

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE

ADRIANA CUNHA VARGAS TOMAZ

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE DE MULHERES POR NEOPLASIAS
UTERINAS NA REGIÃO DO SUL DO BRASIL.**

MARINGÁ - PR
2016

ADRIANA CUNHA VARGAS TOMAZ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde Humana.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Marisa Pelloso

MARINGÁ - PR
2016

Ficha Catalográfica – Elemento obrigatório*
*Elaborado pela Biblioteca Central

Ficha deve impressa no verso da folha de rosto

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIANA CUNHA VARGAS TOMAZ

Tendência da mortalidade de mulheres por neoplasias uterinas na região Sul do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^ª Dr^a Sandra Marisa Pelloso

Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof^a Dr^a Marcia Edilaine Lopes Consolaro

Universidade Estadual de Maringá

Prof^o Dr^o Luciano de Andrade

Universidade do Oeste do Paraná

SUPLENTES:

Prof^a Dr^a Maria Dalva de Barros Carvalho

Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a Ieda Harumi Higarachi

Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: ___/___/_____.

Local de defesa: Sala 01, Bloco 126, campus da Universidade Estadual de Maringá.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus,
por ser essencial em minha vida
e autor do meu destino.

Ao Eduardo, meu esposo, pessoa com quem partilho a vida.
Com carinho, sabedoria e paciência,
soube compreender as minhas angústias,
me auxiliando nos cuidados com nossos
filhos durante este período. Esta vitória também é sua!

Aos meus filhos Gustavo e Leonardo, meus amores,
que embora não tivessem conhecimento de tudo isso
souberam suportar e entender a minha ausência materna.

Aos meus pais Altino e Anamaria
todo o meu amor e gratidão,
por tudo o que fizeram ao longo da minha vida,
me educaram, orientaram e incentivaram de maneira especial,
a buscar mais conhecimento, me derem força e coragem para alcançar este objetivo que
sonhamos juntos há muito tempo.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados irmãos
Fernanda e Rodrigo e meus dois preciosos sobrinhos Vitório e Enrico.

Aos meus cunhados Valdir, Viviane e Andreia e sogros Antônio e Nanci
pelo amor incentivador em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sandra Marisa Pelloso, pela paciência na orientação, pelo incentivo e pela pessoa grandiosa que é, sem a sua presença não seria possível a conclusão desta dissertação. Obrigada por acreditar em mim. Me orgulho de ser sua orientanda; você é um exemplo para minha vida profissional.

À Professora Doutora Maria Dalva de Barros Carvalho pelas valiosas contribuições na construção do projeto de pesquisa.

À Professora Doutora Márcia Edilaine Lopes Consolaro pelo reforço e sugestões durante a construção deste trabalho.

Ao professor Doutor Luciano de Andrade pelo apoio oferecido durante a confecção deste trabalho.

Aos colegas Marcela, Mayra, Marcia, Fernanda e Raquel e Diogo por todo o saber compartilhado.

Às colegas Rosana e Angela por compartilhar conhecimentos estatísticos e metodológicos.

Às colegas Lourdes, Daniela, Fabiana e Neuza que com paciência doaram seu tempo durante a coleta de dados na Secretaria de Saúde.

Aos meus coordenadores da UNICESUMAR: Nilce, Dorival, Valéria do Amaral e Valéria Garcez por compreenderem os momentos de dedicação neste trabalho.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEM pela participação da construção do meu conhecimento.

À Olivia e Kleber, secretários do programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Centro de Ciências da Saúde por atenderem com sabedoria todas as solicitações.

EPÍGRAFE

"Mas na profissão, além de amar tem de saber.
E o saber leva tempo para crescer."
(Rubem Alves)

Tendência da mortalidade de mulheres por neoplasias uterinas na região sul do Brasil.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a tendência da mortalidade por neoplasias do útero especificado pelo CID10: C53, C54 e C55 e os fatores associados às neoplasias disponíveis na declaração de óbito. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de base documental, realizado em um município do Sul do Brasil. Utilizou-se dados secundários de declarações de óbitos, laudos citopatológicos, plano municipal de saúde, informações dos sistemas de informação SISCOLO e SIAB. Foram analisados 2.910 laudos citopatológicos no período de 2004 a 2014, e 147 declarações de óbitos por neoplasias do útero no período de 2007 a 2014. Este estudo identificou um alto número de óbitos por neoplasias uterinas, principalmente por neoplasia maligna do útero não especificada; nos mostrou também que o número de óbitos está crescendo a cada ano, principalmente em mulheres com idade acima de 65 anos e com menor grau de escolaridade. Sobre os laudos citopatológicos, ASCUS e LSIL apresentaram-se em evidência. A faixa etária, que mais foi acometida pelas lesões foi de 25 a 59 com crescimento expressivo para LSIL na faixa etária de 12 a 24 anos. O tempo de liberação dos resultados dos exames pelo laboratório foi considerado viável para a maioria das lesões. O seguimento de mulheres com diagnóstico citopatológico compatível com LSIL ou lesões mais graves, apresentou-se efetivo. Em relação a cobertura de exames citológicos comparados às metas pactuadas foi comprovado que está longe de ser alcançada, necessitando de melhor estruturação de busca ativa das mulheres para rastreamento do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: Mortalidade; Morbidade; Neoplasias Uterinas; Programas de Rastreamento; Atenção Integral à Saúde da Mulher

Tendency of uterine neoplasm mortality in women in a region in Southern Brazil.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the trend in mortality from uterine cancer specified by ICD10: C53, C54 and C55 and the risk factors for cancer available on the death certificate. This is an epidemiological, cross-sectional, document-based study, held in a city in Southern Brazil. We used secondary data from death certificates, cytopathology reports, municipal health plan, and information from the SISCOLO and SIAB information systems. 2,910 cytopathological reports from 2004 to 2014, and 147 reported deaths from uterine cancer in the period 2007 to 2014 were analyzed. This study identified a high number of deaths from uterine tumors, mainly malignant neoplasm of uterus, unspecified. Moreover, it showed that the number of deaths is growing every year, especially in women over 65 years of age and with lower education. On the cytopathological reports, ASCUS and LSIL are highly evidenced. The age group most affected by the lesions was 25-59 with significant growth for LSIL in the age group of 12-24 years old. The time taken by the laboratory to release the exam results was considered feasible for most injuries. The follow-up of women with cytopathological diagnosis compatible with LSIL or more serious injuries was considered effective. Compared to agreed targets, the coverage of cytological exams was proved to be far from being achieved, requiring better structure for the active search of women for screening of cervical cancer.

Keywords: Mortality; Morbidity; Uterine Neoplasms; Screening; Integral Attention to Women's Health

LISTA DE SIGLAS

AGC	Células Glandulares Atípicas
ASC	Células Escamosas
ASC-US	Células Escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas
CCU	Câncer do colo do útero
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NIC II	Neoplasias Intraepitelial Cervical de grau II
SRC	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero
SRM	Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i> .
ASC-H	Células Escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau
C53	Neoplasia Maligna do Colo do Útero
C54	Neoplasia Maligna do Corpo do Útero
C54.0	Neoplasia Maligna do Istmo do Útero
C54.1	Neoplasia Maligna do Endométrio
C54.2	Neoplasia Maligna do Miométrio
C54.3	Neoplasia Maligna do Fundo do Útero
C54.8	Neoplasia Maligna do Corpo do Útero com Lesão Invasiva
C54.9	Neoplasia Maligna do Corpo do Útero, não especificado
C55	Neoplasia Maligna do Útero, porção não especificada
CECAPS	Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSIL	Lesões intraepiteliais escamosas de alto grau
LSIL	<i>Papilomavirus</i> hum lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau
LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
NIC I	Neoplasias Intraepitelial Cervical de grau I

NIC III	Neoplasias Intraepitelial Cervical de grau III
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistemas de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Capítulo I

Quadro 1. Histórico das Políticas Nacional da Atenção Básica – Política de Atenção à Saúde da Mulher – PAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Figura 1. Classificação para as neoplasias uterinas segundo Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Quadro 2. Resultados do exame de Papanicolau, grau de suspeição e conduta da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero.

Quadro 3. Nomenclaturas citopatológica e histopatológica para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Figural. Distribuição do processo de composição das amostras do estudo.

Artigo. Tendência da mortalidade de mulheres por neoplasias uterinas em um município do Sul do Brasil.

Figura 1. Seleção dos óbitos por neoplasias uterinas conforme CID 10.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil, no município de Maringá PR segundo período de 2004-2008 e 2009-2014.

Tabela 2. Comportamento dos coeficientes de mortalidade por neoplasias uterinas segundo CID 10, ano em estudo, comparando-se ao coeficiente de mortalidade geral em mulheres. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Figura 2. Distribuição e modelos de tendência dos coeficientes de mortalidade por neoplasias uterinas, segundo CID 10. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil, no município de Maringá PR segundo período de 2004-2008 e 2009-2014.

Tabela 3. Distribuição dos óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo localidade. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Figura 3. Mapa dos setores censitários do município de Maringá, segundo percentual de óbitos por UBS e valor de renda média familiar. Maringá, Paraná, Brasil.

