

Políticas públicas de atenção ao câncer de colo de útero no Brasil

Public policies for cervical cancer care in Brazil

Políticas públicas para la atención del cáncer de cuello uterino en Brasil

Recebido: 18/11/2022 | Revisado: 24/11/2022 | Aceitado: 01/12/2022 | Publicado: 10/12/2022

Avanúzia Ferreira Matias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5037-7189>
Universidade Regional do Cariri, Brasil
E-mail: avamatias@gmail.com

Kátia Monaisa Figueiredo Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4109-4077>
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Brasil
E-mail: katia.figueiredo@urca.br

Nadja França Menezes da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6630-028X>
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Brasil
E-mail: nadjafranca@leaosampaio.edu.br

Inês Dolores Teles Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7280-8442>
Universidade Regional do Cariri, Brasil
E-mail: ines.teles@urca.br

Hudson Pimentel Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9973-6100>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: professorhudsonpimentel@gmail.com

Resumo

O câncer de colo de útero é o terceiro tipo de neoplasia maligna que mais causa o óbito de mulheres no Brasil. Associado ao vírus HPV, pode evoluir de forma agressiva em um intervalo de até 20 anos. Por essa razão, é importante a conscientização acerca da importância dos exames preventivos oferecidos pela Atenção Básica à Saúde. Nesse contexto, este ensaio se justifica pela necessidade de discutir a funcionalidade dos serviços essenciais de saúde como basilares na descoberta precoce de patologias cancerígenas, muitas vezes constatadas por meio de exames citológicos em pessoas assintomáticas. Objetivou-se descrever as estratégias da ABS voltadas para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo de útero no Brasil, bem como apresentar os resultados estatísticos de morte por essa enfermidade entre os anos de 2017 e 2019, refletir sobre a eficácia das políticas públicas em saúde direcionadas para o combate da doença e analisar, com base nos registros estatísticos, sua tendência regressiva. Metodologicamente, realizou-se uma revisão narrativa da literatura com base em artigos científicos, teses, dissertações e em informações institucionais do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer, publicadas em Cadernos de Atenção Básica e em plataformas digitais. Como resultado, tem-se a repercussão das ações desenvolvidas pela ABS para combater o câncer de colo de útero, assim como a deficiência e fragilidade do serviço, com base nos registros de morte divulgados pelo Ministério da Saúde no triênio de 2017 a 2019 e, ainda, conclusões acerca da tendência regressiva do número de óbitos.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde; Papilomavírus humano; Câncer de colo do útero.

Abstract

Cervical cancer is the third type of malignant neoplasm that most causes the death of women in Brazil. Associated with the HPV virus, it can evolve aggressively over a period of up to 20 years. For this reason, it is important to raise awareness about the importance of preventive exams offered by Primary Health Care. In this context, this essay is justified by the need to discuss the functionality of essential health services as fundamental in the early detection of cancerous pathologies, often found through cytological examinations in asymptomatic people. The objective was to describe the ABS strategies aimed at the diagnosis and treatment of cervical cancer in Brazil, as well as to present the statistical results of death from this disease between the years 2017 and 2019, to reflect on the effectiveness of public policies in health aimed at combating the disease and analyze, based on statistical records, its regressive trend. Methodologically, a narrative review of the literature was carried out based on scientific articles, theses, dissertations and institutional information from the Ministry of Health and the National Cancer Institute, published in Cadernos de Atenção Básica and on digital platforms. As a result, there is the repercussion of the actions developed by the ABS to combat cervical cancer, as well as the deficiency and fragility of the service, based on the death records released by

the Ministry of Health in the three-year period from 2017 to 2019 and, also, conclusions about the regressive trend in the number of deaths.

Keywords: Primary health care; Human papillomavirus; Cervical cancer.

Resumen

El cáncer de cuello uterino es el tercer tipo de neoplasia maligna que más causa la muerte de mujeres en Brasil. Asociado con el virus HPV, puede evolucionar agresivamente durante un período de hasta 20 años. Por ello, es importante concienciar sobre la importancia de los exámenes preventivos que ofrece la Atención Primaria de Salud. En ese contexto, este ensayo se justifica por la necesidad de discutir la funcionalidad de los servicios esenciales de salud como fundamentales en la detección precoz de patologías cancerosas, muchas veces encontradas a través de exámenes citológicos en personas asintomáticas. El objetivo fue describir las estrategias de ABS dirigidas al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino en Brasil, así como presentar los resultados estadísticos de muerte por esta enfermedad entre los años 2017 y 2019, para reflexionar sobre la efectividad de las políticas públicas en salud, destinadas a combatir la enfermedad y analizar, con base en registros estadísticos, su tendencia regresiva. Metodológicamente, se realizó una revisión narrativa de la literatura a partir de artículos científicos, tesis, disertaciones e informaciones institucionales del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional del Cáncer, publicados en *Cadernos de Atenção Básica* y en plataformas digitales. Como resultado, está la repercusión de las acciones desarrolladas por la ABS para combatir el cáncer de cuello uterino, así como la deficiencia y fragilidad del servicio, con base en los registros de defunción difundidos por el Ministerio de Salud en el trienio de 2017 a 2019 y, también, conclusiones sobre la tendencia regresiva en el número de muertes.

Palabras clave: Primeros auxilios; Virus del papiloma humano; Cáncer de cuello uterino.

1. Introdução

O câncer do colo do útero é um tipo de carcinoma antecedido por um longo período de doença pré-invasiva, denominada de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC são II e III, pois nestas fases constatam-se uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido à sua maior expectativa de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento, são consideradas seus reais precursores. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 e 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora (Sellors & Sankaranarayanan, 2004; McCredie et al., 2008).

