



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

FLÁVIO PINTO DA SILVEIRA

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE COLO
UTERINO NO ESTADO DA BAHIA

Salvador
2009

FLÁVIO PINTO DA SILVEIRA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE COLO
UTERINO NO ESTADO DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Araújo Figueiredo.

Salvador
2009

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Silveira, Flávio Pinto da
Situação epidemiológica do câncer de colo uterino no Estado da Bahia /
Flávio Pinto da Silveira. – Salvador, 2009.
31f.

Orientadora: Maria Aparecida Araújo Figueiredo.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do Estado da
Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I.
2009.

Contém referências.

1. Colo uterino - Câncer. 2. Colo uterino - Câncer - Bahia - Indicadores. I.
Figueiredo, Maria Aparecida Araújo. II. Universidade do Estado da Bahia,
Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 616.994

FLÁVIO PINTO DA SILVEIRA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO ESTADO
DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em ____ / ____ / ____, Salvador-BA.

BANCA EXAMINADORA

**Orientadora - Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Universidade do Estado da Bahia**

**Examinadora - Prof^ª. Msc. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Universidade do Estado da Bahia**

**Examinadora - Prof^ª. Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes
Universidade do Estado da Bahia**

DEDICATÓRIA

À minha mãe que está ao meu lado nos momentos mais difíceis dando-me força, entusiasmo e alegria para vencer os desafios da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar forças e estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora professora Maria Aparecida A. Figueiredo que se mostrou disponível e esforçada na construção deste trabalho.

Às Professoras Ana Paula e Ângela Góes por terem aceitado compor minha banca.

À minha tia Isabel e tia-avó Hilda por me agüentarem na sua casa para eu digitar o trabalho.

À colega Mirelle Gomes que me ajudou na correção deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública em nosso país. **Objetivo:** Analisar a epidemiologia do câncer do colo do útero no Estado da Bahia, a partir dos dados registrados no INCA e do DATASUS, no período de 1979 a 2009. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva, de série temporal, realizada a partir de dados secundários, obtidos nos sites do INCA e do DATASUS. Buscou-se identificar o grupo etário de maior risco de morrer, evidenciado pelos coeficientes de mortalidade, o grupo de maior risco de adoecer, evidenciado pelos coeficientes de incidência, bem como os grupos mais atingidos, revelados pela distribuição proporcional de óbitos. A análise descritiva dos dados foi realizada a partir da leitura dos indicadores de incidência/mortalidade de câncer de colo de útero, presentes nas tabelas, gráficos e figuras disponibilizadas nos sites do INCA e DATASUS. **Resultados:** Os principais achados deste estudo evidenciaram que, entre as mulheres, o câncer de colo de útero tem a segunda maior incidência do estado, ficando atrás apenas do câncer de mama. Embora tenha ocorrido uma redução de 18% entre os óbitos por câncer de colo de útero em relação ao total de óbitos no Estado da Bahia, no período de 1979 a 1983, a taxa de mortalidade por este tipo de câncer apresentou uma tendência de crescimento de 75% entre os anos de 1995 e 1999, contudo, o Estado da Bahia continua entre os estados com os menores índices de mortalidade por este agravo, quando comparados aos demais da federação. As mulheres de 25 a 29 anos foram as que mais realizaram o exame anátomo-patológico, entre 2006 e 2009. As internações por neoplasia maligna do colo do útero apresentaram uma tendência de queda a partir do ano 2000, apesar da incidência ter aumentado. **Considerações finais:** Em que pese as limitações dos estudos baseados em dados secundários, ao término deste estudo foi possível constatar que, o Estado da Bahia não se encontra entre os estados com os maiores coeficientes de incidência e de mortalidade para o câncer de colo de útero do país, embora este agravo represente o segundo mais importante em termos de magnitude no estado, atrás apenas do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Colo uterino; câncer; indicadores.

ABSTRACT

Introduction: Among all types of cancer of the cervix is the one that presents the highest potential for prevention and healing, reaching close to 100% when diagnosed early can be treated on an outpatient basis in about 80% of cases. Although Brazil has been one of the first countries in the world to introduce the test Papanicolau for early detection of cervical cancer, this disease remains a serious public health problem in our country. **Objective:** To analyze the epidemiology of cancer of the cervix in the State of Bahia, from the data recorded in INCA and DATASUS the period 1979 to 2009. **Methodology:** This is a descriptive epidemiological time series, held from secondary data obtained from INCA in sites and DATASUS. We tried to identify the age group at greater risk of dying, evidenced by mortality rates, the group most at risk of illness, evidenced by the incidence rates as well as the groups most affected, as revealed by the proportional distribution of deaths. A descriptive analysis was performed after the reading of the indicators of incidence and mortality of cancer of the cervix, in the tables, graphs and figures on the websites of INCA and DATASUS. **Results:** The main findings of this study showed that, among women, cancer of the cervix is the second highest incidence of the state, second only to breast cancer. Although a 18% reduction among cancer deaths from cervical compared to total deaths in the state of Bahia, from 1979 to 1983, the mortality rate for this type of cancer showed a growth trend 75% between 1995 and 1999 however, the Bahia state remains among the states with the lowest mortality rate for this offense, compared to the other federation. Women from 25 to 29 years were the ones that performed the pathological examination between 2006 and 2009. Hospital admissions for malignant neoplasm of the cervix showed a downward trend from the year 2000, although the incidence has increased. **Conclusion:** Despite the limitations of studies based on secondary data, the end of this study it was concluded that the State of Bahia is not among the states with the highest incidence rates and mortality rates for cancer of the cervix the country, although this injury represents the second most important in terms of magnitude in the state, behind only breast cancer.