Dissertação elaborada e formatada conforme as normas da ABNT (Capítulo I) e das publicações científicas (Capítulo II): Plos One.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1. Introdução.....	16
2. Revisão de Literatura.....	17
2.1 Política Nacional da Atenção Básica: Assistência Integral à Saúde da Mulher..	17
2.2 Neoplasias Uterinas.....	19
2.2.1 Neoplasia Maligna do Colo do Útero.....	20
2.2.2 Neoplasia Maligna do Corpo do Útero.....	25
3. Justificativa.....	26
4. Objetivos.....	27
4.1 Geral.....	27
4.2 Específicos.....	27
5. Método.....	27
5.1 Tipo de estudo.....	27
5.2 Local do estudo.....	27
5.3 População do estudo.....	28
5.4 Coleta de dados.....	28
5.5 Tratamento e análise dos dados.....	29
5.6 Considerações éticas.....	29
6. Referencias.....	30

CAPÍTULO II

Artigo I: Tendência da mortalidade de mulheres por neoplasias uterinas na região Sul do Brasil.....	34
---	----

CAPÍTULO III

3.1 Conclusões.....	52
3.2 Perspectivas futuras.....	53

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

No mundo, anualmente ocorrem cerca de 274.000 mortes por neoplasias do colo do útero, das quais 88% são em países que estão em desenvolvimento. É o segundo tipo de câncer mais comum, (WHO, 2012). No Brasil, ocupa o terceiro lugar entre os cânceres mais prevalentes (TOPAN et al, 2015). Estimativas mostram aproximadamente 16.340 novos casos o ano de 2016 (BRASIL, 2015a), com risco de 15,85/100 mil mulheres (INCA, 2015), sobretudo para aquelas na menopausa, com idade entre 50 e 65 anos (BRASIL, 2014).

O câncer do corpo do útero representa 5% dos cânceres no mundo. Para o ano de 2016, esperam-se para o Brasil, 6.950 novos casos, com risco estimado de 6,74/100 mil mulheres (INCA, 2015). Em contrapartida a incidência da neoplasia uterina - porção não especificada, apresentou decréscimo nas cidades de Porto Alegre e Fortaleza - Brasil, pode-se apontar para melhoria do diagnóstico com melhor descrição da localização da lesão (AYRES, et al 2013).

No entanto, mesmo com a implantação de políticas públicas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, estas neoplasias ainda se apresentam como um sério problema de saúde pública, considerando as altas taxas de incidência e a magnitude de custos econômicos, problemas sociais e diminuição da qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

Maringá é um município de médio porte do Sul do Brasil apresenta baixa e média renda com uma população de 397.437 habitantes (HIPARDES, 2015) no entanto é um município que se destaca na evolução dos programas de atenção primária. Possui 72 equipes de saúde da família correspondendo a uma cobertura de 67,3% da população (SIAB, 2015). Destaque-se ainda por apresentar um alto índice de desenvolvimento humano (0,808), ocupando a 23ª posição entre os municípios do Brasil, (MARINGÁ, 2014).

A elevação da ocorrência do câncer uterino indica uma forte associação com condições precárias de vida, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária e dificuldade de acesso a serviços

públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (MAEDA, et al 2012).

Nos países em desenvolvimento, os casos de câncer cervical são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de 49% após cinco anos, e nos países desenvolvidos, a sobrevida média é de 59 a 69% (BRASIL, 2013b).

Quando diagnosticado no início de seu aparecimento, e acompanhado de um bom prognóstico, a sobrevida e a qualidade de vida da mulher é mais eficaz. A diminuição das taxas é evidenciada nos países desenvolvidos que detecta precocemente o câncer (BRASIL, 2014).

Considerando a morbimortalidade por neoplasias uterinas como problemas de saúde pública em nível mundial, acredita-se ser necessária a realização dessa pesquisa a fim de identificar os principais fatores associados a esses eventos e, assim, contribuir para a redução das taxas e melhoria da qualidade assistencial prestada à mulher.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Política Nacional da Atenção Básica: Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O Ministério da Saúde ao longo dos anos vem incorporando programas, ações e estratégias destinadas à saúde da mulher a fim de atender as necessidades desta parcela da população. Tanto as organizações nacionais como as internacionais vêm discutindo a inserção de novas medidas preventivas e de rastreamento para os vários tipos de câncer, vislumbrando uma melhora nos indicadores de saúde. Em 1983 foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): bases de ação programática com o propósito de alcançar a melhora das condições de saúde das mulheres no que tange a saúde sexual e reprodutiva e de prevenção de doenças (BRASIL, 2013a).

Enquanto diretriz filosófica incorporou também, princípios da reforma sanitária: descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção e participação social, incentivou o relacionamento entre os profissionais de saúde e mulheres, apontando autonomia e maior controle sobre a saúde, bem como assistência em todas as fases da vida da mulher. (BRASIL, 2015b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher enfrentou avanços e retrocessos desde sua implantação, o quadro abaixo resume a história dessa política revelando as propostas e ações sugeridas na época (Quadro 1).

Quadro 1. Histórico da Política Nacional da Atenção Básica – Política de Atenção à Saúde da Mulher – PAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

ANO/PORTARIA	PROPOSTAS E AÇÕES	Referencia
1983	Elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) <ul style="list-style-type: none"> • Controle da natalidade: livre arbítrio das famílias brasileiras quanto ao número de filhos. • Incorporaram princípios norteadores da Reforma Sanitária: descentralização, hierarquização regionalização, equidade na atenção, participação social. • Assistência em todas as fases da vida. 	(BRASIL, 2013a)
2003	Início da construção do PAISM. <ul style="list-style-type: none"> • Incorporaram as contribuições do movimento das mulheres negras e trabalhadoras rurais. • Avaliaram avanços e retrocessos. 	(BRASIL, 2004)
2004	Lançamento do PAISM. Princípios e diretrizes construídas a partir da proposição do SUS respeitando as características da nova política. Compromissos prioritários: Fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo do útero e mamas com objetivo de reduzir a incidência de morbidade e mortalidade desses cânceres.	(BRASIL, 2004)
2005 Portaria GM 2439/2005	Política Nacional de atenção Oncológica, trabalharam 6 diretrizes estratégicas: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da cobertura da população alvo; • Garantia da qualidade; • Fortalecimento do Sistema de informação; • Estratégia de Mobilização social; • Desenvolvimento de pesquisas; • Desenvolvimento de capacitações. 	(BRASIL, 2005)
2010 Portaria n. 310/2010	Avaliação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. Debateram avanços e desafios de 6 áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Gestão; • Acesso e cobertura do rastreamento; • Qualidade do exame citopatológico; • Acesso e qualidade do tratamento; • Indicadores de impacto do programa de Câncer de Colo do útero; • Novas tecnologias de controle. 	(BRASIL, 2010) (INCA, 2010)
2011 Portaria n. 1473/2011	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. • Instituição de comitês gestores, grupos executivos transversais e comitê de mobilização social • Implantação das Diretrizes Brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero. 	(BRASIL, 2013a)
2013 Portarias n. 874/2013 n.3.394/2013	<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional para prevenção e controle do câncer na rede de atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas no SUS • Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero e mamas – SISCAN • Redefinição da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 	(BRASIL, 2013a)
2014 Portaria n. 189/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. • Início da campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV. 	(BRASIL, 2013a)

Fonte: Ministério da Saúde.

Atualmente a organização da Linha de Cuidado “envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica” (BRASIL, 2013a). Já a linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero especificamente, tem o propósito de garantir o acesso humanizado e integral à mulher com o intuito de promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, com qualidade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013a).

Com os índices ainda elevados de mortalidade por câncer de colo de útero e útero, as mulheres continuam sendo vítimas de uma patologia passível de prevenção, com baixo custo econômico e de fácil acesso nas Unidades de Saúde.

2.2 Neoplasias Uterinas

A categorização para as neoplasias uterinas segundo Classificação Internacional de Doenças (CID 10) é apresentada na figura 1.

Figura 1. Classificação para as neoplasias uterinas segundo Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

C53- Neoplasia Maligna do Colo do Útero	<ul style="list-style-type: none"> • C53.0 NEOPLASIA MALIGNA DO ENDOCERVIX • C53.1 NEOPLASIA MALIGNA DO EXOCERVIX • C53.8 NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO UTERO COM LESÃO INVASIVA • C53.9 NEOPLASIA MALIGNA DO UTERO NÃO ESPECIFICADA
C54 - Neoplasia Maligna do Corpo do Útero.	<ul style="list-style-type: none"> • C54.0 NEOPLASIA MALIGNA DO ISTMO DO ÚTERO • C54.1 NEOPLASIA MALIGNA DO ENDOMÉTRIO • C54.2 NEOPLASIA MALIGNA DO MIOMÉTRIO • C54.3 NEOPLASIA MALIGNA DO FUNDO DO ÚTERO • C54.8 NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO DO UTERO COM LESÃO INVASIVA • C54.9 NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO DO UTERO, NÃO ESPECIFICADO
C55 - Neoplasia Maligna do Útero, porção não especificada	

2.2.1 Neoplasia Maligna do Colo do Útero

O Câncer do colo do útero uma das neoplasias que mais se destacam, devido ao seu desenvolvimento lento, que inicialmente pode percorrer sem sintomas e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL,2015b). Por ser considerado de evolução lenta, pode ser raro em mulheres mais jovens, e sua incidência acomete mais as mulheres na faixa etária de 45 a 50 anos (BRASIL, 2011). As lesões precursoras podem ser detectadas precocemente pelo exame de Papanicolau, e dessa forma, reduzir a sua incidência e mortalidade (TELES et al., 2013).

Está relacionada ao HPV (Papilomavírus humano), doença sexualmente transmissível (DST) mais comum em todo o mundo, considera-se que pessoas sexualmente ativas terão contato com o vírus ao menos uma vez na vida, no entanto, a maioria das infecções regridem espontaneamente em 6 a 18 meses (INCA, 2015). Atualmente existem mais de 200 genótipos de HPV, 15 deles são reconhecidos pela Iarc como oncogênicos destes os mais comuns são os 16 e 18 que originam cerca de 70% dos casos de câncer cervical invasor (IARC, 2009).

As infecções persistentes por HPV podem induzir a alterações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões epiteliais precursoras do câncer cervical, as quais se não diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno evoluem para o câncer cervical (INCA, 2015). A infecção apresenta-se na maioria das vezes na forma assintomática (infecção latente) ou como lesões subclínicas (inaparentes). As lesões clínicas, quando presentes, podem ser planas ou exofíticas (condilomas). Na forma subclínica, que corresponde a 80% dos casos, são visíveis apenas por meio de magnificação e após aplicação de reagentes como o ácido acético. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares, que consistem na identificação do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular (GAGIZI, 2010).