Sobre o câncer do colo do útero, pode-se dizer que esta é uma patologia iniciada por meio de transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor no ínterim que varia de 10 a 20 anos. O colo do útero se reveste por inúmeras camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. O início de um câncer nesta área está relacionado ao desarranjo das camadas, juntamente com alterações nas células, que se apresentam na forma de núcleos mais corados ou até figuras atípicas de divisão celular (Brasil, 2013; Doorbar et al., 2016).

Quando o desarranjo se processa nas camadas mais basais do epitélio estratificado, representa uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I) – Baixo Grau (anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se o desarranjo progride 2/3 proximais da membrana, certamente, a paciente tem uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II (NIC II) – Alto Grau. Já na Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III (NIC III) – também de Alto Grau, o desarranjo é percebido em todas as camadas, sem romper a membrana basal¹.

Considerando a NIC III, bem como outras neoplasias que invadem tecidos e órgãos, estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam o câncer como o problema de saúde pública mais recorrente no mundo e, na maioria dos países, esta é uma das quatro maiores causas de morte antes dos 70 anos de idade.

Considerando as diversas realidades e dificuldades de muitas pacientes para conseguir atendimento médico e realização de exames preventivos, este ensaio propôs-se a discutir a funcionalidade dos serviços essenciais de saúde como estratégias basilares na descoberta precoce de patologias cancerígenas, muitas vezes descobertas por meio de exames

¹ <https://aps.bvs.br/aps/quais-as-diferencas-entre-nic-i-nic-ii-e-nic-iii/>

citológicos em pessoas assintomáticas. É essencial que haja reflexões acerca dos serviços que se deve buscar na Atenção Básica à Saúde, a frequência com que se deve realizar certos exames e as possibilidades de tratamentos que se pode reivindicar quando há o diagnóstico de neoplasias malignas.

Tendo em vista a temática abordada, este ensaio contribui, juntamente com outros que já existem, para o esclarecimento das pessoas sobre a importância do diagnóstico correto, dos tratamentos precoces, do acompanhamento terapêutico, além da conscientização sobre os tipos de exames que devem ser feitos com certa frequência para que se possa garantir uma análise minuciosa de tecidos e órgãos, como uma forma de localizar e interferir no desenvolvimento de doenças como as neoplasias malignas.

Com base no exposto acima, estruturou-se a problematização deste trabalho em torno da investigação acerca das políticas públicas voltadas para a realização de exames de prevenção e para o tratamento de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Para discutir o objeto de estudo, foi necessário refletir sobre quais estratégias da Atenção Básica à Saúde são direcionadas para o diagnóstico e tratamento de câncer de colo de útero em mulheres adultas no Brasil.

A partir deste questionamento, os propósitos do texto são, sobretudo, descrever as estratégias da Atenção Básica à Saúde voltadas para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo de útero no Brasil; apresentar, segundo o INCA, os resultados estatísticos de morte por câncer de colo de útero entre 2017 e 2019 no Brasil; refletir sobre a eficácia das políticas públicas em saúde direcionadas para a prevenção e para o tratamento de câncer de colo de útero no país e analisar a tendência regressiva da doença no Brasil.

2. Metodologia

Para reunir informações relevantes sobre câncer de colo do útero, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o propósito de sintetizar informações acerca dos principais conceitos teóricos relativos à temática, possibilitando o levantamento de discussões de cunho opinativo pessoal (Smith, 2012).

A pesquisa desenvolveu-se a partir dos registros acerca de mortalidade por câncer de colo de útero e de informações sobre as políticas públicas desenvolvidas para garantir assistência médica para o tratamento dessa enfermidade. Sendo assim, o ensaio teve a finalidade de favorecer mais informações sobre o assunto, com o intuito de contribuir para uma reflexão mais acurada sobre a temática.

Esse tipo de pesquisa proporciona a reunião de ideias oriundas de diversas fontes, visando substanciar informações para um assunto já conhecido (Freitas & Prodanov, 2013).

Considerando-se, prioritariamente, a relevância do tema, que foi analisado com base em resultados de pesquisas de alguns autores cujo foco se volta para a vulnerabilidade da população que precisa do tratamento por meio das estratégias disponibilizadas na Atenção Básica à Saúde (ABS), o estudo apoiou-se em fontes primárias, sendo estes materiais publicados em livros, artigos, dissertações e teses e, ainda, em registros divulgados por órgãos oficiais, a exemplo do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer, entre outros. Nesse sentido, entende-se que a revisão narrativa constitui o procedimento básico para o estudo.

Os dados coletados foram disponibilizados nas plataformas oficiais do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer por meio de Cadernos de Atenção Básica. Desse modo, buscaram-se dados comparativos, a partir dos registros feitos no triênio de 2017 a 2019, uma vez que nos anos 2020 e 2021 o registro dos dados pode ter sido comprometido por consequência da pandemia do Covid 19, período em que a maior parte dos serviços de saúde estavam voltados para o combate a esta doença.

Os dados analisados por meio das bases de dados dão enfoque ao percentual de morte de mulheres brasileiras em consequência de câncer de colo de útero. Essas pacientes foram incluídas nos registros divulgados por órgãos públicos de

saúde do Brasil. Quanto aos documentos registrados em bases de dados oficiais do governo, utilizaram-se aqueles que descrevem as políticas públicas e as estratégias atribuídas à ABS para o diagnóstico e tratamento da referida enfermidade. Os dados apresentados em forma de gráficos e tabelas, a partir das estatísticas sistematizadas no banco de dados informatizados, foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Os órgãos oficiais do Governo Federal possuem dados relativos à idade das pacientes hospitalizadas, ao diagnóstico, ao tempo de hospitalização, à data de internação e às ocorrências de óbitos durante a internação, porém, estas informações são disponibilizadas integralmente apenas para profissionais da saúde com acesso ao sistema. Por esta razão, neste trabalho, utilizaram-se apenas os dados referentes aos óbitos (por idade, por unidade federativa e por período), pois são estes os registros disponíveis para a sociedade em geral.

