

# Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil\*

EARLY DIAGNOSIS OF BREAST AND CERVICAL CANCER IN WOMEN FROM THE MUNICIPALITY OF GUARAPUAVA, PR, BRAZIL

DIAGNÓSTICOS PRECOZ DE CÂNCER DE MAMA Y DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE GUARAPUAVA, PR, BRASIL

Cíntia Raquel Bim<sup>1</sup>, Sandra Marisa Pelloso<sup>2</sup>, Maria Dalva de Barros Carvalho<sup>3</sup>, Isolde Terezinha Santos Previdelli<sup>4</sup>

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é identificar a frequência com que é realizado o diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo uterino no município de Guarapuava, Paraná. Realizou-se estudo transversal de base populacional, incluindo 885 mulheres com idade mínima de 18 anos, no período de outubro a dezembro de 2006. Considerou-se nível de confiança de 95% e margem de erro de 3% para cálculo amostral. Utilizou-se o software Statistica versão 7.1 para a análise dos dados, considerando nível de significância de 5%. O auto-exame das mamas foi realizado por 63% das entrevistadas e o exame clínico em 49%. A mamografia foi realizada por menos de um quarto da amostra. A prevenção do câncer de colo uterino foi praticada pela maioria das mulheres (80%). Conclui-se que as mulheres da amostra estudada realizam exames preventivos de câncer de mama com menos frequência, se comparado ao exame preventivo de colo de útero.

## DESCRIPTORIOS

Neoplasias da mama.  
Neoplasias do colo do útero.  
Saúde da mulher.  
Enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of this study is to identify the frequency in which the early diagnosis of breast and cervical cancer takes place in the municipality of Guarapuava, Paraná. A cross-sectional study with population basis was carried out including 885 women with the minimum age of 18 years old, in the period from October to December of 2006. The sample calculation considered the trust level of 95% and the error margin of 3%. The software Statistica version 7.1 was used for the data analysis, considering the level of significance of 5%. Breast self-examination was performed by 63% of the interviewees and clinical examination by 49%. The mammography was performed by less than one fourth of the sample. The prevention of cervical cancer was practiced by most of the women (80%). The conclusion was that the studied women from the sample perform preventive exams of breast cancer with less frequency, when compared to cervical cancer preventive exams.

## KEY WORDS

Breast neoplasms.  
Uterine cervical neoplasms.  
Women's health.  
Nursing.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar la frecuencia en la realización de diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres del municipio de Guarapuava-Paraná-Brasil. Se realizó estudio transversal sobre base poblacional de 885 mujeres con edad mínima de 18 años en el período de octubre a diciembre de 2006. Se consideró un nivel de confianza del 95% un margen de error del 3% para el cálculo de la muestra. Se utilizó el software Statistica versión 7.1 para el análisis de los datos, considerando un nivel de significatividad de 5%. El autoexamen mamario es realizado por el 63% de las entrevistadas, y el examen clínico por el 49%. Menos de un cuarto de la muestra se efectuó mamografías. La prevención del cáncer de cuello uterino fue practicada por la mayoría de las mujeres (80%). Se concluyó en que las mujeres de la muestra estudiada realizan exámenes preventivos del cáncer de mama con menor prevalencia en comparación al examen preventivo de cáncer de cuello de útero.

## DESCRIPTORES

Neoplasias de la mama.  
Neoplasias del cuello uterino.  
Salud de la mujer.  
Enfermería.

\* Extraído da dissertação "Avaliação da qualidade de saúde da mulher em Guarapuava-Paraná-Brasil", Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, 2007. <sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Guarapuava, PR, Brasil. cintiabim@gmail.com.br <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. smpelloso@uem.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. mdbcarvalho@uem.br <sup>4</sup> Estatística. Doutora. Chefe e Docente do Departamento de Estatística. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. itsprevidelli@uem.br

## INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial<sup>(1)</sup>. No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias cada vez mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente<sup>(2)</sup>. Em 2008, a estimativa para novos casos de câncer de colo uterino foi de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres, e o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 era de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres<sup>(1)</sup>.

