Matipó/MG
XV FAVE
Fórum Acadêmico da Univértix
19 a 23 de Setembro de 2022

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DA ASSISTÊNCIA DISPONIBILIZADA ÀS MULHERES NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2021

Ana Luiza Braga Ornelas[1]
Brenda Venâncio Oliveira[1]
Renata Aparecida Fontes[2]
Adriano Carlos Soares[3]

luizabragaor@gmail.com

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da Saúde.

RESUMO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de colo de útero apresenta-se atualmente sendo o terceiro tumor maligno em mulheres que mais cresce no Brasil, além de ser um problema de saúde pública com maior incidência em países menos desenvolvidos. É uma doença neoplásica associada a uma infecção genital persistente por alguns tipos do Vírus do Papilomavírus Humano, responsáveis por 70% dos cânceres cervicais, tendo início na forma de lesão, que pode ou não evoluir para o câncer. Em geral, a neoplasia é rara em mulheres até 30 anos, tendo sua maior incidência na faixa etária de 45 a 50 anos, já a mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos epidemiológicos do câncer de colo do útero no Brasil entre os anos de 2020 e 2022. Tendo aproximadamente 570 mil novos casos por ano no mundo o câncer de colo uterino, sendo responsável por 311 mil óbitos por ano. Estimativas do INCA, para os anos de 2020 a 2022, apontam o câncer de mama como o mais incidente e o câncer de colo de útero ocupando a quarta posição, desconsiderando a pele não melanoma, a estimativa anual é de 16.590, com risco estimado de 15,43 casos em 100.000 mulheres. Diante de tal cenário existe a necessidade de estudos que possibilitem tomadas de decisões para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atenção, seja na detecção precoce, na assistência fornecida às pacientes e entre outros, principalmente com o aumento 15.590 novos casos, incidência de 5,7% na última décadas.

PALAVRA CHAVE: Câncer de colo uterino, Papilomavírus Humano, Tumor maligno.

[1]Acadêmicas do curso de Farmácia da Univértix – Centro Universitário
[2]Farmacêutica Bioquímica Analista Clínica – Mestre em Ciências Farmacêuticas. Professora da Univértix – Centro Universitário.
[3]Farmacêutico Bioquímico (UFOP); Cirurgião Dentista (Univértix); Doutor em Bioquímica Aplicada (Biotecnologia) (UFV); Mestre em Ciências Naturais e da Saúde (UNEC); Especialista em Docência do Ensino Superior (UCAM, RJ). Professor da Univértix – Centro Universitário.

INTRODUÇÃO

Com aproximadamente 570 mil novos casos por ano no mundo o câncer de colo uterino, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 311 mil óbitos por ano, consequentemente a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2021).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer de colo de útero apresenta-se atualmente sendo o terceiro tumor maligno em mulheres que mais cresce no Brasil, além de ser um problema de saúde pública com maior incidência em países menos desenvolvidos (INCA, 2020). O Brasil apresenta valores intermediários nas taxas de incidência estimada e de mortalidade em relação aos países ainda em desenvolvimento, porém são elevadas quando se compara aos países desenvolvidos onde há programas de detecção precoce bem estruturado. Atualmente 85% dos casos dessa neoplasia ocorrem nos países menos desenvolvidos (IARC, 2020).

O câncer cervical é uma doença neoplásica associada a uma infecção genital persistente por alguns tipos do Vírus do Papilomavírus Humano (HPV), responsáveis por 70% dos cânceres cervicais. Essa infecção é muito comum e na maioria das vezes não causa a doença. Estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir ao longo de suas vidas. Em geral, a neoplasia é rara em mulheres até 30 anos, tendo sua maior incidência na faixa etária de 45 a 50 anos, já a mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida (INCA, 2021). O câncer cervical é uma doença prevenível e curável quando diagnosticada precocemente. Ela tem início na forma de lesão, que pode ou não evoluir para o câncer. Nesse período, é possível a promoção de ações preventivas com objetivo de interromper a cadeia epidemiológica (DAMIANI, 2021).

Além de aspectos relacionados a infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), pode-se apontar outros fatores de risco para a doença, dentre eles, fatores ligados à imunidade, genética, comportamento sexual, o

tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais (INCA, 2021).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos epidemiológicos do câncer de colo do útero no Brasil entre os anos de 2020 e 2022.

Apesar do Ministério da Saúde se preocupar em desenvolver ações educativas a respeito dessa patologia, o conhecimento de muitas mulheres ainda é muito limitado, tornando isso ainda mais preocupante, visto que a percepção, prevenção e cuidado é primordial para combater a doença (INCA, 2021).

