



RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO NORDESTE: UMA ANÁLISE ENTRE OS EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS E A INCIDÊNCIA DE CÂNCER NOS ANOS DE 2016-2021.

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero (câncer cervical), é uma doença que afeta as células do colo do útero, a parte inferior do útero que se conecta à vagina. É uma das formas mais comuns de câncer em mulheres em todo o mundo, muitas vezes pode ser prevenido ou detectado precocemente por meio de exames regulares. Se desenvolve a partir do crescimento anormal de células nesta região. A grande maioria dos casos de câncer do colo do útero está associada à infecção pelo vírus do papiloma humano que é transmitido principalmente através de atividade sexual. **Objetivo:** O propósito deste estudo é correlacionar prevalência e incidência do carcinoma do colo do útero (CCU) com os índices de exames anatomopatológicos do colo de útero, e o sistema de vacinação do HPV durante os anos de 2016 a 2021. **Método:** Foi realizado buscas de casos diagnosticados pelo exame anatomopatológico do colo de útero e correlacionado com o índice de positividade para Câncer do Colo de Útero, nos estados do Nordeste, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021 na plataforma SISCAN e DataSUS. **Resultados:** Entre 2016-2021, observou-se um aumento progressivo da oferta proporcional de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo em todas as unidades da federação. Entretanto, cerca de 17% dos exames ainda são realizados em desacordo com as diretrizes nacionais. Observa-se a análise comparativa dos exames citopatológicos no último ano de 2021, com os achados positivos do Câncer no ano seguinte. Tendo também maior prevalência de achados positivos para câncer, notadamente foi no estado da Bahia com 1.160 casos e a menor prevalência foi no estado do Sergipe com 220 casos. **Conclusão:** A literatura reforça que o principal método de detecção precoce do câncer do colo uterino é o exame de Papanicolau, por ser considerado, rápido, relativamente de baixo custo e efetivo. Além do conhecimento, fica a expectativa de sensibilizar as mulheres quanto a importância da realização do exame preventivo, tornando-o rotina e melhorando assim sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias de colo de útero; Saúde da Mulher.; Exame preventivo; Saúde Pública; Epidemiologia Câncer de Colo Uterino;

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é uma doença que afeta as células do colo do útero, a parte inferior do útero que se conecta à vagina. É uma das formas mais comuns de câncer em mulheres em todo o mundo, mas muitas vezes pode ser prevenido ou detectado precocemente por meio de exames regulares (RAFAEL; MOURA, 2010).

A grande maioria dos casos de câncer do colo do útero está associada à infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), que é transmitido principalmente através de atividade sexual. Nem todas as infecções por HPV levam ao desenvolvimento de câncer, mas certos tipos de HPV de alto risco podem causar alterações nas células cervicais que, ao longo do tempo, podem se tornar cancerosas (PAULA, 2006).

A detecção precoce desempenha um papel crucial na redução da morbimortalidade associadas ao câncer do colo do útero. Exames de Papanicolau e testes de HPV são ferramentas fundamentais para rastrear anormalidades nas células cervicais antes que se transformem em câncer invasivo. Além disso, existem vacinas disponíveis que protegem contra os tipos mais comuns de HPV de alto risco, ajudando a prevenir a infecção e, por consequência, o desenvolvimento do câncer do colo do útero (NASCIMENTO et al., 2007).

Neste estudo, irá explorar mais a fundo a prevalência de casos no Nordeste entre os anos de 2016-2021 bem como discutirá, os fatores de risco, sintomas, métodos de prevenção e opções de tratamento relacionados ao câncer do colo do útero, destacando a importância do conhecimento e do acesso a cuidados médicos para a saúde das mulheres.

2 METODOLOGIA

Quantitativo, longitudinal, documental e retrospectivo sobre o câncer do colo de útero, com abordagem quantitativa. Serão levantados dados secundários a partir das bases de dados SISCAN e DATASUS objetivando identificar a incidência e prevalência do câncer de colo de útero nos estados do Nordeste do Brasil. O levantamento foi realizado buscando entre os anos de 2016-2021. Foi relacionada a presença do câncer de colo de útero com a identificação do HPV. Foi utilizada a base de dados de casos notificados Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), de mulheres que passaram pelo exame anatomopatológico do colo de útero e vacinação para HPV, nos estados do nordeste, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021, foram consideradas para a pesquisa. Para avaliação dos dados foi aplicada análise estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, apresentados na forma de tabelas e gráficos, utilizando o programa Excel® como ferramenta de apoio.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 contém os dados de quantidade de exames cervico-vaginais citopatológicos realizados entre os anos de 2016-2021 nos estados do Nordeste do Brasil.