As neoplasias, atualmente, constituem a segunda causa de morte em mulheres brasileiras, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar, seguido do câncer de pulmão, cólon e reto e colo uterino<sup>(3)</sup>. Esse perfil é semelhante ao de países desenvolvidos, exceto com relação ao câncer de colo uterino, para o qual o Brasil ainda apresenta índices elevados, como nos países em desenvolvimento<sup>(4)</sup>. Por isso, novas práticas visando o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer da mama são urgentemente necessárias<sup>(5)</sup>.

Apesar do câncer de mama ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade permanecem elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados<sup>(1)</sup>. A prevenção do câncer cervical também é possível, pois sua evolução em geral ocorre de forma lenta, com fases pré-clínicas detectáveis, exibindo expressivo potencial de cura relativamente aos demais tipos de câncer<sup>(6)</sup>. Entretanto, no Brasil, uma grande parcela das mulheres já se encontra em fase avançada da doença na ocasião do diagnóstico, limitando a possibilidade de cura. Este problema pode, em parte, ser explicado pela cobertura irregular dos exames em países sem programas de rastreamento organizados. Enquanto um segmento da população feminina se submete várias vezes ao rastreamento, outros nunca foram rastreados<sup>(6)</sup>.

É estimada que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo de útero possa ser alcançada por meio 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 acompanhamento das pacientes. Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a americana e a brasileira, 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 HPV, pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer de colo do útero<sup>(1)</sup>.

A prevenção dos agravos à saúde pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco, enquanto na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e tratamento precoce do câncer<sup>(7)</sup>. No diagnóstico precoce do câncer de mama insere-se a mamografia e o exame clínico das mamas, enquanto a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino<sup>(8)</sup>.

Contudo, é importante salientar que o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a realização do auto-exame das mamas, do exame clínico e da mamografia<sup>(1)</sup>. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, uma vez que até o momento é recomendada a mamografia apenas para mulheres com idade entre 50 e 69 anos como método efetivo para detecção precoce<sup>(1)</sup>. Já para o câncer cérvico-uterino, a abordagem mais efetiva para o controle continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo de Papanicolaou<sup>(9)</sup>.

É estimada que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo de útero possa ser alcançada por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos...

As altas taxas de incidência de mortalidade por câncer de mama e de colo de útero revelam a pouca expansão dos serviços de rastreamento populacional para estas doenças<sup>(10)</sup>. Por outro lado, o bom prognóstico do câncer de mama quando detectado precocemente, e a eficácia do exame Papanicolaou para prevenção do câncer de colo de útero justificam estudos que identifiquem características da população feminina e sua relação com condutas positivas quanto a essas práticas. Tal conhecimento pode fundamentar ações dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de saúde da mulher.

O objetivo deste estudo foi identificar a frequência da realização do diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo uterino por mulheres acima de 18 anos, residentes no município de Guarapuava-PR, e analisar as variáveis associadas a esta prática.

## MÉTODO

Este estudo se caracteriza como transversal, de base populacional, realizado no município de Guarapuava-Paraná, entre outubro e dezembro de 2006. A população da cidade, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) coletados em 2003, foi estimada em 166.897 no ano de 2005<sup>(11)</sup>. Do total da população, foram estudadas apenas as mulheres com 18 anos ou mais, estimadas em 67.597 no ano de 2005, também pelo IBGE.

Calculou-se a amostra através do programa *Statdisk* versão 8.4, com um nível de confiança de 95%, margem de erro de 3% e população de 67.597 mulheres, estimando o tama-

nho da amostra em 885 mulheres. A seleção das mulheres foi por meio de amostragem aleatória simples. Guarapuava possui 20 bairros na sede, e se conhecia o número de mulheres em cada bairro, de acordo com dados do IBGE. Para atingir o número amostral, realizou-se o cálculo de proporção e as mulheres foram sorteadas por ruas e números das casas, na proporção adequada para cada bairro.

