ORIGINAL ARTICLE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CERVIX NEOPLASMS IN FEIRA DE SANTANA CITY, BAHIA, BRAZIL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA CIUDAD DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL

Ludmilla Oliveira Souza¹, Manoela de Assis Silva Carvalho², Ludmilla Oliveira Souza³, Manoela de Assis Silva Carvalho⁴, Rita de Cássia Rocha Moreira⁵, Scheila Conceição Sacramento Saldanha⁶

ABSTRACT

Objective: to determine the cervical cancer epidemiological profile in Feira de Santana city, from 2000 to 2004. **Method:** documental research, quantitative method, descriptive, whose data collection were in annual reports issued by the Municipal Secretariat of Health through the Information System in Cancer of the Uterine Cervix (SISCOLO). The collection instrument was a form consolidated. Descriptive analysis was conducted using statistical tests, calculating the incidence, relative frequency and mortality rates by age. The results are presented in tables. **Results:** regards to Cervical Intraepithelial Neoplasia I (CIN I) the age group between 20-39 years old had the greatest number of cases, but regards to CIN II not presented cases in 2004. In CIN III there was an increase in the percentage distribution in the age group between 20-39 years old, there was a decrease in women between 40-59 years old and over 60 years old there were cases only occurred in 2002. The hospital morbidity predominated in the age group between 40-59 years. Deaths by cervical cancer were predominant in the age group over 60 years old. **Conclusion:** to know cervical cancer epidemiological variables is fundamental because it makes possible to draw actions which contribute to the women's health promotion. **Descriptors:** cancer; cervix uteri; prevention; epidemiology.

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico do câncer cervical em Feira de Santana, entre 2000 a 2004. **Método:** pesquisa documental, utilizando métodos quantitativo, descritivo, com dados coletados dos relatórios anuais da Secretaria Municipal de Saúde por meio do Sistema de Informação em Câncer de Colo de Útero (SISCOLO). O instrumento de coleta foi um formulário consolidado. Foi realizada análise descritiva utilizando-se testes estatísticos, calculando a incidência, as frequências relativas e taxas de mortalidade por idade. Os resultados são apresentados em tabelas. **Resultados:** em relação à Neoplasia Intra-epitelial Cervical I (NIC I) a faixa etária de 20-39 anos teve maior número de casos, quanto ao NIC II, não apresentou casos em 2004. Na NIC III houve aumento na distribuição percentual na faixa etária de 20-39 anos, em mulheres de 40-59 anos houve redução e acima de 60 anos ocorreu casos somente em 2002. A morbidade hospitalar predominou na faixa etária de 40-59 anos. Os óbitos por câncer cervical predominou na faixa etária acima de 60 anos. **Conclusão:** conhecer essas variáveis epidemiológicas é fundamental, pois possibilita traçar ações que contribuam para a promoção da saúde da mulher. **Descritores:** câncer; colo uterino; prevenção; epidemiologia.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil epidemiológico del cáncer de cuello uterino en la ciudad de Feira de Santana entre 2000 y 2004. **Método:** investigación documental, métodos cuantitativos, descriptivo, cuya fuente de recopilación de datos fueron los informes anuales emitidos por la Secretaría Municipal de Salud a través del Sistema de Información de Cáncer del cuello uterino (SISCOLO) en el período 2000 a 2004. El instrumento de recolección fue un. El análisis descriptivo se realizó con pruebas estadísticas, el cálculo de la incidencia, la frecuencia relativa y las tasas de mortalidad por edad. Los resultados se presentan en las tablas. **Resultados:** en relación a la Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I), la franja etaria de 20-39 años tuvo mayor número de casos, ya en relación al NIC II, no presentando casos en 2004. En la NIC III, hubo aumento en la distribución porcentual en la franja etaria de 20-39 años, en mujeres de 40-59 años hubo reducción y arriba de los 60 años ocurrió casos solamente en 2002. Hubo predominio de morbilidad hospitalaria en la franja etaria de 40-59 años. Los óbitos por cáncer cervical predominó en la franja etaria arriba de los 60 años. **Conclusión:** conocer variables epidemiológicas del cáncer cervical es fundamental, pues posibilita trazar acciones que contribuyan para la promoción de la salud de la mujer. **Descriptores:** cáncer; cuello uterino; prevención; epidemiología.

