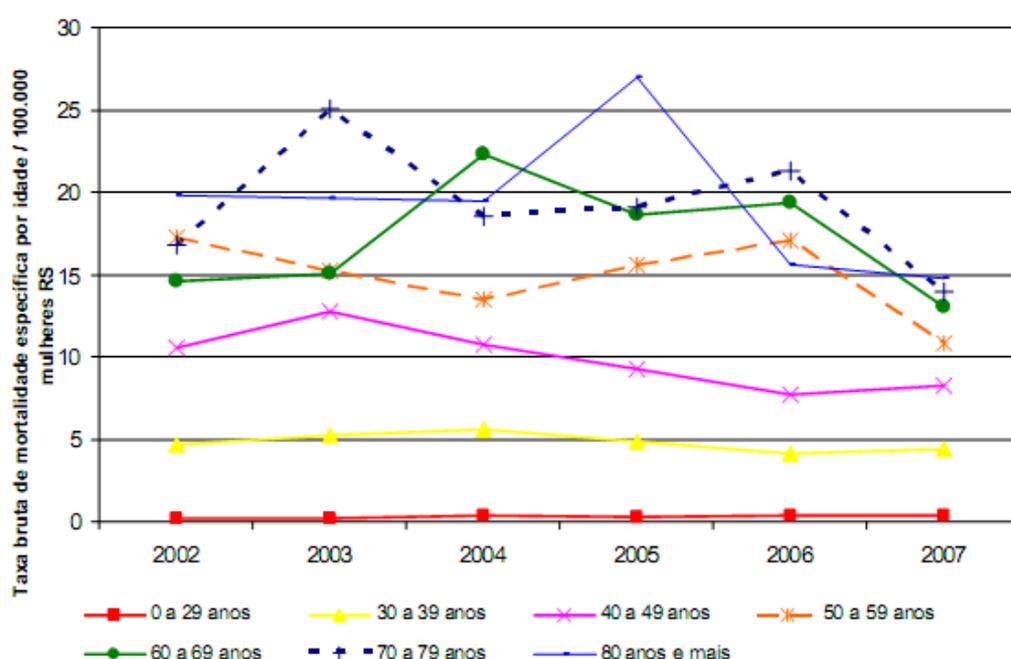


Figura 5: Taxa bruta de mortalidade específica por idade/100.000 mulheres no RS.

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Instituto Nacional do Câncer – INCA

A Figura 5 apresenta a mortalidade por neoplasias malignas do colo do útero conforme faixa etária. Nota-se que, em geral, o risco de óbito aumenta com o aumento da idade, especialmente nas mulheres acima de 50 anos. Nessas mulheres podemos destacar a diminuição da incidência de óbito do ano de 2006 a 2007, exceto para a faixa etária de 80 anos ou mais, que tem uma redução relevante no risco de óbito entre os anos de 2005 a 2006.

Observa-se que após o ano de 2004 há suave tendência decrescente na incidência de óbitos por câncer de colo do útero. Tal decréscimo torna-se evidente

em se tratando do ano 2006 para 2007, especialmente nas mulheres de faixa etárias indicadas como de maior risco para o óbito por câncer de colo uterino que são às mulheres de 40 a 59 anos. Sugerindo, assim, possível tendência decrescente desta taxa ao longo dos anos.

Tabela 1: Incidência de óbitos quanto a faixa etária, no RS nos anos 2002 a 2007.

Taxa bruta de mortalidade específica por idade / 100.000 mulheres RS						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0 a 29 anos	0,15	0,22	0,41	0,29	0,39	0,38
30 a 39 anos	4,67	5,22	5,64	4,82	4,09	4,37
40 a 49 anos	10,51	12,77	10,72	9,28	7,72	8,23
50 a 59 anos	17,26	15,27	13,51	15,61	17,02	10,87
60 a 69 anos	14,61	15,07	22,26	18,67	19,34	13,06
70 a 79 anos	16,83	25,03	18,49	19,10	21,28	13,91
80 anos e mais	19,82	19,65	19,48	27,00	15,60	14,79

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Instituto Nacional do Câncer – INCA

É baixíssimo o risco de óbito para mulheres na faixa etária de 0 a 29 anos e alto para mulheres nas faixas etárias acima de 50 anos.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, entre 1979 a 1995, verificou-se tendência de crescimento progressivo da taxa de mortalidade por câncer do colo do útero passando de 5 óbitos por cem mil mulheres para 5,9 óbitos nos dois últimos triênios (HALLAL,2001).

Estudo no período entre 1979 a 1998 revela o aumento da mortalidade total de câncer do colo do útero. Na análise das taxas padronizadas de 5,3/100 mil em 1979 passaram para 9,6/100 mil em 1998, apresentando um crescimento relativo de 81.0% no coeficiente total (KALAKUN, BOZZETTI, 2005).