Diante de tal cenário existe a necessidade de estudos que possibilitem tomadas de decisões para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atenção, seja na detecção precoce, na assistência fornecida às pacientes e entre outros, principalmente com o aumento 15.590 novos casos, incidência de 5,7% na última década (BARBOSA, 2016).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna, que ocorre no epitélio do colo uterino, proveniente de alterações celulares que vão evoluindo de forma insignificante, terminando no carcinoma invasor. É uma lesão invasiva intrauterina ocasionada principalmente pelo HPV, o papilomavírus humano, que se pode manifestar através de verrugas na mucosa da vagina, do pênis, do ânus, da laringe e do esôfago, ser assintomático ou causar lesões que podem ser detectadas por exames complementares (GUIMARÃES, 2019).

O Brasil é um país com dimensões continentais e altos índices de desigualdade socioeconômica regional, e possui grande incidência de câncer cervical nas regiões norte e nordeste. Estima-se que mais de 75% dos adolescentes e adultos sexualmente ativos, com idade entre 15 e 49 anos, serão infectados ao menos um tipo de infecção por HPV durante sua vida (MACHADO, 2015). Na literatura tem-se observado que o risco de uma mulher infectada pelo HPV desenvolver câncer do colo uterino, comparada com outra não infectada, é 50 a 70

vezes maior. Portanto, torna-se necessário que mulheres, e também seus parceiros, sejam orientados quanto à infecção por HPV, sendo impossível realizar a prevenção contra o câncer cérvico-uterino sem mencionar os riscos e implicações da infecção por esse vírus (MACHADO, 2015).

Entre 2020 e 2022, segundo estimativas do INCA, o câncer de mama é a doença mais comum, e o câncer do colo do útero ocupa o quarto lugar, excluindo a pele não-melanoma. A estimativa anual de câncer de mama ao longo dos dois anos mencionados acima é de 66.280 novos casos e 81,06 riscos por 100.000 mulheres. Para câncer de colo de útero, são aproximadamente 16.590 casos por ano, com risco estimado de 15,43 por 100.000 meninas. (CUNHA, 2021).

O câncer cervical vem sendo relacionado com vários fatores ao longo dos anos como: tabagismo, uso prolongado de anticoncepcionais orais e carências nutrientes, idade precoce na primeira relação sexual, multiplicidade de parceiros, histórico de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro), persistência da infecção pelo HPV, multiparidade e entre outros (MACHADO, 2015).

Muitas mulheres relatam relutância em fazer o teste por medo, vergonha, ansiedade, desconhecimento e dificuldade de acesso aos serviços médicos para realização de exames preventivos, o que pode ser fatores contribuintes para dificuldades no diagnóstico precoce (GUIMARÃES, 2019).

A prática de prevenção do câncer do colo do útero (PCCU) continua sendo um importante desafio de saúde pública até os dias de hoje. Vários motivos explicam esse problema, incluindo fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, além da organização dos serviços públicos de saúde (CUNHA, 2021).

Dada as taxas elevadas de prevalência do câncer de colo de útero, a realização periódica do Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) é considerada a melhor forma para a prevenção, e deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, com idade de 25 a 64 anos, que é considerada a de maior incidência desse tipo de câncer (CUNHA, 2021).

Outro aspecto importante diz respeito à dimensão psicossocial na realização do exame preventivo. Muitas mulheres relatam a incerteza em realizar o exame devido ao medo dos resultados e de um possível diagnóstico positivo para o câncer; a falta de privacidade nos exames e de humanização no atendimento; a falta de sensibilização profissional da saúde para as rotinas de exames, e a baixa prioridade do profissional no atendimento integral às mulheres, revelando sentimentos como medo, vergonha e insegurança (GUIMARÃES, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência média de câncer invasivo do colo do útero pode ser reduzida de 60% para 90% com pelo menos 80% de cobertura da população-alvo e diagnóstico e tratamento adequados dos casos variantes (INCA, 2021).

Acredita-se que a carência de conhecimento se dá também à falta de comunicação entre o profissional de saúde e as mulheres. As ações educativas devem buscar a participação e questionamento conjuntos dos profissionais de saúde com as mulheres sobre os diferentes aspectos relacionados à prevenção, à educação, às doenças e às ações de controle, buscando sensibilizar para a adoção de atitudes e comportamentos compatíveis ou condizentes com uma vida mais saudável. Observa-se que a mulher encontra várias barreiras que prejudicam a realização de uma prevenção correta e eficaz, pois o fato de expor seu corpo a faz sentir-se constrangida. Para as mulheres, o sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade do procedimento que envolve a exposição do corpo e também a sua sexualidade (CARVALHO, 2018).

METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu em um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Trata-se de um método preciso aplicado tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

Neste trabalho foram avaliadas as prevalências do câncer de colo de útero ou câncer cervical e a assistência fornecida às mulheres no Brasil. Foram avaliados os casos notificados entre os anos de 2017 e 2021.

