

Câncer do Colo do Útero no Estado de Mato Grosso do Sul: Detecção Precoce, Incidência e Mortalidade

Cervical Cancer in the State of Mato Grosso do Sul: Early Detection, Incidence and Mortality

Cáncer del Cuello del Útero en el Estado de Mato Grosso do Sul: Detección Precoz, Incidencia y Mortalidad

Hilda Guimarães de Freitas¹; Maria Aparecida da Silva²; Luiz Claudio Santos Thuler³

Resumo

Introdução: O câncer do colo do útero apresenta taxas de incidência e mortalidade elevadas no Brasil. **Objetivo:** Descrever a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero, sua incidência e mortalidade no Estado de Mato Grosso do Sul. **Método:** Estudo descritivo e exploratório. Foram analisados dados provenientes do Departamento de Informática do SUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Foi realizada análise descritiva das informações. **Resultados:** O percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizou o exame de Papanicolaou nos últimos três anos se manteve estável entre 2003 e 2008: 82,0% e 82,9%, respectivamente; entretanto, houve uma queda no contingente daquelas que nunca fizeram o exame na vida: de 11,1% para 8,7%, respectivamente. A razão entre o número exames citopatológicos cervicovaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária ultrapassou a meta ($\geq 0,90$) do triênio 2008 a 2010 em 25 municípios do Estado, porém, as taxas estimadas de incidência do câncer do colo do útero sofreram aumento de 139% nos últimos 12 anos, enquanto na série de dados de mortalidade observou-se um incremento de 33,8% em 30 anos. **Conclusão:** Esses resultados apontam para a necessidade de se fortalecer as parcerias visando a implementar ações de atenção integral à saúde da mulher, especialmente voltadas para as mulheres indígenas, que representam um importante contingente de mulheres excluídas nessas áreas.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Incidência; Mortalidade; Distribuições Estatísticas; Brasil

¹ Gerente do Programa Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul.

² Mestre em Saúde Coletiva e Consultora.

³ Tecnologista e Docente do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professor Associado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Hilda Guimarães de Freitas - Gerente Estadual da Saúde da Mulher/Atenção Básica: Parque dos Poderes: Bloco 7 – Campo Grande (MS), Brasil. CEP: 79031-902. E-mails: sdmulher@saude.ms.gov.br; hildagfreitas@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o segundo tipo mais comum no sexo feminino, no mundo, correspondendo a 15% de todos os casos de câncer em mulheres. Em alguns países em desenvolvimento, ocupa a primeira posição na classificação de todos os cânceres entre as mulheres, enquanto, em países desenvolvidos, chega a ocupar a sexta posição. A cada ano, são registrados em torno de 500 mil casos novos no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê uma elevação da estimativa do câncer do colo do útero em torno de 320.000 casos novos em 2015 e 435.000 em 2030¹.

No Brasil, o número de casos novos estimado para 2012 é de 17.540, com um risco de 17,49 casos a cada 100 mil mulheres. Esse risco apresenta variações conforme as Regiões Geográficas, a saber: Norte (23,62/100.000), Centro-Oeste (27,71/100.000), Nordeste (17,96/100.000), Sul (13,88/100.000) e Sudeste (15,53/100.000)². O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. A Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC), do inglês *International Agency for Research on Cancer*, estima que 85% dos óbitos por esse câncer ocorrem em países menos desenvolvidos³. No que diz respeito à mortalidade, o câncer do colo do útero é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país⁴.

O câncer do colo do útero apresenta incidência cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Sua incidência concentra-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Contudo, o risco aumenta significativamente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, esse tipo de câncer apresenta grande potencial para a prevenção e cura quando diagnosticado precocemente⁵. Segundo a OMS¹, 99% das lesões intraepiteliais de alto grau e dos cânceres invasivos do colo do útero são causadas pelo *Papilomavírus humano* (HPV). O HPV aparece como condição necessária, porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco como o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis*⁵.

A detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero, por meio da realização do exame citopatológico, tem sido reconhecida como a estratégia mais efetiva na redução da mortalidade por esse câncer. Trata-se de estratégia exequível, considerando-se que

a doença apresenta uma longa fase pré-clínica, o que possibilita sua detecção precoce, podendo-se observar até 100% de cura, quando detectada e tratada nos estágios iniciais. A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estágios iniciais, tem resultado em redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90 a 100%. A OMS¹ estima que aproximadamente 80% da mortalidade por câncer do colo do útero pode ser reduzida pelo rastreamento por meio do teste de Papanicolaou e tratamento adequado das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou do carcinoma *in situ*.

