

ATUAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

PERFORMANCE OF STRATEGIES FAMILY HEALTH IN CANCER PREVENTION OF CERVICAL

JOSIANE MÁRCIA DE CASTRO¹, GULNARA PATRÍCIA BORJA-CABRERA^{2*}

1.Enfermeira.Mestre em Gestão Integrada do Território. Docente do curso Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga, MG- Brasil; 2. Medica. Doutora em Patologia. Docente Universidad Guayaquil. Equador.

*Faculdade Pitágoras Ipatinga-Rua Jequitibá, 401, Horto, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.CEP:35160-036. gulnaraborja@yahoo.com.br

Recebido em 08/12/2016. Aceito para publicação em 26/01/2017

RESUMO

Objetivo: Analisar a atuação das Estratégias de Saúde da Família quanto à prevenção do câncer do colo uterino. **Método:** Utilizou-se uma abordagem observacional, descritiva, no município de Belo Oriente, onde 11.889 mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, foram atendidas em oito unidades. Foram analisados 3.347 laudos citopatológicos entre os anos 2012 a 2014, sendo categorizadas conforme o Sistema Bethesda e posteriormente aplicado um questionário para analisar o seguimento das mulheres que apresentaram alterações precursoras. **Resultados:** Mostraram que a maioria das mulheres não está sendo acompanhadas e algumas evoluíram para câncer e posteriormente ao óbito. Constatou-se uma razão baixa nos anos 2012 (0,16) e 2014 (0,32) em relação ao que foi pactuado (0,33). **Conclusão:** Faz-se necessário o comprometimento dos atores sociais para reformulação de uma política de atenção à saúde da mulher no que tange ao câncer uterino de forma efetiva e humanizada, capaz de diminuir a mortalidade e se diagnosticadas serem tratadas em tempo hábil.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia saúde da família, colo uterino, política social.

ABSTRACT

Objective: To analyze the performance of the Family Health Strategies regarding the prevention of cervical cancer. **Method:** A descriptive, observational approach was used in the city of Belo Oriente, where 11,889 women aged 25-64 years were treated in eight units. A total of 3,347 cytopathological reports were analyzed between 2012 and 2014, being categorized according to the Bethesda System and later applied a questionnaire to analyze the follow-up of women who presented precursor alterations. **Results:** They showed that most women are not being followed up and some have progressed to Cancer and after death. A low rate was observed in 2012 (0.16) and 2014 (0.32) in relation to what was agreed (0.33). **Conclusion:** It is necessary the commitment of social actors to reformulate a policy of attention to women's health in relation to uterine cancer in an effective and humanized way, capable of reducing mortality and if diagnosed to be treated in a timely manner.

KEYWORDS: Family health strategy, cervix uteri, public policy.

1. INTRODUÇÃO

O Câncer no colo do útero (CCU) é uma doença que atinge mulheres em diversas faixas etárias em cerca de meio milhão a cada ano no mundo, sendo mais frequentemente diagnosticado na quinta década de vida¹. No Brasil, o câncer do colo uterino junto com o de mama² está entre as neoplasias mais frequentes na população feminina, com uma estimativa de aproximadamente 20 mil casos novos ao ano³. Mesmo diante dos avanços tecnológicos em saúde, esse tipo de câncer continua se mantendo como um grave problema de saúde pública devido a sua elevada morbimortalidade.

Em uma análise regional, por cada 100.000 hab., o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte, com 23,6 casos seguidos das regiões Centro-Oeste (22,2), Nordeste (18,8), Sudeste (10,2) e Sul (15,9) respectivamente. Quanto à mortalidade em 2012, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 10,5 mortes, seguida das regiões Nordeste (5,8), Centro-Oeste (5,3), Sul (4,3) e Sudeste (3,4) por 100.000 mulheres⁴.

Estudos associam como fatores de risco para esse câncer: o início precoce de atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, a desnutrição, o tabagismo, infecção pelo *Papillomavirus* Humano (HPV), baixas condições socioeconômicas, déficit de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais e história de infecções sexualmente transmitidas⁵.