A associação com outros fatores de risco como: tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, múltiplos partos, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e a co-infecção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* influencia com o surgimento deste câncer (BRASIL, 2011).

Ressalta-se a importância de práticas de medidas preventivas tais como o sexo seguro, esta prática também compreende o relacionamento sexual sem uso de preservativo, desde que o casal conviva em monogamia mútua e sem que um dos cônjuges tenha contraído a infecção antes do início do relacionamento atual (MOURA, et al 2014). Outra medida de prevenção primária é a vacina contra o HPV, atualmente duas vacinas estão comercialmente disponíveis e regulamentadas para utilização: a vacina bivalente, que protege contra os genótipos 16 e 18, e a quadrivalente, que oferece proteção contra 6, 11, 16 e 18, que adiciona proteção para condilomas anogenitais associados também as infecções (ARAUJO et al, 2013).

A vacinação contra o HPV e a educação em saúde aliados à detecção de lesões precursoras, ainda são as melhores estratégias para diminuir a morbimortalidade dessa neoplasia (BRASIL, 2014). No entanto é importante ressaltar que a vacina tem maior eficácia e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus. A vacina profilática contra o HPV é proposta excepcionalmente ao emprego preventivo e não tem efeito confirmado em infecções genitais pré-existentes ou na presença de tumores malignos. Desta forma, a vacina não tem uso terapêutico no tratamento de lesões malignas do colo do útero ou de lesões displásicas cervicais, vulvares e vaginais de alto grau (BRASIL, 2014).

A prevenção secundária do HPV e, portanto, do câncer cervical é efetuada pelo exame preventivo de Papanicolaou para a detecção precoce do vírus e das possíveis alterações iniciadas no órgão genital feminino (MOURA et al 2014).

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2010).

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer (BRASIL,2015b).

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico

(exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (INCA, 2011). A priorização desta faixa etária como a população-alvo do programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem às infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (BRASIL, 2015b).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2011).

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado por Navarro et al., (2015) com 603 mulheres, os autores verificaram que prevalência maior de realização do exame foi na faixa de 20 a 34 anos(905), segundo a OMS(2014) uma cobertura de 80% pode reduzir a mortalidade.

Outro ponto de grande relevância é a precocidade do diagnóstico e o encaminhamento das mulheres para o tratamento. As mulheres diagnosticadas com lesões intra-epiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas. Para o Ministério da Saúde a síntese dos resultados do exame citopatológico e as respectivas condutas, considerando o papel da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero, são de extrema relevância para o prognóstico eficaz (BRASIL, 2013a).

Quadro 2. Resultados do exame de Papanicolaou, grau de suspeição e conduta da atenção primária no rastreamento de câncer do colo do útero.

Resultados		Grau de suspeição	Conduta	
Normal ou alterações celulares benignas		-	Rotina do rastreamento	
Atipias de Significado Indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em seis meses
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia

Resultados		Grau de suspeição	Conduta
Atipias em células escamosas	Lesão intra-epitelial de baixo grau	Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intra-epitelial de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermóide invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: DARA/OINCA

Dentro da organização dos programas de câncer cervical, encontra-se os sistemas de informação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) os define como um mecanismo que irá realizar a coleta, o processamento, a análise dos dados e a transmissão da informação, objetivando o diagnóstico de situações da saúde tanto individual quanto a coletiva. Estas informações são um ponto importante para nortear ações dos profissionais e minimizar as desigualdades entre as populações (NEVES, MONTENEGRO, BITTENCOURT, 2014).

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO foi desenvolvido pelo INCA em 1999, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datusus), como ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (BRASI, 2015b).

O sistema está implantado nos laboratórios de citopatologia que realizam o exame citopatológico do colo do útero pelo Sistema Único de Saúde (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação). Atualmente este sistema está sendo substituído por sua versão web, que será integrada ao Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) e passará a se chamar SISCAN - Sistema de Informação do Câncer. (BRASIL, 2015b).

É importante ressaltar que também houve mudanças na nomenclatura brasileira empregada para laudos citopatológicos, ela tem passado por constantes alterações, foi adaptada do Sistema de Bethesda, no entanto promove a comparação entre resultados nacionais com publicações estrangeiras. A introdução desses novos conceitos colabora tanto para a atuação do laboratório quanto para a relação entre a citologia e a clínica. Atualmente, alguns laboratórios ainda emitem laudos de citopatologia com a nomenclatura ultrapassada, no entanto a proposta das novas categorias de resultados evita a correlação pertinente entre Bethesda e Papanicolaou (INCA, 2012).

A nomenclatura brasileira tem uma categoria destacada para todas as atípicas de significado indeterminado, e uma categoria “de origem indefinida” proposta àquelas condições em que não se pode estabelecer com nitidez a origem da célula atípica, com a eliminação da expressão “provavelmente reativa”, a qual foi suprida pela “possivelmente não neoplásica”, e embutida a expressão “não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau” (INCA, 2012). Esta mudança pretende destacar os achados de lesões de natureza neoplásica, diminuindo assim o diagnóstico ambíguo. O principal objetivo das alterações é de facilitar a identificação das células imaturas e pequenas, que, por sua própria diferenciação, podem apresentar maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Assim sendo, os acrômios ASCUS e AGUS foram completamente eliminados (INCA, 2012).

O Quadro 3 expõe as nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências (BRASIL, 2013b).

Quadro 3. Nomenclaturas citopatológica e histopatológica para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

Papanicolaou (1941)	OMS (1952)	Richart (1967)	Brasil (2006)
Classe I	-	-	Normal
Classe II	-	-	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado*
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia acentuada	NIC I NIC II NIC III	LSIL HSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

*Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau

Fonte: (BRASIL, 2011, adaptado).

2.2.1 Neoplasia Maligna do Corpo do Útero

Dentre as neoplasias uterinas destaca-se também a do corpo do útero, especificamente a do endométrio, no Brasil, ocupa a sexta posição entre todos os cânceres (INCA 2014). Foram estimados no mundo 320 mil novos casos, no ano de 2012 em relação a mortalidade foram estimados 76 mil óbitos (INCA, 2015).

A incidência é maior em países que apresentam alta renda (5,5%), comparado com países de baixa renda (4,2%), embora a mortalidade específica seja maior em países menos desenvolvidos. O risco acumulativo do câncer endometrial atinge mulheres com idade de 75 anos, foi estimado como 1,6% em regiões de alta renda e 0,7% em países de baixa renda (SIEGEL, 2015). É uma neoplasia que afeta principalmente mulheres no período peri e pós-menopáusico, sendo que, em cerca de 90% dos casos, o sangramento anormal ocorre precocemente na evolução da patologia (RIVOIRE, 2011).

Dois importantes fatores de risco associados nos países com alta renda são a obesidade e o sedentarismo, por outro lado a realização da atividade física e o uso de anticoncepcionais contínuos combinado (estrogênio e progesterona) estão associados com a redução do risco de câncer endometrial (FRIEDENREICH, et al 2010). É

importante ressaltar que a obesidade também está associada à idade mais precoce ao diagnóstico e tipo do câncer endometrial (NEVADUNSKY, 2014)

A classificação por estádios evolutivos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabelece como estágio I o tumor limitado à cavidade uterina; estágio II, quando atinge o canal cervical; estágio III, quando se propaga para fora do útero por extensão (metástases vaginais, pélvicas, citologia peritoneal positiva, linfonodos pélvicos ou paraórticos comprometidos); e estágio IV, quando atinge a mucosa da bexiga/reto, quando existe metástase à distância, ou ainda, com linfonodos inguinais metastáticos (SOBIN et al., 2010).

O diagnóstico definitivo da neoplasia endometrial é estabelecido pelo exame histológico de material obtido por biópsia endometrial em consultório, curetagem uterina ou histeroscopia (RIVOIRE, 2011). No entanto há a possibilidade de o exame Papanicolaou, usado para diagnóstico precoce de câncer do colo do útero, detectar também o câncer de endométrio. Pesquisadores fizeram o sequenciamento de DNA de células provenientes do exame e obtiveram 100% de sucesso para o câncer de endométrio. Não houve resultado falso-positivo. Hoje, o Papanicolaou só detecta lesões precursoras e o câncer do colo do útero. Esta técnica recebe o nome de PapGene, e ela não altera o procedimento pouco invasivo do Papanicolaou; apenas agrega a análise de genética molecular em células do ovário e do endométrio (INCA, 2013).

3. JUSTIFICATIVA

O aumento dos casos de neoplasias uterinas pode estar relacionado a ineficácia dos programas de assistência à mulher. Um ponto importante desta patologia se associa a prevenção e a forma como os dados estão sendo disponibilizados e discutidos. Além das questões inerentes à qualidade da assistência à mulher, a falta de informações encontradas em sistemas de informações e prontuários médicos de mulheres que procuram os serviços de saúde, passam a dificultar a adoção de medidas, ações e programas específicos que possam reduzir a mortalidade para esta parcela da população. Os sistemas de informação e prontuários de mulheres faz parte do acompanhamento, monitoramento e avaliação da eficiência da assistência, assim como a visualização da evolução das políticas e planejamento na prevenção das neoplasias uterinas. Assim, sendo torna-se de grande relevância o estudo deste acompanhamento e do esclarecimento dos dados alimentados nos programas.

Também o papel do profissional que acompanha a mulher em todos os níveis de atenção à saúde, e os gestores municipais passam a desenvolver um importante papel na identificação de fatores de risco e detecção precoce de complicações ginecológicas. A investigação desses eventos permite a reflexão por parte dos profissionais e gestores de saúde acerca da qualidade das informações para melhor prognóstico, e do planejamento das ações voltadas para a saúde da mulher.