KEYWORDS: Cervix; cancer; indicators.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de Pesquisa	15
3.2 Fonte dos dados	15
3.3 Categorias de análise	15
3.4 Período do estudo	15
3.5 Análise dos dados	15
3.6 Questões Éticas	16
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A neoplasia do colo de útero, em sua grande maioria, ocorre com a diferenciação de uma célula da endocérvice que por algum momento se exteriorizou para a ectocérvice (ectrópion) na junção entre os tecidos colunar e escamoso-JEC. As células da endocérvice exteriorizadas podem se tornar displásicas e posteriormente oncogênicas devido a fatores como diferença do pH da vagina, ação de ácidos contidos nos espermatozóides (ácido hialurônico), doenças sexualmente transmissíveis, falta de higiene e multiparidade (VOLKER, 1997). Estudos recentes mostram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2008).

Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2002).

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública em nosso país. Os números de mortalidade por este agravo são alarmantes, como demonstra a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA):

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos.

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (INCA, 2008, p.32).

Ainda de acordo com as estimativas do Ministério da Saúde o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008/2009 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres.

A Região Sudeste é responsável por 47,10% dos casos novos de câncer de colo uterino no Brasil devido a sua elevada densidade demográfica enquanto a Região Nordeste ocupa o segundo lugar com 21,76%. Para o Estado da Bahia, a estimativa do Ministério da Saúde para os anos de 2008 e 2009 é de 970 por 100.000 mulheres, atrás apenas do câncer de mama, com estimativa de 1.790 por 100.000 (BRASIL, 2008).

O interesse sobre o tema surgiu durante a formação acadêmica, onde constatei que mesmo com os esforços e estratégias adotadas para a detecção precoce e eficaz tratamento com prognóstico favorável, a cada ano, verificava-se aumento na detecção de casos novos de câncer de colo uterino. A partir desta constatação, surgiu uma pergunta que posteriormente se tornou minha pergunta de investigação: Qual a situação epidemiológica do câncer de colo de útero no Estado da Bahia? Assim, decidi realizar o meu TCC com este tema.

O presente trabalho pretende analisar a situação epidemiológica do câncer de colo uterino no Estado da Bahia, a partir dos dados registrados no INCA e do DATASUS, no período de 1979 a 2009, tendo como objetivos específicos:

- Descrever os coeficientes incidência do câncer de colo uterino no Estado da Bahia, segundo o ano calendário.

- Descrever os coeficientes de mortalidade do câncer de colo uterino no Estado da Bahia, segundo a faixa etária e ano calendário.
- Comparar os coeficientes de morbimortalidade do câncer de colo uterino no Estado da Bahia, com os dados do país;
- Descrever os coeficientes de internações por câncer de colo uterino no Estado da Bahia, segundo ano calendário.
- Identificar a tendência de realizações de exames anátomo-patológico de colo de útero, segundo por ano de ocorrência.

Deste modo, espera-se externar aos profissionais da área de saúde a real magnitude deste agravo no Estado, visando evidenciar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce, para a redução da sua morbimortalidade. Espera-se que os resultados contribuam para futuras discussões técnicas e acadêmicas no sentido de embasar ações de planejamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer, que não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do câncer do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, que fica em contato com a vagina. Classicamente, a história natural do câncer de colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos (BRASIL, 2002).

Para o surgimento do câncer do colo do útero a condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são o tabagismo, história de infecções sexualmente transmitidas, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, betacaroteno e folato, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais. Em situações de imunossupressão, tais como corticoterapia, diabetes, Lúpus e AIDS a incidência de câncer aumenta (BRASIL, 2008).

Durante os últimos 20 anos, o câncer invasivo de colo diminuiu de 14,2 casos por 100.000 mulheres para 7,8 casos por 100.000 mulheres. É menos comum que outrora por causa da detecção precoce pelo esfregaço de Papanicolaou. Entretanto, ele ainda é o terceiro câncer mais comum do sistema reprodutor. O câncer cervical ocorre mais amiúde em mulheres entre 30 e 45 anos de idade, porém pode ocorrer

tão precocemente quanto com 18 anos de idade (BRUNNER, 2002). Seu pico de incidência situa-se entre os 40 e 60 anos de idade (BRASIL, 2002).

A mortalidade devido ao câncer de colo de útero aqui no Brasil vem crescendo a cada ano. Trata-se de uma patologia totalmente curável quando descoberta no estágio inicial, por isto destaca-se a importância da realização periódica do preventivo ginecológico como forma de reduzir a incidência desta doença. No sistema atual, mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero apresentam a doença em estágio avançado já na primeira consulta o que limita, em muito, a possibilidade de cura. De todas as mortes por câncer em mulheres brasileiras da faixa etária entre 35 e 49 anos, 15% morrem devido ao câncer de colo do útero (BRASIL, 2008).

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "*in situ*". Para tanto é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.

Embora o exame citopatológico (Papanicolaou) tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública. Até a década de 90, este teste constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, contudo, no Brasil, o exame citopatológico ainda é a estratégia de rastreamento

recomendada pelo Ministério da Saúde, prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos (BRASIL, 2008).

Em face da problemática do câncer de colo de útero, em 1983 o Ministério da Saúde através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivos programáticos implantar e ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical, promover ações educativas na prevenção da doença, estendendo, assim, a assistência à saúde da mulher para além dos limites do ciclo gravídico-puerperal (MENDES, 2001).

Segundo D'Oliveira (1996), o PAISM incorpora além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sócias nessa atenção e a promoção de práticas educativas.

Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu o Pacto pela Vida, conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população devendo se tornar prioridades dos três entes federativos, com definição da responsabilidade de cada um. Dentre os seis eixos prioritários deste pacto, destaca-se o controle do câncer de colo de útero e de mama. Os objetivos e metas para o controle do câncer de colo de útero segundo o pacto são a cobertura de 80% para o exame preventivo e o incentivo para a realização de cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumento especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intra-

epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizado em ambulatório, com pagamento diferenciado (BRASIL, 2006).

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a agência americana para regulamentação de medicamentos - *Food and Drug Administration* (FDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil, aprovaram para comercialização a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra o HPV, pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer de colo de útero.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva, de série temporal. Este tipo de estudo permite a observação e análise das variações de determinado agravo e sua ocorrência em diferentes grupos (PEREIRA, 1995).

3.2 Fonte dos dados

Trata-se de uma pesquisa realizada a partir de dados secundários, obtidos nos *sites* do INCA e do DATASUS.