¹Graduanda em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Bolsista Voluntária do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher/UEFS. E-mail: ludmillafsa@hotmail.com; ²Graduanda em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Email: nel_serrinha@yahoo.com.br; ³Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: ritahelio01@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira graduada na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail:

INTRODUÇÃO

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial. Diante desse fato, surge uma questão: por que o Brasil, apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolaou) para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer? Uma das respostas possíveis para essa questão é que existe uma lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população a eles. É, portanto, fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo Brasil.¹

O estudo sobre o câncer de colo uterino é importante pela sua frequência na população feminina, e por ser facilmente evitado quando descoberto precocemente. Nos países em desenvolvimento a prevenção ainda não é prioritária e grande número de mulheres tem o diagnóstico de carcinoma do colo uterino em sua fase invasiva e todos os prejuízos a ele associados. Neste sentido, é importante referenciar que a incidência desta patologia nas mulheres dificilmente diminuirá se o governo Municipal junto ao Ministério da Saúde (MS) não implantarem novos programas que facilite o acesso da mulher às ações de prevenção de câncer de colo uterino.²

Desta forma, o MS, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), vem buscando parcerias para desenvolver ações a fim de mudar esse quadro. Faz parte dessa procura a implementação de estratégias importantes, tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer. A estruturação do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – prevê a formação de uma grande rede nacional na qual o profissional da saúde esteja capacitado para estimular a prevenção, realizar a detecção precoce de lesões precursoras da doença e promover o tratamento.¹

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) engloba o Programa Nacional de Controle ao Câncer de Colo Uterino. O PAISM foi instituído pelo Ministério

da Saúde com o objetivo de promover cuidados com a gravidez, a assistência clínico-ginecológica, parto-puerpério, planejamento familiar, detectar e tratar possíveis doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e adoção de procedimentos e programas de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.³ O câncer de colo uterino representa no Brasil a segunda causa de morte por neoplasias de mulheres, superado apenas pelo câncer de mama.⁴ Ele é uma neoplasia que provoca alterações celulares na camada epitelial da cérvix uterina e essas alterações podem evoluir até um carcinoma cervical invasor.⁵

A frequência elevada de lesões precursoras em adolescentes e mulheres jovens evidência que a exposição precoce aos fatores de risco tais como: vida sexual precoce e multiplicidade de parceiros, antecipam o desenvolvimento do câncer de colo uterino.⁶

A evolução do câncer de colo uterino é lenta, apresenta as formas pré-invasivas ou benignas, conhecidas como Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC). O tempo para a evolução de uma lesão inicial para a forma invasiva e maligna é de aproximadamente 20 anos, é um tempo bastante longo que se for realizado um diagnóstico precoce e um tratamento adequado, reduzem-se as taxas de morbidade e mortalidade.⁵

A detecção precoce pode ser realizada por um método conhecido por colpocitologia oncótica ou exame de Papanicolaou. Este método consiste na coleta de material celular na região ectocervical e endocervical.⁷

No que se refere ao desenvolvimento dessa patologia pesquisas comprovam a influência do Papiloma Vírus Humano (HPV), no processo que desencadeia o câncer de colo uterino. Há vários subtipos de HPV, porém o que está relacionado à neoplasia do colo uterino são os subtipos HPV 16 e HPV 18. Por ser um vírus sexualmente transmissível, observa-se um aumento do câncer de colo uterino em mulheres jovens com vida sexual ativa.⁵

Assim, reconhecendo o câncer de colo uterino como um problema de Saúde Pública, questiona-se: Qual a incidência, a morbidade e a mortalidade pelo câncer de colo uterino na população feminina na faixa etária de até 11 anos e de 12 até mais de 60 anos em Feira de Santana-Bahia no período de 2000-2004?

Este estudo justifica-se pela relevância em conhecer as variáveis na epidemiologia do câncer de colo de útero favorecendo ações que permitam aos gestores e profissionais da saúde implementarem a política de Atenção Integral à saúde da Mulher na perspectiva da promoção da saúde e prevenção das doenças

tendo como base a gênese do câncer vinculada aos fatores culturais, sociais, econômicos e de acesso aos serviços de saúde.

OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de colo uterino em Feira de Santana-BA no período de 2000-2004.
- Caracterizar os resultados dos exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora em Feira de Santana-BA no período 2000-2004.
- Identificar a ocorrência de infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em Feira de Santana-BA no período de 2000-2004.
- Relacionar o diagnóstico de Neoplasia Intra-Epitelial cervical I, II, III (NIC) por faixa etária em Feira de Santana-BA no período de 2000-2004.
- Determinar a ocorrência de morbimortalidade do câncer de colo uterino em Feira de Santana-BA no período de 2000-2004.
- Oferecer aos profissionais de saúde, em especial os de Enfermagem, maior embasamento teórico acerca da patologia e algumas características epidemiológicas do câncer de colo uterino no Município na tentativa de proporcionar melhorias nas formas de prevenção e controle desta patologia.

METODOLOGIA

Estudo do tipo documental, baseado no método quantitativo, descritivo com abordagem epidemiológica.

O campo de estudo utilizado foi o Município de Feira de Santana situado na região do semi-árido do Estado da Bahia, a 108 km de Salvador capital do Estado. Do ponto de vista demográfico, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) seção regional de Feira de Santana, contabilizou sua população para o ano de 2004 em 527.625 habitantes incluindo os distritos da cidade, sendo a população feminina formada por 280.063 habitantes.

Conforme a 2ª Diretoria Regional de Saúde (2ª DIRES) em 2004, foi contabilizado um total de 264 estabelecimentos de serviços de saúde no município tanto de caráter público quanto privado, sendo que dos 72 estabelecimentos de saúde de caráter público incluem-se policlínicas, Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), 62 destes realizam o exame citopatológico cervico-vaginal e microflora no município.

Foram utilizados dados epidemiológicos do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2000-2004,

fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, em que se trabalhou com a população de mulheres que na faixa etária de até 11 anos e de 12 a mais de 60 anos que realizaram o exame citopatológico cervico-vaginal e microflora no período de 2000-2004.

Depois de identificados os dados, construíram-se um instrumento para consolidação dos mesmos, composto por cinco itens, abordando dados referentes ao câncer de colo uterino na população feminina na faixa etária de até 11 anos e de 12 a mais de 60 anos subdivididos em faixas etárias a dispor; até 11 anos, de 12-19 anos, de 20-39 anos, de 40-59 anos e acima de 60 anos, em Feira de Santana no período de 2000-2004.

O primeiro item se refere à adequabilidade da amostra de exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora contendo os seguintes sub-itens: amostra satisfatória, satisfatória mas limitada por presença de sangue, material purulento, áreas espessas, ausência de células endocervicais, por outra causas e insatisfatória caracterizada por material escasso ou hemorrágico, e por outra causas.

O segundo item do formulário se referiu a ocorrência de infecções por Papiloma Vírus humano (HPV).

O terceiro item abordou o diagnóstico de Neoplasia Intra-Epitelial cervical I, II, III (NIC) por faixa etária e ano de ocorrência, o quarto item retratou sobre a morbidade hospitalar por neoplasia de colo uterino e o último item retratou a quantidade de óbitos por neoplasia maligna do colo uterino.

Foi realizada análise descritiva utilizando-se testes estatísticos, calculando a incidência, as frequências relativas e taxas de mortalidade por idade. Os resultados são apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Adequabilidade de exames citopatológicos e microflora por ano

Tabela 1. Adequabilidade de amostras do exame citopatológico cervico-vaginal e microflora. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Variáveis (%)	Ano				
	2000	2001	2002	2003	2004
Satisfatório	78,59	64,04	48,75	75,02	62,8
Satisfatório, mas limitado pela presença de sangue	0,03	1,99	1,03	0,28	0,38
Satisfatório mas limitado por material purulento	1,58	2,05	2,43	2,91	0,66
Satisfatório mas, limitado por áreas espessas	0,11	0,05	1,03	0,17	0,66
Satisfatório mas, limitado pela ausência de células endocervicais	0,11	2,32	10,3	3,0	1,1
Satisfatório, mas limitado por outras causas	22,45	22,02	31,85	35,68	30,07
Insatisfatório por material escasso ou hemorragia	0,08	0,02	0,05	0,34	0,45
Insatisfatório por outras causas	0,03	6,04	3,57	2,32	3,26

Por meio dos resultados apresentados na tabela 1, pode-se observar que houve um declínio na qualidade de exames tidos como satisfatórios no decorrer dos anos e uma elevação nos exames insatisfatórios implicando na diminuição do rastreamento do câncer de colo uterino durante o período.