É notório que a eficiência desses procedimentos depende da organização da rede de serviços, da integralidade, da qualidade do programa de rastreamento e seguimento das mulheres e, sobretudo, da participação consciente das mulheres nesse processo. No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 60 anos, por meio do exame de Papanicolaou, com periodicidade de três anos após dois exames consecutivos negativos realizados com intervalo de um ano. Cabe destacar, como afirmam Martins et al.⁶, que “os fatores que levam as mulheres a não se submeter ao exame de Papanicolaou têm se repetido nos diferentes estudos: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e pertencer às faixas etárias mais jovens”. Entretanto, destacam os autores, “a maioria desses estudos trabalhou com um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame de Papanicolaou sob um aspecto organizacional ou programático”. Podem-se acrescentar a esse elenco de fatores outros aspectos socioculturais importantes como o estigma da “doença câncer”, hábitos, costumes populares, qualidade de vida e as dificuldades de acesso às políticas sociais, que também interferem diretamente na decisão da mulher no momento da busca dos serviços de saúde para os cuidados de sua saúde.

Ao olhar a trajetória da implantação das ações de controle do câncer no Brasil, podem-se encontrar registros de iniciativas pioneiras de profissionais de saúde que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia a partir dos anos 1940. A partir daí, muitas outras tentativas ocorreram nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro entre outros. Entretanto, a sua configuração como ação de Política de Saúde Pública Nacional se estruturou entre 1972 e 1975, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio da Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Outra estratégia importante para a saúde da mulher e o fortalecimento do controle do câncer do colo

do útero foi o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Criado pelo MS, em 1986, instituiu a prevenção do câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico como uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher. Em 1987, foi criado o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), do MS, visando, entre outros projetos, à expansão da prevenção e controle do câncer do colo do útero. Essa estratégia se fortaleceu na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da constituição de 1988 e da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, quando o MS transferiu para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) a responsabilidade da formulação da política nacional do câncer no Brasil⁵.

Mais recentemente, em 1996, o MS, por meio do INCA, implementou o projeto-piloto “Viva Mulher”, dirigido ao controle do câncer do colo do útero, envolvendo cinco capitais brasileiras (Belém, Distrito Federal, Curitiba, Recife, Rio de Janeiro) e um Estado (Sergipe), tendo como população-alvo mulheres pertencentes à faixa etária de 35 a 49 anos. De janeiro de 1997 a junho de 1998, o projeto-piloto atendeu a 124.440 mulheres⁷.

A partir desses marcos, em 1998, foi instituído, pelo MS, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Sua coordenação foi delegada ao INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23/06/1999. Paulatinamente, as ações foram descentralizadas para todo o país, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo. Uma campanha nacional, realizada entre 18 de agosto e 30 setembro de 1998, contou com a participação de 5.389 municípios do Brasil (97,9% dos 5.507 municípios existentes na época)⁷.

Desde então, vem-se observando a ampliação da oferta de exames citopatológicos em todos os Estados do país: antes de 1998, o número de exames realizados no Brasil não ultrapassava sete milhões por ano; em 1998, ano em que foi realizada a campanha, esse número passou para 10,3 milhões; de 1999 a 2001 foram realizados, em média, 7,8 milhões de exames por ano⁸. A partir de 1999, a manutenção das ações tem sido obtida por meio da garantia de financiamento do Programa na rede do SUS, obrigatoriedade do registro informatizado de todos os exames citopatológicos realizados na rotina, normalização dos procedimentos, realização de treinamentos e capacitações específicos, construção de alianças com sociedades científicas e organizações não governamentais, realização de supervisões técnicas e compra de equipamentos. Nos meses de março e abril de 2002, realizou-se uma segunda campanha, com intensificação da oferta de exames, resultando em 12,2

milhões de exames realizados naquele ano. Nos anos seguintes, têm sido realizados pelo SUS entre 10,3 e 12,4 milhões de exames por ano⁹.

É importante observar que a Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005, apresenta o controle dos cânceres do colo do útero e da mama entre seus componentes fundamentais, a serem previstos nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31/12 2005), visando à integração das ações, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de parcerias gerenciais, democráticas e do trabalho em equipe, com foco regional. Por outro lado, apesar de todos esses dispositivos norteadores das práticas e da organização dos serviços, existem muitos desafios a serem suplantados para se atingir as metas estabelecidas por meio de indicadores da promoção, da prevenção, da prática profissional humanizada, da participação e do controle social por parte dos usuários, garantindo a qualidade na saúde. Esse compromisso está firmado no Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com Estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda nacional de saúde.

Nesse contexto, justifica-se a realização do presente estudo que tem por objetivo descrever a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero, sua incidência e mortalidade no Estado de Mato Grosso do Sul.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo e exploratório sobre o câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso do Sul baseado em dados das ações de detecção precoce, incidência e mortalidade.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE MATO GROSSO DO SUL

Mato Grosso do Sul encontra-se em situação favorável entre os Estados da Região Centro-Oeste, apresentando o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de 0,802, e 8º lugar no *ranking* nacional (PNUD, 2008). O IDH varia de 0 a 1. Quanto mais se aproxima de 1, maior é o IDH de uma localidade. O Brasil apresenta IDH de 0,699 e ocupa o 73º lugar no *ranking* mundial¹⁰.