Tabela 1. Número de exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos realizados no SUS na região nordeste, de 2016 a 2021.

Região	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alagoas	92.773	102.061	124.961	136.190	75.395	128.433
Bahia	404.802	395.987	449.217	445.478	236.510	389.678
Ceará	243.226	204.095	244.682	230.230	143.767	184.940
Maranhão	116.125	125.849	141.307	139.422	87.550	119.959
Paraíba	129.200	137.948	137.659	140.626	65.067	113.038
Pernambuco	346.994	325.484	331.699	294.467	171.472	270.351
Piauí	128.747	143.378	130.752	132.720	56.806	101.012
Rio Grande do Norte	97.547	107.173	104.885	101.481	50.820	78.238
Sergipe	60.618	63.978	68.112	64.008	34.243	75.159

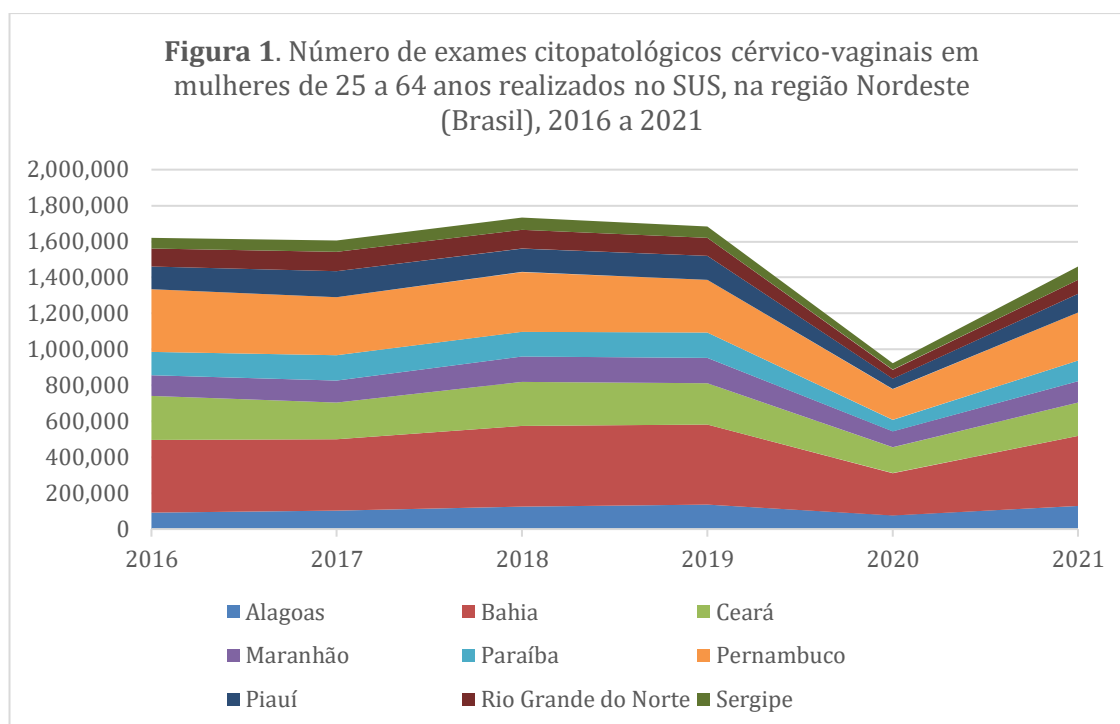
Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Quantidade aprovada - Procedimento: Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora (0203010019), Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora-Rastreamento (0203010086)

Na análise do número de exames na população-alvo é importante considerar que eles devem respeitar também a periodicidade recomendada. Dessa forma, um alto número de exames por si só pode ser devido à repetição pelas mesmas mulheres, em periodicidade menor do que a trienal.

A oferta de exames preventivos para mulheres de 25 a 64 anos vem aumentando desde 2016. Essa faixa etária é a recomendada para o rastreamento, a cada três anos, conforme as atuais Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero no Brasil. Em 2016, 78,9% dos exames preventivos realizados no país foram na população-alvo e, em 2021, esse percentual chegou a 82,9% (Figura 2). Entre as regiões também se observou aumento neste indicador, com destaque para a Região Norte. As evidências científicas apontam que o rastreamento nessa faixa etária é capaz de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero. Sendo assim, as ações de controle devem buscar a ampliação da cobertura na faixa etária alvo (INCA, 2016).