O percentual de amostras insatisfatórias e o índice de atipias de significado indeterminado em células escamosas são indicadores que contribuem para a avaliação da qualidade do método de detecção precoce do câncer do colo uterino. Proporções elevadas de amostras insatisfatórias estão associadas principalmente a problemas nas etapas de coleta e conservação das mesmas.

Em 2005 todos os estados Brasileiros apresentaram percentuais abaixo de 5%, como preconizado em 2000 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), contudo dados

apontam que mais de 30% dos Municípios apresentaram índice de amostras insatisfatória acima de 5%.⁸

Existem muitas razões para explicar essas falhas no diagnóstico citológico: erro de interpretação do exame e ausência de células neoplasicas devido a coleta inadequada do esfregaço, principalmente nos clientes que apresentam a Junção Escamo Colunar (JEC), localizada na porção endocervical alta.⁵

Portanto, a elevação de exames classificados como insatisfatórios representam para a rede assistencial, a necessidade da oferta de um maior número de exames destinados à repetição para melhor investigação diagnóstica, gerando transtornos para a mulher e custo maior para o sistema de Saúde.

• Adequabilidade de exames citopatológicos e microflora por faixa etária e ano

Tabela 2. Adequabilidade de amostras do exame citopatológico cervico-vaginal e microflora – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Variáveis (%)	Faixa Etária				
	Até 11 anos	12-19	20-39	40-59	Acima de 60
Satisfatório	78,78	29,16	55,41	59,67	56,09
Satisfatório, mas limitado pela presença de sangue	0,05	0,96	0,54	1,05	1,06
Satisfatório mas limitado por material purulento (%)	0,05	1,01	2,00	2,66	1,09
Satisfatório mas, limitado por áreas espessas	1,5	0,05	0,6	1,11	0,13
Satisfató-rio mas, limitado pela ausência de células endocervicais	0,00	1,03	4,06	6,78	2,00
Satisfatório, mas limitado por outras causas	16,6	66,1	33,14	25,00	29,02
Insatisfatório por material escasso ou hemorragia	0,00	0,05	0,22	0,38	0,04
Insatisfatório por outras causas	2,00	1,25	3,00	2,09	7,07

O pico de incidência do câncer de colo situa-se entre a faixa etária de 40-60 anos sendo pouco freqüente abaixo dos 30 anos.³ Diante deste dado epidemiológico é importante melhorar as técnicas de coleta do exame citopatológico principalmente na faixa etária de maior incidência da doença.

Existem muitas razões para explicar essas falhas no diagnóstico citológico: erro de interpretação do exame e ausência de células neoplásicas devido a coleta inadequada do esfregaço, principalmente nos clientes que apresentam a Junção Escamo Colunar (JEC), localizada na porção endocervical alta.⁵

● Ocorrência de infecções por HPV relacionada ao câncer de colo uterino por ano

Tabela 3. Ocorrência de infecções por (100000 mulheres) por HPV. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Ano	n	Taxa de incidência
2000	16	06,36
2001	17	06,63
2002	78	30,06
2003	13	04,93
2004	01	0,37

A percentagem de neoplasia intra-epitelial aparentemente atribuída à infecção por HPV aproxima-se de 90%.⁵ Os resultados encontrados na tabela 3 constituem um dado favorável visto que houve uma diminuição de infecção por HPV que posteriormente poderia evoluir para um carcinoma in situ. Provavelmente, este fato se deve a maior disseminação de informações relacionadas a esta patologia, estimulando um aumento da população feminina pela procura dos serviços de prevenção e assistência, bem como a realização do sexo seguro.

A infecção pelo HPV dar-se pelo contato sexual com parceiro portador de infecção viral latente. As partículas virais infectam as células metaplásicas cervicais, que lhe são susceptíveis desencadeando um processo de hiperplasia de células basais, podendo a infecção viral permanecer como condiloma, regredir ou evoluir para a Neoplasia Intra Epitelial Cervical dependendo para tanto da ação de múltiplos co-fatores como tabagismo, infecções não tratadas ou tratadas inadequadamente.⁹

● Diagnóstico de Neoplasia Inta-Epitelial Cervical I (NIC I) por faixa etária e ano

Tabela 4. Distribuição percentual de Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I (NIC I) – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Faixa etária	2000(%)	2001(%)	2002(%)	2003(%)	2004(%)
De 12-19	10	7,1	1,92	11,1	00
De 20-39	60	71,42	42,3	88,8	100
De 40-59	30	21,42	55,76	00	00
Acima d'e 60	00	00	00	00	00
Total	100	100	100	100	100