O estudo conduzido por Mendonça et al, no período de 2000-2004, em Recife, a maior parte dos óbitos, ocorreu nas mulheres com idade inferior a 60 anos (54,7%), destacando-se as faixas etárias de 40 a 49 e 50 a 59 anos, com a presença de 20,1 e 20,4%, respectivamente. Também, foi relevante a ocorrência de óbitos em mulheres entre 30 e 39 anos (12,4%) e com idade igual ou inferior a 29 anos (1,9%). Entre os óbitos hospitalares observou-se a maior proporção de mortes em unidades pertencentes à rede assistencial do SUS: (90,2%), ressaltando-se que apenas (9,8%) que não eram do SUS, reforçando, desta forma, o fato de haver maior mortalidade em mulheres com mais baixa condição econômica, usuárias do sistema. O estudo observa que o coeficiente de mortalidade em residentes em Recife foi semelhante ao de São Paulo e inferior ao do Brasil, porém, bem superior ao dos países desenvolvidos (MENDONÇA, 2008).

Na amostra do estudo as mulheres que morrem mais estão nas faixas etárias de 40 a 49 anos (23,05%) e de 50 a 59 anos (24,15%). Juntas, representam 47,2% dos óbitos do período analisado. Abaixo de 60 anos o percentual é de 62,63%.

Apresentamos o número de óbitos por câncer do colo do útero quanto à escolaridade, admitindo que a idade é uma variável descontrolada. Podendo se supor que talvez a população mais velha é a população com menor escolaridade, resultando na representação da variável da confusão idade.

Tabela 2: Incidência de óbitos quanto a escolaridade no RS nos anos 2002 a 2007.

Ano	Escolaridade	Número de óbitos	População total mulheres no RS	Incidência de óbito/100.000 pessoas
2002	Nenhuma/<1 ano	25	313.000	7,99
	De 1 a 3 anos	60	520.000	11,54
	De 4 a 7 anos	68	1.786.000	3,81
	De 8 a 11 anos	9	1.379.000	0,65
	>11 anos	12	491.000	2,44
2003	Nenhuma/<1 ano	26	284.000	9,15
	De 1 a 3 anos	59	510.000	11,57
	De 4 a 7 anos	65	1.760.000	3,69
	De 8 a 11 anos	16	1.445.000	1,11
	>11 anos	10	539.000	1,86
2004	Nenhuma/<1 ano	29	296.000	9,80
	De 1 a 3 anos	70	554.000	12,63
	De 4 a 7 anos	75	1.692.000	4,43
	De 8 a 11 anos	28	1.547.000	1,81
	>11 anos	13	544.000	2,39
2005	Nenhuma/<1 ano	33	299.000	11,04
	De 1 a 3 anos	58	552.000	10,51
	De 4 a 7 anos	83	1.731.000	4,79
	De 8 a 11 anos	21	1.529.000	1,37
	>11 anos	12	580.000	2,07
2006	Nenhuma/<1 ano	25	266.000	9,40
	De 1 a 3 anos	59	529.000	11,15
	De 4 a 7 anos	69	1.703.000	4,05
	De 8 a 11 anos	32	1.626.000	1,97
	>11 anos	12	620.000	1,94
2007	Nenhuma/<1 ano	19	282.000	6,74
	De 1 a 3 anos	61	516.000	11,82
	De 4 a 7 anos	56	1.684.000	3,33
	De 8 a 11 anos	29	1.674.000	1,73
	>11 anos	10	639.000	1,56

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/ Ministério da Saúde - MS/ Departamento de Informática do SUS –DATASUS.

A tabela acima indica que a incidência de óbitos por câncer de colo uterino é maior nas mulheres de nível escolar entre 1 a 3 anos, e também 4 a 7 anos. Além disso, observa-se que as mulheres de nível escolar entre 1 a 3 anos e 4 a 7 anos possuem comportamento semelhante ao longo dos anos, a exceção do ano 2005. Tal incidência mostra-se intermediária para mulheres de nível escolar apontado como 'Nenhum', menos de 1 ano de estudo. É importante ressaltar que vem decrescendo sua incidência de óbito por esse tipo de neoplasia a partir do ano de

2005, e a incidência revela-se baixa para aquelas com escolaridade nas faixas de 8 a 11 anos e também 11 anos e mais.

