

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DA RELAÇÃO ENTRE A RAZÃO DE EXAMES DE PAPANICOLAOU NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA NOS ANOS DE 2005 A 2007 E A MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO APÓS CINCO ANOS

Luiz Carlos Costa e Silva<sup>1</sup>, Andressa de Fátima Souto de Azevedo<sup>1</sup>; Caio de Souza Levy<sup>1</sup>; Sofia Cid de Azevedo<sup>1</sup>; Waltair Maria Martins Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina; <sup>2</sup>Mestre em Saúde Pública

luca.costaesilva@hotmail.com

Universidade Federal do Pará (UFPA)

**Introdução:** Atualmente, o câncer do colo do útero corresponde a 15% de todos os cânceres que acometem mulheres no país. O exame de PCCU é capaz de detectar este câncer nos primeiros estágios, nos quais a possibilidade de cura é de quase 100%. Por esta razão, este exame torna-se imprescindível para mulheres em idade sexual ativa. Estima-se que 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas a este exame (BRASIL, 2002). O rastreamento do câncer do colo do útero representa um processo complexo em múltiplas etapas: aplicação do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento (BRASIL, 2011). O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Estimativas da Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), registraram que ocorreriam 273 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo, 85% deles em países menos desenvolvidos, onde está incluída a América do Sul. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública. A série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde contempla dados que vão de 1979 a 2005. Nesse período as taxas de mortalidade ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos (THULER, 2008).

**Objetivos:** Comparar a relação entre a cobertura da população feminina em idade sexual ativa pelo exame de rastreamento para câncer de colo de útero (CID 10: C-53) através do exame preventivo citopatológico do colo de útero no período de 2005 a 2007 e a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, ajustadas por idade pela população brasileira após 5 anos, no período de 2010 a 2012, por região brasileira; Demonstrar a importância da ampliação da cobertura do exame Papanicolaou a partir do maior comprometimento da equipe das ESF envolvendo os ACS (agentes comunitários de saúde), os enfermeiros e os médicos. **Métodos:** Pesquisa do tipo quantitativa, com desenho de estudo retrospectivo, transversal. Os dados utilizados foram os exames citopatológicos realizados nos anos de 2005, 2006 e 2007 em cada uma das regiões brasileiras: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul (classificação do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 1970) capturados do site do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a população feminina utilizada foi a do período correspondente ao estudo disponibilizada pelo IBGE. Foi calculada a razão entre o número de exames citopatológicos e a população feminina das regiões definidas no estudo, assim como foi calculada a média aritmética entre as razões dos anos analisados. Comparou-se então estas médias com as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero, ajustadas pela idade da população brasileira, de 2010 a 2012, por região brasileira. **Resultados/Discussão:** Observamos que a região Norte obteve uma média de razão de cobertura, da população feminina, entre os anos de 2005 e 2007, no valor de 0,07 (7%), sendo a região nacional com menor razão para o período. As regiões

Nordeste, Sudeste e Sul obtiveram uma razão de 0,11 (11%), sendo as regiões nacionais com maior cobertura da população feminina para o exame preventivo de câncer de colo de útero. A região Centro-Oeste obteve razão de 0,10 (10%). Em que pese pesquisas afirmarem que o acesso ao exame Papanicolaou vem se ampliando no país e que, sobretudo em algumas áreas, já é possível observar impacto sobre as taxas de mortalidade. Entretanto, mesmo onde foram atingidas coberturas satisfatórias, ainda são observadas taxas demasiadamente elevadas (THULER, 2008), não foi o que se observou neste estudo considerando os dados agregados por região do Brasil. A análise das taxas de mortalidade apontam que a região Norte teve a maior taxa ajustada, atingindo 10,64 mortes para cada 100.000 mulheres, e as regiões Sudeste e Sul obtiveram as menores taxas sendo 3,80/100.000 mulheres e 4,50/100.000 mulheres, respectivamente. As regiões Centro-Oeste e Nordeste, com taxas estatisticamente semelhantes, obtiveram taxas de 5,94/100.000 mulheres e 5,97/100.000 mulheres, respectivamente. Muitos são os fatores que contribuem para este cenário, porém três aspectos auxiliam na compreensão do problema e merecem destaque: a cobertura do exame Papanicolaou, em baixas coberturas devido à dificuldade de acesso aos serviços de Atenção Primária, muito mais por falta de organização da rede do que por falta de transporte e deslocamento da pacientes; a qualidade do material colhido que em muitos casos dificultam a precisão do diagnóstico, e o estadiamento no qual os casos são diagnosticados, considerando que a dificuldade de acesso implica em diagnóstico de mais casos em estádios III e IV (THULER, 2008). Nesta pesquisa o achado que chama a atenção é a relação inversa de proporcionalidade entre a cobertura do exame Papanicolaou e a mortalidade da população feminina por câncer de colo de útero, de modo que fica mais do que evidente a necessidade de ampliar a cobertura do exame Papanicolaou em todas as regiões, principalmente na região Norte, através de estratégias dinâmicas que busquem a maior adesão das mulheres ao citado exame.

**Conclusão/Considerações Finais:** É importante destacar que apesar do Brasil ter sido um dos países precursores na utilização da citologia para o diagnóstico do câncer, ainda é observável que a fase de estadiamento avançado é a fase na qual as mulheres vêm recebendo o diagnóstico de câncer. A baixa cobertura de exame Papanicolaou, e as taxas elevadas de mortalidade por câncer de colo de útero, refletem, sobretudo, carência de serviços capacitados e preparados para o enfrentamento do sério problema de saúde pública. A implementação efetiva das políticas públicas de acompanhamento de saúde da mulher se torna necessária, principalmente no contexto da Atenção Primária da Saúde, exigindo para isto um maior empenho de toda a equipe da ESF, perpassando pelos ACS, enfermeiros e médicos, de formas a trabalhar a sensibilização das mulheres para a importância do exame, bem como assegurar o acesso quer seja no contexto da rotina do serviço, quer seja em campanhas, para alcançar maiores coberturas de exame Papanicolaou, visando realizar o diagnóstico precoce e como consequência observar em uma análise de série histórica a redução das taxas de mortalidade por câncer de colo de útero.

### Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Atlas de Mortalidade do Câncer.** Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 02 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Painel de Controle do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/indicadores/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/)>. Acesso em: 02 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Brasília, DF, 2002.

THULER, L. C. S. **Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):216-8.