

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO, 1996-2011, SANTA CATARINA, BRASIL

Kathleen Mary Hegadoren¹, Vera Radunz², Maria de Lourdes de Souza³, Fernanda Pacheco de Faria⁴, Jean Carlos Bonissoni da Silva⁵, Lúcio José Botelho⁶

¹ Doutora Professora da Faculdade de Enfermagem, Universidade de Alberta. Alberta, Canadá. E-mail: kmh3@ualberta.ca

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

³ Doutora em Saúde Pública. Colaboradora do Programa Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

⁴ Médica UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: fernandapacheco.faria@gmail.com

⁵ Graduando em Medicina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jcbsilva12@gmail.com

⁶ Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lucio.botelho@ufsc.br

RESUMO: Estudo quantitativo de base populacional. Os autores definiram como objetivo para o estudo examinar as influências da região, idade e tempo sobre a mortalidade por câncer de colo de útero. Foram analisadas as taxas de mortalidade que ocorreram no Estado de Santa Catarina, entre 1996 e 2011. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, Brasil, durante o ano de 2013. A análise dos dados foi realizada com base na epidemiologia descritiva. As taxas de mortalidade por câncer de colo de útero variaram de 3,6 a 5,0/100.000 mulheres. Essas taxas aumentaram nos grupos etários mais avançados, apresentando os valores mais elevados após os 70 anos. A consciência da mulher sobre a importância do Papanicolaou em suas avaliações de saúde pode ser diferente conforme a idade e as regiões nas quais vivem. A frequência do Papanicolaou deve mudar, observando-se a tendência das taxas de mortalidade ao longo do tempo.

DESCRIPTORES: Neoplasias. Neoplasias do colo do útero. Causa de morte.

MORTALITY DUE TO CERVICAL CANCER, 1996-2011, SANTA CATARINA, BRAZIL

ABSTRACT: Population-based quantitative study. This study's objectives were to examine the influence of regions, age, and time on cervical cancer mortality. We analyzed cervical cancer mortality rates in the State of Santa Catarina, Brazil between 1996 and 2011. Data were obtained from the Mortality Information System from the Brazilian Ministry of Health in 2013. Data were analyzed based on descriptive epidemiology. Cervical cancer mortality rates ranged from 3.6 to 5.0/100,000 women. Rates were higher among older women, with the highest rates after the age of 70. Women's awareness regarding the importance of the Pap smear test in their health checkups may differ across ages and regions of residence. The frequency of Pap smears should change due to the trend of mortality rates observed over time.

DESCRIPTORS: Neoplasms. Uterine cervical neoplasms. Cause of death.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 1996-2011, SANTA CATARINA, BRASIL

RESUMEN: Estudio cuantitativo de base poblacional. Los autores tienen como objetivo examinar las influencias de la región, la edad y el tiempo en la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Las tasas de mortalidad que ocurrieron en el Estado de Santa Catarina, entre 1996 y 2011 fueron analizadas. Los datos fueron obtenidos del Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud, Brasil, en el año 2013. El análisis de los datos fue realizada fundamentada en la epidemiología descriptiva. Las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino variaron desde 3,6 hasta 5,0 / 100.000 mujeres. Estas tasas aumentaron en los grupos de mayor edad y presentaron los valores más altos después de 70 años. La conciencia de la mujer acerca de la importancia de la prueba de Papanicolaou en sus evaluaciones de salud, puede ser diferente según la edad y las regiones en las que viven. La frecuencia de la prueba de Papanicolaou debe cambiar mediante la observación de la evolución de las tasas de mortalidad en el tiempo.

DESCRIPTORES: Neoplasias. Neoplasias del cuello uterino. Causa de muerte.

INTRODUÇÃO

O câncer, em suas diversas formas, causou 7,6 milhões de mortes no mundo em 2008, e representou 13% de todas as mortes naquele ano. O aumento da expectativa de vida, o uso de tabaco e álcool, inatividade física e os maus hábitos alimentares estão associados com maior incidência de câncer.¹ Dos diferentes tipos de câncer em mulheres, o câncer de colo de útero tem a segunda maior incidência global (15,2/100.000 mulheres) e a terceira maior taxa de mortalidade (7,8/100.000 mulheres). No entanto, há diferenças na incidência do câncer de colo de útero em todos os países.² Por exemplo, em 2008, a incidência do câncer de colo de útero (expressa como o número de casos novos por 100.000 mulheres) variou de 7,8 nos Estados Unidos, a 11 no Reino Unido, e 17,8 em todos os países.³⁻⁵

Na Colômbia, o câncer de colo de útero é a causa de maior mortalidade por câncer, com taxas de mortalidade regionais que variam de 20,0 a 27,0/100.000 mulheres.⁶ O Brasil segue a tendência mundial onde o câncer de colo de útero é a terceira principal causa de morte por câncer entre as mulheres.⁷ Estas diferenças entre os países sugerem que as recomendações sobre estratégias de detecção precoce, a exemplo do exame de Papanicolaou, precisam considerar os contextos regionais.