Figura 1. Prevalência de exames citopatológicos de câncer de colo do útero, nas capitais da região Nordeste entre os anos de 2016-2021



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Quantidade aprovada - Procedimento: Exame Cítopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora (0203010019), Exame Cítopatológico Cérvico Vaginal/Microflora-Rastreamento (0203010086)

Na figura 1 é possível observar a diferença de valores conforme os períodos estudados. A maior prevalência de exames, notadamente foi no estado da Bahia 389.678 e a menor prevalência foi no estado do Sergipe 75.159.

No período avaliado, foram administradas 11.613.518 doses de vacina contra HPV na região Nordeste do Brasil, sendo 8.544.424 doses destinadas para o sexo feminino (5.009.022 referentes a primeira dose e 3.511.420 a segunda dose) e 3.069.094 para o sexo masculino (1.909.519 referentes a primeira dose e 1.150.372 a segunda dose). Para o sexo feminino, a cobertura vacinal na região foi de 73,9% na primeira dose e 54,3% na segunda. Os estados com maiores coberturas foram Ceará (85,9%) e Paraíba (81,7%), tanto na primeira dose quanto na segunda, enquanto as menores coberturas foram observadas no estado do Rio Grande do Norte (65,9% para a primeira dose e 45,6% para a segunda). Na população do sexo masculino, a cobertura da primeira dose na região foi de 49,7%, enquanto a cobertura da segunda dose foi de 32,6%. Neste sexo, os estados com maiores coberturas foram o Ceará (53,8%) e a Paraíba (53,8%), para a primeira dose, e Piauí (36,3%) e Ceará (36,0%), para a segunda. As menores coberturas foram observadas no estado do Maranhão, para a primeira dose (44,8%), e do Rio Grande do Norte, para a segunda (28,4%).

Tabela 2. Taxa de Vacinação nos estados do Nordeste nos anos de 2016 a 2018.

Município	2016	2017	2018
São Luis	26.534	28.881	16.470
Teresina	10.645	11.765	10.411
Fortaleza	64.936	79.527	51.843
Natal	14.283	11.370	9.676
Joao Pessoa	14.666	20.078	17.485
Recife	53.250	62.853	51.388
Maceió	17.020	24.623	13.348
Aracaju	10.060	14.597	8.494
Salvador	27.450	36.902	34.572

Tabela criada pelos autores.

Em avaliação das coberturas da vacina contra HPV realizada pelo Ministério da Saúde, em todo o país, com dados de 2013 a 2018, dois estados da região Nordeste (Ceará e Pernambuco) ultrapassaram a meta para a primeira dose, e cinco estados se encontravam abaixo da média nacional para a segunda dose (Tabela 2).

Correlacionando com as taxas de incidência e o número de casos novos estimados são importantes para avaliar a magnitude da doença no território e programar ações locais. A tabela 2 mostra o número de casos novos estimados e as taxas brutas e ajustadas de incidência de câncer do colo do útero para o ano de 2022.

Tabela 3. Taxas brutas e ajustadas de mortalidade para os casos de câncer de colo de útero de acordo com a prevalência para os estados do Nordeste no ano de 2022.

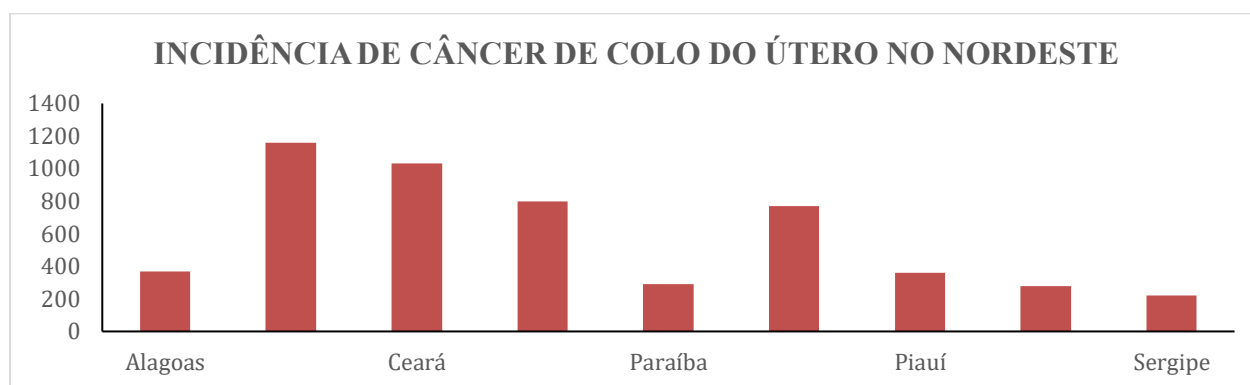
NORDESTE	Nº de casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Alagoas	370	20,91	18,54
Bahia	1.160	14,93	11,84
Ceará	1.030	21,49	13,97
Maranhão	800	21,71	21,13
Paraíba	290	13,42	10,5
Pernambuco	770	15,18	12,14