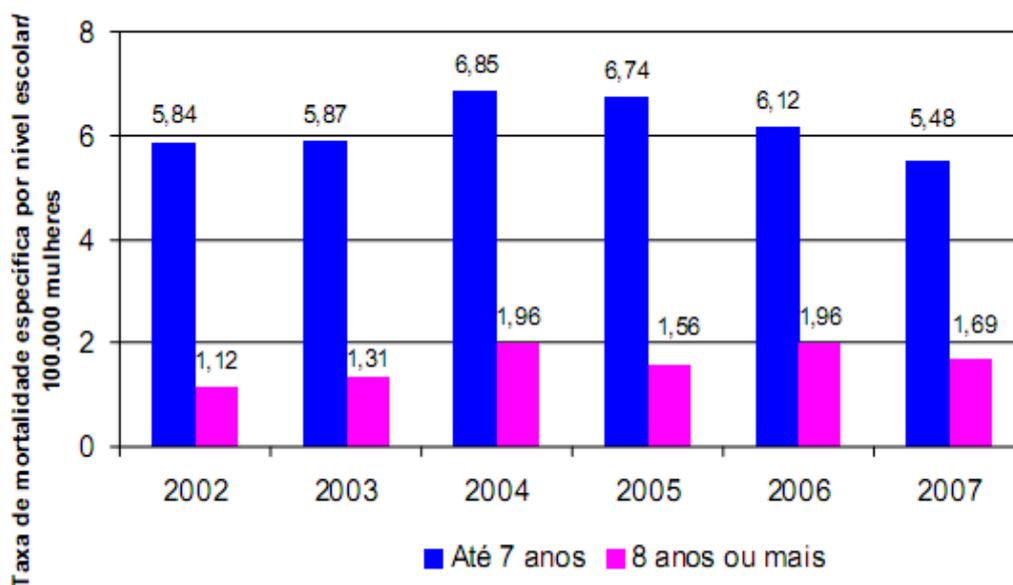


Figura 6: Incidência de óbitos por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por nível de escolaridade.

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Instituto Nacional do Câncer – INCA.

Para mulheres em nível escolar de 8 a 11 anos, houve aumento do número de óbitos por Neoplasia ao longo dos anos. Em 2002, foram registrados somente 3% dos óbitos neste nível escolar, enquanto que em 2006 e 2007 registraram-se 10%.

O percentual de óbitos, com nível escolar apontado como 'Ignorado' é altíssimo, indicando a possibilidade de questionamento quanto à relevância e qualidade dos dados coletados. A figura mostra a discrepância dos dados referentes ao percentual para óbitos de mulheres em nível escolar 'ignorado'.

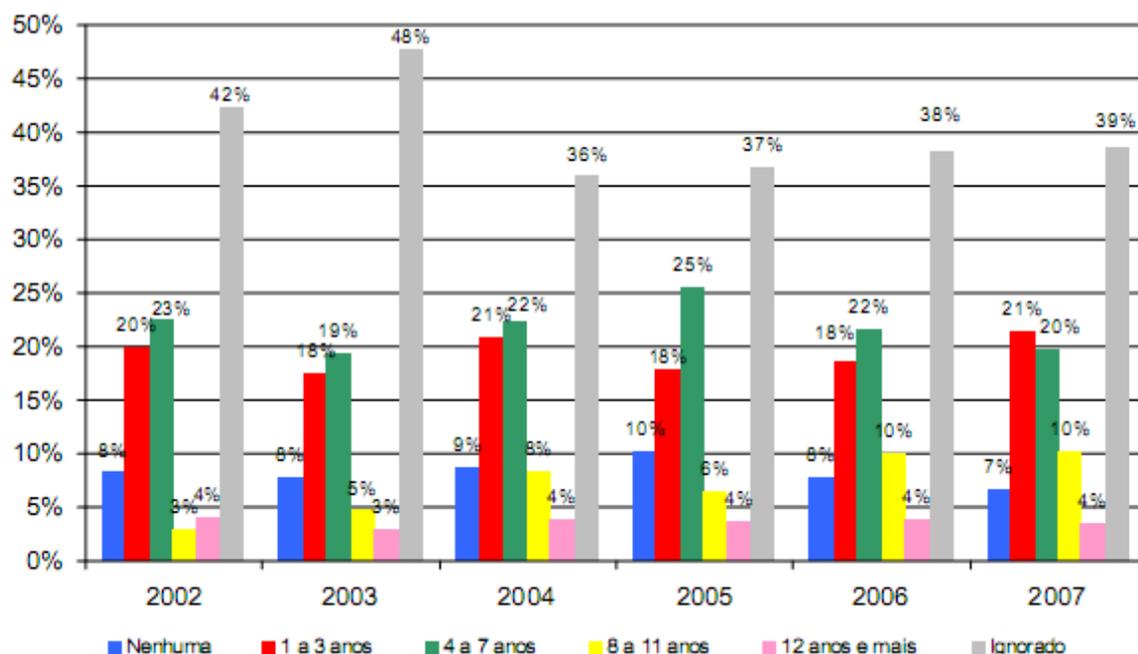


Figura 7: Incidência de óbitos por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por nível de escolaridade.

Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde – MS, Departamento de Informática do SUS – DATASUS

A escolaridade tem se demonstrado como um fator de proteção para vários tipos de câncer (FERNANDEZ, 2007).

Em estudo no Rio de Janeiro, a pesquisadora relacionou a ocorrência de câncer do colo do útero a fatores socioeconômicos, constatando que as mulheres com menor nível de escolaridade (até três anos de estudo) apresentaram risco de morrer vinte vezes maior do que as que estudaram pelo menos 12 anos (MEIRA, 2009).

