

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Fernanda Crossetti Cunha

**HOSPITALIZAÇÕES POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REDE
PÚBLICA DO BRASIL, 2002 – 2004**

Porto Alegre

2009

Fernanda Crossetti Cunha

**HOSPITALIZAÇÕES POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REDE
PÚBLICA DO BRASIL, 2002 – 2004**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Ao meu namorado Luis, pelo carinho, apoio, colaboração e incentivo.

A secretária do curso Raquel, obrigada.

Ao professor Roger, pela sua disponibilidade, paciência, e pelos ensinamentos indispensáveis para a realização deste estudo.

RESUMO

O câncer de colo de útero, quando diagnosticado e tratado precocemente, constitui-se em uma causa de morte perfeitamente evitável. Entretanto, no Brasil, a mortalidade por esta causa ainda é elevada, persistindo um desafio para a saúde pública. Sabe-se que a efetividade de programas de controle de câncer de colo de útero depende da cobertura populacional alcançada. Este trabalho tem por objetivo analisar o perfil das mulheres que internaram na rede pública do Brasil, no período de 2002-2004, com diagnóstico de câncer de colo de útero. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) no período citado e após foram apropriados no Excel. As variáveis utilizadas foram faixa etária, região, ocorrência de óbito, internação em UTI, duração das internações e valores pagos. Observou-se maior volume de internações por câncer de colo de útero na faixa etária dos 20 – 44 anos (45,8%). Essa também é a faixa etária que mais apresenta complicações durante a internação, necessitando permanência em UTI. A letalidade hospitalar por câncer de colo de útero é de 3,9%. A maior proporção de óbitos está na faixa etária de 80 e mais (15%). No registro dos óbitos por diagnóstico, a maior parcela é de câncer de colo de útero não-especificado (75,5%). A média de permanência é de 4,7 dias. As internações hospitalares no SUS por câncer de colo de útero superaram R\$51 milhões. A região Sudeste apresenta a maior quantidade de internações (37%). O maior risco de internação está na região Sul (59.9/100.000 mulheres) sendo quase o dobro da região Nordeste (30.2/100.000 mulheres) revelando desigualdades regionais na ocorrência desta doença.

Unitermos: câncer de colo de útero, hospitalizações, óbitos, faixa etária.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	15
Tabela 2 -	Frequência por internações em UTI por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 –2004.....	15
Tabela 3 -	Coeficientes por 100.000 mulheres, segundo faixa etária das internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	16
Tabela 4 -	Frequência de internações por tipo de câncer de colo de útero (CID 10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	16
Tabela 5 -	Frequência de óbitos por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	17
Tabela 6 -	Frequência de óbitos por tipo de câncer de colo de útero (CID 10 C53) na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	17
Tabela 7 -	Frequência de óbitos por internações em UTI por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 –2004.....	18
Tabela 8 -	Coeficientes por 100.000 mulheres e frequência de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo regiões na rede pública do Brasil, 2002 - 2004.....	19
Tabela 9 -	Valor total gasto e por dia em internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	20
Tabela 10	Dias de Permanência nas hospitalizações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão.

HPV – Papilomavírus Humano.

INCA – Instituto Nacional de Câncer.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MS – Ministério da Saúde.

NE – Não Especificado.

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 METODOLOGIA	11
4 REVISÃO TEÓRICA.....	12
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Para o sexo feminino destacam-se os tumores de pele não melanoma (59 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (19 mil), cólon e reto (14 mil) e pulmão (9 mil).

Os cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino acompanham o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (INCA, 2007). A distribuição dos casos novos de câncer, segundo localização primária, é bem heterogênea entre estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste, de uma maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário.

Diante deste cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS.

Segundo o INCA (2007), aproximadamente 500 mil casos novos irão surgir por ano no mundo, e o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparada com os mais desenvolvidos.