As alterações patológicas observadas no câncer de colo de útero podem ser divididas em quatro estágios, com o aumento do grau da capacidade de invasão do tecido de I a IV. A detecção precoce e o tratamento da doença no estágio I pode aumentar a taxa de sobrevivência de cinco anos em 15 a 20% enquanto que no estágio IV será pelo menos, 80%.⁸ Esta diferença nas taxas de sobrevivência levou o governo federal do Brasil a definir diretrizes para orientar os governos estaduais e municipais para estabelecer estratégias de detecção precoce dentro de suas respectivas regiões. No entanto, não houve recomendações padronizadas acerca da idade da mulher na qual deve ser rotina ocorrer o exame, quantas vezes o rastreamento deve ser concluído ou quando podem com segurança parar de realizar o exame das mulheres mais velhas. Citologia convencional (exame de Papanicolaou) mostra uma sensibilidade de 76% na detecção do câncer de colo de útero.⁹ No entanto, a sensibilidade global é dependente de exames repetidos em intervalos regulares. Ao considerar a progressão relativamente lenta deste tipo de câncer e as altas taxas de sobrevivência, quando detectado precocemente, as taxas de mortalidade podem ser analisadas para refletir

a eficácia das estratégias de detecção precoce. Métodos de detecção específicos, coerentemente aplicados, devem levar a reduções significativas na incidência de fase III e IV do câncer de colo de útero. O acesso ao tratamento especializado, o que não será discutido neste artigo, também seria um dos principais contribuintes para a variação nas taxas de mortalidade.

Dada a lenta progressão do câncer de colo do útero e a diminuição significativa na mortalidade com a detecção precoce, é imperativo que os dados de mortalidade sejam analisados para avaliar se as diretrizes de detecção precoce de outros países são apropriadas para o contexto local. Os profissionais de saúde necessitam avaliar se suas práticas contribuem ou não para o aumento da detecção de mulheres com maior risco de desenvolver câncer de colo de útero. Assim, os dados de mortalidade por câncer de colo de útero no Estado de Santa Catarina (SC), no período de 1996 a 2011, foram analisados em relação aos padrões regionais, a idade e às mudanças ao longo do tempo.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo populacional com dados secundários. Os dados foram coletados, no ano 2013, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Ministério da Saúde (MS), Brasil.¹⁰

A população estudada abrangeu os casos de óbito por Câncer de Colo Uterino (CCU) em Santa Catarina descritos no SIM. A Taxa de Mortalidade Específica (TME), no período de 1996 a 2011, é representada pela relação:

$$TME = \frac{\text{número de óbitos por CCU por ano}}{\text{população de mulheres por ano}} \times 100.000$$

O código da causa de óbito na 10ª CID utilizado foi: C53 - Neoplasia maligna do colo do útero.¹¹

Na análise dos dados, com suporte da epidemiologia descritiva, foram consideradas as TMEs por neoplasia de colo de útero no Estado de Santa Catarina, dividindo-se nas faixas etárias: até 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, de forma a estabelecer comparação entre os intervalos de idade por ano e a estudar a série histórica presente numa mesma faixa etária. Foram analisados os

valores da TME, por ano, no período de 2000 a 2011, em cada uma das macrorregiões definidas pelo governo do Estado de Santa Catarina, por meio da comparação entre as mesmas em anos específicos e em série histórica. As macrorregiões são: Grande Oeste, Meio Oeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Planalto Norte, Nordeste, Grande Florianópolis, Sul e Planalto Serrano.

A apresentação dos dados é feita em tabela e gráfico para facilitar a visualização de como se apresenta o câncer de colo de útero ao longo do tempo da série histórica estudada.

RESULTADOS

O Estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil, tem uma extensão territorial de 281.748,538 Km², e no ano de 2010 sua população perfazia 6.248.436 habitantes, sendo que, destes, 50,4% eram mulheres, ou seja, 3.148.076 mulheres em todas as faixas etárias.