À medida que se ampliaram os conhecimentos sobre os fatores de risco no Brasil, houve crescimento das possibilidades de inserção das mulheres nos programas de prevenção e controle desse agravo. Entre as medidas adotadas na prevenção desse câncer está a adesão ao programa para o controle, o melhor acesso aos serviços de saúde, a captação do público-alvo em ações estratégicas e a capacitação dos profissionais que prestam assistência às mulheres².

O exame citológico de Papanicolau é uma das estratégias mais bem sucedidas na atualidade para a prevenção de câncer desde 1920, entretanto é necessária infraestrutura complexa e muito bem organizada para obter resultados satisfatórios: unidades de saúde e profissionais bem treinados para coletar e preparar o material de forma adequada, laboratórios para corar as lâminas e profissionais especializados para lê-las e emitir laudo e, finalmente, médicos treinados para lidar com as anormalidades detectadas. Embora aparentemente muito simples esta estrutura não seja disponível em todos os países e apenas poucas regiões têm conseguido reduzir consistentemente suas taxas de prevalência e incidência de câncer do colo por meio de programas organizados de prevenção⁶.

Na maior parte dos países em desenvolvimento, menos de 5% das mulheres são incluídas nos programas na faixa etária preconizada, na prática clínica, muitas das infecções pelo HPV não são detectadas e regredem espontaneamente sem nenhum prejuízo para a mulher e, embora a infecção pelo HPV seja necessária para o desenvolvimento do câncer cervical, isoladamente não é capaz de induzir a progressão de uma célula normal para célula neoplásica. Mesmo em mulher infectada pelo vírus, o carcinoma cervical é consequência relativamente rara e outros fatores são necessários para influenciar esta progressão³.

Sob o ponto de vista cito-histopatológico, as lesões precursoras do câncer uterino apresentam-se em diferentes graus evolutivos, classificadas como neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de graus I (lesões de baixo grau), II e III (lesões de alto grau) que são curáveis em até 100% dos casos quando tratadas precoce e adequadamente. A detecção precoce, pela realização do exame citológico de Papanicolau, tem sido uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste câncer. Quando o rastreamento é realizado dentro de padrões de qualidade, apresenta uma cobertura de 80% para o câncer invasor e, se as lesões iniciais são tratadas, a redução da taxa de câncer cervical invasor pode chegar a 90%⁷.

Para reverter esse cenário, no Brasil temos o programa nacional de combate ao câncer de colo de útero, através das informações geradas pelo sistema de informação -Siscolo, que é baseado em triagem por citologia cervicovaginal e representa uma estratégia eficaz para a redução da morbidade e da mortalidade provocadas por essa doença⁸. A concentração de esforços governamentais aliada à produção acadêmica e à atuação dos profissionais trouxe melhorias no acesso à prevenção desse agravo em todo o país. Entretanto, ainda se mostra insuficiente, e em muitas regiões, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia⁹.

A triagem por citologia cervico vaginal foi instituído no Brasil, através do Ministério da Saúde (MS) que pre-

coniza a realização em mulheres entre 25 a 59 anos de idade, ou que já tenham iniciado a atividade sexual antes desta faixa de idade, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. A implementação desta prática deve ocorrer no cotidiano de trabalho das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. A ESF deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, e cada ano tem aumentado significativamente o número de equipes no Brasil. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹⁰.

Constituem a porta de entrada preferencial do SUS e caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação e a manutenção a saúde¹¹.