Ainda segundo o INCA (2007), em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são diagnosticados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Mohallen e Rodrigues (2007) consideram que a maioria das mulheres com diagnóstico de

câncer de colo de útero em estágio inicial é assintomática. Dos tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a magnitude das hospitalizações por câncer de colo de útero na rede pública do Brasil nos anos de 2002 – 2004.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a magnitude das internações e dos óbitos hospitalares por câncer de colo de útero;
- Determinar a letalidade hospitalar da rede pública por câncer de colo de útero;
- Analisar variáveis demográficas, regiões do Brasil, faixa etária, magnitude das hospitalizações por UTI, duração das internações e valores pagos por câncer de colo de útero

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi um estudo observacional transversal de base populacional. A fonte de dados serão os registros de câncer de colo de útero referentes a 2002-2004, disponíveis nos sites: <http://www.inca.com.br>, <http://www.datasus.saude.gov.br> e <http://www.ibge.gov.br/home/>.

Foram analisados os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), relativos às 88.044 hospitalizações com diagnóstico principal CID 10 câncer de colo de útero. As categorias da CID – 10 para câncer de colo de útero foram C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9 e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) utilizada para as tabulações de quantidade foi a do tipo normal (AIH –1) enquanto para dados de gasto tanto a AIH-1 quanto a do tipo longa permanência (AIH-5)

O SIH/SUS foi desenvolvido para controlar o pagamento dos serviços prestados por hospitais contratados inicialmente pelo sistema previdenciário oficial nos anos 70 e 80 e, após 1991, pelo Sistema Único de Saúde. Utiliza como principal instrumento de coleta de dados a AIH. A AIH apresenta os dados de identificação do paciente, o diagnóstico principal da internação e o registro dos procedimentos médicos e de serviços de diagnose realizados (LESSA et al., 2000¹ apud ROSA e SCHMIDT, 2004). A causa da internação é a informada como o diagnóstico principal, definido como sendo o que motivou a internação. No decorrer desta, pode haver mudança no diagnóstico, nem sempre registrada na AIH (ROSA e SCHMIDT, 2004).

Foram selecionados 36 meses, correspondentes aos períodos de competência janeiro/2002 a dezembro/2004. O período de competência é igual ao mês anterior ao da apresentação da AIH para faturamento que corresponde, geralmente, ao mês da alta (ROSA e SCHMIDT, 2004).

Os dados foram inseridos em planilhas excel para serem analisados. As variáveis utilizadas foram faixa etária, região de residência, ocorrência de óbito, internação em UTI, dias de internação e, valores pagos.

¹ LESSA, Fábio José Delgado, MENDES, Antônio da Cruz Gouveia, FARIAS, Sidney Feitosa, et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 9, supl. 1, p. 3-27, 2000.

4 REVISÃO TEÓRICA

É fato bem conhecido que a mortalidade por câncer de colo de útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, e dentre os tipos de câncer é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura.

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais como medo e preconceito dos companheiros.

Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. O uso do exame citopatológico no rastreamento do câncer de colo de útero permite sua prevenção, na medida em que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia e seu diagnóstico na fase pré-sintomática, modificando o curso clínico da doença e tornando mais efetivo o tratamento (COSTA et al., 2003).

O Papilomavírus Humano (HPV) apresenta-se como um forte fator de risco em todos os tipos de estudos epidemiológicos (BOYER et al., 2000). A incorporação da vacina contra HPV, pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero. Foram desenvolvidas duas vacinas contra os tipos mais presentes no câncer de colo de útero (HPV – 16 e HPV – 18). Mas o real impacto da vacinação contra o câncer de útero só poderá ser observado após décadas. Há duas vacinas comercializadas no Brasil. Uma delas é quadrivalente, ou seja, previne contra os tipos 16 e 18, presente em 70% dos casos de câncer de colo de útero e contra os tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais. A outra é específica para os subtipos 16 e 18 (INCA, 2008).

Assim, mesmo as mulheres vacinadas devem continuar realizando o exame preventivo. Sabe-se que alguns fatores que contribuem para a etiologia deste tumor

são o tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais.

Caetano et al. (2006) afirmam que além do Papanicolau, tradicionalmente usado há mais de 30 anos, novas tecnologias diagnósticas estão disponíveis para a detecção precoce desse tipo de neoplasia, entre as quais se incluem a citologia em meio líquido e os testes para detecção do HPV por captura híbrida. A citologia em meio líquido é um método segundo o qual as células cervicais são imersas em líquido conservante antes da fixação da lâmina, o que evita o ressecamento do material e reduz a quantidade de artefatos, produzindo menor taxa de exames insatisfatórios.

