

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ MÁRCIO SOARES LEITE

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO. UM ESTUDO EM
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA, NO PERÍODO 2007 A 2008.**

BRASÍLIA

2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ MÁRCIO SOARES LEITE

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO. UM ESTUDO EM
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA, NO PERÍODO 2007 A 2008.**

Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vista à obtenção do grau de Doutor.
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Brasília
2010

Leite, José Márcio Soares Leite

Vigilância em Saúde e o Câncer do Colo de Útero. Um Estudo em São José de Ribamar-MA / José Márcio Soares Leite. – Brasília, 2008.

134 f.

Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação de Ciências da saúde, 2008.

1. Câncer – do colo uterino – Brasil
2. Neoplasias malignas I. Título
3. Mortalidade
4. Vigilância em Saúde

Cessão de Direitos

NOME DO AUTOR: José Márcio Soares Leite

TÍTULO DA TESE: Vigilância em Saúde e o Câncer do Colo de Útero. Um Estudo em São José de Ribamar-MA.

GRAU/ANO: Mestre/2001

É concedida a Universidade de Brasília, permissão para reproduzir cópias desta Tese de Doutorado e para vender ou emprestar tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta Tese de doutorado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

José Márcio Soares Leite

Rua do Farol, nº 10, Edifício Flor do Vale, apto. 1302, Ponta do Farol de São Marcos, São Luís-MA. CEP: 65077-450

JOSÉ MÁRCIO SOARES LEITE

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO. UM ESTUDO EM
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA, NO PERÍODO 2007 A 2008.**

Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília, com vista à obtenção do grau de Doutor.

Aprovado em 28 / outubro / 2010.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz (Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Jose Claudio Casali da Rocha (INCA)

Prof^a. Dr^a. Luciane Maria de Oliveira Brito (Universidade Federal do Maranhão)

Prof^a. Dr^a. Maria Bethânia da Costa Chein (Universidade Federal do Maranhão)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

- Aos meus Pais Orlando da Silveira Leite e Maria da Conceição Soares Leite (In Memoriam), pelo seu exemplo de vida, amor, carinho e dedicação;
- A minha esposa Maria de Fátima Gonzalez Leite, pelo seu carinho, dedicação e incentivo aos meus estudos;
- Aos meus filhos, Christianne, Flávia e Márcio, pelo incentivo para iniciar e estímulo para continuidade deste trabalho;

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, eterna fonte de vida, amor, esperança em todos os momentos de minha vida;

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, pelo apoio incondicional, atenção e ensinamentos transmitidos, e condução científico-pedagógica neste trabalho;

À Professora Doutora Maria Clotilde Henrique Tavares pela orientação básica necessária à elaboração de uma Tese de Doutorado;

Aos Professores da Faculdade de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação da UNB da pelas aulas ministradas nos diversos Módulos de Disciplinas do Doutorado;

Às Professoras Doutoras da Universidade Federal do Maranhão, Maria do Desterro Brandão Nascimento e Silva, Luciane Faray de Oliveira Brito e Alcione Miranda dos Santos, cujas contribuições contribuíção foram muito importantes nesta pesquisa;

À Professora MS Clarissa Lopes Vieira por sua ajuda nas pesquisas bibliográficas;

Às alunas de graduação em enfermagem Ilka Kassandra Belfort e Emanuelle Passos, por participarem comigo da pesquisa de campo;

Ao José de Ribamar Pereira Araújo (Programador);

À Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar-MA, na pessoa da Dra. Cristina Moreira Lima (Secretária de Saúde) e todo equipe técnica da Unidade Básica de Saúde de Jardim Tropical.

Às mulheres pesquisadas do Jardim Tropical em São José de Ribamar-MA.

“Jovens Doutores: se nós fracassamos algumas vezes na cura, não podemos ser derrotados na solidariedade, no sorriso e no afago que temos a obrigação de, perenemente levar aos nossos pacientes.”

José Eberienos Assad

RESUMO

Este estudo transversal teve o objetivo de coletar, por meio da aplicação de questionários, informações sobre a vigilância em saúde de câncer de colo de útero, sua incidência e os fatores de risco, condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença (idade, estado civil, grupo étnico, renda, ocupação, escolaridade, história familiar de câncer, consumo de álcool e de tabaco, uso de contraceptivo oral, número de parceiros, idade do primeiro intercurso sexual, etc), assim como de acessibilidade, diagnóstico e tratamento na rede de serviços de saúde. A amostra consistiu de 536 mulheres de 25 a 59 anos de idade, residentes na localidade do Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar-MA. Para identificarmos quais os fatores estudados que estavam associados com o câncer de colo de útero ou com o aumento da mortalidade por este tipo de câncer, foi utilizado o modelo de regressão logística. Também foram estimados os *odds ratios* (OR) e seus intervalos respectivos de confiança de 95%. Após análise dos dados, foi constatado que grande parte da amostra se mostrava na faixa etária de maior incidência do câncer de colo uterino (45,5%), apresentava uma situação conjugal instável, nível educacional mínimo (78,7%), baixa renda (58,3%), consumiam bebidas alcoólicas (56,4%), tinham, no momento, ou já tiveram antes, hábito do tabagismo (57,0%), e apresentou um limitado conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero, os fatores de risco, o processo de desenvolvimento da doença e a periodicidade de realização do exame preventivo. Além disso, foi verificada a ausência de um serviço de vigilância em saúde estruturado e de uma rede de atenção oncológica organizada por níveis de atenção na localidade estudada. Assim, são necessárias mais pesquisas na busca da construção de um modelo preditor para a doença câncer do colo do útero que considere a importância da vigilância em saúde no rastreamento, no acesso aos serviços de saúde, no diagnóstico precoce, no início imediato do tratamento, segundo o protocolo clínico-cirúrgico sua incidência, e o estágio da enfermidade, além dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Câncer, Colo de Útero, Vigilância, Atenção em Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional study was to investigate the importance of health vigilance in the prevention of cervical cancer through the application of questionnaires about the incidence and risk factors, with significance or not, of this disease (including gender, age, marital status, ethnic group, income, occupation, educational attainment, family history of cancer, consumption of alcohol and tobacco, use of oral contraceptives, age of first sexual intercourse, etc.), as well as the accessibility, diagnosis and treatment provided by health services. The sample consisted of 536 women between 25 and 59 years old living in Jardim Tropical, a locality of the municipality of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil. To identify which risk factors were associated with cervical cancer or with an increase in the mortality rate of this kind of cancer, a logistic regression model was used. The *odds ratios* (OR) and their respective 95% confidence intervals were also calculated. The majority of the sample was at the age of highest incidence of cervical cancer (45.5%), had an unstable conjugal situation, minimal educational level (78.7%), low income (58.3%), consumed alcoholic beverages (56.4%), had a history of smoking (57.0%), and possessed limited knowledge about the prevention of cervical cancer, the risk factors, the development of the disease and the recommended frequency of preventive exams. Moreover, the lack of a structured hierarchical service for health vigilance and oncological screening in the area was observed. Therefore, more research is necessary to construct a predictive model for cervical cancer that considers the importance of vigilance in obtaining access to health services, in the screening and precocious diagnosis of cervical cancer, in the initiation of the treatment according to the surgical and clinical protocols of this pathology, and in the further stages of the disease, beyond palliative care.

Keywords: Cancer, Cervix Uteri, Public Health Surveillance, Epidemiology.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	08
ABSTRACT	09
LISTA DE SIGLAS	11
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE FIGURAS	14
INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DE LITERATURA	24
Vigilância em Saúde Pública	28
Câncer de colo de útero	35
Sistema de Informação	56
JUSTIFICATIVA	59
OBJETIVOS	64
MATERIAL E MÉTODOS	65
RESULTADOS	67
DISCUSSÃO	71
CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE	90

LISTA DE SIGLAS

AGUS	Atipias indeterminadas (AI) em células em células glandula
AI	Atipia de significado indeterminado
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC'S	Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade
ASCUS	Atipias indeterminadas (AI) em células escamosas
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CLs	Células de Langerhans
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papiloma Virus Humano
H-SIL	Lesão Intraepitelial de Alto Grau
HTLV-1	Human T Lymphocytic virus
IARC	International Agency for Resarch on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
L-SIL	Lesão Escamosa Intraepitelial de Baixo Grau
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intra-epitelial Cervical
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras a Domicílio
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PPCCU	Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero
PSF	Programa Saúde da Família

SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SES/MA	Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACOM	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE TABELAS

		Pagina
Tabela 1	População Residente por Faixa Etária e Sexo em São José de Ribamar-MA, 2006.	17
Tabela 2	Estimativas, para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, no Estado do Maranhão.	18
Tabela 3	Modalidades de Atenção e Níveis Assistenciais em Oncologia.	21
Tabela 4	Tabagismo e uso de contraceptivos orais na amostra estudada.	67
Tabela 5	Resultados dos exames preventivos realizados na amostra em 2006/07, como definido pela Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais*.	70

LISTA DE FIGURAS

	Pagina
Figura 1 Entornos de Saúde da pesquisadora Carol J. Buck.....	28
Figura 2 Esquema de interações entre os subsistemas de vigilância, serviços de saúde e pesquisa.....	29
Figura 3 Resumo das condutas clínico-cirúrgicas a serem adotadas nas pacientes, segundo o resultado de exames citológicos cérvico-vaginais.....	54

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde é de suma importância para o controle das enfermidades nos municípios, nos estados e no país. Nesse contexto, estudos epidemiológicos sobre o perfil do câncer do colo uterino têm relacionado o seu desenvolvimento ao comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual são potencialmente suscetíveis ao desenvolvimento da doença. Porém, as más condições de higiene e alimentação, o tabagismo, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros e o uso de contraceptivos orais também favorecem o surgimento desse câncer. Devido à sobreposição desse conjunto de fatores, a população mais exposta ao risco se concentra entre as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e de baixo nível socioeconômico.¹

As taxas de incidência do câncer de colo do útero são geralmente altas em países onde a renda familiar se apresenta insuficiente para suprir suas necessidades básicas. A elevada incidência do câncer de colo de útero, neoplasia de fácil diagnóstico precoce, adverte para a urgência com que devem ser providenciadas medidas coerentes para detecção desse tipo de neoplasia.

No Brasil, a taxa de mortalidade por essa doença vem apresentando um aumento contínuo desde 1989, passando de 3,44 por 100.000, para 4,45 por 100.000 em 1998, o que representa um aumento de 23% em 10 anos.¹

O câncer de colo de útero é de evolução lenta. Entre a fase precursora e o seu desenvolvimento propriamente dito transcorre, na maioria dos casos, um período de, aproximadamente, dez anos. Mais de 70% das pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta, o que dificulta a possibilidade de cura. Quanto mais precoce for a intervenção, maior a chance de sobrevivência da mulher e menor o custo do tratamento. Com a detecção precoce, a morbimortalidade feminina por câncer de colo de útero será reduzida, uma vez que permitirá o seu adequado tratamento, resultando em cura de 100% das ocorrências, assim como na eliminação das lesões precursoras.¹

Os meios de prevenção são hierarquizados em níveis de atenção a saúde. A prevenção primária corresponde à redução da exposição a fatores de risco, ou seja, à criação de barreiras para evitar a contaminação pelo vírus HPV, estimulando-se o sexo seguro, como também a adoção de um estilo de vida saudável, a ingestão diária de frutas, verduras e legumes, e evitando-se a ingestão de alimentos gordurosos.¹

A prevenção secundária seria a detecção do câncer *in situ*, ou de lesões precursoras por meio do exame de citologia cérvico-vaginal, onde a cura pode atingir a 100% dos casos. Esse exame consiste no esfregaço cervical para a coleta do material a ser examinado em laboratório, permitindo a sua prevenção, detecção precoce e tratamento. O Exame Papanicolaou é internacionalmente apontado como o instrumento mais adequado, mais sensível, de baixo custo e bem aceito pelas mulheres a que se destina. Estudos recentes demonstraram que após o exame com resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver este tipo de câncer é muito reduzido, permanecendo numa margem de relativa segurança as mulheres que realizarem o exame a cada três anos, após dois exames anuais negativos.¹

A mortalidade por câncer vem crescendo significativamente nas últimas décadas. Segundo o *International Agency for Research on Cancer* (IARC), considerando o conjunto de óbitos por todas as causas no mundo no ano 2000 (aproximadamente 56 milhões de mortes), o câncer teria sido responsável por 12% delas. Em 2002 ocorreram 10 milhões de casos novos e 6 milhões de mortes no mundo. A projeção para 2020 é que ocorram 15 milhões de casos novos, com 12 milhões de mortes. Estudos realizados em 2003 revelaram que, em nações desenvolvidas, o câncer é responsável por cerca de 20% dos óbitos, representando a primeira causa de mortalidade em vários países.²

No Brasil, o crescimento que as neoplasias malignas vêm alcançando nas últimas décadas pode ser constatado. A estimativa de 2008 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) - Ministério da Saúde (MS) registra a ocorrência de 472 mil novos casos de câncer e 134 mil mortes por ano,³ sendo a segunda causa de óbito na população brasileira, com coeficientes inferiores apenas ao das doenças do aparelho circulatório e com tendência crescente nos próximos anos. O país registrou 141 mil óbitos por câncer em 2004, sendo o câncer, de próstata, de pulmão e de estômago as principais causas de morte entre os homens e o câncer de mama, de colo do útero e de intestino nas mulheres, estando o câncer do colo do útero em 3º lugar entre os diagnósticos e o 4º lugar entre as causas de morte.⁴

Em 2003, ocorreram 62.061 mortes por neoplasias em mulheres no Brasil. As causas mais frequentes foram o câncer de mama (15% dos cânceres, 9.342 mortes), seguido pelo câncer de colo de útero (11% dos cânceres, 7.033 mortes).⁵

A Pesquisa Nacional de Amostras à Domicílio (PNAD) revelou os dados sobre a realização de exame citológico cérvico-vaginal (Papanicolaou). No Brasil, 79,1% das mulheres de mais de 24 anos referiram já terem sido submetidas ao exame preventivo de câncer de colo de útero. Destas, 86,8% declararam que o exame foi realizado há menos de 3 anos, 8,1% entre 3 e 5 anos e 5,1% que este foi realizado há 6 anos ou mais. Por outro lado,

20,8% das mulheres nessa faixa etária nunca foram submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero.⁶

A proporção de mulheres que já realizou este exame alguma vez na vida também variou com a procedência. As menores proporções de realização deste exame ocorreram nos Estados de Alagoas (54,2%) e do Maranhão (61,8%).⁶

No Estado do Maranhão, a mortalidade por neoplasias difere muito pouco da situação do Brasil. De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) entre 2001 e 2005, a mortalidade por neoplasias no Estado vem crescendo a cada ano, tendo um aumento significativo entre 2004 (1226 casos) e 2005 (1603 casos).⁷ No município de São José de Ribamar-MA essa realidade epidemiológica do câncer também não é diferente, pois em 2006 as neoplasias ocuparam o 3º lugar na Mortalidade Proporcional em todas as idades (18,4% dos casos).⁸

O município de São José de Ribamar-MA encontra-se habilitado consoante a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) 01/2002 do Ministério da Saúde, na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.⁹ No que tange à configuração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Maranhão, é um Módulo Assistencial que realiza, em termos de Atenção à Saúde, procedimentos básicos e de média complexidade I na rede de serviços de saúde, não sendo referência, entretanto, para outros municípios e que referencia os pacientes que necessitam de procedimentos de média complexidade II e III e de alta complexidade para São Luís, capital do Estado do Maranhão.

Tabela 1: População Residente por Faixa Etária e Sexo em São José de Ribamar-MA, 2006.

Faixa Etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.582	1.509	3.091
1 a 4	6.404	6.260	12.664
5 a 9	7.815	7.764	15.579
10 a 14	8.424	8.720	17.144
15 a 19	8.130	8.674	16.804
20 a 29	12.227	13.410	25.637
30 a 39	9.199	9.963	19.162
40 a 49	5.690	5.654	11.344
50 a 59	3.134	3.173	6.307

60 a 69	1.982	1.979	3.961
70 a 79	922	1.007	1.929
80 e +	407	562	969
Ignorada	-	-	-
Total	65.916	68.675	134.591

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/2000, Censos e Estimativas¹⁰

Conhecer a incidência de determinada doença é sempre de fundamental importância epidemiológica. Dados reais de incidência praticamente inexistem e se trabalha usualmente com estimativas anuais de casos novos publicados pelo INCA.³ Esses estudos divulgados pelo INCA trazem para o Brasil, os Estados e os Municípios, o número estimado de casos novos de câncer como um todo e para localizações primárias selecionadas, segundo o sexo. Essa seleção leva em conta principalmente a magnitude e a importância de determinadas neoplasias malignas na mortalidade ou na incidência (câncer de mama, próstata, pulmão e pele não melanoma), ou ainda aspectos ligados a programas de prevenção (câncer de colo de útero e cavidade oral).

Tabela 2: Estimativas, para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, no Estado do Maranhão.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	310	9,74	150	28,74
Colo do Útero	630	19,67	190	37,3
Cólon e Reto	80	2,61	40	7,71
Traquéia, Brônquio e Pulmão	80	2,66	40	8,11
Estômago	80	2,42	30	6,48
Leucemias	70	2,33	20	4,68
Cavidade Oral	30	1,08	-	2,51

Pele Melanoma	-	0,28	-	0,83
Esôfago	-	0,43	-	0,85
Outras Localizações	720	22,59	300	57,64
Subtotal	2.020	63,38	800	153,7
Pele não Melanoma	640	20,06	240	45,76
Todas as Neoplasias	2.660	83,47	1.040	200,76

Fonte: Estimativa 2008. Incidência de Câncer no Maranhão. INCA.³

Ao utilizar conceitos e informações epidemiológicas de um determinado local, município, ou região, o profissional da saúde, por exemplo, estabelece a associação entre fatores de risco ou de proteção e determinados agravos à saúde, identificar populações expostas a esses fatores e definir ações dirigidas à prevenção ou detecção precoce de doenças. Entretanto, somente alguns desses fatores são bem conhecidos na atualidade, como a associação entre o desenvolvimento de câncer e a exposição a cigarros, álcool, radiação ionizante, algumas drogas, carcinógenos ocupacionais (como asbestos) e alguns vírus, como hepatite B, da leucemia de células T e o HPV.⁴

Evidências epidemiológicas indicam que muitos fatores, provavelmente, têm maior efeito na redução dos índices de câncer: redução do fumo, aumento no consumo de frutas, vegetais, legumes e controle de infecções. Uma vez instalado o câncer de colo de útero, contudo, muito ainda pode ser feito pelas pacientes, na fase que conhecemos como prevenção secundária ou de diagnóstico precoce para impedir sua progressão.⁴

A sobrevida no câncer significa basicamente medir o tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a ocorrência de algum evento determinado, que pode ser o aparecimento de recidiva, de metástase ou o óbito. Para conseguirmos curar as pacientes com câncer do colo de útero ou aumentarmos a sua sobrevida, precisamos fazer a detecção precoce e o tratamento dessa patologia, o que só é possível se existir um modelo de atenção oncológica bem organizado.¹¹

A partir da comparação das taxas de incidência padronizadas por idade, os pesquisadores britânicos Richard Doll e Richard Peto¹² estimaram em 1981 que poderiam ser evitados de 75% a 80% dos cânceres diagnosticados na população dos Estados Unidos na década de 1970. Esta estimativa, embora pudesse parecer exagerada, permitiu que fossem identificados fatores ambientais de risco para câncer em sociedades desenvolvidas, como a americana. Diversas condições poderiam explicar esta diferença, como peso ao nascer, idade

da menarca, padrões alimentares, ganho de peso, consumo de álcool, uso de tabaco, uso de fármacos e fatores reprodutivos.

Mais recentemente, já em 2001, com metodologia diferente da de Doll e Peto, pesquisadores da *Harvard School of Public Health* liderados por Goodarz Danaei estimaram que 35% das mortes por câncer no mundo poderiam ser atribuídas ao efeito combinado de nove fatores de risco separados em cinco grupos: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelos vírus das hepatites B e C.¹³

A Constituição Federal de 1998, por meio de seu artigo 198, instituiu no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), que se traduz em um conjunto de ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos três níveis de governo, de forma que se garanta a descentralização, a universalidade de acesso ao sistema, a equidade no atendimento, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde e o seu controle social.

Com o objetivo de contribuir para a reorganização do Modelo de Atenção à Saúde, a partir da atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado e implementado desde a segunda metade da década de 90.¹⁴

O PSF é parte integrante da rede básica de serviços de saúde. Na prática, contudo, a atenção oncológica não se desenvolve com esse nível organizativo, pois o acesso de pacientes com câncer de colo do útero à rede de serviços de saúde no Brasil é muito difícil, principalmente nas áreas rurais, onde também é incipiente o rastreamento e o diagnóstico precoce deste tipo de câncer, segundo o protocolo clínico dessa enfermidade, na atenção secundária, ao que se soma o déficit qualitativo e quantitativo de pessoal da saúde, mormente o especializado em oncologia, assim como de equipamentos e serviços de apoio diagnóstico, sendo a situação ainda mais grave quanto à necessidade de atenção terciária (cirurgia oncológica, rádio e quimioterapia).¹⁵

O Modelo de Atenção Oncológica está bem configurado nos desenhos de fluxos de referência e contra referência de pacientes, e na definição de tipologias de Unidades de Saúde, segundo o grau de complexidade tecnológica, aonde esse atendimento vai se processar, a saber: Atenção Primária, Secundária e Terciária, conforme abaixo demonstrado:¹⁶

Tabela 3: Modalidades de Atenção e Níveis Assistenciais em Oncologia

Modalidade de Atenção	Níveis AP*	AS**			AT***
		MC I	MC II	MC III	
Promoção da Saúde e Rastreamento	X				
Diagnóstico Precoce		X	X	X	
Patologia Clínica		X	X		
Imagenologia			X	X	
Anatomia Patológica			X	X	
Cirurgia Oncológica					X
Oncologia Clínica (inclui quimio)					X
Radioterapia					X
Medidas de Suporte	X	X	X	X	X
Reabilitação	X	X	X	X	X
Cuidados Paliativos					X

*Atenção Primária ** Atenção Secundária ***Atenção Terciária MC = Media Complexidade

Fonte: Plano de Ação de Controle do Câncer de Colo de Útero- SES-MA¹⁶

A vigilância em saúde do câncer se insere, portanto, em todos os níveis de atenção do Modelo de Atenção Oncológica: promoção da saúde, monitoramento dos fatores de risco, rastreamento populacional ou oportunístico dos cânceres passíveis de detecção precoce, análise do perfil de qualidade da atenção à saúde, estudos de mortalidade, de sobrevivência, entre outros.¹⁷

Conhecer qual o perfil da clientela em demanda aos serviços de saúde, de que adoece e morre e de que forma se dá esse atendimento é fundamental para o conhecimento real e não apenas estimado das morbidades prevalentes e da mortalidade nessas populações, procurando-se identificar o perfil epidemiológico desse município, região ou estado.