Em todas as cidades estudadas pelo Inquérito do Ministério da Saúde/ INCA, 2003, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal a realização do exame preventivo do papanicolau esteve associada, positivamente, ao grau de escolaridade. Do grupo de mulheres com maior escolaridade, o esperado é que elas façam o papanicolau com mais frequência (BRASIL, 2004).

Num estudo realizado em Minas Gerais, em 2003, baseado nos dados do PNAD (Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios) verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior a adesão ao exame de papanicolau, chegando à cobertura de 84% nas mulheres com 12 anos ou mais de estudo. Porém, nas mulheres sem instrução, os percentuais apresentaram declínio importante, apresentando uma cobertura de apenas 37% (SOUZA, 2003).

Kalakum e Bozzetti (2005) constataram em seu estudo entre os anos de 1979 a 1998, que as mulheres que morreram de câncer de colo de útero possuíam quanto ao nível de escolaridade; 12,4% de analfabetismo, 39,1% educação primária, 2,6% educação secundária ou graduação e que 45,9% a escolaridade foi “desconhecida”.

Nosso estudo envolve os anos de 2002 a 2007 e revela que de modo geral morrem mais as mulheres que possuem ensino fundamental incompleto, corroborando com estudos, que destacam a escolaridade como fator de proteção para a morte por câncer do colo do útero.

Desconsiderando os ignorados que representam em torno de 40% da amostra, no período de estudo. A mortalidade, das mulheres com menos de 07 anos de estudo representam 82,16% . As mulheres com 8 a 11 anos 11,80 % e de 12 anos e mais 6,03%.

Em estudo conduzido por Oliveira et al, 2006, ficou demonstrado que, exatamente as mulheres de maior risco, isto é, as de menor escolaridade foram as menos atingidas pelo exame preventivo de papanicolau.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, pesquisou a cobertura do exame de papanicolau entre mulheres de 18 a 69 anos, em 71 países. No Brasil foram 188 municípios pesquisados e associou à mortalidade por câncer do colo do útero com fatores socioeconômicos, raça e escolaridade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

Segundo o IBGE, escolaridade é considerada um elemento estratégico de mudança da realidade social de um país, tendo um papel fundamental sobre as condições de vida da população, e através dela é possível medir a desigualdade. A escolaridade média das mulheres brasileiras, em 2007, nas áreas urbanas e de 7,4 anos de estudo, e de 8,9 anos para as mulheres classificadas como ocupadas. No

Brasil rural, a escolaridade sofre uma queda substancial de 4,5 anos para a população feminina total e de 4,7 anos para as ocupadas².

Segundo o inquérito telefônico realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (BRASIL, 2008), considerando o conjunto da população de mulheres entre 25 e 59 anos de idade do conjunto das capitais dos Estados brasileiros e do Distrito Federal observa-se que a frequência da realização do exame de papanicolau aumenta fortemente com a escolaridade (BRASIL, 2008).

Em estudo conduzido por Thuler, é descrita uma forte associação entre a presença de alteração celular epitelial e a escolaridade até o primeiro grau incompleto, sugerindo a falta de conhecimento quanto ao exame de Papanicolau e os benefícios de fazê-lo rotineiramente, além da ocorrência de outros fatores de risco associados ao câncer do colo do útero no grupo de pessoas com baixos Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (THULER, 2008).

A tabela a seguir representa o número de exames citopatológicos realizados pelas mulheres do Rio Grande do Sul no período 2002 a 2007.

² Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE <<http://www.ibge.gov.br/home/>>, acesso em abril de 2010.

Tabela 3: Exames citopatológicos quanto à faixa etária, no RS nos anos 2002 a 2007.

Ano	Faixa Etária	Número de exames	População total mulheres no RS	Percentual de exames
2002	Inferior a 25 anos	99.515	2.253.534	4%
	De 25 a 59 anos	479.238	2.428.985	20%
	Maior ou igual a 60 anos	46.070	623.176	7%
	Total	624.823	5.305.695	12%
2003	Inferior a 25 anos	28.305	2.276.119	1%
	De 25 a 59 anos	117.641	2.453.145	5%
	Maior ou igual a 60 anos	12.077	628.675	2%
	Total	158.023	5.357.939	3%
2004	Inferior a 25 anos	106.312	2.298.884	5%
	De 25 a 59 anos	435.688	2.477.195	18%
	Maior ou igual a 60 anos	46.883	634.149	7%
	Total	588.883	5.410.228	11%
2005	Inferior a 25 anos	92.457	2.350.280	4%
	De 25 a 59 anos	375.134	2.531.787	15%
	Maior ou igual a 60 anos	42.003	646.552	6%
	Total	509.594	5.528.619	9%
2006	Inferior a 25 anos	112.390	2.376.487	5%
	De 25 a 59 anos	471.492	2.559.608	18%
	Maior ou igual a 60 anos	55.643	652.860	9%
	Total	639.525	5.588.955	11%
2007	Inferior a 25 anos	93.967	2.181.614	4%
	De 25 a 59 anos	393.053	2.700.176	15%
	Maior ou igual a 60 anos	48.365	771.653	6%
	Total	535.385	5.653.443	9%

Fontes: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/ Ministério da Saúde - MS/ Instituto Nacional do Câncer- INCA/Sistema de informação Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero- SISCOLO.