Para a discussão, utilizaram-se os valores estatísticos descritivos (valores absolutos, média percentual e alteração relativa). Para estabelecer valores representativos de cada ano (2017, 2018 e 2019) e região (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte), foi utilizada a média aritmética dos valores dos estados pertencentes a cada região. Sucessivamente, verificou-se a distribuição de dados para a comparação da média entre regiões e anos.

Considerando os dados citados, pôde-se descrever elementos mencionados nos objetivos e refletir sobre eles, além de contribuir com considerações sobre o assunto.

3. Resultados e Discussão

Junto ao INCA, existe uma Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, cuja determinação é estabelecer o cuidado integral ao usuário e que esta atenção seja oferecida de forma regionalizada e descentralizada e, ainda, que o tratamento do câncer seja feito em estabelecimentos de saúde habilitados, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), conforme Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019 (Brasil, 2019a).

Unacons e Cacons precisam oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Essas ações são ratificadas na Portaria Nº 84, de 15 de dezembro de 2021 (Brasil, 2021a), com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços no enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

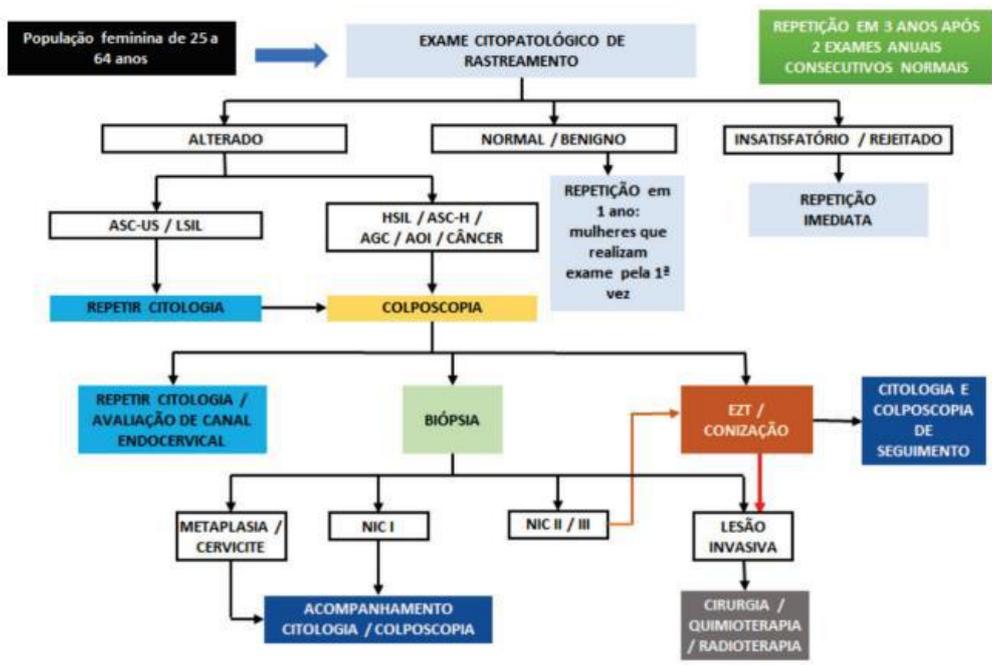
Com base na Política Nacional citada no parágrafo anterior, o câncer de colo de útero precisa ser diagnosticado o mais precocemente possível, e a equipe multiprofissional que compõe a ABS deve acompanhar a paciente e oferecer-lhe toda a assistência de que ela necessitar.

O atendimento médico inicial deve acontecer nas Unidades de Saúde da Família (USF), pois os exames de prevenção ao câncer de colo do útero podem ser agendados para qualquer paciente. A faixa etária que inspira mais atenção compreende a população feminina entre 25 e 64 anos, sendo este o público-alvo para rastreamento, pois é a faixa etária mais incidente para o câncer de colo do útero (Brasil, 2016).

Neste sentido, o rastreamento de lesões precursoras é realizado por meio de exame citopatológico (Papanicolaou), sendo este um exame indolor, rápido e de baixo custo. Entretanto, é realizado por profissional devidamente habilitado como médico e/ou enfermeiro.

Com a finalidade de descrever o protocolo de atendimento às pacientes, de acordo com a norma dos Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero, o Ministério da Saúde disponibiliza, no Manual de Parâmetros Técnicos, o fluxograma a seguir, apresentado na Figura 1:

Figura 1 - Exames para rastreamento do câncer de colo de útero.



Fonte: Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer do colo do útero (Brasil, 2019b, p.13).

Dependendo do resultado do exame citopatológico de rastreamento, o profissional de saúde deverá informar à paciente com qual periodicidade é necessário realizar o exame novamente. Quando o resultado do exame indica alguma alteração, há dois caminhos a seguir.

O primeiro caminho é seguido quando se detecta lesão intraepitelial escamosa de baixo risco (LSIL). Neste caso, repete-se o exame de citologia e complementa-se com uma colposcopia e biópsia do material coletado. O segundo caminho, por sua vez, é seguido quando se detecta lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), devendo-se submeter a paciente a uma colposcopia e, em seguida, encaminhar o material coletado para a biópsia. O resultado do rastreamento de lesões será decisivo para o encaminhamento da paciente para o tratamento mais adequado (Brasil, 2019b).