Espera-se também que os resultados possam subsidiar os serviços de saúde para a definição, implementação e execução de programas de rastreamento organizado não somente do câncer de colo do útero, mas de todas as neoplasias uterinas.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Analisar a tendência da mortalidade por neoplasias do útero especificado pelo CID10: C53, C54 e C55 e seus fatores de risco.

4.2 Específicos

- Verificar a tendência da mortalidade por neoplasias do útero especificado pelo CID10: C53, C54 e C55
- Identificar os fatores de risco para neoplasias.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de corte transversal, de séries temporais.

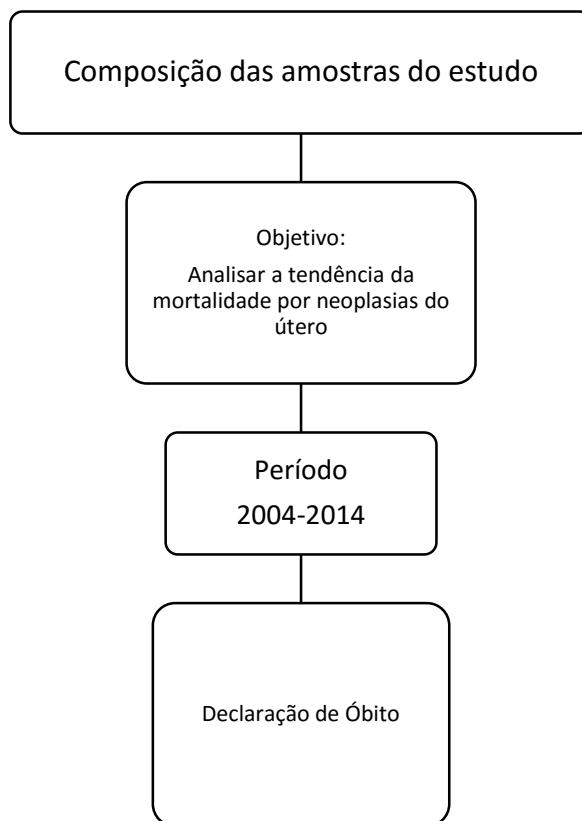
5.2 Local de estudo

Este estudo foi realizado em um município do Sul do Brasil com dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos setores Vigilância Epidemiológica, departamento de Estratégia Saúde da Família, departamento Saúde da Mulher e Central de Informática. Utilizou-se dados secundários de declarações de óbitos, informações dos sistemas SISCOLO e SIAB.

5.3 População de estudo

A população foi constituída por mulheres acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde que foram a óbito por neoplasias do útero. A figura 1 demonstra a distribuição do processo de composição da amostra do estudo.

Figura1. Distribuição do processo de composição da amostra do estudo.



5.4 Coleta de dados

Informações foram coletadas entre os meses de dezembro de 2014 e agosto de 2015 a partir de um formulário construído com questões referentes a identificação, dados do óbito.

As variáveis referentes às mulheres foram:

Identificação da mulher: procedência (unidade de saúde), renda média mensal dos responsáveis pelo domicílio conforme setor censitário

Dados do óbito: data do óbito e causa do óbito.

Identificação do CID 10: C53 – Neoplasia Maligna do Colo do Útero, C54 – neoplasia Maligna do Corpo do Útero e C55 Neoplasia Maligna do Útero, porção não especificada

Fatores de risco presentes nas declarações de óbito: idade, estado civil, escolaridade, etnia, ocupação, assistência médica durante a doença que ocasionou a morte e cirurgia antes do óbito.

5.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2010 for Windows para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico SAS (Statistical Analysis System) (SAS, 1999), versão 9. A análise estatística foi feita de forma descritiva através do cálculo de algumas medidas resumo, como média, mediana, valores mínimo e máximo, desvio-padrão, frequência absoluta e relativa (porcentagem), além de gráfico de linhas.

As análises inferenciais empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva foi o Teste de Qui-quadrado de Pearson ou extensão do teste Exato de Fisher. Para a conclusão obtida através da análise inferencial foi utilizado o nível de significância α igual a 5%.

Para a análise de tendência, utilizou-se o modelo de regressão polinomial, no qual os coeficientes de mortalidade foram considerados como variáveis dependentes (y) e os anos de estudo como variáveis independentes (x). A variável 'ano' foi transformada na variável ano-centralizada ($x-2009$) e as séries foram suavizadas por meio de média móvel de três pontos. Foram testados os modelos de regressão polinomial linear ($y=\beta_0+\beta_1x_1$), quadrático ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2$), e cúbico ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2+\beta_3x_3$). Considerou-se tendência significativa, aquela cujo modelo estimado obteve p valor $<0,05$. Para a escolha do melhor modelo foi considerada ainda a análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (r^2) e análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando todos os critérios eram significativos para mais de um modelo e o coeficiente de determinação era semelhante, optou-se pelo modelo mais simples. As análises foram realizadas por meio do Microsoft Excel (versão 2013), Epiinfo 2005 e SPSS, versão 20.1.

5.6 Considerações éticas

Os aspectos éticos que envolveram a presente pesquisa foram embasados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012) (BRASIL, 2012). O projeto

foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, com parecer positivo n. 86.4889.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Silvia Cristina Fonseca de et al. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.32-44, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29s1/a04.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

AYRES, Andéia Rodrigues Gonçalves et al. Tendência da incidência de câncer do colo do útero invasor em quatro capitais brasileiras: dados dos registros de câncer de base populacional, 1990-2004. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v21, n. 3, p23-35, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300009. Acesso em 25 out.2015

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. (Org.). **Estimativa novos casos de câncer**. 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/estimativa_incidencia_cancer_2014>. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. (Org.). **INCA estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016**. 2015a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/estimativa_incidencia_cancer_2016>. Acesso em: 29 out. 2015.

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. (Org.). **Controle do cancer do colo do útero: Histórico das ações**. 2015b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). Coletiva HPV: vacinação contra o HPV. 2014. Disponível em: <.>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. **Institui O Serviço de Referência Para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (src), O Serviço de Referência Para Diagnóstico de Câncer de Mama (sdm) e Os Respectivos Incentivos Financeiros de Custeio e de Investimento Para A Sua Implantação**. BRASÍLIA, DF, 31 jan. 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/01_janeiro/PT_GM_N_189_31.01.2014.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Cadernos de Atenção Básica n. 13. 2013a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. (Org.). **INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014.** 2013b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Institui A Política Nacional Para A Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus).** 1. ed. BRASÍLIA, DF, 16 maio 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. **Institui O Sistema de Informação de Câncer (sican) no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus).** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/documentos/portaria_3394.pdf>. Acesso em: 05 out. 2013.

_____. Instituto Nacional de Cancer (Org.). **Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais.** 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1c320d804eb6841288709af11fae00ee/nomenclatura_laudo_cervical.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1c320d804eb6841288709af11fae00ee>. Acesso em: 01 set. 2015.

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. (Org.). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/novas_diretrizes_para_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_no_brasil_serao_lancadas_nesta_segunda>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. **Institui Os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e Os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos Compromissos Prioritários de Governo Organizados Por Meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.** 1. ed. BRASÍLIA, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-1473-2011>>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (Org.). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/** Instituto Nacional de Câncer. 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>. Acesso em: 01 out. 2015.

_____. Portaria nº n. 310/2010, de 10 de fevereiro de 2010. **Institui Grupo de Trabalho Com A Finalidade de Avaliar O Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero.** 1. ed. BRASÍLIA, DF, 10 fev. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0310_10_02_2010.html>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. Portaria nº GM 2439/2005, de 8 de dezembro de 2005. **Institui A Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, A Ser Implantada em Todas As Unidades Federadas, Respeitadas As Competências das Três Esferas de Gestão.** 1. ed. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2206.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

FRIEDENREICH, Christine M.; NEILSON, Heather K.; LYNCH, Brigid M.. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. **European Journal Of Cancer**, Europe, v. 46, n. 14, p.2593-2604, 2010. Disponível em: <[www.ejocancer.com/article/S0959-8049\(10\)00706-9/](http://www.ejocancer.com/article/S0959-8049(10)00706-9/)>. Acesso em: 01 out. 2015.

GAGIZI, Elcio Nogueira (Org.). **Diretrizes para o diagnóstico e tratamento do HPV na rede municipal especializada em DST/AIDSMS-SP.** 2010. Disponível em: <<http://charlesrosenblatt.com.br/wp-content/uploads/2012/11/LivretoHPV2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

MAEDA, Tamie de Carvalho et al. CONHECIMENTO DE MULHERES IDOSAS SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAOU. **Ciências Cuidado e Saúde**, Maringá-pr, v. 1, n. 11, p.360-367, 01 maio 2012. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13070/pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Maringá; PR, 2014.

MOURA, Rejane Ferreira et al. Panorama clínico, terapêutico e sexual de mulheres portadoras de Papiloma Vírus Humano e/ou Neoplasia Intraepitelial Cervical. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, p.113-120, 01 dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300013&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2015.

NAVARRO, Cibelli et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p.15-29, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102015000100214&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 out. 2015.

NEVADUNSKY, Nicole et al. Obesity and Age at Diagnosis of Endometrial Cancer. **Obstetrics & Gynecology**, Usa, v. 124, n. 2, p.199-201, ago. 2014. Disponível em: <Obstetrics & Gynecology:>. Acesso em: 02 out. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Centro de Informação da OIC sobre HPV e cancro do colo do útero (HPV Information Centre).** Relatório de síntese sobre as estatísticas de HPV e câncer cervical no Brasil. Genebra; 2014 [acesso 2015 03 de dezembro]. Disponível em: <http://www.hpvcentre.net>. Acesso em 03 dez.2015

RIVOIRE, Waldemar Augusto et al. **Rotinas em ginecologia.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 735 p.