O Brasil, oficialmente conhecido como República Federativa do Brasil, é o maior país da América do Sul e da América Latina, o quinto maior do mundo em área terrestre, com uma área de 8.510.345.538 quilômetros quadrados, e o sexto maior em população (mais de 213 milhões de habitantes). Politicamente, o território brasileiro é subdividido em 26 estados e o Distrito Federal, cuja capital é a cidade de Brasília. Atualmente, o zoneamento atual é o zoneamento de 1970, que divide o Brasil em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul.

As variáveis analisadas foram: Estimativa de número de novos casos notificados no Brasil, número de exames citopatológicos realizados no SUS nos últimos cinco anos no Brasil, número de procedimentos diagnósticos realizados no Brasil nos últimos cinco anos, motivos que as mulheres alegam nunca ter realizado o exame preventivo, grau de escolaridade, cor ou raça, rendimento domiciliar e mortalidade.

Os dados foram obtidos através do INCA pelo site do Instituto Nacional do Câncer (https://www.inca.gov.br/) e organizados utilizando o *Microsoft Office Excel*®, sendo realizada estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados novos casos de câncer do colo do útero no Brasil notificados ao Instituto Nacional do Câncer de 2017 a 2021. As taxas de incidência e o número estimado de casos novos são importantes para avaliar a gravidade da doença na região e planejar ações locais. A Tabela 1 mostra estimativas de casos novos no Brasil em 2022 e taxas aproximadas e ajustadas de incidência de câncer do colo do útero.

Tabela1: Estimativas das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de câncer do colo do útero. Brasil, Regiões, 2022.

REGIÕES	N° DE CASOS	TAXA BRUTA	TAXA AJUSTADA
Região Norte	2.060	22,46	26,24
Região Nordeste	5.250	17,62	16,10
Região Centro-Oeste	1.320	15,92	12,35
Região Sudeste	5.400	12,00	8,61
Região Sul	2.680	17,48	12,60
Brasil	16.710	16,35	15,38

Fonte: INCA2020, adaptado.

Como visto na Tabela 1, no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, há uma estimativa de 16.710 novos casos, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Dentre as regiões do Brasil, as estimativas foram mais elevadas na região Sudeste, com incidência de 5.400 novos casos, seguido pela região Nordeste com 5.250 novos casos, a região Sul com 2.680 novos casos ocupa a terceira posição, logo em seguida a região Norte com 2.060 novos casos, e por fim, ocupando a última posição, a região Centro-Oeste com 1.320 novos casos.

Devido à alta incidência de câncer do colo do útero no estado, foi introduzido um programa de rastreamento organizado que foi projetado para reduzir significativamente a morbimortalidade pela doença. O rastreamento do câncer do colo do útero baseia-se na história natural da doença e no conhecimento de que os cânceres invasivos evoluíram de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*) e podem ser detectados e tratados adequadamente para prevenir a progressão para câncer (INCA, 2021).

O principal e mais utilizado método de rastreamento do câncer do colo do útero é o Papanicolau (citopatologia cervical). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a incidência do câncer invasivo do colo do útero pode ser reduzida em média de 60% a 90% com pelo menos 80% de cobertura da população-alvo e diagnóstico e tratamento adequados dos casos variantes. A experiência em alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero é reduzida em aproximadamente 80% quando as mulheres são rastreadas com o exame citopatológico (DAMIANI *et al.*, 2021).

Os exames de Papanicolau é o método mais comum de rastreio do câncer do colo do útero, são administrados a um grupo-alvo de pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Essas recomendações visam garantir um bom equilíbrio entre os riscos e benefícios do rastreamento. (CORRÊA *et al*., 2017). A Figura 1 apresenta o número de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos realizados no SUS no Brasil.