Desse modo, procurou-se agregar nesta pesquisa, informações com o objetivo de mensurar o impacto do câncer de colo do útero na clientela alvo na localidade Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar, ou seja, se estudou o perfil epidemiológico dessa enfermidade e o potencial de risco das mulheres de 25 a 59 anos virem a desenvolver esse tipo de câncer, além de concomitantemente demonstrar como ocorreram as ações de

rastreamento, diagnóstico precoce, e o tratamento dessa enfermidade, assim como o seguimento das pacientes, incluindo os cuidados paliativos, segundo os estádios da doença e o protocolo clínico-cirúrgico definido para essa patologia, na Rede de Atenção Oncológica no município de São José de Ribamar-MA.

Um aspecto bastante relevante do ponto de vista da prevenção é que o processo de formação do câncer pode ser interrompido, dependendo da fase em que se encontra, do nível do dano sofrido pela célula e, principalmente, da suspensão da exposição ao agente cancerígeno.¹⁸

Para determinar a chance de cura do câncer (prognóstico), os médicos consideram vários fatores, inclusive o tipo e o estágio do câncer. O termo “estádio” é usado para descrever a extensão ou a gravidade do câncer. No estágio inicial, a pessoa tem apenas um pequeno tumor maligno. No avançado, o tumor, maior, já pode ter se expandido para áreas próximas (linfonodos) ou outras partes do corpo (metástases).⁴

A prevenção primária é quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais freqüente.

Na anamnese da paciente durante a consulta médica, é importante investigar quando foi a última coleta do exame citológico (Papanicolaou) e qual o resultado do exame. Obter ainda informações, se essa paciente já fez algum tipo de tratamento no colo do útero se usou ou usa o dispositivo intra-uterino (DIU), se faz tratamentos hormonais ou radioterápicos e se está grávida. A presença de sangramento vaginal fora do período menstrual normal, deve também ser investigada, assim como, de sangramento vaginal após relação sexual (sinusiorragia).

Na identificação do perfil de risco, a presença de uma infecção pelo HPV deve ser valorizada, em razão desse vírus ser considerado um marcador da atividade sexual. Em situações de imunossupressão, a incidência do câncer do útero está aumentada, tais como no tabagismo, corticoterapia, diabetes, lupus e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).¹⁹

O estado de nutrição deve ser avaliado, pois estudos epidemiológicos corroboram a associação dos fatores dietéticos com a proteção do câncer e, por outro lado, com a promoção da carcinogênese. Entre os fatores alimentares identificados que podem diminuir o risco de desenvolvimento de câncer estão as frutas e vegetais ricos em substâncias anti-

oxidantes, principalmente o beta-caroteno e a vitamina C, que protegem o organismo dos efeitos nocivos dos radicais livres, bem como a ingestão de grãos integrais.²⁰

Nesta pesquisa busca-se demonstrar a importância na localidade Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar-MA, dos fatores biológicos, ambientais, sociais e econômicos condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença (câncer do colo de útero), identificados por um serviço de vigilância em saúde que permita redução e controle na ocorrência dessa enfermidade ou detectá-la precocemente.

REVISÃO DE LITERATURA

O câncer cervical constitui 12% de todos os cânceres em mulheres e é o terceiro câncer mais comum entre estas no mundo. Estima-se que cerca de 500 mil mulheres sejam diagnosticadas anualmente com câncer de colo uterino e quase metade desse número morra da doença. Até 80% dos casos são registrados em países em desenvolvimento, nas mulheres desfavorecidas economicamente. Nos Estados Unidos, o câncer cervical é a terceira neoplasia mais comum no trato genital feminino, com estimados 12.900 casos novos (6% de todos os cânceres em mulheres) e 4.400 mortes em 2001.²

Um declínio contínuo na incidência e mortalidade por câncer do colo uterino tem sido observado na maioria dos países desenvolvidos nos últimos 50 anos. Esse declínio é atribuído principalmente à detecção precoce usando o exame de citologia cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Uma mudança na tendência de declínio de incidência e mortalidade foi observada, contudo, nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos desde meados dos anos 80. Desde 1986 a taxa de incidência do câncer de colo do uterino em mulheres americanas brancas abaixo dos 50 anos tem aumentado em cerca de 3% anualmente, porém essas taxas continuam a cair nas afro-americanas. Na Inglaterra e no País de Gales, no Canadá, na Itália, na Nova Zelândia e na Austrália foram registradas tendências similares.

Embora o aumento da incidência de câncer de colo uterino em mulheres jovens possa ser explicado por mudanças na prevalência da infecção do HPV ou mudanças nos hábitos sexuais, padrões de reprodução e o uso de contraceptivo oral, outros fatores, como mudanças nos procedimentos de codificação e registro, cobertura do rastreamento, taxas de histerectomia e proporção de casos classificados como “câncer de colo de útero não especificado” precisam ser levados em consideração.

A vigilância em saúde do câncer de colo de útero por meio do rastreamento (exame de citologia cérvico-vaginal) da clientela alvo (mulheres de 25 a 59 anos) é o principal fator de redução da mortalidade por essa patologia, ao possibilitar o diagnóstico precoce da enfermidade e, conseqüentemente, caso o exame seja positivo, que essas mulheres possam ser submetidas ao tratamento adequado e oportuno.²¹

A taxa de sobrevida global relativa em 5 anos tem permanecido constante. Nos Estados Unidos, para os períodos de 1970-1973 e 1983-1989, ambas as taxas de sobrevida relativa, após 5 anos da enfermidade, foram de 67%. Essas taxas são mais altas em mulheres brancas e mulheres com menos de 50 anos. As taxas de sobrevida são altas quando a doença é

diagnosticada em estágios iniciais e baixas quando o câncer de colo uterino é diagnosticado em estágios avançados.²²

Em muitos tipos de câncer, a perspectiva de melhor prognóstico para pacientes com tumores pequenos e localizados é bem melhor do que para aquelas com doença avançada ou metastática. Geralmente, a excisão de tumores primários é curativa. Evidências têm mostrado que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno estão associados com melhores taxas de sobrevivência. Entretanto, ainda não está claro se a demora em se concluir o diagnóstico e definir o tratamento influencia de forma negativa o prognóstico. Longas demoras em pacientes que já manifestam sintomas da doença estão associados com desfechos piores. Estudos observacionais têm-se mostrado necessários para levantar e comprovar fatores confundidores.²³

Evidências epidemiológicas sugerem há tempos que a neoplasia cervical se comporta como uma doença sexualmente transmissível. Em apoio a essa hipótese, diversas modalidades de comportamento sexual são associadas de forma consistente ao risco aumentado de neoplasia cervical. O risco é maior entre mulheres com múltiplos parceiros, mulheres cujos parceiros sexuais são mais promíscuos e mulheres que tiveram a primeira relação sexual em idade precoce. Além do comportamento sexual, status socioeconômico baixo, história reprodutiva, hábitos de tabagismo, uso de contraceptivo oral ou de métodos de barreira, fatores da dieta, imunossupressão, frequência do exame preventivo cérvico-vaginal e características dos parceiros sexuais masculinos foram relacionados ao risco de neoplasia cervical.²²

Dados epidemiológicos obtidos durante 15 anos de estudo indicam um papel relevante da infecção pelo HPV na etiologia da neoplasia cervical. Essa associação parece satisfazer os critérios para causalidade em pesquisa epidemiológica: a associação é forte, consistente e específica; há relações temporais e de dose resposta e a relação causal é biologicamente plausível.²²

A associação entre infecção por HPV e neoplasia cervical é mais intensa com os tipos 16, 18, 31, 33, 35 e 45, oncogênicos, carga viral crescente e infecção por múltiplos tipos de HPV. Essa associação é consistente e independente do método de análise do HPV usado e do delineamento epidemiológico, e parece explicar muitos dos fatores de risco estabelecidos previamente para a neoplasia cervical, incluindo comportamento sexual e tabagismo, que agora se acredita serem fatores confundidores.²²

A diferença entre a alta prevalência de infecção por HPV e a baixa incidência de neoplasia cervical em mulheres jovens, saudáveis, assim como a baixa taxa de progressão de

lesões de neoplasia intra-epitelial cervical de baixo grau (L-SIL) e alto grau (H-SIL) não tratadas, sugere que o HPV pode ser um fator de risco necessário, mas não suficiente para a neoplasia cervical, pois embora o HPV seja o fator de risco mais importante, outros co-fatores parecem ser necessários para o desenvolvimento da doença.²⁴

A análise dos fatores de risco para o câncer não perpassa somente pela avaliação de melhor ou pior favorecimento sócio-econômico da população, mas sim, avaliando fatores, como nível educacional, ocupação, local de residência, oferta de serviços básicos de saúde e facilidade de acesso ao atendimento de saúde e educação.²⁵

As rápidas e profundas modificações econômicas e políticas ocorridas no Brasil a partir da década de 60 resultaram em mudanças acentuadas na sociedade, caracterizadas, entre outras, por: (1) aumento da produção industrial, (2) maciça migração de áreas rurais para os grandes centros urbanos, (3) queda acentuada do índice de fertilidade, (4) redução da mortalidade infantil, (5) redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, (6) aumento considerável da esperança de vida e (7) aumento da inserção da mulher na força de trabalho. Modificou-se também o estilo de vida da população, com a aquisição ou reforço de hábitos, muitas vezes nocivos à saúde. Essas mudanças ocorridas heterogeneamente nas regiões do Brasil implicaram em aspectos positivos e negativos para o desenvolvimento do país e para a saúde da população.

Com a mudança dos padrões da doença, o modelo ecológico da epidemiologia (agente-ambiente-hospedeiro) que explicava até então no processo saúde-doença, ou seja, o processo de transição do período pré-patogênico para o período patogênico, tornou-se ineficaz para explicação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), onde se inclui o câncer, sendo substituído a partir de 1974 por uma concepção ampliada das causas determinantes das doenças, integrada por quatro amplos componentes:²⁰

- Biologia humana (processo natural do envelhecimento e herança genética);
- Estilo de vida (auto determinado);
- Ambiente (físico, social, psicológico);
- Organização do Sistema de Atenção à Saúde (promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação).

Biologia Humana- Em diferentes populações, as DCNTs aumentam de frequência com o envelhecimento, e para a maioria delas (cardiovasculares, *diabetes mellitus* e vários tipos de neoplasias) existe associação com a herança.

Estilo de Vida- Compreende hábitos nocivos à saúde, adotados pela população (auto determinados), freqüentemente associados às DCNTs. Alguns hábitos de consumo,

como tabagismo, alcoolismo, ingestão excessiva ou preferências dietéticas por alimentos ricos em gorduras animais, ou hidratos de carbono, são alguns exemplos que levam à obesidade e à hipercolesterolemia. Inclui-se também no estilo de vida o sedentarismo, determinado por trabalho ou opções de lazer que não envolvem atividade física.

Ambiente- O ambiente no modelo epidemiológico é definido como eventos externos ao corpo, sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle.²⁶ O ambiente subdivide-se nas dimensões física, social e psicológica, como segue:

- O ambiente físico é representado pela própria geofísica, onde se fazem presentes fatores de risco associados às DCNTs: poluição ambiental (ar, água, solo), por elementos químicos utilizados na indústria/agricultura ou presentes como componentes do próprio ambiente físico, poluentes sonoros, trepidação, temperatura etc.
- Os ambientes sociais e psicológicos são determinados por interações sociais complexas, com elementos envolvendo modificações do comportamento. Como no modelo ecológico, este ambiente inclui questões “sociais”, como, por exemplo, a educação formal e o tipo de inserção nos setores de produção. Interações sociais ou determinadas ocupações, por exemplo, são causadoras de ansiedade/estresse (psicológico), por sua vez relacionados às DCNTs.

Organização do Sistema de Atenção à Saúde- Consiste na disponibilidade quantitativa, qualitativa e na abrangência da atenção integral à saúde (promoção-prevenção-diagnóstico precoce-cura e reabilitação), para toda população. Este elemento do campo da saúde, que deve, portanto, cuidar da manutenção da saúde, pode desenvolver um papel inverso, ou seja, o de contribuir para a ocorrência de mortes por DCNTs.

Segundo Mendes²⁷, dando continuidade ao estudo dos fatores determinantes das doenças, em 1986 a epidemiologista e pesquisadora Carol J. Buck analisou suas recomendações e sua efetiva implementação no mundo, concluindo pela ausência de mudanças profundas na expressão das políticas de saúde. A autora considera o “entorno” (ampliou a concepção de meio ambiente) como o mais importante dos quatro fatores determinantes do processo saúde-doença: “se o entorno não é adequado, tampouco o seriam a biologia humana, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde”. Também identificou fatores do “entorno” que podem constituir obstáculos para a saúde, denominando-os de

“entornos perigosos”, como a violência, a segurança dos meios de locomoção, as condições de risco no trabalho, a contaminação do ar e da água.

Pelo oposto, os “entornos protetores” eram aqueles relacionados às necessidades básicas do indivíduo (abrigo, vestimenta e alimentação) e a amenidades (cultura, lazer, arte, música, teatro), ou seja, tudo que contribua para facilitar e tornar agradável a vida.

Finalmente, a autora considerou a pobreza como potencializadora de todos os obstáculos à saúde anteriormente referidos, pois são os pobres que vivem os entornos perigosos, os que não podem satisfazer às suas necessidades básicas e carecem de meios para usufruir de amenidades, são os que ocupam postos de trabalho estressantes e não gratificantes, quando empregados, e os que estão isolados das fontes de informação e de estímulo.

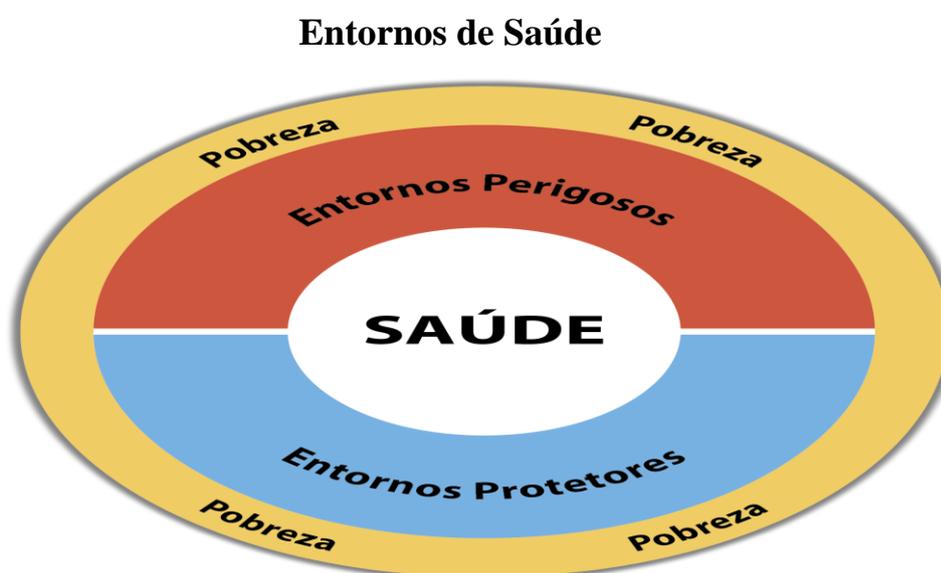


Figura 1: Entornos de Saúde da pesquisadora Carol J. Buck, Mendes²⁷.

No contexto epidemiológico, as desigualdades regionais das mudanças na sociedade resultaram em marcantes diferenças de exposição da população aos fatores de risco para as DCNTs (neoplasias malignas, a hipertensão, o diabetes, as anomalias congênitas, a desnutrição etc) e da morbi-mortalidade nelas predominante, o que exige uma constante vigilância dos agravos à saúde.

Vigilância em Saúde Pública

Desde 1989, o termo vigilância epidemiológica foi substituído pela denominação vigilância em saúde pública, que se consagrou internacionalmente, sendo utilizada em todas as publicações sobre o assunto. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceituou

a vigilância em saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, concepção que se fundamenta no debate do princípio da integralidade. A integralidade das ações de saúde compreende a promoção, a proteção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação, desenvolvidas nos serviços de saúde de distintos níveis de complexidade tecnológica e organizacional (atenção primária, secundária e terciária).²⁸

No que permite também à vigilância em saúde, Mendes²⁹ cita Thacker e Berkelman ao afirmarem em seu estudo que a vigilância em saúde não abrange a pesquisa epidemiológica nem as ações de controle. Estas três práticas de saúde pública são relacionadas, porém independentes. As atividades desenvolvidas pela vigilância em saúde, de notificação de agravos à saúde, portanto, situam-se num momento anterior à implementação de pesquisas que buscam correlacionar causa e efeito e à elaboração de programas voltados ao controle de eventos adversos à saúde. Em função dessa discussão, os autores propuseram a adoção da denominação de vigilância em saúde pública como forma de evitar confusões a respeito da precisa delimitação dessa prática.



Figura 2: Esquema de interações entre os subsistemas de vigilância, serviços de saúde e pesquisa.³⁰

Assim, entende-se por vigilância em saúde o conjunto de ações que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença, de forma

individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos, voltados para área da saúde, a saber: (1) controle dos condicionantes e determinantes, (2) controle dos riscos, (3) controle dos danos, (4) as necessidades sociais de saúde da população, (5) os grupos de risco, (6) as situações de exposição (os expostos), (7) os indícios de exposição (assintomáticos) e (8) pesquisar as causas dos óbitos, das seqüelas e dos agravos.³⁰

Desse modo, não cumprindo suas atribuições legais, bem definidas na Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde,³¹ as políticas de saúde tornar-se-ão co-responsáveis pelas DCNTs.

O uso da vigilância em saúde, especialmente nas últimas quatro décadas foi significativamente ampliado, propiciando sua consolidação como um importante instrumento da epidemiologia nos serviços de saúde.³² Desse modo, houve a incorporação da vigilância em saúde nas diversas regiões do mundo com características particulares, ora restrita ao papel de um sistema de informação para a agilização das ações de controle, confundindo-se com alguma freqüência com os próprios programas de controle de doenças transmissíveis, ora abrangendo a pesquisa e confundindo-se com a própria epidemiologia.

Apesar dessa diversidade de experiências, a vigilância em saúde, no decorrer desse período, atingiu apreciável grau de delimitação em seus objetivos, fontes de dados, metodologia e procedimentos de avaliação. O nível de especificidade atingido permitiu-lhe caracterizar-se como um instrumento de saúde pública de importante aplicação, seja na agilização das ações de controle de eventos adversos à saúde, seja no apoio ao esforço de permanente aperfeiçoamento técnico dos serviços de saúde para o estabelecimento de estratégias eficientes de controle de doenças.

A metodologia empregada pela vigilância em saúde pode ser resumida pela atividade de acompanhamento contínuo e análise regular do comportamento de específicos eventos adversos à saúde em populações e pela elaboração, com fundamento no conhecimento científico, das bases técnicas que oferecem sustentação às estratégias adotadas pelos programas de controle desses eventos.

Apesar de perfeitamente delimitada como instrumento de saúde pública, tem sido freqüente a utilização do termo monitorização,³³ como sinônimo de vigilância em saúde, o que se constitui um equívoco, uma vez que ambos apresentam aplicações distintas em saúde pública. A monitorização, diferentemente da vigilância em saúde, não dispõe ainda de uma

perfeita delimitação de seus objetivos, metodologia e critérios de avaliação de seu desempenho.

Se, por um lado, a monitorização ainda não alcançou seu pleno desenvolvimento, por outro, sua aplicação é bem mais ampla do que a vigilância em saúde, uma vez que não se restringe à área da saúde, mas envolve o campo da saúde, cujo espectro de ação é mais extenso, por incluir outras áreas, à exemplo da cultura, da educação, do lazer e da segurança, podendo ainda ser utilizada em diferentes ramos de atividade, entre eles o acompanhamento sistemático de alguns indicadores, como os econômicos, os sociais, os demográficos, os de condições climáticas e os de poluição ambiental.

Em 1976, o *International Journal of Epidemiology* dedicou um número especial sobre a vigilância em saúde,³⁴ fato que reflete o reconhecimento da importância e abrangência de sua aplicação em saúde pública. Em seu editorial são feitas várias considerações, entre elas a de que a vigilância em saúde requer a combinação e coordenação de uma boa coleta de dados por um pessoal motivado, um eficiente sistema de saúde, análise bem feita das informações com retorno rápido com objetivo de orientar as ações de controle. Comentou também a grande variedade de aplicações da vigilância em saúde, salientando, por outro lado, que a monitorização é um instrumento relativamente novo e que sua delimitação com a vigilância em saúde na assistência integral à saúde à população deve ser melhor estabelecida.