SIEGEL, Rebecca L. et al. Cancer statistics, 2015. **Ca: A Cancer Journal For Clinicians**, Atlanta, v. 65, p.5-29, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21254/epdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

SOBIN L, Gospodarowicz M, Witterkind C, editors. **Classification of malignant tumours**. International Union Against Cancer. 7a ed. Singapura; 2010.

TELES, Cássia Caroline Garcia Dalbem; ALVES, Elíoenai Dornelles; FERRARI, Rogério. Precursor lesions for cervical cancer and its risk factors: reflective study. **Journal Of Nursing Ufpe**, Recife, v. 7, n. 41, p.5733-5741, 1 set. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3259/pdf_3500>. Acesso em: 20 out. 2015.

TOPAN, Aysel et al. Knowledge Level of Working and Student Nurses on Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccines. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Asian, v. 16, n. 6, p.2515-2519, 10 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer.**: Human papillomavirus and related cancers in Brazil. 2010. Disponível em: <www.who.int/hpvcentre>. Acesso em: 20 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer**. 2012. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CAPÍTULO II

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE DE MULHERES POR NEOPLASIAS UTERINAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL.

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE DE MULHERES POR NEOPLASIAS UTERINAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Tomaz ACV¹, Gravena AA², Rosseto R³, Andrade L⁴, Consolaro MEL⁵, Carvalho MDBC⁶, Peloso SM⁷.

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar a tendência da mortalidade por neoplasias do útero especificado pelo CID10: C53, C54 e C55 e os fatores de risco. Trata-se de um estudo ecológico, de coorte transversal, de séries temporais, dos óbitos por neoplasias uterinas, registrados na declaração de óbito de 147 mulheres residentes no município de Maringá-PR, no período de 2004 a 2014. Os dados foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde. Foram calculados coeficiente de mortalidade por causa principal do óbito e por faixa etária. A análise estatística foi feita de forma descritiva através do cálculo de algumas medidas além do gráfico de linhas. Nas análises inferenciais foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson. Foi utilizado o nível de significância igual a 5%. Os óbitos atribuídos às neoplasias malignas do colo do útero porção não especificada (C53.9), foram as que mais acometeram as mulheres. A tendência dos coeficientes de mortalidade por neoplasias do útero foi crescente, o comportamento dos grupos etários, revelou aumento em mulheres 65 anos ou mais, 71,5% das mulheres possuíam menos de 8 anos de estudos, e 60,5% não tinham companheiro. Constatou também que a unidade de saúde Vardelina foi a que mais apresentou óbitos, correspondendo a 0,73% da população. A porcentagem de óbitos total no município foi de 0,15%. Estes dados indicam que os estratos sociais menos favorecidos são os que tem menor acesso aos serviços de saúde e diminuição da qualidade de informações acerca da prevenção primária e tratamento eficaz das neoplasias uterinas.

Palavras-chave: Mortalidade; Assistência Integral à Saúde da Mulher; Neoplasias Uterinas

TENDENCY OF UTERINE NEOPLASM MORTALITY IN WOMEN IN SOUTHERN BRAZIL.

Tomaz ACV¹, Gravena AA², Rosseto R³, Andrade L⁴, Consolaro MEL⁵, Carvalho MDBC⁶, Peloso SM⁷.

Abstract: The aim of this study was to analyze the trend in mortality from uterine neoplasm specified by the International Classification of Diseases - 10th Edition (ICD-10): C53, C54 and C55, and the risk factors. This is an ecological study, of cross-sectional cohort and time series, of deaths from uterine cancer, registered in death certificates of 147 women residing in Maringá-PR, from 2004 to 2014. The data were collected in the Municipal Secretary of Health. Mortality rates were calculated by main cause of death and age group. Statistical analysis was done descriptively by calculating a few steps beyond the line chart. In the inferential analysis, Pearson's chi-square test was used. The significance level of 5% was used. The deaths attributed to malignant neoplasms of the cervix, unspecified part, (C53.9) were the most common ones in women. The trend in mortality rates from cancer of the uterus was increasing. The behavior of age groups showed an increase women over 65 years of age; 71.5% the of women had less than 8 years of study, and 60.5% had no partner. It was also found that the health unit Vardelina was the one with the highest number of deaths, corresponding to 0.73% of the population. The percentage of the total deaths in the city was 0.15%. These data indicate that the lower social strata are the ones who have less access to health services and poorer quality information on primary prevention and effective treatment of uterine cancer.

Keywords: Mortality; Integral Assistance to Women's Health; Uterine neoplasms

INTRODUÇÃO

As neoplasias uterinas são divididas em neoplasias malignas do colo do útero, neoplasias malignas do corpo do útero e neoplasias malignas do útero porção não especificada. As neoplasias do colo do útero ocupam o terceiro lugar entre os cânceres mais comuns entre as mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil⁽¹⁾.

Na Região das Américas foi estimada para 2015 a incidência de mortalidade por câncer de colo de útero de 38.362 mulheres, quando associados a outras neoplasias uterinas este número sobe para 52.215 mulheres. Já a incidência de neoplasias uterinas apresenta números alarmantes 88.492 mulheres⁽²⁾.

No Brasil a estimativa para 2016 e 2017, são de 16.340 novos casos ³, já em 2015 o risco foi de 18,20/100 mil mulheres, sobretudo aquelas na menopausa, com idade entre 50 e 65 anos^(BRASIL,2014).

Dentre as neoplasias uterinas destaca-se também a do corpo do útero, especificamente a do endométrio, e ocupa a sexta posição entre todos os cânceres⁽³⁾.

A incidência é maior em países que apresentam alta renda (5,5%), comparado com países de baixa renda (4,2%), embora a mortalidade especifique seja maior em países menos desenvolvidos. O risco acumulativo do câncer endometrial atinge mulheres com idade de 75 anos, foi estimado como 1,6% em regiões de alta renda e 0,7% em países de baixa renda⁽⁴⁾. É uma neoplasia que afeta principalmente mulheres no período peri e pós-menopáusicos, sendo que, em cerca de 90% dos casos, o sangramento anormal ocorre precocemente na evolução da patologia. O diagnóstico definitivo da neoplasia endometrial é estabelecido pelo exame histológico de material obtido por biópsia endometrial em consultório, curetagem uterina ou histeroscopia⁽⁵⁾.

Maringá é uma cidade de médio porte localizada na região Sul do Brasil apresenta baixa/média renda com uma população de 397.437 habitantes⁽⁶⁾ se destaca na evolução dos programas de atenção primária, no entanto apresenta algumas disciparidades. Possui 72 equipes de saúde da família correspondendo a uma cobertura de 67,3% da população (SIAB, 2015). Destaque-se ainda por apresentar um alto índice de desenvolvimento humano (0,808), ocupando a 23ª posição entre os municípios do Brasil, ⁽⁷⁾ (MARINGÁ, 2014).

A elevação da ocorrência do câncer uterino indica uma forte associação com condições precárias de vida, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária e dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras ⁽⁸⁾.

Contudo, estudos com dados de tendência de mortalidade por neoplasias do útero, especificando colo do útero (C53), corpo do útero (C54) e porção não especificada escassos até o presente momento. É importante ressaltar que a eficácia da detecção precoce das neoplasias relacionadas a redução de mortes e custos de saúde, podem trazer benefícios de saúde e economia monetária para serem utilizados em avaliações de custo-eficácia e da promoção de rastreio proativo regular⁽⁹⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência da mortalidade por neoplasias do útero especificado pelo CID10: C53, C54 e C55 e os fatores de risco.

MÉTODOS

Estudo ecológico, de coorte transversal, de séries temporais, dos óbitos por neoplasias uterinas, registrados na declaração de óbito de mulheres no período de 2004 a 2014, residentes em um município de médio porte do Sul do Brasil, com uma população de 397.437 habitantes⁽⁶⁾, dos quais 185.353 são mulheres e destas 98.625

estão na faixa etária acima de 20 anos; a cobertura realizada pela Estratégia Saúde da Família é de 240.165 pessoas, correspondendo a 67,3% da população⁽¹⁰⁾.

A coleta foi realizada a partir de dados secundários do setor de vigilância epidemiológica, departamento da estratégia saúde da família, departamento de saúde da mulher e central de informática, foram selecionados os óbitos de mulheres de acordo com a Classificação do CID 10 (Figura 1).

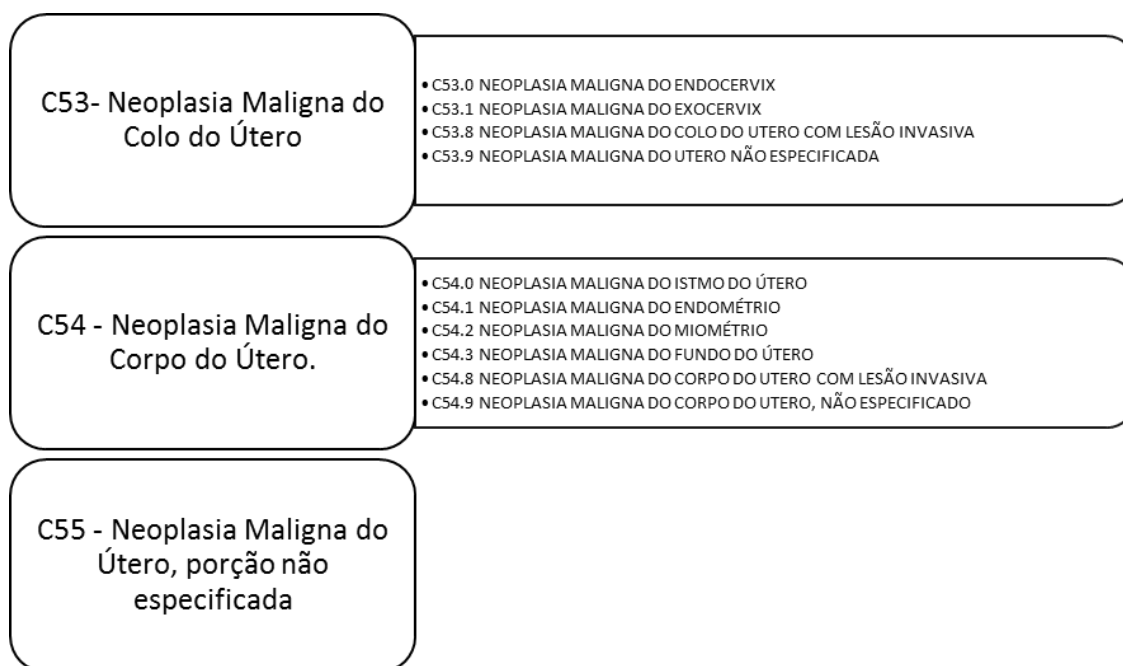


Figura 1. Seleção dos óbitos por neoplasias uterinas conforme CID 10.