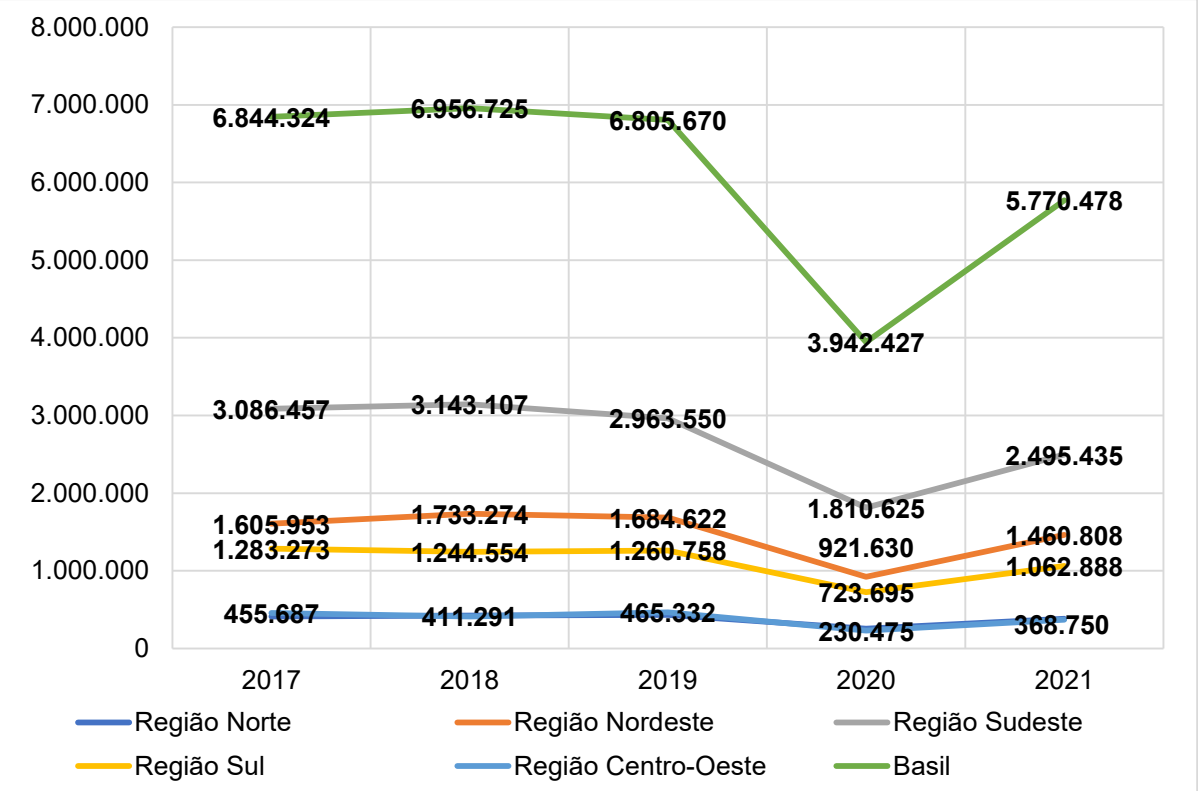

Figura 1: Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos realizados no SUS, Brasil e Regiões,2017 a 2021.
Fonte: INCA2022, adaptado.

No período de 2017 a 2021, observa-se uma oferta estável de exames citopatológicos do colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS), com declínio ao final do período. A queda na realização de exames no ano de 2020 deveu-se à pandemia de Covid-19, surgindo a questão do possível receio da população

feminina em se expor ao realizar seus exames de saúde, o que poderia gerar consequências no número de exames (LAUZ *et al.,* 2021). A região Sudeste destacou-se nitidamente, tendo em média 2.699.835 exames citopatológicos realizados nos últimos cinco anos, com valores grandemente elevados, principalmente quando comparamos com as outras regiões, como é o caso da região Centro-Oeste que obteve valores extremamente baixos comparado as demais regiões.

A realização de procedimentos de diagnóstico para investigação do câncer do colo do útero, destacadamente a colposcopia e a biópsia, vem oscilando ao longo dos anos e reduziu em 2020, em todas as regiões, devido a pandemia de Covid 19 (INCA, 2022). A Tabela 2 apresenta o número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos, no Brasil de 2017 a 2021.

Tabela 2: Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64, Brasil e Regiões, 2020-2021.

ANO	PROCEDIMENTO	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
2017	Colposcopia	276.968	9.726	109.062	11.522	118.831	27.827
	Biópsia	42.706	2.215	11.349	2.230	20.228	6.684
2018	Colposcopia	280.330	10.732	106.137	12.351	123.410	27.700
	Biópsia	43.668	2.102	11.922	1.850	21.527	6.267
2019	Colposcopia	296.177	10.180	109.439	14.287	132.191	30.080
	Biópsia	47.058	2.541	13.618	1.906	21.513	7.480
2020	Colposcopia	177.114	8.343	52.057	10.498	85.469	20.747
	Biópsia	29.583	2.463	6.629	1.238	13.229	6.024
2021	Colposcopia	223.662	11.077	71.254	13.267	102.593	25.471
	Biópsia	40.819	3.139	10.643	1.803	7.723	7.723

Fonte: INCA, 2022.

Foi possível observar que novamente a região Sudeste se destaca com o maior número de procedimentos diagnósticos realizados no SUS nos últimos anos, seguida da região Nordeste, que também obteve valores favoráveis em relação ao número de procedimentos realizados. Ao contrário disso, a região Centro-Oeste e Norte tiveram valores desfavoráveis quando comparados com as demais regiões.