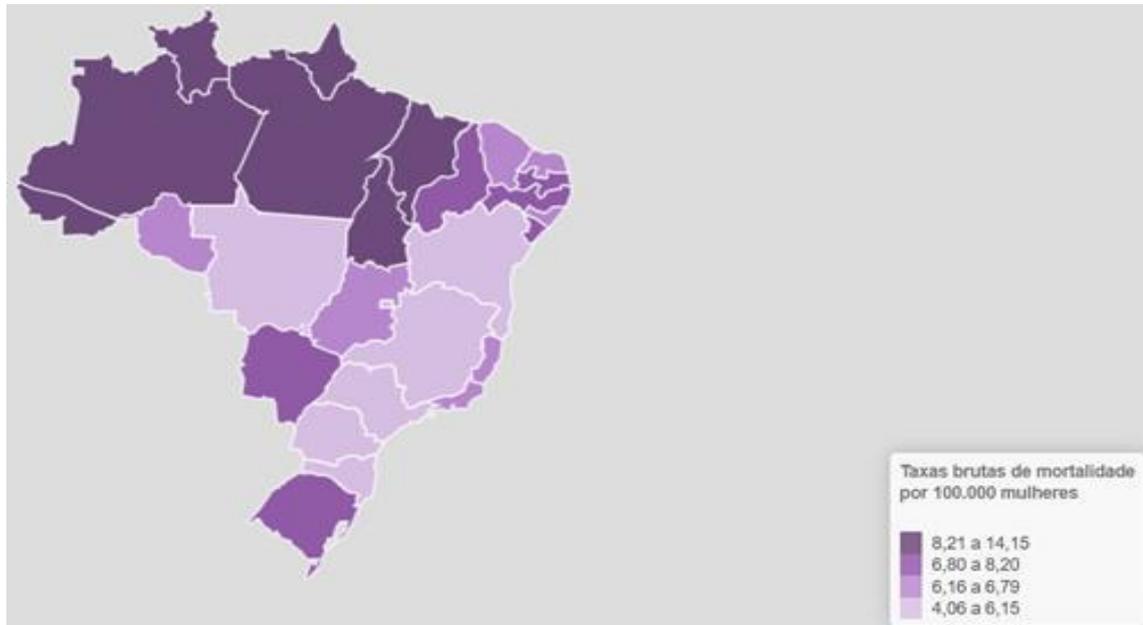
Entende-se que, para alcançar sucesso na estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero, é necessário planejamento, monitoramento e avaliação da estratégia. Essa pode ser uma das razões pelas quais a ação, nem sempre, seja tão eficaz quanto se espera, pois, em algum momento, pode haver a necessidade de adequar a execução do plano. Segundo Ramos et al. (2022), um exemplo dessa necessidade se dá pela dificuldade que as pacientes encontram para realizar a consulta e o exame em algumas unidades, devido a problemas estruturais, tais como a estrutura física da USF, a ineficiência do serviço de agendamento e horário incompatível entre o disponibilizado pelo profissional da saúde e a disponibilidade da paciente.

Neste sentido, é preciso reavaliar cada etapa do rastreamento; isso implica principiar, por meio de agentes de saúde, o convite às mulheres para realizar o exame, a disponibilização do exame de qualidade, acompanhamento, encaminhamento para tratamento e cuidado multiprofissional.

Apesar de todo o planejamento acerca do rastreamento de câncer de colo de útero e do tratamento precoce oferecido às pacientes, no Brasil ainda é alto o número de mulheres que morrem por essa enfermidade. Dados do INCA revelam as taxas brutas de mortalidade por 100.000 mulheres², como se pode ver a seguir, na Figura 2 e na Tabela 1, respectivamente.

² <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/dados-e-numeros/mortalidade>

Figura 2 – Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de Colo do Útero, por 100.000 mulheres, pelas unidades da federação do Brasil, entre 2017 e 2019.



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. MP/Fundação Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

A Figura 2 apresenta os estados brasileiros separados por tonalidades de roxo, que servem para indicar em quais unidades da Federação é mais recorrente o número de morte por câncer de colo de útero.

De acordo com o mapa, é possível visualizar que os estados com maiores índices de mortalidade por essa enfermidade são os da região Norte. O estado de Rondônia é uma exceção, por ser o único a não apresentar uma situação crítica na região Norte.

Ainda, de acordo com a tonalidade dos estados, é possível perceber que as menores taxas brutas de mortalidade em consequência de câncer de colo de útero estão nos estados de São Paulo e Minas Gerais (região Sudeste), no estado da Bahia (região Nordeste), nos estados do Paraná e Santa Catarina (região Sul) e no estado do Mato Grosso e Distrito Federal (região Centro-Oeste).

Segundo Rosa et al. (2009), o câncer de colo de útero corresponde a 6% das mortes por neoplasias entre mulheres no mundo, com, aproximadamente, 500 mil novos casos diagnosticados a cada ano. Segundo estimativa do estudo, cerca de 231 mil mulheres morrem anualmente por câncer cervical invasivo, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países subdesenvolvidos.

Percebe-se que, no Brasil, mesmo que tenha havido o desenvolvimento de programas para o diagnóstico precoce das lesões intraepiteliais cervicais consideradas malignas, este ainda é um problema de saúde pública que causa preocupação, por não demonstrar uma redução satisfatória nos números de mortes registradas anualmente pelos órgãos oficiais do governo. Estes dados estão evidenciados no registro de mortes por ano e são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Taxas de mortalidade por câncer de Colo do Útero, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, no Brasil, entre 2017 e 2019.