Foi aplicado um questionário estruturado com 66 questões abertas e fechadas, categóricas e escalares sobre identificação, hábitos de vida, assistência à saúde, saúde reprodutiva e fisioterapia. Foram consideradas para este trabalho as questões sobre identificação, assistência à saúde e saúde reprodutiva. Realizou-se um pré-teste com o questionário em uma amostra piloto de 30 mulheres, para adequação do instrumento.

A variável classe econômica foi baseada no Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>(12)</sup>, composta por sete classes (A1, A2, B1, B2, C, D e E) e fundamentada na posse de bens de consumo. A classe A1 corresponde às famílias que têm renda média de vinte e dois salários mínimos, A2 de treze, B1 de oito, B2 de cinco, C de dois e meio, D de um vírgula dois e E de pouco mais de meio salário mínimo.

Empregaram-se nas análises os índices de saúde (prevalência), teste qui-quadrado, testes associativos e análise de correspondência. Foram utilizados os *Softwares Statistica 7.1* e *SAS 9.1* para análise dos dados. Todos os níveis descritivos foram de 5%.

A proposta desta pesquisa foi registrada no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sendo submetido à apreciação e obtendo parecer favorável, sob o nº 0140/2006, para realização da pesquisa entre outubro de 2006 e setembro de 2007. As entrevistadas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos. As entrevistadoras foram, além da pesquisadora, dez acadêmicas do terceiro ano do curso de fisioterapia da UNICENTRO, previamente treinadas.

## RESULTADOS

Considerando que as características demográficas podem permitir reflexões sobre os cuidados com a saúde, são apre-

sentados, a seguir, alguns dados estatísticos referentes à demografia constituída pelas participantes da pesquisa.

Entre as 885 mulheres entrevistadas, a média de idade das mulheres foi de 41 anos, com mínimo de 18 e máximo de 86. As mulheres deste estudo se caracterizaram como casadas (67%), com ensino fundamental (55%), do lar (47%), ou trabalhadoras de serviços gerais (13%), sem renda mensal (47%) ou renda mensal de um a três salários mínimos nacionais (37%). Seis por cento das entrevistadas recebiam auxílio de projetos sociais de igrejas e/ou do governo, não atingindo a quantia referente a um salário mínimo.

O sustento da família era provido exclusivamente por mulheres em 21% dos casos, e apenas pelo marido em 56%. As famílias eram compostas em média por quatro moradores, e o número de habitantes por domicílio oscilou entre um e onze. A categorização do nível sócio-econômico que se deu por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>(12)</sup>, pondera o grau de instrução do chefe da família e o poder de compras das pessoas. Na amostra, 40% pertenciam à classe C, 32% à classe D e 5% à classe E 3% à classe A1 e A2, 6% à classe B1, 14% à classe B2.

O Sistema Único de Saúde (SUS) era usado pela maioria das mulheres (60%) quando precisavam de assistência, 34% tinham plano privado e 6% das entrevistadas usavam a assistência particular. As mulheres auto-avaliaram o seu estado de saúde da seguinte forma: 14% ótima, 40% boa, 27% moderada, 13% regular, e 6% ruim.

Quando questionadas a respeito da visita ao ginecologista, 43% procuram o especialista uma vez por ano, 10% a cada seis meses, 17% sem regularidade e 4% só procuram na presença de algum sintoma. Quase 26% das mulheres não procuravam um ginecologista.

A maioria das mulheres (63%) já fez ou faz o auto-exame das mamas. Destas, 24% realizam todo mês e 39% sem frequência. Pouco menos da metade das mulheres (49%) já tinham realizado exame clínico das mamas com um médico. Destas, 28% o fizeram uma vez por ano e 21% de forma esporádica.