Citaríamos, entre os instrumentos de saúde pública, a ação programática, o planejamento, a educação em saúde, a vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental, a pesquisa em saúde e o controle de agravos), a monitorização e a capacitação de recursos humanos.³⁵

Foege e colaboradores³⁶ afirmaram que os sistemas de vigilância em saúde caracterizam-se por ter, obrigatoriamente, três componentes: a coleta da informação, a análise de dados e a disseminação das informações de forma a permitir o controle dos agravos à saúde.

A vigilância em saúde serve, portanto, de base para fazer recomendações, avaliar medidas de controle e realizar o planejamento de ações. Pode ser resumida, pois, como a obtenção de informação para a ação em saúde pública.³⁷

No caso das neoplasias malignas, os fatores de risco condicionantes e predominantes são ambientais. Estudos epidemiológicos indicaram, por exemplo, que os fatores ambientais poderiam estar associados ao câncer. Esses fatores ambientais são representados por uma gama de elementos ou substâncias químicas, radiativas ou não, presentes no ambiente físico, como poluentes ambientais (inclusive agrotóxicos), ou na

própria composição do solo ou, ainda, no ambiente de trabalho (indústria). Dentre os fatores ambientais físico-químicos, seriam carcinogênicos os derivados de petróleo, o arsênio, o urânio radioativo, os raios X, os raios ultravioleta, os asbestos, as amins aromáticas, as nitrosaminas, etc.³⁷

Dos fatores relacionados ao estilo de vida, destaca-se o tabagismo (câncer de pulmão e de colo de útero), o álcool associado ao fumo (câncer de esôfago), determinados medicamentos, como melfalan, clorofazina, e o hormônio dietilestilbestrol e questiona-se os estrógenos exógenos. A dieta rica em gordura, pobre em fibras e em vitamina A estão relacionadas ao carcinoma do cólon (fibras), cólon, mama e endométrio (gordura), orofaringe e pulmão (vitamina A). Diversos tipos de neoplasias malignas estão associados à genética, destacando-se o carcinoma de mama. Porém, independentemente do tipo de localização, célula ou tecido de origem, existe certa concentração familiar de neoplasias malignas.³⁷

Alguns cânceres encontram-se fortemente associados a vírus: hepatite B x carcinoma primário de fígado, vírus de Epstein Barr x tumor de Burkitt e tumores de rinofaringe, *human T lymphocitic virus* (HTLV-1) x leucemias e linfomas de adultos; HPV x carcinoma de colo de útero, etc.⁴

Na prática dos serviços de saúde, a utilização da vigilância em saúde, particularmente no estudo de doenças crônicas como o câncer, o prognóstico da sobrevida dos pacientes tornou-se critério importante para avaliação de condutas terapêuticas a serem adotadas em relação aos protocolos clínicos dessa enfermidade, assim como para avaliação da assistência prestada ao paciente. Assim, é comum utilizar-se como medida dessa variável, o tempo em que demora a ocorrer determinado evento, seja ele benéfico (a cura ou alta hospitalar), prejudicial (a morte ou recidiva da doença), ou indiferente (mudança no protocolo terapêutico).³⁵

O diagnóstico tardio do câncer de colo de útero pode estar relacionado com: (a) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, (b) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), (c) a capacidade do sistema público de saúde de absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (d) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema de saúde.³⁸

A introdução da vigilância em saúde em uma localidade, município, região ou estado, pode ter como consequência, nos primeiros anos de sua implantação, um aparente

aumento na morbi-mortalidade por câncer do colo do útero, mas isso se deve à melhoria da notificação, ou seja, da qualidade da informação e dos atestados de óbito. Entretanto, outros fatores, como o diagnóstico em estádios mais avançados da doença, podem estar contribuindo significativamente para o crescimento das taxas de mortalidade.

Estudos e/ou pesquisas epidemiológicas das doenças crônicas não transmissíveis vêm sendo realizados tendo por base a identificação de fatores de risco, à exemplo do que foi realizado no município de São Paulo, em 2005, objetivando estimar as prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis e comparar os resultados com os obtidos há 15-16 anos em inquérito semelhante. Foram entrevistadas 2.103 pessoas, com idade de 15 a 59 anos, que responderam a um questionário, quando também foram feitas medidas de pressão arterial, peso, estatura e circunferências do abdome e do quadril. Em um terço dos entrevistados foram dosados colesterol total, HDL colesterol, triglicérides e glicose de jejum. As prevalências totais ajustadas por idade, na faixa etária de 15 a 59 anos, foram as seguintes: tabagismo, 22,6%; pressão arterial não controlada, 24,3%; obesidade, 13,7%; circunferência abdominal aumentada, 19,7%; colesterol total = 240 mg/dl, 8,1%; HDLcolesterol < 40 mg/dl, 27,1%; triglicérides = 200 mg/dl, 14,4%; e glicemia = 110 mg/dl, 6,8%. O tabagismo, a pressão arterial não controlada, o colesterol total elevado, o HDL colesterol diminuído e os triglicérides elevados foram significativamente mais prevalentes em homens do que em mulheres. Os resultados quanto à prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas mostraram que os homens estão em pior situação do que as mulheres. Comparados aos resultados de inquérito anterior, a percentagem de pressão arterial não controlada permaneceu inalterada, mas a de tabagismo diminuiu significativamente.³⁹

O debate sobre a Vigilância em Saúde enquanto “referência” para a construção de um modelo de atenção “integral” incorpora também a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, o que significa colocar em discussão a possibilidade de articulação entre a diretriz de integralidade do cuidado, com o perfil real de oferta de ações e serviços, definido em função das características demográficas, econômicas, sociais e epidemiológicas da população.³⁸

A Vigilância em Saúde articula os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde, às ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, que tomam como objetos riscos e danos, às ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, até a assistência ambulatorial,

hospitalar, laboratorial e farmacêutica a indivíduos que necessitam de cuidados sejam preventivos, recuperadores, ou reabilitadores da saúde.⁴⁰

A Vigilância em Saúde, portanto, é um processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se de fato uma forma de pensar e de agir em saúde, ou seja, uma referência para a formulação de propostas e uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado ou município (territórios).⁴⁰

No Brasil no que tange à morbidade e mortalidade, convive-se com duas realidades díspares: por um lado, luta-se para evitar as chamadas “doenças da pobreza”, como as doenças imunopreveníveis, as doenças transmitidas por vetores como a dengue e a malária, as doenças diarréicas, a tuberculose, a hanseníase e a subnutrição; por outro lado, luta-se para reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como várias formas de câncer, diabetes, doenças cardio-vasculares, a doença mental e as ditas por causas externas, como os acidentes e as violências.⁴¹ Em relação especificamente ao câncer em mulheres, o Brasil convive tanto com os associados ao melhor nível sócio-econômico (Ex: mama) quanto com os associados à pobreza (Ex: colo do útero).¹⁵

Esse quadro nosológico não é diferente no Estado do Maranhão, onde o INCA³ estimou para 2008 um total de 2.660 casos novos de câncer em mulheres, correspondendo a 0,26% da incidência do país, com 234.870 casos e 11,14% do nordeste com 42.360 casos.

Não se dispõe de informações precisas sobre prevalência da doença no Brasil e no Maranhão, pois a maior parte dos registros são de pacientes internadas na rede pública, filantrópica, universitária ou privada credenciada e/ou contratada pelo SUS,¹⁴ mas dados referentes à população norte-americana estimaram que cerca de 3% do total de habitantes estariam vivendo com diagnóstico de câncer, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Dados semelhantes são observados para a região da Catalunya na Espanha, onde se estima que a prevalência de câncer seria de 3,6% da população.⁴²

As ações de prevenção desempenham um papel fundamental na estratégia de combate ao grupo de enfermidades denominadas DCNTs, onde o câncer assume destaque.³⁹ Várias medidas merecem atenção, podendo ser citadas como fundamentais no combate ao câncer: o controle do tabaco, o incentivo à dieta saudável e à prática de atividades físicas, o combate à obesidade, ao consumo de álcool e à exposição solar excessiva, a imunização contra o vírus da hepatite B e a redução das exposições ocupacionais. Um programa

consistente de prevenção ao câncer diminui tanto a incidência como a mortalidade atribuível à doença.⁴

Objetivando-se estudar a influência do fumo nas alterações das células de Langerhans (CLs) em mulheres com captura híbrida negativa, foram estudadas 30 mulheres por meio do método clínico colposcópico, histopatológico, imuno-histoquímico, histométrico e teste de hibridização molecular. A elevada concentração de derivados de tabaco como a nicotina tem sido associada à depressão das CLs no colo do útero. A alta taxa de regressão da infecção por HPV e a evolução de alguns casos para malignização, sugerem a existência de múltiplos fatores associados na imunodepressão.⁴³

Medidas eficazes para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero consistem em disponibilizar informação para uma maior consciência do problema entre médicos, outros profissionais de saúde e o público em geral. Além deste enfoque educativo, cumpre também desenvolver ações para que os casos suspeitos tenham a confirmação diagnóstica o mais rápido possível e garantir que os casos diagnosticados tenham o tratamento apropriado e de forma ágil.²⁰

As estratégias para a detecção precoce do câncer de colo de útero incluem o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento prevê ações organizadas que envolvem o uso de testes simples, que podem ser aplicados com rapidez em determinados grupos populacionais, com a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em pacientes com doença assintomática, sendo que seus métodos devem utilizar técnicas com sensibilidade e especificidade elevadas, para evitar procedimentos desnecessários nos casos falsos-positivos e não devem ser aplicados em doenças com prevalência muito baixa. O diagnóstico precoce inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos.¹⁵

Atualmente existem evidências suficientes para afirmar que a efetividade do rastreamento está claramente demonstrada para dois tipos de câncer: câncer de colo do útero e o câncer de mama.¹⁵

Câncer de colo de útero

A etiologia do câncer de colo de útero é multifatorial, mas o HPV manifesta-se como um agente causal necessário. O rastreamento sistemático, a partir da técnica de coleta do esfregaço cérvico-vaginal ou Teste de Papanicolaou, e o exame citológico de amostras coletadas, têm sido amplamente usados na prevenção e detecção precoce do carcinoma do

colo uterino e reduziu a morbidade e mortalidade por câncer cervical em todos os países nos quais se estabeleceu um programa organizado.

O diagnóstico do câncer de colo de útero pode começar com um exame de citologia cérvico-vaginal (Papanicolaou) alterado; nos casos positivos, são feitas colposcopias e biópsias de lesões visíveis. Utiliza-se o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). O tratamento para cânceres pequenos nos estádios I e II é a cirurgia radical; para cânceres maiores no estágio II e cânceres no estágio IV(A), uma combinação de quimioterapia e radiação; e, para cânceres no estágio IV(B), quimioterapia ou tratamento paliativo. As estratégias de vigilância concentram-se no seguimento intensivo nos primeiros 2 a 5 anos após o tratamento. A reabilitação depois do tratamento cirúrgico e radioterápico é baseada em sintomas. A prevenção atualmente consiste em esforços para aumentar o número de mulheres rastreadas.²²

A prevenção secundária ao câncer de colo de útero utiliza como estratégia o diagnóstico precoce de lesões de colo uterino, por meio do exame de colpocitologia cérvico-vaginal.¹⁸

A vacina para HPV pode ser a medida preventiva para o futuro. Já existe a vacina anti-HPV, que irá reduzir o número de mulheres com câncer de colo de útero. Mas seria importante alertar que a vacinação não elimina ou substitui o programa de rastreio do câncer, nem no Brasil, nem no mundo. A vacina poderia reduzir, mas não eliminar o câncer, se utilizada isoladamente. A vacina, já aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), age contra quatro tipos de HPV, dois de baixo risco cancerígeno e dois de alto risco. Protege contra 90% das verrugas genitais e condilomas e contra 70% da incidência de câncer de útero. Mas há limitações em relação ao seu uso: só está liberada para mulheres entre 9 e 26 anos de idade, virgens ou que ainda não tenham o vírus. Esse tipo de vacina é usado para combater doenças causadas pelo HPV, como verrugas, lesões intra-epiteliais no colo do útero, câncer cervical e as lesões intra-epiteliais de vulva e vagina. Uma vacina que imunize mulheres acima de 26 anos e também as já contaminadas ainda está em estudo.⁵

O primeiro ambulatório de diagnóstico precoce do carcinoma de colo de útero foi organizado na cidade de Filadélfia, Estados Unidos, em 1938 por Mac Farlane, utilizando fundamentalmente a citologia. A partir da padronização do exame citológico do esfregaço cérvico-vaginal na década de 50, países da América do Norte e da Europa têm desenvolvido programas de rastreamento (*screening*) com duração de 30 e 20 anos, respectivamente, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência do câncer de colo de útero. Em algumas regiões da Comunidade Européia, como Islândia, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega,

Holanda e Reino Unido, o rastreamento citológico cérvico-vaginal têm-se constituído na principal estratégia para o controle da doença, sendo observadas quedas significativas tanto na incidência quanto na mortalidade por câncer cervical.¹⁸

Experiências de países como a Finlândia e a Islândia, que tiveram a cobertura de exame de Papanicolaou variando de 75% a 80% da população feminina e apresentaram redução da mortalidade por câncer de colo de útero de 17% a 32%, dependendo da faixa etária, demonstraram que o declínio da mortalidade por esse tipo de câncer é diretamente relacionado ao percentual da população feminina que foi testada.¹⁸

No Brasil, o primeiro serviço de prevenção do câncer de colo de útero foi fundado por Arnaldo de Moraes a 13 de janeiro de 1948, no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esse serviço foi o primeiro no mundo a empregar concomitantemente a colposcopia e a citologia.⁸

Diferente do ocorrido nos países desenvolvidos, onde o rastreamento pelo exame de Papanicolaou mostrou-se eficiente em reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero, nos países em desenvolvimento, à exemplo do Brasil, o mesmo não pode ser observado, sendo a baixa cobertura populacional apontada como um fator importante, ao lado da qualidade muitas vezes insatisfatória dos exames realizados, principalmente por problemas nas etapas de coleta e conservação das amostras.⁸

No Brasil, desde 1988, o MS adotou a recomendação da OMS para a realização do teste de Papanicolaou, que preconiza a realização periódica do exame no grupo etário de 25 a 59 anos, sendo a periodicidade recomendada de execução deste exame ser inicialmente de 2 exames normais, com intervalo de 1 ano entre eles, seguido de sua realização a cada 3 anos.⁴⁴

Em 2005, o conjunto dos estados brasileiros apresentaram como resultado do exame de citologia cérvico-vaginal, percentuais de amostras insatisfatórias abaixo de 5%, como preconizado pela OPAS. Contudo, quando os estados são analisados isoladamente, observa-se que, em alguns deles, mais de 30% dos municípios apresentaram índice de amostras insatisfatórias acima de 5%. Outro indicador importante para a avaliação dos programas de controle do câncer de colo de útero é a razão entre os exames de citologia oncológica cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária. Em 2005, essa razão no país foi de 0,17 exame/mulher/ano, valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3 exame/mulher/ano.¹⁵

A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, Estados Unidos, estabelecido pelo INCA, para diagnósticos em

citopatologia cérvico-vaginal, facilitando a comunicação entre o laboratório e o ginecologista. Essa classificação incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos, que resumidamente são: (1) o diagnóstico citológico diferenciado para as células escamosas e glandulares, (2) a inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às fortes evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões intra-epiteliais de baixo (L-SIL) ou alto grau (H-SIL), ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora, e (3) a introdução da análise de qualidade do esfregaço. Essa classificação foi revista em 1991 e em 2001, porém sem mudanças estruturais, sendo adotada oficialmente no Brasil.²⁴

A contribuição mais importante do sistema foi a incorporação da avaliação da “adequação da amostra” como parte integrante do relatório, sendo necessários quatro elementos para que uma amostra seja considerada plenamente satisfatória:

- Identificação do paciente e do espécime, possibilitando ao laboratório localizar exames anteriores que possam influenciar a avaliação em questão;
- Informações clínicas pertinentes, como a idade e o aspecto do colo do útero auxiliam a aumentar a eficiência das avaliações. Os dados podem esclarecer achados citológicos dúbios e exames sem informações clínicas pertinentes;
- Interpretabilidade técnica: vários fatores podem afetar ou impedir a interpretação da lâmina, como o obscurecimento por sangue, áreas espessas, etc.;
- Composição celular e amostragem da zona de transformação: uma amostra satisfatória deve conter células escamosas e endocervicais ou metaplásicas. Esses elementos formam a base microscópica para que se presuma que a zona de transformação foi adequadamente amostrada. Com base nestes elementos, as amostras podem ser “satisfatória”, “satisfatória, mas limitada por” e “insatisfatória”.⁵

Os diagnósticos são descritivos, e dividem-se nas categorias:

A) Amostra sem anormalidades;

B) Alterações celulares benignas:

- associadas a infecção (Trichomonas, Candida, Actinomyces, etc.);

- reacionais – atrofia, radiação, DIU, etc.

C. Anormalidades em células epiteliais

1. Escamosas:

- ASCUS (sempre buscando qualificá-las dentro do possível);
- L-SIL (incluindo HPV/ displasia leve / neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau I);
- H-SIL (displasia moderada e severa, carcinoma "in situ", NIC graus II e III);
- Carcinoma/epidermóide.

2. Glandulares:

- Presença de células endometriais pós-menopáusicas;
- AGUS;
- Adenocarcinoma/endometrial;
- Adenocarcinoma/extra-uterino;
- Adenocarcinoma;
- Outras neoplasias malignas.

O Sistema Bethesda criou também a categoria de atipia de significado indeterminado (AI) para albergar o diagnóstico citológico de alterações limítrofes entre o processo reacional e o neoplásico. Foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência e o percentual de discordância dos casos de AI em células escamosas (ASCUS) e em células glandulares (AGUS) no Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PPCCU) do Paraná. Foram revisados 65.753 lâminas de exames de prevenção cervico-vaginais, num período de 25 meses, dos quais foram selecionados casos de AI, classificados em concordantes e discordantes para a obtenção da prevalência de cada um deles. Os resultados obtidos foram: (a) o total de AI antes e após a revisão foi de 5,45% e de 6,19%, respectivamente; (b) o diagnóstico de ASCUS correspondeu, após a revisão, a 4,91% do total

da amostra, e o de AGUS, a 0,51%; (c) após a reclassificação dos casos discordantes, de acordo com o padrão estabelecido no estudo, o diagnóstico negativo foi responsável pela maioria daqueles que deixaram o grupo das AI (57,32%); (d) o diagnóstico primário agrupado de NIC I e HPV foi responsável pela maioria dos casos que foram reclassificados como AI (51,1%). Assim, os autores concluíram que entre todos os casos discordantes as AI ocupam o segundo lugar em frequência.⁴⁵

Em 2002/2003, estudo realizado pelo INCA teve a cidade de São Paulo incluída no trabalho. Os principais resultados observados neste estudo referentes à realização do exame de Papanicolaou mostraram que: (a) 81% das entrevistadas referiam ter realizado pelo menos um teste nos três últimos anos anteriores à pesquisa; (b) não houve diferença importante quanto à realização do teste nos grupos etários estudados (25 a 34 anos, 35 a 49 anos e 50 a 59 anos); (c) 73% das mulheres com ensino fundamental incompleto referiram ter realizado ao menos um teste nos últimos três anos e, entre as que possuíam o ensino fundamental completo ou mais anos de estudo, este percentual foi de 87%; e (d) em relação ao serviço onde o exame foi realizado, 43,4% das entrevistadas referiram ter feito o exame pelo SUS, contra 56,6% de mulheres que utilizaram a rede não SUS.⁴⁶

Os diferentes estudos parecem indicar que, além da cobertura do exame de Papanicolaou ser relativamente deficiente, ela se distribui de forma desigual na população, sendo que de modo geral a realização dos testes se concentra nos grupos de menor risco. Dessa forma, aumentar o acesso do grupo de mulheres com maior risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero ao exame preventivo parece ser um dos maiores desafios a ser enfrentado pelos gestores, tanto o estadual, como os municipais. Vale ressaltar que a OMS indica uma cobertura populacional mínima de 85% como aquela capaz de reduzir a morbimortalidade da doença por meio da citologia oncológica cérvico-vaginal.⁴⁷

Para que ocorra o aumento de cobertura do exame de Papanicolaou, é fundamental o papel do Estado em viabilizar estudos regionais e locais que respondam o porquê de determinada parcela da população ainda não ter acesso adequado ao exame.⁴⁶

As causas para uma cobertura inadequada do exame podem ser múltiplas, podendo estar vinculada tanto ao plano individual das mulheres (características sociais, crenças, suscetibilidade à doença etc.), como ser decorrente das características locais do programa de prevenção do câncer (acesso difícil ao sistema de saúde, informação insuficiente, falta de abordagem integral da mulher, qualidade baixa da atenção, descontinuidade do cuidado, etc.).

O conhecimento das características regionais dentre os inúmeros fatores envolvidos poderia facilitar o objetivo de incluir no programa de prevenção aquela parcela de mulheres não atendidas pelas estratégias usuais.