3.3 Categorias de análise

Unidade geográfica: Estado da Bahia; Idades: 0-4/5-9/10-14/15-19/20-29/30-39/40-49/50-59/60-69/70-79/80; Localização primária da neoplasia: colo do útero (C53).

3.4 Período do estudo

Os dados de morbi-mortalidade disponíveis no INCA são referentes ao período de 1979 a 2008, contudo, as séries não são disponibilizadas em anos contínuos. Os dados extraídos do DATASUS permitem a escolha do período, por isso, foi possível construir uma série histórica referente ao período de 2006 a 2009.

3.5 Análise dos dados

Buscou-se identificar o grupo etário de maior risco de morrer, evidenciado pelos coeficientes de mortalidade (número de óbitos / população X 100.000), o grupo

de maior risco de adoecer, evidenciado pelos coeficientes de incidência (número de casos / população X 100.000), bem como os grupos mais atingidos, revelados pela distribuição proporcional de óbitos (número total de óbitos por câncer do colo de útero / número total de óbitos X 100.000).

A análise descritiva dos dados foi realizada a partir da leitura dos indicadores de incidência/mortalidade de câncer de colo de útero, presentes nas tabelas, gráficos e figuras obtidas no *site* do INCA, que estão apresentadas na íntegra, conforme disponibilizados no referido site (www.inca.gov.br). As figuras e tabelas com dados do DATASUS foram construídas com as ferramentas disponíveis no *site* www.datasus.gov.br, seguindo o seguinte roteiro: Tabnet/Epidemiológicas e Morbidade/geral por local de residência de 1998 a 2007/Clicam no mapa do Brasil em cima do Estado da Bahia/linha: faixa etária/coluna: ano de competência/conteúdo: internações/período: seleciona todos os anos disponíveis/lista morbidade CID10: neoplasia maligna do colo do útero/mostra. Após os gráficos foram construídos usando o Excel.

3.6 Questões Éticas

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários, cuja fonte está acessível via *internet*, não foi necessária a prévia submissão a um Comitê de Ética.

4 RESULTADOS

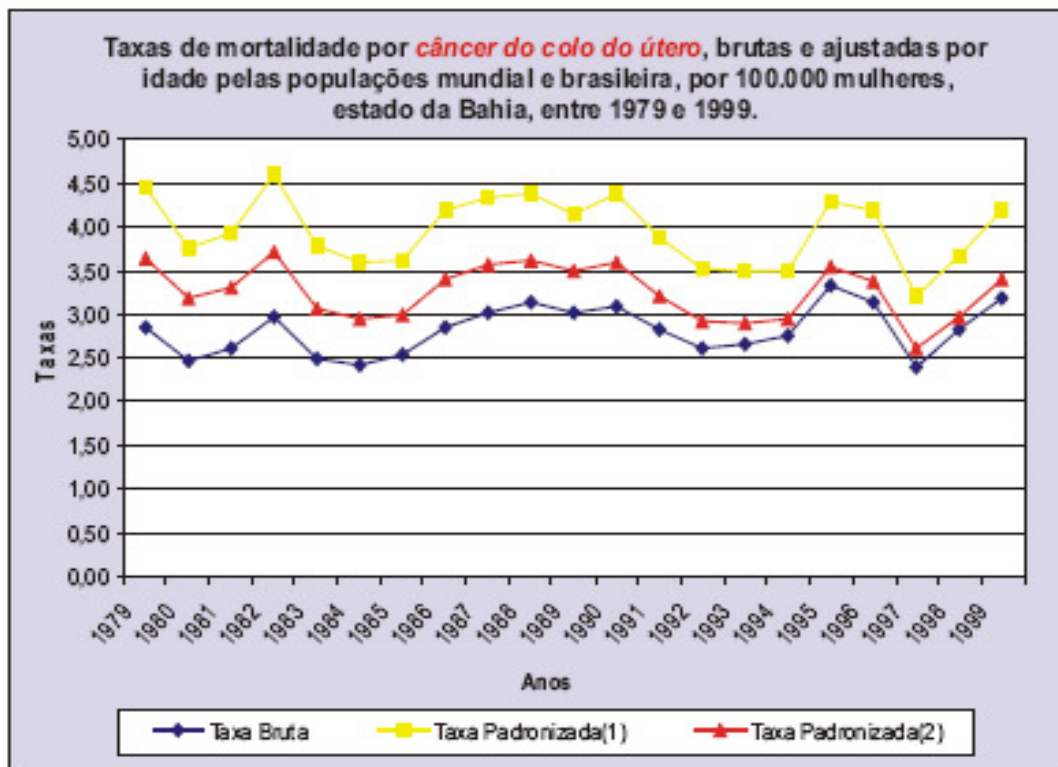
Tabela 1. Estimativas para o ano 2008/2009 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária. *

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.790	24,92	710	50,87
Colo do Útero	970	13,55	300	21,36
Cólon e Reto	410	5,72	180	12,86
Traquéia, Brônquio e Pulmão	310	4,20	110	8,18
Estômago	340	4,74	110	7,50
Leucemias	180	2,55	60	4,42
Cavidade Oral	250	3,52	70	5,21
Pele Melanoma	50	0,75	20	1,21
Esôfago	120	1,62	30	2,25
Outras Localizações	2.280	31,72	1.230	87,47
Subtotal	6.700	93,22	2.820	200,54
Pele não Melanoma	2.810	39,09	540	38,64

Fonte: INCA

O câncer de colo do útero ocupou o segundo maior em estimativa de ocorrência para os anos 2008/2009, ficando atrás apenas do câncer de mama. A estimativa do número de casos novos por câncer de colo de útero para este período no Estado da Bahia é de 970/100.000 casos, correspondendo à taxa bruta de 13,55. Para Salvador, capital do estado, a estimativa de 300/100.000 casos novos, correspondendo à taxa bruta de 21,36 (Tabela 1).

Figura 1. Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, Estado da Bahia, 1979 a 1999.

