

Curso: Medicina

Equipe:

Professor coordenador/orientador: Martha Eleonora de Andrade Lima

Alunos: Ana Simara Medeiros de Oliveira

Cidcley Nascimento Cabral

Jéssika dos Santos Costa

Luanna Mayara Mendes Hóstio

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO UTERINO ATENDIDAS NO SERVIÇO DE CANCEROLOGIA DO
HOSPITAL DA FAP-FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, EM
CAMPINA GRANDE-PB**

Relatório de Pesquisa

Campina Grande – PB

2011

MARTHA ELEONORA DE ANDRADE LIMA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO UTERINO ATENDIDAS NO SERVIÇO DE CANCEROLOGIA DO
HOSPITAL DA FAP-FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, EM
CAMPINA GRANDE-PB**

Relatório de pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

Campina Grande – PB

2011

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3 JUSTIFICATIVA	6
4 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	7
4.1 CLASSIFICAÇÃO.....	7
4.2 ASSOCIAÇÃO COM HPV	8
4.3 EVOLUÇÃO.....	9
4.4 EPIDEMIOLOGIA	9
4.5 ETIOLOGIA.....	11
4.6 SINTOMATOLOGIA	12
4.7 DIAGNÓSTICO.....	13
4.8 TRATAMENTO	155
4.9 PREVENÇÃO.....	16
5 METODOLOGIA	18
5.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO	18
5.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA	18
5.3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	189
5.3.2 INSTRUMENTO E FONTES DE COLETA DE DADOS.....	19
5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
CONCLUSÕES.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
8 APÊNDICES.....	52

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer no mundo até 2020. Evidências epidemiológicas e laboratoriais sugerem que 23% desses tumores são ocasionados por agentes infecciosos como o *Human papillomavirus* (HPV). Existe consenso entre os autores que a infecção pelo HPV é a principal causa de câncer de colo uterino e um dos fatores associados ao aumento da incidência do câncer de canal anal.

O câncer de colo uterino é uma neoplasia de crescimento lento que pode ser assintomática nas fases de lesões precursoras e no início de invasão. Quando os sintomas estão presentes, pode-se ter sangramento vaginal espontâneo, intermitente, ou estimulados por esforço físico e relação sexual, secreção vaginal com odor fétido e corrimento tipo salmora ou sanguinolento.

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo e cerca de 19 mil casos no Brasil, sendo o responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior nos países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. 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 (INCA, 2010)

Diferentemente dos outros cânceres humanos, o cervical é, em princípio uma doença evitável já que apresenta evolução lenta, com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento do câncer invasor. A prevenção e o diagnóstico precoce correspondem às únicas maneiras de se reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes desta neoplasia.

A idéia de triagem para detecção precoce do câncer do colo do útero foi aceita a partir do desenvolvimento de técnicas de citologia esfoliativa pelo Dr. George Papanicolaou, em 1941, levando desde então a uma expressiva redução de 70% nas taxas de incidência e mortalidade.

O fator mais relevante no controle desta patologia é a detecção da doença numa fase pré-clínica ou não-invasiva, através do diagnóstico das lesões intraepiteliais cervicais uterinas

de baixo e alto grau, fase esta detectável pela citopatologia oncológica associada a colposcopia e a histopatologia, exames estes denominados pelos estudiosos da patologia cervical-uterina como conclusivos para o diagnóstico morfológico das neoplasias do colo uterino.

De acordo com Porto (2005), os fatores de risco para o câncer de colo uterino inclui: início da atividade sexual antes de 20 anos; primiparidade precoce; vida sexual promíscua ou parceiro de risco; multiparidade; tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, especialmente infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e intervalo longo entre os exames citológicos (maior que 3 anos). Estes fatores são tomados para orientar o problema desta pesquisa que consiste na concepção da importância e necessidade de identificar os fatores de risco do câncer de colo uterino e a adoção de exames e medidas preventivas eficazes para diminuição dos números de casos, os quais cada vez mais estão aumentando, principalmente nos últimos anos, no estado da Paraíba em especial.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar as características biológicas e comportamentais de mulheres com câncer uterino no Hospital da FAP – Fundação Assistencial da Paraíba, no município de Campina Grande – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais fatores causais que podem contribuir para o desenvolvimento de câncer de colo uterino;
- Traçar o perfil das mulheres que desenvolvem câncer de colo uterino;
- Identificar em que período do câncer as mulheres procuraram assistência médica;
- Identificar os graus e tipos de câncer de colo uterino;
- Identificar o acesso das mulheres aos métodos de prevenção de câncer de colo uterino.