Outro ponto fundamental para o sucesso do programa de rastreamento diz respeito à logística envolvida na realização do exame de citologia oncótica cérvico-vaginal. Necessário se faz avaliar regionalmente o fluxo dos exames colhidos e os recursos laboratoriais disponíveis, de modo a garantir agilidade e qualidade nos resultados. Neste sentido, a OMS é bastante enfática ao valorizar a qualidade do exame de Papanicolaou como fator de sucesso de um programa de prevenção de câncer de colo de útero.⁴⁷

O carcinoma invasor do colo uterino (carcinoma epidermoide) é definido como uma neoplasia originada nas células do epitélio escamoso (“natural” ou metaplásica) do colo uterino, que invade a membrana basal. É a única neoplasia maligna do trato genital feminino que pode realmente ser prevenida por uma técnica de rastreamento efetiva e barata, e que permite a detecção e o tratamento em uma fase pré-cancerosa, ainda na fase de lesão intraepitelial.⁴⁸

Um estudo foi realizado com o propósito de verificar o conhecimento que as mulheres têm sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, sua importância e os sentimentos delas em relação ao exame, em uma tentativa de melhor compreender a prática da prevenção. Os resultados obtidos mostraram que: (a) sobre o conhecimento da doença, a amostra relatou ter ouvido falar ou visto na TV, mas o que impede a realização do exame é o medo do resultado e a falta de tempo; (b) em relação à importância do exame, a maioria da amostra relatou ser a prevenção e a descoberta precoce da doença os fatores mais importantes; e (c) sobre os sentimentos em relação ao exame, o medo e a vergonha foram os mais relatados. Os dados permitiram os autores concluir que é necessário aumentar a cobertura dos exames.⁴⁹

O câncer cérvico-uterino, quando diagnosticado e tratado precocemente, se constitui em uma causa de morte evitável. Entretanto, no Brasil, a mortalidade por esta causa ainda é elevada, persistindo como problema de saúde pública. Assim, com o objetivo de descrever a evolução da mortalidade e estimar os anos potenciais e produtivos de vida perdidos por esta neoplasia, foi feita uma pesquisa em Salvador (BA), entre 1979 e 1997. Foram considerados todos os óbitos de mulheres com idade igual ou superior a 20 anos, que tiveram como causa básica de morte o câncer de colo uterino e de porção não especificada do útero. Os indicadores empregados foram as taxas de mortalidade específicas por idade, brutas e padronizadas por idade. Houve um decréscimo de 50,6% na taxa padronizada de

mortalidade por este tipo de câncer, cujos valores variaram de 17,6 por 100.000 mulheres em 1979 a 8,7 por 100.000 em 1997. Foi observado ainda que o risco de morte por esta causa, cresce à medida que aumenta a idade, sendo a sua magnitude mais expressiva a partir de 40 anos. A variação da média de anos potenciais de vida perdidos por mulher foi de 15,5 no ano de 1986 a 20,4 em 1980. Os autores puderam concluir que a mortalidade por câncer cérvico-uterino nesse município ainda é alta, destacando a necessidade de ações efetivas na prevenção da morbimortalidade por esta causa.⁵⁰

Apesar dos avanços na detecção precoce e prevenção do câncer cervical, as mulheres que vivem em áreas rurais, e particularmente em Appalachia, no Sul rural, na divisa do Texas/México, e no vale central da Califórnia, têm tido índices consistentemente maiores de mortalidade do câncer cervical que seus correlativos em outras áreas durante as últimas décadas. Métodos: este trabalho revisa a literatura publicada de 1996 a julho de 2002 para avaliar 3 caminhos potenciais que sublinham este excesso de mortalidade – prevalência alta do HPV, ausência ou infrequência de triagem e doença avançada no diagnóstico, e sub-uso do tratamento recomendado e sobrevivência mais curta. Achados: viver em áreas rurais pode impor barreiras para o controle do câncer cervical, incluindo ausência de infra-estrutura de transporte e cuidados médicos. As características da população que abriga mulheres em maior risco de desenvolver e morrer de câncer cervical, como baixa renda, ausência de seguro saúde, e disponibilidade de médicos, estão concentradas nas áreas rurais. Dados publicados, entretanto, são insuficientes para identificar as razões chave para os padrões de mortalidade observados. Conclusões: neste momento, dada a ausência de evidência definitiva na literatura publicada, as decisões sobre as prioridades em áreas com altos índices de mortalidade do câncer cervical dependerão do conhecimento dos níveis correntes de triagem, incidência, e estágio de distribuição; e infra-estruturas de serviço, fontes, e aceitabilidade das intervenções para a população alvo.⁵¹

Com o objetivo de demonstrar a desinformação existente nas comunidades, mormente as mais pobres, da importância da citologia oncológica cérvico-vaginal, foi feito um estudo para verificar o conhecimento que as mulheres têm sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, sua importância e os sentimentos delas em relação ao exame, em uma tentativa de melhor compreender a prática da prevenção.⁶⁷ Trata-se de estudo descritivo exploratório. As mulheres demonstraram que, em relação ao exame, o medo e a vergonha são os maiores sentimentos. Em relação à importância do exame, a maioria relatou ser a prevenção e a descoberta precoce da doença o fator mais importante. Sobre o conhecimento da doença, relataram ter ouvido falar, visto na TV, mas o medo da doença e até do nome

câncer é maior que a necessidade de realizar o exame. O que impede a realização do exame é o medo do resultado e a falta de tempo. Os dados permitiram concluir que é necessário aumentar a cobertura dos exames.

Dados publicados, entretanto, são insuficientes para identificar as razões chave para os padrões de mortalidade observados. Neste momento, dada à ausência de evidência definitiva na literatura analisada, as decisões sobre as prioridades em áreas com altos índices de mortalidade do câncer cervical dependerão do conhecimento dos níveis correntes de triagem, incidência, estágio de distribuição e infra-estruturas de serviço, fontes e aceitabilidade das intervenções para a população alvo.⁵¹

Com o objetivo de apresentar o panorama da cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, com ênfase nos seus fatores determinantes foram pesquisadas as bases de dados "on-line" LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE - 1966 a 2004 (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), PAHO (Acervo da Biblioteca da OPAS) e WHOLIS (Sistema de Informação da Biblioteca da OMS). A revisão foi ampliada por meio da busca a referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitação de estudos publicados e não publicados a especialistas e outras fontes, preenchendo os seguintes critérios: ser um estudo transversal, ter sido realizado no Brasil, conter informações sobre a cobertura do exame Papanicolaou (alguma vez na vida ou nos últimos três anos) ou sobre seus fatores determinantes, totalizando 13 artigos selecionados. A maioria dos estudos concentra-se nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste do país. Além da escassez, existe pouca padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres a serem investigadas, o que torna difícil a comparação entre si e contribuem para a grande variabilidade nas coberturas encontradas. Entretanto, apesar de todos os problemas, observou-se tendência de aumento temporal no percentual de mulheres que foram submetidas a pelo menos um exame de Papanicolaou. Por outro lado, algumas variáveis foram mais freqüentemente observadas nas mulheres não submetidas ao exame de Papanicolaou: ter baixo nível socioeconômico, ter baixa escolaridade, ter baixa renda familiar e pertencer às faixas etárias mais jovens. Assim, a análise da literatura consultada apontou desigualdades regionais na cobertura do exame de Papanicolaou na população feminina brasileira e para a necessidade de intervenção junto àqueles fatores a ela associados.⁵²

No Estado do Maranhão realizou-se um estudo sobre a demanda estimulada do PPCCU no período de novembro de 1999 a dezembro de 2000, com o objetivo de analisar aspectos epidemiológicos e citopatológicos relacionados ao câncer de colo de útero. A amostra de 163.845 mulheres residentes no Estado do Maranhão foi submetida ao exame do

Papanicolaou, onde foi encontrado 1,6% dos exames positivos para alterações celulares epiteliais escamosas e glandulares, com 2,5% dos diagnósticos com atipias de significado indeterminado em células epiteliais escamosas, 2,1% com neoplasia intra-epitelial cervical grau I e 1,6% com alterações celulares compatíveis com HPV. Ficou demonstrada a importância do PPCCU para o Maranhão, que necessita de ações em Saúde Pública para implementar o diagnóstico precoce identificando alterações citopatológicas e assim reduzir a mortalidade pelo câncer de colo uterino.⁵³

Com o objetivo de descrever a frequência das lesões precursoras do câncer de colo uterino associando o grau de acometimento com características epidemiológicas e fatores de risco associados, foi realizado estudo transversal com a pesquisa de lesões precursoras do câncer de colo uterino, por meio do exame de Papanicolaou, em mulheres de 15 a 29 anos com vida sexual ativa, residentes no município de Rio Branco (AC), no período de janeiro a setembro de 2001. Foi aplicada ficha clínico-ginecológica, constando dados epidemiológicos, fatores de risco e resultados do exame físico-ginecológico, incluindo teste de Schiller e coleta de espécime para exame citopatológico. A amostra estudada mostrou que: (a) 6,4% da amostra estudada apresentou algum tipo de alteração epitelial cervical, sendo 94,2% lesões escamosas e 5,8% lesões glandulares; (b) nas mulheres com faixa etária de 15 a 19 anos, a frequência de alteração celular epitelial foi de 6,9%, semelhante a 6,3% observado naquelas de 20 a 29 anos ($p > 0,65$). Esse tipo de alteração foi associado ao baixo grau de escolaridade ($p < 0,003$), ao número maior de parceiros ($p < 0,04$), à história de doença sexualmente transmissível ($p < 0,001$) e ao tabagismo ($p < 0,01$). Assim, os autores concluíram que a frequência elevada de lesões precursoras em faixa etária abaixo do esperado, com o padrão epidemiológico observado em outras fases da vida da mulher, evidencia a exposição precoce aos fatores risco, o que antecipa o desenvolvimento do câncer de colo uterino.⁵⁴

Foi realizado um estudo no Estado do Ceará, com o objetivo de levantar o número de exames Papanicolaou não procurados por mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Família de 1992 a 1998, caracterizando-os segundo a idade, situação conjugal, local de moradia e se tratava de primeira consulta ou consulta subsequente. Foram encontrados 326 exames não retirados, sendo que 94,8% destes apresentavam alteração inflamatória/citológica, 53% eram de casadas e 72,4% eram de primeira consulta. A maioria estava na faixa etária de 30 a 35 anos e morava próximo à Unidade de Saúde e esta não assegurava a consulta de retorno dessas mulheres, dificultando o atendimento à Saúde da Mulher na Unidade de Saúde. Ficou constatado que a importância do retorno após exame citológico deve ser enfatizada

pelos profissionais de saúde junto às pacientes, principalmente nas de primeira consulta, devendo o serviço ser organizado para seu retorno.⁵⁵

Um estudo foi realizado em Campinas (SP), objetivando analisar a prevalência da não realização do exame de Papanicolaou, segundo variáveis sócio-econômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, em 290 mulheres a partir de 40 anos de idade. Os fatores associados à não realização do Papanicolaou encontrados na análise multivariada foram: ter de 40 a 59 anos, ser preta ou parda, ter escolaridade de até 4 anos. Entre os motivos alegados por quem nunca realizou o Papanicolaou, 43,5% da amostra achou desnecessário, 28,1% sentiu vergonha e 13,7% relatou dificuldades relacionadas aos serviços. O SUS foi responsável por 43,2% dos exames de Papanicolaou realizados. Assim, foi verificada a existência de discriminação racial e social na realização do exame, o que enfatiza a necessidade de intervenções que garantam melhor cobertura e atenção às mulheres mais vulneráveis à incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.⁵⁶

Um estudo caso-controle foi feito no município de Propriá (SE), com o objetivo de avaliar quais os fatores que favoreciam a infecção pelo HPV e ao desenvolvimento do carcinoma do colo uterino. Foram pareados 4 controles para cada caso quanto à idade, procedência e condição sócio-econômica. Foram identificadas 20 mulheres portadoras de carcinoma do colo uterino e 80 controles. Foi encontrado que: (a) as mulheres do grupo casos apresentaram maior número de gestações e frequência menor de realização de exame preventivo de rotina; (b) as mulheres nos dois grupos tinham conhecimento pobre sobre o câncer e as suas formas de prevenção, alto índice de analfabetismo e os seus companheiros tinham múltiplas parceiras sexuais. Assim, os autores puderam concluir que, no município de Propriá, o maior número de gestações e a não realização da citologia cérvico-vaginal de rotina associaram-se à ocorrência de carcinoma do colo uterino.⁵⁷

Objetivando analisar o estágio do câncer de colo de útero e/ou de mama em que as pacientes procuram a rede de atenção oncológica, bem como a evolução temporal desse estadiamento a partir do diagnóstico dos casos de câncer de mama e do colo do útero em mulheres atendidas pelo SUS, foi feita uma pesquisa utilizando uma planilha que foi enviada por via postal a todos os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) cadastrados pelo MS para atendimento ao SUS (n = 173), solicitando informações para o período compreendido entre 1995 e 2002. Entre 1990 e 1994, foram identificadas informações de 18 hospitais, referentes a 7.458 pacientes com câncer de mama e 7.216 pacientes com câncer do colo do útero. A mediana de casos diagnosticados em estágio avançado (III e IV) foi de 52,6% e 56,8%, respectivamente. Entre 1995 e 2002, foram obtidas informações de 89

hospitais e 7 serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia, referentes a 43.442 casos de câncer de mama e 29.263 casos de câncer de colo do útero. A taxa de resposta, baseada na listagem inicial de CACONs, foi de 55%. A mediana do percentual de pacientes em estágio avançado foi de 45,3% para os casos de câncer de mama e de 45,5% para os casos de câncer do colo do útero. Os autores concluíram que, no Brasil, na última década, houve redução no percentual de casos de câncer de mama e do colo do útero em estágio avançado, o que poderia indicar que nas regiões onde estes hospitais estão localizados houve melhora na detecção precoce destes tipos de câncer.⁵⁸

O câncer de colo uterino é um dos raros exemplos de neoplasia prevenível. Desde a década de 1920, quando o Dr. George Papanicolaou criou a citologia, amplos programas de triagem populacional e tratamento de lesões precursoras levaram a uma drástica redução na incidência dessa neoplasia. Esse avanço, todavia, não foi suficiente para impedir que o câncer de colo uterino represente ainda cerca de 12% dos tumores femininos. Graças à existência de agente etiológico viral bem definido, o HPV, e ao grande avanço recente da biologia molecular têm surgido novas possibilidades de diagnóstico precoce baseado na pesquisa viral, como a captura híbrida. Também bastante promissora é a possibilidade de desenvolvimento de uma vacina anti-HPV eficaz, para os próximos anos.⁵⁹

As ações que envolvem estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, devem ser desenvolvidas de forma a se confirmar o diagnóstico dos cânceres de colo de útero e/ou de mama o mais precocemente possível. No Brasil, a primeira Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino foi realizada no período de agosto a setembro de 1998. Em uma pesquisa realizada para avaliar os resultados dos exames citopatológicos realizados durante essa Campanha no Laboratório de Anatomia Patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG), foram realizados 2.905 exames colpocitológicos em mulheres entre 25 e 62 anos de idade, dos quais 0,54% apresentaram algum tipo de alteração epitelial atípica. A maior frequência de exames ocorreu na faixa etária entre 36 e 49 anos de idade. Apesar da frequência dos diagnósticos de ASCUS estar dentro dos valores propostos pela literatura para a relação ASCUS/ NIC de 1:16, é possível que alguns casos de infecção pelo HPV tenham sido diagnosticados como ASCUS.⁶⁰

A identificação precoce do câncer de colo uterino aumenta substancialmente a sua probabilidade de cura. Pesquisa realizada para mensurar a prevalência identificou alguns fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino entre mulheres em idade fértil, no Município de Rio Grande (RS). Utilizou-se delineamento transversal, de base populacional com amostragem sistemática por conglomerados. Aplicou-se questionário

individual, padronizado mediante visita domiciliar, por entrevistadores previamente treinados. Dentre as 1.302 mulheres entrevistadas, 57% nunca se submeteram ao exame citológico para detecção de câncer cérvico-uterino. Mulheres de cor parda ou preta, de menor idade, renda familiar e escolaridade, que estavam vivendo sem companheiros e que tiveram o primeiro parto a partir de 25 anos de idade foram as que apresentaram as maiores razões de prevalências para a não realização deste tipo de exame. A cobertura para detecção precoce de câncer de colo uterino por meio de exame citológico foi muito baixa em Rio Grande. Além disso, mulheres com maior probabilidade de ter esta doença foram as que apresentaram maiores razões de prevalências à sua não realização.⁶¹

Um estudo avaliou a prevalência de alterações celulares, baseada no exame de Papanicolaou em 9.466 pacientes atendidas no Laboratório Corrêa Mendes, município de São Luís (MA) de março a maio de 2002. Baseado nas informações existentes na ficha de entrevista foi avaliada a influência que o aspecto do colo uterino e o intervalo de tempo da realização do exame de Papanicolaou exerce sobre o aparecimento da lesão. Foram encontrados 3,13% com laudos de alterações citológicas em células escamosas, onde em 80,06% estavam relacionadas as atípicas de lesão intra-epitelial de baixo e alto grau. A avaliação da presença da lesão em relação ao aspecto do colo e tempo de realização do exame não mostrou significância estatística ($p < 0,05$). O estudo demonstrou que o prazo de intervalo de tempo que mostrou maior percentual de aparecimento de lesão é de até três anos, reforçando o critério de triagem para o câncer cervical em curto intervalo de tempo.⁶²

Para avaliar os conhecimentos, atitudes e prática acerca do exame de Papanicolaou e verificar sua associação com variáveis sócio-demográficas entre mulheres, por meio de inquérito domiciliar, foram entrevistadas 200 mulheres da localidade de Puerto Leoni, Misiones, Argentina, selecionadas de forma aleatória simples. As respostas foram descritas quanto ao conhecimento, atitude e prática, e suas respectivas adequações para o exame de Papanicolaou, previamente definidas. A análise dos dados obtidos mostrou que: (a) o conhecimento e prática do exame de Papanicolaou foram adequados em 49,5% e 30,5% das entrevistadas, respectivamente, embora a atitude frente ao exame tenha sido considerada adequada em 80,5% das entrevistadas; (b) a falta de solicitação pelo médico ou por outros profissionais de saúde foi referida por 58,9% das mulheres como principal motivo para não realização do exame; e (c) a necessidade, sobretudo entre os profissionais de saúde, de fornecerem mais informações sobre o exame, gerando conhecimento à população sobre as vantagens e benefícios do exame Papanicolaou.⁶³

O câncer cervical está entre as doenças mais perigosas que afetam as mulheres no mundo. Seu efeito pode ser mitigado com um programa de triagem regular para direcionar o câncer e seus precursores precocemente, mas as condições de prevenção na América Latina e Caribe torna difícil implementar programas de detecção precoce de sucesso. Uma revisão dos dados internacionais do câncer cervical e da literatura relacionada foi pesquisada, com o intuito de avaliar a extensão do problema. Foi encontrado que o câncer cervical afeta 37/100.000 mulheres na América Latina, enquanto que a incidência nos Estados Unidos é 7.8 e no Canadá 8.2. Portanto, é necessário aumentar a conscientização sobre o câncer cervical na América Latina, assim como identificar outros obstáculos para o sucesso dos programas de triagem na região.⁶⁴

Resultados registrados de programas de triagem cervical realizados na Tailândia são demonstrados neste estudo. Um total de 101.107 pacientes da triagem foram incluídos. A prevalência global do câncer cervical foi 0.38%, 2,4% para os casos pré-cancerígenos 5,3% para outras lesões (infecção e inflamação). Não houve associação significativa entre o índice de prevalência e a região. Tais dados documentam a importância do câncer cervical na Tailândia e o alto índice de detecção das lesões pré-cancerígenas. Sustenta a utilidade dos programas de triagem para a prevenção secundária do câncer cervical. Assim, a educação em saúde desempenha um papel importante no sucesso do programa de triagem do câncer cervical para as mulheres tailandesas.⁶⁵

Considera-se aqui a possibilidade de ampliar as atribuições da rede básica de atenção à saúde para responder às demandas da população. Tomando como problema o câncer cérvico-uterino, avaliaram-se os resultados obtidos por um programa de controle desenvolvido em uma rede municipal de saúde na Região Sudeste do Brasil, com o objetivo de apreciar sua capacidade resolutiva e a adesão das pacientes ao cuidado com a saúde. Estudaram-se variáveis relacionadas ao diagnóstico e seguimento de 465 mulheres inscritas no programa, no período 1987-1994. Para fins de comparação, utilizaram-se os resultados obtidos pelo serviço especializado de referência regional no mesmo período. Observou-se que a capacidade resolutiva do programa foi semelhante à do serviço de referência. Além disso, foram encontradas menor gravidade das lesões cervicais e menor taxa de abandono do tratamento entre as pacientes da rede local de saúde, evidenciando maior adesão ao seguimento. Enfatiza-se a importância da capacitação dos profissionais das equipes locais de saúde para a qualificação da atenção, incluindo o cuidado com as doenças de maior complexidade.⁶⁶

Estudo feito na cidade do Rio de Janeiro, correlacionando classe social e fatores assistências como prognóstico para sobrevivência de pacientes com câncer de mama, identificou nove fatores prognósticos, entre os quais, fatores sócio-demográficos: idade, classe social, distância entre local de residência e assistência e fatores relacionados à assistência: primeiro tratamento no INCA/HC1, intervalo de tempo entre a primeira consulta e o primeiro diagnóstico no INCA, intervalo de tempo entre o primeiro diagnóstico e o primeiro tratamento no INCA. Dentre os fatores de risco para o câncer do colo de útero, alguns se referem ao estilo de vida e têm relação com o comportamento sexual, tais como o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro) e um número elevado de partos. Podemos dizer que esses fatores relacionam-se entre si, pois o início da atividade sexual precoce pode oportunizar um maior número de parceiros, o que também pode estar associado a maior possibilidade de infecção por HPV.⁶⁸

Nesse estudo ficou evidente que o cotidiano dessas mulheres apresenta limites concretos que dificultam o controle de sua saúde e a prevenção de doenças e, nesse caso do câncer de colo de útero como rotina de suas vidas.