No Brasil, a avaliação da efetividade de programas de prevenção e ações de saúde pública ainda são incipientes (GOLDBAUM, 1996). Sobre a prevenção da neoplasia de colo de útero, Moraes (2007, p. 288) considera:

A prevenção da neoplasia de colo de útero inclui alguns fatores, como higiene sexual, ausência de promiscuidade, uso de contraceptivos de barreira com geléias, evitar tabagismo e consumo de alimentos que contenham vitamina C e betacaroteno.

A falta de uma política nacional é considerado o principal motivo pelo qual as ações de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, com algumas exceções regionais, não conseguiram trazer impacto sobre a incidência da mortalidade pela doença no País.

Em 1997, o Ministério da Saúde e o Inca iniciaram um projeto-piloto de controle do câncer de colo de útero em alguns estados do Brasil. No ano seguinte, implantou-se o Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo Uterino (Siscolo), importante instrumento de avaliação e planejamento. No mesmo período o Programa foi estendido para todo o País.

O Programa “batizado” de “Viva Mulher” consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama. Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.

Em termos de prevenção primária, o enfoque do Programa concentra-se no controle das doenças sexualmente transmissíveis, importante fator de risco para o câncer de colo, numa perspectiva de participação intersetorial. Em termos de prevenção secundária, concentra-se na realização periódica do exame citopatológico (Papanicolau), sob a responsabilidade direta do "Viva Mulher". Para o tratamento específico, propõe-se a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado nos municípios, a fim de assegurar acessibilidade ao sistema.

Com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico; a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa.

As diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde da rede de serviços), a normalização de procedimentos e controle de qualidade e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer.

As estratégias de implantação prevêem a resolução das necessidades constantes nas seguintes diretrizes:

- articular e integrar uma rede nacional;
- motivar a mulher a cuidar da sua saúde;
- reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde;
- melhorar a qualidade do atendimento à mulher;
- aumentar a eficiência da rede de controle do câncer.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a tabela 1, a maioria das internações está na faixa etária dos 20 – 44 anos (45,8%), seguida pela faixa etária de 45 a 59 anos (36,8%). A menor proporção está na faixa etária de 0 a 19 anos (0,5%). Segundo o INCA (2007), a incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos.

Tabela 1 – Frequência de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 –2004

FAIXA ETÁRIA	N	%
0 - 19a	481	0,5%
20 - 44a	40.306	45,8%
45 - 59a	32.405	36,8%
60 - 79a	13.628	15,5%
80 e +	1.224	1,4%
Total	88.044	100,0%

Tabela 2 – Frequência de internações em UTI por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 –2004

FAIXA ETÁRIA	SIM	%	NÃO	%	TOTAL
0 – 19a	15	0,9%	466	0,5%	481
20 – 44a	531	34,5%	39.775	46%	40.306
45 – 59a	564	36,5%	31.841	36,8%	32.405
60 – 79a	385	25%	13.243	15,3%	13.628
80 e +	48	3,1%	1.176	1,4%	1.224
Total	1.543	100,0%	86.501	100,0%	88.044

A tabela 2 mostra que a maioria das pacientes que internam com diagnóstico de câncer de colo de útero e necessitam de internação em leito de UTI está na faixa etária de 45 a 59 anos (36,5%). A faixa etária com a menor proporção é a de 0 a 19 anos (0,5%).

No entanto, se avaliarmos o coeficiente populacional (Tabela 3), notamos que o risco é maior na faixa etária dos 45 aos 59 anos (90,6/100.000 mulheres), seguida pela faixa etária dos 60 aos 79 anos (63,6/100.000mulheres).