Segundo os resultados do censo 2010¹¹, dos 2.449.341 habitantes residentes no Estado, 1.229.166 são do sexo feminino (50,2%). As faixas etárias de maior concentração são: 20 a 24 anos (9,1%), 30 a 34 anos (8,9%), 15 a 19 anos (8,9%) e 25 a 29 anos (8,8%). Estão na faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero (25 a 64 anos) 624.068 mulheres que correspondem a 50,8% da população feminina do Estado.

A expectativa média de vida das mulheres no Brasil é de 77 anos. Mato Grosso do Sul supera esse índice, e apresenta-se no contexto nacional com a 9ª maior esperança de vida em mulheres, que é de 77,7 anos. No Estado, a taxa de fecundidade em 2009 foi de 1,82 filhos por mulher, a 4ª menor taxa do país, o que coloca a fecundidade feminina no Estado abaixo do nível de reposição das gerações, assim como as estimativas do Brasil, registradas pelas PNAD 2006, 2007 e 2008 (1,99; 1,95 e 1,86 filhos por mulheres, respectivamente). No tocante ao mundo do trabalho, entre as 526 mil mulheres ocupadas no Estado, 111 mil são trabalhadoras domésticas, 104 mil trabalhadoras autônomas e cerca de 16 mil empregadoras; 28% dessas mulheres garantem a manutenção das suas famílias, pois estão na chefia do lar¹⁰.

REDE DE ATENÇÃO EM MATO GROSSO DO SUL

É dever constitucional do Estado garantir a saúde de seus cidadãos através de ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação e na assistência à saúde. Para que tudo isto seja feito de uma forma ordenada é necessária a formação de uma rede, um espaço virtual fora do âmbito dos municípios, porém real quando se constata que por ali transitam pessoas que buscam acesso às ações de saúde efetivas. Para avançar nesse processo, foram definidos espaços territoriais, com o objetivo de criar sistemas funcionais de saúde, onde todos os cidadãos tenham acesso garantido a todas as ações e serviços para o atendimento de suas necessidades, o mais próximo possível do seu local de moradia para as ações de menor complexidade ou cuja produção requiera menor tecnologia ou concentração cognitivo/tecnológica e, em quaisquer outros níveis, dentro e fora do Estado, para ações de complexidade e custo maiores. O Plano Diretor Regional (PDR)/MS dividiu o Estado em três macrorregiões e 11 microrregiões, abrangendo os 78 municípios de forma que os usuários SUS tenham acesso aos serviços da Atenção Básica no seu município de residência, da Atenção Secundária na sua microrregião e, se houver necessidade, de procedimentos de alta complexidade em serviços especializados nos polos macrorregionais, mediante referência¹⁰.

A atenção primária, responsável pelo rastreamento do colo do útero, é composta por 504 serviços que realizam em média 170.000 exames citopatológicos do colo do útero por ano, em todas as faixas etárias, nos quais são diagnosticadas em torno de 460 alterações de alto grau. No Estado, todos os exames de citologia do colo útero e anatomopatológicos são encaminhados para nove laboratórios que compõem a rede. A qualidade desses serviços é avaliada pelo Monitoramento Externo da Qualidade, feito pelo Laboratório Central de Saúde Pública, que realiza a inspeção de cerca de 10.000 lâminas anualmente. A atenção secundária, que é a referência para

atenção às mulheres que necessitam de colposcopia ou exérese da zona de transformação, está situada nas três macrorregiões e em 11 microrregiões, realizando, em média, 5.437 colposcopias e 329 CAF anualmente (de janeiro de 2008 a dezembro de 2011). A rede terciária para tratamento dos casos de câncer está situada nas três macrorregiões, sendo que a macrorregião de Três Lagoas está em fase de credenciamento. É importante dizer que, na macrorregião de Campo Grande, existe um serviço em microrregião situado no município de Corumbá.

FONTES DE DADOS

Cobertura

No que se refere ao registro de informações referentes às ações de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, observa-se grande escassez de dados até o ano de 1998. As informações da primeira fase de intensificação do Programa (agosto e setembro de 1998) foram parcialmente armazenadas em um aplicativo de informática construído para este fim, o programa SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Portaria nº.408 de 23/08/1999). A partir de janeiro de 2000, o registro da informação nesse aplicativo passou a ser obrigatória. Desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria com o INCA, o SISCOLO destina-se ao armazenamento de informações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Reúne dados de identificação da mulher, informações demográficas e epidemiológicas, além dos laudos padronizados dos exames citopatológicos e histopatológicos e de um módulo de monitoramento do processo de seguimento daquelas com lesões pré-neoplásicas, funcionando assim como um importante aliado no gerenciamento do Programa.

A série temporal do número de exames citopatológicos realizados anualmente no Estado entre julho de 1995 e dezembro de 2011 foi obtida a partir da página do DATASUS na Internet⁹. Foram considerados os seguintes procedimentos: até 10/1999: 603 - citopatologia e 605 - citopatologia; de 10/1999 a 12/2007: 1201101 - exame citopatológico cervicovaginal/microflora; após 01/2008: 0203010019 exame citopatológico cervicovaginal/microflora.