Esses limites são potencializados pelas deficiências dos serviços de saúde e pela forma como estão estruturados os programas de atenção à saúde da mulher e a rede de atenção oncológica, ou seja, a estrutura dos serviços de saúde e a qualidade da atenção profissional em oncologia a ser prestada a essas mulheres.⁶⁹

Um programa de atenção ao câncer do colo do útero deve estar inserido dentro das políticas locais de saúde, principalmente aquelas inerentes à prevenção, diagnóstico precoce tratamento e acompanhamento das pacientes. Nesse sentido, preconizamos que o programa de prevenção do câncer de colo uterino tenha um enfoque sistêmico e integral, se incorporando aos outros sistemas de saúde e se adaptando ao contexto social existente. Dentro deste contexto, é imprescindível contar com a participação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.⁷⁰

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) de câncer de colo de útero, e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres, por meio de ações organizadas por níveis de atenção à saúde.¹⁶

- Atenção Básica. Este nível de atenção deve caracterizar-se como a porta de entrada das mulheres no SUS, onde se realiza a coleta do exame citológico. Trata-se de espaço único, caracterizado por um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território-geográfico), considerando a dinamicidade existente neste território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

Hoje, o MS adota a Estratégia da Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (Primária), que pode efetivamente ajudar na estruturação no SUS da atenção oncológica.⁷⁰

No nível da Atenção Básica, junto aos estados e municípios, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para captação de mulheres na faixa etária priorizada 25 a 59 anos, isto é, mulheres que nunca foram examinadas, ou que nunca realizaram o exame de citologia cérvico-vaginal (com 25 a 59 anos).

A prevenção do carcinoma cervical baseia-se na oferta sistemática do exame de citologia (Papanicolaou), no diagnóstico e tratamento resolutivo das lesões precursoras e na educação sexual como parte importante da prevenção, orientando o uso correto de preservativos, desmotivando a promiscuidade sexual e o início precoce da atividade sexual.⁷¹

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de lesões escamosas intraepiteliais e de carcinoma invasor de colo são: a infecção pelo HPV e, secundariamente, a alta paridade, o grande número de parceiros, a idade precoce no primeiro coito, o baixo nível socioeconômico, o tabagismo, o etilismo e o uso de contraceptivo oral.⁵

O vírus HPV, especialmente os subtipos oncogênicos (16, 18, 31, 33 e 51) são considerados de alto risco e estão relacionados com a neoplasia invasora do colo em 95% dos casos.⁵

Sabemos que a principal via de infecção do HPV é sexual, mas não a única, e que o vírus hospeda preferencialmente na camada basal do epitélio escamoso ou glandular e nas células metaplásicas, e dependendo de seu subtipo pode ser oncogênico (alto grau) ou não oncogênico (baixo grau). A biologia molecular através da captura híbrida é o melhor exame

para identificar o subtipo do HPV nos casos em que se faz necessário saber da oncogenicidade do vírus.⁵

São ainda fatores de risco para o câncer de colo uterino, não relacionados à conduta sexual, as seguintes situações: mulheres imunodeprimidas, qualquer que seja a causa, como por exemplo, as que usam drogas imunossupressoras após transplante renal e mulheres fumantes.²²

Para tanto, deve-se articular ações junto ao PSF devido a sua capilaridade (por exemplo, busca ativa das mulheres da população-alvo, na população adscrita às Unidades Básicas de Saúde, por meio dos agentes comunitários de saúde), realizando as seguintes ações: (1) informar, resumidamente e em linguagem simples, a todas as usuárias do SUS, a respeito das patologias e agravos mais comuns ou importantes às mulheres, assim como dispor de orientações básicas para promover a saúde e prevenir doenças; e (2) registrar dados clínico-ginecológicos básicos, imunizações realizadas, planejamento familiar, exames preventivos do câncer do colo do útero, atenção ao climatério, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), cirurgias e internações (com os respectivos procedimentos e resultados anatomopatológicos), além da ocorrência de outras doenças crônico-degenerativas.⁷¹

O grande benefício desta Agenda é o fato de que as informações relativas à saúde/doença e o acompanhamento destas mulheres estarão disponíveis para os agentes e outros profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, possibilitando uma avaliação adequada das condições de saúde da mulher e possibilitando, ainda, tornar-se um instrumento de referência e contra-referência.

Com a ampliação da oferta de serviços de atenção oncológica deve ficar garantido que a coleta de citologia cérvico-vaginal, seja realizada diariamente na Unidade Básica de Saúde do PSF, dentro de uma proposta de humanização à saúde, sendo assim, indispensável que a rede básica de saúde esteja organizada com recursos humanos, físicos e tecnológicos adequados.

Para o controle do câncer de colo de útero, uma das ações fundamentais é a garantia dos equipamentos e insumos necessários para se proceder à coleta do exame de Papanicolaou. Essas providências se mostram necessárias, tendo em vista, por exemplo, a “Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família”, do MS realizada em 2001/2002, junto às 16.812 equipes de saúde da família existentes na ocasião no país. Esses dados apontaram que apenas 33,6% da população total brasileira estava coberta pela estratégia do PSF, não representando o universo da Atenção Básica no país.¹⁴ Nesta avaliação, constatou-se

que 61% do total dessas equipes contavam com equipamentos gineco-obstétrico básico, que incluem mesa ginecológica, espécuro, foco, entre outros. A discrepância na disponibilidade desses equipamentos por equipes, entre os estados, variou de 23,5% a 82,5%. Em relação à capacitação destinada a ações de saúde da mulher, este mesmo estudo demonstrou que 31,1% das equipes tinham médicos que haviam recebido treinamento específico e 41,1% para enfermeiros. Os padrões de distribuição entre os estados apresentaram variações importantes, sendo semelhantes para as duas categorias profissionais.¹⁵

Nas Unidades Básicas tradicionais, é preciso rever o processo de trabalho das equipes de saúde, que se organizam para ofertar exames preventivos de câncer do colo do útero, de forma a realizá-lo por agendamento. Em todos os casos, os técnicos de enfermagem precisam ter maior envolvimento no processo da coleta do exame de citologia cérvico-vaginal.¹⁶

Nesse nível de atenção, outra ação estratégica é a capacitação dos profissionais para a coleta e processamento da amostra para o exame colpocitológico tendo em vista a necessidade de atualização desses profissionais frente à implantação da Nova Nomenclatura para Laudos Citopatológicos²⁴, visando a qualidade do exame coletado.

- Média Complexidade. Este é o nível de atenção à saúde onde se realizam os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico, tais como colposcopia, cirurgia de alta frequência (CAF) e exame histopatológico, além de procedimentos para tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero.⁶¹ As ações estratégicas estarão voltadas para o aumento da oferta dos procedimentos de diagnóstico e tratamento com melhoria da qualidade, não desconsiderando a importância de mecanismos que estimulem a prática de procedimentos tecnicamente realizáveis em ambulatório;¹⁶
- Alta Complexidade. Neste nível de atenção realizam-se os principais procedimentos de tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica).⁷² Posteriormente, foram definidos os critérios para o cadastramento dos Serviços Isolados de Quimioterapia ou Radioterapia, em caráter temporário e vinculados obrigatoriamente a um CACON.⁷³

A dificuldade no acesso a esses serviços especializados em oncologia ressalta a necessidade de sua adequação ao perfil epidemiológico da população de referência e de organização de uma rede de atenção oncológica, com diagnóstico da capacidade instalada e de produção dos serviços de alta complexidade nos estados e municípios.⁷⁴ Desse modo, um modelo de vinculação entre os diferentes níveis assistenciais e as etapas da doença

pode ser visualizado a seguir, consoante o seguinte Protocolo Clínico-Cirúrgico do Câncer de Colo de Útero:⁷¹

1. Fase diagnóstica:

- O nível de atenção primária exerce o principal papel na suspeita diagnóstica, além de executar ações vinculadas ao rastreamento do câncer de colo do útero – coleta do exame cérvico-vaginal;
- Todo caso suspeito deve ser encaminhado para o nível secundário que tem um papel fundamental no diagnóstico precoce de alguns tumores, ou para os centros especializados em câncer, dependendo dos recursos disponíveis em cada região, para a confirmação diagnóstica;
- Confirmado o diagnóstico de câncer, sempre que possível com confirmação microscópica, o caso deve ser encaminhado a um centro especializado para o diagnóstico de extensão do tumor e o conseqüente planejamento terapêutico. Esse centro será aquele responsável pelo tratamento;

2. Fase do tratamento

- O planejamento terapêutico deve ser elaborado em um centro especializado, por uma comissão formada por diferentes profissionais envolvidos no tratamento;
- O tratamento deve, portanto, ser realizado preferentemente por um centro especializado, sendo que, dependendo dos recursos disponíveis, poderá ser descentralizado, mas sempre baseado no protocolo assumido e sob a coordenação do hospital especializado responsável pelo caso;
- O procedimento “Ver e Tratar”, tem uma alta resolubilidade, considerando que o adiamento do tratamento das lesões intraepiteliais cervicais está associado à perda de seguimento e controle, por questões variadas (transporte, agendamento, dificuldades estruturais, etc) prevenindo a evolução para lesões mais avançadas como o carcinoma invasor;
- A colposcopia é imperativa, considerando a importância de uma boa visualização das alterações clássicas relacionadas com as lesões (acetobranqueamento, desorganização vascular – pontilhado e mosaico, teste de Schiller positivo), estas não adrentando no canal endocervical. As alterações colposcópicas

correspondendo com as alterações citológicas devem ser tratadas por meio destrutivo ou ablativo (CAF) em regime de ambulatório;

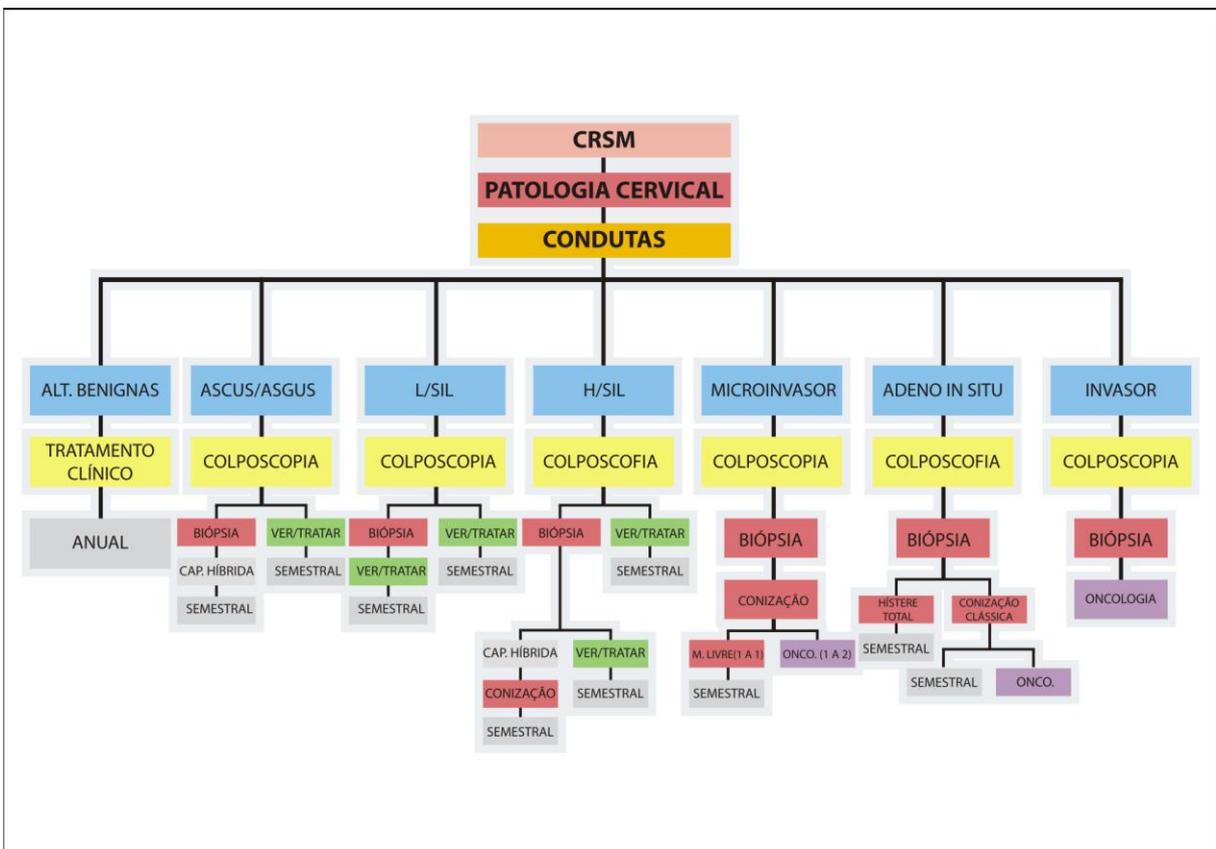
3. Fase de seguimento:

- O acompanhamento do paciente é de responsabilidade do centro especializado ao qual o paciente está vinculado;
- A atenção primária deve ter participação importante na identificação precoce de recidivas;

4. Fase avançada:⁹

- Aqui o papel de mais destaque corresponde às unidades de cuidados paliativos, sendo bastante importante a participação da atenção primária e também a assistência domiciliar;
- O suporte psicológico é muito importante em todas as fases, mas nesta é fundamental;

5. Resumo das condutas clínico-cirúrgicas, conforme figura a seguir:



LEGENDA: L-SIL=lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau; H-SIL=lesão intra-epitelial de alto grau

Fonte: Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas INCA/MS, 2006²⁴

Figura 3: Resumo das condutas clínico-cirúrgicas a serem adotadas nas pacientes, segundo o resultado de exames citológicos cérvico-vaginais.

O carcinoma invasor do colo do útero é a neoplasia mais freqüente e a principal causa de morte por câncer na mulher, seguido pelo câncer de mama e de pele.²²

Existem diferenças substanciais nas taxas de incidência de câncer invasor e das neoplasias intraepiteliais em cada região, em função de políticas públicas na atenção para a saúde da mulher e especificamente em programa efetivo de prevenção e detecção precoce do câncer invasor, que é influenciado por fatores de desenvolvimento social local, como por exemplo, o acesso ao exame de colpocitologia, tratamento médico adequado para as lesões, educação sexual e higiênica.⁵¹

A assistência oncológica do SUS tem sido regulamentada pelo MS desde 1998 com base em algumas Portarias específicas.⁷² A partir de dezembro de 2005 estas foram revogadas pelo INCA ao instituírem uma nova Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).⁶⁹ Uma vez que estas últimas ainda não estão vigentes na prática, apresenta-se abaixo, em linhas gerais, a legislação estabelecida até dezembro/2005 por ser a forma como os serviços estão organizados, até o momento, e também o que é proposto a partir das novas regras.

Os CACON⁶⁹ foram definidos como aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente. A prestação de assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Os CACON foram classificados em I, II e III.

O CACON I é um hospital geral onde seriam feitos o diagnóstico e o tratamento dos tipos mais freqüentes de câncer, podendo possuir ou não a modalidade de radioterapia. O CACON II refere-se a uma instituição dedicada prioritariamente ao controle do câncer, com ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tipos de câncer mais freqüentes, devendo realizar radioterapia e o CACON III, compreende instituições voltadas exclusivamente ao controle do câncer, com ações de prevenção, diagnóstico precoce e

tratamento de todos os tipos de câncer, em todas as modalidades assistenciais, incluindo radioterapia.

A Portaria 3.536/98, definiu as normas de autorização e a codificação dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia no âmbito do SUS, representando o instrumento que inclui conceitos, orientações e compatibilidade necessárias para ambulatórios de quimioterapia e radioterapia.⁷⁴

A Portaria 2.439/2005⁶⁹ define que a PNAO deve ser constituída por promoção e vigilância em saúde, atenção básica, média complexidade e alta complexidade, sendo que assistência na alta complexidade se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, estes últimos também exercendo um importante papel no ensino.

A UNACON se refere ao hospital que possua condição técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequado à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, devendo contar minimamente com Cirurgia Oncológica e Oncologia Clínica. Poderão ser credenciados como UNACON hospitais exclusivos de Hematologia ou de Pediatria. A realização de cirurgias oncológicas em hospitais gerais poderá ser autorizada, desde que os mesmos estejam vinculados a um UNACON ou a um CACON e a produção das Unidades credenciadas na região não seja suficiente. Os atuais serviços isolados de Quimioterapia e/ou Radioterapia poderão ser mantidos, desde que estejam vinculados a uma UNACON ou a um CACON e que a produção destes não seja suficiente.⁶⁹

As novas Portarias⁶⁹ definem critérios e parâmetros como base para cálculo de necessidades de serviços: população, necessidade de cobertura assistencial, capacidade técnica e operacional dos serviços e série histórica de atendimentos realizados. Fica definido ainda que as unidades e centros credenciados deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação dos Gestores estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Sistema de Informação

Diferentes Sistemas de Informações do Sistema Nacional de Saúde⁷⁵ permeiam a atenção ao câncer, desde os vinculados ao pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores, aos relativos à mortalidade, até aqueles mais específicos, como os registros de câncer. O principal ponto a ser destacado neste conjunto não uniforme de sistemas com

diferentes finalidades é a falta de integração entre essas diversas bases de dados, que dificulta sobremaneira o trabalho de planejamento dos gestores envolvidos com a área de atenção ao câncer.

No que se refere aos sistemas informatizados vinculados ao pagamento dos prestadores, podem ser apontados principalmente o SIA/SUS e o SIH/SUS,⁷⁶ sendo o primeiro vinculado à área ambulatorial e o segundo específico para internações hospitalares. A área de quimioterapia e radioterapia em nível ambulatorial está contemplada por um sistema informatizado que inclui as regras estabelecidas para cobrança de serviços de oncologia por meio das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC's).³

A implantação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e mais recentemente o Sistema de Informação do Câncer da Mulher (SISCAM), por exemplo, contemplam os dados referentes apenas aos exames realizados e registrados por prestadores vinculados ao SUS, além de serem ainda bastante precárias as informações referentes ao seguimento das mulheres com lesões suspeitas ou positivas para o câncer de colo uterino.¹⁴

Também os dados referentes às internações hospitalares apresentam problemas, podendo ser citada a ausência de mecanismo eficaz de consistência entre diagnóstico e procedimentos realizados, o que pode resultar em diagnósticos de câncer vinculados a procedimentos incompatíveis com a doença e vice-versa. Esse fato dificulta inclusive a definição do que seria internação por câncer.¹⁵

Os registros de câncer constituem-se, em teoria, na principal fonte de dados disponíveis para o estudo da epidemiologia do câncer, sendo que os registros de base populacional, conforme já salientado, são utilizados principalmente para as estimativas de incidência de câncer. O registro hospitalar tem como principal foco o registro e acompanhamento dos casos tratados pelos hospitais, base para o estudo de sobrevida por neoplasias malignas. Ambos possuem sistemas informatizados específicos para o registro dos casos de câncer.³

O planejamento da rede de atenção à saúde, onde se inclui a atenção oncológica, deve ser feito considerando o perfil epidemiológico da realidade local. Para esse planejamento da rede deve ser considerado o número de casos novos de câncer em cada Unidade da Federação.³

A regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde são diretrizes do SUS. Até recentemente, a estratégia de descentralização, caracterizada pela municipalização, recebeu maior destaque do que a hierarquização dos serviços. Com a publicação da NOAS,

em janeiro de 2001, foi retomada a proposta original de hierarquização por meio da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala, e evitar ineficiências.¹⁶

JUSTIFICATIVA

No Brasil, a ocorrência do câncer do colo do útero, foi estimada para 2008 em 18.680 casos, representando uma incidência de 20 casos para cada 100.000 mulheres. Apesar das ações de prevenção e detecção precoce, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos, apresentando-se muito elevadas se comparadas aos países desenvolvidos.²²

São fortes também as evidências que o retardo na procura da atenção oncológica, em pacientes com câncer, influencia diretamente o prognóstico de sobrevida. Pacientes com tempo de 3 a 6 meses entre os primeiros sintomas, e o início do tratamento, apresentaram uma sobrevida pior que àquelas com o tempo inferior a três meses. O retardo na procura por assistência também influencia o estadiamento do tumor, contribuindo para a diminuição da sobrevida.⁷²

Para que consigamos, portanto, prevenir ou diagnosticar o câncer de colo de útero mais precocemente ou até mesmo aumentar a sobrevida com qualidade, das pacientes diagnosticadas tardiamente, precisamos dispor de um serviço de vigilância em saúde eficiente, eficaz e com efetividade.

A vigilância em saúde vem, nos últimos anos, assumindo um papel cada vez mais expressivo na área da saúde, deixando de ser a ciência das grandes epidemias para também se ocupar dos agravos à saúde que possam acometer a coletividade humana, procurando disponibilizar ferramentas que permitam descrevê-los, interpretá-los e monitorá-los, além de contribuir para a avaliação das ações porventura desencadeadas a partir das informações geradas. É por meio da vigilância em saúde, que se pode dispor de informações sobre a morbi-mortalidade das populações humanas e suas variações, assim como a eficácia dos tratamentos efetuados.

Ao utilizar conceitos e informações da vigilância em saúde, o profissional da área da saúde pode, por exemplo, estabelecer a associação entre fatores de risco ou de proteção e determinados agravos à saúde, como o câncer de colo de útero, identificar populações ou grupos expostos a esses fatores, e definir ações dirigidas à prevenção ou detecção precoces de doenças.

O câncer do colo do útero satisfaz os critérios para que se considere o rastreamento para uma doença: (1) é uma doença freqüente e um problema de saúde pública importante, (2) tem um longo estágio pré-neoplásico detectável, (3) existe um exame de

citologia cérvico-vaginal (Exame de Papanicolaou) que permite realizar esse rastreamento a um baixo custo, (4) existe um tratamento definido segundo um protocolo clínico-cirúrgico, e (5) o tratamento da doença em estágio inicial é mais efetivo que o tratamento da doença sintomática ou em estágio avançado.³²

O Modelo de Atenção Oncológica deve, por seu turno, ser organizado nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, para que sejam garantidos o rastreamento por meio das equipes do PSF, o acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral às mulheres com câncer de colo de útero.