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV), principalmente o HPV-16 e o HPV-

18, que respondem por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2022). As infecções por HPV são muito comuns. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas desenvolvam essa condição durante a vida. Cerca de 290 milhões de mulheres em todo o mundo são portadoras do vírus HPV e 32% estão infectadas com os tipos 16, 18 ou ambos. Ao comparar esses dados com as taxas anuais de aproximadamente 500.000 casos de câncer do colo do útero, concluiu-se que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença de infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (INCA, 2022).

Além dos aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltiplas infecções), outros fatores relacionados à imunidade, genética e comportamento sexual parecem influenciar, podendo evoluir para lesões pré-existentes ou câncer. Portanto, fumar, iniciar a vida sexual precocemente, ter múltiplos parceiros sexuais, fazer sexo repetidamente e usar anticoncepcionais orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. A idade também interfere nesse processo, com a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos se resolvendo sozinhas, enquanto a persistência é mais comum nessa idade (CARVALHO, 2019).

A redução do risco de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) está associada à prevenção primária do câncer do colo do útero, pois o câncer do colo do útero é listado como uma doença evitável. A infecção pelo HPV é transmitida sexualmente, talvez através de arranhões microscópicos nas membranas mucosas ou na pele da região anal. Portanto, o uso de preservativos (preservativos) durante o sexo com penetração protege parcialmente contra a infecção pelo HPV, que também pode ocorrer com o contato da pele da vulva, períneo e região vaginal ao redor do ânus e escroto (CARVALHO, 2019).

No entanto, a principal forma de prevenção é a vacina contra o HPV. O Ministério da Saúde introduziu a vacina tetravalente contra o HPV em 2014 para meninas e em 2017 para meninos. Essa vacina protege contra os tipos de HPV 6,

11, 16 e 18. Os dois primeiros tipos causam verrugas genitais e os dois últimos causam cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2021). Os grupos etários alvo da vacina são meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, porque a vacina é mais eficaz se administrada antes do início da relação sexual. Devem ser tomadas duas doses, com intervalo de seis meses. Grupos especiais, como os imunocomprometidos pelo HIV, devem seguir orientações específicas. Para mulheres com imunossupressão, vivendo com HIV/AIDS, transplantadas de órgãos e pessoas com câncer, a vacina é indicada até os 5 anos (INCA, 2021).

A meta é vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência deste câncer nas próximas décadas no país. A vacinação, em conjunto com o exame preventivo (Papanicolau), se complementam como ações de prevenção deste câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV. A cobertura do exame preventivo nas capitais é alta e vem se mantendo perto de 80% na última década. Em 2020 e 2021, observou-se uma queda, provavelmente como repercussão dos anos anteriores atípicos em função da pandemia de Covid-19 (INCA, 2021).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, 6,1% das mulheres de 25 a 64 anos de idade nunca fizeram o exame preventivo (IBGE, 2021). A proporção de mulheres que não fazem o exame preventivo por não acharem necessário, 45,1%, é mais expressiva dentre os motivos de nunca terem feito o exame (INCA, 2021).

Tabela 3: Distribuição das mulheres de 25 a 64 anos de idade, segundo o principal motivo de nunca ter feito exame preventivo no Brasil. PNS, 2019.

Principal motivo de nunca ter feito exame preventivo	%
Não acha necessário	45,10
Não foi orientada para fazer o exame	14,80
Tem vergonha	13,10
Nunca teve relações sexuais	8,80
O serviço de saúde era distante, demorado ou com horário de funcionamento incompatível com o da mulher	7,30
Outro	5,20
Fez cirurgia de retirada do útero/histerectomia	2,30

Tem dificuldades financeiras	2,10
Está marcado, mas ainda não realizou	1,40

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

De acordo com os dados da tabela 3, 45,1% das mulheres julgam que não é necessário realizar o exame, o que deixa explícito a falta de informação sobre a importância do exame preventivo e consequentemente, 14,8% não foi orientada a realizar o exame, evidenciando ao escasso acesso dessas mulheres aos profissionais da saúde, tornando o vírus e as possíveis complicações que ele pode ocasionar um assunto desconhecido. Observa-se que o constrangimento ao realizar o exame ainda é um problema de aflige diversas mulheres, visto que 13,1% relataram ter vergonha de fazer o exame preventivo. Algumas mulheres 8,8% disseram nunca ter tido relações sexuais, e outras 2,3% disseram que fizeram a histerectomia e por isso nunca realizaram o exame, sendo que essas mulheres também necessitam realizar o exame rotineiramente como indicado pelo Ministério da Saúde. Outras mulheres disseram que o serviço de saúde era distante ou com horário de atendimento inacessível 7,30%, e outras alegaram ter dificuldades financeiras 2,1%, porém deve-se considerar que o Brasil conta o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece esse exame em diversas unidades básicas de saúde, e totalmente gratuito. Outras mulheres não relataram o motivo de não realizar o exame 5,2% e outras já marcaram e ainda não realizaram 1,4%.