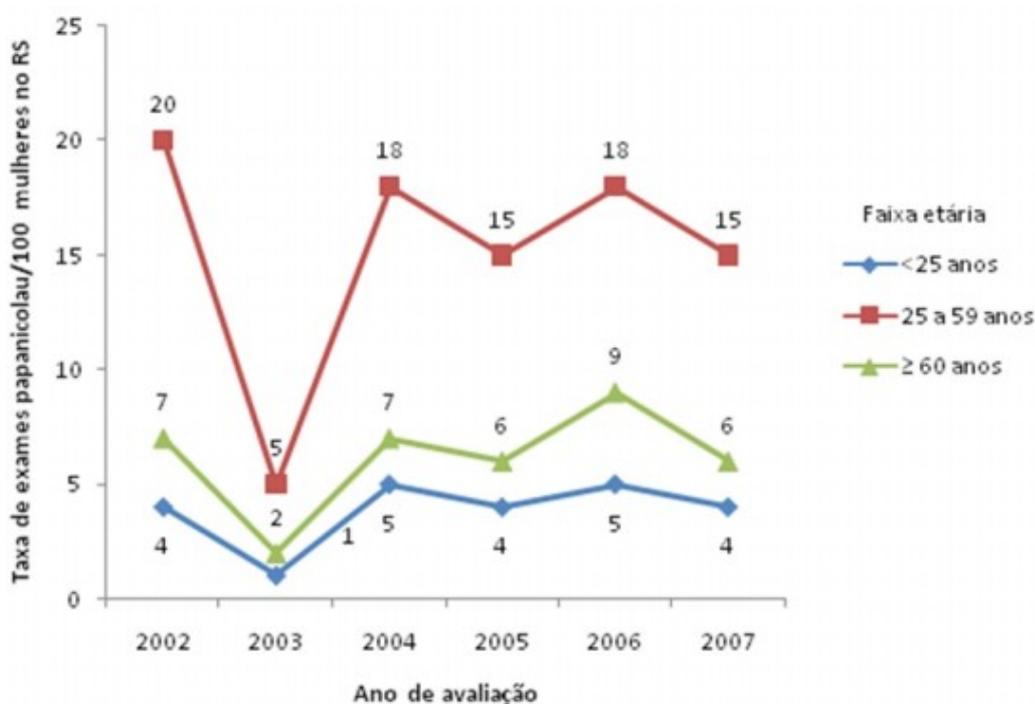


Figura 8: Taxa de exames papanicolau por 100 mulheres do estado do RS nos anos de 2002 a 2007 por faixa etária.

Fontes: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/ Ministério da Saúde - MS/ Instituto Nacional do Câncer- INCA/Sistema de informação Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero- SISCOLO.

A taxa de realização de exames citopatológicos mostra-se maior na faixa etária de 25 a 59 anos. Porém, percebe-se que no ano de 2003, houve queda importante de realização de exames nessa faixa etária. Nota-se também que a faixa etária com menor realização de exames citopatológicos é a de menor de 25 anos, e também na faixa etária igual ou superior a 60 anos. Contudo, independentemente da faixa etária, é importante ressaltar que há oscilações na taxa de exames citopatológicos ao longo dos anos, não havendo, de modo geral, tendência definida (crescente ou decrescente) ao longo do tempo quanto à realização de exames citopatológicos pelas mulheres do Estado do Rio Grande do Sul. Isso decorre dos contínuos ‘decréscimos’ e ‘acréscimos’ na quantidade de realização deste exame ao longo dos anos.

Verificamos aumento de exames de papanicolau no ano de 2002, em especial

na faixa etária de 25 a 59 anos de idade. Este aumento decorre devido à intensificação da oferta promovida pelo Ministério da Saúde na campanha nacional de prevenção do câncer do colo do útero em sua segunda etapa. No entanto, observa-se, que apesar dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, isto é, aumentar o número de mulheres examinadas com qualidade, baixo custo, com garantia de acesso e acolhimento, a manutenção de altas taxas de mortalidade e de incidência em nosso Estado, mostra que as medidas adotadas não conduziram aos resultados esperados. Em 2003, a Figura 10 mostra que houve uma queda brusca quanto à realização do exame nas mulheres de idade entre 25 e 59 anos. O percentual de exames realizados em 2003 é aproximadamente 4 vezes inferior ao percentual de exames realizados no ano de 2002. Afora isso, os demais percentuais mostram pequenas alterações ao longo dos anos. Ressalta-se a baixíssima procura pelo exame em 2003, para todas as idades de apenas 3%. Verifica-se um valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3.

Existem poucos estudos que avaliam a cobertura de exames preventivos no Brasil.