Tabela 3 – Coeficientes por 100.000 mulheres, segundo faixa etária das internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) na rede pública do Brasil, 2002 - 2004

FAIXA ETÁRIA	COEFICIENTE
0 - 19a	0,5
20 - 44a	39,0
45 - 59a	90,6
60 - 79a	63,6
80 e +	35,9
Total	32,7

Na tabela 4, verificamos que a maioria das internações por diagnóstico foi por endocérvix (C53.0). A maior proporção está na faixa etária de 0 a 19 anos (63,8%) seguida pela faixa etária de 45 a 59 anos (61,3%) e de 20 a 44 anos (61,2%). O menor volume de internações por diagnóstico foi por exocérvix (C53.1) e está na faixa etária de 80 e mais(4,8%) seguido pelo diagnóstico de lesão invasiva do colo do útero (C53.8) na faixa etária de 0 a 19 anos(5,6%).

Tabela 4 – Frequência de internações por tipo de câncer de colo de útero (CID 10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 – 2004

CID 10	0 - 19a	%	20 -44a	%	45 -59a	%	60 -79a	%	80 e +	%
C53.0 Endocervix	307	63,8%	24.669	61,2%	18.416	61,3%	5.110	37,5%	347	28,3%
C53.1 Exocervix	35	7,3%	2.663	6,6%	1.869	6,6%	852	6,2%	58	4,8%
C53.8 Lesão invasiva do colo do útero	27	5,6%	4.515	11,2%	4.186	11,1%	2.543	18,7%	205	16,7%
C53.9 Colo do útero NE	112	23,3%	8.459	21%	7.934	21%	5.123	37,6%	614	50,2%
Total	481	100%	40.306	100%	32.405	100%	13.628	100%	1.224	100%

Brenna et al. (2001) afirmam que as mulheres mais jovens procuram mais os serviços de saúde, possivelmente devido a eventos que são mais frequentes neste grupo etário, tais como gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais ou tratamentos de leucorréias. Parece que as mulheres com idades mais avançadas,

especialmente depois da prole constituída e quando esterilizadas, procuram menos os serviços de saúde.

Na tabela 5, verifica-se que a maior proporção de óbitos (letalidade) está na faixa etária de 80 e mais (15%), seguida por 60 a 79 anos (8%).

O risco de morte por câncer de colo de útero é maior em idades elevadas, tendendo a um aumento progressivo com a idade, o que foi verificado em estudo feito em Salvador por Derossi et al. (2000).

Tabela 5 – Frequência de óbitos por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 –2004

ÓBITOS	0 - 19A	%	20 - 44A	%	45 - 59A	%	60 - 79A	%	80 E +	%
Com óbitos	7	1,4%	887	2,2%	1.337	4,1%	1.087	8%	186	15%
Sem óbitos	474	98,6%	39.419	97,8%	31.068	95,9%	12.541	92%	1.038	85%
Total	481	100%	40.419	100%	32405	100%	13628	100%	1224	100%

Já a tabela 6, mostra os óbitos por diagnóstico, onde se verifica que a maior faixa é a de colo de útero não-especificado (NE) (75,5%). No estudo de Mendonça et al. (2008), os autores revisaram a declaração de óbito por meio de prontuários médicos das pacientes e encontraram 50% de câncer do colo do útero nos casos que reportavam como causa apenas “câncer do útero em porção não especificada”, o que elevou a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero em cerca de 20%.

Faerstein apud Derossi et al. (2000) indicou que o subregistro de óbito acontece principalmente nas camadas mais pobres da população, por razões sócio-econômicas, onde o câncer cervical é mais freqüente. Certamente, o subregistro e subnotificação devem ser considerados.

Tabela 6 – Frequência de óbitos por tipo de câncer de colo de útero (CID 10 C53) na rede pública do Brasil, 2002 – 2004

CID 10	N	TOTAL
C53.0 Endocérvix	242	6,9%
C53.1 Exocérvix	38	1,0%
C53.8 Lesão invasiva do colo do útero	583	16,6%
C53.9 Colo do útero NE	2.641	75,5%
Total	3.504	100,0%

O prognóstico no câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico. Sua mortalidade está fortemente associada ao diagnóstico tardio e em fases avançadas.

A letalidade em câncer de colo de útero é de 3,9%. Embora não seja a neoplasia ginecológica mais letal, é mais freqüente que o câncer de ovário, o mais letal dos tumores ginecológicos (INCA, 2007).