No período 1996 a 2011 a TME para CCU variou de 3,6 a 5,5 por 100.000 mulheres. No entanto, houve variações entre os grupos de idade e ao longo do tempo, variando de 2,8 a 35,0 por 100.000 mulheres (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade específica por neoplasia de colo de útero por ano e por faixa etária em Santa Catarina, de 1996 a 2011

Ano	Até 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	TME ano
1996	0,1	4,5	9,8	14,3	15,0	15,2	4,6	4,0
1997	0,8	4,4	9,3	13,5	22,5	13,3	27,0	4,8
1998	0,3	3,1	11,6	22,0	13,7	16,4	22,2	4,8
1999	0,5	5,0	16,0	19,4	13,5	16,2	26,3	5,5
2000	0,1	4,3	13,1	10,6	14,3	22,8	35,0	4,9
2001	-	3,7	11,2	14,4	17,4	9,1	27,5	4,6
2002	0,1	5,4	8,9	10,8	11,3	13,8	3,3	4,0
2003	0,2	2,7	9,2	11,8	14,5	12,2	19,2	4,0
2004	0,2	3,8	8,4	10,8	10,6	11,5	17,9	3,9
2005	0,3	3,2	6,1	13,3	17,4	21,1	17,2	4,4
2006	0,3	4,1	7,7	7,1	7,3	11,4	21,5	3,6
2007	0,1	4,1	8,5	12,1	16,1	18,0	15,8	4,8
2008	0,3	4,1	7,3	8,1	14,9	18,4	8,5	4,3
2009	0,1	2,8	9,4	10,6	10,5	14,9	32,3	4,6
2010	0,4	3,9	8,1	9,1	9,0	12,7	7,84	4,1
2011	0,3	4,5	8,9	10,6	13,5	16,3	19,6	5,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012.¹⁰

A mortalidade por faixa etária apresenta tendência de aumento da TME nas faixas etárias mais altas, com picos nas faixas de 70 e mais anos, com o maior valor de 35/100.000 mulheres na faixa de 80 anos ou mais, no ano 2000 (Tabela 1).

Os dados específicos por macrorregião de

Santa Catarina estão disponíveis somente a partir do ano 2000. Neste período, conforme se pode observar na figura 1 e na tabela 2, há variabilidade entre as regiões do Estado. A maior taxa de TME por CCU encontrada foi de 10,4/100.000 mulheres na Serra Catarinense, seguida do Vale do Itajaí e Região Nordeste, maior de 5,21 (Tabela 2).