Apenas 24% das mulheres entrevistadas já tinham feito a mamografia e destas, 8% realizaram uma vez por ano, 1% a cada seis meses e 15% sem frequência. A relação da frequência da mamografia com a idade pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1-** Distribuição da frequência da realização de mamografia por faixa etária – Guarapuava, PR - 2006

Idade	Sem frequência	A cada seis meses	Uma vez por ano	Total das que fizeram	Nunca fizeram
de 18 a 28 anos	08	0	0	08	198
de 29 a 38 anos	20	02	09	31	160
de 39 a 48 anos	50	05	22	77	141
de 49 a 58 anos	34	02	26	62	87
de 59 a 68 anos	19	01	0	26	50
de 69 a 78 anos	04	0	03	07	28
de 79 a 86 anos	02	0	01	03	07
TOTAL	137	10	67	214	671
<b>TOTAL GERAL</b>					<b>885</b>

Aproximadamente 80% das mulheres realizaram o preventivo de colo do útero. Deste total, 50% se submeteram a esse exame uma vez por ano, 4% a cada seis meses, e 26% realizavam sem frequência.

Menos de 10% da amostra estudada não realizava nenhuma conduta de diagnóstico precoce para neoplasias. Em contrapartida, 17% das mulheres realizavam os quatro exa-

mes abordados na pesquisa. Através da análise de correspondência, observou-se que existe uma tendência para a mulher que faz um exame preventivo, fazer todos os outros, e aquelas que não fazem um, não fazerem nenhum dos outros.

A idade e o nível econômico influenciaram significativamente na realização dos quatro exames considerados, conforme se observa na Tabela 2.

**Tabela 2** - Frequência da realização de diagnóstico precoce de câncer de mama e de colo uterino e variáveis significativas associadas - Guarapuava, PR - 2006

Variáveis	Auto-exame		Exame clínico		Mamografia		Colo de útero	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
18 a 28	112	54,3	77	37,3	8	3,8	140	67,9
29 a 38	124	64,9	108	56,5	31	16,2	177	92,6
39 a 48	150	68,8	118	54,1	77	35,3	190	87,1
49 a 58	98	65,7	85	57,0	62	41,6	127	85,2
59 a 68	53	69,7	34	44,7	26	34,2	55	72,3
69 a 78	15	42,8	11	31,4	7	20,0	18	51,4
79 a 86	2	20,0	3	30,0	3	30,0	4	40,0
	p<0,0002		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001	
<b>Critério Brasil</b>								
A1	3	100,0	2	66,6	1	33,3	2	66,6
A2	15	83,3	16	88,8	8	44,4	16	88,8
B1	39	73,5	44	83,0	21	39,6	47	88,6
B2	100	78,7	96	75,5	50	39,3	112	88,1
C	222	62,8	184	52,1	78	22,1	292	82,7
D	157	54,9	88	30,7	53	18,5	211	73,7
E	18	40,0	6	13,3	3	6,6	31	68,8
	p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0016	

## DISCUSSÃO

Reflexões sobre os cuidados com a saúde puderam surgir a partir das características demográficas dessa população. O nível sócio-econômico parece ser o principal determinante de acesso à consulta ginecológica e, consequentemente, às demais condutas na prevenção secundária do câncer de mama<sup>(2)</sup>. As mulheres deste estudo apresentaram baixa renda e baixa escolaridade, que podem ter influenciado na prática de cuidados com a saúde, particularmente no diagnóstico precoce e na prevenção de neoplasias. A baixa escolaridade pode ser responsável pela deficiência do conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, sugerindo que tal condição interfira negativamente na realização de diagnóstico precoce e de condutas preventivas<sup>(10)</sup>. Por outro lado, é também possível que esta condição tenha seu fundamento na dificuldade dos profissionais de saúde em orientar as mulheres com baixa escolaridade sobre essas doenças e como preveni-las ou detectá-las precocemente<sup>(13)</sup>.