Na tabela 7, verifica-se que o maior número de óbitos com internações em UTI foi na faixa etária de 45 aos 59 anos (43,8%) seguidos por 60 a 79 anos (31,2%).

Tabela 7 – Frequência de óbitos por internações em UTI por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 -2004

FAIXA ETÁRIA	SIM	%	NÃO	%
0 - 19a	2	0,7%	5	0,2%
20 - 44a	59	20,2%	828	25,8%
45 - 59a	128	43,8%	1.209	37,6%
60 - 79a	91	31,2%	996	31%
80 e +	12	4,1%	174	5,4%
Total	292	100,0%	3.212	100,0%

No estudo de Boing et al. (2007) os autores afirmam que entre 2002 – 2004 ocorreram 405.415 óbitos por neoplasias no Brasil. As maiores taxas de mortalidade foram identificadas nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 8 – Coeficientes por 100.000 mulheres e freqüência de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo regiões na rede pública do Brasil, 2002 – 2004

REGIÕES	N	%	COEFICIENTE
Norte	3.780	4,3%	18,5
Nordeste	22.794	25,9%	30,2
Sudeste	32.516	37,0%	28,1
Sul	23.718	26,9%	60,0
Centro-Oeste	5.236	5,9%	28,2
Total	88.044	100,0%	32,7

Na tabela 8 verifica-se que a região Sudeste apresenta a maior faixa (37%), de internações por câncer de colo de útero. A menor faixa está na região Norte (4,3%). Esses índices são em decorrência do número de mulheres residentes nestas regiões. Boing et al. (2007) afirmam ainda que no Brasil o acesso da população aos serviços de saúde para o diagnóstico de câncer de colo de útero apresenta grande variação regional. Estados da região Norte, por exemplo, apresentaram baixa razão de exame citopatológico cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos em 2003 – 2004.

Já se analisarmos a região que as mulheres têm maior risco de internar por câncer de colo de útero, a região Sul apresenta a maior faixa (59,9/100.000 mulheres), conforme mostra a tabela 08, revelando desigualdades regionais na ocorrência desta doença.

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), espera-se 18.680 casos novos de câncer do colo do útero em 2008, correspondendo a um risco estimado de 19,2/100.000 mulheres. Nas diferentes regiões do país, a incidência da doença é heterogênea: 24,4/100.000 mulheres no Sul, 22,2 no Norte, 19,4 no Centro-Oeste, 17,8 no Sudeste e 17,6 no Nordeste, conforme mostrou estudo de Mendonça et al. (2008).

Tabela 9 – Valor total e por dia gasto em internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 - 2004

FAIXA ETÁRIA	VALOR TOTAL (R\$)	R\$/DIA
0 - 19a	204.991,73	142,05
20 - 44a	23.092.134,67	139,73
45 - 59a	18.860.617,61	121,25
60 - 79a	9.046.116,66	114,47
80 e +	718.275,92	81,50
Total	51.922.136,59	128,00

As internações hospitalares no SUS por câncer de colo de útero superaram 51 milhões. Os maiores investimentos foram com a faixa etária de 20 a 44 anos (23 milhões), conforme se verifica na tabela 9.

O maior gasto/dia está na faixa etária do 0 aos 19 anos (R\$ 142,05), e o menor gasto/dia na faixa etária de 80 e mais (R\$ 81,50).

Tabela 10 – Dias de Permanência nas hospitalizações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo faixa etária na rede pública do Brasil, 2002 - 2004

FAIXA ETÁRIA	DIAS	MÉDIA DE PERMANÊNCIA
0 - 19a	1.467	3,0
20 - 44a	166.799	4,2
45 - 59a	155.995	4,8
60 - 79a	79.326	5,8
80 e +	8.842	7,2
Total	412.429	4,7

A tabela 10 mostra que a média de internação de uma paciente com diagnóstico de câncer de colo de útero é de 4,7 dias.

A faixa etária que permanece mais dias internada é de 80 e mais (7,2), seguida por 60 a 79 anos (5,8).

Essa média de internação pode ser devido ao diagnóstico tardio, uma vez que o diagnóstico precoce e um bom estadiamento facilitam o tratamento.