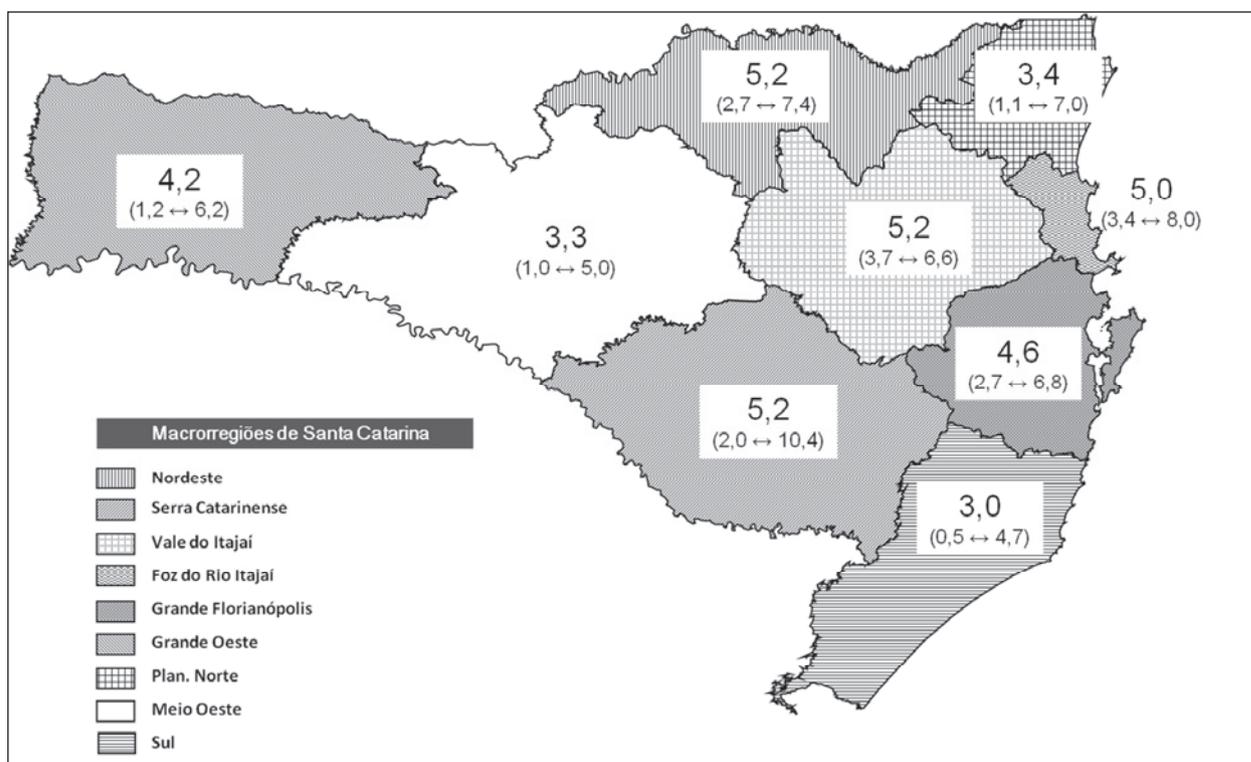


Figura 1 - Razão de mortalidade específica por câncer de colo uterino, por 100.000 mulheres, por macrorregiões do Estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2011

Tabela 2 - Taxa de mortalidade específica por neoplasia de colo de útero, por macrorregiões no Estado de Santa Catarina, de 2000 a 2011

Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TME Período
Nordeste	5,2	3,1	2,7	6,2	4,5	5,3	5,2	6,7	5,4	7,4	4,8	5,5	5,2
Serra Catarinense	5,5	5,5	3,4	4,1	3,4	7,3	7,9	2	4,6	3,3	5,5	10,4	5,2
Vale do Itajaí	4,6	3,7	5,1	4,4	5	4,3	5,8	5,9	5,1	6	6,6	5,4	5,2
Foz do Rio Itajaí	8	5,8	6,1	3,6	4,4	7,9	5,7	4,7	3,9	3,4	3,5	3,9	5
Grande Florianópolis	6,7	6,8	2,7	5,1	4	5,5	3,3	4,2	5,1	2,9	3,8	5,3	4,6
Grande Oeste	3,9	5,3	6,2	5,6	4,4	3,2	1,2	3,8	4,7	5,5	3,3	3,3	4,2
Planalto Norte	3	1,2	2,4	2,3	7	1,1	0	5	5	3,3	3,9	6,8	3,4
Meio Oeste	5	4,2	3,1	3,5	2,1	3	3	3,6	1	4,4	2,7	4	3,3
Sul	3	4,7	3,8	0,5	2,1	3	1,6	4,2	2,5	3,8	3,1	4,1	3
Santa Catarina	4,9	4,6	3,9	4	3,9	4,4	3,6	4,6	4,2	4,6	4,1	5	4,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012.¹⁰

A taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Estado de Santa Catarina mostrou pequena mudança no período de 2000 a 2011 (variando de 3,6/100.000 mulheres no ano 2006 a 5,0/100.000 mulheres em 2011). No entanto, as taxas regionais mostraram variação significativa ao longo do tempo. Não houve padrão consistente

de mudança entre as regiões e tempo, com pico e menores taxas variando amplamente. Três regiões tiveram taxas mais altas em anos mais recentes. Por exemplo, a região Nordeste de Santa Catarina teve uma taxa de 7,4/100.000 mulheres em 2009, mas só 2,7/100.000 mulheres em 2002. A taxa da Serra Catarinense atingiu o pico em 2011, com

10,4/100.000 mulheres, com a menor taxa em 2007 de 2,0/100.000 mulheres. As taxas de mortalidade no Vale Itajaí foram maiores em 2010 (6,6/100.000 mulheres) e a mais baixa em 2001 (3,6/100.000 mulheres). As outras cinco regiões apresentaram taxas mais baixas ao longo do tempo. As variações nas taxas podem ser decorrentes, também, da falta de precisão no registro dos dados, haja vista que este estudo foi realizado com dados secundários. Por exemplo, no Planalto Norte as taxas de mortalidade variaram de 0,0/100.000 mulheres, em 2006, a 7,0/100.000 mulheres, em 2004.

DISCUSSÃO

Durante todo o período em análise, verificou-se aumento não significativo na TME de câncer de colo de útero no Estado de Santa Catarina (de 4,9/100.000 mulheres no ano 2000 a 5,0/100.000 mulheres no ano 2011), embora as taxas tenham variado entre os períodos da mais baixa taxa global de 3,6/100.000 mulheres no ano 2006, para a maior taxa de 5,0 /100.000 no ano 2011. Complexas interações entre múltiplos sistemas e fatores individuais ao longo do tempo provavelmente contribuíram para os valores das taxas observadas no Estado de Santa Catarina e para a variabilidade observada entre as regiões. Várias mudanças na política de saúde no Brasil e outras iniciativas nacionais específicas para a saúde das mulheres ajudaram a definir e implantar estratégias para a detecção precoce do câncer de mama e de colo de útero.