A frequência elevada de lesões precursoras em adolescentes e mulheres jovens evidencia que a exposição precoce aos fatores de risco tais como vida sexual precoce, multiplicidade de parceiros antecipam o desenvolvimento do câncer do colo uterino. Por isso os fatores de risco devem ser priorizados em ações voltadas para este patologia. As lesões precursoras do câncer do colo uterino ocorrem principalmente em mulheres jovens, com pico de incidência em torno dos 30 anos, recentemente tem se observado maior

freqüência em torno dos 20 anos e ocasionalmente em mais jovens.⁶⁻⁵

A maioria dos casos apresenta evoluções lentas, havendo fases pré-clínicas tanto detectáveis quanto curáveis. O potencial de cura chega a 100% quando é diagnosticado e tratado inicialmente ou em fases precursoras.¹⁰⁻² A maioria das lesões de baixo grau (NIC I) regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau(NIC III) não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos.¹³

● Diagnóstico de Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II (NIC - II) e de Neoplasia Inta-Epitelial Cervical III (NIC -III) por faixa etária e ano

Tabela 5. Distribuição de Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II (NIC II – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Faixa etária	2000 (%)	2001(%)	2002 (%)	2003(%)	2004(%)
De 12-19	00	00	20	00	00
De 20-39	71,43	100	25	75	00
De 40-59	28,57	00	45	00	00
Acima de 60	00	00	10	25	00

Tabela 6. Distribuição de Neoplasia Intra-Epitelial Cervical III (NIC III) – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Faixa etária	2000(%)	2001(%)	2002(%)	2003(%)	2004(%)
De 12-19	00	00	00	00	00
De 20-39	66,6	33,3	22,2	83,3	00
De 40-59	33,3	66,6	66,6	16,6	00
Acima de 60	00	00	11,1	00	00

Segundo dados das tabelas 5 e 6, constata-se maior ocorrência de NIC II e III na faixa

etária de 20-39 anos, fase sexualmente ativa. A promiscuidade sexual e o uso de

anticoncepcionais orais dentre outros seriam, fatores de risco para a descoberta da NIC.⁹

O câncer de colo uterino se inicia em nível celular e progride para os vários estágios de neoplasia intra-epitelial, para finalmente penetrar através da membrana basal e transformar-se em carcinoma microinvasor. O tempo necessário para a progressão da NIC pode variar de 2 a 20 anos.¹²

● Ocorrência de morbidade hospitalar do câncer de colo uterino por faixa etária e ano

Tabela 7. Distribuição percentual da morbidade hospitalar – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004)

Faixa etária	2000		2001		2002		2003		2004	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De 12-19	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
De 20-39	36	32,7	22	33,8	08	19,5	4	18,18	08	42,1
De 40-59	59	53,63	40	61,5	29	70,73	15	68,18	07	36,84
Acima de 60	15	13,63	03	4,6	04	9,75	03	13,63	04	21,05
Total	110	100	65	100	41	100	22	100	19	100

O câncer do colo uterino invasor, em cerca de 90% dos casos, evolui a partir da NIC, mas nem toda NIC progride para um processo invasor. Todas as NIC devem ser consideradas lesões significativas e como tal devem ser tratadas. O método de escolha para o tratamento varia de acordo com o grau da NIC.¹⁵

O câncer cervical invasor geralmente é detectado na fase da vida laboral das mulheres (entre 45 e 55 anos), quando estão em pleno exercício de suas atividades profissionais ou domésticas, podendo esse

Com o passar do tempo, as manifestações clínicas, especialmente sangramento genital, tornam-se evidentes. Quanto mais avançado o grau de NIC, maior o risco de desenvolvimento de lesões invasivas, levando-se em conta os fatores de risco existentes e a presença se infecções genitais pelo HPV.¹⁴

tratamento hospitalar afetar de forma significativa a sua vida.⁹

A partir dos valores da frequência absoluta, observa-se uma redução do número de casos passando de 110 para 19 casos. Esta transformação pode ser resultado das ações das políticas públicas de saúde, na tentativa de favorecer um maior rastreamento do câncer do colo uterino, refletindo na diminuição da morbidade hospitalar, o que justifica as ações dirigidas à prevenção dessa neoplasia.

● Ocorrência de óbitos do câncer de colo uterino por faixa etária e ano

Tabela 8. Mortalidade por (100000 mulheres) por Câncer de colo uterino – Faixa etária. Feira de Santana, Bahia (2000-2004).