Essa acessibilidade supõe que:

- A continuidade e organização da prestação de serviços, mediante a combinação dos fatores: geográficos (território|assistência), culturais, financeiros e funcionalmente ao alcance da comunidade (fácil acesso);
- Serviços adequados, no que se refere ao volume e estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde;
- Aceitação e utilização por parte da comunidade dos serviços oferecidos.

A prestação de serviços de saúde, não implica que a mera existência ou disponibilidade de uma Unidade de Saúde seja, *per se*, uma garantia de acessibilidade das mulheres a esse serviço e que disponha dos meios para conferir uma atenção à saúde da mulher.

Essas mulheres, devem também ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições sócio-culturais, anseios e expectativas. A abordagem das pacientes com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida, além do suporte familiar.⁷⁷

O passo fundamental para o tratamento adequado do câncer é o diagnóstico, incluindo o estadiamento, no qual se baseará o planejamento terapêutico. Para isso é essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica e cirúrgica, além de procedimentos como: endoscopia, histopatologia, imagenologia, videocolposcopia, cirurgia de alta frequência-CAF, citologia e estudos laboratoriais, do tipo dos marcadores tumorais.²⁶

Desse modo, a partir do conhecimento das nosologias prevalentes e de maior risco em um determinado espaço-território, é que se deve construir a organização dos serviços de saúde, integrando-os e articulando-os entre si por meio de malhas ou vias de ligação, segundo seu grau de tecnologia e recursos humanos capacitados de modo a poder conferir uma resolubilidade integral aos pacientes que demandam a esses serviços, no dizer de Mendes - o

conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão de clínicas, em uma rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita.⁴⁰

Essa concepção de Modelo de Atenção à Saúde como um todo, mas que obviamente se estende à atenção oncológica, também foi proposto por Mendes, para quem - o quase desconhecimento dessas tecnologias de microgestão-gestão, da utilização de procedimentos médicos, perfilização clínica, gestão de patologias, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação, dificultam a implantação nacional do sistema de referência e contra-referência de pacientes.⁷⁴

A escolha de São José de Ribamar para ser a base da pesquisa se deveu também a algumas outras características singulares desse município. A proximidade com São Luís faz com que esse município apresente condições sócio-demográficas, tanto de uma população eminentemente rural, como urbana. No PDR do Estado do Maranhão, está delineado que a referência de pacientes que necessitem de atenção secundária em oncologia, como mamografia, colposcopia, biópsia de mama, exame histopatológico e/ou terciária, como cirurgias oncológicas, radio e quimioterapia, será para São Luís, município-sede de Macro/Microrregião de Saúde, embora os procedimentos de atenção secundária em oncologia devessem ser realizados em São José de Ribamar, município-sede de Módulo Assistencial, conforme preconizado na NOAS.⁷¹ Pela ausência de industrialização, a população não sofre a ação de poluentes do meio ambiente, e se alimenta mais de peixe, que de carne.

O conceito da oferta de serviços, implícito na definição de cobertura assistencial à clientela alvo (mulheres de 25 a 59 anos), significa que tais serviços sejam acessíveis às mulheres da comunidade Jardim Tropical no município de São José de Ribamar-MA, e desse modo satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde. A possibilidade de acesso aos serviços de saúde é, condição *sine qua non* para que a cobertura universal seja alcançada.⁵

Considerou-se ainda que o município de São José de Ribamar, por ser sede de Módulo Assistencial, é referência para os pacientes que demandam da região do Munim, onde se concentram os municípios com mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Maranhão, a facilidade de transporte entre São Luís e Ribamar e vice-versa, embora nem sempre acessível em razão do seu custo e, finalmente, porque São José de Ribamar possui uma Rede de 36 Unidades de Saúde Públicas (Rede Municipal), sendo 34 ambulatoriais e 2 de internação.

Ressalta-se ainda que a implementação de ações organizadas de controle do câncer do colo do útero, torna-se necessária, quando a carga de doença for significativa, como no caso do município de São José de Ribamar-MA. Para encontrar explicações para a variação de frequência dessa doença, justifica-se a realização de pesquisas sobre o assunto, que contemplem informações sobre fatores de risco, e de como se desenvolvem as ações de atenção oncológica para o seguimento das pacientes com neoplasias. Que possam enfim, demonstrar essa realidade, por meio de estudos descritivos e analíticos.

Estudos da OMS demonstraram que a elaboração de programas nacionais, estaduais ou municipais de controle do câncer são essenciais enquanto estratégia de controle do câncer de colo de útero, independentemente da situação econômica do país ou região.⁵ Dessa forma, recomenda-se o estabelecimento de programas em nações onde a doença tenha expressão epidemiológica, os fatores de risco estejam em ascensão e haja limitação de recursos financeiros.

A frequência e a distribuição dos diferentes tipos de câncer, apresenta-se variável em função das características de cada região, o que enfatiza a necessidade do estudo das variações geográficas nos padrões dessa doença, para seu adequado monitoramento e controle.²⁸

Os diagnósticos precoces, que incluem estratégias de rastreamento, aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos de câncer, como o de colo de útero e de mama, e reduzem a mortalidade resultante da doença e do seu tratamento tardio.²⁶

Destarte, no planejamento das ações de atenção oncológica no Estado do Maranhão é preciso trabalhar com uma base de dados mais consistente, no que pertine à morbidade e à mortalidade por câncer do colo do útero. É dentro desse contexto que esta pesquisa se insere.

Ações de controle visam a redução da morbi-mortalidade, por meio da melhor utilização possível dos recursos disponíveis, pois há pessoas, sujeitos concretos, organizadas em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material, que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra doença, como no caso do câncer do colo do útero, fato agravado do ponto de vista médico-sanitário, pela ausência ou inadequação de uma rede de serviços de saúde com pessoal e equipamentos que a torne capaz de diagnosticar e tratar as pacientes com câncer de colo de útero, de modo a reduzir a morbi-mortalidade, aumentar a sobrevida e melhorar a sua qualidade de vida.⁹

Educação e comunicação em saúde, vigilância do câncer e dos fatores de risco, além de pesquisa (básica e aplicada), perpassam e complementam estas ações, cujo tipo e amplitude variam de acordo com os recursos econômicos, o padrão de ocorrência do câncer na população e o grau de desenvolvimento social e do sistema de saúde de cada país, estado, região ou município.

Conhecer, portanto, qual o perfil da clientela em demanda aos serviços de saúde, de que adoece e morre, e de que forma se dá esse atendimento é fundamental para o conhecimento real, e não apenas estimado das morbidades prevalentes e da mortalidade nessas populações, procurando-se identificar os grupos de risco, ou seja, o perfil epidemiológico desse município, região ou estado.

Desse modo, o resultado da pesquisa sobre Vigilância em Saúde e o câncer de colo de útero na localidade Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar, área de transição demográfica urbano-rural, o conhecimento dos fatores de risco e o delineamento do Modelo de Atenção Oncológica, deverá nortear o estabelecimento de políticas públicas de saúde,⁷⁵ por meio de um planejamento estratégico de ações de saúde a serem desenvolvidas que possam ser eficientes, eficazes e efetivas,⁹ de modo a mudar essa realidade epidemiológico-social, pois o câncer do colo do útero é 100% curável, desde que diagnosticado precocemente, e seja tratado corretamente, consoante o protocolo clínico-cirúrgico dessa patologia.

OBJETIVOS

Geral

- Investigar a relação da vigilância em saúde na prevenção do câncer de colo de útero, no município de São José de Ribamar-MA.

Específicos:

- Identificar os fatores de risco condicionantes (estilo de vida, ambiente, genéticos, organização da rede de serviços de saúde) e/ou determinantes do câncer de colo de útero (as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, as características sociais dentro das quais a vida transcorre).
- Identificar a incidência do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos;
- Identificar se existe um referenciamento e contrareferenciamento formal de pacientes diagnosticadas na atenção básica com lesões precursoras, ou em estágio avançado do câncer de colo de útero, para outros serviços de maior complexidade da rede de atenção oncológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) (processo nº 33104-847/2006), foi feito um estudo transversal pela aplicação de questionários para a coleta de informações sobre a incidência do câncer de colo de útero e os seus fatores de risco, condicionantes e/ou determinantes do processo saúde-doença (idade, estado civil, grupo étnico, renda, ocupação, escolaridade, história familiar de câncer, consumo de álcool e de tabaco, uso de contraceptivo oral, número de parceiros, idade do primeiro intercurso sexual), assim como de acessibilidade, diagnóstico e tratamento na rede de serviços de saúde.

A amostra consistiu de mulheres de 25 a 59 anos de idade, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do PSF e residentes na localidade do Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar-MA. Tal localidade consiste em uma zona de transição urbano/rural, que possui uma população de 4.236 habitantes,¹⁰ sendo 536 mulheres cadastradas no PSF na faixa etária correspondente ao estudo. Além da faixa etária, poderiam participar do estudo as mulheres que aceitassem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, residissem na localidade no período de agosto de 2007 a julho de 2008 e que não tivessem os dois últimos exames anuais sequenciados de citologia cérvico-vaginal com resultados negativos. Assim, 536 foram pré-selecionadas e 450 mulheres foram incluídas na amostra de estudo.

Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Os critérios definidos pela Comissão de Ética do INCA e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, Resolução 196/96 e suas complementares) foram seguidos.

Para a realização da pesquisa, profissionais das equipes do PSF, do pessoal técnico-administrativo e profissionais de Saúde do Município de São José de Ribamar-MA, estudantes de medicina e de enfermagem da UFMA e Residentes de Ginecologia do Hospital Universitário da UFMA foram previamente capacitados para a realização de entrevista e coleta de dados. O controle de qualidade do trabalho junto às Unidades Básicas do PSF envolveu a verificação de ocorrência das entrevistas, a revisão de questionários preenchidos e a verificação da consistência da entrada de dados durante a digitação dos mesmos. Posteriormente, a tabulação dos dados foi realizada em parceria com a supervisão de informática da SES/MA e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São José de Ribamar.

Para a análise dos dados obtidos, primeiramente foi realizada uma análise descritiva. Posteriormente, para identificarmos quais os fatores estudados que estão associados com o câncer de colo de útero ou com o aumento da mortalidade por este tipo de câncer, foi utilizado o modelo de regressão logística. Também foram estimados os *odds ratios* (OR) e seus intervalos respectivos de confiança de 95%. As variáveis estudadas foram categorizadas em: (1) escolaridade (até 4 e 5 anos e mais de estudo), (2) renda (até 1 salário mínimo ou mais de 1 salário mínimo), (3) início da atividade sexual (≤ 18 anos e > 18 anos), (4) número de parceiros sexuais durante a vida (1-4 e mais de 4 parceiros), (5) paridade (até 2 partos e mais de 2 partos), (6) uso ou não de contraceptivos orais, (7) tabagismo (fumante e não fumante em qualquer momento da vida), (8) presença ou não de DST's da mulher, (9) presença ou não de DST's do parceiro, (10) afecções ginecológicas (com e sem a presença do HPV). Por fim, para o estabelecimento da associação conjunta dos fatores estudados com os tipos de câncer em estudo, foi utilizada a técnica de regressão logística multivariada. Os dados foram analisados nos programas EpiInfo 2003 e STATA 10, sendo o nível de significância adotado de 5%.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou o perfil sócio-econômico e epidemiológico da amostra estudada. A maioria das mulheres que participaram do estudo, no total de 450, tinha entre 30 e 39 anos de idade (36,5%), era de cor parda (51.2%) e apenas 24.5% das mulheres entrevistadas eram casadas.

Quanto à escolaridade, 51,2% das entrevistadas possuíam o 1º Grau/Fundamental maior (8 anos de estudo). A escolaridade tem sido um indicador destacado nos estudos relacionados ao câncer de colo de útero, pois os limites educacionais podem comprometer a compreensão das mulheres quanto à prevenção de doenças, especificamente do câncer de colo de útero, assim como o processo de evolução da doença e a adesão das mulheres aos programas de prevenção.⁵ Em relação à renda familiar, 58,3 % das mulheres pesquisadas estavam na faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos.

Sobre os hábitos nocivos à saúde cultivados pela amostra, 56,4% das participantes ingeriam bebidas alcoólicas e 57,0% tinham um histórico de tabagismo (29.0% fumantes e 28.0% ex-fumantes).

Quanto ao uso de contraceptivo oral, 86,0% das mulheres pesquisadas declararam ter usado e, em relação ao uso de preservativo, 67,4% das mulheres entrevistadas afirmaram que usavam.

Tabela 4: Tabagismo e uso de contraceptivos orais na amostra estudada

Especificação	F	%
Tabagismo		
Frequente	130	29.0
Nunca	194	43.0
Ex-fumante	126	28.0
Uso de contraceptivos orais		
Sim	387	86.0
Não	63	14.0

Um pouco mais da metade da amostra (52,0%) iniciou a atividade sexual com menos de 17 anos, ou seja, precocemente.

Quanto à utilização do Serviço Público do SUS, ficou constatado que a maioria da amostra pesquisada (83,8%) realizava o exame de citologia cérvico-vaginal (Papanicolaou) nas Unidades de Saúde públicas. Também foi constatado que 94,3%, da amostra relatou demora no atendimento (mais de 30 minutos). Sobre a frequência de realização do exame preventivo do câncer de colo de útero, 1/3 das mulheres pesquisadas (32,1%) realizaram este exame anualmente, 42,3% o fizeram a cada 2 ou 3 anos e 25,6 % não o fizeram ou o fizeram há mais de 3 anos. Esse dado é muito importante, porque embora a cobertura de exames realizados seja de 84%, não foi seguida integralmente a recomendação das Diretrizes Nacionais para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama.⁹

A evidência de história de câncer (qualquer tipo de câncer) na família foi apontada por 10,5% das mulheres entrevistadas, enquanto que 79,5% da amostra não soube relatar este dado.

Em relação ao número de parceiros, chamou atenção o percentual de mulheres que admitem ter tido mais de 5 parceiros (41,9%). Quanto às DST's, 5,04% da amostra informou já ter sido acometida por algum tipo e 94,96% informaram que não, sem especificar. Somente 5,97% das participantes deram informações sobre incidência de DST's no parceiro.

Quanto à concepção de saúde, todas as mulheres pesquisadas expressaram que a saúde representa um valor fundamental e apresentam concepções diferenciadas sobre saúde. Para 32% delas, saúde significava ausência de sintomas – não estar doente. Outro grupo (37,0%) se referiu à saúde de uma forma mais ampla, dando um significado que se aproxima à ideia de saúde como resultado de condições de vida, enquanto 19,0% da amostra classificou a saúde diretamente relacionada à condição e/ou disposição para o trabalho. Somente 12,0% das mulheres se referiram à saúde como prevenção de doenças.

Em relação ao conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero, todas as mulheres referiram ter ouvido falar do exame em algum momento em suas vidas. Foi expressivo o número de mulheres que ouviu falar há mais de 10 anos (62,0%). 29,0% da amostra ouviu falar há menos de dez anos. Enquanto algumas mulheres ouviram falar pela primeira vez há mais de 10 anos, outras expressaram ter ouvido falar mais recentemente, afirmando ter visto na televisão, ouvido em programa de rádio, provavelmente sinalizando campanhas recentes. Somente 10% delas não se lembravam, não dimensionando qualquer ideia de tempo.

As mulheres entrevistadas indicaram múltiplas razões para não ter realizado o exame preventivo do câncer de colo de útero nos intervalos de tempo preconizados. Para 23,0% delas, destacou-se a questão “ausência de sintomas” como a questão central. Outras 22,0% delas colocaram a responsabilidade com a família e com o trabalho (medo de perder o emprego) como o maior problema. Para outro grupo (17,0%) foram os sentimentos, como medo e/ou vergonha que apareceram como elementos que comprometem a realização do exame. A “desmotivação” para realizar o exame, situada como descuido, relaxamento, etc. que, ao mesmo tempo, expressa auto-responsabilização (“culpa”) pelo problema – é colocada por 14,0% delas e para 13,0% os problemas decorrem das dificuldades para fazer o exame na Unidade de Saúde. Apenas 5,0 % da amostra não fazia exame sob alegação de não terem mais atividade sexual.

Quanto à existência de outros problemas de saúde, 85,0% da amostra relatou não ter outros problemas de saúde. Um percentual de 15,0% apresentou um quadro de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, osteoporose, problemas cardíacos e renais.

Quanto a profissão, os dados levantados, em seu conjunto, apontaram que as mulheres estudadas vivenciavam um processo de luta constante para prover os recursos necessários à sua sobrevivência e de sua família. 52,0% das mulheres entrevistadas desempenhava funções em âmbito doméstico (empregadas domésticas, faxineiras, etc), com baixa remuneração.

Das mulheres entrevistadas, 84,0% fizeram o exame de citologia cérvico-vaginal, ou seja, uma cobertura um pouco abaixo da meta de cobertura mínima de 85,0% recomendada pela OMS,³⁶ mas que está dentro dos parâmetros da meta pactuada no Pacto da Saúde entre o município de São José de Ribamar e a Secretaria de Estado da Saúde/Ministério da Saúde. Dos 450 exames de citologia cérvico-vaginais realizados, 27 foram insatisfatórios, 2 foram negativos, 373 (82,88%) apresentaram alterações inflamatórias e 48 exames mostraram graus variados de patologias cérvico-vaginais, segundo a Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais E Condutas Preconizadas.⁵ Destes 48 exames, 14 apresentaram resultados H-SIL, compatíveis com a infecção viral tipo HPV. Não foi feito, no entanto, o exame de captura híbrida nessas pacientes. As dificuldades relativas aos serviços de saúde citadas são: demora para o resultado chegar, falta de profissional na data marcada, muita gente para atender, obrigando retorno várias vezes aos serviços de saúde.

Tabela 5: Resultados dos exames preventivos realizados na amostra em 2006/07, como definido pela Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais *

Especificação	F	%
Inconclusiva	27	5.92
Negativa	2	0.54
Inflamatória	373	82.88
Significado indeterminado (escamoso) (ASC)	25	5.62
Significado indeterminado (glandular)	4	0.88
Origem indefinida	0	0.00
LSIL de baixo grau (NIC I+HPV)	14	3.11
HSIL de alto grau (NIC II-III)	4	0.88
Alto grau (incluindo microinvasão)	0	0.00
Carcinoma Epidermoide Invasor	1	0.17
Adenocarcinoma <i>In Situ</i>	0	0.00
Adenocarcinoma invasor	0	0.00
Outras neoplasias malignas	0	0.00
Total	450	100.00

*Fonte: SEMUS de São José de Ribamar, Maranhão.

De acordo com o resultado do exame de citologia cérvico-vaginal, 48 pacientes foram orientadas e informalmente encaminhadas para uma Unidade de Saúde com suporte para realizar atenção secundária e ou terciária em oncologia, no caso específico, para São Luís, pois São José de Ribamar não possui o suporte de equipamentos e serviços de apoio para confirmação diagnóstica e tratamento na atenção secundária em Oncologia, embora possua profissionais capacitados.

DISCUSSÃO

As informações obtidas nesta pesquisa realizada na localidade Jardim Tropical no município de São José de Ribamar-MA apontaram que as precárias condições de vida das mulheres de 25 a 59 anos, e que pertencem aos segmentos menos favorecidos da classe trabalhadora constituem limites concretos para elas assumirem o controle de sua saúde, e nesse contexto, a prevenção do câncer do colo do útero como rotina em suas vidas. Limites que incluem as deficiências dos serviços de saúde e a ausência de um sistema de vigilância em saúde.

A análise sobre as condições sociais, econômicas e culturais dessas mulheres e os achados da pesquisa realizada ampliaram a compreensão sobre as dificuldades enfrentadas por elas em seu cotidiano de vida, e sobre suas experiências em relação à prevenção do câncer do colo do útero. Assim, o estudo apresentou outras questões que precisam ser entendidas no contexto do problema do câncer do colo do útero no Brasil.

Os depoimentos das mulheres estudadas revelaram elementos fundamentais para compreensão do cotidiano de vida de mulheres dos segmentos desfavorecidos da classe trabalhadora, as mais vulneráveis aos riscos do câncer do colo do útero. Assim, ainda que esse estudo não possa ser generalizado para o conjunto das mulheres brasileiras, ele aponta elementos que encontram sintonia com indicadores sociais registrados pelo Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco,¹⁵ em relação às mulheres desses segmentos. Podem servir também de referência para pensar nas dificuldades vivenciadas por uma parcela da população feminina para exercer o direito à prevenção das doenças, mais especificamente, do câncer do colo do útero.

O estudo evidencia, também, que não é somente a pobreza e a precariedade das condições de vida desse segmento de mulheres que comprometem os cuidados com a saúde, a concepção e o exercício da prevenção e, neste caso, a realização do exame preventivo para o câncer do colo do útero como rotina na vida dessas mulheres. Outros fatores se fazem presentes, construindo um quadro multicausal, considerando-se o domínio de conhecimentos e de tecnologias para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce desse tipo de câncer, o que justifica plenamente a utilização da vigilância em saúde na identificação dessa multicausalidade.

Um desses fatores é a cultura acumulada por elas em relação à compreensão sobre saúde. Mesmo verificando que algumas mulheres expressaram compreender os determinantes da saúde, ou seja, “saúde como resultado de condições de vida” é muito forte a idéia de

“saúde como ausência de doença”. Assim, entendeu-se que a concepção de prevenção para essas mulheres foi praticamente nula.