3 JUSTIFICATIVA

Diante dos dados disponíveis no DATASUS, notou-se um aumento significativo dos casos de câncer de colo uterino na Paraíba, sendo maior que 40%.

O alarmante índice permitiu a análise dos fatores epidemiológicos ligados a esse crescente índice, afim de que possam ser levantadas técnicas para prevenção e identificação precoce, eficazes para diminuir a mortalidade da doença visto que, para estágios mais avançados do câncer de colo de útero, a sobrevida diminui consideravelmente.

O conhecimento dos fatores de risco da patologia implica na desmistificação do câncer como “sentença”, pois ocorrência deste , como comprovado no projeto depende da exposição aos determinates epidemiológicos, criando assim, uma nova concepção social da raiz da doença.

Sua determinação, será então, pautada na influência de fatores sócio-culturais , ambientais e comportamentais , levando assim uma idéia renovada do câncer e ampla para o população na forma de um futuro projeto de extensão.

4 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

É a neoplasia que se forma no colo do útero, o qual é parte inferior do útero que o conecta à vagina, produz muco que durante uma relação sexual ajuda o espermatozoide a mover-se da vagina para o útero, na menstruação o sangue flui do útero através do colo até a vagina, no período de gravidez o colo fica completamente fechado.

Ocorre quando células pré-cancerosas se transformam em tumores malignos e se espalham mais profundamente no colo uterino, podendo ser de dois tipos básicos: quando a célula do qual se origina o câncer é do tipo epidermóide ou carcinoma de células escamosas, que é o mais comum, ou do tipo adenocarcinoma, menos frequente.

Durante alguns anos, células da superfície do colo do útero se tornam anormais, no entanto, inicialmente estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Algumas dessas se curam espontaneamente, sem tratamento. Porém, algumas outras displasias de colo uterino podem originar uma série de alterações que por sua vez podem levar ao surgimento do câncer de colo de útero. Essas displasias pré-cancerosas precisam de cuidado e de atenção para evitar o surgimento do câncer.

4.1 CLASSIFICAÇÃO

As neoplasias invasivas do colo uterino são geralmente precedidas por formas pré-invasivas que progridem da atipia celular em graus variados de displasia ou a neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Segundo Bethesda, que em 1988 criou essa nova classificação, NIC I está enquadrado em Lesão Intra-epitelial de Baixo Grau (LIE BG). NIC II e NIC III são parte do grupo de Lesão Intra-epitelial de Alto grau. O carcinoma in situ também passou a fazer parte da LIE AG. Porém, ainda existem controvérsias, ainda utiliza-se a nomenclatura de 1966 de Richart que dividiu as neoplasias intraepitelial cervical (NIC) em 3 graus, I, II e III. Logo, as duas classificações ainda são utilizadas atualmente. A NIC é dividida em três graus:

- NIC I é Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LIE BG). No exame histopatológico apresenta boa maturação com anomalias nucleares mínimas e pouca mitose. As células indiferenciadas ficam restritas ao terço inferior do epitélio. A maioria regride espontaneamente, sem uso de terapêuticos.

- NIC II é Lesão Intraepitelial de Alto Grau (LIE AG). No histopatológico há alterações celulares displásicas, principalmente na metade inferior do epitélio e com anomalias nucleares mais acentuadas. Figuras de mitose podem ser vistas na metade inferior do epitélio.
- NIC III é Lesão Intraepitelial de Alto Grau (LIE AG). No histopatológico, a diferenciação e a estratificação podem estar totalmente ausentes ou presentes no quarto superficial do epitélio com numerosas figuras de mitose. E as anomalias nucleares vão se estender por toda espessura do epitélio.

Displasia Leve		Displasia Moderada	Displasia Acentuada	Carcinoma in situ
Infecção por HPV	NIC I	NIC II	NIC III	
LIE de Baixo Grau (LIE BG)		LIE de Alto Grau (LIE AG)		

Quadro 1 – Correspondência entre as nomenclaturas da lesão intra-epitelial

4.2 ASSOCIAÇÃO COM HPV

Aproximadamente 99.7% dos casos de câncer de colo uterino há associação com os tipos oncogênicos de vírus chamados de HPV (Papiloma Vírus Humano). Logo, a causa principal é a infecção por alguns tipos do vírus HPV, dos quais existem mais de 100 tipos diferentes e que são classificados em de baixo e alto risco de câncer, somente os de alto risco estão relacionados a tumores malignos, são eles: os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros.

Cerca de 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas no mundo serão infectadas por um ou mais tipos de HPV em algum momento de suas vidas, sendo a maioria das infecções transitórias, combatidas espontaneamente pelo sistema imune, principalmente nas mulheres mais jovens.