No ano de 1983, o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado, e isto se constituiu em um passo à frente na atenção para questões de saúde das mulheres. Porém, o programa teve pouco impacto sobre a implantação da política do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o que desencadeou a reorganização e regionalização da atenção primária. Somente no ano de 1995 houve uma retomada ao tema da saúde da mulher na agenda do governo, provavelmente influenciado pela conferência do Cairo, patrocinada pela ONU em 1994.¹² Tais mudanças na política podem ter contribuído para melhorar o registro de dados acerca da saúde da mulher. No entanto, seria de esperar que, juntamente com um melhor registro de dados, também tivessem ocorrido melhorias na prevenção e tratamento precoce do câncer de colo de útero, o que resultaria na diminuição das TMEs. Os dados aqui apresentados não correspondem a essa expectativa.

Assim, as taxas de mortalidade seriam maiores, por causa de um melhor registro. No entanto,

a variabilidade entre os anos nas diversas regiões não corresponde a esta perspectiva. Nos Estados Unidos, a incidência e a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero caiu 50 % nas últimas três décadas.¹³ Embora essa tendência também seja vista em outros países desenvolvidos, não é observada em países em desenvolvimento. Em termos de mortalidade, o CCU foi a causa de 275 mil mortes no ano de 2008 e aproximadamente 88% delas ocorreram em países em desenvolvimento.² De acordo com um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, a TME por CCU na América Latina e no Caribe se manteve constante desde a década de 1960 até 1996, com mortalidade variando entre 5,0 a 6,0 mortes por 100.000 mulheres. Estes dados contrastam com outros estudos que relatam taxas de mortalidade de 1,4 e 1,7 por 100.000 mulheres nos Estados Unidos e Canadá, respectivamente, nos anos 1990. No México, Chile e Costa Rica a mortalidade por câncer de colo de útero é alta, especialmente em mulheres com menos de quarenta anos, como resultado da ênfase no monitoramento entre as mulheres jovens com acesso aos serviços de saúde relacionados ao pré-natal ou planejamento familiar.¹⁴

O aumento observado de TME no Estado de Santa Catarina, por idade, reflete a realidade brasileira, com um pico de 35,0 /100.000 mulheres na faixa de 80 anos ou mais, o segundo maior valor de 22,8/100.000 mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos. Isto pode, em parte, estar relacionado ao fato de que as políticas públicas na área de saúde da mulher ainda são predominantemente destinadas a mulheres no período reprodutivo.¹² Mulheres mais velhas podem viver por muitos anos com o câncer de colo de útero em estágio inicial, sem diagnóstico conclusivo e intervenção adequada. As diretrizes norteamericanas para rastreamento do câncer de colo de útero podem ser encontradas no site da *U.S. Preventive Services Task Force*¹⁵ e, neste, não há recomendação para rastreamento em mulheres com mais de 65 anos de idade, mas acrescentam que esta recomendação é apropriada apenas àquelas que tiveram triagem prévia adequada e não são portadoras de alto risco para o CCU. Neste aspecto, no Estado de Santa Catarina, pode ser prudente continuar a rastrear as mulheres com mais de 65 anos de idade, até haver um sistema de documentação sistemática dos resultados de citologia, e que os profissionais de saúde possam controlar adequadamente as triagens prévias. No ano de 2005, o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero estabeleceu o controle dos CCUs e de mama como um componente fun-

damental a ser incorporado nos planos estaduais e municipais de saúde.¹⁶ Até que essas decisões políticas sejam transformadas em planos locais de saúde, com ação efetiva em relação ao acesso a exames de rotina, terá de ser considerado o tempo ao longo da vida, especialmente para as mulheres com idades mais avançadas, que procuram ou não os serviços de saúde para os programas de saúde preventiva.