A falta de conhecimento sobre a importância e a periodicidade do rastreamento de câncer cervical é uma grande barreira que dificulta a adesão das mulheres a esse tipo de prevenção. Muitas pacientes não compreendem a função do exame citopatológico e, somado ao constrangimento e ao medo, elas buscam a rede de saúde apenas quando começam a apresentar sinais e sintomas incômodos. Logo, evidencia-se o papel central do conhecimento na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero (DAMIANI, 2021).

O acesso a exames de rastreamento é ainda muito desigual quando analisado segundo nível de escolaridade. Também há diferenças nas análises por

raça/cor, em especial para mulheres classificadas como pardas. De acordo com os dados da PNS 2019, a cobertura variou de 72% entre as mulheres sem instrução e com escolaridade fundamental incompleta a 90% entre aquelas com nível superior completo (INCA, 2022). A Figura 2 apresenta a proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, por nível de instrução.

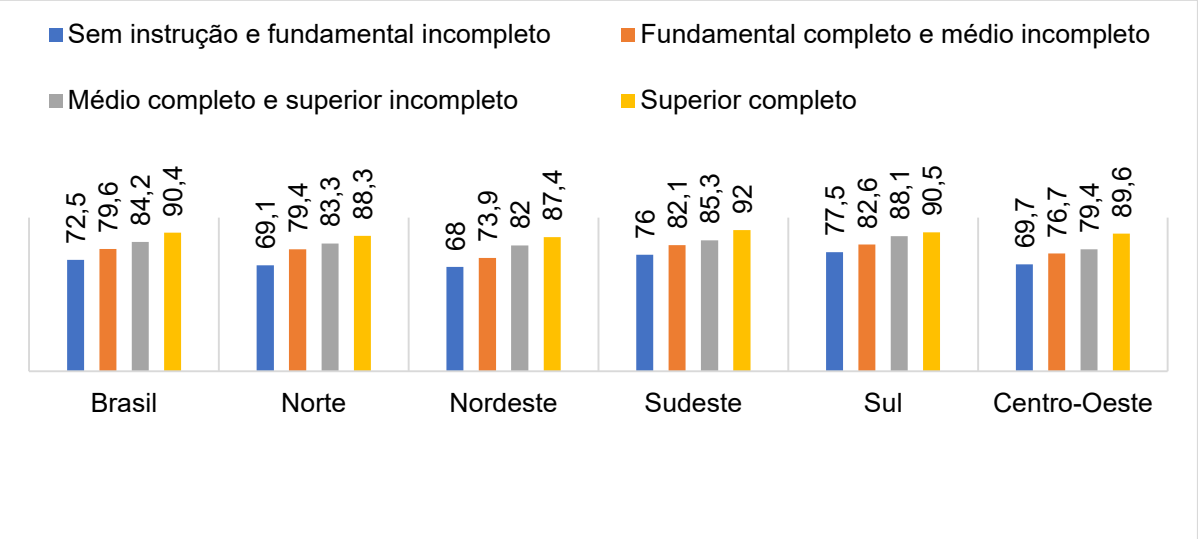

Figura 2: Proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, por nível de instrução, Brasil e Regiões, 2019.
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019,adaptado.

É notável que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de conhecimento sobre o rastreamento do câncer de colo de útero, comparado às mulheres sem instruções e/ou fundamental incompleto. Isso se deve à falta de informação fornecida a essa mulheres, visto que mulheres com o maior nível de escolaridade possuem mais acesso ao conhecimento.

Na Figura 3 observa-se à variável quanto a raça ou cor, e destaca-se o maior acesso entre a população branca ao exame em todo o país (INCA, 2022).