O objetivo deste estudo foi analisar a atuação das ESF, quanto a prevenção do câncer do colo uterino através das alterações intracelulares do colo uterino por faixas etárias a partir dos resultados citopatológicos realizados no período de 2012 a 2014 no município de Belo Oriente-MG/ Brasil, além identificar as metas alcançadas em relação à cobertura dos exames citopatológicos, na faixa etária 25 a 59 anos e propor ações para o alcance das metas pactuadas pelo município.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O município de Belo Oriente encontra-se localizado na região leste de Minas Gerais, às margens da Rodovia BR 381, e da estrada de ferro da CVRD (Vitória a Minas). O território é dividido em áreas rural e urbana com predominância da zona urbana. Consta uma população de aproximadamente 20.000 habitantes¹². Possui uma população estimada de 11.889 mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos. Há mais de dez anos como modelo assistencial na atenção básica possui a ESF, atualmente com cobertura de 100% no atendimento aos programas a toda a população em todos os ciclos da vida. Dentre esses, destaca-se à Atenção à Saúde da Mulher o combate ao câncer de colo de útero-Siscoloque visa à detecção precoce de neoplasias⁹.

Para a pesquisa, foi utilizada uma abordagem quantitativa, descritiva¹³ dos resultados de exames citopatológicos coletados em oito Unidades de ESF do município de Belo Oriente de Minas Gerais. Os resultados foram obtidos através do banco de dados disponibilizados pelo

laboratório prestador de serviço do município. Para caracterizar a amostra foram selecionadas as variáveis referentes à idade, procedência das pacientes e resultados histopatológicos. A procedência das amostras analisadas foram de oito unidades de atendimento básico de saúde: PSF I, PSF II, PSF III, PSF IV, PSF V, PSF VI, PSF VII e PSF VIII.

Os resultados da histopatologia foram categorizadas conforme o Sistema *Bethesda*¹⁴ agrupados em: dentro dos limites da normalidade, insatisfatório, alterações benignas reativas ou reparativas, atipias de significado indeterminado de células escamosas (ASCUS), atipias de significado indeterminado de células glandular (CI/AGUS), atipias de significado indeterminado de células escamosas e glandulares (ASCUS/AGUS), Células escamosas atípicas de significado indeterminado (CI/ASCUS), com possibilidade de lesão de alto grau, lesões intraepiteliais de baixo grau (NIC I), lesões intraepiteliais de baixo grau incluem HPV e NIC I, lesões intraepiteliais de alto grau que incluem (NIC II/NIC III), que são precursoras para o carcinoma escamoso invasivo e adenocarcinoma invasivo.

Os critérios de inclusão da amostra foram os resultados dos exames coletados de todas as mulheres no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. O cálculo da porcentagem da cobertura de exames realizados foi feito sobre a razão 0,33 da população de 25 a 59 anos conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰.

A segunda etapa do estudo consistiu na verificação de fatores de risco nos prontuários das pacientes. Apenas as seguintes informações constavam nos prontuários: estado civil, faixa etária, número de filhos e aborto. Considerando a escassez e pouca representatividade disponível neste instrumento realizou-se uma terceira etapa. Esta última consistiu em localizar as mulheres que apresentaram alterações tipo: atipias de significado indeterminado de células escamosas/atipias de significado indeterminado de células glandulares (ASCUS/AGUS), atipias de significado indeterminado de células escamosas/lesão de alto grau (ASCUS/LAG), lesões intraepiteliais de baixo grau/infecção pelo Papiloma vírus humano (NIC I/HPV) e lesões intraepiteliais de médio/alto grau (NIC II/NIC III) nos exames para participarem de uma entrevista.

Para esta etapa utilizou-se um questionário semiestruturado com perguntas fechadas que abordou o uso de início da vida sexual, anticoncepcional hormonal, número de parceiros, escolaridade, classe econômica, número de gestações, data do último exame citopatológico, História familiar de câncer uterino. O endereço foi adquirido através do banco de dados do servidor terceirizado. Foram entrevistadas 31 de 48 mulheres pertencentes as oito ESF.

A determinação das frequências e proporções foram

efetuadas através do programa *SPSS IBM* 17.0. Foi solicitada à permissão da Secretaria de Saúde do município, para o acesso aos dados arquivados pelo prestador. O estudo foi desenvolvido atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) e teve aprovação do CEP da UNIVALE, Número do Parecer: 1.037.897.