Faixa etária	2000	2001	2002	2003	2004
De 12-19	00	00	00	00	00
De 20-39	1,3	00	1,09	00	1,06
De 40-59	00	6,85	6,76	2,22	4,38
Acima de 60	10,55	31,05	20,44	30,21	9,92

Na maioria dos casos a evolução do câncer de colo uterino se processa de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, desta forma, se rastreado e tratado precocemente pode-se evitar óbitos.

No Brasil, o câncer do colo uterino constitui importante causa de morbidade no país e corresponde à terceira causa de óbito por câncer, com estimativa de cerca de 4.100 casos/ano, correspondendo a taxa bruta de mortalidade de 4,58/100.000, ao inverso do que acontece nos países mais desenvolvidos, as taxas de mortalidade por câncer de colo continuam altas, e sob o ponto de vista temporal, vêm se elevando, visto que em 1999 a taxa era de 3,44/100.000, ao passo que em 2000 se apresentava como 4,59/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de +33,1%.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma descrição sobre algumas variáveis epidemiológicas do câncer do colo uterino em Feira de Santana-BA, na tentativa de despertar o interesse e a atenção dos cuidadores dessa população quanto às formas de prevenção dessa patologia.

A metodologia utilizada para a realização desse estudo possibilitou alcançar os objetivos propostos. O embasamento teórico sobre o tema foi satisfatório, visto que existe um acervo de referências a cerca dessa patologia.

A partir desses dados nota-se que houve diminuição de algumas variáveis epidemiológicas referentes ao câncer de colo uterino o que pode refletir os investimentos nas ações de prevenção e controle de fatores

de risco do câncer do colo uterino principalmente na fase sexual ativa.

Torna-se importante ressaltar que a prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento deste câncer e de suas lesões precursoras.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença (prevenção secundária) no Brasil é por meio da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou).

Sendo assim, se forem realizados diagnóstico e tratamento precoce os riscos dessa patologia evoluir serão raros e a qualidade de vida da mulher melhora de forma acentuada.

Identificou-se também a necessidade de capacitação de profissionais para a coleta do material cérvico-vaginal para que as amostras coletadas possam ser 100% satisfatórias, representando desta forma uma ação eficaz no controle do câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Manual técnico de prevenção do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
2. Franco MJ. Ginecologia. São Paulo: Atlas; 2001.
3. Ministério da Saúde. Assistência integral à Saúde da Mulher: Material instrumental, 3. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1989. p.98-115.
4. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e Mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
5. Halbe HW. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca; 1994.
6. Paulino SA. Lesões precursoras do câncer do colo uterino em mulheres adolescentes e adultas jovens do município do Rio Branco. Rev Bras Ginecol Obstet [periódico na Internet]. 2003 Mar [Acesso em: 2005 dez 22];25(2):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n2/v25n2a02.pdf>
7. Carvalho G. Ginecologia do trato genital feminino. São Paulo: Athemue; 1993.
8. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer, Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer-Pro-Onco. Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Rio de Janeiro: INCA; 1996.
9. Souza AM. Ginecologia. Belo Horizonte(MG): Medsi; 1997.
10. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
11. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Bras Patol Med Lab [periódico na internet] 2006 Oct [Acesso em: 2009 jun 22];42(5):351-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v42n5/a08v42n5.pdf>
12. Follen, M; Atkinson EN, Schottenfeld D, et al. Câncer de colo de útero e lesões precursoras. In: POLLOCK, Raphael E. et al. UICC manual de oncologia clínica. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. p. 537-58.
13. Tavares, CMA; Prado, ML. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. Texto contexto - enferm [periódico na internet] 2006 Out-Dez [Acesso em: 2008 out 17];15(4): 578-86 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a05.pdf>
14. Taborda WC; Ferreira SC; Rodrigues D; Stávale JN; BARUZZI RG. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. Rev Panam Salud Publica [periódico na internet] 1999 Jun [Acesso em: 2009 jun 21];7(2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1243.pdf>
15. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia intra- epitelial cervical. Rev Bras de Cancerologia [periódico na internet]. 2000 [Acesso em: 2009 jun 19];46(4): 355-57. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas_2.pdf

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Ludmilla Oliveira Souza

Rua Cel. Murta, 48

CEP: 44062-280 – Feira de Santana (BA), Brazil