A desigualdade observada no Estado de Santa Catarina pode refletir variados graus de políticas públicas postas em prática nas diferentes regiões e, portanto, a falta de cumprimento por parte das autoridades públicas com os termos do SUS para garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde e igualdade de tratamento. Também é possível que o rastreamento seja realizado de forma diferente entre os municípios, com a falta de acesso universal aos testes de diagnóstico, especialmente em mulheres com mais de 50 anos. Além disso, a falta de controle da qualidade dos testes de laboratório, resultando em testes falso negativos e falso positivos desqualifica e, também, pode criar uma falta de confiança no serviço de saúde. As condições sociais e educacionais das mulheres pode aumentar o risco de que as mesmas não retornem aos serviços de saúde para discutir os resultados da citologia e serem categorizadas por grupos de risco para acompanhamento mais regular. Isso pode ser agravado se o serviço de saúde não adotar a prática de busca ativa das mulheres cujos resultados de exames requeiram uma avaliação mais aprofundada, ou que são consideradas de alto risco para desenvolver CCU.

Mesmo após o CCU ser detectado e tratado, a mulher pode viver a recidiva da doença que ocorre no mesmo local, na maioria das vezes dentro de dois anos após o tratamento inicial. O prognóstico em relação ao tempo de recidiva depende do estágio no qual se encontrava no primeiro diagnóstico, tipo de tratamento, o uso de terapia hormonal adjuvante e se as mulheres eram assintomáticas ou sintomáticas no momento da detecção recorrente.¹⁷ Corroborando o exposto, um estudo realizado no período 2004 a 2008, avaliando pacientes com CCU de um serviço público de Criciúma-SC, mostrou que as recidivas foram relatadas por 36,4 % das mulheres, sendo que 75% eram locorregionais, e as restantes, eram metástases. Todas as recidivas ocorreram antes de três anos após a doença inicial. No entanto, metade dos diagnósticos iniciais foi feito em estágio IIIB, e isso pode explicar a alta incidência de recidiva.¹⁸ Embora a detecção precoce

da recidiva não modifique o prognóstico, os progressos na detecção precoce da lesão inicial podem proporcionar melhor tratamento e resultados.¹⁷

A avaliação da TME por CCU fornece dados indiretos acerca do grau de acesso da população feminina aos serviços de rastreamento, uma vez que ambos estão relacionados. Estudo de mulheres suecas mostrou que a taxa de sobrevivência de cinco anos entre as que tiveram CCU diagnosticado pela triagem foi de 95%, enquanto que as mulheres que tiveram CCU sintomático tiveram cinco anos de sobrevida de 69%. A taxa de cura dessas mulheres foi de 92% e 66%, respectivamente. Dentro do grupo de mulheres com CCU diagnosticadas quando sintomático, a taxa de cura para aquelas que estavam dentro do intervalo da triagem recomendado foi de 74%, enquanto que aquelas com a triagem tardia teve uma taxa de cura de 60% mais baixa.¹⁹ Estes dados sustentam a necessidade de triagem agendada como rotina, que é uma maneira de reduzir a mortalidade de mulheres por CCU, uma vez que os resultados são melhores quando a lesão é identificada antes do aparecimento dos sintomas. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para atingir um padrão de qualidade para a triagem de mulheres em relação ao câncer de colo de útero, 80 a 85 % da população feminina deve ser consistentemente rastreada.²⁰

No entanto, no contexto brasileiro, diagnóstico tardio ainda é o padrão mais comum. Isto pode ser atribuído a interações entre fatores como dificuldade de acesso da população feminina, serviços escassos e inconsistentes, programas de saúde, experiência dos recursos humanos envolvidos na detecção do câncer e cuidado. Além disso, a incapacidade dos governos para atender a demanda por unidades de saúde de cuidados primários e os desafios para os gestores municipais e estaduais para definir e funcionar um sistema de documentação bem coordenada para o espectro do tratamento do câncer através de estratégias de detecção precoce, tratamento e acompanhamento a longo prazo devem ser considerados.

No Brasil, existem políticas de saúde que definem a triagem do câncer de colo de útero, bem como os serviços de tratamento suficiente para produzir estatísticas de saúde livres de altas taxas de câncer em 10 anos, desde que o CCU seja detectado precocemente. No entanto, os dados do Estado de Santa Catarina sugerem que as políticas ainda não tiveram um impacto significativo

sobre as taxas de mortalidade. Campanhas de conscientização pública têm-se revelado úteis em outros países e também para outros problemas de saúde. Expandir a conscientização das mulheres pode aumentar a demanda por exames de rotina, mas os profissionais de saúde do Brasil também devem assumir a responsabilidade de promover a conscientização e estar prontos para responder aos cuidados requeridos pelas mulheres. Enfermeiros brasileiros são capazes de realizar o Papanicolaou, mas não há dados atuais para avaliar se esta estratégia de rastreamento é um componente consistente da prática de enfermagem. Na atenção primária, os enfermeiros poderiam assumir um papel de liderança para promover ativamente a realização do Papanicolaou, em mulheres, em todo o ciclo de vida. Eles também ajudariam a identificar as mulheres a se beneficiar de uma avaliação mais aprofundada, através de testes e/ou colposcopia. A enfermeira precisa aumentar sua compreensão acerca das questões de saúde das mulheres, além daquelas tradicionais sobre reprodução, gravidez, parto e maternidade, para abranger o ciclo de vida completo e dentro do contexto da família, da comunidade e da nação em que vivem.