3. RESULTADOS

A análise dos resultados mostrou que, a prevalência dos diagnósticos das alterações intracelulares uterinas foi maior no CI/ASCUS 40,3/ 1000 hab.(4%), e um menor número de casos nos diagnósticos de NIC II/NIC III (0,1%), ASCUS/LAG (0,2%), C.I/AGUS (0,4%), NI-CI/HPV (1,1%) como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência das alterações intra-celulares uterinas na faixa etária de 25 a 64 anos. Belo Oriente/MG/Brasil, 2012-2014.

Diagnóstico	n	(%)
Normal	596	17,8
Insatisfatório	156	4,5
Alterações Benignas	2400	71,7
ASCUS*	135	4,0
ASGUS*	12	0,4
ASCUS/AGUS*	1	0,0
ASCUS/LAG*	6	0,2
NICI/HPV*	36	1,1
NIC II/NIC III*	5	0,1
Total	3347	100,0

n= número; *ASCUS=atipias de significado indeterminado de células escamosas; *ASGUS= atipias de significado indeterminado de células glandulares; ASCUS/AGUS=atipias de significado indeterminado de células escamosas/atipias de significado indeterminado de células glandulares, *ASCUS/LAG= atipias de significado indeterminado de células escamosas/lesão de alto grau; *NICI/HPV= lesões intraepiteliais de baixo grau/infecção pelo Papiloma vírus humano; *NIC II/NIC III=lesões intraepiteliais de médio/alto grau

Verificou-se também que, ao longo do período de 3 anos de atendimento ginecológico nas ESF do município de Belo Oriente, foram diagnosticados 5 casos de NIC II/NIC III (Tabela 1), nos exames citopatológicos correspondentes as faixas etárias de 25 a 34 anos (n=2) e de 45 a 54 anos (n=3) sem nenhuma evidência em outras idades (Resultados não mostrados).

A análise da distribuição das alterações celulares, nas diferentes ESF urbanas e rurais mostrou que o ASCUS prevaleceu com maior frequência na unidade ESF VI (29,6%), e com menor número de casos nas unidades ESF V (15,6%), ESF I (14,8%), ESF VIII (11,9%), ESF II (10,4%), ESF III (8,15%)(Tabela 2).

A prevalência de infecção do tipo NIC I/ HPV variou de 2,8 % a 36,1% e em todas as ESF. Foi diagnosticado pelo menos um caso de infecção pelo NIC I / HPV.

Conhecer as características das mulheres atendidas das ESF no programa do Síscolo-uterino deve ser prioridade para desenvolver estratégias de controle mais eficazes. Observa-se na tabela 3, que todas as mulheres entrevistadas apresentam início da atividade sexual antes dos 15 anos, com presença de múltiplos parceiros durante a vida. Apenas duas mulheres procedentes das ESF I e ESF VII, nunca tiveram filhos enquanto as demais foram multigestas.

Tabela 2. Diagnósticos das alterações intra-celulares uterinas por ESF, na faixa etária de 25 a 64 anos. Belo Oriente/MG/Brasil, 2012-2014.

ESF*	ASCUS*		NIC I/HPV*		NIC II/NIC* III		Localização
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
ESF* I	20	14,8	4	11,1	1	20,0	Rural
ESF* II	14	10,4	2	5,6	0	0,0	Urbana
ESF* III	11	8,1	2	5,6	1	20,0	Rural
ESF* IV	8	5,9	1	2,8	1	20,0	Rural
ESF* V	21	15,6	6	16,7	0	0,0	Urbana
ESF* VI	40	29,6	13	36,1	2	40,0	Urbana
ESF* VII	5	3,7	3	8,3	0	0,0	Urbana
ESF* VIII	16	11,9	5	13,9	0	0,0	Urbana

*ESF= Estratégia Saúde da Família; n= número; *ASCUS=atipias de significado indeterminado de células escamosas;*NICI/HPV= lesões intraepiteliais de baixo grau/infecção pelo Papiloma vírus humano;*NIC II/NIC III=lesões intraepiteliais de médio/alto grau

Tabela 3. Características das mulheres com alterações celulares epiteliais escamosas e glandulares, faixa etária de 25 a 64 anos. Belo Oriente/MG/Brasil, 2012-2014.