Dias da Costa et al. (2003) afirmam que o emprego do exame citopatológico no rastreamento do câncer de colo de útero permite sua prevenção, na medida em que identifica lesões em estágios anteriores à neoplasia e seu diagnóstico na fase pré – sintomática, modificando o curso clínico da doença e tornando mais efetivo o tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as internações e a mortalidade hospitalar por câncer de colo de útero na rede pública do Brasil, no triênio 2002 - 2004 examinando as variáveis demográficas, regiões do Brasil, faixa etária, quantidade das hospitalizações por UTI, duração das internações e valores pagos.

Foram encontradas 88.044 internações neste período, cujo maior volume está na faixa etária de 20 a 44 anos .

O maior número de óbitos por câncer de colo de útero está na faixa etária de 80 e mais.

O maior número de hospitalizações que apresentam internações e óbitos em UTI está na faixa etária dos 45 aos 59 anos.

A maioria das internações ocorreu por câncer diagnosticado como de endocérvix (C53.0).

Foram a óbito 3.504 mulheres sendo que 2.641 com diagnóstico de neoplasia de colo de útero NE. Este valor pode ser em decorrência do preenchimento inadequado do atestado de óbito. A letalidade é relativamente baixa, se comparada com outras neoplasias.

A região Sudeste apresentou o maior volume de internações. A região Norte o menor número de internações.

A média de permanência foi de 4,7 dias de internação, sendo que as mulheres idosas apresentaram maior permanência.

O gasto total foi de R\$ 51.922.136,59 correspondendo a R\$ 589,72 por internação e R\$ 128,20/dia. O maior gasto/dia foi com a faixa etária de 0 a 19 anos (R\$ 142,05) e o menor gasto/dia com a faixa etária de 80 e mais (R\$ 81,50).

O diagnóstico precoce e o tratamento eficaz da doença são viáveis, pois esta apresenta etapas bem definidas, longo período para a evolução das lesões precursoras e facilidade de detecção das alterações na fase inicial, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer.

A faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero é dos 35 aos 49 anos de idade, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer. Além disso, ações que visem reduzir a exposição aos fatores de risco, principalmente tabagismo e infecção pelo HPV, devem ser encorajadas.

No Brasil, a melhoria da cobertura do exame citológico ainda não foi suficiente para reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero em muitas regiões. O diagnóstico tardio ainda é o mais habitual e pode estar relacionado a dificuldades no acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema de saúde para absorver a demanda às Unidades de Saúde e dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial com hierarquização dos diversos níveis de atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOING, Antonio Fernando; VARGAS, Silvia Angélica López; BOING, Alexandra Crispim. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007, v. 53, n. 4.

BOYER, Kathryn L.; FORD, Melissa Belle ; LEVIN, Alice F. *Oncologia na Clínica Geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BRASIL/MS. (BRASIL. Ministério da Saúde). Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. Rio de Janeiro: Contapp, 2 ed., 1997.

BRASIL/MS. (BRASIL. Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*, Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes et al . Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Aug. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400024&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 Abril 2009.

CAETANO, Rosângela et al . Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jul., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2009.

COSTA, Juvenal et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, fev. 2003 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2009.

DEROSSI, Susanne Andrade; PAIM, Jairnilson Silva; AQUINO, Estela; et al. Evolução da Mortalidade por Câncer Cérvico-Uterino em Salvador Bahia, 1979-1997. *Saude soc.*, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 49-60, jan.-dez. 2000.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al . Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 12 jan 2009.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 95-98, 1996

MENDONÇA, Vilma Guimarães de et al . Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, May 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan 2009.

MOHALLEN, Andréa; RODRIGUES, Andrea (Org.). *Enfermagem Oncológica*. Barueri: Manole, 2007.

ROSA, Roger dos S.; SCHMIDT, Maria I. *Variações geográficas no volume de hospitalizações e de óbitos hospitalares por diabetes mellitus na rede pública do Brasil, 1999-2001*. UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; Porto Alegre, jun. 2004.

ROSSETTI, Maria Lucia; SILVA, Claudia Maria; RODRIGUES, Jaqueline. *Doenças Infeciosas: diagnóstico molecular*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ZEFERINO, Luiz Carlos. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, Mai. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abril 2009.