A cobertura da população feminina do Estado para realização do exame preventivo para câncer do colo do útero, definida como a distribuição percentual da população feminina de 25 anos e mais de idade conforme a realização do exame preventivo para câncer do colo do útero, em Mato Grosso do Sul, foi obtida da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)¹¹, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003 e 2008 (a PNAD não permite a desagregação dos dados por município). O método de cálculo empregado foi:

$$\frac{\text{Número de mulheres de 25 anos e mais por tempo referido desde a realização do último exame preventivo do câncer do colo do útero}}{\text{População feminina de 25 anos e mais residente}} \times 100$$

Uma vez que só há dado de cobertura para o Estado para os anos de 2003 e 2008, o MS vem recomendando o uso da razão entre o número de exames citopatológicos e o número de mulheres na população como um indicador útil para estimar a capacidade instalada de oferecer exames citopatológicos para a população-alvo do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero no Estado (população feminina de 25 a 59 anos) e analisar a distância existente entre a oferta atual de exames para a população a ser examinada e a necessidade real de exames para atingir uma cobertura de 80% da população-alvo (cobertura mínima recomendada pela OMS) dentro da periodicidade recomendada (1 exame a cada 3 anos após 3 resultados negativos). O indicador foi obtido a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número total de exames realizados na faixa etária de 25 a 59 anos por município de residência no ano}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 59 anos no mesmo local e período}}$$

A fim de analisar o cumprimento da meta pactuada no Estado (30% ao ano) no último triênio com dados encerrados (2008-2010), foram apresentadas informações geoprocessadas por município, tendo como parâmetro a meta cumulativa, ou seja, 90%. As razões foram calculadas considerando-se no numerador o número de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos no triênio e no denominador a população feminina de 25 a 59 anos no mesmo período. Essa estratégia objetivou, sobretudo, reduzir a variação anual observada nos municípios^{9,11}.

Incidência

A evolução das taxas de incidência do câncer do colo do útero no Estado foi avaliada a partir das estimativas elaboradas pelo MS. Embora a metodologia para o cálculo dessas projeções tenha sofrido importantes alterações ao longo dos anos e a qualidade da informação venha melhorando progressivamente, foram analisados os dados para os anos 2001¹² (primeiro ano com projeções individualizadas para o Estado), 2005¹³, 2009¹⁴ e 2013².

Mortalidade

As taxas de mortalidade específicas por câncer do colo do útero foram calculadas de acordo com a fórmula a seguir, onde os óbitos por câncer do colo do útero corresponderam aos códigos C53 do capítulo II – Neoplasias [tumores], da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao código 180 do capítulo II – Neoplasmas, da 9ª

Revisão (CID-9)⁹. O número de óbitos por câncer do colo do útero foi obtido a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por câncer do colo do útero}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100$$

Para analisar sua evolução temporal, taxas médias decenais (1980-1989, 1990-1999 e 2000-2009) de mortalidade específica por câncer do colo do útero foram apresentadas por município e geoprocessadas. As taxas foram calculadas considerando-se, no numerador, o número médio de casos e, no denominador, a população média para o decênio. Já a análise espacial foi apresentada em tercís, de acordo com a distribuição das taxas de mortalidade no último período (2000-2009): 1º tercil - taxas entre 0 e 5,12; 2º tercil - taxas entre 5,12 e 10,25; e 3º tercil - taxas entre 10,25 e 15,37/100.000 mulheres. Essa estratégia objetivou, sobretudo, reduzir a variação anual produzida pelos pequenos números observados nos municípios menores e acompanhar os possíveis impactos das ações realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cobertura

A série temporal da oferta de exames citopatológicos no Estado, entre julho de 1994 e dezembro de 2011, é apresentada na Figura 1. Observa-se que há dois incrementos importantes registrados em 1998 e 2002, anos em que foram realizadas campanhas nacionais para ampliação da cobertura desses exames.

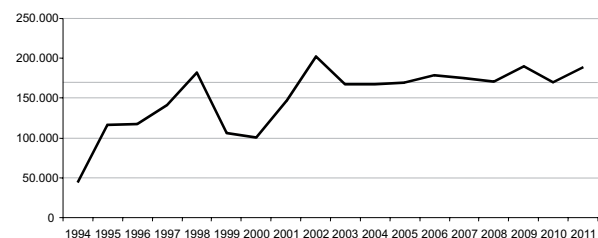


Figura 1. Número total de exames citopatológicos realizados. Mato Grosso do Sul, junho de 1994 - dezembro de 2011

Fonte: DATASUS⁹

Na campanha realizada entre 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, Mato Grosso do Sul registrou a participação de seus 77 municípios (100%), com 854 unidades de coleta funcionando no Estado. A meta de exames na faixa etária de 35 a 49 anos foi de 48.562, sendo realizados 71.578 exames, sendo 39.556 na faixa etária de 35 a 49 anos. A proporção da meta atingida pelo Estado foi de 81,45%, enquanto no Brasil foram registrados 55,73%. Nessa campanha, o Estado identificou 1.999 (2,79%)

mulheres com lesão de baixo grau e 508 (0,71%) com lesão de alto grau ou câncer. Foram considerados sem células anormais 69.071 (96,50%) exames. O seguimento das mulheres com lesões precursoras de alto grau ou câncer (n=508) mostrou que foram tratadas 296 (58,27%) pacientes, enquanto em 23 (4,53%) casos houve recusa ou abandono e 189 (37,20%) mulheres não foram localizadas⁷.