Características	ESF* I	ESF* II	ESF* IV	ESF* V	ESF* VI	ESF* VIII
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Início da vida sexual < 15 anos						
Sim	4 (100)	1 (100)	8 (100)	5 (100)	11 (100)	2 (100)
Número de gestações						
Nuligesta	1 (25)					1 (50)
Multigesta	3 (75)	1 (100)	8 (100)	5 (100)	11 (100)	1 (50)
Número de Parceiros						
Múltiplos	4 (100)	1 (100)	8 (100)	5 (100)	11 (100)	2 (100)
Anticoncepcional						
Sim	2 (50)	1 (100)	6 (75)	3 (60)	9 (81,8)	1 (50)
Não	2 (50)		2 (25)	2 (40)	2 (18,2)	1 (50)
Classe econômica						
>5 Sal. mínimos					1 (9,1)	
3-4 Sal. mínimos	1 (25)	1 (100)	7 (87,5)	4 (80)	8 (72,7)	1 (50)
1-2 Sal. mínimos	3 (75)		1 (12,5)	1 (20)	2 (18,2)	1 (50)
< 1 Sal mínimo						
Acompanhamento médico						
Sim	4 (100)	1 (100)	7 (87,5)	4 (80)	5 (45,5)	2 (100)
Não			1 (12,5)	1 (20)	6 (54,5)	

*ESF= Estratégia Saúde da Família

Quando se analisou a renda familiar, detectou-se uma população composta por mulheres de baixa renda, principalmente entre um a quatro salários mínimos (97%), e com renda maior que quatro salários apenas uma (3%).

Tabela 4. Razão e metas de exames citopatológicos na população feminina, na faixa etária de 25 a 64 anos. Belo Oriente/MG/Brasil, 2012-2014.

Ano	Razão	Razão Pactuada	Meta municipal (%)	Meta Pactuada
2012	0,16	0,33	10	31,44%
2013	0,35	0,33	21,17	31,44%
2014	0,32	0,33	19,21	31,44%

Quanto ao uso de anticoncepcionais 22 (71%) das mulheres investigadas admitiu fazer uso, em quanto 9 (29%) negaram a utilização desse meio. Em relação ao acompanhamento médico, 23 (74%) mulheres informaram ser acompanhadas enquanto 08 (26%) relataram a falta de assistência médica. No estudo em Belo Oriente os 05 casos diagnosticados de NIC II/NIC III (Tabela 2) evoluíram para o óbito, apresentando algumas características (Tabela 3) como idade compreendida entre 20 a 29 anos (01 caso) e as demais entre 40 a 49 anos, apresentando o mesmo perfil observado na tabela 3 valendo salientar que quanto ao histórico da doença na família, em todas as cinco mulheres investigadas, o câncer de colo uterino já havia acometido algum parente. A análise também mostrou que entre os anos 2012 a 2014, a razão e a meta, por ano, dos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres com idade entre 25 a 59 anos, foi inferior ao pactuado no ano 2012, que seria de 0,33 e 31,44%, por ano (Tabela 4). Porém, observou-se nos anos 2013 e 2014, o dobro da razão quando comparados ao ano de 2012.

4. DISCUSSÃO

A análise mostrou que não foram atingidas as razões pactuadas para cobertura, entre os anos 2012 a 2014, porém, observou-se um esforço para atingir as metas no ano de 2013 e 2014, ao duplicar o número de coletas quando comparados ao ano de 2012.

Um estudo realizado em Dorésópolis/MG, no período entre 2005 e 2009, mostrou um número considerável de exames realizados em mulheres de 25 a 59 anos de idade (92,3%), em conjunto com ações desenvolvidas pela equipe de saúde do município, associadas ao desenvolvimento de

estratégias de educação em saúde, sensibilização e mo-

bilização da comunidade, que permitiram a evolução do programa no município¹⁵.