A transmissão é por contato direto com a pele infectada, os HPV genitais são transmitidos por meio das relações sexuais. Existem estudos que demonstram a presença rara de vírus na pele, na laringe (cordas vocais) e no esôfago. As infecções clínicas mais comuns

na região genital são as verrugas genitais ou condilomas acuminados, popularmente conhecidas como "crista de galo". As lesões subclínicas não apresentam nenhum sintoma, podendo progredir para câncer de colo do útero, caso não tratadas precocemente.

4.3 EVOLUÇÃO

O câncer do colo do útero tem mortalidade elevada e mesmo com as campanhas e programas governamentais de prevenção, ainda continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil, mesmo já apresentando conhecimentos técnicos de prevenção suficientes para fornecer um dos mais altos potenciais de cura. Essa neoplasia pode ser considerada a 2ª maior causa de morte por câncer entre as mulheres no mundo.

Desde 1984, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Ministério da Saúde preconiza a prevenção do câncer ginecológico a todas as mulheres que se encontram na faixa etária reprodutiva através dos centros de saúde de atenção primária.

A humanidade sempre conviveu com a problemática das doenças venéreas e por isso, tais doenças sedimentaram representações negativas fortalecendo estigmas, preconceitos e sofrimentos, causando muitas mortes e seqüelas.

Nos últimos anos constata-se uma impressionante evolução quanto a relação entre câncer de colo uterino e HPV. Entre os anos 70 e 80 surgiam as primeiras evidências da associação, já nos anos 90 descrevia-se a presença viral em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical, por isso, passou-se a afirmar que não existe câncer do colo sem HPV (NICOLAU, 2003).

4.EPIDEMIOLOGIA

A infecção genital causada por HPV é a doença sexualmente transmissível viral mais frequente na população de vida sexual ativa.

Estima-se que as taxas de incidência de infecções causadas pelo HPV, possam alcançar cerca de 30%-40% em pacientes abaixo dos vinte anos. Acima dos trinta e cinco anos a prevalência diminui para cerca de 10%, e a de infecções por HPV de alto risco cai para cerca de 5%.

Enquanto a infecção pelo HPV diminui com a idade, a incidência do câncer cervical aumenta, sugerindo que a persistência da infecção pelo HPV é necessária para produzir lesões de alto grau.

Todos os anos, 500.000 mulheres no mundo têm câncer de colo uterino, dessas 250.000 morrem, mostrando uma taxa de mortalidade de 50% a nível mundial.

De acordo com dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer) a mortalidade causada pelo câncer de colo uterino no Brasil em 2008 foi de 4.812 mulheres.

O INCA estima também que 18.430 novos casos surjam no Brasil apenas no ano de 2010.

O pico de incidência do câncer de colo uterino ocorre 5 a 10 anos após a infecção pelo HPV. A gestação aumenta o índice de infecção para 30%.

Após analisar dados encontrados no DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde) constata-se que da região Nordeste, entre os anos de 2006 e 2007 o estado de Sergipe apresentou o maior índice de casos de câncer de colo de útero (22,90 por 100.000 habitantes), a Paraíba apresentou **8,40** casos em 100.000 habitantes (índice mais baixo do Brasil), sendo o índice nacional de **20,31**. O estado com maior índice no Brasil foi Rio Grande do Sul com 30,90 casos e a região foi a Região Norte, tendo 21,75 casos. Belém é a capital que teve o maior índice, o qual foi de 54,77 casos, já João Pessoa teve um índice de **13,20** casos.

Com relação aos anos de 2008 e 2009 o estado de Sergipe continuou a apresentar o maior índice de casos de câncer de colo de útero no Nordeste (24,00 por 100.000 habitantes), a Paraíba apresentou **12,23** casos em 100.000 habitantes, sendo o índice nacional de **19,18** casos. O estado com maior índice no Brasil continuou sendo o Rio Grande do Sul com 28,17 casos e a região foi a Região Sul, tendo 24,44 casos. Entre as capitais dos estados brasileiros Belém continua a apresentar o maior índice (49,49), sendo o de João Pessoa em torno de **19,54** casos, ambos em 100.000 habitantes.

Logo, observa-se que a nível Nacional o índice de Câncer de colo uterino diminuiu de 20,31 para 19,18 até 2009, porém na Paraíba esse índice aumentou de 8,40 para 12,23 casos entre 100.000 habitantes. Aumento esse de aproximadamente 45,6%.