Foi expressivo o número de mulheres que, por “não sentirem nada,” não procuravam ou deixaram de fazer o exame preventivo do câncer de colo de útero. Mesmo quando apresentaram outros motivos que dificultaram a realização do preventivo, como as responsabilidades com a família, as condições financeiras, os problemas relacionados ao trabalho, o medo de perder o emprego, os limites pessoais como medo e vergonha e mesmo as deficiências dos serviços de saúde. O fato de não terem sintomas foi, portanto, marcante, ou seja, aos “outros problemas”, o fato de “não sentirem nada” está sempre agregado.

Essa é uma questão central porque essas mulheres desconhecem que o câncer do colo do útero tem como característica marcante, uma evolução “silenciosa” passando por uma longa fase assintomática. Temos claro que a cultura acumulada por elas tem relação com o nível de instrução mas, por outro lado, entendemos que é fomentada pelo sistema de saúde e pelos próprios profissionais, pela hegemonia que se confere à concepção curativa na saúde.

Sabe-se que a prevalência da infecção pelo HPV é maior em mulheres mais jovens,⁵⁹ que não têm sido priorizadas pelas campanhas de prevenção do câncer do colo do útero. Essa evidência aponta a necessidade de investigação sobre o quadro da doença entre mulheres jovens. Mostra, também, a necessidade de socializar entre os adolescentes a informação sobre o risco de contaminação pelo HPV, que pode ter como conseqüência o câncer do colo do útero, informação que deve ser incluída numa abordagem das DST's, tendo em vista o início cada vez mais precoce da atividade sexual. Além disso, é fundamental que campanhas futuras sobre o câncer do colo do útero incorporem esse público alvo.

Cabe, também, chamar atenção para o fato de que os PPCCU do MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, embora reconhecendo a responsabilidade do homem quanto à transmissão do HPV pela múltipla parceria “culturalmente mais tolerada,” têm investido de forma incipiente em ações para incluir o elemento masculino na prevenção do câncer do colo do útero, mantendo as ações centradas na esfera da ginecologia e, assim, voltadas apenas para as mulheres.

Outro aspecto relevante apontado pelo estudo foi o limitado conhecimento que as mulheres pesquisadas têm sobre o funcionamento do próprio corpo e sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Elas desconhecem os fatores de risco, o processo de desenvolvimento da doença (que passa por lesões precursoras, com evolução silenciosa e assintomática) e a forma adequada (periódica) de realização do exame preventivo. O “conhecimento” adquirido, de forma fragmentada, pontual e assistemática, é marcado por dúvidas, temores e

contradições, que resulta dos limites sócio-culturais das mulheres, de sua inserção social, mas que, por serem mulheres que transitavam pelo sistema de saúde, como mostra o estudo, também resulta da atenção prestada pelos profissionais de saúde às mulheres e à maneira como são passadas as informações.

Pelos depoimentos das mulheres, verificou-se que as informações repassadas pelos profissionais de saúde eram impregnadas de lacunas, que ora minimizavam o problema, ora dramatizavam a situação e as amedrontavam.

Não raro, os profissionais de saúde culpam a mulher, sem esclarecer a realidade dos fatos e sem orientar, objetivamente, como deveriam proceder para prevenir o câncer do colo do útero.

Os depoimentos não revelaram qualquer referência à orientação profissional sobre o câncer do colo do útero, seus fatores de risco, indicação de realização do exame preventivo e sua periodicidade, nem mesmo os das mulheres que realizavam o exame preventivo regularmente.

Os depoimentos sugerem uma atenção profissional imediatista, sem preocupação com a sistematização do acompanhamento. Parece que a forma de relação com as usuárias é pautada nas próprias diferenças sócio-culturais entre profissionais/usuárias e nos preconceitos quanto à capacidade delas de compreender as orientações médicas.

As mulheres revelaram experiências difíceis com os serviços de saúde quando buscaram atendimento para realizarem o exame preventivo do câncer de colo de útero. São questões relativas à estrutura dos serviços, às formas como estão organizados para prestarem atendimento, às dificuldades de acesso, à demanda reprimida, à falta de profissionais, à resolubilidade dos problemas, bem como às questões relativas, especialmente, ao acolhimento nos serviços.

Assim, a resistência e as dificuldades que essas mulheres apresentaram em relação à prevenção também podem estar relacionadas a essas experiências negativas nos serviços de saúde. Ficou claro em seus depoimentos, que a avaliação negativa que fazem não se reporta apenas aos serviços da rede pública, pois se evidenciou que as mulheres buscaram atendimento em diversos serviços de saúde, de diferentes prestadores de serviços de saúde.

Assim, são diversos fatores que se associam e que precisam ser compreendidos, no âmbito do sistema de saúde, para serem superados porque, se a não adesão das mulheres ao exame preventivo tem relação com as condições sociais, econômicas e culturais das mulheres dos segmentos menos favorecidos da classe trabalhadora,⁷⁸ ficou constatado também que as

deficiências dos serviços de saúde e a relação dos profissionais com as usuárias podem explicar, em parte, o fato delas não terem incorporado uma atitude preventiva em suas vidas.

A não adesão reflete, em última análise, os problemas do sistema de saúde, agravados pela inexistência de um serviço de vigilância em saúde, bem organizado, informatizado, com coleta permanente e sistemática de dados nas comunidades adscritas às Unidades de Saúde.

O fato de termos, atualmente, um programa estruturado de Oncologia em caráter nacional, não significa que em termos operacionais, na prática dos serviços em nível de estados e municípios, tenhamos uma rede de atenção oncológica estruturada e organizada por níveis de complexidade, que realizem ações sistemáticas e continuadas, segundo o protocolo dessa doença, no âmbito do SUS.

A Unidade Básica do PSF na localidade Jardim Tropical em São José de Ribamar não realiza a vigilância em saúde do câncer do colo do útero, apesar de ofertar o exame de citologia cérvico-vaginal. Um Sistema de Vigilância em Saúde compreende a coleta sistemática, a análise, a pesquisa e o controle de agravos, o aprimoramento da capacidade dos agentes de saúde (médicos, enfermeiros e etc), a instalação de um Laboratório de Saúde Pública, interligado à rede Central e Regional de Laboratórios de Saúde Pública de forma hierarquizada, com complexidade de exames crescente, além de adequados suprimentos e insumos, e uma política de recursos humanos que dignifique e qualifique os profissionais que trabalhem nessa área.

Em relação à inexistência no município de São José de Ribamar-MA de uma rede de atenção oncológica, isso torna difícil a confirmação diagnóstica na atenção secundária, por falta de equipamentos como videocolposcópios ou serviços de anatomia patológica (biópsia das lesões), de laboratório (exame de captura híbrida para identificar o tipo de HPV) e o tratamento de lesões iniciais, por meio da cirurgia de alta frequência (CAF) ou avançadas, por meio da traquelectomia radical, o que obriga as pacientes a procurarem esses serviços em São Luís, enfrentando muitas dificuldades, como meios de transporte e enormes filas nas portas dos serviços que prestam atenção oncológica.

A resolubilidade integral a ser conferida às pacientes com lesões precursoras ou com câncer em estágio avançado de colo uterino também está comprometida à medida em que o encaminhamento para a atenção secundária e/ou terciária (radio e quimioterapia e cirurgia oncológica dos casos avançados de câncer de colo de útero) é feito de forma informal. Enfim, não é realizado o seguimento das pacientes.

Os resultados encontrados, em maior ou menor percentual, confirmam a existência de fatores de risco, condicionantes e/ou determinantes do câncer de colo de útero: genéticos (história familiar de câncer); estilo de vida (hábitos de beber, de fumar, uso ou não de contraceptivo oral, de preservativo, etc.) e ambientais (pobreza, baixo nível de escolaridade, precária habitação, número de parceiros, precocidade do primeiro intercurso sexual etc), e ressaltam a relevância da vigilância em saúde do agravo câncer do colo do útero, em razão da vulnerabilidade social das mulheres acometidas pela doença. Os fatores de risco identificados neste estudo, associados ao câncer de colo de útero/infeção por HPV, utilizando-se a técnica de regressão logística multivariada, foram: fumo ($p < 0,05$) e uso de contraceptivos orais ($p < 0,02$). Esses resultados correspondem aos encontrados em outras pesquisas e que foram objeto de publicações científicas nacionais e internacionais. Com relação aos contraceptivos orais, o seu uso prolongado aumenta o risco de desenvolver carcinoma cervical. Essas pílulas contêm hormônios como dexametasona, progesterona e estrógenos que intensificam a expressão genética do HPV.⁷⁹ O tabagismo diminui a quantidade e função das CLs, células apresentadoras de antígenos que são responsáveis pela ativação da imunidade celular local contra o HPV. Os metabólitos da nicotina podem ser encontrados no muco cervical.⁸⁰

Ampliou-se, sem dúvida, a oferta de exames preventivos na rede pública de serviços de saúde no Brasil, mas esses avanços, não necessariamente, estão garantindo que a adesão das mulheres tenha se fortalecido, pois isso implica, antes de tudo, superar as dificuldades vivenciadas por essas mulheres em seu cotidiano, para poderem incorporar a prevenção como rotina em suas vidas.

As estratégias de motivação das mulheres para que participem ativamente das políticas públicas dos governos, precisam considerar o contexto sócio-econômico-cultural dessas mulheres. Além disso, é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados e atentos para perceber os limites e a necessidade de informação das mulheres sobre o câncer do colo do útero para que, assim, possam combater as contradições, o desconhecimento, o medo, a vergonha. É preciso deixar muito claro que a doença age silenciosamente, que tem uma fase assintomática.

Nesse sentido, é premente a adoção de práticas que não afastem essas mulheres dos serviços de saúde, mas que, pelo contrário, fortaleçam o seu vínculo pela construção de uma relação de confiança. Práticas baseadas em relações democráticas solidárias que fortaleçam as mulheres na prevenção, o que pode contribuir para que elas se tornem

multiplicadoras, para outras mulheres, do conhecimento sobre saúde, sobre a prevenção do câncer do colo do útero.

Para tanto, torna-se fundamental a educação permanente para os profissionais de saúde de um modo geral, no sentido da relação com as usuárias, tendo em vista a qualidade da coleta e análise do material do exame preventivo, bem como a capacitação técnica dos profissionais específicos, em ginecologia e oncologia.

Para que a população possa tirar de foco a doença e passar a discutir saúde, transformar a "cultura curativa" e recuperar o lugar da promoção da saúde e da prevenção das doenças faz-se necessário que o próprio sistema de saúde passe por esse processo, o que significa que, cada vez mais, é preciso reforçar o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, promovendo uma competente interação com as características sociais e econômicas da população.

Isso aponta para a necessidade de se criarem espaços coletivos de discussão, onde a socialização de informações seja o caminho para construção de experiências e vivências de novas relações sociais sob bases democráticas, onde fluam informações, conhecimentos e experiências necessárias à busca de realização dos direitos sociais.⁸¹ Isso significa reprocessar a qualidade da atenção oncológica, a capacitação, a responsabilidade coletiva dos profissionais com a saúde da mulher, priorizando a vigilância em saúde, a promoção da saúde e prevenção das doenças, como garantido constitucionalmente.⁷⁸

Essa nova modalidade de abordar a saúde, com enfoque na promoção da saúde, deve incluir: (1) identificação dos fatores de risco e doenças já instaladas, à exemplo do câncer de colo de útero, (2) ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida, (3) estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso, (4) ações produzidas por equipe multidisciplinar (incorporação de outros profissionais de saúde, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas etc.), e (5) empoderamento do indivíduo para o auto-gerenciamento das suas doenças e dos seus riscos-autonomia.

Sabemos que ainda são muitas as dificuldades a serem superadas a fim de garantir o acesso e aumentar a adesão das mulheres à prevenção do câncer do colo do útero. Antes de tudo, é preciso reconhecer a realidade de vida das mulheres, a desigualdade na qualidade de vida. É necessário entender que a precariedade das condições de vida dessas mulheres não é algo que se supere a curto e a médio prazo, tendo em vista as condições sociais vigentes que submetem as políticas sociais à ordem econômica.

Mesmo assim, se a precariedade das condições de vida resulta em agravamento do quadro de saúde de segmentos expressivos da classe trabalhadora, por outro lado, estes

segmentos podem ser poupados de intercorrências graves, caso tenham acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce qualificados, o que significa democratizar os avanços tecnológicos disponíveis e se exerça vigilância em saúde de forma sistemática nos locais, nos municípios, nas regiões e nos estados.

Precisamos, portanto, superar as dificuldades encontradas neste estudo e investir em ações diferenciadas que possam garantir o acesso e qualificar a atenção profissional para fortalecer a adesão aos recursos existentes, o que só é possível por meio da vigilância em saúde dos agravos, e por conseguinte, da identificação dos grupos de risco onde se incluem as mulheres que podem vir a ter um câncer de colo de útero e do desenvolvimento de ações educativas e solidárias com a participação da comunidade e dos profissionais de saúde, todos mobilizados para transformar essa realidade do câncer do colo do útero no município de São José de Ribamar, no Estado do Maranhão e no Brasil.

Políticas públicas em saúde devem se apoiar em informações objetivas respaldadas por evidências científicas. A vigilância em saúde tem um importante papel nesse processo, seja por meio do desenvolvimento de pesquisas, seja pela coleta sistemática de dados oriundos dos sistemas de informações em saúde e que possibilitem a avaliação sistemática de dados sobre magnitude, escopo, características e conseqüências das doenças e conseqüentemente seu controle.

Os inquéritos em saúde são importantes também para coletarem informações que sensibilizem os gestores públicos, responsáveis pela implementação das políticas públicas, no que se refere aos principais problemas e iniquidades vividas pela população,⁸² e que consigam reverter a incidência e a mortalidade das mulheres com câncer de colo de útero.

A vigilância em saúde pode ajudar a responder a esse desafio de reduzir a incidência de determinados agravos à saúde, por meio do acompanhamento sistemático, dos fatores condicionantes e/ou determinantes dos processos saúde/doença, à exemplo do câncer do colo do útero, ou seja, da identificação de fatores de risco e de grupos da população mais vulneráveis (grupos de risco) a determinados agravos à saúde. Essa contribuição da vigilância em saúde torna possível o desenvolvimento de programas de saúde mais eficientes, permitindo maior impacto das ações voltadas à atenção integral à saúde.

Para alcançarmos, contudo, a mudança nas práticas sanitárias de vigilância em saúde e de atenção à demanda na sua integralidade, existe a necessidade de ultrapassarmos, reformularmos e reconstruirmos as práticas do Modelo de Atenção à Saúde vigente, voltada para a atenção isolada e pontual de indivíduos doentes. A busca desse novo modo de agir vem sendo chamada de Prática Sanitária de Vigilância em Saúde.¹⁶ Em síntese, pode-se afirmar

que isso implica em um processo permanente, contínuo e dinâmico da própria identificação, de análise, intervenção e monitoramento do processo saúde-doença e dos problemas de saúde em um determinado espaço-população ou território-saúde.⁸³

Quanto à atenção individualizada de “doentes”, o enfoque é o de superar o atendimento estanque, isolado e impessoal, e inseri-lo em uma atenção sistematizada da saúde, em articulação com a vigilância em saúde. As doenças e os indivíduos doentes não ocorrem e demandam atenção por acaso, mas são reflexos e produtos do processo saúde – doença, como o câncer do colo do útero e, nesse sentido, essa prática sanitária da atenção individual deve estar inserida e instrumentalizada na perspectiva da atenção coletiva, dinâmica e pró-ativa e não apenas de uma eventual demanda espontânea.

Nesse processo de intervenção que se faz necessária nas atuais práticas sanitárias, têm-se um elenco de atividades que exigem, para sua operacionalização, um grau de tecnologia bastante variável. Isto é, tecnologias mais simples, como a coleta e o exame de citologia cérvico-vaginal, tecnologias intermediárias ou de média complexidade, como a CAF, até as mais complexas como a radio e quimioterapia, buscando-se desenvolver uma atenção à saúde integral, ou de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) que compreende ações de promoção da saúde, da prevenção da doença câncer do colo do útero e seu rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento, cura e/ou cuidados paliativos.

Trata-se, pois, da construção progressiva da suficiência do sistema de saúde, local, regional, municipal, estadual e federal. Suficiência esta a ser construída sob a égide dos problemas prevalentes, e das tecnologias disponíveis nos serviços. As tecnologias incorporadas aos serviços de saúde do sistema devem estar alocadas ou distribuídas em níveis de atenção primária, secundária e terciária, hierarquizadas segundo sua complexidade. O desenvolvimento das ações de saúde deve, pois, dar-se de forma articulada e integrada entre as diversas Unidades de Saúde integrantes da rede de atenção oncológica, permitindo ampla cobertura e acessibilidade a esses serviços, no caso específico do câncer de colo de útero, às mulheres de 25 a 59 anos.¹⁶

As ações de atenção oncológica devem ser operacionalizadas de forma articulada e integrada, de forma a permitir que essa acessibilidade das mulheres de 25 a 59 anos se processe com a maior eficiência técnica, econômica, social, que seu acolhimento nas Unidades de Saúde seja humanizado e que de permeio se desenvolva de forma sistematizada a vigilância em saúde do câncer de colo de útero, única forma de impedirmos sua ocorrência, ou em razão da detecção precoce de casos, melhorarmos o prognóstico da doença e aumentarmos a sobrevida dessas mulheres.

A nova concepção de saúde importa, portanto, uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com a ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida com um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados condicionantes e determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas a dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

O resultado deste estudo veio demonstrar que inexistia na SEMUS de São José de Ribamar-MA um serviço de vigilância em saúde estruturado, com coleta regular de dados e pesquisa na população. Absorvidas pelas responsabilidades de coordenação de programas, as equipes que atuam na vigilância em saúde raramente conseguem estruturá-la abrangendo os três componentes obrigatórios desse instrumento: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam, de forma a permitir o controle dos agravos à saúde ou, em outras palavras, não assumiram o papel de ponte entre a produção do conhecimento científico e tecnológico e os serviços de saúde pública.

O que existe são sub-sistemas de informações, interligados à SES-MA e MS, que se limitam a repassar às centrais de informações os dados encaminhados pela rede pública de serviços de saúde, sendo acentuada também a sub-notificação. Por conseguinte, o planejamento e as programações de saúde não têm por base os informes epidemiológicos que indiquem quais as enfermidades prevalentes nesse município, de forma global e/ou loco-regional.

Não existe também uma monitorização das ações no campo da saúde (moradia, renda, saneamento, etc.), por meio de indicadores sócio-econômicos e ambientais cuja solução extrapola as atribuições constitucionais do SUS, para situarem-se na esfera intersetorial das ações governamentais.

Nesta pesquisa foi confirmada também a inexistência de um Modelo de Atenção Oncológica, e, por conseguinte, de uma rede de atenção oncológica organizada por níveis de atenção, segundo sua complexidade tecnológica e recursos humanos mais especializados, que

possam garantir uma atenção integral às pacientes com câncer de colo de útero, o que se constitui em um fator importante para o prognóstico dessa enfermidade, pois contribui indiretamente para a diminuição da sobrevida e aumento da mortalidade das pacientes com câncer de colo de útero, na localidade Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar-MA, à medida em que compromete seriamente toda eficácia que possa existir no rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento dessa patologia, consoante está preconizado na Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas.²⁴

O Modelo de Atenção Oncológica deve ser organizado por níveis de atenção primária, secundária, terciária, com funções bem definidas segundo o Protocolo Clínico de cada tipo de câncer, funcionando efetivamente como uma rede de atenção oncológica, com garantia de acesso e fluxos formais de referência e contra-referência entre as diversas Unidades de Saúde.¹⁶

A estratégia para atingir um grau apreciável de auto-sustentação do SUS está em boa parte condicionada à nossa capacidade de fortalecer a pesquisa em saúde pública, à semelhança do que fizeram países cujos sistemas de saúde alcançaram bom desempenho. Analisando o desempenho da saúde pública brasileira do século XX foi verificado que a pesquisa foi um dos três pilares que deram sustentação,⁸⁴ à nossa bem sucedida experiência nessa área e esse resultado foi atingido graças à nossa capacidade de criar um processo bem articulado de indução, produção e consumo do conhecimento produzido.⁸⁵

O uso da vigilância em saúde, com a abrangência apresentada neste texto, constitui em uma peça fundamental, pois é um instrumento eficiente tanto na identificação de lacunas no conhecimento a respeito do comportamento de agravos, à exemplo do câncer do colo do útero, como na definição de prioridades em saúde pública, além de cumprir o papel de indutor da pesquisa e incorporador do conhecimento produzido. Portanto, sua ampla utilização permitirá a adoção de políticas sociais no setor saúde, mais adequadas à nossa realidade e necessidades, fortalecendo a capacidade do SUS de responder a situações inusitadas e de relevância emergente, assim como de aprimorar continuamente os serviços de saúde incorporando novos conhecimentos científicos e tecnológicos.

Na presente pesquisa enfrentamos como limitações do estudo muitas dificuldades para realizar o exame preventivo cérvico-vaginal nas 450 mulheres selecionadas, pela ausência de um Laboratório de Patologia Cínica na localidade Jardim Tropical, tendo-se que acompanhar o encaminhamento e os resultados desses exames, realizados por um laboratório credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar em São Luís.

Esta foi a primeira pesquisa dessa natureza realizada no Estado do Maranhão, sobre os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença câncer do colo do útero, ou seja, a descrição do perfil epidemiológico, sócio econômico, educacional e cultural das mulheres de 25 a 59 anos da localidade Jardim Tropical em São José de Ribamar-MA, e a magnitude do problema de saúde pública, ocasionado pela ausência de um sistema de vigilância em saúde articulado com uma rede integrada de atenção oncológica na prevenção do câncer de colo de útero.