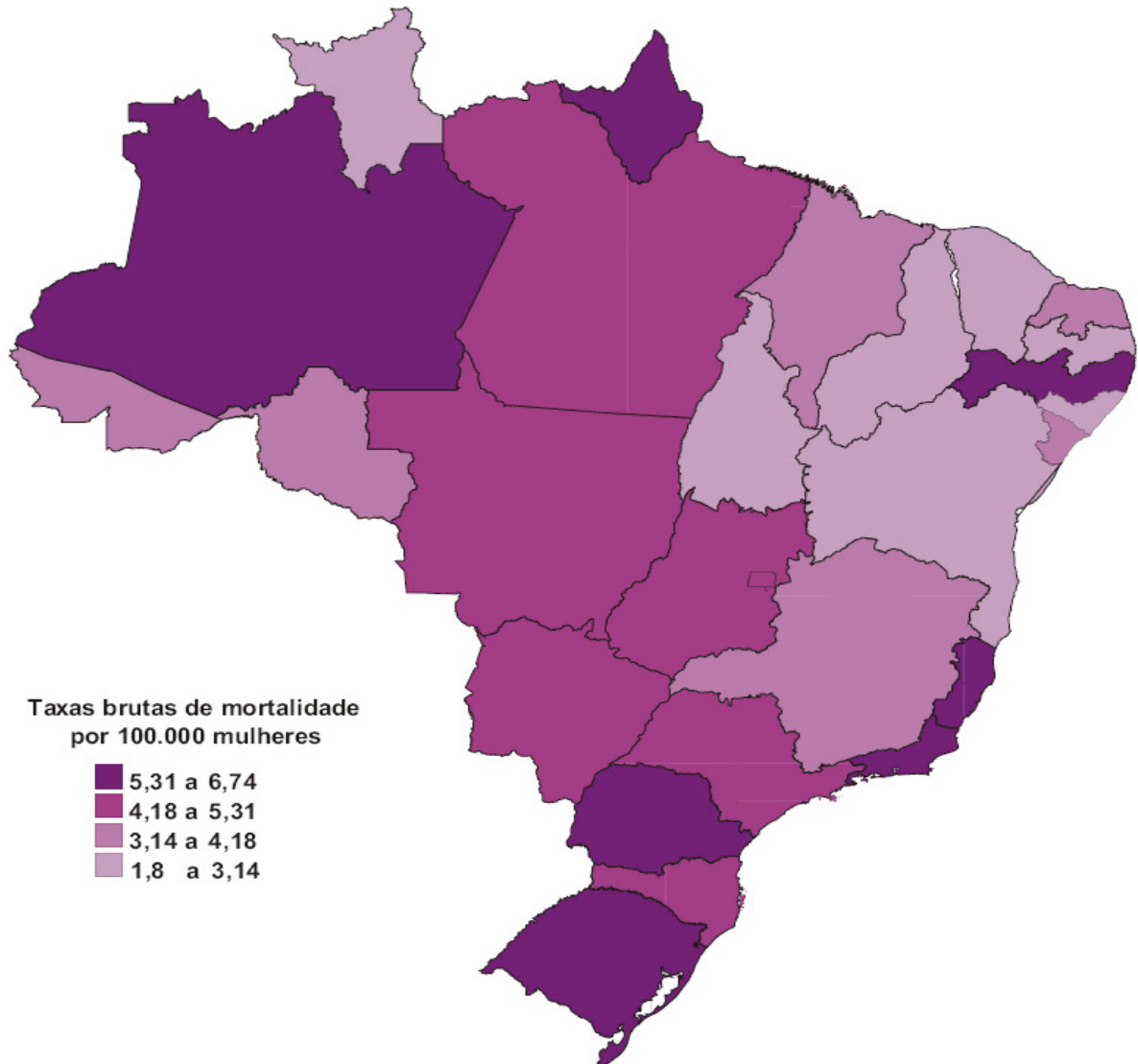


(1) População Padrão Mundial, modificada por Doll et al.(1966)
 (2) População Padrão Brasileira - Contagem Populacional 1996 - IBGE
 Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/DATASUS/MS
 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
 Divisão de Epidemiologia e Vigilância - CONPREV/INCA/MS

Fonte: INCA

Analisando a taxa bruta de mortalidade por câncer do colo do útero no Estado da Bahia, verifica-se uma oscilação em todo o período, com uma tendência de crescimento no final da série estudada, quando este indicador alcançou um patamar de cerca de três óbitos por câncer do colo do útero/100.000 mulheres. Quando padronizada pelas populações mundial e brasileira, estes índices alcançam 3,50 e 4,20, respectivamente (Figura 1).

Figura 2. Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de colo do útero, por 100.000 mulheres. Brasil, 1995 a 1999.



Fonte: INCA

Ao analisar a representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de colo do útero, por 100.000 mulheres, nas Unidades da Federação, verifica-se que, entre 1995 e 1999, a Bahia se encontrava com taxa entre 1,8 e 3,14 mortes por câncer de colo de útero a cada 100.000 mulheres. Estes dados colocam a Bahia dentre os estados de menor patamar de registros de taxas de mortalidade (Figura 2).

Tabela 2. Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres. Brasil, 1995 a 1999.