Já na campanha ocorrida entre 18 de março e 30 de abril de 2002, o Estado contou, mais uma vez, com a participação de seus 77 municípios (100%). A meta de exames (mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou na vida ou que o realizaram há três anos ou mais) a serem colhidos na faixa etária de 35 a 49 anos foi de 43.430, enquanto a meta de exames em todas as faixas etárias foi de 56.459. Foram realizados 91.891 exames, sendo 43.150 na faixa etária de 35 a 49 anos, atingindo-se 99,36% da meta para faixa etária e 162,76% para a meta de todas as idades. Nessa campanha, o Brasil atingiu 84,94% da meta estabelecida¹⁵.

No que diz respeito à cobertura da população feminina do Estado para realização do exame de Papanicolaou, observaram-se que os dados da PNAD, referentes aos anos de 2003 e 2008, apontam para um aumento de 22,3% (88,9 para 91,3%) no percentual de mulheres de 25 a 59 anos, faixa etária prioritária do Programa de Câncer do Colo do Útero, que relataram terem sido submetidas ao exame preventivo. Ao mesmo tempo, o percentual daquelas que realizaram o exame há menos de três anos permaneceu praticamente estável (82,0 para 82,9%). Os percentuais de mulheres de 25 a 59 anos que informaram nunca ter realizado o exame preventivo no Estado, nos dois períodos (11,1 para 8,7%), foram inferiores àqueles observados no Brasil (17,4 e 13,0%) e no Estados da Região Centro-Oeste (16,7 e 13,6%) (Tabela 1).

Quanto à faixa etária, observa-se que, nos dois períodos, o acesso ao exame foi maior nas faixas etárias mais jovens (25 a 49 anos em 2003 e 25 a 59 anos em 2008), embora a incidência do câncer do colo do útero seja crescente com a idade. Os dados sugerem ainda que, em consonância com as recomendações nacionais, houve uma maior adesão de mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos em 2008 do que em 2003 (aumento de 8,6%), o que pode se dever às estratégias de comunicação desenvolvidas, visando a captar esse grupo populacional. Já na faixa etária de 70 anos ou mais, que não tem recomendação formal do MS para a realização de exame de Papanicolaou de rotina, houve redução de 48,2% na cobertura, o que está de acordo com os protocolos nacionais e internacionais. As coberturas nas faixas etárias de 25 a 39 e de 60 a 69 anos praticamente não apresentaram alterações no período estudado (1,1 e 0,2%, respectivamente) (Tabela 1).

Observa-se ainda que, nos dois períodos, o acesso ao exame foi diretamente proporcional à renda. O acesso se manteve praticamente estável entre as mulheres que

ganham até 0,74 salários mínimos (aumento de 1,1%). Entre aquelas que ganham entre 0,75 e 1,99 salários mínimos, o aumento foi de 2,8%. Mas, entre aquelas que ganham 2 ou mais salários mínimos, o aumento foi de 7,7% (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o exame de Papanicolaou quanto ao tempo desde a realização do último exame preventivo. Mato Grosso do Sul, 2003 e 2008

Variáveis	Cobertura do exame de Papanicolaou (%)	
	2003	2008*
Tempo desde o último exame preventivo		
Até 3 anos	82,0	82,9
De 3 a 5 anos	4,9	5,0
6 anos ou mais	2,0	2,4
Nunca fez exame preventivo	11,1	8,7
Faixa etária		
25 a 39 anos	82,7	83,6
40 a 49 anos	85,4	78,6
50 a 59 anos	73,9	80,3
60 a 69 anos	59,8	59,6
70 anos ou mais	43,6	22,6
Renda per capita em salários mínimos (SM)		
De 0 a 0,74 SM	77,8	78,7
De 0,75 a 1,99 SM	80,8	83,1
2 ou mais SM	91,5	84,4

Fonte: IBGE11

* Uma vez que as categorias de tempo do último exame são diferentes entre a PNAD 2008 e a PNAD 2003, os dados da PNAD 2008 foram agregados da seguinte forma: até 3 anos= até 1 ano + mais de 1 até 2 anos + mais de 2 até 3 anos; de 3 a 5 anos= mais de 3 até 4 anos + mais de 4 até 5 anos; 6 anos ou mais= mais de 5 até 10 anos + mais de 10 anos