4.5 ETIOPATOGENIA

Os principais fatores de risco do câncer de colo uterino estão relacionados à baixa condição sócio-econômica, iniciação precoce da atividade sexual, multiplicidade de parcerias sexuais, parceiro sexual de risco (hábitos de vida e idade), tabagismo (ativo e passivo), uso prolongado de contraceptivos orais (pílula anticoncepcional) e higiene íntima inadequada. Além disso, o câncer de colo de útero está relacionado também à primeira gestação precoce (antes dos 18 anos), multiparidade (número elevado de gestações), pacientes tratadas com imunossupressores (transplantadas), infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmitidas (como herpes e clamídia), as quais poderiam ser prevenidas por uso de preservativo. A exposição ao papiloma vírus (HPV) tem um papel essencial no desenvolvimento de câncer de colo uterino.

Mulheres com baixas condições sócio-econômicas geralmente tem menor tempo formal de educação, cuidam menos de sua saúde e higiene, conseqüentemente procuram menos os serviços de saúde, podendo levar ao desenvolvimento dessa patologia, por pouca informação com relação à prevenção sexual (previne DST, prevenindo o câncer de colo de útero), pouco acesso á vacinação e aos exames preventivos. Além de ingerirem alimentos pobres em vitamina A.

Mulheres que iniciam sua vida sexual cedo (antes dos 18 anos), ou as que se relacionam ou se relacionaram com mais de um parceiro sexual, têm um risco maior de adquirirem essa neoplasia. Isso ocorre pela maior exposição dessas mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como HPV, HIV e Herpes simples, os quais estão associados diretamente ao câncer de colo uterino. Com relação ao início sexual precoce, o risco aumentado deve-se também á incompleta formação do cérvix uterino.

Vale salientar, que os riscos aumentam também quanto maior for a idade do parceiro sexual.

O fumo oferece risco, porque o cigarro contém substâncias que, a longo prazo, podem levar ao câncer em muitos órgãos, como o câncer de colo de útero. Mulheres fumantes têm duas vezes mais chance de ter câncer de colo uterino com relação às mulheres que não fumam.

O uso prolongado de contraceptivos orais como fator de risco pode estar relacionado ao incentivo à práticas sexuais sem preservativo, aumentando o risco de obter uma DST.

Descobriu-se também que podemos relacionar essa neoplasia com carências nutricionais, ou seja, dietas inadequadas. Os micronutrientes considerados benéficos são os carotenóides, a vitamina E e C, com uma dieta rica e balanceada baseada em vegetais.

A Infecção por HIV é considerada como fator de risco pelo sistema imunológico debilitado, incapacitado de lutar contra doenças oportunistas.

A associação desses fatores de risco à predisposição de cada indivíduo (deficiência imunológica), ao tipo de HPV, sua carga viral e a persistência da agressão favorecem a instalação do câncer de colo uterino.

4.6 SINTOMATOLOGIA

Com relação à infecção pelo HPV geralmente não são encontrados sintomas, podem surgir verrugas genitais e outras lesões na vulva, vagina, colo do útero e ânus as quais não sendo tratadas podem vir a evoluir para câncer do colo uterino. Estas lesões são diagnosticadas pelos exames preventivos, como Papanicolaou, colposcopia, vulvoscopia e anoscopia.

No quadro clínico do câncer de colo uterino há a fase pré-clínica, na qual não é apresentado nenhum sintoma, o diagnóstico nessa fase se dá pela detecção de lesões precursoras através de realizações frequentes de exames preventivos.

Por outro lado, na fase clínica surgem os sintomas, pela progressão da doença. Sintomas esses como: sangramento vaginal intermitente, antes ou após a relação sexual; corrimento vaginal de odor fétido; dispareunia; hematuria e disúria; dificuldade ou sangramento no ato de defecar; dor abdominal, esta última associada com queixas intestinais

ou urinárias ocorrem nos casos mais avançados da doença. Um sintoma frequente em casos mais avançados do tumor é metrorragia, em especial após a relação sexual.

4.7 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através do exame preventivo, sendo feito em mulheres que têm ou já tiveram relação sexual entre 25 e 59 anos de idade. Mulheres grávidas podem realizar o exame, porém a coleta é feita no fundo de saco vaginal posterior e da ectocérvice. Para garantir a eficácia do resultado, deve-se evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Também não pode ser feito durante o período menstrual, pois o sangue pode alterar os resultados.

Os exames feitos são o citopatológico do colo do útero, teste de Schiller, colposcopia e biópsia. O citopatológico é conhecido como Papanicolau, a coleta é feita através da introdução de uma specula vaginal e procede-se à escamação ou efoliação através da madeira e de uma escovinha endocervical. O Papanicolau possibilita o diagnóstico precoce das diversas formas de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), detecta a presença de lesões em até 80% das vezes que essas estão presentes.