Estados	Taxas Específicas											Taxa Bruta (*)	Classificação	Taxa Padronizada	
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais			Pop. Mundial(1)	Pop. Brasileira(2)
Acre	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	6,64	13,28	10,39	20,03	41,95	64,74	4,13	15	6,85	5,86
Alagoas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	2,07	7,98	9,38	8,47	18,25	22,15	2,51	26	3,47	2,88
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	2,11	7,89	24,88	40,09	43,47	29,99	94,64	6,74	1	12,77	10,50
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	2,07	8,41	23,44	29,21	44,01	47,54	25,91	6,53	2	11,55	9,48
Bahia	0,00	0,45	0,00	0,00	0,37	2,36	7,04	11,45	14,97	14,94	14,62	2,97	23	3,91	3,17
Ceará	0,00	0,00	0,00	0,10	0,40	2,51	6,93	10,13	11,35	16,79	13,31	2,88	24	3,55	2,92
Distrito Federal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	2,89	10,62	18,63	26,80	51,57	41,17	4,53	12	7,21	5,75
Espírito Santo	0,00	0,00	0,13	0,13	1,01	4,15	11,85	21,98	22,02	29,80	39,78	5,64	4	6,92	5,66
Goias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	4,43	9,08	20,70	28,64	29,55	42,23	5,09	9	6,89	5,54
Maranhão	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	3,62	10,82	13,65	15,41	17,40	16,21	3,28	19	4,81	3,98
Mato Grosso	0,00	0,00	0,00	0,16	0,65	4,61	13,16	23,41	26,66	29,37	48,13	4,79	10	7,59	6,18
Mato Grosso do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	4,69	14,22	18,11	20,18	34,83	41,95	5,30	8	6,90	5,72
Minas Gerais	0,00	0,00	0,00	0,02	0,35	2,36	6,51	10,39	13,84	15,73	24,34	3,31	18	3,74	3,05
Pará	0,00	0,00	0,11	0,00	0,84	5,08	14,29	17,83	20,59	24,99	30,95	4,19	14	6,57	5,47
Paraíba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	1,37	4,15	5,38	5,00	4,97	8,21	1,82	27	1,79	1,50
Paraná	0,00	0,00	0,00	0,04	0,77	4,76	12,14	20,28	21,75	25,27	36,54	5,60	5	6,63	5,45
Pernambuco	0,00	0,00	0,00	0,05	0,81	4,54	12,02	17,53	20,99	26,80	29,45	5,33	7	6,27	5,16
Piauí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	2,40	7,00	11,08	13,63	13,95	26,36	2,85	25	3,80	3,10
Rio de Janeiro	0,00	0,00	0,03	0,03	0,84	3,97	9,44	14,21	17,60	23,28	31,14	5,57	6	5,27	4,36
Rio Grande do Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	2,81	8,39	15,39	12,61	17,28	27,06	3,80	17	4,54	3,75
Rio Grande do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	1,19	5,46	13,71	17,58	19,11	19,35	22,70	6,41	3	6,22	5,22
Rondônia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	4,09	9,45	20,38	13,59	25,45	20,89	3,21	20	5,46	4,51
Roraima	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	4,72	12,34	16,54	14,88	15,78	51,45	3,08	21	5,71	4,83
Santa Catarina	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	4,39	11,71	16,77	15,20	14,51	19,39	4,68	11	5,35	4,49
São Paulo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	2,58	7,93	13,85	16,67	22,16	30,79	4,30	13	4,71	3,82
Sergipe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	4,39	9,20	18,04	13,48	22,88	21,77	4,00	16	5,19	4,31
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	2,97	8,85	9,70	15,67	19,68	25,02	2,98	22	4,37	3,61

(1) População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1968)

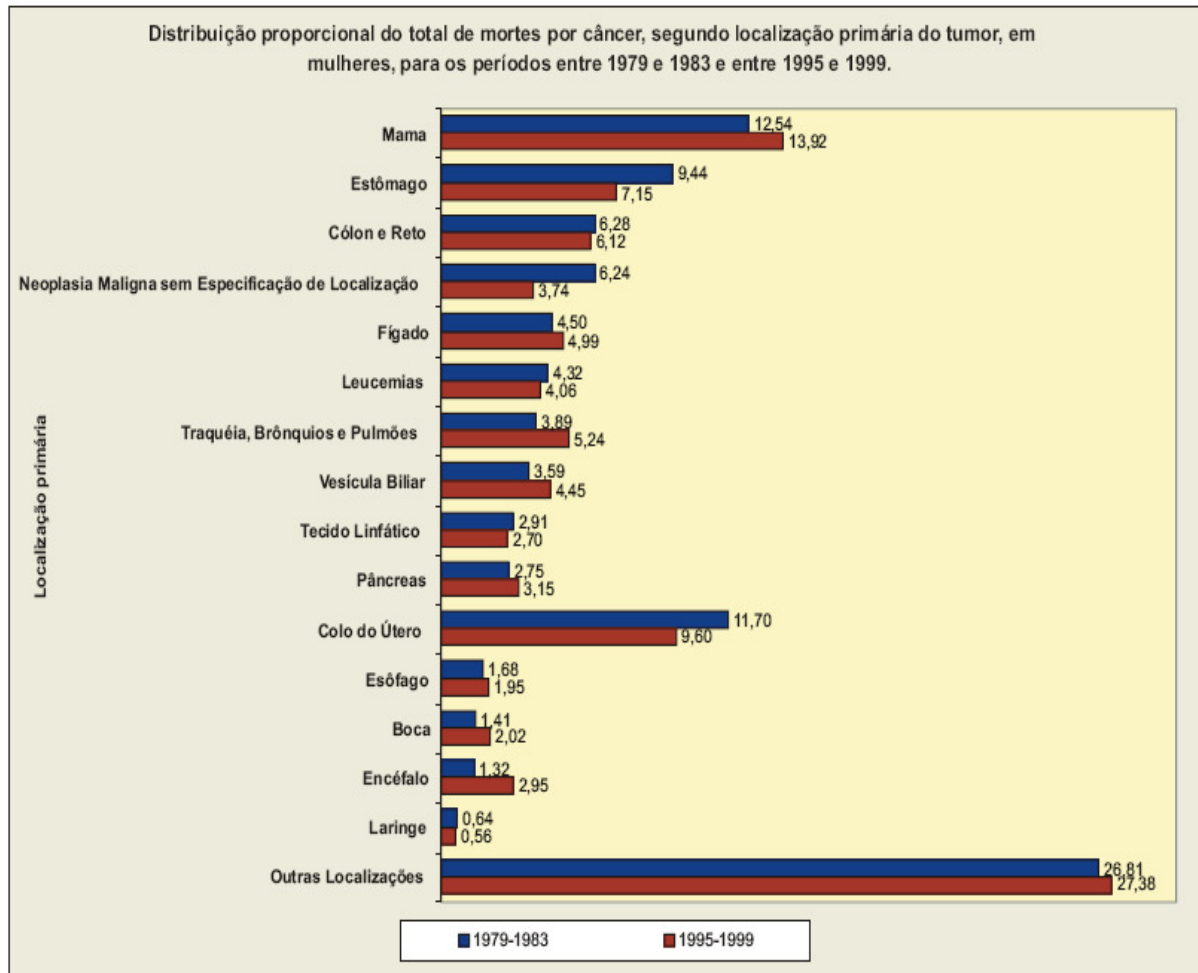
(2) População Padrão Brasileira - Recenseamento Populacional 1996 - IBGE