Recomendamos, portanto, a reprodutibilidade deste estudo, na busca da construção de um modelo preditor para a doença câncer do colo do útero, que leve em conta a importância da vigilância em saúde no rastreamento, no acesso aos serviços de saúde, no diagnóstico precoce, e no início imediato do tratamento segundo o protocolo clínico-cirúrgico dessa patologia, e o estágio da enfermidade, além dos cuidados paliativos, o que vai se constituir um valioso guia para o médico estabelecer o prognóstico da sobrevivência das pacientes com câncer de colo de útero.

CONCLUSÕES

Após análise dos dados obtidos neste estudo, foi possível concluir que:

- 1) Grande parte da amostra se encontrava na faixa etária de maior incidência do câncer de colo uterino, apresentava uma situação conjugal instável, nível educacional mínimo, baixa renda, consumiam bebidas alcoólicas e tinham no momento ou já tiveram antes hábito do tabagismo;
- 2) A população estudada apresentou um limitado conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero, os fatores de risco, o processo de desenvolvimento da doença e a periodicidade de realização do exame preventivo;
- 3) Não há um serviço de vigilância em saúde estruturado na localidade estudada e no município de São José de Ribamar-MA, tampouco uma rede de atenção oncológica organizada por níveis de atenção;
- 4) São necessárias mais pesquisas na busca da construção de um modelo preditor para a doença câncer do colo do útero que considere a importância da vigilância em saúde, no rastreamento, no acesso aos serviços de saúde, no diagnóstico precoce, no início imediato do tratamento segundo o protocolo clínico-cirúrgico dessa patologia, e o estágio da enfermidade, além dos cuidados paliativos;
- 5) O estudo demonstrou que o exame preventivo cérvico-vaginal, mesmo com alta cobertura da clientela alvo, se feito isoladamente, como um simples programa de prevenção não é suficiente para o controle do câncer de colo de útero, de alta incidência em mulheres;
- 6) Os fatores de risco identificados neste estudo, associados ao câncer de colo de útero/infeção por HPV, uso de anticoncepcional oral e fumo, correspondem aos achados de outras pesquisas já divulgadas em publicações científicas nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Nacional de Controle do Câncer Uterino. Controle do câncer de colo uterino.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 32p.
- 2- Stewart BW, Kleihues P. **World Cancer Report.** World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC); 2003.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência de Câncer no Brasil.** Brasília: MS; 2008.
- 4- Thuler LCS. O papel da epidemiologia na quantificação do risco de desenvolver câncer. **Rev Bras Cancerol** 2004;50(2):151-2.
- 5- Lima, SC. **Prevalência do Papiloma Virus Humano-HPV em mulheres atendidas no Serviço de Atendimento Especializado, no município de Cacoal-RO, no período de 2003 a 2005**[Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília – UNB; 2007.
- 6- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostras a Domicílio – PNAD. 2003.**Brasília: IBGE; 2003.
- 7-Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Superintendência de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Combate ao Câncer de colo uterino no Estado do Maranhão.** 2006.
- 8- Silva IMR, Brenna SMF, Moriwaki OM, Mariani Neto C. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. **Rev Adm Saúde** 2004; 6(24): 97-102.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. **Portarias GM / MS n° 19, de 03/01/2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos e GM / MS n° 1.319, de 23/07/2002, que regulamente o cadastramento de Centros de Referências em Tratamento da Dor Crônica, a partir da qual todos os CACON estariam automaticamente incluídos.** Brasília: MS; 2002.
- 10- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2000.** Brasília: IBGE; 2001.
- 11- Naffah Filho. M, Cecílio MM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. **Rev Adm Saúde** 2005; 28:97.
- 12- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. **J Natl Cancer Inst** 1981; 66(11):91-308.

- 13- Goodarz Danaei, MD, Harvard School of Public Health. ACS: nine risk factors account for one-third of world in cancer. **The Lancet** 2005; 366:1784-1793.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. **DATASUS**. [serial online]. [citado 2008 July 29]. Available from: URL: <http://www.datasus.gov.br>.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- 16- Leite JMS. **Situação do Câncer no Maranhão**: plano de ação para o controle do câncer de colo de útero e de mama. São Luís: Edigraf; 2006.
- 17- Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. **Atlas de Mortalidade por Câncer em Minas Gerais e Macrorregiões**. Belo Horizonte: SE/GVE/PAV-MG; 2007.
- 18- Ames BN, Gold LS. The causes and prevention of cancer: the role of environment. **Biotherapy** 1998; 11(2/3):205-220.
- 19- Nonnemacher B, Breitenbach V, Vila LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do Papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. **Rev Saúde Pública**, 2002; 36 (1): 95-100.
- 20- Leatt PPG, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health Pap** 2002; 1:13-55.
- 21- Hunter CP. Epidemiology, stage at diagnosis, and tumor biology of breast carcinoma in multiracial and multiethnic populations. **Cancer** 2000; 88(5):1193-1202.
- 22- Polloc RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. Fundação Oncocentro de São Paulo. União Internacional Contra o Câncer - UICC. **Manual de Oncologia Clínica**. 8 ed. 2007.
- 23- Richards MA, et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **The Lancet** 1999; 353:1119-1126.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**. [serial online]. [citado 2006 July 29]. Available from: URL: <http://www.inca.gov.br>.
- 25- Rebelo MS. **Análise sobre a classe social e fatores assistenciais como prognóstico para sobrevivência de pacientes com câncer de mama feminina, residentes no município do Rio de Janeiro, atendidas no Instituto Nacional do Câncer** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica; 2004. 150p. il. (Orientadores: Prof. Dr. Aldo Franklin Ferreira Reis e Prof. Dr. Moisés Szkio). Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: MS; 2008.

- 26- Dever AGE. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira; 1988, I,II.
- 27- Brasil. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional Multiplica SUS**. Brasília: MS; Novembro. 2006.
- 28- Teutsch S, Thacker SB. Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín Epidemiológico*, 1995; 16:1-7.
- 29- Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988; 10:164-190.
- 30- Waldman EA, Rosa TEC. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Ed. F. Peiropolis; 1998.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. **Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União-DOU, 1990 set 20.
- 32- Fossaert DH, Llopis A, Tigre CH. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1974; 76:512-525.
- 33- Doll R. Monitoring the national health service. *Proc Royal Soc Med* 1973;66:729 -740.
- 34- Waldman EA. Vigilância epidemiológica [Editorial]. *Int J Epidemiol*, 1976; 5:4-6.
- 35- Waldman EA. **Vigilância como prática de saúde pública** [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
- 36- Foege WH, Hogan RC, Newton LH. Surveillance projects for selected diseases. *Int J Epidemiol*, 1979; 5:29-37.
- 37- Associação Paulista de Medicina. **SUS: o que você precisa saber sobre**. São Paulo: Atheneu; 2002.
- 38- Mendes EV. **Uma Agenda Para A Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1999.
- 39- Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalence of a set of risk factors for chronic diseases in the city of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Publica* 2005; 39(5): 738-745.
- 40- Mendes EV. **Distrito Sanitário**. 2 ed. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1994.
- 41- Lessa I. **O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1998.

- 42- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Oncoguia de mama. Barcelona. AATR; 2003.
- 43- Uchimura NS, Ribalta JCL, Focchi J, Uchimura TT, Simões MJ, Silva ES. Os efeitos do tabagismo na densidade das células de Langerhans do colo uterino/Effects of smoking on the density of the uterine cervix LangerhansÆ cells. **Acta sci, Health sci** 2004; 26(2): 369-373.
- 44- Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública** 2001; 17 (4): 909-14.
- 45- Sebastião APM, Noronha L, Carvalho NS, Collaço LM, Bleggi-Torres LF. Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer Uterino do Paraná. **J Bras Patol Med Lab** 2004; 40(6): 431-38.
- 46- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Brasília: MS; 2004.
- 47- Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa Nacionales de Control del Câncer – Políticas y Pautas para la Gestion. Genebra: OMS; 2004.
- 48- Machado JB, Gonçalves MMG. Carcinoma epidermóide de colo uterino. *Acta Med* 2004; 25:209-19.
- 49- Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: a case-control study. **Int J Cancer** 1999; 83(1): 55-58.
- 50- Derossi AS, Paim JS, Aquino E, Silva LMV. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997. **Rev Bras Cancerol** 2001;47(2): 163-70.
- 51- Yabroff KR, et al. Disparidades geográficas na mortalidade do câncer cervical: quais são os papéis da prevalência, fatores de risco, triagem e uso do tratamento recomendado? **J Rural Health** 2005; 21(2):149-57.
- 52- 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.
- 53- Nascimento MSB; Pereira ACS, Silva AMN, Silva LM, Viana, GMC. Programa Nacional de Combate ao Câncer de colo uterino no Estado do Maranhão: análise de aspectos citológicos e epidemiológicos. **Cad Saúde Pública** 2006 out; 23(3): 530-535.

- 54- Leal EAS, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2003; 25(2): 81-6.
- 55- Victor JF, Moreira TMM, Araújo AR. Exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados e não retirados de uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza - Ceará . **Cad Saúde Pública** 2006 out; 17(4): 407-411.
- 56- Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006 out; 2006; 22(11): 2329-38.
- 57- Lima, CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006 out;22(10):2151-2156.
- 58- Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2005; 27(11): 656-60.
- 59- Carneiro SS, Moreira MAR, Almeida Netto JC. HPV e câncer do colo uterino. **Rev Patol Trop** 2004; 33(1): 1-20.
- 60- Costa CRP, Fernandes PA. Campanha Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG) **Rev Bras Cancerol** 2003; 49(1): 33-7.
- 61- César JA, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Rep Public Health**. 2003; 19(5): 1365-72.
- 62- Mendes JC, Silveira LMS, Paredes AO. Lesão intra-epitelial cervical: existe correlação entre o tempo de realização do exame de Papanicolaou e o aspecto do colo uterino para o aparecimento da lesão? **Rev Bras Anal Clin** 2004; 36(4): 191-96.
- 63- Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **J Public Health**. 2005; 39(2): 270-76.
- 64- Bermudez A. Can we do the same in the developing world? **Gynecol Oncol** 2005 Dec; 99(3 Suppl 1): S192-6.
- 65- Wiwanitkit V. Screening for cervical cancer, results from Thailand. **Asian Pac J Cancer Prev** 2006 Apr/Jun;7(2):329-30.
- 66- Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Rep Public Health** 2003; 19(2): 571-78.
- 67- Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste do Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Materno Infantil** 2003; 3 (1): 95-112.

- 68- Carvalho CSU. **Pobreza e câncer do colo do útero: estudo sobre as condições de vida das mulheres com câncer de colo de útero**-Instituto Nacional do Câncer-INCA [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro Faculdade de Serviço Social; 2004.
- 69- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS Nº 741 de 19 de dezembro de 2005, Portaria GM nº 2.439 de 08/12/2005**. Regulamentam o desenvolvimento de ações integrais de atenção oncológica. Brasília: MS; 2005.
- 70- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Câncer de colo de uterino. Manual de Orientação**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 1999.
- 71- Mendonça ASG. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. **Diretrizes Nacionais para o Controle dos cânceres do colo do útero e de mama no Brasil**. Brasília: MS; 2005.
- 72- Brasil. Ministério da Saúde. **Portarias GM/MS nº 3.535, de 02/09/98**. Estrutura os Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Estabelece critérios para cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia. Brasília: MS; 1998
- 73- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 113, de 1999, publicada em 01/04/1999**. Regulação relativa ao item 8.2 alterado da MS/GM 3.535/98, passando-se a (re) cadastrar serviços isolados de quimioterapia (QT) ou de radioterapia (RT). Brasília: MS, 1999.
- 74- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. **Portaria GM / MS nº 3.536, de 02/09/1998**, republicada em 02/12/98. Procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA/SUS. Definição da lógica. Brasília: MS; 1998.
- 75- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais. **Manual de Bases Técnicas Oncologia**. Brasília: MS; 2008.
- 76- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Portaria SAS/MS nº 07, DR 2007**, publicada em 04/01/2007. [serial online]. [citado 2008 july 14]. Available from: MRL: <http://www.datasus.gov.br>.
- 77- Martins J S. **Exclusão Social e a Nova Desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.
- 78- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Programa Viva Mulher. **Câncer de colo do útero informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro; INCA; 2002.
- 79- Castle PE, et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. **J Natl Cancer Inst** 2002; 94:1406–14.
- 80 – Winer RL, et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. **Am J Epidemiol** 2003;157:218–226.

81 - Behring ER. **Principais Abordagens Teóricas da Política Social e da Cidadania**. In: Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 03, Brasília: CEAD/UNB; 2000, p. 21/39

82 - Pearce N. Cancer and social level. In: **Iguality and health, contributions of epidemiology**. (UFRGS) Rita B. Barradas; Mauricio L. Barreto, Neomar de A. Filho e Renato Peixoto. Translation of Francisco Trindade e Francisco I. Barros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997.

83- Ramirez AJ, et al. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. **The Lancet** 1999; 353:1127-1131.

84- Stepan N. **Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica**. Rio de Janeiro: Artenova; 1996

85- Mascarenhas RS. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo**. Tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo; 1949.

APÊNDICES

1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária da pesquisa intitulada Vigilância em Saúde e o Câncer do Colo do Útero. Um Estudo na Localidade Jardim Tropical em São José de Ribamar-MA, que tem como objetivo: Estudar a incidência, os fatores de risco dos cânceres do colo do útero, assim como realizar um diagnóstico situacional de como se desenvolvem as ações de atenção oncológica, com vista a facilitar o acesso, o rastreamento, o diagnóstico precoce, o apoio terapêutico e os cuidados paliativos na Rede Básica de Atenção à Saúde, no município de São José de Ribamar-MA em 2006/08.

Pesquisador responsável: José Márcio Soares Leite

Local de coleta de dados: Localidade Jardim Tropical, no município de São José de Ribamar-MA em 2006/08.

Antes de responder ao questionário, é muito importante que compreenda todas as informações e instruções contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os direitos.

Sua participação na pesquisa consiste em responder as perguntas do questionário, sendo de grande importância sua contribuição, pois vai permitir a realização do estudo e contribuir posteriormente para avaliação da epidemiologia do câncer do colo do útero e de mama do município de São José de Ribamar-MA

A pesquisa não envolve risco, quer de ordem física, moral quer psicológica. As informações fornecidas serão confidenciais. Os sujeitos da pesquisa não terão despesas com a realização da investigação e não serão identificados mesmo quando da divulgação da mesma em qualquer formato.

Se houver dúvida sobre ética da pesquisa entre com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, diretamente com o coordenador Prof. Ms Wildoberto Batista Gurgel , à Rua Itapary , 227 – Centro 4º andar Tel: 3219-1223 ou para Dr. José Márcio Soares Leite.

End.: Rua do Farol nº 10, Edifício Flor do Vale, Apart. 1302 - Ponta do Farol - CEP: 65077-450

Telefone para contato: (98) 3235-0279 / 99833443

São José de Ribamar-MA _____/_____/_____

Pesquisada _____

Pesquisador _____

2-INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO)

Como base para elaboração dos instrumentos de coleta, foram revisados os questionários do Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doença e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002 e 2003/INCA/MS.

I – MÓDULO: Identificação da Entrevistada

Moradora 25 a 59 anos						
SITUAÇÃO CONJUGAL (Códigos)				GRAU DE ESCOLARIDADE (Códigos)		Etnia/ Cor
NOME DA PESSOA ENTREVISTADA	Nº DA FAMÍLIA SIA B	QUAL É A SITUAÇÃO CONJUGAL Código	GRAU DE ESCOLARIDADE	DATA NASCIMENTO		
_____	_	_	_ _	____	Dia Mês Ano _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
SITUAÇÃO CONJUGAL 1- Casada 2- Separada / Divorciada 3- Solteira 4- Viúva 5- União consensual		GRAU DE ESCOLARIDADE 1 - Nenhum 2 - 1º grau menor / Fundamental Menor 3 - 1º grau maior / Fundamental Maior 4 - Ensino médio 5 – Superior			ETNIA / COR 1 – Branca 2 – Negra 3 - Parda	

IDENTIFICAÇÃO:

Unidade da Federação: _____ |__|__|

Município: _____ |_0_|_1_|

Distrito: |__|__|__| Área: |__|__|__| Micro área: |__|__|__|

ENTREVISTA

1. |__| Realizada Totalmente 2. |__| Realizada Parcialmente 3. |__| Não Realizada

Data do início da entrevista:

|__|__| |__|__| |__|__|

Dia Mês Ano

Data do término da entrevista

|__|__| |__|__| |__|__|

Dia Mês Ano

As informações prestadas nesta pesquisa terão caráter confidencial e serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa.

Assinatura da Entrevistada_____
Assinatura da Entrevistadora**São José de Ribamar –Ma** ____/____/____

II - MÓDULO FATORES DE RISCO

1. A sr^a. já utilizou pílulas anticoncepcionais (ACO), seja para evitar a gravidez, seja por outro motivo?

1 Sim 2 Não

2. Você ingere bebidas alcoólicas?

1 Sim 2 Não

3. Idade do Intercurso Sexual (1º coito)

1 < 15 anos 2 15-18 anos 3 19-22 anos 4 > 22 anos

4. Números de parceiros na vida.

1 1 2 2 a 4 3 5 a 7 4 > 7

5. Uso de preventivo? (camisinha)

1 Sim 2 Não

6. Alguma Doença Sexualmente Transmissíveis (DST) na vida.

1 Sim 2 Não

Se sim, qual? _____

Tratou adequadamente? _____

7. Parceiro teve Doença Sexualmente Transmissível - DST?

1 Sim 2 Não

Se sim, qual? _____

Tratou adequadamente? _____

8. Fuma ou já fumou?

1 Sim 2 Não

Para nossa pesquisa, é importante classificar as famílias segundo níveis de renda. Como já dissemos anteriormente, as informações colhidas são de uso exclusivo da pesquisa e são confidenciais. Por favor, responda-me:

9. Contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc., em que faixa de renda sua família se encaixa:

1 < 1 S.M 2 De 1 a 2 S.M 3 De 3 a 5 S.M 4 > 5 S.M

10. Algum parente próximo da sr^a, avós, pais e irmãos incluindo vivos e mortos, têm ou já tiveram câncer?

1 Sim 2 Não

11. Qual a sua concepção sobre saúde?

1 Ausência de Sintomas 2 Resultado de condições de vida
3 Condição ou disposição para o trabalho 4 Saúde como prevenção de doença
5 Outras

12. Quando ouviu falar do exame preventivo?

1 Não lembra 2 há menos de 10 anos 3 há mais de 10 anos

13. Impedimentos pra fazer o exame preventivo

1 Medo/vergonha
2 Ausência de sintomas
3 Não ter parceiro
4 Alto-responsabilização (descuido, relaxamento)
5 Dificuldades nos Serviços de Saúde
6 Dever familiar/trabalho
7 Não tem mais atividades sexual

14. Profissão das mulheres entrevistadas

1 Domésticas, faxineira, etc. 2 Dona de casa
3 Comerciária 4 Auxiliar de Serviços Gerais
5 Costureira 6 Vendedora ambulante
7 Outras

III - MÓDULO EXAMES PARA DETECÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E FATORES DE RISCO

Agora eu vou fazer perguntas sobre exames para a prevenção de doenças da mulher.

Exame preventivo, também chamado Teste de Papanicolaou, é um exame no qual se colhe um material do colo de útero para análise em laboratório. Esse material é usado para diagnóstico de problemas que podem levar ao câncer.

1 A sr^a., alguma vez, fez exame preventivo?

1 Sim 2 Não

2 Em que mês e ano a sr^a. fez o seu último exame preventivo?

Mês Ano

3 Na última vez que a sr^a. fez o exame preventivo, a sr^a. fez:

Entrevistador: Leia as alternativas.

1 Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento do exame

2 Para checar/examinar problemas ginecológicos existentes ou anteriores ao momento do exame.

3 Outros problemas de saúde

4 Que problema de saúde?

1 Problema que pode levar ao câncer de colo do útero / infecção por HPV

2 Corrimento

3 Outros problemas de saúde _____ (especifique)

Na última vez que a sr^a. fez o exame preventivo.

5. Usou o serviço Público

1 Sim 2 Não

6 Foi atendida imediatamente (até 30 minutos)?

1 Sim 2 Não

7. Desde a 1ª vez que a srª. fez o preventivo, com que frequência a srª. fez outros exames preventivos?

Entrevistador: Leia as alternativas. Se a entrevistada mudou de conduta em 2 ou mais períodos diferentes considerar o período mais recente.

1 Anualmente

4 Só fez uma vez na vida, há mais de 3 anos

2 1 vez a cada 2 anos

5 Nunca fez

3 1 vez a cada 3 anos

Observações:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 300/06
Pesquisador (a) Responsável: **Valdir Filgueiras Pessoa**
Equipe executora: **José Márcio Soares Leite**
Tipo de Pesquisa: **Doutorado**
Registro do CEP: **253/06** Processo Nº. **33104-847/2006**
Instituição onde será desenvolvido: **Secretaria Municipal de Saúde- Prefeitura Municipal de São José de Ribamar**
Grupo: **III**
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.10.2006** o processo Nº. **33104-847/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **"Perfil epidemiológico dos cânceres de colo de útero e de mama em São José de Ribamar-MA, em 2006/08"**, tendo como pesquisador responsável **Valdir Filgueiras Pessoa**, cujo objetivo geral é **"Estudar o perfil epidemiológico dos cânceres do colo do útero e de mama no município de São José de Ribamar-MA em 2006/08"**. Na metodologia: trata-se de um estudo transversal de base populacional e institucional. Tendo apresentados pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 20/10/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luís, 30 de outubro de 2006
Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do CEP
Ethica homini habitat est
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:
20110106

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223
E-mail huufma@huufma.br