Foram analisadas variáveis disponíveis nas declarações de óbitos que se associam à morbidade e mortalidade por neoplasias uterinas, tais como: faixa etária, estado civil, escolaridade e etnia. As demais variáveis que são consideradas como fator de risco não foram analisadas por não constarem nas declarações de óbitos. A procedência da mulher conforme unidade básica de saúde, data e causa do óbito e renda média mensal dos responsáveis pelo domicílio conforme setor censitário também foram analisadas.

Os coeficientes de mortalidade (CM) por causa principal do óbito foram calculados empregando-se no numerador o total de mulheres que foram a óbito por

neoplasias uterinas, e no denominador a população feminina exposta ao risco, multiplicados por cem mil. Posteriormente foram realizados os cálculos do coeficiente de mortalidade por neoplasia de útero específico para cada faixa etária, utilizando-se no numerador o total de óbitos em dado grupo etário, e no denominador a população do mesmo grupo etário, multiplicados por cem mil.

Os grupos etários foram agrupados de 10 em 10 anos. Os tipos de neoplasias uterinas foram classificados segundo diagnóstico no CID-10, conforme figura registrada anteriormente (Figura 1).

Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2010 for Windows para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico SAS (Statistical Analysis System) (SAS, 1999), versão 9. A análise estatística foi feita de forma descritiva através do cálculo de algumas medidas resumo, como média, mediana, valores mínimo e máximo, desvio-padrão, frequência absoluta e relativa (porcentagem), além de gráfico de linhas.

As análises inferenciais empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva foi o Teste de Qui-quadrado de Pearson ou extensão do teste Exato de Fisher. Para a conclusão obtida através da análise inferencial foi utilizado o nível de significância α igual a 5%.

O mapa com a distribuição de mortalidade por Unidade básica de Saúde foi realizado através do QGIS versão 2.8, software de acesso livre. A variável socioeconômica por setor censitário foi obtida pelo site da secretaria municipal de saúde de Maringá. As análises foram realizadas por meio do Microsoft Excel (versão 2013), Epiinfo 2005 e SPSS, versão 20.1.

Para a análise de tendência, utilizou-se o modelo de regressão polinomial, no qual os coeficientes de mortalidade foram considerados como variáveis dependentes (y)

e os anos de estudo como variáveis independentes (x). A variável 'ano' foi transformada na variável ano-centralizada ($x-2009$) e as séries foram suavizadas por meio de média móvel de três pontos. Foram testados os modelos de regressão polinomial linear ($y=\beta_0+\beta_1x_1$), quadrático ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2$), e cúbico ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2+\beta_3x_3$). Considerou-se tendência significativa, aquela cujo modelo estimado obteve p valor $<0,05$. Para a escolha do melhor modelo foi considerada ainda a análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (r^2) e análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando todos os critérios eram significativos para mais de um modelo e o coeficiente de determinação era semelhante, optou-se pelo modelo mais simples.

As informações foram coletadas após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Maringá com parecer consubstanciado n. 86.4889.

RESULTADOS

No período estudado, foram registrados 8.924 (44,3%) óbitos femininos, as neoplasias do útero foram responsáveis por 147 (1,65%) mortes. Os óbitos atribuídos às causas por neoplasia maligna do útero não especificada foram as que mais acometeram as mulheres (57,8%).

Analisou-se maior número de casos de óbitos em mulheres com idade igual ou maior que 65 anos (48,3%), a média de idade foi de 62 anos, o limite inferior foi de 26 e o superior foi de 92 anos.

Quanto a variável escolaridade 71,5% das mulheres apresentaram menos de 8 anos de estudo. Houve um aumento expressivo da mortalidade em mulheres brancas (79,6%). Em relação ao estado civil, 60,5% das mulheres não tinham companheiro.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil, no município de Maringá PR segundo período de 2004-2008 e 2009-2014.

Variável			2004-2008	2009-2014	p
	Total	%	N=58 n (%)	N=89 n (%)	
Faixa etária					0,49
25-34	5	3,4	-	5 (100,0)	
25-44	15	10,2	6 (40,0)	9 (60,0)	
45-54	19	12,9	8 (42,1)	11 (57,9)	
55-64	37	25,2	15 (40,5)	22 (59,5)	
≥ 65	71	48,3	29 (40,8)	42 (59,2)	
Escolaridade (anos de estudo)					0,11
< 8	103	71,5	45 (43,7)	58 (56,3)	
≥ 8	41	28,5	12 (29,3)	29 (70,7)	
Etnia					0,10
Branca	117	79,6	50 (42,7)	67 (57,3)	
Não branca	30	20,4	8 (26,7)	22 (73,3)	
Estado Civil					0,51
Com companheiro	58	39,5	21 (36,2)	37 (63,8)	
Sem companheiro	89	60,5	37 (41,6)	52 (58,4)	

Em seguida buscou-se identificar o comportamento dos coeficientes de mortalidade por neoplasias uterinas, comparando-se ao coeficiente de mortalidade geral em mulheres. A tabela 2 apresenta coeficientes maiores em 2006 e 2010, sendo que em 2006 o coeficiente de mortalidade por neoplasia do útero foi de 9,7 e o de mortalidade em mulheres foi de 4,2; já em 2010 foi 9,7 e 4,5 respectivamente. É importante destacar

que o coeficiente de mortalidade por neoplasias uterinas manteve-se maior que o coeficiente de mortalidade em mulheres em todos os anos.

Tabela 2. Comportamento dos coeficientes de mortalidade por neoplasias uterinas segundo CID 10, ano em estudo, comparando-se ao coeficiente de mortalidade geral em mulheres. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Ano	Óbitos mulheres	CM mulheres	C53.8	C53.	C54.	C54.	C55	TOTAL	
			N	N	n	n	n	N	CM neoplasi a de útero
2004	760	4,1	0	7	1	0	2	10	5,3
2005	688	3,7	0	5	0	0	4	9	4,9
2006	767	4,2	0	1	3	0	5	18	9,7
2007	748	4,1	0	6	2	0	4	12	6,5
2008	778	4,2	0	7	3	0	2	12	6,5
2009	721	3,9	0	8	2	0	4	14	7,6
2010	830	4,5	0	1	3	0	5	18	9,7
2011	848	4,6	0	7	0	0	3	10	5,3
2012	911	4,9	0	1	2	1	3	16	8,7
2013	911	4,9	0	6	5	0	4	15	8,1
2014	962	5,2	1	9	3	0	0	13	7,1
Total	8.924	48,3	1	8	2	1	3	14	79,4
				5	4		6	7	

A figura 2 mostra que a tendência dos coeficientes de mortalidade total em mulheres foi crescente, com CM médio de 4,36, e aumento de 0,13 ao ano ($r^2=0,89$). Também houve tendência crescente dos coeficientes de mortalidade por neoplasias do útero, com coeficiente médio de 7,41, e aumento de 0,13 ao ano ($r^2=0,51$). Os dados também permitem observar que houve uma ascendência gradativa de mortes até o ano de 2006, com queda logo em seguida e uma rápida ascensão até 2007. Em 2011 os resultados decresceram e nos próximos anos cresceram mantendo coeficientes próximos até 2014.