O exame citopatológico cérvico vaginal auxilia no diagnóstico precoce de lesões, favorecendo ao tratamento antes que a neoplasia cervical maligna se desenvolva, contribuindo dessa maneira para a diminuição da morbidade e mortalidade, já que o período de evolução de uma lesão pré-neoplásica para uma forma invasiva é relativamente longo⁴.

Em Belo Oriente/MG, foi verificado um elevado número de amostras insatisfatórias durante os últimos três anos (4,5%). Municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% apontam a necessidade de investir na qualificação profissional local devendo ser considerado os problemas metodológicos existentes como amostra celular insuficiente, preparação inadequada dos esfregaços, leitura inadequada das lâminas, ausência de controle de qualidade dos laboratórios de citopatologia, interpretação inadequada dos achados citológicos e seguimento inadequado das mulheres com esfregaços alterados^{10,16}.

Mesmo com todas as orientações e conscientizações sobre a prevenção da doença, as atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS) são as alterações de maior prevalência em Belo Oriente, assim como também observado em outros municípios brasileiros¹⁷, e somente 1,1 % dos diagnósticos foram de NICI/HPV, valor inferior ao observado em outros estudos, onde a prevalência geral de infecção do colo do útero pelo HPV varia entre 13,7% e 54,3%, e para as mulheres com citologia normal, varia entre 10,4% e 24,5%³.

O câncer de colo de útero invasor evolui a partir da NIC I, mas nem toda NIC I progride para um processo invasor. Mais de 90% das mulheres que apresentam câncer de colo de útero estiveram expostas ao HPV, portanto a ocorrência desse tipo de câncer está intimamente relacionada com a infecção por alguns tipos do vírus¹⁸.

As ações de Educação e a Promoção da Saúde continuam sendo uma das práticas mais eficazes na prevenção da infecção pelo HPV. A realização periódica do exame citológico, a adoção de práticas sexuais seguras, evitar comportamentos de risco e buscar o conhecimento acerca da doença e dos modos de transmissão são medidas preventivas de grande importância no combate ao câncer cervical⁴.

Fatores socioeconômicos e culturais têm sido apontados como fatores de risco para o câncer cervical. Analisando a procedência das mulheres, foi observado que a maioria das coletas foi de habitantes da zona urbana, enquanto que um terço corresponde à região da zona rural. Também foi observado um maior número de casos nas ESF VI, V, I e II, destacando-se a VI com uma maior coleta quando comparado às demais unidades. Reforçar-se a necessidade de acompanhamento adequado do ASCUS e oferecimento de tratamento precoce, evitando um quadro grave de câncer de colo uterino e tam-

bém redução de custos ao sistema de saúde⁴.

Possivelmente o terço de mulheres de áreas rurais de Belo Oriente, não deve possuir escolaridade e saneamento básicos como mostrado em outros estudos¹⁹.

Na América Latina, o risco de mulheres serem acometidas por câncer cervical aumenta em relação inversa, com o número de anos de educação escolar, reflexo do baixo nível socioeconômico²⁰.

Quanto aos achados de NIC II/NIC III, apesar de ser um número reduzido de casos todos foram ao óbito e apresentaram características similares entre eles. Em mulheres residentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, entre 1998 a 2005 foi mostrado que o câncer de colo de útero invasor evolui a partir da NIC I. Nesse estudo, os autores observaram que as alterações de alto grau: NIC II (32,3%), NIC III (6,2%); apesar de terem sido registradas com frequências menores foram mais graves e de tratamento mais complexo que o da NIC I²¹.

De acordo com as características observadas nas mulheres atendidas das ESF e que apresentaram as lesões de alto grau, a realização de práticas sexuais cada vez mais precoces pode se constituir em fator de não amadurecimento total da cérvix uterina. Em geral, as mulheres iniciaram suas vidas sexuais entre 15 e 19 anos, contudo estudos demonstram ligeira tendência das mulheres que apresentam alterações celulares por terem iniciado atividades sexuais antes dos 14 anos²².