No teste de Schiller é colocada uma solução iodada no colo do útero para detectar áreas não coradas suspeitas. A colposcopia é feita através de um aparelho de aumento que permite identificar com precisão o local e a extensão da doença. Mostra o local mais adequado para realizar biópsia e guiar o tratamento através de cirurgia. É um exame complementar ao Papanicolau, detectando a lesão em praticamente 100%.

A biópsia é orientada pelos dois testes anteriores e permite obtenção do fragmento para exame histopatológico.

O laudo citológico tem várias classificações e nomenclaturas, cabendo ao médico interpretá-las e orientar a paciente com base no laudo.

Em achados de Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas (ASCUS) e Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares (AGCUS) não são encontradas alterações celulares que se enquadrem em neoplasia intra-epitelial cervical, porém existem alterações citológicas precisam ser melhores examinadas. Logo, a orientação é

para o tratamento dos processos infecciosos, caso existão, e repetição da citologia após seis meses. A repetição do diagnóstico de ASCUS ou AGCUS na nova citologia, faz com que a paciente deva ser encaminhada para exame colposcópico. Encontrado o NIC I ou compatibilidade com HPV, a conduta será a mesma para os achados de ASCUS e AGCUS.

Já nos casos em que os resultados mostrarem um achado de NIC II, NIC III, Carcinoma Invasor, Adenocarcinoma in situ, Adenocarcinoma Invasor ou outras neoplasias malignas, a mulher deverá ser encaminhada para a realização da colposcopia e biópsia para confirmação diagnóstica pela histopatologia, sendo posteriormente tratadas adequadamente.

Classificação	Interpretação	Orientação
Classe I	Normal	Repetir exame em 1 ano ou conforme orientação do médico
Classe II	Normal	Repetir exame em um ano ou conforme orientação do médico e tratar inflamação se necessário
Atipia celular escamosa	Leve suspeita de alteração	Realizar colposcopia e se necessário a biópsia dirigida. Tratamento baseado no resultado da biópsia
Atipia celular glandular	Suspeita alteração	Realizar colposcopia e se necessário biópsia. Tratamento baseado na biópsia. Se a mulher não menstruar mais, investigar o endométrio
Classe III	Alterado	Realizar colposcopia e se necessário biópsia dirigida. Tratamento é definido com base na biópsia
Classe IV	Alterado – lesão de alto grau	Realizar colposcopia e se necessário biópsia dirigida. Tratamento baseado na biópsia
Classe V	Alterado – suspeita de câncer	Realizar colposcopia e se necessário biópsia dirigida. Tratamento baseado na biópsia

O laudo colposcópico negativo ocorre quando é possível avaliar os epitélios pavimentoso, metaplásico (delimitado pela junção escamocolunar) e glandular endocervical e não encontramos lesão visível ao colposcópico. Já o laudo colposcópico positivo mostra todos

os epitélios e localizam-se e delimitam-se todas as bordas da lesão, a qual é completamente delimitada pelo exame e podem ser compatíveis com HPV, neoplasia intra-epitelial cervical (NIC I, II e III) e carcinoma e/ou adenocarcinoma invasivo. Em uma colposcopia insatisfatória não se observa a junção escamocolunar no canal cervical, podendo ter ou não lesão.

Na histopatologia, o diagnóstico pode ser: negativo para neoplasia, compatível para HPV, NIC I, NIC II, NIC III, NIC não graduado, carcinoma escamoso invasivo, espécime insatisfatório ou outras neoplasias malignas.

É necessário que as bordas cirúrgicas sejam analisadas em livres, comprometidas ou sem possibilidade de avaliação.

4.8 TRATAMENTO

O tratamento do câncer de colo uterino baseia-se na cirurgia, radioterapia e quimioterapia. E vai depender das condições clínicas da paciente, do tipo de tumor e de sua extensão.

No caso de neoplasia intra-epitelial cervical de grau de um a três, o tratamento depende do tamanho da lesão identificada. A NIC de grau 1 é indicada cauterização, controle semestral com citologia e colposcopia ou pequena cirurgia local. O tratamento mais moderno para NIC de grau 2 e 3 é a cirurgia de alta frequência que é realizada com ajuda do colposcópico e retira apenas a lesão, preservando o tecido do útero sadio, e conseqüentemente, a capacidade de engravidar.

O tratamento cirúrgico consiste na retirada do útero, porção superior da vagina e linfonodos pélvicos. Dependendo do estado do tumor, os ovários podem ser preservados nas pacientes jovens.