Piauí	360	21,19	15,23
Rio Grande do Norte	280	15,33	12,06
Sergipe	220	17,71	13,85
REGIÃO NORDESTE	5.280	17,59	13,08

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Na figura 3 é possível observar a diferença de valores conforme os períodos estudados. A maior prevalência de câncer, notadamente foi no estado da Bahia 1.160 casos e a menor prevalência foi no estado do Sergipe 220 casos. Na figura abaixo, observa-se a análise comparativa dos no último ano de 2021.

Figura 3. Taxas de incidências para o câncer de colo do útero nos estados do Nordeste



A saúde é direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 99).

O câncer é um desafio para a equipe de saúde a partir do momento em que se torna um problema de saúde pública, devido à sua elevada morbimortalidade e alto custo social e econômico. A equipe deve estar preparada para lidar com esta doença, cabendo desta forma ao profissional treiná-la, orientando o paciente, a família e a comunidade sobre os fatores de risco do câncer e sobre as formas de prevenção (CAMARGO et al. 2007).

Prevenção, por sua vez, é considerada como toda medida tomada antes do surgimento de dada condição mórbida ou de um seu conjunto, com vistas à que tal situação não ocorra com pessoas ou coletividades, ou pelo menos se vier a ocorrer que isso se dê de forma mais branda ou menos grave. Sendo assim, a atitude preventiva ao câncer cérvico-uterino deve ser abrangente, a fim de evitar o processo de cancerização ou mesmo a interrupção da evolução de

uma lesão pré-maligna, para isso utilizando-se de todos os recursos diagnósticos disponíveis (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os métodos preventivos são hierarquizados em níveis de atenção à saúde. A prevenção primária baseia-se na redução da exposição a fatores de risco, ou seja, à criação de barreiras para evitar a contaminação pelo vírus HPV incentivando o sexo seguro, a adoção de um estilo de vida saudável, eliminando o tabagismo, aumentando o consumo de frutas, verduras e legumes e preterindo a ingestão de alimentos gordurosos. A prevenção secundária seria a detecção do câncer *in situ* ou de lesões precursoras por meio do exame citopatológico, onde pode-se atingir cura em 100% dos casos. No nível terciário é implementado o tratamento cirúrgico das lesões neoplásicas que não podem ser cuidadas no nível secundário (SANTOS; GICO, 2005).

A principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer de colo uterino no Brasil é a realização do exame Papanicolau em mulheres assintomáticas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase prodrômica, já que essa patologia tem alto potencial de cura desde que diagnosticado precocemente (CARDOSO e LIPPAUS, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas, voltadas tanto para a população quanto para os profissionais da saúde no intuito de conscientizar sobre a importância da realização do exame preventivo (BRASIL, 2011).

É imprescindível a orientação pelos profissionais sobre o que é, e a importância do exame Papanicolau, pois, a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pelo câncer de colo uterino na população (BRASIL, 2008).

Na tentativa de promover a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, é de vital importância o envolvimento de todos os profissionais de saúde, como conhecedores dos fatores de risco, da epidemiologia e dos sintomas inerentes ao câncer de colo de útero (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2003).

De acordo com Beghini (2006), o profissional de saúde presta importante contribuição na prevenção do câncer de colo uterino, destacando-se, dentre outras, sua participação no controle de fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e do exame Papanicolau, influenciando para um maior e melhor atendimento à demanda, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentem alterações citológicas.

A captação das mulheres por busca ativa ou demanda espontânea para a realização do exame Papanicolau, deve contar com a colaboração de instituições e grupos presentes na

comunidade, tais como associações de moradores e de mulheres, clubes de mães em escolas, igrejas e outros, para a realização de palestras e para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações (CAMARGO et al. 2007).

