

# 10. Detecção precoce de câncer de colo do útero e mama

## Introdução

O câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras. Sua incidência aumenta a partir dos 30 anos de idade. As Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer para o Brasil, elaboradas pelo Instituto Nacional de Câncer para o ano 2003, previram 16.480 novos casos dessa patologia e 4.110 óbitos<sup>1</sup>. Essa doença constitui-se em importante causa de morte por câncer, mantendo uma taxa padronizada de mortalidade de 5/100.000 mulheres há pouco mais de duas décadas<sup>2</sup>.

O câncer de colo do útero continua a ser, entre nós, um problema de Saúde Pública, o que levou o Brasil a assumir, nos anos 80, o seu controle como prioridade nas políticas de atenção à saúde da mulher. Junto à mortalidade elevada, observou-se, com base nas informações disponibilizadas pelos Registros Hospitalares de Câncer, que o diagnóstico desse câncer é realizado nas fases avançadas da doença (estádios III e IV) em cerca de 50% dos casos.

Outro tipo de câncer a considerar é o de mama. A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil, informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional<sup>3</sup>, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que, na década de 90, este foi o câncer mais freqüente no país, à exceção de Belém, onde o de colo do útero é o mais incidente. As maiores taxas de incidência de câncer de mama foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre. Além disso, essa patologia constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se um aumento de 76% nas taxas de mortalidade em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade por 100.000 mulheres aumentou de 5,77 em 1979, para 10,15 em 2002<sup>2</sup>. Pelo menos em parte, estas taxas podem ser explicadas pelo fato de que, em média, 60% dos tumores de mama são diagnosticados nos estádios III e IV.

O aumento da detecção de casos do câncer de mama, associado à redução da mortalidade por essa causa no continente Norte-Americano e em países do Norte Europeu, tem sido atribuído, em parte, à introdução do rastreamento mamográfico e ao tratamento adequado dos casos identificados. No Brasil, a inexistência de um rastreamento estruturado gera um retardo no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada, ocasionando tanto um aumento de incidência dos casos, quanto da mortalidade deles decorrente.

Para conhecer a real situação da prevenção do câncer de colo de útero e mama na população e subsidiar a organização de um programa de rastreamento populacional de abrangência nacional procurou-se, através desse Inquérito, obter informações sobre a utilização dos exames indicados para a detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama, em mulheres de 25 a 69 anos de idade.

## Resultados

O percentual de mulheres que relataram ter realizado pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos variou de 73,4 % em João Pessoa a 92,9% em Vitória (Tabela 10.1). Em geral, as capitais estudadas apresentaram percentuais superiores a 80%, com exceção de João Pessoa, Belém e Aracaju.

**Tabela 10.1. Percentual de mulheres que referiram ter realizado pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 25 a 59 anos, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total	Realizaram Papanicolaou		
		n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	550	465	84,5	(81,4-87,7)
Belém	480	382	79,6	(76,0-83,1)
Fortaleza	760	615	80,9	(78,0-83,8)
Natal	265	216	81,5	(76,8-86,3)
João Pessoa	440	323	73,4	(68,1-78,7)
Recife	342	277	81,0	(76,5-85,5)
Aracaju	300	239	79,7	(75,1-84,3)
Campo Grande	239	210	87,9	(82,7-93,0)
Distrito Federal	684	557	81,4	(78,2-84,7)
Belo Horizonte	781	643	82,3	(78,9-85,7)
Vitória	267	248	92,9	(89,1-96,6)
Rio de Janeiro	987	824	83,5	(81,2-85,8)
São Paulo	447	364	81,4	(77,6-85,3)
Curitiba	844	729	86,4	(84,1-88,6)
Florianópolis	294	251	85,4	(80,5-90,3)
Porto Alegre	463	401	86,6	(83,4-89,8)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Quanto à faixa etária das mulheres que fizeram pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos, observa-se que, em geral, não há diferenças importantes nas coberturas populacionais (Tabela 10.2). Em Aracaju houve uma menor cobertura estatisticamente significativa nas mulheres com idade entre 25 e 34 anos. Já em Campo Grande, as mulheres da faixa etária compreendida entre os 50 e 59 anos tiveram menor cobertura quando comparadas àquelas entre 25 e 34 anos.