A análise da razão entre o número de exames citopatológicos cervicovaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária, indicador recomendado pelo MS, mostrou que, no triênio 2008-2010 (Figura 2), em 25 municípios, a meta ($\geq 90\%$) foi atingida (Batayporá, Bandeirantes, Bodoquena, Jardim, Sete Quedas, Nova Andradina, Costa Rica, Jateí, Chapadão do Sul, Ivinhema, Figueirão, Camapuã, Japorá, Rio Brillante, Coronel Sapucaia, Vicentina, Inocência, Paranhos, Cassilândia, Laguna Carapá, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu, Sidrolândia, Tacuru, Dois Irmãos do Buriti). Apenas em dois municípios (Aral Moreira e Ponta Porá), a razão entre o número de exames citopatológicos e o de mulheres da população ficou abaixo de 50% da meta, ou seja, abaixo de 45%. Os demais municípios do Estado apresentaram valores entre 45 e 90% da meta no triênio.

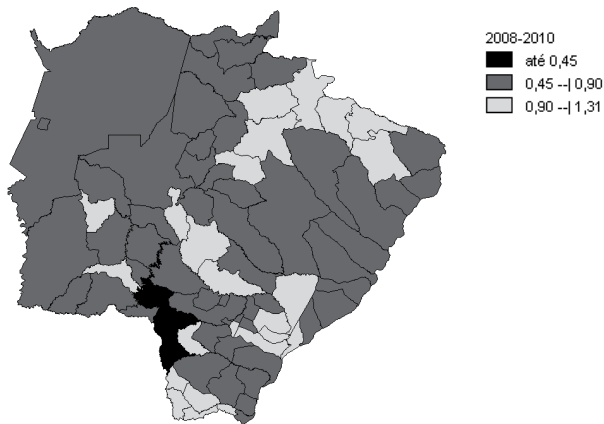


Figura 2. Razão entre o número de exames citopatológicos cervicovaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária, por município. Mato Grosso do Sul, 2008-2010

Fonte: DATASUS⁹ e IBGE¹¹

Incidência

As taxas de incidência do câncer do colo do útero estimadas para o Estado de Mato Grosso do Sul passaram de 14,68/100.000 mulheres em 2001 para 35,13/100.000 mulheres em 2013, representando um aumento relativo de 139% no período (Figura 3). No mesmo período, no Brasil, observou-se uma redução de 7% nas mesmas taxas. Esse aumento detectado no Estado pode ser devido à melhoria no diagnóstico, maior acesso aos serviços de saúde ou à maior exposição da população aos fatores de risco para câncer do colo do útero.

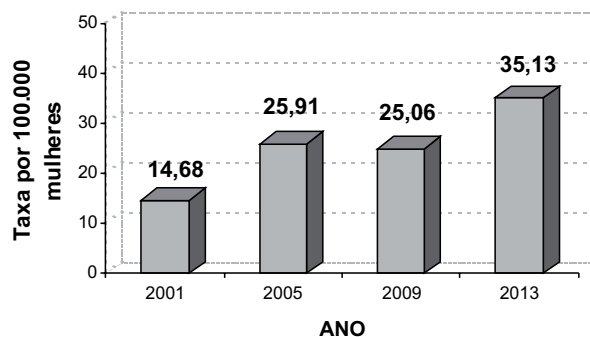


Figura 3. Evolução temporal das taxas estimadas de incidência do câncer do colo do útero. Mato Grosso do Sul, 2001-2013

Fonte: INCA^{2, 12-14}

Mortalidade

As taxas de mortalidade específicas por câncer do colo do útero, ajustadas por idade, apresentaram um aumento de 33,8% no período compreendido entre 1979 (taxa bruta= 3,47; taxa ajustada pela população padrão mundial= 5,92; taxa ajustada pela população padrão do

Brasil= 5,18) e 2009 (taxa bruta= 7,85; taxa ajustada pela população padrão mundial= 7,50; taxa ajustada pela população padrão do Brasil= 6,93), considerando-se o ajuste pela população padrão brasileira do censo demográfico de 2000.

A análise das taxas médias decenais (1980-1989, 1990-1999 e 2000-2009) de mortalidade específica por câncer do colo do útero mostrou que, entre a primeira e segunda década, houve um incremento de 10,6%, passando de 4,73 para 5,23 por 100.000 mulheres, enquanto, entre a segunda e terceira década, esse aumento foi de 28,7%, atingindo 6,73 por 100.000. Entre o primeiro e o último decênio, o aumento foi de 42,3%.