Localidade	Taxas Específicas												Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizadas	
	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais	idade ignorada			Pop Mundial(1)	Pop. Brasil(2)
Acre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,85	7,91	14,83	38,65	39,92	36,27	80,18	0,00	9,37	4	11,03	11,85
Alagoas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	5,64	11,43	15,84	17,82	23,77	27,97	0,00	6,72	17	6,00	6,49
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	3,35	6,31	13,64	29,62	41,33	70,78	87,92	0,00	9,10	5	11,49	12,37
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,34	2,74	13,57	27,52	40,41	56,03	80,97	88,41	0,00	14,15	1	16,27	17,49
Bahia	0,00	0,00	0,06	0,05	0,61	4,46	7,93	12,06	15,39	18,23	28,20	0,00	5,72	23	4,59	4,96
Ceará	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	4,41	8,44	14,14	20,67	26,32	35,64	0,00	6,79	14	5,51	5,91
Distrito Federal	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04	4,41	8,03	10,19	13,69	25,02	31,30	0,00	5,59	24	4,60	5,03
Espírito Santo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	5,41	8,30	12,66	18,34	18,54	35,17	0,00	6,78	15	5,13	5,56
Goiás	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	4,86	10,59	12,79	17,50	23,58	29,51	0,00	6,47	18	5,37	5,80
Maranhão	0,00	0,00	0,10	0,00	1,41	9,70	15,98	26,07	32,41	41,64	50,01	0,00	9,97	3	9,68	10,44
Mato Grosso	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	4,59	8,43	9,75	14,41	29,51	37,65	0,00	5,45	25	4,91	5,39
Mato Grosso do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04	6,80	10,63	15,22	17,80	31,07	54,05	0,00	7,93	8	6,35	7,01
Minas Gerais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,61	2,87	5,18	7,30	10,19	14,47	17,47	0,00	4,24	26	3,04	3,29
Paraná	0,00	0,00	0,00	0,00	0,98	5,94	8,51	9,33	12,94	20,23	23,60	0,00	6,03	22	4,48	4,91
Paraíba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	3,64	8,06	12,01	20,22	31,96	37,25	0,00	7,06	11	5,36	5,75
Pará	0,00	0,00	0,00	0,08	1,33	7,14	16,66	21,39	31,92	47,01	50,48	0,00	8,72	6	9,15	9,82
Pernambuco	0,00	0,00	0,00	0,00	1,20	6,15	10,25	13,18	18,76	23,64	31,89	0,00	7,09	10	5,69	6,17
Piauí	0,00	0,00	0,00	0,23	0,71	6,31	10,62	14,07	23,91	27,14	50,17	0,00	7,84	9	6,42	6,96
Rio Grande do Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	3,97	8,40	13,32	16,92	22,10	32,34	0,00	6,38	19	5,03	5,43
Rio Grande do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	6,29	10,54	11,25	12,11	14,60	22,36	0,00	6,82	13	4,71	5,18
Rio de Janeiro	0,00	0,00	0,00	0,06	1,39	5,49	9,25	10,88	12,86	13,57	13,88	0,00	6,18	20	4,42	4,79
Rondônia	0,00	0,00	0,00	0,00	1,07	4,27	8,36	17,87	27,43	43,70	23,40	0,00	6,76	16	6,76	7,11
Roraima	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,35	24,26	32,96	47,54	59,43	16,71	0,00	10,31	2	12,40	13,00
Santa Catarina	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	6,61	8,66	10,91	12,72	17,64	16,08	0,00	6,12	21	4,60	5,03
Sergipe	0,00	0,00	0,00	0,00	1,29	4,73	8,34	13,58	21,92	33,46	38,25	0,00	6,82	12	5,92	6,36
São Paulo	0,00	0,00	0,00	0,06	0,89	3,05	5,32	7,19	9,65	11,44	14,33	0,00	4,06	27	2,96	3,20
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	7,33	13,21	18,56	17,31	40,87	95,64	0,00	8,47	7	7,76	8,76
Brasil	0,00	0,00	0,01	0,04	1,04	4,99	8,72	11,80	14,98	19,58	24,42	0,00	6,10		4,73	5,13

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. MP/Fundação Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

Considerando-se os números evidenciados na Tabela 1, chama a atenção o registro de mortes prematuras (faixa etária entre 20 e 29 anos), entre os anos de 2017 e 2019, por consequência de câncer de colo de útero, em todos os estados brasileiros. Esse é um dado por meio do qual se pode chegar a várias conclusões, destacando-se, por exemplo, a infecção precoce, a dificuldade para diagnosticar a doença, a carência de tratamento e a rapidez com que essa contaminação se agravou para uma neoplasia maligna.

Conforme as informações da Tabela 1, é possível afirmar que os cinco estados brasileiros que registraram o maior número de mortalidade por câncer de colo de útero foram, pela ordem, Amazonas, Roraima, Maranhão, Acre e Amapá, bem como os cinco estados com menor registro de mortes pelo mesmo motivo são, respectivamente, São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso, Bahia e Paraná.

Notadamente, quatro, dos cinco estados onde há o maior número de óbitos, encontram-se na região Norte, o que pode ser um indício de que as mulheres têm acesso precário às políticas públicas de saúde nesta região do país. Este dado pode ser justificado por várias características da região, dentre elas, a falta de esclarecimento acerca da importância dos exames de prevenção, a dificuldade de deslocamento das pacientes, o baixo número de USF, a escassez de profissionais da saúde na região, levando à dificuldade para diagnóstico e continuidade ao tratamento.

Entende-se, portanto, que este é um indicativo de que, na referida região, a política de rastreamento e acompanhamento de câncer do colo do útero precisa de maior atenção, tanto para uma oferta maior de exames de diagnóstico, quanto para uma oferta maior de tratamento. A adequação dos serviços de saúde para atender à demanda de mulheres com a doença pode representar a recuperação de muitas pacientes diagnosticadas.

Outro elemento relevante na exposição dos dados é o fato do estado do Maranhão ser o único da Região Nordeste que se encontra na mesma situação de criticidade em que se encontram os estados da região Norte (figura 2). Este é um elemento que merece destaque, já que o referido estado tem sérios problemas em vários setores da administração pública, incluindo o setor da saúde.

Um estudo realizado por Azevedo et al. (2016) apontou que mulheres não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto são as que menos procuram a USF para realizar o exame. Essa é uma característica relevante para constatar que essas mulheres não realizam o exame, também, por falta de conhecimento no que diz respeito à importância do mesmo, corroborando com estudos de Amorim et al. (2006) e Santos et al. (2010), que relacionaram, em seus estudos, o baixo nível de escolaridade à falta de interesse em realizar o exame Papanicolaou. De acordo com Fernandes et al. (2009), mulheres que têm um nível de escolaridade maior apresentam maior disposição para a realização do exame.