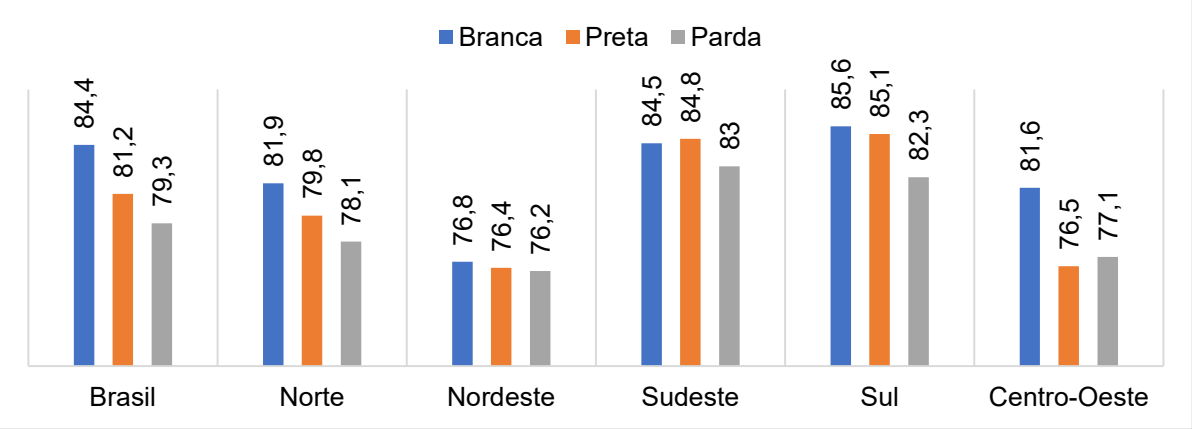

Figura 3: Proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, por cor ou raça, Brasil – 2019.
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Em um estudo, Hirth *et al.* (2015) realizaram três rodadas combinadas do National Health Information Trends Survey (HINTS), nas quais também descobriram que mulheres brancas e/ou privilegiadas realizaram mais exames citopatológicos para câncer do colo do útero (CCU) do que mulheres negras e/ou de classe econômica. Além disso, Powell *et al.* (2018) relataram que das 934 pacientes em suas instalações que foram tratadas para câncer do colo do útero entre 2005 e 2015, 29,2% eram negras e 52,7% tinham câncer do colo do útero em estágio terminal. Assim, pode-se notar que o fator racial tem grande impacto na relação dos casos de CCU independentemente dos fatores geográficos.

Observa-se na Figura 4, as desigualdades sociais são vistas igualmente na forma de gradiente quando se analisa a proporção de exame preventivo por faixa de rendimento (INCA, 2022).

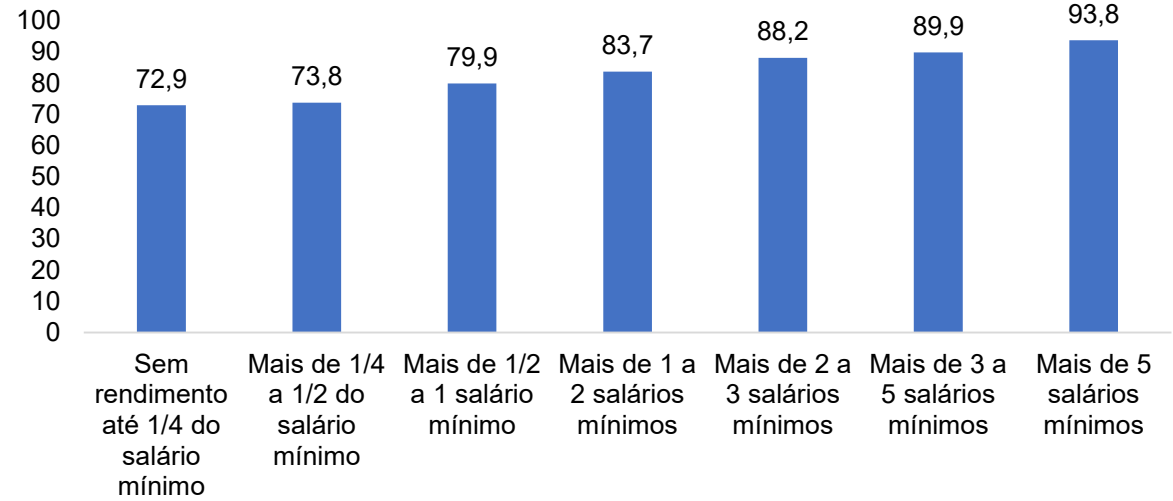

Figura 4. Proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, segundo o rendimento domiciliar per capita, Brasil – 2019
Fonte: INCA, 2022 adaptado.

Nota-se na Figura 4 que quanto maior a rentabilidade financeira, maior o acesso ao serviço de saúde, visto que o número mulheres sem rendimento até 1/4 do salário mínimo que realizaram o exame preventivo nos últimos 3 anos foi nitidamente menor do que o número de mulheres com o rendimento maior que 5 salários mínimo.

Oliveira *et al.* (2020), estabeleceram em seu estudo os dados de mortalidade por neoplasia do colo do útero e mama em mulheres, ao longo de cinco anos (2011-2015) no Brasil, determinando a relação entre os indicadores de população e a disponibilidade do serviço de saúde. Os resultados mostram que a média de morte por câncer cervical foi de 5,95 mortes por 100.000 mulheres. Dessa forma, com a análise dos dados fica evidente que o baixo fator econômico, a desigualdade social, os menores índices de desenvolvimento humano e a pouca disponibilidade de serviço médico está intimamente relacionado com a mortalidade dessas mulheres. Em um panorama semelhante, Cheun e Loomis(2018), relata que as mulheres latinas de classe econômica baixa são mais propensas à morbidade e mortalidade por câncer cervical, devido à falta de acesso aos exames de rastreamento e de cuidados preventivos.