Já a análise espacial (Figura 4) mostrou que no primeiro decênio (1980-1989) 29 municípios não apresentaram óbitos por câncer do colo do útero (Água Clara, Anaurilândia, Aral Moreira, Bodoquena, Caracol, Chapadão do Sul, Corguinho, Coronel Sapucaia, Costa Rica, Deodápolis, Dois Irmãos do Buriti, Douradina, Itaporá, Itaquiraí, Jateí, Juti, Nioaque, Paranhos, Pedro Gomes, Rio Negro, Rio Verde de Mato Grosso, Rochedo, Santa Rita do Pardo, Selvíria, Sete Quedas, Sonora, Tacuru, Taquarussu, Vicentina). Esse número caiu para 15 municípios no segundo decênio (Água Clara, Corguinho, Dois Irmãos do Buriti, Jateí, Rio Negro, Rochedo, Selvíria, Tacuru, Taquarussu, Inocência, Camapuá, Alcinoópolis, Japorá, Laguna Carapá, Nova Alvorada do Sul) e para 11 no terceiro decênio (Corguinho, Jateí, Rio Negro, Rochedo, Taquarussu, Inocência, Anaurilândia, Sonora, Pedro Gomes, Douradina, Figueirão). Cinco municípios não apresentaram nenhum óbito por câncer do colo do útero no período analisado (Anaurilândia, Sonora, Pedro Gomes, Douradina, Figueirão). Por outro lado, taxas consideradas elevadas (acima de 10,25/100.000) foram observadas em apenas um município no primeiro decênio (Bela Vista), aumentando para três no segundo decênio (Iguatemi, Rio Brilhante, Aparecida do Taboado), passando a dez municípios no terceiro decênio (Ladário, Bela Vista, Jardim, Japorá, Antônio João, Caracol, Selvíria, Bandeirantes, Eldorado, Paranhos). Em alguns municípios (Mundo Novo, Eldorado, Jardim), o aumento observado nas três décadas foi de oito vezes. Em outros 25 municípios, as taxas também aumentaram, mas em menor proporção (Itaporá, Água Clara, Aral Moreira, Costa Rica, Chapadão do Sul, Santa Rita do Pardo, Itaquiraí, Vicentina, Nioaque, Juti, Rio Verde de Mato Grosso, Sete Quedas, Dois Irmãos do Buriti, Bodoquena, Deodápolis, Tacuru, Coronel Sapucaia, Caracol, Selvíria, Paranhos, Nova Alvorada do Sul, Laguna Carapá, Novo Horizonte do Sul, Alcinoópolis, Japorá). Em apenas 19 municípios, as

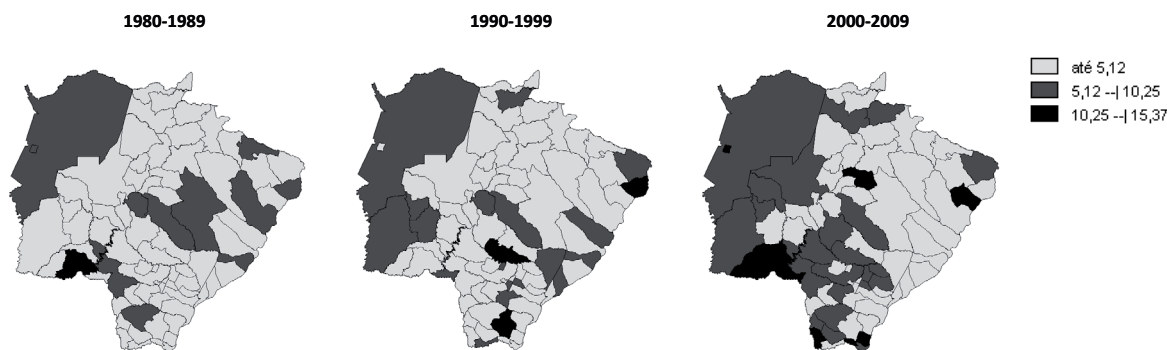


Figura 4. Distribuição espacial das taxas de mortalidade específicas por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres, por município e por década. Mato Grosso do Sul, 1980-2009

Fonte: DATASUS⁹ e IBGE¹¹

taxas se mantiveram estáveis ou decaíram ao longo do tempo (Inocência, Camapuã, Batayporã, Terenos, Três Lagoas, Guia Lopes da Laguna, Bataguassu, Aparecida do Taboado, Cassilândia, Brasilândia, Jaraguari, Ribas do Rio Pardo, Bela Vista, Campo Grande, Corguinho, Jateí, Rio Negro, Rochedo, Taquarussu).

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir da análise dos indicadores selecionados para este estudo que o Estado de Mato Grosso do Sul apresentou consolidação do número anual de exames citopatológicos realizados pelo SUS entre 150 e 200 mil, com aumento de 22,3% (88,9 em 2003 para 91,3% em 2008) no percentual de mulheres de 25 a 59 anos que relataram ter sido submetidas ao exame preventivo. Apesar do aumento da cobertura, entre 2008 e 2010, apenas um terço dos municípios do Estado atingiu a meta para a razão entre o número de exames citopatológicos cervicovaginais e a população feminina. É importante destacar que, no Estado, segundo dados do SISCOLO para os últimos três anos (2009-2011), em 472.561 citologias realizadas, em 88,4% dos casos, as mulheres referiam realização do último exame em até três anos e em 95,9% das situações o último exame havia sido realizado em até cinco anos ou mais⁹. Esses fatos podem ser responsáveis pelo aumento no número de casos novos de câncer do colo do útero estimados nos últimos anos (aumento da taxa estimada de incidência de 139% entre 2001 e 2012) e nas taxas de mortalidade ajustadas por idade (aumento de cerca de 30% entre 1979 e 2009). Nota-se também que a evolução temporal da mortalidade apresenta tendência crescente nos municípios que fazem fronteira com o Paraguai e a Bolívia. Esses resultados apontam para a necessidade de se fortalecer as parcerias com países vizinhos para implementar ações de atenção integral à saúde da mulher, especialmente na área do

câncer do colo do útero e da mama, além de dedicar atenção diferenciada para as mulheres indígenas que representam um importante contingente de mulheres excluídas nessas áreas.