Quanto ao número de parceiros, observou-se em outros uma correlação positiva com a frequência de alterações epiteliais uterinas. Neste sentido, a educação sexual deficiente, negligenciada pelos responsáveis, pela escola e pelas autoridades, favorece a formação de uma sexualidade deturpada e moldada em estereótipos apregoados pela mídia, que tem mostrado ser normal um grande número de parceiros entre os jovens e que as relações extraconjugais são uma constante, ao mesmo tempo em que fracassam por não associá-las à ocorrência das DST²².

Outra característica observada foi a multiparidade e baixas condições econômicas. Estudos epidemiológicos têm demonstrado forte associação entre a multiparidade e as lesões de alto grau-câncer, e relação das mulheres com baixa renda normalmente conveniadas com o SUS, sendo sua demanda geralmente composta por classes socioeconômicas menos favorecidas²³. Estudos recentes encontraram um elevado risco de câncer cervical invasivo enquanto ao uso de contraceptivos orais, aumentando em quatro vezes o risco para o câncer de colo uterino²².

Das neoplasias malignas em mulheres, sem dúvida o câncer de colo de útero é o que mais alarmante pela maior frequência. Por isso, o estudo epidemiológico desta patologia é de importância para a prática assistencial, e sua finalidade baseia-se na identificação dos fatores que mais se relacionam na carcinogênese, podendo

se estabelecer assim, grupos de risco que podem viabilizar o processo de detecção ou mesmo a prevenção primária.

Em relação à idade como grupo de risco, um óbito foi na faixa de 20 a 29 anos e as demais entre 40 a 49 anos. Embora o câncer de colo incida mais a partir dos 35 anos e o risco cresce gradativamente até os 60 anos quando então tende diminuir, o carcinoma *in situ* pode aparecer antes dos 35 anos²². Isto demonstra a necessidade de um aporte às atividades de prevenção primária e de detecção precoce dessas lesões, na tentativa de minimizar as taxas de mortalidade atribuídas a essa patologia.

5. CONCLUSÃO

O câncer de colo uterino como problema de saúde pública é um desafio para toda a sociedade brasileira. Um projeto articulado e integrado permitiria criar ações que promovam melhor qualidade de vida e, quem sabe até, o prolongamento desta, diminuindo, inclusive, a mortalidade por alguns tipos de câncer, se diagnosticados e tratados em tempo hábil. Para melhoria da qualidade do trabalho institucional é necessário criar um espaço de articulação de entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Estas entidades seriam vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integrariam a secretarias estaduais e municipais de saúde, para implementarem programas de capacitação em oncologia destinados aos profissionais da atenção básica, principalmente os que integram a Estratégia Saúde da Família.

Contudo, o estudo possibilitou identificar que há necessidade da concentração de esforços governamentais aliados à produção acadêmica e à atuação dos profissionais, além das melhorias no acesso à prevenção do câncer do colo do útero em todo o país para o alcance das metas estabelecidas. O diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia pelo que se fazem necessários estudos, para avaliar se as estratégias da saúde da família estão atingindo as metas propostas.

São preocupantes os casos de câncer de colo de útero na população analisada, que evoluíram ao óbito, que já tinham sido identificadas as lesões consideradas como precursoras do agravamento. Isto demonstra a necessidade de um aporte às atividades de prevenção primária e em toda a rede, para detecção precoce dessas lesões, na tentativa de minimizar as taxas de mortalidade atribuídas a essa patologia no município e consequentemente em todo o Estado.