**Tabela 10.2. Percentual de mulheres que referiram ter realizado pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 25 a 59 anos, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Faixa etária											
	25 a 34 anos				35 a 49 anos				50 a 59 anos			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	247	208	84,2	(79,7-88,7)	236	208	88,1	(84,2-92,1)	67	49 <sup>+</sup>	73,1	(62,8-83,4)
Belém	194	148	76,3	(69,9-82,6)	206	168	81,6	(76,4-86,7)	80	66	82,5	(74,6-90,4)
Fortaleza	288	232	80,6	(76,0-85,1)	338	282	83,4	(79,4-87,5)	134	101	75,4	(67,7-83,0)
Natal	88	75	85,2	(78,0-92,5)	130	106	81,5	(75,6-87,5)	47	35 <sup>+</sup>	74,5	(62,0-87,0)
João Pessoa	171	121	70,8	(63,6-77,9)	193	146	75,6	(68,6-82,7)	76	56	73,7	(62,9-84,5)
Recife	110	90	81,8	(74,6-89,0)	159	131	82,4	(76,8-88,0)	73	56	76,7	(66,6-86,8)
Aracaju	111	78	70,3	(62,1-78,4)	135	119	88,1	(81,9-94,4)	54	42 <sup>+</sup>	77,8	(66,8-88,8)
Campo Grande	75	71	94,7	(89,6-99,7)	114	100	87,7	(80,4-95,1)	50	39 <sup>+</sup>	78,0	(66,7-89,3)
Distrito Federal	267	218	81,6	(76,6-86,7)	309	259	83,8	(79,9-87,7)	108	80	74,1	(66,0-82,2)
Belo Horizonte	289	224	77,5	(71,9-83,1)	350	305	87,1	(83,4-90,8)	142	114	80,3	(72,4-88,1)
Vitória	94	85	90,4	(84,6-96,3)	115	113	98,3	(95,0-100,0)	58	50	86,2	(76,1-96,3)
Rio de Janeiro	300	253	84,3	(80,2-88,4)	453	388	85,7	(81,9-89,4)	234	183	78,2	(72,3-84,1)
São Paulo	157	129	82,2	(76,0-88,4)	197	165	83,8	(78,3-89,2)	93	70	75,3	(67,0-83,6)
Curitiba	289	252	87,2	(83,2-91,2)	397	352	88,7	(85,5-91,8)	158	125	79,1	(72,7-85,5)
Florianópolis	93	83	89,2	(82,6-95,9)	128	112	87,5	(79,7-95,3)	73	56	76,7	(66,1-87,3)
Porto Alegre	138	119	86,2	(80,2-92,2)	218	191	87,6	(82,5-92,7)	107	91	85,0	(77,7-92,4)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistadas que referiram ter realizado pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Para todas as cidades estudadas, o relato da realização do exame Papanicolaou esteve associado positivamente ao grau de escolaridade. Porém, não houve diferença de grau de escolaridade estatisticamente significativa em Belém, Natal, Recife, Aracaju, Campo Grande e Vitória. João Pessoa foi, nos últimos três anos, a capital com menor percentual de realização de exames, entre mulheres de menor escolaridade: 64,5%. Nas demais localidades, este percentual variou de 69,9% (Distrito Federal) a 87,3% (Vitória). Com relação às mulheres com maior escolaridade, o esperado é que este grupo faça, com maior frequência, o exame de Papanicolaou.