ANEXOS

Gráfico 1 - Percentual de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo estados da Região Norte na rede pública do Brasil, 2002 -2004

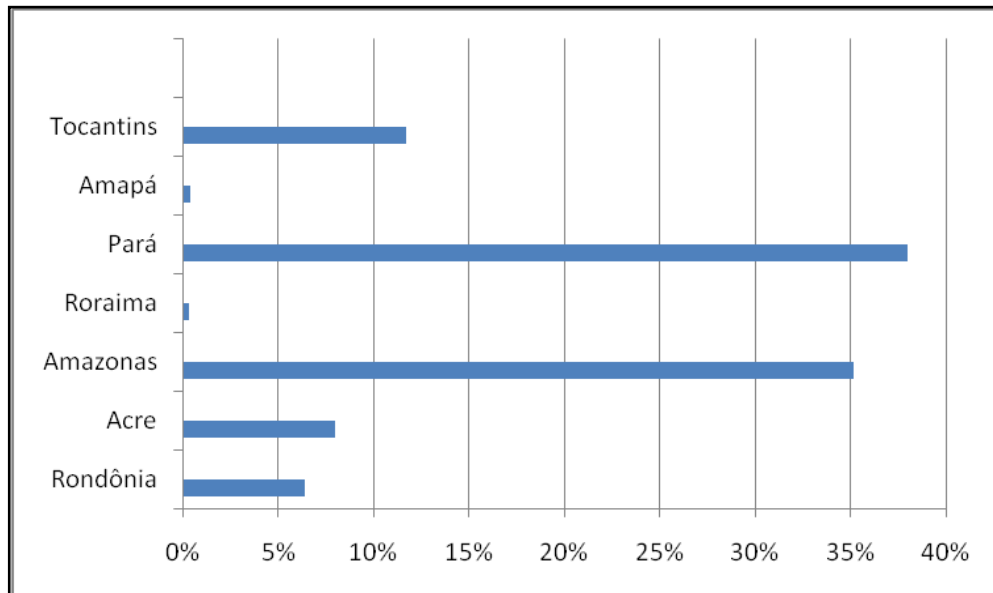


Gráfico 2 - Percentual de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo estados da Região Nordeste na rede pública do Brasil, 2002 -2004

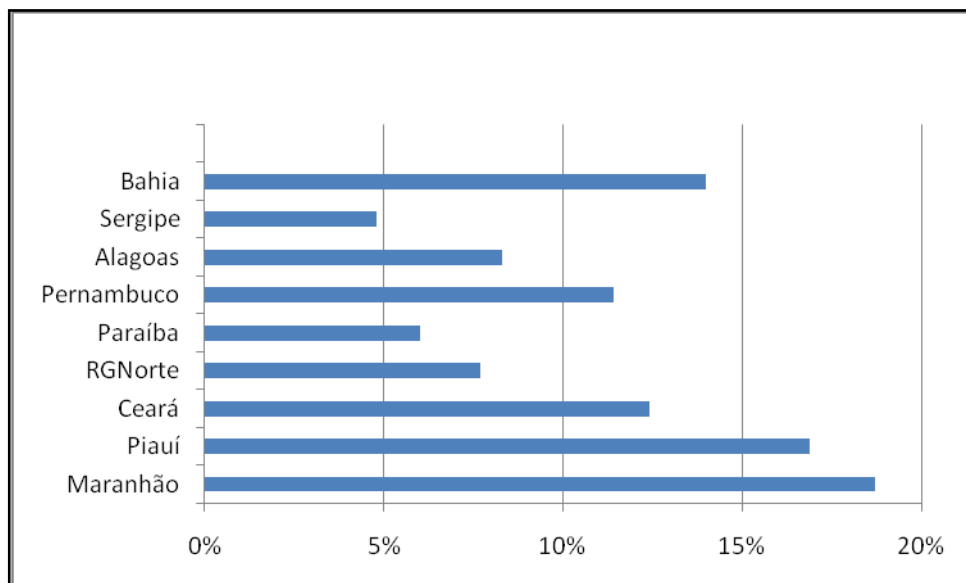


Gráfico 3 - Percentual de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo estados da Região Sudeste na rede pública do Brasil, 2002 -2004