Existem várias limitações para essas análises de dados. A população total de mulheres (o denominador na fórmula TME) inclui as mulheres que se submeteram à histerectomia. Assim, a taxa de mortalidade real talvez seja maior do que o relatado aqui, embora num outro estudo com mulheres histerectomizadas não foi encontrada diferença global.²¹ Outros contribuintes para as taxas de mortalidade por CCU e as possíveis diferenças regionais, não discutidos aqui, podem incluir: adequação do tratamento, acesso ao tratamento, experiência profissional na realização de exames de Papanicolaou e riscos ambientais (como a exposição ao dietilestilbestrol).

Outro fator importante é a descoberta da relação entre o CCU e o vírus do papiloma humano (HPV), um vírus da doença sexualmente transmissível. Dois dos genótipos mais comuns do HPV contribuem com 70% do CCU.²²⁻²⁴ Os fatores de risco para o câncer de colo de útero relacionados com o HPV incluem relações sexuais em idade precoce, o tipo de contracepção, o uso prolongado de contraceptivos orais, a alta paridade, múltiplos parceiros, baixo nível socioeconômico e tabagismo.^{6,25} Vacinas contra o HPV tem sido mostradas como 99% eficazes para a prevenção de lesões pré-cancerosas associadas com HPV em mulheres jovens. Programas de vacinação contra o HPV, em

outros países, produziram uma diminuição na prevalência de HPV significativa, o que se traduz em diminuição das taxas futuras de CCU.²⁶⁻²⁷ No Brasil, somente a partir de janeiro de 2014, foi implementado um programa de vacinação gratuita contra HPV para mulheres jovens, embora haja evidências crescentes de que os rapazes e os homens também devem receber a vacina.²³ Os benefícios potenciais deste programa, com a respectiva diminuição das taxas de mortalidade no Estado de Santa Catarina, vai levar alguns anos antes de ser evidente.