O profissional de saúde, dentro da equipe multiprofissional é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e da comunidade, sua ação deve ser integral e participativa em sua rotina de trabalho, estando voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer (CAMARGO et al. 2007).

Para Fernandes e Narchi (2002), as ações educativas devem ser realizadas com os usuários durante consultas, visitas domiciliares e em trabalhos de grupo, visando a autonomia individual em relação à prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

As atividades educativas são de suma importância, uma vez que por seus valores e cultura, muitas mulheres, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, desmotivação, falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo e parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo (CAMARGO et al. 2007).

De acordo com Pelloso; Carvalho; Higarashi (2004), para muitas mulheres, o sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a sexualidade, com os tabus relacionados a este tema juntando-se ao fato de a mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana. Esse sentimento avassalador, de menos valia e de constrangimento e ansiedade, compromete o trabalho preventivo.

A vergonha é a não aceitação decorrente do processo psicológico de ser pego em flagrante e fora dos padrões aceitos e valorizados. A presença do outro, insinuada como testemunha, fiscal, juiz, avaliador, é determinante do sentir vergonha. Não se trata de uma dor ou de um simples incômodo em outras partes do corpo, trata-se dela (mulher) diante do outro ser humano que, dependendo da forma de interação, pode instigar diferentes sentimentos em relação ao próprio exame (DUAVY, 2006). A autora ainda ressalta outro fator que impede a realização do exame e causa constrangimento à mulher é a exposição de seu corpo ao profissional de saúde do sexo masculino.

Outros estudos ressaltam que, médicos que não examinam direito, longo tempo para as consultas, a maior idade, baixa escolaridade, além de dificuldades sociais e econômicas, estão relacionados com a adesão ou não das mulheres ao exame, sendo utilizados como justificativa para a não realização periódica do mesmo (LUCARINI e CAMPOS, 2007).

Fatores como distância, ausência de pessoas com quem deixar os filhos, somados à problemas financeiros, extensa jornada de trabalho, falta de atenção e cuidado com o próprio corpo, falta de noção da necessidade de prevenção nas diferentes fases da vida e dificuldade de acesso ao serviço de saúde são situações encontradas também. Esses fatores, somados à dificuldade de acesso à desorganização dos serviços de saúde, impedem às mulheres chegar precocemente aos serviços de prevenção (BRASIL, 2001).

Associados a estes fatores, existe a realidade as questões ligadas a infraestrutura das instituições, em particular as públicas, somados à postura dos profissionais de saúde, que interferem na análise da cobertura do exame preventivo, justificando o fato, à baixa demanda das mulheres. Neste caso, esses profissionais, entendendo que o exame é indolor, de baixo custo, rápido e gratuito, o consideram como uma obrigatoriedade da mulher em realizá-lo, exercendo dessa forma, uma assistência preventiva de forma autoritária. Por meio dessa compreensão, não percebem que a ação de prevenir não envolve apenas a vontade de quem o realiza, mas a sua importância. O fato é que a mulher, na maioria das vezes, percebe o exame preventivo como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como rotina preventiva (DAVIM, 2005).

Por razões como essas, as ações educativas devem sensibilizar as mulheres ativas sexualmente, para a realização do exame e para a importância de tornarem-se agentes que possam transmitir informações e orientações quanto aos cuidados para a realização do preventivo e sobre as dúvidas quanto aos resultados, utilizando meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material do Papanicolau. Como são os homens que transmitem o vírus HPV para as mulheres, eles também devem ser alvo da educação preventiva (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

O profissional de saúde é um ser considerado facilitador do processo de comunicação com os clientes, referindo serem as mensagens desse profissional de impacto considerável no âmbito da prevenção (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006). De acordo com esses autores, o profissional de saúde como educador, tem o papel de visualizar a mulher como um ser humano e redefinir sua forma de agir e superar expectativas. Juntos poderão promover a saúde com o estímulo ao autocuidado, redução das incertezas e desenvolvimento de ações que transmitam segurança.

Afirmam Cardoso e Lippaus (2006), que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não se pode entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Educação em saúde nada mais é do que o exercício da Construção da cidadania.