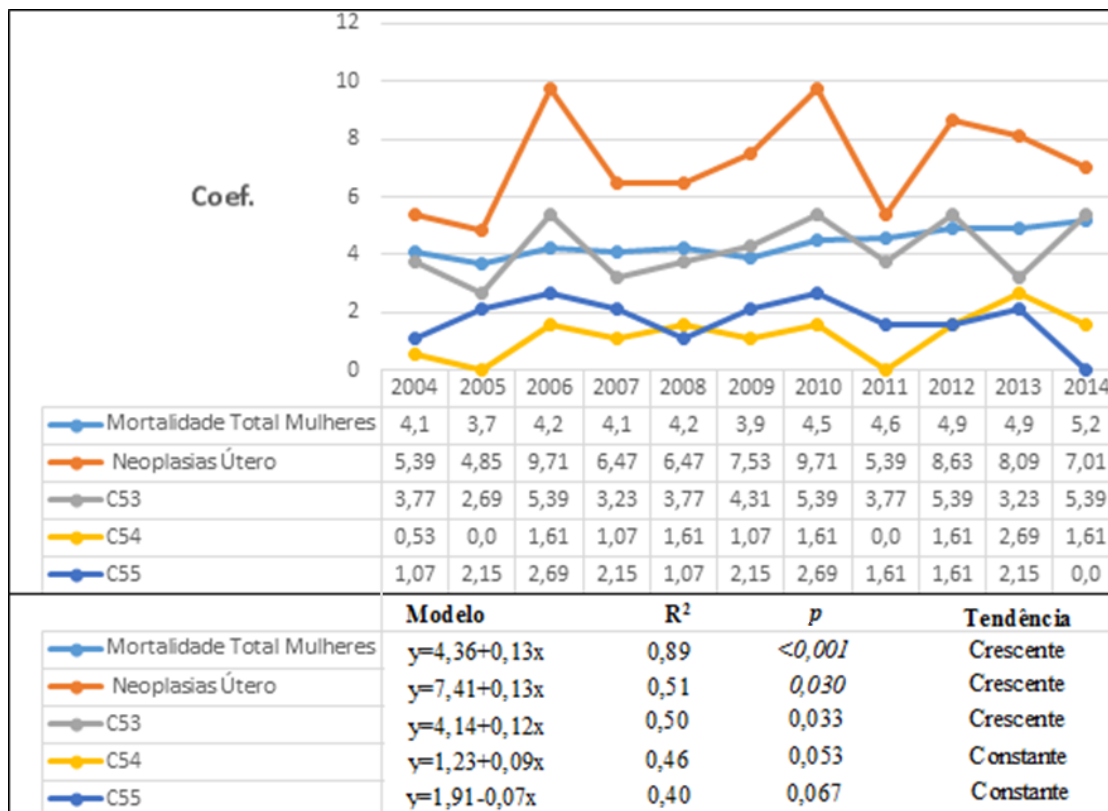


Figura 2. Distribuição e modelos de tendência dos coeficientes de mortalidade por neoplasias uterinas, segundo CID 10. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Em seguida buscou-se verificar a distribuição do percentual de óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo localidade e população atendida por unidade básica de saúde. Constatou que de 72 equipes de saúde da família, distribuídas em 32 unidades básicas de saúde apenas 2 unidades (4 equipes) não apresentaram óbito no período, sendo que, ao relacionarmos o número de mulheres na faixa etária acima de 20 anos atendidas no território adscrito, as unidades de saúde Vardelina e Grevíleas, foram as que mais apresentaram óbitos no período, correspondendo a 0,73% e 0,54% da população, já o percentual médio de óbitos total no município foi de 0,15%.

O Mapa dos setores censitários do município de Maringá revelou que o percentual de óbitos foi maior em Unidades Básicas de Saúde próximas a setores censitários que apresentaram renda familiar menor.

A porcentagem de óbitos total no município foi de 0,15%. O território pertencente às unidades de saúde Alvorada I e Cidade Alta obteve o mesmo número, e as que mais apresentaram casos de óbito (11).

Tabela 3. Distribuição dos óbitos por neoplasias do útero em mulheres, segundo localidade. Maringá, Paraná, Brasil, 2004 a 2014.

Região por Unidade Básica de Saúde	Nº Equipes ESF	População geral atendida pela unidade de saúde	População de mulheres acima de 20 anos	Número de óbitos	%
1. Aclimação	2	5.859	2.560	2	0,08
2. Alvorada I	3	10.435	4.562	11	0,24
3. Alvorada III	3	12.173	4.841	2	0,04
4. Céu Azul	1	4.061	1.533	2	0,13
5. Cidade Alta	3	10.540	4.145	11	0,26
6. Floriano	1	2.041	737	1	0,14
7. Grevíleas	3	3.125	1.282	7	0,54
8. Iguaçú	3	13.063	5.534	4	0,07
9. Iguatemi	2	7.621	2.896	4	0,14
10. Império do Sol	1	1.351	516	1	0,2
11. Industrial	2	6.393	2.428	7	0,3
12. Internorte	2	5.765	2.592	1	0,04
13. Mandacaru	3	9.999	4.247	5	0,12
14. Maringá Velho	1	3.522	1.546	3	0,2
15. Morangueira	3	12.073	5.074	2	0,04
16. Ney Braga	3	10.337	4.141	7	0,17
17. Olímpico	2	7.878	3.036	0	-
18. Operária	2	6.689	3.006	8	0,27
19. Parigot	2	7.489	3.143	4	0,13
20. Paris	2	3.021	1.102	0	-
21. Piatã	2	7.052	2.742	1	0,04
22. Pinheiros	5	18.689	7.489	7	0,09
23. Portal da Torres	2	5.519	2.048	1	0,05
24. Quebec	5	15.806	6.824	8	0,12
25. Requião	3	11.347	4.406	8	0,18
26. São Silvestre	1	4.090	1.653	3	0,18
27. Tuiuti	3	8.952	3.879	8	0,21
28. Universo	1	4.293	1.583	4	0,25
29. Vardelina	1	3.503	1.379	1	0,73
30. Vila Esperança	2	7.008	2.997	9	0,3
31. Zona 6	1	3.267	1.503	6	0,4
32. Zona Sul	2	7.204	3.201	9	0,28
Total	72	240.165	98.625	147	0,15

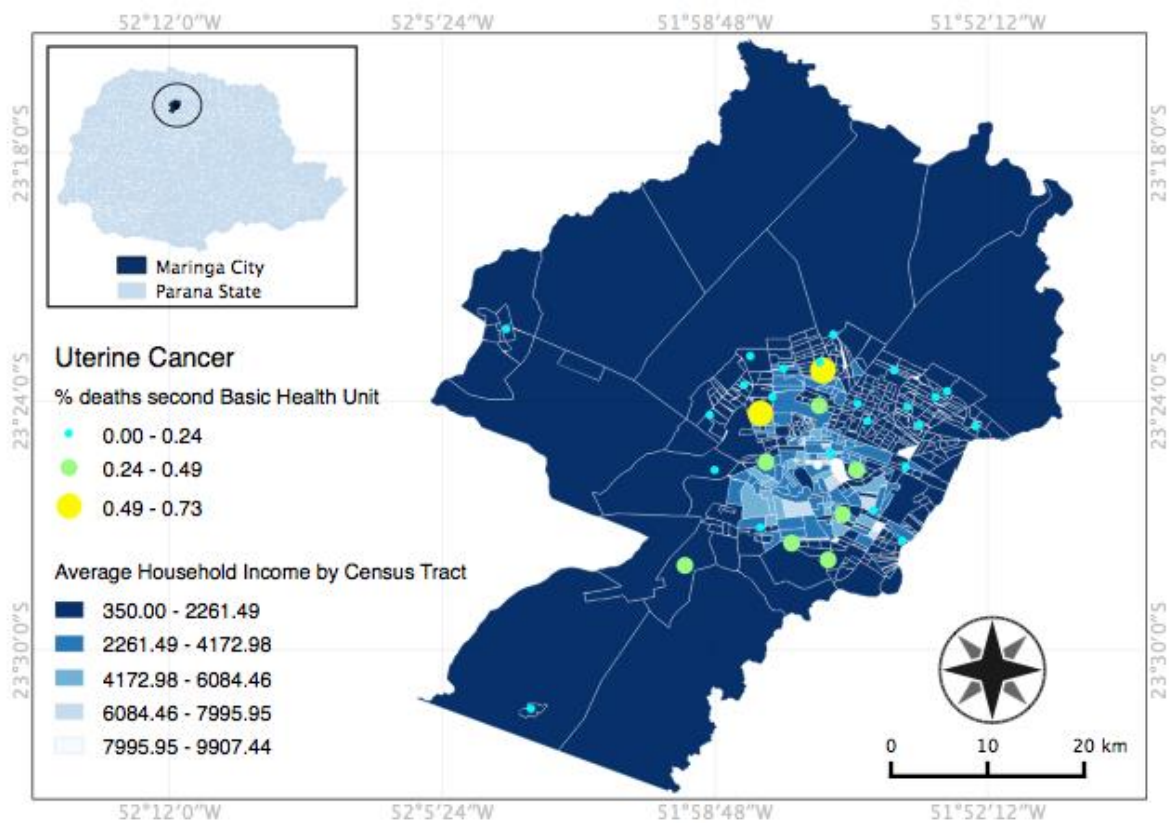


Figura 3. Mapa dos setores censitários do município de Maringá, segundo percentual de óbitos por UBS e valor de renda média familiar. Maringá, Paraná, Brasil.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra os dados de tendência de mortalidade por neoplasias do útero especificando colo do útero, porção não especificada e neoplasias do corpo do útero. Os óbitos atribuídos às neoplasias malignas do colo do útero porção não especificada (CID 10 - C53.9), foram as que mais acometeram as mulheres. A tendência dos coeficientes de mortalidade por neoplasias do útero foi crescente com CM médio de 7,41 e aumento de 0,13 ao ano, para as neoplasias do colo do útero o coeficiente médio foi de 4,14 com aumento de 0,12 a cada ano.

O comportamento dos grupos etários da faixa em estudo, revelou aumento do número de casos de óbitos em mulheres com idade igual ou maior que 65 anos. A variável escolaridade mostrou que a maioria das mulheres apresentaram menos de 8 anos de

estudos. Houve um aumento expressivo da mortalidade em mulheres brancas, em relação ao estado civil, a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres que não tinham companheiros. A distribuição dos óbitos segundo localidade revelou que a Unidade de Saúde Vardelina foi a que mais apresentou óbitos no período, com um percentual acima do município, mostrou também que o percentual de óbitos foi maior em Unidades Básicas de Saúde próxima a setores censitários que apresentaram o valor de renda média familiar menor.

Em pesquisa realizada com mulheres brancas não hispânicas indicou que em 2008, apenas três tipos de câncer foram responsáveis por 10% das mortes relacionadas com as neoplasias gerais, diferentes dos resultados desta, observaram que o câncer de endométrio foi o mais prevalente dentre as neoplasias uterinas, cerca de 460.000 mulheres morreram de câncer de mama, 140.000 mulheres morreram de câncer de ovário, e 74.000 morreram de câncer de endométrio ⁽¹¹⁾. Na República da Coreia, a incidência de mortalidade por 100.000 mulheres diminuiu de 12,7 em 2000 para 11,8 em 2011. No entanto, no grupo com idade entre 25 a 29 anos mostrou uma taxa mais elevada em 2011 (6,5) do que em 2000 (3,6) ⁽¹²⁾.