Fonte: INCA

Observando-se as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero, bruta e ajustada por idade pela população brasileira, nos 26 estados da federação mais o Distrito Federal, constatou-se que a Bahia ocupa a 23ª posição com taxa bruta de 2,97/100.000, entre os anos de 1995 e 1999. O Estado que obteve o pior índice foi o

Amapá com 6,74/100.000 e a menor taxa foi detectada no Estado da Paraíba com 1,82 óbitos/100.000 habitantes (Tabela 2).

Figura 3. Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, para os períodos entre 1979 e 1983 e entre 1995 e 1999, no Estado da Bahia.

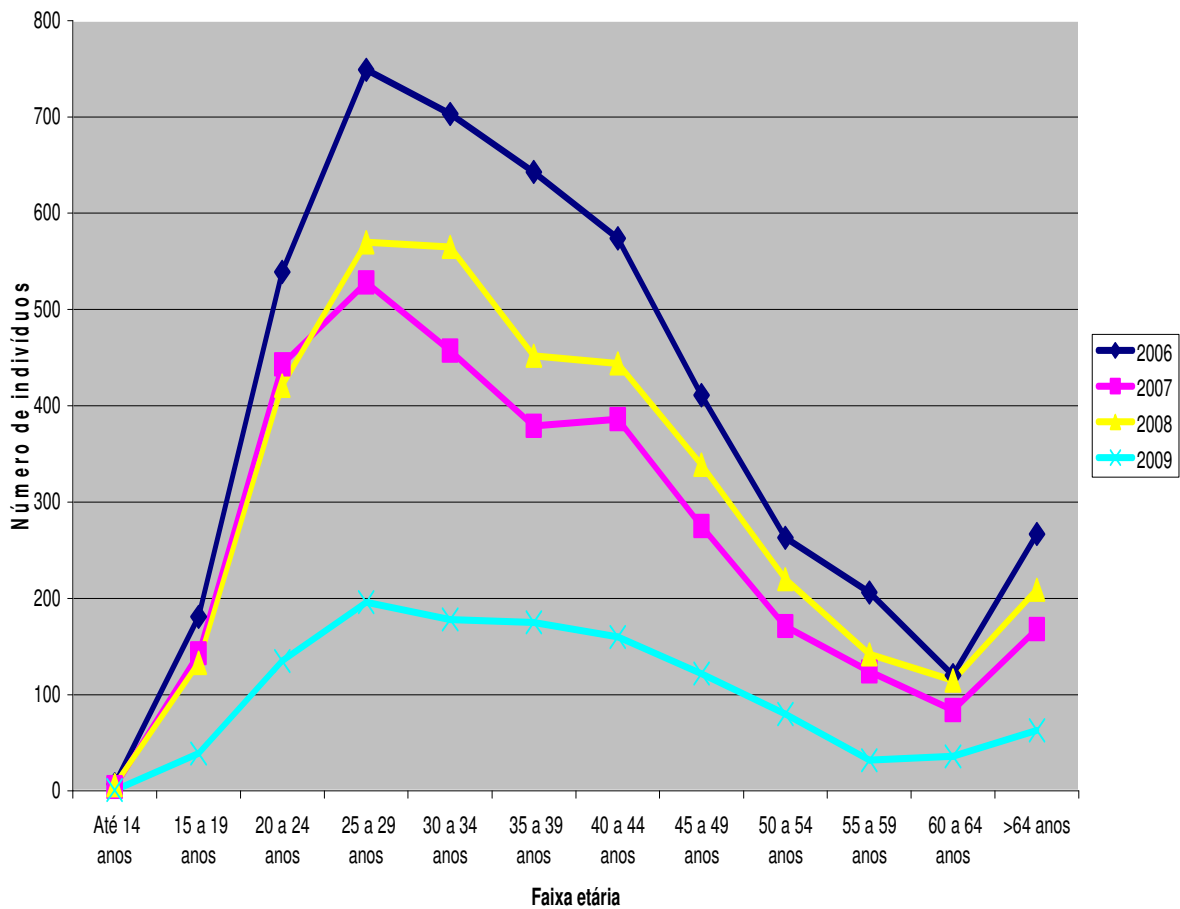


Nota: Os valores apresentados no gráfico encontram-se em percentual.

Fonte: INCA

A distribuição proporcional revela que, do total de mortes entre 1979 e 1983, o câncer de colo do útero representou 11,7% do total de óbitos no Estado da Bahia, enquanto no período de 1995 a 1999 este índice caiu para 9,6% (Figura 3).

Figura 4. Número de exames anátomo-patológicos de colo de útero, segundo a faixa etária e o ano de ocorrência. Bahia, 2006 a 2009*