A única capital que apresentou dados discordantes foi Aracaju, onde 83,2% das mulheres com menor escolaridade realizaram o exame, contra 78,2% das mulheres com maior escolaridade. Entretanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as coberturas estimadas (Tabela 10.3).

**Tabela 10.3. Percentual de mulheres que referiram ter realizado pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 25 a 59 anos, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	214	163	76,2	(70,8-81,6)	331	299	90,3	(86,9-93,8)
Belém	168	123	73,2	(66,1-80,3)	309	256	82,8	(78,8-86,9)
Fortaleza	318	235	73,9	(68,9-78,9)	422	363	86,0	(82,4-89,7)
Natal	120	90	75,0	(67,1-82,9)	133	116	87,2	(81,6-92,8)
João Pessoa	186	120	64,5	(56,6-72,4)	251	201	80,1	(74,3-85,8)
Recife	140	111	79,3	(72,5-86,1)	190	154	81,1	(76,0-86,1)
Aracaju	119	99	83,2	(77,0-89,3)	174	136	78,2	(70,5-85,8)
Campo Grande	83	68	81,9	(72,5-91,4)	145	133	91,7	(86,9-96,5)
Distrito Federal	236	165	69,9	(64,1-75,8)	436	381	87,4	(83,8-90,9)
Belo Horizonte	327	247	75,5	(70,9-80,2)	439	385	87,7	(84,2-91,2)
Vitória	63	55	87,3	(79,4-95,2)	201	190	94,5	(91,0-98,1)
Rio de Janeiro	282	199	70,6	(65,8-75,3)	692	617	89,2	(87,0-91,3)
São Paulo	175	128	73,1	(67,1-79,1)	255	222	87,1	(82,4-91,7)
Curitiba	268	217	81,0	(76,4-85,5)	525	468	89,1	(86,6-91,7)
Florianópolis	84	63	75,0	(67,4-82,6)	198	178	89,9	(85,1-94,7)
Porto Alegre	141	111	78,7	(71,8-85,7)	316	285	90,2	(87,3-93,1)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Ao analisarmos as informações referentes ao local onde as mulheres realizaram seu exame, observamos que, nas regiões Norte e Nordeste, o principal local é a Rede do SUS. Chama atenção a diferença encontrada para a cidade de Manaus. Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, o local onde a maior parte das mulheres fez o exame foi a Rede não-SUS, com destaque para a cidade do Rio de Janeiro (Tabela 10.4).

**Tabela 10.4. Distribuição de mulheres que realizaram pelo menos um exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 25 a 59 anos, por local onde o último exame foi realizado (Rede SUS/Não-SUS), em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total	Rede SUS			Rede não-SUS		
		n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	465	295	63,4	(57,6-69,3)	170	36,6	(30,7-42,4)
Belém	382	205	53,7	(45,9-61,4)	177	46,3	(38,6-54,1)
Fortaleza	615	325	52,8	(45,2-60,5)	290	47,2	(39,5-54,8)
Natal	216	109	50,5	(42,7-58,3)	107	49,5	(41,7-57,3)
João Pessoa	323	174	53,9	(43,3-64,4)	149	46,1	(35,6-56,7)
Recife	277	140	50,5	(41,3-59,8)	137	49,5	(40,2-58,7)
Aracaju	239	129	54,0	(43,1-64,8)	110	46,0	(35,2-56,9)
Campo Grande	210	100	47,6	(38,3-56,9)	110	52,4	(43,1-61,7)
Distrito Federal	557	245	44,0	(36,4-51,6)	312	56,0	(48,4-63,6)
Belo Horizonte	643	306	47,6	(40,8-54,4)	337	52,4	(45,6-59,2)
Vitória	248	98	39,5	(28,3-50,7)	150	60,5	(49,3-71,7)
Rio de Janeiro	824	264	32,0	(26,2-37,9)	560	68,0	(62,1-73,8)
São Paulo	364	158	43,4	(36,7-50,1)	206	56,6	(49,9-63,3)
Curitiba	729	325	44,6	(38,3-50,8)	404	55,4	(49,2-61,7)
Florianópolis	251	87	34,7	(25,7-43,6)	164	65,3	(56,4-74,3)
Porto Alegre	401	158	39,4	(31,4-47,4)	243	60,6	(52,6-68,6)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