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada para a população mundial, é de 4,60 óbitos por 100.000 mulheres em 2020 (INCA, 2022). A taxa de mortalidade em 2020 padronizada da população mundial na região Norte é de 9,52 óbitos por 100.000 mulheres, sendo esta a principal causa de morte por câncer entre as mulheres dessa região. No Nordeste, com taxa de mortalidade de 5,58/100.000, e no Centro-Oeste, com taxa de 5,25/100.000, o câncer do colo do útero é a terceira causa de morte por câncer em mulheres. As duas regiões do Sul e Sudeste apresentam as menores taxas (4,37/100.000 e 3,38/100.000), ocupando o quinto e sexto lugar, respectivamente. (INCA, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível o aumento de números de casos de câncer de colo uterino relatados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) na região sudeste ao longo do último triênio, em contrapartida a região Sudeste tive as menores taxas de mortalidades do estado de Minas Gerais nos últimos anos devido a adesão ao tratamento, (4,37/100 mil e 3,38/100 mil), ficando na quinta e sextas posições, respectivamente. Os resultados deste estudam provam que o referente aumento se dá segundo o principal motivo de nunca terem feito exame preventivo no Brasil. É necessário destacar a falta de conhecimento sobre a importância e a periodicidade do rastreamento de câncer cervical que é a grande barreira que dificulta a adesão das mulheres a esse tipo de prevenção.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. R.*et al*. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**. [*s.l.*],v. 21, n. 1, 2016.

CARVALHO, P. G. de; O´DWER, G.; e RODRIGUES, N. C. P.. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**. [*s.l.*],v. 42, n. 118, 2018.

CUNHA, A. G.*et al.* Papanicolau e a saúde da mulher: importância do fomento à prevenção do câncer de colo uterino.**Research, Society and Development.** [*s.l.*],v. 10, n. 3, 2021.

DAMIANI, E.*et al.*Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [*s.l.*], v. 4, n. 1, p. 364-381, 2021.

GUIMARÃES, R. F. Câncer de colo do útero: abordagem teórica sobre avanços da doença, prevenção e controle.**Instituto de ensino superior e pesquisa – INESP, centro de capacitação educacional.**Recife, 2019.

IARC - International Agency For Research On Cancer - **Câncer today**, 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/home. Acesso em: 09/03/2022.

INCA – Instituto Nacional do Câncer - **Câncer do colo de útero**. 2021**.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 09/03/2022.

INCA – Instituto Nacional do Câncer - **Controle do Câncer de colo de útero: conceito e magnitude**. 2021**.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude. Acesso em: 09/03/2022.

INCA – Instituto Nacional do Câncer – **Dados e números: Exames citopatológicos do colo do útero realizados no SUS,** 2021. Disponível em:https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/exames-citopatologicos-do-colo-do-utero-realizados-no-sus. Acessado em: 25/07/2022.
INCA – Instituto Nacional Do Câncer- **Estatísticas de câncer**. 2021**.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer. Acesso em: 09/03/2022.

INCA - Instituto Nacional do Câncer – **Incidência.**2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/incidencia. Acesso em: 10/08/2022.

INCA – Instituto Nacional Do Câncer- **Controle do Câncer de colo de útero: fatores de risco,** 2021**.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco. Acesso em: 09/03/2022.

MACHADO, L. M. HPV, câncer do colo uterino e seus fatores de risco para o acometimento.**Faculdade Boa Viagem Centro de Capacitação Educacional – CCE.** Recife, 2015.

MINAS GERAIS. **Governo**. Disponível em: <http://mg.gov.br/conheca-minas/historia>. Acesso em: ago. 2022.

CHEUN, A. S. A.; LOOMIS, J. A culturally sensitive approach to cervical cancer prevention in the Latina population using the promotora model. **Nursing for Women's Health.** V. 22, n. 4, p. 338-345, Aug/2018.

HIRTH, J. M. et al. Racial/Ethnic Differences Affecting Adherence to Cancer Screening Guidelines Among Women. **Journal of Women's Health**. v. 25, n. 4, 2016.

OLIVEIRA, N. P. D. et al. Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. **Cancer Epidemiology.** Natal, p. 1-7, December/2019.

POWELL, T. C. et al. The Impact of Racial, Geographic and Socioeconomic Risk Factors on the Development of Advanced Stage Cervical Cancer. **Journal of lower genital tract disease**, v. 22, n. 4, p. 269, 2018.

DE CARVALHO, K. F.; COSTA, L. M. O.; FRANÇA, R. F. A relação entre HPV e Câncer de Colo de Útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 5, p. 1-15, 2019.

LAUZ, Eduardo Rodrigues et al. Queda no número de exames citopatológicos de colo de útero realizados no Rio Grande do Sul durante a pandemia de COVID-19. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.