Um estudo com 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia e radioterapia, vinculadas a um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com base nas informações disponibilizadas pelos Registros Hospitalares de Câncer, demonstrou, que entre 1995 e 2002, 45% das mulheres apresentavam o câncer do colo do útero nos estádios III ou IV no momento do diagnóstico, sugerindo que as mulheres, só acessam o exame tardiamente (THULER, 2005).

Em 2005, um estudo constatou ser alta a cobertura do exame de papanicolau nas usuárias do SUS de Criciúma/Santa Catarina: 84.76%, ressaltando a falta de impacto na mortalidade, uma vez que o coeficiente permanece no mesmo limiar que o restante do Brasil, apontando-se a necessidade de estudar a adequabilidade e controle de qualidade dos exames realizados (CECHINEL et al, 2009).

Em estudo, conduzido em Pelotas- RS, a cobertura do exame citopatológico para mulheres que residiam em área urbana resultou em: 78,7% a cobertura de quem fez o exame alguma vez na vida e 68,8% sobre as que fizeram o exame nos

últimos três anos (COSTA, 1999).

Em São Paulo, através de inquérito com mulheres de 15 a 49 anos, ficou demonstrado que 86,1% fizeram o exame alguma vez na vida e 77,3% fizeram o exame nos últimos três anos (PINHO, 2003).

Segundo o Inquérito domiciliar, realizado em 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 851 municípios foi identificada uma cobertura de realização do exame preventivo em pelo menos uma vez nos últimos três anos, maior que 68,7% nas mulheres com mais de 24 anos de idade em todas as regiões brasileiras. Quanto aos locais onde as mulheres realizam os exames, observa-se que nas regiões Norte e Nordeste, o principal é na rede SUS (Sistema Único de Saúde). Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul o principal local é na rede não SUS. Nestes estudos, constatou-se, através do autorrelato das mulheres, que é subestimado à época da realização do exame, tornando-o mais recente do que de fato o é. Este inquérito revelou o alto percentual de mulheres que realizaram o papanicolau nos últimos três anos, demonstrando que aumentou a cobertura deste exame nos últimos anos, e indicou a necessidade de ampliação da cobertura do SUS (BRASIL, 2004).

No inquérito de saúde do INCA no Brasil, nas 17 capitais e Distrito Federal, no período de 2002-2003, a cobertura do exame papanicolau nas mulheres de 25 a 59 anos, que referiram ter realizado o exame nos últimos três anos, ficou acima de 75%, com exceção de João Pessoa que alcançou 68,1%. Destaca-se Porto Alegre onde a cobertura foi de 83,4%; destes, 52,4% foi realizado na rede não SUS. Na rede SUS a cobertura foi de 47,6%. Presume-se, a partir desses dados, que o acesso ao exame Papanicolau vem se ampliando no país. Entretanto, mesmo onde foram atingidas coberturas satisfatórias, a tendência da mortalidade, permanece elevada (BRASIL,2004).

Porém os dados do PNAD e seus inquéritos não são objetos deste estudo, e merecem uma análise a parte.

Em 2003, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), com uma amostra de 5 mil indivíduos com 18 anos ou mais, constatou que 24,0% das pessoas

entrevistadas tinham seguro privado de saúde, sendo que os fatores associados à posse do plano são o número de bens, idade, escolaridade, ter emprego formal, residir em municípios com menos de 50 mil habitantes e referir boa auto-avaliação do estado de saúde (VIACAVA, 2005).

O setor privado cumpre papel importante com uma parcela expressiva da população, pois a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) refere uma cobertura de 29,66 em 1998 e em 2003 de 31,9% dos planos privados de saúde no Rio Grande do Sul, ampliando-se, desta forma, a cobertura dos exames de papanicolau (MEIRA,2009).

Em nossa análise da tabela, podemos constatar que os exames de papanicolau realizados na rede SUS no Rio Grande do Sul, quando avaliada a cada três anos permite identificação de um aumento temporal de exames de papanicolau. Salientamos, porém, que o sistema de informações somente identifica o número de exames e não as mulheres que o fazem, podendo então incorrer em duplicidades de exames.

Unglert (1987), refere que o grau de acesso real aos serviços de saúde depende do tempo e da distância que leva para ter o acesso e do custo para usufruir os mesmos.

O uso de serviços de saúde da população coberta por plano de saúde são distintos, confirmando os achados de outros trabalhos que referem que esse segmento populacional como um todo apresenta melhores condições de saúde e um maior uso de serviços em relação à população não coberta por seguro de saúde, mesmo após o controle por variáveis sócio-demográficas e a auto-avaliação do estado de saúde (VIACAVA,2005).