O percentual de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que referem pelo menos um exame clínico das mamas nos últimos dois anos variou de 39,8% em Manaus a 81,2% em Vitória. Com exceção das capitais da região Norte do país (Manaus e Belém), em todas as outras, mais de 50% das mulheres referiram ter-se submetido ao exame clínico das mamas nos últimos dois anos (Tabela 10.5).

No que diz respeito à realização de mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, as capitais da região Norte também apresentaram os menores percentuais para respostas positivas (42,3% e 36,8%, para Manaus e Belém, respectivamente). Entretanto, também podemos observar que em Fortaleza, Natal, Aracaju, Distrito Federal e Rio de Janeiro menos da metade das mulheres realizou este exame nos últimos dois anos (Tabela 10.5).

Vale ressaltar que a região Norte se destacou em ambos os exames – Manaus, com o menor percentual de mulheres com exame clínico das mamas realizado nos últimos dois anos e Belém, com o menor percentual de mulheres com exame mamográfico realizado nos dois anos anteriores à entrevista.

**Tabela 10.5. Percentual de mulheres que realizaram exame clínico das mamas e mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 50 a 69 anos, por tipo de exame, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total	Exame clínico das mamas			Mamografia		
		n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	123	49 <sup>+</sup>	39,8	(29,8-49,9)	52	42,3	(34,2-50,4)
Belém	133	58	43,6	(34,3-52,9)	49 <sup>+</sup>	36,8	(28,5-45,2)
Fortaleza	226	134	59,3	(52,2-66,3)	106	46,9	(39,4-54,4)
Natal	81	45 <sup>+</sup>	55,6	(41,1-70,0)	38 <sup>+</sup>	46,9	(32,5-61,3)
João Pessoa	128	75	58,6	(46,2-71,0)	67	52,3	(40,1-64,6)
Recife	125	78	62,4	(53,2-71,6)	64	51,2	(40,9-61,5)
Aracaju	83	47 <sup>+</sup>	56,6	(44,7-68,6)	40 <sup>+</sup>	48,2	(37,3-59,0)
Campo Grande	79	50	63,3	(53,8-72,8)	44 <sup>+</sup>	55,7	(44,5-66,9)
Distrito Federal	167	105	62,9	(54,6-71,2)	82	49,1	(40,5-57,7)
Belo Horizonte	236	180	76,3	(70,7-81,8)	159	67,4	(61,3-73,5)
Vitória	85	69	81,2	(72,6-89,8)	65	76,5	(67,2-85,7)
Rio de Janeiro	397	271	68,3	(63,1-73,4)	197	49,6	(43,1-56,2)
São Paulo	127	78	61,4	(52,6-70,2)	75	59,1	(49,7-68,4)
Curitiba	238	153	64,3	(57,7-70,8)	123	51,7	(44,5-58,9)
Florianópolis	111	77	69,4	(61,1-77,6)	70	63,1	(54,1-72,0)
Porto Alegre	186	134	72,0	(65,4-78,7)	130	69,9	(62,5-77,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistadas que referiram ter realizado exame da mamas nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Para quase todas as capitais estudadas, a realização de exame clínico das mamas e mamografia nos últimos dois anos esteve positivamente associada à escolaridade, embora em sete delas – para exame clínico –, e em quatro – para mamografia – a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. A única exceção foi Campo Grande, onde o maior percentual de realização do exame clínico das mamas foi entre as mulheres com menor grau de instrução (67,9%). Com relação à realização de mamografia, também em Campo Grande, observamos que a escolaridade apresentou pequena influência, uma vez que o percentual de realização do exame nas mulheres com menor escolaridade (56,6%) está muito próximo ao das mulheres com maior escolaridade (57,1%) (Tabela 10.6).