A frequência do auto-exame de mama encontrada neste estudo foi de 63%. Em pesquisa realizada no município de Pelotas-Rio Grande do Sul em 2002, com amostra de

879 mulheres de 40 a 69 anos, foi encontrada uma frequência de 83% de realização de auto-exame<sup>(2)</sup>. Esta diferença pode ser justificada pelas variáveis médias de idade e escolaridade. Houve diferença significativa na frequência da realização do auto-exame nos dois estudos. No primeiro, foi constatada uma frequência de 24% de realização mensal do auto-exame de mama, e no segundo, de 80%.

Em outro estudo realizado com 261 mulheres com idade de 30 anos ou mais em Botucatu-SP, a prevalência do auto-exame encontrada foi de 79%, mas destas, somente 27% o realizavam corretamente<sup>(14)</sup>. Nesta pesquisa, realizada em Guarapuava, não foi avaliada a qualidade do auto-exame realizado, mas considerando o estudo supracitado, pode-se levantar a questão de que o fato de mulheres realizarem o auto-exame não significa que o fazem corretamente, podendo sugerir um cuidado inadequado no diagnóstico precoce do câncer de mama.

Apesar de o auto-exame ser uma prática passível de realização por todas as mulheres, este não é recomendado pelo Ministério da Saúde, que enfatiza como principais estratégias de rastreamento populacional, um exame mamográfico pelo menos a cada dois anos para mulheres

de 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos<sup>(1)</sup>.

O exame clínico das mamas foi realizado em 49% das entrevistadas. Estudos semelhantes com 1404 mulheres entre 20 e 59 anos<sup>(8)</sup> e 879 mulheres entre 40 e 69 anos<sup>(2)</sup>, apontaram prevalência de 76% e 83%, respectivamente. Em nosso estudo, constatou-se que durante a realização do exame preventivo, nem todas as mulheres tiveram as mamas clinicamente examinadas e isso ocorreu com maior frequência quando o preventivo foi realizado nas unidades básicas de saúde. Este fato pode ter relação com o profissional que realiza o preventivo na unidade básica de saúde, que na maioria das vezes é o enfermeiro. Tal constatação merece reflexão por parte das instituições de ensino no sentido de formar profissionais de enfermagem voltados para a promoção à saúde e prevenção das doenças.

A frequência da mamografia neste estudo foi de 24%, valor aproximado à prevalência encontrada em estudo com metodologia semelhante (inquérito domiciliar) em pesquisa com base de dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 2003, com 107.147 mulheres de 25 anos ou mais, que foi de 36%<sup>(3)</sup>. Considerando que a maioria da população estudada é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), e que um quarto da população já realizou um exame específico de prevenção como a mamografia, aquele não seria um dado ruim, desde que a população mais suscetível realizasse esse exame pelo menos uma vez por ano, o que aconteceu em apenas 8% da amostra. Cerca de 25% das mulheres com idade superior a 50 anos não seguem as normas recomendadas de rastreamento periódico<sup>(15)</sup>. Deve-se considerar que as mulheres mais idosas frequentam menos os serviços de saúde, mesmo em países desenvolvidos<sup>(16)</sup>. Em geral mulheres mais jovens procuram mais os serviços de saúde, em especial o ginecologista por eventos que acometem mais essa faixa etária como gravidez, anticoncepção e tratamento de leucorréia<sup>(10)</sup>.

Um estudo realizado em Taubaté-SP em 2003, com 643 mulheres, verificou que a idade de início desse rastreamento é de 47 anos nos serviços públicos e 40 anos nos privados, e houve diferença significativa quanto ao tipo de assistência<sup>(15)</sup>. Também nesse estudo, 25% das mulheres com idade superior a 50 anos não seguiam as normas recomendadas de rastreamento periódico. Nesse estudo mencionado, o tipo de assistência influenciou na realização da mamografia.

Na presente pesquisa, houve associação entre realização da mamografia e escolaridade, estado civil, profissão e renda. Assim, quanto menor o nível de formação e a ren-

da, mais escasso é o acesso ao exame de mamografia. Esses dados precisam ser considerados pelas autoridades em saúde, para que o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio de um exame específico não fique apenas ao alcance de uma pequena parcela da sociedade, aquela mais privilegiada cultural e financeiramente. Como não existem medidas de prevenção primária, ou seja, não há meios para prevenir o câncer de mama, é absolutamente relevante que se aprimorem os meios de detecção precoce<sup>(17)</sup>.