As displasias, formas pré-cancerosas, podem ser tratadas com laser, conização (retirada de uma pequena porção do colo do útero) ou crioterapia (congelamento).

A cirurgia ou radioterapia são tratamento para estágios mais avançados. A radioterapia pode ser feita como tratamento exclusivo ou em associação com a cirurgia, nesse caso deve

precede-la, ou quando a cirurgia é contra indicada. A quimioterapia é usado em estágios mais tardios ainda. A conização é indicado em casos em que o câncer não tiver se espalhado e a mulher visar engravidar no futuro. Já se não houver pretensão de engravidar, pode-se optar pela histerectomia total.

4.9 PREVENÇÃO

O exame preventivo pode detectar as lesões que se antecedem ao desenvolvimento do câncer, o que acaba facilitando o tratamento ou até evitando o desenvolvimento do mesmo. Geralmente, essas lesões regridem espontaneamente, porém em outros casos a doença pode persistir e evoluir. Nesse caso, elas ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de tal neoplasia.

As estratégias são baseadas na prevenção primária, com o uso de preservativos e a vacina e em estratégias de prevenção secundárias, que se trata da periódica realização do Papanicolau.

O preservativo diminui, mas não evita a possibilidade de transmissão durante a relação sexual, pois pode haver contaminação mesmo sem penetração por isso ele não deve ser tomado como método preventivo seguro, para infecção por HPV.

A vacina é um método novo, porém eficácia comprovadamente boa. Através do fungo *Sacaromcies cerevisae*, é feita a extração da proteína L1 presente no capsídeo do vírus, a qual induzirá uma forte resposta humoral, levando a produção de uma grande quantidade de anticorpos neutralizadores. Como a vacina não tem o DNA do vírus e sim o capsídeo, não há possibilidade de infecção pelo uso. Existem vacinas feitas pela proteína E6 e E7, mas que sua eficácia ainda vem sendo pesquisada em animais.

Há dois tipos de vacinas comercializadas no Brasil: a quadrivalente e a bivalente. A vacina bivalente protege contra os tipos 16 e 18 do HPV, que correspondem a 70% dos casos que evoluem para um câncer de colo uterino. Já a vacina quadrivalente atua prevenindo infecção pelos HPV oncogênicos 16 e 18 e os tipos não oncogênicos e que causam verruga genital, que são o 6 e 11. As vacinas comercializadas são: Gardasil® da Merck (quadrivalente)

e a Cervarix® da GlaxoSmithKline (bivalente), ambas utilizam partículas de L1 viral específico.

A vacina é indicada para mulheres dos 10 aos 25 anos, antes do início da vida sexual, pessoas imunodeprimidas, naquelas que estão amamentando e é liberada para homens nos EUA pela FDA (Food and drugs administration), mas ainda não foi liberada pela ANVISA. Também podem ser utilizadas em mulheres que já tiveram infecção por HPV, pois promove proteção contra outros tipos não envolvidos na primeira infecção, no entanto não tem ação terapêutica nas pessoas com lesões prévias. A vacina terapêutica encontra-se em avaliação com estudos clínicos. É contra indicada para gestantes.

Foi provada a alta eficácia da vacina, mas o tempo de imunização ainda não foi determinado. É estimado que a vacina tenha seu efeito em pelo menos 5 anos, mas estudos ainda estão em curso para comprovar.

A prevenção também pode ser feita através do exame citopatológico (Papanicolau), no qual serão diagnosticadas lesões por HPV caso lesões estejam presentes torna-se imprescindível a colposcopia, que dará ao médico uma visão 10 a 40 vezes maior da lesão. O diagnóstico é confirmado por exames laboratoriais de diagnóstico molecular que são o PCR e teste de captura híbrida.

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo e descritivo já que, segundo Gil (1999), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Assume uma abordagem quantitativa e qualitativa. No primeiro caso, é assim considerada pelo emprego da Matemática e Estatística como recurso para a análise informações e, no segundo caso, é qualitativa pelo relacionamento das patologias aos fatores social, econômicos e culturais das pacientes.

Como recurso para a análise informações, a citar: Coleta de dados na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) referente aos dados das pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino no ano de 2010 na cidade de Campina Grande e regiões polarizadas. A partir disso foi elaborado o perfil epidemiológico dessas pacientes.

Ademais, foi de grande valia a consulta pela internet, posto que é considerada um dos recursos mais acessíveis nos dias de hoje.