**Tabela 10.6. Percentual de mulheres que fizeram exame clínico das mamas e mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa, na população de estudo de 50 a 69 anos, por tipo de exame e escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental	Total	Exame clínico			Mamografia		
			n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	incompleto	91	29 <sup>+</sup>	31,9	(20,1-43,6)	28 <sup>+</sup>	30,8	(21,6-40,0)
	completo e mais	30 <sup>+</sup>	19 <sup>+</sup>	63,3	(46,7-80,0)	23 <sup>+</sup>	76,7	(59,6-93,8)
Belém	incompleto	74	23 <sup>+</sup>	31,1	(20,8-41,4)	18 <sup>+</sup>	24,3	(16,3-32,3)
	completo e mais	57	34 <sup>+</sup>	59,6	(43,6-75,7)	30 <sup>+</sup>	52,6	(36,7-68,6)
Fortaleza	incompleto	123	65	52,8	(44,0-61,7)	41 <sup>+</sup>	33,3	(24,0-42,6)
	completo e mais	98	67	68,4	(59,0-77,8)	63	64,3	(55,2-73,3)
Natal	incompleto	58	24 <sup>+</sup>	41,4	(26,6-56,2)	20 <sup>+</sup>	34,5	(19,9-49,0)
	completo e mais	19 <sup>+</sup>	18 <sup>+</sup>	94,7	(84,4-100,0)	15 <sup>+</sup>	79,0	(61,4-96,5)
João Pessoa	incompleto	70	28 <sup>+</sup>	40,0	(28,1-51,9)	23 <sup>+</sup>	32,9	(22,1-43,6)
	completo e mais	57	47 <sup>+</sup>	82,5	(70,8-94,2)	44 <sup>+</sup>	77,2	(64,9-89,5)
Recife	incompleto	62	30 <sup>+</sup>	48,4	(36,8-60,0)	24 <sup>+</sup>	38,7	(27,8-49,6)
	completo e mais	56	43 <sup>+</sup>	76,8	(65,7-87,9)	36 <sup>+</sup>	64,3	(49,7-78,9)
Aracaju	incompleto	57	28 <sup>+</sup>	49,1	(37,6-60,6)	26 <sup>+</sup>	45,6	(33,0-58,2)
	completo e mais	26	19 <sup>+</sup>	73,1	(53,3-92,8)	14 <sup>+</sup>	53,8	(35,4-72,3)
Campo Grande	incompleto	53	36 <sup>+</sup>	67,9	(55,7-80,2)	30 <sup>+</sup>	56,6	(42,3-70,9)
	completo e mais	21 <sup>+</sup>	12 <sup>+</sup>	57,1	(40,8-73,5)	12 <sup>+</sup>	57,1	(40,8-73,5)
Distrito Federal	incompleto	94	49 <sup>+</sup>	52,1	(42,2-62,1)	35 <sup>+</sup>	37,2	(26,2-48,2)
	completo e mais	71	56	78,9	(69,5-88,2)	47 <sup>+</sup>	66,2	(57,6-74,8)
Belo Horizonte	incompleto	132	89	67,4	(59,5-75,3)	75	56,8	(48,5-65,1)
	completo e mais	98	85	86,7	(79,8-93,6)	78	79,6	(70,9-88,3)
Vitória	incompleto	34 <sup>+</sup>	25 <sup>+</sup>	73,5	(57,0-90,1)	22 <sup>+</sup>	64,7	(48,3-81,1)
	completo e mais	47 <sup>+</sup>	40 <sup>+</sup>	85,1	(77,2-93,6)	39 <sup>+</sup>	83,0	(73,5-92,5)
Rio de Janeiro	incompleto	185	112	60,5	(52,4-68,6)	68	36,8	(28,5-45,0)
	completo e mais	204	152	74,5	(68,3-80,7)	123	60,3	(53,2-67,4)
São Paulo	incompleto	76	40 <sup>+</sup>	52,6	(41,7-63,6)	35 <sup>+</sup>	46,1	(33,7-58,4)
	completo e mais	46 <sup>+</sup>	35 <sup>+</sup>	76,1	(63,0-89,2)	37 <sup>+</sup>	80,4	(67,4-93,5)
Curitiba	incompleto	128	67	52,3	(43,7-61,0)	53	41,4	(32,8-50,0)
	completo e mais	96	74	77,1	(69,0-85,2)	60	63,0	(52,4-72,6)
Florianópolis	incompleto	58	36 <sup>+</sup>	62,1	(50,4-73,8)	28 <sup>+</sup>	48,3	(38,0-58,5)
	completo e mais	45 <sup>+</sup>	36 <sup>+</sup>	80,0	(68,3-91,7)	36 <sup>+</sup>	80,0	(68,0-92,0)
Porto Alegre	incompleto	87	53	60,9	(50,9-70,9)	54	62,1	(51,4-72,7)
	completo e mais	95	77	81,1	(73,5-88,6)	72	75,8	(66,8-84,8)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistadas que referiram ter realizado exame da mamas nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Uma análise da distribuição proporcional do local de realização desses exames, conforme a vinculação do serviço ao SUS (tabelas 10.7 e 10.8), mostrou que, entre as mulheres que tiveram suas mamas examinadas nos dois anos anteriores à pesquisa, o percentual que o fez na rede SUS é menor que aquele da rede não-SUS, exceto em Manaus e Campo Grande onde, proporcionalmente, mais exames clínicos da mama são realizados na rede SUS. Somente para Belém, João Pessoa, Recife, Distrito Federal, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e Porto Alegre as diferenças observadas foram estatisticamente significativas.