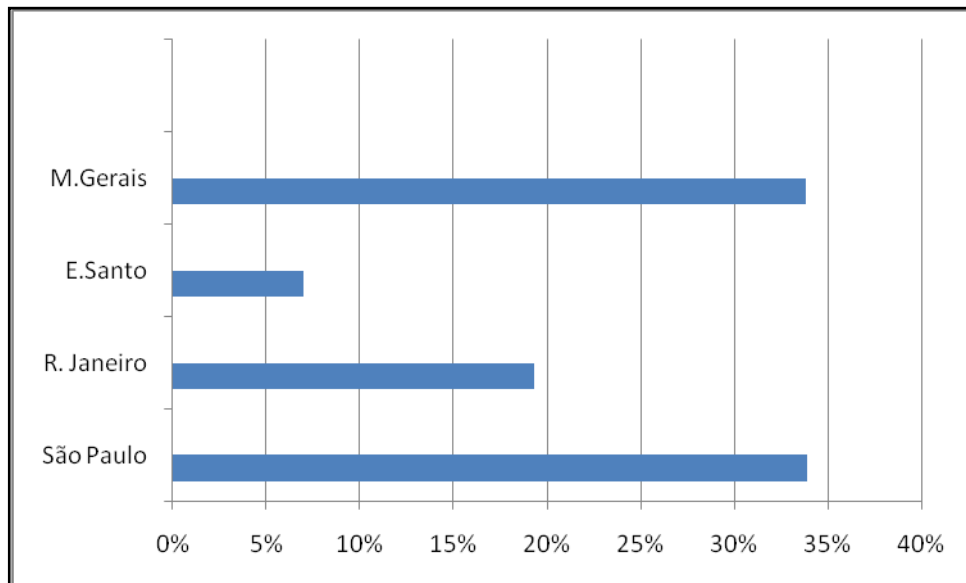


Gráfico 4 - Percentual de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo estados da Região Sul na rede pública do Brasil, 2002 -2004

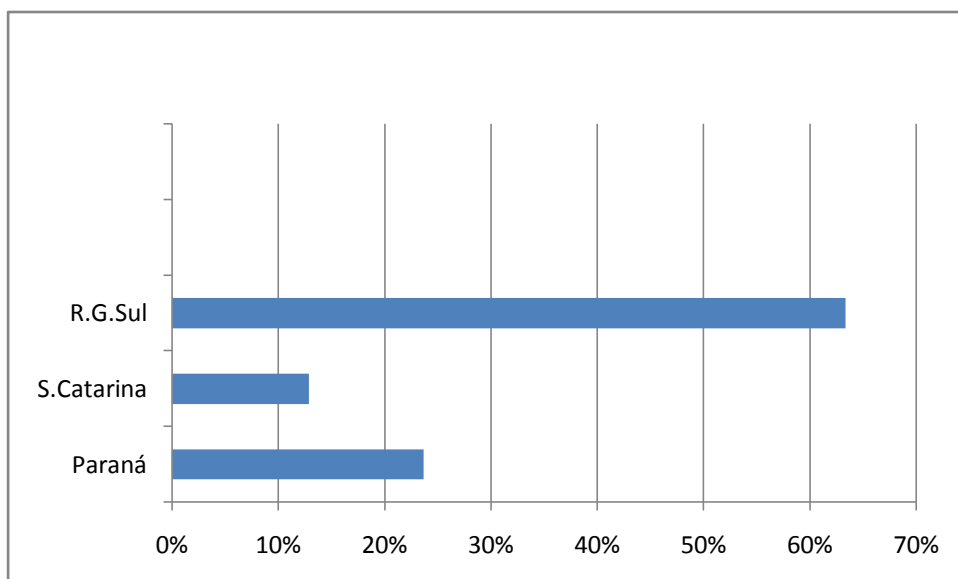


Gráfico 5 - Percentual de internações por câncer de colo de útero (CID-10 C53) segundo estados da Região Centro - Oeste na rede pública do Brasil, 2002 -2004