O tempo para a realização dessa pesquisa foi de 10 meses. A etapa inicial foi a coleta de dados quantitativos (idade, idade ao iniciar a vida sexual, quantidade estimada de parceiros sexuais), à qual ficou sujeita a uma revisão de literatura e a uma análise dos dados. Depois, foi feita a coleta de dados qualitativos, também sujeita à revisão e análise.

5.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA

Dentre as variáveis demográficas foram abordadas as seguintes: idade, raça, estado civil, renda, grau de escolaridade, religião, naturalidade, procedência, profissão.

Como variáveis determinantes ao desenvolvimento do estudo foram analisadas as seguintes: idade ao iniciar a vida sexual, quantidade estimada de parceiros sexuais, uso de preservativos, doenças sexualmente transmissíveis e outras associadas, gravidez precoce e

multiparidade, uso prolongado de anticoncepcionais, tabagismo, frequência na realização de exames preventivos e estágio do câncer

5.3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra da pesquisa foi constituída por 62 prontuários, referentes às pacientes que foram diagnosticadas com câncer de colo uterino no serviço de cancerologia, da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) no ano de 2010.

5.3.2 INSTRUMENTO E FONTES DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi constituída pela coleta de informações a partir de um formulário padrão simples e objetivo aplicado ao prontuário, elaborado especificamente para a realização deste estudo.

5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Foram utilizados recursos estatísticos como: frequências absolutas e relativas que permitiram estabelecer quadros, tabelas e gráficos pondo em relevo as informações obtidas.

Para possibilitar a análise dos resultados, os dados foram inicialmente processados, obtendo as frequências simples para cada variável, verificação da consistência e amplitude dos dados, tornando-se possível o cruzamento das informações coletadas. Em seguida foram elaboradas tabelas e gráficos que ilustraram as análises dos dados, permitindo as discussões dos resultados, atendendo os objetivos propostos inicialmente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com dados fornecidos pela FAP (Fundação Assistencial da Paraíba), haviam 833 prontuários de pacientes com neoplasia maligna no ano de 2010, destes, só foram passíveis de análise 819 prontuários, devido ao desaparecimento de 14 prontuários. Dos 819 pacientes 54,83% eram mulheres. O câncer de colo uterino atingiu cerca de **13,8%** das mulheres que foram atendidas na FAP com doença neoplásica. O câncer de colo uterino foi o segundo mais freqüente entre as mulheres, atingindo em média 15,6% destas. Concordante com dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer, confirmando-se a segunda patologia oncológica mais prevalente, só perdendo para o câncer de mama.

A faixa etária preferencial do câncer de colo uterino é dos 40 aos 49 anos, mas há grande freqüência entre 30 e os 39 anos e entre 60 e 69 anosⁱ.

Tabela 1 - Câncer de colo de útero nas respectivas faixas etárias na FAP jan-dez 2010

Faixa etária (anos)	Frequência (%)
15 a 29	3,02
30 a 39	17,52
40 a 49	28,76
50 a 59	20,99
60 a 69	16,85
70 a 79	9,94
80 ou mais	2,99%

Fonte: Annual Report da FIGO, 2006

Esses números se referem a diagnósticos obtidos no período de 1999 a 2001, publicado no Annual Report da FIGO em 2006¹.

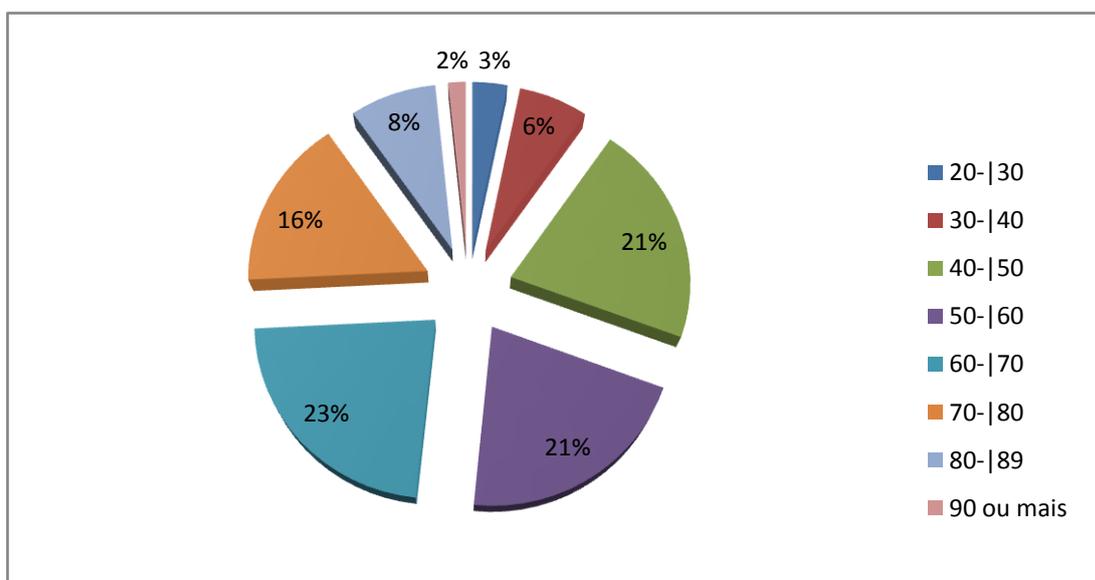
Do total de pacientes, 3 foram a óbito devido a essa neoplasia. Logo, a taxa de mortalidade encontrada foi de aproximadamente **4,83%**.