Nas faixas etárias seguintes, a saber, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos, o número de registros de mortes por câncer de colo de útero é um dado crescente em equivalência, ou seja, quanto maior é a idade, maior é o número de registro de mortes (Tabela 1). Isso é recorrente em todas as unidades da federação. Este fenômeno é preocupante e exige que se façam reflexões acerca das falhas no planejamento que tem sido feito ao longo dos anos para reduzir o número de mortes por esse tipo de neoplasia.

Um fato intrigante e que chama a atenção é a faixa etária com maior índice de mortalidade: a de 80 anos ou mais, algo implausível, que supõe um longo período de acometimento pela doença. Este detalhe é fundamental para uma reflexão acerca do fato de ter acontecido em todas as regiões brasileiras, o que leva a crer que o princípio da acessibilidade às políticas públicas de saúde se mostra ineficaz a partir de determinada faixa etária em todas as regiões do país, ou seja, as políticas públicas em saúde para diagnosticar e tratar câncer de colo de útero, ao que tudo indica, funcionam mal ou não funcionam para a população idosa.

A ineficácia do serviço de saúde para tratar câncer de colo de útero em mulheres com mais de 65 anos é validada por meio de dados de um órgão oficial do Ministério da Saúde: o INCA, por meio da divulgação do número de mortes pela doença. Isso deixa claro que o problema é de conhecimento de todos, e os responsáveis por planejar ações que garantem à população o acesso à saúde precisam modificar os encaminhamentos e garantir a continuidade da atenção primária, necessária para assegurar a integralidade do cuidado e controle do câncer do colo do útero.

De acordo com as taxas brutas de mortalidade por estado apresentadas pelo INCA (Tabela 1), observou-se uma significativa variação entre as taxas de mortalidade por 100.000 mulheres entre as regiões brasileiras. A região Norte é a mais incidente. Em seguida, a região Nordeste; depois, região Sul, região Centro-Oeste e, por fim, região Sudeste.

Constatou-se, ainda, que o HPV é responsável pela evolução do câncer cervical invasivo, esse dado foi analisado em um estudo realizado no estado de São Paulo, por Nogueira Dias Genta et al., (2017) com mulheres diagnosticadas com câncer cervical invasivo. Averiguou-se a presença do HPV em 84% das pacientes. É importante ressaltar que este vírus possui 200 genótipos, sendo classificados de baixo grau os tipos não oncogênicos e de alto grau os tipos oncogênicos. Estima-se que os tipos 16 e 18 provocam 70% dos casos de câncer no colo do útero no mundo (Reis & Piedade, 2019; Da Silva et al., 2020; Almeida et al., 2021).

O dado é um ponto reflexivo para a elaboração de novas estratégias para a assistência à mulher, pois, mesmo que o contágio por este vírus seja algo de difícil erradicação na população sexualmente ativa, a taxa de contaminação é considerada muito alta em um contexto no qual existem métodos preventivos e tratamentos eficazes para dizimar as verrugas típicas da manifestação do vírus.

Em uma outra pesquisa de nível global (Bray et. al., 2018), constatou-se que o câncer cervical é um dos 36 tipos de cânceres que mais matam em 185 países do mundo. Acerca do exame preventivo relacionado a esse tipo de câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que, após dois exames anuais consecutivos negativos, o exame Papanicolaou

deve ser realizado em um íterim de três em três anos para que haja tempo suficiente para detectar anomalias celulares e para que haja tempo para prevenir ou combater o câncer do colo do útero³.

É preciso replanejar a maneira como têm sido desenvolvidas as ações para o diagnóstico da doença, para os encaminhamentos e para o desenvolvimento do tratamento.

De acordo com um estudo desenvolvido por Gasperin et al. (2011), no Brasil, o exame Papanicolaou é realizado de forma não normatizada e, por consequência disso, pelo menos metade dos diagnósticos positivos são detectados em estágios avançados, quando é muito difícil reverter tal acometimento, o que resulta em um alto número de mortalidade.

Como os estados e os municípios têm autonomia para desenvolver seus próprios planos de organização e oferta do serviço de saúde, percebe-se que há alguma dificuldade para garantir o que preconiza a OMS, uma vez que os exames preventivos, em algumas localidades, são realizados de forma precária na população feminina (Gasperin et al., 2011).

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (Brasil, 2016; 2019b, 2021b), seguir as recomendações da OMS é algo fundamental para detectar, tratar e reverter o número de mortes por câncer de colo de útero; porém, as críticas em relação à fragilidade do sistema de saúde, levantadas durante a análise dos dados demonstrados na Figura 2 e na Tabela 1, são corroboradas por Pinho-França et al. (2016), que confirmam a dificuldade de muitas mulheres para ter o acesso ao exame de Papanicolaou, seja pela dificuldade em acessar o serviço de saúde, seja pela precariedade do atendimento.

Já que as ações elencadas pelos responsáveis pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (que visa subsidiar os profissionais da saúde em suas práticas assistenciais e apoiar os gestores na tomada de decisão em relação à organização e estruturação da linha de cuidados da mulher com câncer do colo do útero) não têm reduzido o número de mortes de mulheres por câncer de colo de útero, é preciso repensar protocolos no serviço da ABS para garantir que todas as mulheres sexualmente ativas e, também, todas as mulheres que já tenham tido vida sexual, independentemente da idade, tenham acesso ao exame de prevenção e ao tratamento adequado, objetivando, dessa forma, reduzir o número de mortes em consequência da doença.

No Quadro 1, a seguir, é divulgado o percentual de mortes por câncer de colo do útero no Brasil durante uma década.