Vale acrescentar também que mulheres que já desenvolveram câncer em uma mama, poderão vir a ter uma recidiva na outra. Diante do aumento da sobrevivência, a recorrência da doença é uma possibilidade, e faz com que as mulheres nessa situação vivam em um mundo de incertezas<sup>(18)</sup>, o que pode dificultar a realização do rastreamento. Nessas situações, os profissionais de saúde têm papel importante no apoio às mulheres que já passaram por uma mastectomia, com intuito de auxiliá-las a enfrentar seus sentimentos e expectativas.

A frequência do exame preventivo de colo uterino desta pesquisa foi de 80%. Percentual semelhante (82%) foi encontrado entre as 465 mulheres de 25 a 49 anos entrevistadas na cidade de São Luís em 1999<sup>(19)</sup>. De maneira geral, nos últimos anos, não houve uma alteração significativa no perfil de mortalidade por câncer cérvico-uterino na população feminina brasileira. Na tentativa de investigar os motivos para a permanência de tal quadro epidemiológico, alguns estudos têm examinado a cobertura do teste de Papanicolaou e os fatores associados à sua realização. Além da cobertura estimada por esses estudos estar abaixo do esperado para produzir impacto significativo nas taxas de mortalidade pela doença, ou seja, acima de 80% da população feminina, como recomendado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o teste é majoritariamente realizado entre a população de menor risco para a doença<sup>(19)</sup>. No presente estudo encontrou-se a frequência estimada pela OPAS, que também é a porcentagem preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de que 80% das mulheres entre 25 e 59 anos sejam cobertas pelo exame preventivo de colo uterino.

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde estabeleceu a periodicidade trienal para a realização deste exame, estando em conformidade com os principais programas internacionais e pelo Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. Segundo a OMS, após um resultado negativo, a realização trienal do exame é tão eficiente quanto a anual, no que diz respeito à redução das taxas de incidência deste câncer<sup>(1)</sup>. Novos métodos de rastreamento são apontados como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, porém, no Brasil, o exame citopatológico ainda é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>. Para garantir a adesão das pacientes em programas preventivos, é necessário que o profissional supere as expectativas das mesmas, desenvolvendo um clima de

empatia e confiança<sup>(13)</sup>, estimulando as mulheres a darem continuidade à prevenção.

A associação da idade das mulheres com a realização do exame preventivo de colo de útero foi estatisticamente significativa, havendo maior participação daquelas com idade entre 29 e 58 anos, assim como ocorreu na realização de práticas preventivas para o câncer de mama. Estudo realizado recentemente em um centro de parto natural no Ceará com 237 laudos citopatológicos, apontou variação de idade entre 12 e 79 anos<sup>(20)</sup>. Essa divergência de idade nos faz pensar que talvez as medidas de prevenção devam ser adequadas a determinadas regiões. No referido estudo, os laudos citopatológicos haviam sido esquecidos no centro de atendimento, mostrando que as mulheres podem até ser convencidas a realizar o exame preventivo, mas se o trabalho dos profissionais de saúde não for eficaz, elas podem abandonar os cuidados com sua saúde e o diagnóstico precoce deixa de ser possível, pois muitos desses laudos exigiam um acompanhamento, ou o início de tratamento.

Ao se comparar a frequência do exame clínico das mamas (49%) com a prevalência do exame colpocitológico (80%) observa-se uma diferença de 31%. Considerando que 60% das mulheres eram usuárias do SUS, é possível justificar essa divergência nas frequências. Em vista da alta demanda do SUS, e do número insuficiente de profissionais da área de saúde, quando da realização do exame colpocitológico, pouca atenção é dada para o exame clínico das mamas. Este exame pode estar sendo realizado apenas quando há queixa referida pela mulher. A associação entre o nível socioeconômico e o acesso ao exame preventivo e de diagnóstico precoce é indicativo de que o acesso aos cuidados de saúde não é universal e se constitui em um desafio a ser enfrentado pelo Estado por meio de políticas públicas<sup>(2)</sup>.