**Tabela 10.7. Distribuição de mulheres que fizeram exame clínico das mamas nos últimos dois anos, na população de estudo de 50 a 69 anos, por local onde o último exame foi realizado (Rede SUS/Não-SUS), em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total de entrevistadas que fizeram exame	Rede SUS			Rede não-SUS		
		n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	49 <sup>+</sup>	26 <sup>+</sup>	53,1	(42,3-63,8)	23 <sup>+</sup>	46,9	(36,2-57,7)
Belém	58	16 <sup>+</sup>	27,6	(13,3-41,9)	42 <sup>+</sup>	72,4	(58,1-86,7)
Fortaleza	134	59	44,0	(34,7-53,4)	75	56,0	(46,6-65,3)
Natal	45 <sup>+</sup>	18 <sup>+</sup>	40,0	(20,3-59,7)	27 <sup>+</sup>	60,0	(40,3-79,7)
João Pessoa	75	22 <sup>+</sup>	29,3	(14,0-44,6)	53	70,7	(55,4-86,0)
Recife	78	27 <sup>+</sup>	34,6	(22,9-46,3)	51	65,4	(53,7-77,1)
Aracaju	47 <sup>+</sup>	18 <sup>+</sup>	38,3	(24,1-52,5)	29 <sup>+</sup>	61,7	(47,5-75,9)
Campo Grande	50	27 <sup>+</sup>	54,0	(39,1-68,9)	23 <sup>+</sup>	46,0	(31,1-60,9)
Distrito Federal	105	37 <sup>+</sup>	35,2	(23,3-47,1)	68	64,8	(52,9-76,7)
Belo Horizonte	180	69	38,3	(28,5-48,2)	111	61,7	(51,8-71,5)
Vitória	69	22 <sup>+</sup>	31,9	(19,3-44,5)	47 <sup>+</sup>	68,1	(55,5-80,7)
Rio de Janeiro	271	75	27,7	(19,1-36,3)	196	72,3	(63,7-80,9)
São Paulo	78	38 <sup>+</sup>	48,7	(36,3-61,2)	40 <sup>+</sup>	51,3	(38,8-63,7)
Curitiba	153	69	45,1	(36,4-53,8)	84	54,9	(46,2-63,6)
Florianópolis	77	37 <sup>+</sup>	48,0	(34,7-61,4)	40 <sup>+</sup>	52,0	(38,6-65,3)
Porto Alegre	134	46 <sup>+</sup>	34,3	(24,3-44,3)	88	65,7	(55,7-75,7)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistadas que referiram ter realizado exame clínico das mamas nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Ao analisarmos a distribuição dos locais de realização das mamografias, observa-se que o percentual de exames realizados na Rede SUS varia de 17,3% no Rio de Janeiro a 53,9% em Manaus. Apenas em Manaus o percentual de exames realizados na Rede SUS (53,9%) foi maior do que os da Rede não-SUS (46,2%), enquanto em Campo Grande as medidas pontuais foram iguais para os dois locais de realização do exame (50,0%) (Tabela 10.8). Para Manaus, Natal, São Paulo, Curitiba e Florianópolis as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