³ <https://news.un.org/pt/story/2021/07/1756312>

Quadro 1 – Mortalidade por câncer de Colo do Útero, mulheres, Brasil, entre 2010-2019.

ANO	TOTAL DE ÓBITOS	ÓBITOS POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	%
2010	487137	4986	1,02
2011	504415	5160	1,02
2012	509885	5264	1,03
2013	523195	5430	1,04
2014	532362	5448	1,02
2015	554383	5727	1,03
2016	572359	5847	1,02
2017	577573	6385	1,11
2018	582457	6526	1,12
2019	603725	6596	1,09

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. MP/Fundação Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância (Adaptado).

De acordo com o Quadro 1, que apresenta dados do período entre 2010 e 2019, é possível perceber que a taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero se manteve relativamente estável entre 2010 e 2016, com um leve aumento no registro do número de mortes a partir de 2017.

Em 2020, a contabilidade do número de óbitos foi afetada pela pandemia da Covid 19 e, por esse motivo, os registros de mortes não foram úteis para a análise, haja vista que muitas pessoas deixaram de procurar assistência médica ou tiveram suas consultas canceladas. Dessa forma, não foi possível coletar dados fidedignos à real condição de saúde da mulher durante o referido período, que se estendeu até 2021.

Pelo que se pode ver, durante 10 anos, a taxa de mortalidade em consequência de câncer de colo do útero sempre alcançou mais de 1%. Parece pouco, porém, considerando-se a diversidade de neoplasias existentes e o plano de ação para reduzir o número de mortes, ainda é alto o quantitativo de mortes por ano ocasionadas por essa patologia.

O percentual de mortes por ano comprova que ainda não é possível constatar a tendência regressiva de morte provocada por câncer de colo de útero, que, ao contrário do que se esperava, houve um aumento no registro de mortes entre 2017 e 2019, contrariando as expectativas de diminuir o número de mulheres mortas em consequência da doença.

A perspectiva é de que esses índices caiam até 2030, uma vez que, em 2020, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de erradicar a doença no Brasil com medidas de vacinação, de rastreamento e de tratamento. Esse comprometimento deu-se durante o lançamento da estratégia global da OMS para acelerar a eliminação do câncer de colo do útero, promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁴.

Para alcançar este propósito, o Brasil aposta nos procedimentos preventivos, tais como a implementação, pelo Ministério da Saúde, em 2014, da vacina tetravalente contra o HPV no calendário vacinal para meninas de 9 a 13 anos. A partir de 2017, o Ministério estendeu a vacina para meninas de 9 a 14 anos, para meninos de 11 a 14 anos e, também, para pessoas com imunidade baixa, a exemplo de pacientes transplantados ou portadores de HIV. Essa vacina protege contra os vírus do

⁴ <https://www.vidaacao.com.br/brasil-assume-compromisso-com-oms-para-erradicar-ate-2030-cancer-de-colo-de-utero/>

HPV tipos 6 e 11, causadores de verrugas genitais em 90% das lesões anogenitais, e contra os tipos 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (Brasil, 2014).

Como a vacina contra o HPV entrou no calendário do SUS em 2014, espera-se que a geração de jovens vacinados esteja livre da doença nos anos vindouros. Essa imunização é muito importante para a população sexualmente ativa, uma vez que a infecção pelo HPV é bastante comum. De acordo com Sanjosé et al. (2007), aproximadamente 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. De acordo com o mesmo estudo, cerca de 290 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV; deste total, 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou por ambos.

Cabe, agora, aos gestores municipais e estaduais, por meio de suas respectivas Secretarias de Saúde, acompanhar a execução do planejamento estratégico para a vacinação de mulheres nascidas a partir de 2005 e de homens nascidos a partir de 2006. Espera-se que o planejamento e a execução da estratégia seja uma prioridade para o Sistema de Saúde, posto que o câncer de colo de útero é prevenível e tratável.

4. Considerações Finais

O desenvolvimento desse artigo possibilitou constatar, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, Decretos, Portarias e Planos de Fortalecimento do Ministério da Saúde, que existe um planejamento para assegurar a oferta de ações da ABS para promover a prevenção de câncer de colo do útero direcionadas à população feminina entre 25 e 64 anos; contudo, existe também uma desatenção à população feminina a partir de 65 anos de idade.

Quando se fez a reflexão sobre a quantidade de mortes por faixa etária, percebeu-se que é preciso adequar as ações da ESF para que a instituição e as unidades responsáveis pela ABS assumam uma postura mais cautelosa em relação ao exame de prevenção, principalmente, oportunizando o acesso de todas as mulheres adultas, independentemente da idade, a esse tipo de exame.

Após apresentar e perscrutar os dados estatísticos referentes ao número de mortes por câncer de colo de útero no triênio de 2017 a 2019 no Brasil, percebeu-se que, apesar da gravidade da doença, é preocupante o número de mortes, principalmente em áreas específicas. Desse modo, será necessário investir muito em campanhas para esclarecimento e conscientização sobre a importância de prevenir o câncer de colo de útero. É necessário que as mulheres saibam quais exames procurar e compreendam a importância de se manter uma periodicidade na repetição destes exames. Os profissionais da saúde podem ajudar a combater a desinformação, incentivando as mulheres a procurarem a unidade de saúde para a realização de exames.

É preciso reformular o modelo de atenção básica à saúde da mulher, para que todas elas, em qualquer região do país, sejam assistidas de forma igualitária. Para isso, é necessário criar alternativas de acessibilidade para as mulheres que moram em locais distantes e de difícil acesso, só assim as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher poderão apresentar resultados eficazes para a população.