10 CONCLUSÃO

Claro está que ainda há muito a fazer, pela saúde da população brasileira. Na saúde como um todo e, especialmente, com o câncer, a informação continua sendo a estratégia de prevenção fundamental. Os gestores devem ter como responsabilidade central, a proteção da saúde pública, e as pessoas devem se responsabilizar individual e coletivamente, pela prevenção de doenças e pela promoção da saúde e bem-estar, absorvendo no seu cotidiano o fato de que modos de vida saudáveis e comportamentos mais seguros são a primeira linha de proteção.

No pacto pela Vida estabeleceu-se como prioridade para 2010 e 2011 o controle e enfrentamento do câncer do colo do útero, assim como o de mama, através de políticas públicas, que visam reverter o quadro de incidência e de mortalidade das mulheres.

No período do estudo, 1.904 mulheres morreram. Na amostra do estudo a mortalidade de mulheres das faixas etárias de 40 a 59 anos representou 47,20% dos óbitos. Em 2007 a taxa de mortalidade é de 5.04 /100 mil mulheres. A tendência da mortalidade no período é quadrática, sugerindo que o número de óbitos no período do estudo, inicialmente, apresentou comportamento crescente seguido de um comportamento decrescente. A mortalidade por câncer do colo do útero é maior nas mulheres com menos de 07 anos de estudo. No caso dos exames preventivos de papanicolau, a cobertura é baixa, na rede do SUS.

Ressalta-se a importância de se observar que a morte por câncer do colo do útero é 100% evitável se descoberta em fase incipiente, o que permite tratamentos simples e curativos, diferentemente do custo, do ponto de vista econômico, emocional e de qualidade de vida de uma pessoa com câncer em fase avançada.

Todas as mulheres devem ter a oportunidade de conhecer o exame de papanicolau e ter consciência de sua importância. Não atingiremos um nicho

específico da população, possivelmente das mulheres que estão morrendo por câncer do colo do útero, que tenham a enfrentar muitas dificuldades de acesso. A mulher em questão está assintomática e não se submeterá às mesmas dificuldades que uma mulher que tenha dor intensa ou sangramento, para procurar um serviço de saúde e realizar um exame de cunho preventivo. A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, em razão de distâncias e das desigualdades sociais, é um problema a ser enfrentado com prioridade. A educação influencia fortemente as condições de saúde, o acesso e o uso de serviços preventivos. A prevenção do câncer do colo do útero tem caráter oportunístico, em nosso país. A ineficiência dos programas de rastreamento em alcançar as mulheres de risco resulta em baixo impacto na mortalidade.

A escolaridade está relacionada à ascensão social e à possibilidade de uma mulher ter acesso a serviços de saúde mais ágeis, rompendo o ciclo vicioso de desconhecimento, construindo desta maneira um sistema de saúde eficiente também para os excluídos sociais.

Em função disto, e reforçando a indicação de muitos estudos, o foco de atenção que destacamos deve ser o de redução de desigualdades sociais. Este é o grande desafio para os profissionais e gestores da saúde nas formulações de políticas públicas. Assumir compromisso com o princípio da equidade, estabelecido no SUS, oferecendo tratamento diferente aos grupos inseridos de forma desigual, contemplado às suas necessidades de saúde.

Além disso, recomendamos a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no RS com cobertura de 100% da população, objetivando eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos. Desta forma teremos um acesso ao exame de papanicolau de forma organizada e controlada, através da oferta pelas equipes de saúde que visitam as famílias, influenciando positivamente na realização do exame, com garantia de tratamento das lesões precursoras.

A vacina contra o HPV deverá ser introduzida, segundo avaliação deste estudo, após a implantação dos ESFs, para garantir efetividade, e, estando sob controle, para que, de forma organizada, se concretize a aplicação das doses

recomendadas nas mulheres indicadas para o uso da vacina. A vacinação afetaria o fator causal/central do câncer do colo do útero, diminuindo a incidência e a mortalidade das mulheres por esta patologia. Ressaltamos, porém, que a vacinação não descarta o rastreamento através do papanicolau.

REFERÊNCIAS

ALVES, Christiane Maria Meurer. **Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero e útero porção não especificada no Estado de Minas Gerais - 1980 a 2005**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. UFJF; Juiz de Fora, 2009.

BOSETTI, C. Câncer mortality in the European Union, 1970-2003, with a joinpoint analysis. **Annals of Oncology**. v. 19, 2008. p. 631-640.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Confiabilidade dos Dados Informados no SIM**. [S.I.] 2010a. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>>. Acesso em mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero Manual Técnico Profissionais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. [S.I.] 2010b. Disponível em: <www.saude.gov.br/saladesituacao>. Acesso em: mar. 2010 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Sistema de informação sobre mortalidade 2006 – 2007: dados de declaração de óbito**. Brasília: DATASUS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 2.669**, de 3 de novembro de 2009. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer do Colo do Útero**. 2007b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326>. Acesso em: fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer na criança e no adolescente no Brasil**: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf>. Acesso em: dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O desafio feminino do câncer. **Revista Rede Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, nov. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2006**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2008**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2009/versaofinal.pdf>. Acesso em: jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**: normas e recomendações do INCA. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 48. n. 1. 2002c. p. 13-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL**. Brasília, 2008. [Série G. Estatística e Informação em Saúde].