CONCLUSÕES

A taxa de mortalidade por CCU, identificada no Estado de Santa Catarina, mostrou pouca melhora global durante o período de estudo. As mulheres mais velhas tiveram as maiores taxas de mortalidade. Isto suscita questões importantes relacionadas com a triagem que requer mais atenção. Como podem as políticas de saúde pública relacionadas com o rastreamento do câncer de colo de útero ser refinadas para atingir diferentes grupos etários de mulheres? Que orientações podem ser postas em prática de forma temporária até que diretrizes internacionais possam ser implementadas? Como podem ser rastreados os exames de rotina para que a história de triagem das mulheres esteja prontamente disponível para os profissionais de saúde? Quais são as práticas profissionais atuais acerca de triagem? As enfermeiras têm um importante papel de liderança na promoção da saúde. Como pode o ensino de enfermagem capacitar as enfermeiras para expandir seu papel em relação à detecção precoce do câncer de colo de útero, no acompanhamento de rotina das mulheres que apresentam maior risco, e também, aquelas após o tratamento? Será que a variabilidade das TMEs, nas faixas etárias e ao longo do tempo, reflete sistema ou fatores ambientais, ou de uma combinação de fatores que precisam ser estudados em cada região, para criar respostas locais significativas? Estas e outras questões devem ser incluídas na agenda de pesquisa sobre o câncer de colo de útero no Estado de Santa Catarina, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Media centre: cancer. Genebra: WHO; © 2014. [página na Internet]. [atualizado 2014 Fev; acesso 2014 Maio 19]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 (IARC) [página na Internet]. Section of cancer information; c2011 [atualizada 2008; acesso Out16]. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/research-groups/sec1/>
3. Cancer Research UK. Cervical cancer incidence statistics [página na Internet]; c2009 [atualizada 2012 Jun 01; acesso 2012 Out 18]. Disponível em: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancetstats/types/cervix/incidence/uk-cervical-cancer-incidence-statistics>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cervical cancer statistics [página na internet]; c1999-2008 [atualizada 2012 Abr 30; acesso 2012 Out 18]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/statistics>
5. Arzuaga-Salazar MA, Souza ML, Lima VLA. O câncer de colo do útero: um problema social mundial. *Rev Cubana Enferm* [online]. 2012 Jan-Mar [acesso 2012 Otc 18]; 28(1):63-73. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf07112.pdf>
6. Munoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cancer in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2012 Dec 30;43(4):298-304.
7. Silva GA, Girianelli VR, Gamarra CJ, Bustamante-Teixeira MT. Evolução da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil, 1981-2006. *Cad Saúde Pública* [online]. 2010 Dez [acesso 2012 Out 18]; 26(12):2399-407. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/18.pdf>
8. About.com Cancer [página na Internet]. Cervical cancer survival rates; c2003-06 [atualizada 2006 Dec 01; acesso 2012 Oct 18]. Disponível em: <http://www.cancer.about.com/od/cervicalcancerbasics/a/survivalrates.htm>
9. Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet*. 2003 Dec 6; 362(9399):1871-6.
10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); 2007 [acesso 2007 Set 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão. 6ª ed. São Paulo (SP): Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/EDUSP; 2001.
12. Souto KMB. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social* [online]. 2008 Jan-Jun [acesso 2012 Out 18]; 10(22):161-82. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17/18
13. Nacional Cancer Institute [página na Internet]. Cancer topics: cervical cancer; [atualizada 2011 Oct; acesso 2012 Oct 20]; Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical>
14. Robles SC, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ*. 1996 Dec; 30(4):290-301.
15. U.S. Preventive Services Task Force [página na Internet]. Screening for cervical Cancer; [atualizada 2012 March; acesso 2013 Fev 27]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf/cerv.htm>
16. Instituto Nacional de Câncer (INCA) [página na Internet]. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero; 2005 [atualizada 2011 Abr; acesso 2013 Fev 27]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.pdf
17. Baalbergen A, Helmerhorst TJM, Burguer WC. Prognostic factors that predict survival after relapse of cervical cancer. *CME J Gynecol Oncol* [online]. 2001 [acesso 2013 Fev 27]; 6:391-7. Disponível em: http://www.researchgate.net/journal/1219-9087_CME_Journal_of_Gynecologic_Oncology
18. Bonardi LH, Silva FR, Souza MV, Sombrio SN, Silva BR, Rosa MI. Análise epidemiológica de pacientes com câncer de colo de útero num serviço público de oncologia de Criciúma-SC. *Arq Catarin Med* [online]. 2010 [acesso 2013 Fev 27]; 39(3):34-8. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/813.pdf>
19. Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L, Strander B, et al. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ*. 2012 Mar 01; 344:e900. doi: 10.1136/bmj.e900
20. Arzuaga-Salazar MA, Souza ML, Martins HEL, Locks MTR, Monticelli M, Peixoto HG. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2009. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2011 Jul-Set [acesso 2013 Fev 27]; 20(3):541-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/16.pdf>
21. International Agency for Research on Cancer (IARC). France [atualizada 2014; acesso 2014 maio 15]. Disponível em: <http://www.iarc.fr/>
22. Pirog EC, Lloveras B, Molijn A, Tous S, Guimera N, Alejo M, et al. HPV prevalence and genotypes in different histological subtypes of cervical adenocarcinoma, a worldwide analysis of 760 cases. *Mod Pathol*. 2014 Apr 25. doi: 10.1038/modpathol.2014.55
23. Stanley MA, Sterling JC. Host responses to infection with human papillomavirus. In: Ramírez-Fort MK, Khan F, Rady PL, Tyring SK, editors. *Human papillomavirus: bench to bedside*. *Curr Probl Dermatol*. Basel: Karger; 2014; 45:58-74.
24. Malik H, Khan FH, Ahsan H. Human papillomavirus: current status and issues of vaccination. *Arch Virol*. 2014 Feb;159(2):199-205.
25. Kitchener HC, Denton K, Soldan K, Crosbie EJ. Developing role of HPV in cervical cancer prevention [Review]. *BMJ* [online]. 2013 Aug 7

- [acesso 2014 Maio. 25]; 347:f4781. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f4781.full.pdf>
26. Tabrizi SN, Brotherton JM, Kaldor JM, Skinner SR, Cummins E, Liu B, et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis.* 2012 Dec 1; 206(11):1645-51. doi: 10.1093/infdis/jis590
27. Marowitz LE, Hariri S, Lin C, Dunne EF, Steinau M, McQuillan G, et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys. *J Infect Dis.* 2013 Aug 1 [acesso 2014 Maio. 25]; 208(3):385-93. Disponível em: <http://jid.oxfordjournals.org/content/208/3/385.full.pdf+html>