Guedes et al. (2004), ressaltam ainda que a educação em saúde é uma estratégia direcionada para as ações básicas de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Assim, deve facultar aos cidadãos conhecimentos não só para manter sua saúde sob controle, mas também para identificar as causas do adoecimento, compreendendo que sua ocorrência não é somente falta do seguimento de orientações ou ensinamentos dos profissionais de saúde. A educação em saúde implica, pois, uma alternativa de mudança coletiva da sociedade na busca de caminhos passíveis de redescobrir e valorizar a atenção primária, transpondo a terciária, tão valorizada e presente atualmente (GUEDES et al. 2004).

Segundo Basch (1990) apud Starfield (2002, p. 31), “a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral permanente e onipresente do sistema formal em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”. A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram a educação em saúde.

Nesse sentido, os projetos educativos em saúde deveriam ser direcionados, pois há necessidade de divulgar não somente a importância e o objetivo do exame Papanicolau como também o uso de preservativos pelos casais e o controle dos parceiros sexuais (FERNANDES e NARCHI, 2002).

A abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo do útero continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo de Papanicolau, sendo este rápido, relativamente de baixo custo e efetivo para a sua detecção precoce (MARTINS, 2005).

Duavy (2006) enfoca que a mulher geralmente só procura fazer o exame de prevenção quando surgem os sintomas. Essa realidade pode ser vivenciada por mulheres que muitas vezes não tem informações necessárias quanto a sua importância. Algumas o vivenciam com medo, apreensão e constrangimento por expor o próprio corpo quando muitas não o conhecem e tampouco da sua sexualidade.

Em 1988, o Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), realizou uma reunião de consenso, com a participação de diversos órgãos internacionais, representantes das sociedades científicas e das diversas instâncias ministeriais e definiu que, no Brasil, o exame Papanicolau deveria ser realizado em mulheres na faixa etária

de 25 a 60 anos de idade, ou que já tivessem tido atividade sexual mesmo antes deste período, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos (BRASIL, 2002).

Apesar das estratégias utilizadas para ampliar o rastreamento precoce de novos casos de câncer de colo uterino, os resultados não têm sido satisfatórios, já que, no país, as taxas de incidência e de mortalidade permanecem em patamares ainda muito elevados (MARTINS, 2005).

Para Novaes et al. (2006) e Martins et al. (2005), uma explicação deste resultado não satisfatório, pode estar relacionada a outros fatores, que podem vir a determinar a adesão ou não das mulheres ao exame preventivo, além da disponibilidade do serviço nos sistemas de saúde.

A condição socioeconômica tem sido apontada como um dos fatores que mais influenciam o comportamento preventivo feminino. Estudos apontam que as mulheres que pertencem aos seguimentos de maior renda e com maior escolaridade têm maior probabilidade de realizarem os exames preventivos (CÉSAR et al. 2003).

De acordo com Oliveira et al. (2006), há outros fatores que também podem contribuir para a adesão ou não das mulheres, a realização do exame preventivo: a situação conjugal, número de filhos, a vida ocupacional, ter ou não seguro de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde, residir na área urbana ou rural, dentre outros. O medo relacionado ao resultado do exame e ao profissional examinador, a vergonha e o esquecimento relacionado ao agendamento também são considerados como principais barreiras. (RAFAEL; MOURA, 2010)

Segundo MARTINS (2005), poucos são os estudos sobre a cobertura do exame de Papanicolau no Brasil. A maioria concentra-se nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste do país. Além da escassez, existe pouca padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres a serem investigadas, o que dificulta a comparação entre si.

O rastreamento de mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos de idade deve ser uma atividade de rotina de todos os profissionais da equipe de saúde da família, mas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais na busca dessas mulheres para que elas não deixem de fazer o exame quando agendado e ainda, busquem o resultado após o exame.

Os estudo analisado destaca a importância das ações do profissional desde as aquelas ligadas a promoção da saúde de âmbito coletivo como aquelas realizadas individualmente, como por exemplo, a própria coleta do material para realização do exame preventivo como rastreamento é eficaz para detecção e prevenção do câncer do colo de mama.

A vacinação para o HPV é uma importante ferramenta de proteção contra o câncer de colo de útero, no entanto o Brasil os índices ainda são abaixo do ideal para a cobertura da população como um todo.

No período de 2016 a 2021, as coberturas vacinais contra o HPV apresentadas pelos estados da região Nordeste estiveram, no geral, abaixo da meta de 80% preconizada pelo PNI. A cobertura vacinal foi maior para as meninas e maior na primeira dose para ambos os sexos. Ceará e Paraíba alcançaram cobertura acima de 80% na primeira dose, entre as meninas. Nenhum estado da região alcançou a meta para as demais doses.