REFERÊNCIAS

- [1] Gonzaga CMR, Freitas R Jr, Barbaresco AA, Martins E, Bernardes BTesende AP. Cervical cancer mortality trends in Brazil: 1980–2009 Tendência da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil: 1980 a 2009. Cad Saude Publica 2013; 29:599–08. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n3/a17v29n3.pdf>
- [2] Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública 2011; 27(7): 2329-38. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n7/07.pdf>
- [3] Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. Rev. Saúde Publica 2010;44(5):963-74. <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32852/0>
- [4] Brasil.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA;2014. www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf
- [5] Stormo AR, Moura L, Saraiya M. Cervical Cancer-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Professionals Working in Brazil's Network of Primary Care Units. The Oncologist 2014;19(4):375-82. <https://theoncologist.alphamedpress.org/content/19/4/375.full>
- [6] Tavares, SBN, de Souza, NLA, Manrique, EJ, Ázara, CZS, da Silveira, EA, Amaral, RG. Internal quality control for cervical cytopathology: comparison of potential-false-negatives detected at rapid prescreening and at 100% rapid review. Acta cytologica 2014;58(5):439-45. <http://www.karger.com/Article/Abstract/368041>
- [7] Melo SC, Prates L, Carvalho MD, Marcon SS, Pelloso SM. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. RevGauchaEnferm 2009Dec;30(4):602-08. <http://www.scielo.org/pdf/rgenf/v30n4/a04v30n4>
- [8] Freitas HG, Thuler LCS. Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos cervicais realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul. RevBrasGinecolObstet2012;34(8):351-6. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-720320120008000002
- [9] Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Cancer mortality in Brazil: Temporal Trends and Predictions for the Year 2030. Medicine2015;94(16):e746. doi:10.1097/MD.0000000000000746. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4602680/>
- [10] Almeida TA, Nunes EM, Leite ACAH, Nobre JOC. Câncer de colo de útero: ações preventivas realizadas por enfermeiros na atenção primária. ArqCiencSaude2016;23(1):21–6. <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/73>
- [11] Silva Filho AL, Carvalho JP. Ginecologia oncológica como área de atuação. Rev Bras Ginec Obst 2016; 38:1–3. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1570106>
- [12] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310630>

- [13] Almeida Filho N, Rouquayro IMZ. Elementos de Metodologia Epidemiológica. 6.ed. Rio de Janeiro: [MEDSI/Guanabara Koogan]; 2003.
- [14] Bueno CT, Dornelles CMS, Barcellos RB, Silva J, Santos CR, Menezes JES, *et al.* Association between cervical lesion grade and micronucleus frequency in the Papanicolaou test. *Genet Mol Biol* 2014; 37(3):496–99.
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47572014000400004&script=sci_arttext
- [15] Silva PV, Araújo MRN. Análise da cobertura do exame citopatológico do colo do útero no município de Doreópolis - MG. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro* 2011; 1(2):154-63. <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/41>.
- [16] Tobias AHG, Amaral RG, Diniz EM, Carneiro CM. Quality Indicators of Cervical Cytopathology Tests in the Public Service in Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38(2):65-70.
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1571175>.
- [17] Pedrosa ML, Mattos IE, Koifman, RJ. Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2881-890.
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n12/17.pdf>.
- [18] Mirabelo L, Yeager M, Cullen M, Boland JF, Chen Z, Wentzensen N, Roberson, D. HPV16 Sublineage Associations With Histology-Specific Cancer Risk Using HPV Whole-Genome Sequences in 3200 Women. *Journal of the National Cancer Institute* 2016; 108(9). doi:10.1093/jnci/djw100. <http://jnci.oxfordjournals.org/content/108/9/djw123.full.pdf+html>.
- [19] Dias EG, Santos DDC, Dias EN, Silveira Alves JC, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Ver Saude Desenvol* 2015; 7(4):135-46. <http://grupouninter.com.br/web/revistas/ver/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/377>
- [20] De Estudio, BS. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de bases secundária. *Rev Bras Cancerol* 2012; 58(3):351-57.
http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/04_artigo_perfil_pacientes_cancer_colo_uterio_brasil_2000_2009_estudo_base_secundaria.pdf
- [21] Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Cien Saude Colet* 2016; 21(1):253-62.
<http://www.redalyc.org/pdf/630/63043595026.pdf>
- [22] Ribeiro AA, Costa MC, Alves RR, Villa LL, Saddi VA, Carneiro MA, *et al.* HPV infection and cervical neoplasia: associated risk factors. *Infect Agent Cancer* 2015; 10(16): doi:10.1186/s13027-015-0011-3. <http://infectagentscancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13027-015-0011-3>
- [23] Lima AC, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2151-156.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/14.pdf>