No geral, o modelo de atendimento oferecido atualmente, em algumas localidades, tem se mostrado precário e ineficiente, pois, é notório que, em alguns casos, ações preventivas indispensáveis para a erradicação da morte por câncer de colo de útero têm sido negligenciadas. Dessa forma, a assistência básica caracteriza-se, em certa medida, ineficaz para combater a doença.

Por meio da equiparação dos registros de morte no ínterim de 10 anos, ficou claro que o câncer de colo de útero ainda não apresenta uma tendência regressiva, apesar da estratégia para combatê-lo.

Para minimizar as mortes por câncer de colo de útero, é necessário que os jovens (homens e mulheres) sejam vacinados contra o HPV, como forma de prevenir o contágio e a evolução da doença.

É importante destacar que, mesmo vacinadas, quando as mulheres alcançarem a idade de referência para o início da

investigação (a partir dos 25 anos), periodicamente deverão procurar a USF para a realização de exame preventivo (Papanicolaou), pois uma ação não exclui a outra; a vacina é preventiva, entretanto não é garantia de proteção contra todos os tipos oncogênicos do HPV.

Ainda há muito o que perscrutar, principalmente, em relação à observação da imunidade ativa de mulheres nascidas a partir de 2001 e de homens nascidos a partir de 2003 (população contemplada pelas primeiras campanhas de vacinação contra o vírus HPV); por essa razão sugere-se o desenvolvimento de pesquisas futuras para aprofundar os estudos acerca de imunização, rastreamento, detecção e tratamento do câncer de colo de útero.

Referências

- Almeida, C. M. C., Souza, A. N., Bezerra, R. S., Lima, F. L. O., & Izabel, T. Dos S. S. (2021). Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, com ênfase para o Papilomavírus humano (HPV): um estudo de revisão. *Research, Society and Development*, 10(1), e19810111634.
- Amorim, V. M. S. L., Barros, M. B. A., César, C. L. G., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2006). Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 22(11): 2329-3.
- Azevedo, A. G., Cavalcante, I. B., Cavalcante, J. B., & Rolim, L. A. D. M. M. (2016). fatores que influenciam a não realização do exame de papanicolaou e o impacto de ações educativas. *Rev. Bras. An. Clin.* Vol. 48 (3): 253-257.
- Brasil. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. *Informe Técnico sobre a vacina Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. – (2ª. ed.) rev. atual. – Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).
- Brasil. (2019a). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Portaria SAES/MS nº 1399*, de 17 de dezembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2019b). *Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer do colo do útero*. – Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. (2021a) Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Portaria nº 84*, de 15 de dezembro de 2021. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021b). *Detecção precoce do câncer*. – Rio de Janeiro: INCA.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I.; Siegel, R. L., Torre, L. A. & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, 68(6), 394-424.
- Da Silva L. I., Jardim, P. D. T. C., & Robalinho, C. F. (2020). Comportamento de jovens de Campo Grande, Mato Grosso Do Sul, frente às práticas preventivas do HPV e câncer de colo uterino. *Brazilian Journal of Development*, 6(9), 71866-71880.
- Doorbar, J., Egawa, N., Griffin, H., Kranjec, C., & Murakami, I. (2016). Human papillomavirus molecular biology and disease association. *Reviews in Medical Virology*, v. 25, p. 2–23.
- Fernandes, J. V., Rodrigues, S. H., Costa, Y. G., Silva, L. C., Brito, A. M., Azevedo, J. W., Nascimento, E. D., Azevedo, P. R., & Fernandes, T. A. (2009). Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 43(5): 851-8.
- Freitas, E. C., & Prodanov, C. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. Novo Hamburgo: Feevale.
- Gasperin, S. I., Boing, A. F., & Kupek, E. (2011). Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a population-based study. *Caderno de Saúde Pública*, 27(7), 1312–1322.
- McCredie, M. R. E., Sharples, K. J., Paul, C., Baranyai, J. Medley, G., Jones, R. W., & Skegg, D. C. G. (2008). Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *The Lancet Oncologist*. 9 (5), p. 425-434. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470204508701037>.
- Nogueira Dias Genta, M. L., Martins, T. R., Mendoza Lopez, R. V., Sadalla, J. C., De Carvalho, J. P. M., Baracat, E.C., Levi, J. E., & Carvalho, J. P. (2017). Multiple HPV genotype infection impact on invasive cervical cancer presentation and survival. *PLoS ONE*, 12(8), e0182854.
- Pinho-França, J. D. R., Chein, M. B. D. C., & Thuler, L. C. S. (2016). Patterns of cervical cytological abnormalities according to the Human Development Index in the northeast region of Brazil. *BMC Women's Health*, v. 16, p. 54.
- Ramos, A. E. R., Ribeiro, A. F., De Oliveira, J. S., De Almeida, A. C. V., Nunes, J. S., Goulart, B. F., Paro, H. B. M. da S. & Pedrosa, L. A. K. (2022). Atuação dos enfermeiros no rastreamento do câncer de colo de útero na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, 11(10), e26111033169.
- Reis, M. V., & da Piedade R. M. C. (2019). Conhecimento dos discentes sobre a vacina contra o HPV. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale*

do Rio Verde, 8(2).

Rosa, M. I. da., Medeiros, L. R., Rosa, D. D., Bozzeti, M. C., Silva, F. R., & Silva, B. R. (2009). Papilomavirus Humano e Neoplasia Cervical. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5): 953-964.

Sanjosé, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Clifford, G., Bruni, L., Muñoz, N., & Bosch, F. X. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, New York, 7(7), 453-459.

Santos, M. S., Macêdo, A. P., & Leite, M. A. G. (2010). Percepção de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. *Revi. APS*, Juiz de Fora, 13(3):310-1.

Sellers, J. W., & Sankaranarayanan, R. (2004). *Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Smith, J. (2012). *Reviews: from systematic to narrative LHL Guides at UAB Lister Hill Library of the Health Sciences*. Birmingham, Alabama: Lister Hill Library.