**Tabela 10.8. Distribuição de mulheres que fizeram mamografia nos últimos dois anos, na população de estudo de 50 a 69 anos, por local onde o último exame foi realizado (Rede SUS/Não-SUS), em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total	Rede SUS			Rede não-SUS		
		n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	52	28 <sup>+</sup>	53,9	(39,7-68,0)	24 <sup>+</sup>	46,2	(32,0-60,3)
Belém	49 <sup>+</sup>	15 <sup>+</sup>	30,6	(14,3-46,9)	34 <sup>+</sup>	69,4	(53,1-85,7)
Fortaleza	106	33 <sup>+</sup>	31,1	(20,9-41,4)	73	68,9	(58,6-79,1)
Natal	38 <sup>+</sup>	14 <sup>+</sup>	36,8	(16,4-57,3)	24 <sup>+</sup>	63,2	(42,7-83,6)
João Pessoa	67	18 <sup>+</sup>	26,9	(11,8-41,9)	49 <sup>+</sup>	73,1	(58,1-88,2)
Recife	64	19 <sup>+</sup>	29,7	(17,8-41,6)	45 <sup>+</sup>	70,3	(58,4-82,2)
Aracaju	40 <sup>+</sup>	12 <sup>+</sup>	30,0	(15,9-44,1)	28 <sup>+</sup>	70,0	(55,9-84,1)
Campo Grande	44 <sup>+</sup>	22 <sup>+</sup>	50,0	(33,0-67,0)	22 <sup>+</sup>	50,0	(33,0-67,0)
Distrito Federal	82	18 <sup>+</sup>	22,0	(11,7-32,3)	64	78,0	(67,7-88,3)
Belo Horizonte	159	58	36,5	(27,0-46,0)	101	63,5	(54,0-73,0)
Vitória	65	20 <sup>+</sup>	30,8	(18,5-43,1)	45 <sup>+</sup>	69,2	(56,9-81,5)
Rio de Janeiro	197	34 <sup>+</sup>	17,3	(10,3-24,2)	163	82,7	(75,8-89,7)
São Paulo	75	35 <sup>+</sup>	46,7	(34,1-59,2)	40 <sup>+</sup>	53,3	(40,8-65,9)
Curitiba	123	52	42,3	(32,5-52,0)	71	57,7	(48,0-67,5)
Florianópolis	70	27 <sup>+</sup>	38,6	(26,6-50,6)	43 <sup>+</sup>	61,4	(49,4-73,4)
Porto Alegre	130	46 <sup>+</sup>	35,4	(25,1-45,7)	84	64,6	(54,3-75,0)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistadas que referiram ter realizado mamografia nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

## Discussão

Programas de controle de câncer com níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas de colo de útero, podem reduzir a incidência do câncer cervical em cerca de 80%<sup>4</sup>.