Apenas os estados do Ceará e da Paraíba alcançaram a meta de cobertura vacinal para a primeira dose entre as meninas. As melhores coberturas nesses estados podem estar relacionadas a legislações e ações específicas que vinculam a vacinação às atividades escolares, além da realização de campanhas periódicas, nas mídias sociais, sobre a importância da vacinação contra o HPV. Em avaliação das coberturas da vacina contra HPV realizada pelo Ministério da Saúde, em todo o país, com dados de 2013 a 2018, dois estados da região Nordeste (Ceará e Pernambuco) ultrapassaram a meta para a primeira dose, e cinco estados se encontravam abaixo da média nacional para a segunda dose.

4 CONCLUSÃO

O Nordeste possui taxas elevadas de incidência e prevalência de câncer de colo uterino. A pandemia provocou uma redução significativa nas notificações principalmente no ano de 2019 a 2021. O Ceará é o segundo estado com número mais elevado de incidência no período avaliado.

REFERÊNCIAS

- BEGHINI, A. B. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. *Texto & Contexto – Enfermagem*, vol.15, n.4, out./dez. 2006.
- BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. *Texto & Contexto –Enfermagem*, Abr-Jun. 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Controle do câncer do colo do útero. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Brasília. Secretaria Executiva, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual técnico-profissionais de saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Colo do útero. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Detecção Precoce. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero: atualização 2011. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2010. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é câncer? Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322>.

BRASIL. Resolução (311) Conselho Federal de Enfermagem. COFEN: Rio de Janeiro. 2007.

CAMARGO, E. F. F. et al. O papel do enfermeiro frente à prevenção do câncer de colo uterino na saúde coletiva. [S.L.: s.n.]. 2007.

CARDOSO, E. J. F.; LIPPAUS, R. A enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero. [S.L.: s.n.]. 2006.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.51, n.4, p.297-303, jul./2003.

CÉSAR, J. et al. Fatores associados à não realização de exames citopatológicos de colo uterino no extremo Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública, set-out, 2003.

DAVIM, Rejane Maria Barbosa et al. Conhecimento das mulheres de uma unidade básica da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Revista Escolar Enfermagem USP, p.296-301. 2005.

DUAVY, L. M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvicouterino: estudo de caso. Ciências & Saúde Coletiva, p.733 -741, 2006.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol.48, n.2, p.223-230, abr/mai/jun/2002.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C.; Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. São Paulo: Nursing, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>.

LUCARINI, A. C. B. S.; CAMPOS, C. J. G. Representações Psicossociais e Culturais da Citologia Oncótica: um estudo clínico-qualitativo. [S.L.:s.n.], 2007.

MARQUES, J. F.; MIRANDA, M. G. O.; BOSCO FILHO, J. A mulher e o serviço público de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama. [S.L.: s.n.]. 2003.

MARTINS, L. F. L.; Fatores associados à não realização do exame de Papanicolau: estudo transversal de base Populacional em duas capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.52, n.6, p.197. Nov./Dec. 2005.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. Enfermagem oncológica. Barueri: Manole, 411 p. 2007.

NASCIMENTO, F. K. S. et al. Incidência do câncer de colo uterino entre as mulheres de 40 á 70 anos de idade, no centro de saúde da mulher, criança e adolescente, de Janeiro de 2005 a Julho de 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Vale do Rio Doce, 2007.

NOVAES, H.; BRAGA, P.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. São Paulo. [s.n.]. 2006.

OLIVEIRA, M. M; SILVA, A. A.; BRITO, L; COIMBRA, L. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão. Maranhão, [s.n.]. 2006

PAULA, A. F. Câncer cérvico-uterino: uma ameaça (IN) evitável? *Revista de Enfermagem UFRJ*, vol.14.n., p.123-127, Jan/Mar 2006.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá*, vol.26, n.2, p.319-324, 2004.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, [s.n.]. 2010.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. C.. Interação enfermeira-cliente em obstetrícia. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 14, n. 2, p. 232-8, abr/jun, 2006.

SANTOS, J.; GICO, V. V. Câncer do colo do útero e a política de prevenção. [S.L.: s.n.]. 2005.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo de útero. [S.L.: s.n.]. 2005.

STARFIEL, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.