Pesquisas realizadas em Kanagawa e Japão mostram que tendências são crescentes nas taxas de mortalidade para Câncer de Colo do Útero para as idades de 20-29 e 30-39 anos, o estudo revela preocupações com câncer cervical entre as mulheres japonesas com menos de 50 anos ⁽¹³⁾.

Estudo sobre a mortalidade por Câncer de Colo do Útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil, observou que os maiores números de casos de óbitos foram verificados em mulheres pardas. Mulheres analfabetas (nenhum ano de estudo) e de baixa escolaridade (de 1 a 3 anos de estudo) foram mais a óbito em função da doença, respectivamente, fato este também observado independente da raça da mulher.

Observou-se também que o maior número de óbitos decorrentes desses cânceres ocorreu em mulheres solteiras, seguidas de casadas ⁽¹⁴⁾.

Variadas interações entre os sistemas de atenção à saúde e fatores individuais ao longo do tempo, provavelmente contribuíram para os valores das taxas observadas no Município de Maringá. Várias mudanças na política de saúde no Brasil e outras iniciativas nacionais, estaduais e municipais, específicas para a saúde das mulheres ajudaram a definir e implantar estratégias para a detecção precoce das neoplasias uterinas. Tais mudanças na política podem ter contribuído para melhorar o registro de indicadores acerca da saúde da mulher. No entanto, seria produtivo se houvesse melhor registro de dados e capacitação aos profissionais de saúde referentes ao rastreamento e busca ativa para prevenção e tratamento precoce das neoplasias uterinas, o que resultaria na diminuição dos coeficientes. Os dados aqui apresentados não correspondem a essa expectativa. Assim, as taxas de mortalidade provavelmente seriam maiores, por causa de um melhor registro. No entanto, a variabilidade entre os anos nas diversas localidades do município não corresponde a esta perspectiva.

A Estratégia Saúde da Família torna-se essencial para oferecer as informações pertinentes ao exame, é necessário a busca ativa de mulheres por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em suas visitas domiciliares mensais, assim como controlar a frequência da mulher à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização anual do exame. A participação de toda equipe, tanto da ESF quanto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é essencial na captação de mulheres.

Uma das possíveis limitações do estudo foi a utilização de dados secundários, os quais podem apresentar subnotificações de óbitos por neoplasias uterinas, outra limitação refere-se ao fato de não haver dados disponíveis sobre anamnese, exame físico e diagnósticos na maioria dos prontuários das mulheres.

Pode-se perceber que as ações de saúde devem ser reconsideradas e reformuladas com planejamento e estratégias de rastreamento. Nesse contexto, ressalta-se a importância da temática abordada no estudo para capacitações tanto dos profissionais envolvidos na assistência, quanto para os gestores de saúde. Esses precisam ser capazes de identificar fatores que coloquem em risco a saúde feminina, e assim realizar a assistência adequada, encaminhamentos necessários, a fim de reduzir indicadores de morbimortalidade.

Estudos que tentam levantar a inter-relação entre o SIAB, Siscolo, sistema do laboratório e ESF são fundamentais para conhecer e traçar estratégias de ações e programas específicos. Pesquisas que buscam associar os fatores de risco para o câncer de colo e estratégias que melhorem a cobertura dos exames são fundamentais para a diminuição dos indicadores.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou um alto número de óbitos por neoplasias uterinas, principalmente por neoplasia maligna do útero não especificada; mostrou também que o número de óbitos está crescendo a cada ano, principalmente em mulheres com idade acima de 65 anos, com menor grau de escolaridade e baixa renda, o que vem de encontro com outras pesquisas no Brasil.

Estes dados indicam que os estratos sociais menos favorecidos são os que têm menor acesso aos serviços de saúde e diminuição da qualidade de informações acerca da prevenção primária e tratamento eficaz das neoplasias uterinas.

Considerando que as neoplasias uterinas são classificadas como causas de mortes evitáveis ou reduzíveis, e são preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis. A mortalidade observada em todas as faixas etárias demonstra que a prevenção primária deve ser reforçada.

É importante destacar que toda equipe de saúde da família, tem significativa importância no planejamento, execução e avaliação na programação das ações em saúde, em seus diferentes níveis de atuação e nas ações que priorizem a diminuição da incidência de neoplasias uterinas.

Pode-se perceber que as ações de saúde devem ser reconsideradas e reformuladas com planejamento e estratégias de rastreamento. Nesse contexto, ressalta-se a importância da temática abordada no estudo para capacitações tanto dos profissionais envolvidos na assistência, quanto para os gestores de saúde. Esses precisam ser capazes de identificar fatores que coloquem em risco a saúde feminina, e assim realizar a assistência adequada, encaminhamentos necessários, a fim de reduzir indicadores de morbimortalidade.

REFERENCIAS

1. Topan A, Ozturk O, Eroglu H, Hulya, Harma M I. Knowledge Level of Working and Student Nurses on Cervical, Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16.
2. Globocan. Internacional Agency for Research on Cancer. Estimated Cancer Incidence. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2015. Vol 65 number 1 January/February 2015. CA CANCER J CLIN 2015;65:5–29.
5. Rivoire W, Monego H, Appel M. Neoplasias do corpo uterino: rotinas em ginecologia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
6. Iparades. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. 2015. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&mais_noticias=1&ano_pub=2015
7. Maringá. Secretaria Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Maringá; PR, 2014. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/b65b3c5fcd38.pdf>
8. Maeda. Tamie de Carvalho et al. Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de papanicolaou. **Ciências Cuidado e Saúde**, Maringá-pr, v. 1, n. 11, p.360-367, 01 maio 2012.
9. Hung MC, Liu MT, Cheng YM, Wang JD. Estimation of savings of life-years and cost from early detection of cervical cancer: a follow-up study using nationwide databases for the period 2002–2009 BMC Cancer. 2014; 14: 505. Published online 2014 Jul 10. doi: [10.1186/1471-2407-14-505](https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-505) PMID: PMC4103978
10. SIAB. Sistema de informação da Atenção Básica. 2015.
11. Pfeiffer RM, Park Y, Kreimer AR, Lacey JV Jr, Pee D, Greenlee RT, et al. (2013) Risk Prediction for Breast, Endometrial, and Ovarian Cancer in White Women Aged 50 y or

- Older: Derivation and Validation from Population-Based Cohort Studies. *PLoS Med* 10(7): e1001492. doi:10.1371/journal.pmed.1001492
12. Park Y, Vongdala C, Kim J, Ki M. Changing trends in the incidence (1999-2011) and mortality (1983-2013) of cervical cancer in the Republic of Korea. *Epidemiology and health*. 2015. vol 37. Disponível em: <http://www.e-epi.org/upload/pdf/epih-37-e2015024.pdf>
13. Motoki Y. Increasing trends in cervical cancer mortality among Young Japanese women below the age of 50 years: An analysis using the Kagawa population-based cancer registry, 1975-2012. Elsevier. *Cancer Epidemiology*. [cited in 12 August 2015] Available from: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782115001654>
14. Maciel Shirley Suely Soares Veras et al. Mortalidade por câncer de colo do útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 1, n. 55, p.11-19, jan./mar. 2011. Disponível em: <[http://www.amrigs.com.br/revista/55-01/009-659 - Mortalidade por cancer de colo do utero.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/55-01/009-659-Mortalidade_por_cancer_de_colo_do_uterio.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2015.
15. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública* 2011;27(4):623-38.

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES

As neoplasias uterinas encontram-se com indicadores elevados em todo o mundo, constituindo-se como um sério problema de saúde pública, causando preocupações entre profissionais da saúde, gestores e na população em geral.

Mulheres, que tenham vida sexual ativa, especialmente na faixa etária de 25 a 64 anos, devem ser foco de investigação e rastreamento de lesões precursoras de colo do útero, dado risco aumentado de contato com o HPV.

Este estudo identificou também um alto número de óbitos por neoplasias uterinas, principalmente por neoplasia maligna do útero não especificada, mostrando que o número de óbitos está crescendo a cada ano, principalmente em mulheres com idade acima de 65 anos e com menor grau de escolaridade, o que vem ao encontro com outras pesquisas no Brasil. Estes dados indicam que os estratos sociais menos favorecidos são os que tem menor acesso aos serviços de saúde e diminuição da qualidade de informações acerca da prevenção primária e tratamento eficaz das neoplasias uterinas.

As neoplasias uterinas são consideradas causas de mortes evitáveis ou reduzíveis, e são preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde. A mortalidade observada em todas as faixas etárias demonstra que a prevenção primária deve ser reforçada.

É importante destacar que toda equipe de saúde da família, tem significativa importância no planejamento, execução e avaliação na programação das ações em saúde, em seus diferentes níveis de atuação e nas ações que priorizem a diminuição da incidência de neoplasias uterinas. O impacto social do câncer de colo pode apresentar indicadores melhores por meio de ações conjuntas entre as esferas públicas e a população.

PERSPECTIVAS FUTURAS

As neoplasias uterinas vêm sendo foco para muitos pesquisadores e em diversos segmentos da ciência da saúde. Os resultados encontrados apontam para as melhores condições de atenção à Saúde da Mulher.

Pode-se perceber que as ações de saúde devem ser reconsideradas e reformuladas com planejamento e estratégias de rastreamento. Nesse contexto, ressalta-se a importância da temática abordada no estudo para capacitações tanto dos profissionais envolvidos na assistência, quanto para os gestores de saúde. Esses precisam ser capazes de identificar fatores que coloquem em risco a saúde feminina, e assim realizar a assistência adequada, encaminhamentos necessários, a fim de reduzir indicadores de morbimortalidade.

Estudos que tentam levantar a inter-relação entre o SIAB, Siscolo, sistema do laboratório e ESF são fundamentais para conhecer e traçar estratégias de ações e programas específicos. Pesquisas que buscam associar os fatores de risco para o câncer de colo e estratégias que melhorem a cobertura dos exames são fundamentais para a diminuição dos indicadores.