CONTRIBUIÇÕES

Hilda Guimarães de Freitas, Maria Aparecida da Silva e Luiz Claudio Santos Thuler contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e análise dos dados, na redação e revisão crítica do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Organization's fight against cancer: strategies that prevent, cure and care [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2007 [cited 2011 Jul 27]. 24 p. Available from: <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 mar 20]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
3. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil [editorial]. Rev bras ginecol obstet. 2008;30(5):216-8.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas de mortalidade por câncer [Internet]. [atualizado 2011 dez 2; citado 2012 fev 24]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.

6. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev bras ginecol obstet.* 2005;27(8):485-92.
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: relatório novembro de 2000: metas cumpridas e novas perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2000 [citado 2012 mar 6]. 107 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/viva_mulher_relatorio_2000.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo do útero [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 2012 mar 6]. 30 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uterio.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde [Internet]. [citado 2012 mar 26]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
10. Silva MA, Freitas HG, Costa KC, Geniole LAI, Almeida G, Vargas SL, et al. Atenção integral à saúde do adulto. In: Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA, Costa KC, organizadores. Assistência multidisciplinar à saúde, volume 2. Campo Grande: Editora UFMS; 2011. Módulo 3, p. 23-142. Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/CEAD/UFMS.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [citado 2012 mar 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001. 86 p.
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 94 p.
14. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007. 94 p.
15. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA; 2002 [citado 2012 mar 6]. 78 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf

Abstract

Introduction: Cervical cancer presents high incidence and mortality rates in Brazil. **Objective:** To describe the coverage of cervical cancer early detection actions, incidence and mortality in the State of Mato Grosso do Sul. **Method:** A descriptive and exploratory study. We analyzed data from the informatics department of the Brazilian health care system, Brazilian Institute of Geography and Statistics, National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva. A descriptive analysis of the information was done. **Results:** The percentage of women between 25 and 59 years of age who performed the Pap smear in the last three years has remained constant between 2003 and 2008: 82.0% and 82.9% respectively, however there was a drop in the number of those who had never done the exam in life: from 11.1% to 8.7%, respectively. The ratio between the number of Pap smears performed in women between 25 and 59 years old and the female population in this age group exceeded the goal (≥ 0.90) in 25 municipalities in the years 2008 to 2010. However, the estimated rates of incidence of cervical cancer had an increase of 139% over the past 12 years, while the mortality rates increased 33.8% in 30 years. **Conclusion:** These results point to the need to strengthen partnerships to implement actions to offer a comprehensive health care to women, especially focused on indigenous women, who represent a significant number of excluded women in these areas.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Vaginal Smears; Incidence; Mortality; Statistical Distributions; Brazil

Resumen

Introducción: El cáncer del cuello del útero presenta altas tasas de incidencia y mortalidad en Brasil. **Objetivo:** Describir la cobertura de las medidas de detección precoz del cáncer del cuello del útero, su incidencia y mortalidad en el Estado de Mato Grosso del Sur. **Método:** Estudio descriptivo y exploratorio. Se analizaron los datos del Departamento de Informática del sistema único de salud en Brasil, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las informaciones. **Resultados:** El porcentaje de mujeres de 25 a 59 años que realizaron el Papanicolaou en los últimos tres años se ha mantenido estable entre 2003 y 2008: 82,0% y 82,9% respectivamente, sin embargo, hubo un descenso en el número de las mujeres que nunca hicieron la prueba en la vida: del 11,1% al 8,7%, respectivamente. La razón entre la cantidad de pruebas citopatológicas realizadas en mujeres de 25 a 59 años de edad y la población femenina en esta franja de edad superó la meta ($\geq 0,90$) en los años 2008 a 2010 en 25 municipios del Estado. Sin embargo, las tasas estimadas de incidencia del cáncer del cuello del útero se incrementaron del 139% en los últimos 12 años, mientras que la serie de datos de mortalidad se observó un incremento del 33,8% en 30 años. **Conclusión:** Estos resultados apuntan a la necesidad de fortalecer las alianzas para poner en práctica acciones para la atención integral de la salud de las mujeres, especialmente direccionadas para las mujeres indígenas, que representan un número significativo de mujeres excluidas de estas áreas. **Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino; Frotis Vaginal; Incidencia; Mortalidad; Distribuciones Estadísticas; Brasil