Considerando a realização do auto-exame das mamas, exame clínico das mamas, mamografia e preventivo de colo

de útero, observou-se que 46% das mulheres fizeram pelo menos dois exames, 34% só o preventivo de colo de útero, 3% só o exame clínico das mamas, e 17% não fizeram nenhum exame. Este comportamento está associado à falta de conhecimento e à baixa escolaridade. A faixa etária de 39 a 48 anos apresentou as maiores prevalências na realização de todos os exames. Foi observado que quando a mulher procura realizar um exame preventivo, existe uma forte tendência para ela realizar os quatro exames indicados, sendo o inverso também verdadeiro.

## CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa mostram que as mulheres realizaram exames preventivos de câncer de mama com menor frequência, quando comparado ao exame preventivo do colo uterino. Apesar de 63% das entrevistadas terem feito o auto-exame das mamas, a qualidade e eficácia do mesmo não foram mensuradas. Pelo menos um quarto da amostra fez mamografia, sugerindo que este exame ainda é de difícil acesso à maioria da população feminina, particularmente à de baixa renda e pouca escolaridade. Cuidados preventivos para câncer de colo uterino são feitos pela maioria das mulheres (80%), e está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Os resultados apontam para a importância do profissional de saúde trabalhar de maneira articulada e integrada, possibilitando o atendimento das usuárias dos serviços de saúde. A enfermagem, por sua formação mais generalista, mais humana e mais voltada para a educação em saúde, pode contribuir efetivamente para a melhora desses números. Todavia, é necessária também a ação do poder público, que deve se voltar para a população mais necessitada e mais vulnerável por sua pouca escolaridade e baixa condição sócio-econômica. Só assim pode-se cumprir um dos princípios básicos da Constituição Brasileira, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2008 jun. 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>
2. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):340-9.
3. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1023-35.
4. Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1993-1997. *Int J Epidemiol*. 2005;34(2):405-12.
5. Rabi T, Banerjee S. Novel synthetic triterpenoid methyl 25-hydroxy-3-oxoolean-12-en-28-oate induces apoptosis through JNK and p38 MAPK pathways in human breast adenocarcinoma MCF-7 cells. *Mol Carcinog*. 2008;47(6):415-23.
6. Rama C, Roteli-Martins C, Derchain S, Longatto-Filho A, Gontijo R, Sarian L, et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 (3):411-9.

7. Roberto Netto A, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. A Prevenção do câncer do colo do útero e seu conhecimento por educadores de ensino fundamental. *Femina*. 2007;35(10):643-9.
8. Hackenhaar AA, César JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.
9. 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.
10. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo de útero. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):909-14
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos municípios brasileiros [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2001. [citado 2006 abr. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2001/default.shtm>
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2003 [texto na Internet]. [citado 2006 jun. 10]. Disponível em: [http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)
13. Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico – uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma Escola de Enfermagem de uma Instituição Pública. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(3):289-96.
14. Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Brás*. 2003;49(2):185-90.
15. Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(4):214-9.
16. Freitas Junior R, Koifman S, Santos NRM, Nunes MOA, Melo GG, Ribeiro ACG, et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):337-41.
17. Borghesan DHP, Baraúna M, Peloso SM, Carvalho MDB. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Sci Health Sci*. 2003;25(1):103-13.
18. Almeida AM, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(5):63-9.
19. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMA, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(3):325-34.
20. Lima TM, Castelo ARPC, Oliveira RG, Costa LQ, Tavares MC, Santiago JMV, et al. Análise dos laudos citopatológicos de um centro de parto natural em Fortaleza-CE: um estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2009 abr. 12]; 8(2). Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2354/html\\_25](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2354/html_25)