Na maioria dos países desenvolvidos as mulheres são estimuladas a realizar exames citopatológicos tão logo iniciem a vida sexual. No Brasil, o programa de controle do câncer de colo de útero define como faixa etária prioritária o grupo de 25 a 59 anos de idade.

Esta pesquisa mostrou níveis elevados de cobertura do exame citológico (acima de 73%) em todas as cidades. Entretanto, não se observa ainda queda na mortalidade por câncer de colo de útero em nosso país.

Um estudo de base populacional, realizado na cidade de São Paulo em 1987<sup>5</sup>, mostrou uma cobertura do exame Papanicolaou atingindo 68,9%. Nesta pesquisa, a cobertura obtida para essa mesma cidade foi de 81,4%, mostrando um aumento percentual significativo no período. Para as demais cidades não há dados para comparação, tendo em vista as diferentes metodologias utilizadas em pesquisas anteriores.

Embora os níveis de cobertura não se diferenciem de forma significativa nos três grupos etários considerados, a faixa etária que apresentou as menores proporções de cobertura foi de 50 a 59 anos. É possível supor que, acima da faixa etária reprodutiva, haja uma menor procura das mulheres por serviços de saúde.

O menor acesso à informação sobre cuidados de saúde está associado aos níveis de escolaridade da clientela, o que repercute na demanda pelos exames preventivos aqui pesquisados. A exceção é a cidade de Campo Grande, na região Centro-Oeste, que mostrou para o exame clínico das mamas e mamografia, uma maior cobertura no grupo de mulheres de baixa escolaridade.

Quanto ao local de ocorrência do exame, os resultados obtidos se relacionam com o acesso à rede SUS para a realização do exame Papanicolaou. Além disso, diferenças socioeconômicas entre as capitais envolvidas no estudo podem estar associadas à escolha do local utilizado para o exame (Rede SUS ou Rede não-SUS).

A cobertura de exame mamográfico pode ser avaliada sob três aspectos: número de aparelhos distribuídos no país, sua distribuição geográfica e sua capacidade operacional. Existe hoje um número de aparelhos que seria suficiente para uma cobertura populacional completa, mas que, devido à distribuição desigual e capacidade operacional reduzida, refletiu os níveis de cobertura estimados neste Inquérito. Além disso, a desigualdade de oferta de serviço para a Rede SUS pode estar associada a uma maior absorção da clientela pelo setor privado.

Até dezembro de 2003, o Ministério da Saúde recomendava a realização do auto-exame e do exame clínico das mamas como procedimentos de detecção do câncer mamário, sendo a mamografia indicada somente para os casos com exame clínico alterado. Esse fato pode justificar, em parte, a maior proporção de exames realizados fora da rede SUS.

A partir de abril de 2004, o Ministério da Saúde adotou, como estratégia de rastreamento populacional, o exame mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico das mamas para mulheres na faixa de 40 a 49 anos. Em relação ao exame Papanicolaou, tem-se estimulado a captação de mulheres que nunca fizeram o exame citopatológico através da busca ativa pelos programas de atenção básica de saúde e o estabelecimento de estratégias regionais que ampliem a divulgação sobre a importância da realização do exame.

## Referências bibliográficas

- <sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/>>. Acesso em 04 out. 2004.
- <sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmmap.htm>>. Acesso em: 01 out. 2004.
- <sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional – volume III**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/>>. Acesso em 04 out. 2004.

- <sup>4</sup> SANKARANARAYANAN, R.; BUDUKH, A. M. ; RAJKUMAR, R. Effective screening programmes for cervical cancer in low and middle-income developing countries **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, n.10, 2001.
- <sup>5</sup> NASCIMENTO, C. M.; ELUF-NETO, J.; REGO, R. A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. **Bull Pan Am Health Organ**, v.30, n.4, p.302-12, 1996.