BURD, M. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. **Journal of Clinical Microbiology**. v. 16. 2003.

CECHINEL, Kelen Cancellier; SILVA Fábio Rosa; SILVA Bruno Rosa; ROSA, Maria Inês; CASTRO, Stela Maris de Jesus; BATTISTI, Iara Denise Endruweit. Cobertura do Teste de Papanicolau em Usuárias do SUS em Criciúma – Sul do Brasil. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.38, n. 1. 2009.

COSTA, Juvenal Dias da; D'ELIA, Paula Berenhouse; MANZOLLI, Patrícia; MOREIRA, Mônica Regina. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. v.3, n.5. 1999. p.684-689.

FERNANDEZ, E; BORRELL, C. Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona. **Cancer Control**. v.14, n.4. 2007. p.388-395.

FONSECA, LAM; RAMACCIOTTI, AS; ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20. n. 1. 2004. p. 136-142.

FRANCO, Eduardo; DUARTE-FRANCO, Eliane; FERENCZY, Alex. Cervical câncer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. **Canadian Medical Association Journal**. N°164, pp. 1017-1025. 2001. Disponível em <<http://www.canadianmedicaljournal.ca/cgi/reprint/164/7/1017>>. Acesso em: mar. 2010.

HALLAL, Ana Luiza Curi; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson and LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio

Grande do Sul, 1979-1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.4, n.3. 2001. p. 168-177.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: 2003. Rio de Janeiro:IBGE,2005.Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em: set. 2009.

KALAKUN, Luciane; BOZZETTI, Mary Clarisse. Evolution of uterine cervical cancer mortality from 1979 to 1998 in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21. n. 1. Rio de Janeiro, 2005. p.299-309.

KOSS, LG; CAMPBELL, C. **Citologia ginecológica e suas bases anatómicas**. São Paulo: Manole, 1997.

LINHARES, AC, VILLA, LL. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **J Pediatr**. v. 82. Rio de Janeiro, 2006.

LIU, S; SEMENCIW, R.; PROBERT; MAO,Y. Cervical câncer in Canadá: Changing patterns in incidence and mortality. **International Journal of Gynecological Cancer**. v. 11. 2001. p. 24-31.

MARTINS LFL; THULER LCS; VALENTE JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes : uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 8. 2005. p. 485-492.

MEIRA, Karina Cardoso. **Mortalidade por câncer de colo de útero no Município do Rio de Janeiro, 1999 a 2006**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

MENDONÇA VJ; GUIMARÃES MJB; LORENZATO FRB; MENDONÇA JG; MENEZES TC. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.30, n.5. 2008. p. 248-255

MUÑOZ, N; FRANCESCHI, S; BOSETTI, C; MORENO, V; HERRERO, R; SMITH, JS; SHAH, KV; MEIJER, C; BOSCH, FX. Role of parity and Human Papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. **The Lancet**. v.359, 2002.

p. 1093-1101.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira and COIMBRA, Liberata Campos. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 9, n. 3. São Paulo, set. 2006.

PARALLEDA, Cíntia; SANTOS, Renato. **Centro avançado de prevenção ao câncer de colo de útero**. 2009. Disponível em: <www.prevencaodecancer.com.br/utero>. Acesso em: fev. 2010.

PINHO, A; Junior, I.F.. Prevenção do cancer do colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 3, n. 1. 2003. p.95-112.

REYES-ORTIZ CA, et al. The impact of education and literacy levels on cancer screening among older Latin American and Caribbean adults. **Cancer Control**. v. 14, n.4. 2007. p. 388-395.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. **A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: CEVS, 2006.

SASLOW, D; CASTLE, P; COX, JT; DAVEY, D; EINSTEIN, M; FERRIS, D et al. American cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors. **CA Cancer Joal Clinicians**. v. 57. 2007. p.7-28.

SILVA, I.M.R. et al. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. **Revista de Administração em Saúde**. 2004.

SKEGG DCG. Oral contraceptives, parity, and cervical cancer. [comentary] **The Lancet**. v. 359. 2002. p.1080-1081.

SOUZA, I.; FIORAVANTE, E. **Fatores associados à realização do Exame Preventivo de papanicolau pelas mulheres do Estado de Minas Gerais em 2003**. [S.l.: s.n] 2003.

THULER, L.; MENDONÇA, G. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e de colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 2005. p. 656-660.

THULER, Luiz Claudio. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.30 n.5. 2008.

VIACAVA, Francisco; SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges de and SZWARCOWALD, Célia Landmann. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, supl.1, 2005. p. 119-S128.

UNGLERT, C.; ROSENBERG, C; JUNQUEIRA, C. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 21. n. 5. São Paulo. 1987. p. 439-46.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Against Câncer**. 1ª ed. 2003.

ZEFERINO, Luiz Carlos. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30. n. 5. 2008. p. 213-215.