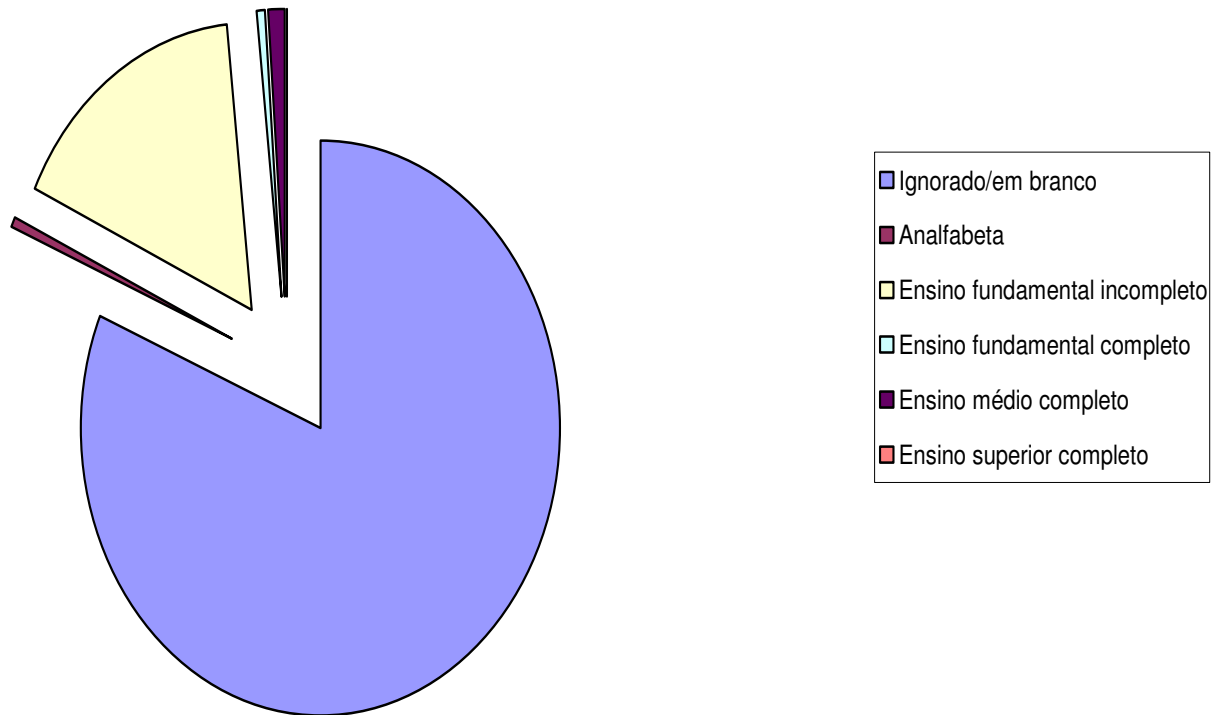


*Dados parciais (2009)

Fonte: DATASUS

A análise de uma série de quatro anos (2006 a 2009), dos exames anátomo-patológico de colo de útero realizados, demonstra que, em todos os anos, mulheres na faixa etária de 25 a 29 anos são as que mais realizam este procedimento. Esse número cai quase que gradativamente com o aumento da idade, voltando a ter uma discreta elevação entre as mulheres com mais de 64 anos (Figura 4).

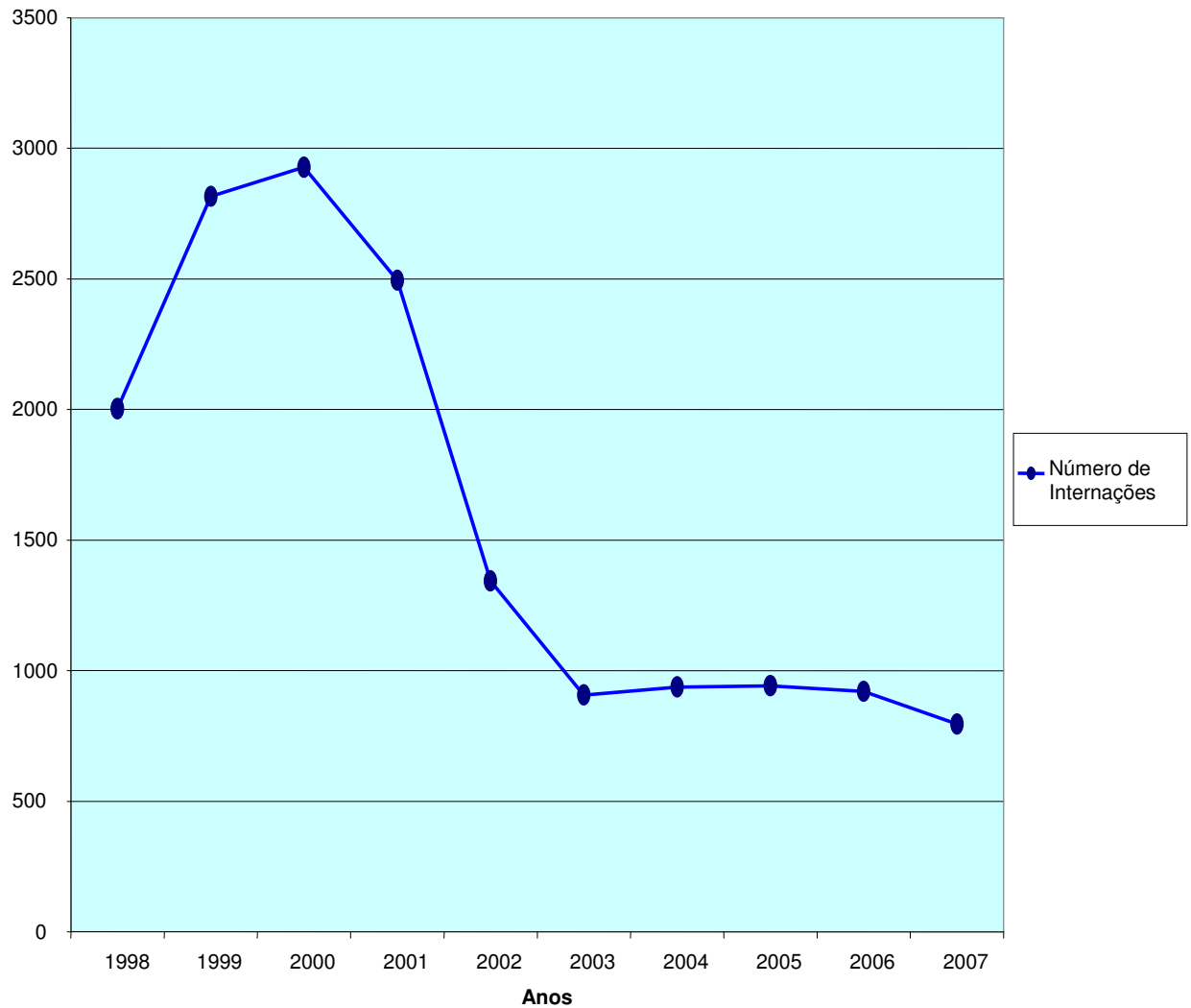
Figura 5. Número de exames anátomo-patológico do colo do útero, segundo o grau de escolaridade. Bahia 2006 a 2009.



Fonte: DATASUS

Quando observa-se a escolaridade das mulheres que realizaram os exames anátomo-patológico do colo do útero na Bahia, nos anos de 2006 a 2009, observa-se um expressivo número de exames onde esta informação é ignorada. Dentre as que estão identificadas o maior percentual tem ensino fundamental incompleto, possivelmente por estes exames se referirem a uma clientela atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 5).

Figura 6. Número de internações por neoplasia maligna do colo do útero. Bahia 1998 a 2007.



Fonte: DATASUS

Ao analisarmos a Figura 6, referente ao número de internações por neoplasia maligna do colo do útero no Estado da Bahia, nos anos de 1998 a 2007, constata-se patamares elevados nos anos 1999, 2000 e 2001, com quase 3000 casos em 2000, seguido de uma queda brusca para cerca de 800 casos em 2007.

5 DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo evidenciaram que, entre as mulheres, o câncer de colo de útero tem a segunda maior incidência do estado, ficando atrás apenas do câncer de mama, diferindo do Estado do Amazonas, onde a estimativa é de 460 casos/ 100.000 mulheres se constituindo a maior incidência de câncer entre os indivíduos do sexo feminino, seguido do câncer de mama (INCA, 2008).

Embora tenha ocorrido uma redução de 18% entre os óbitos por câncer de colo de útero em relação ao total de óbitos no Estado da Bahia, no período de 1979 a 1983, a taxa de mortalidade por este tipo de câncer apresentou uma tendência de crescimento de 75% entre os anos de 1995 e 1999. Contudo, o Estado da Bahia continua entre os estados com os menores índices de mortalidade por este agravo, quando comparados aos demais da federação (INCA, 2008). Segundo Rodrigues (2003) neste mesmo período foi constatado que o câncer de colo de útero foi o principal causador de óbitos em mulheres no Estado de Rondônia.

As mulheres de 25 a 29 anos foram as que mais realizaram o exame anátomo-patológico, entre 2006 e 2009, no Estado da Bahia, sendo que a maioria delas tinha apenas o ensino fundamental incompleto. Um estudo feito no Estado de Pernambuco, em 2006, constatou-se que 71% das mulheres que realizaram exames preventivos tinham ensino fundamental completo, diferindo dos dados encontrados na Bahia (ALBUQUERQUE, 2006). Essa baixa escolaridade encontrada pode ser em decorrência dos dados se referirem a uma clientela atendida pelo SUS. No entanto, vale ressaltar que no Brasil cerca de 80% da população é atendida por esse sistema de saúde (BRASIL, 2009)

As internações por neoplasia maligna do colo do útero apresentaram uma tendência de queda a partir do ano 2000, apesar da incidência ter aumentado. Este fato pode ser devido às políticas de prevenção adotadas em todo o estado, o que resultaria em diagnóstico precoce e menor gravidade dos casos, não necessitando, portanto, de internações, pois o tratamento seria ambulatorial.

Por outro lado, observou-se que, à proporção que a idade da mulher aumenta o número de exames anátomo-patológico realizado decresce e o risco de morrer por câncer de colo de útero aumenta. Essa evidência pressupõe que a mortalidade aumenta porque o universo de exames preventivos diminui.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese as limitações dos estudos baseados em dados secundários, ao término deste estudo foi possível constatar que, o Estado da Bahia não se encontra entre os estados com os maiores coeficientes de incidência e de mortalidade para o câncer de colo de útero do país, embora este agravo represente o segundo mais importante em termos de magnitude no estado, atrás apenas do câncer de mama.

Diante deste cenário fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer de colo de útero, nos diferentes níveis de atuação, a saber: promoção da saúde, detecção precoce, assistência as pacientes, vigilância do agravo, formação de recursos humanos, comunicação, mobilização social e pesquisa.

Espera-se que este estudo venha a contribuir para a ampliação do conhecimento técnico - científico sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE. K. M. *et al.* **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública vol.25 supl.2 Rio de Janeiro 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023:** Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **ABNT NBR 10520:** Informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **ABNT NBR 14724:** Informação e documentação – trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação- Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: 2006; 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/ INCA, 2000; 61p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino.** Brasil, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: INCA; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer no Brasil:** dados dos registros de câncer de base populacional, volume 3. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003. [citado em 25 out. 2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003>. Acesso em: 10 de Julho de 2009.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico – cirúrgica.** 9^a ed; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.3, 2002; p.1187.

D'OLIVEIRA, Ana FLÁVIA P. Lucas; *et al.* **Saúde da Mulher**. In: SCHRAIBER, LILIA BLIMA; *et al.* Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec, cap. 4, 1996.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**.4.ed. São Paulo: Atlas,2002.p.77

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Câncer de colo do útero**. Disponível em: <[HTTP://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=241](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=241)>. Acesso em 2 jul 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, Heloisa Weyberti; JUNIOR, Antonio Luiz Caldas, Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2001, maio; 9(3): 20-26.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

POLIT, D.F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. THORELL, A. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RESOLUÇÃO 196/96. In: VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. P.317-319.

RODRIGUES, D. E.; MARQUES, R. C. **Prevalência do câncer cérvico-uterino em mulheres indígenas atendidas pela casa de saúde do índio de Porto Velho (RO), Brasil**. Disponível em: <<http://www.unir.br/html/pesquisa/Pibic/Arquivos%20em%20HTML/Artigo%20PIBIC%202004%20-%20Daiana.htm>>. Acesso em: 04 de Agosto de 2009.

VOLKER, Débora. **Enfermagem oncológica**. Ed. Porto Alegre: Artes, 1997.