Apesar da alta incidência do câncer de colo uterino, sendo este o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este câncer, através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos. Esse rastreamento é realizado pelo teste de Papanicolau ou citologia oncótica e diagnóstico das

lesões precursoras ou carcinoma "in situ". A efetividade das ações de rastreamento é vista pelo aumento do diagnóstico de NICIII em relação a lesões invasoras. Logo, quanto maior a razão, mais efetivas serão as ações de detecção precoce desta neoplasia.

Segundo Fonseca et al (2009) um dos principais fatores de risco de câncer é a idade. Na figura 1 é evidenciada a prevalência de mulheres na faixa etária ente 60 a 70 anos (23%). Num estudo feito por Soroos et al (2010) foi encontrado uma faixa etária similar de 45 a 55 anos em 30% das mulheres identificadas. Segundo Medeiros et al (2005) o câncer de colo incide mais a partir de 35 anos e o risco cresce gradativamente até os 60 anos quando então tende a diminuir. De tal forma a nossa pesquisa se mostra com um perfil diferente do encontrado na literatura.

Gráfico 1 - Pacientes atendidas na FAP quanto à faixa etária

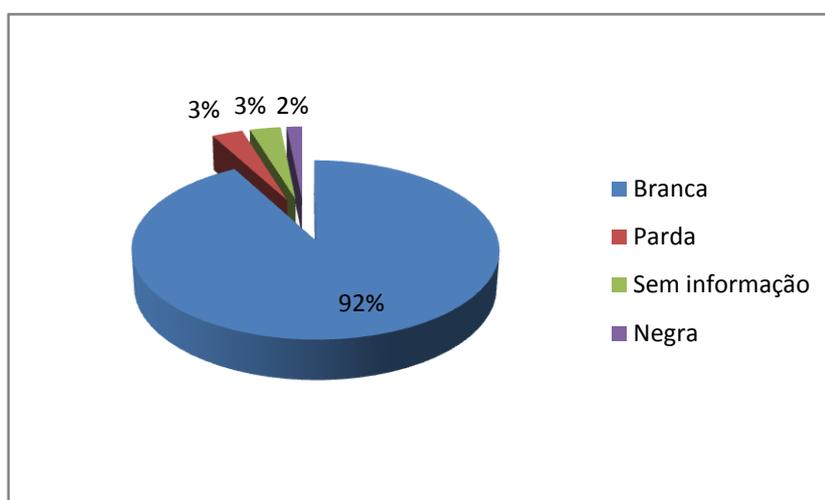


Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação à raça 3% dos prontuários não continham tal informação e 92% eram da raça branca, como é mostrado na figura 2. No estudo transversal feito por Meira et al (2010) no município do Rio de Janeiro, 54,7% das mulheres que foram a óbito eram brancas. Enquanto num estudo feito em Pernambuco, 52,5% das mulheres que foram a óbito eram pardas (MACIEL, 2007). A literatura demonstra uma maior incidência entre negras e asiáticas. A análise, no entanto, é dificultada devido haver superposição geográfica. Assim, o dado se mistura com o status sócio-econômico. Os estudos mostram que as asiáticas que migram para os EUA têm a incidência diminuída em 50% em relação ao seu país de origem.

O mesmo ocorre em Israel, cuja população feminina tem baixa incidência deste Câncer, os estudos mostram uma incidência igual entre judias e as não judias que residem naquele país. A princípio, se relacionam a baixa incidência nas israelitas pelo hábito dos homens realizarem a circuncisão. Entretanto, nos mulçumanos que possuem hábito idêntico, suas mulheres apresentam índice elevado de CA de colo uterino. Acreditando-se que isto se deva aos hábitos sexuais monogâmicos do 1º grupo (israelitas) e poligâmico dos mulçumanos.

Gráfico 2 - pacientes atendidas na FAP quanto à raça

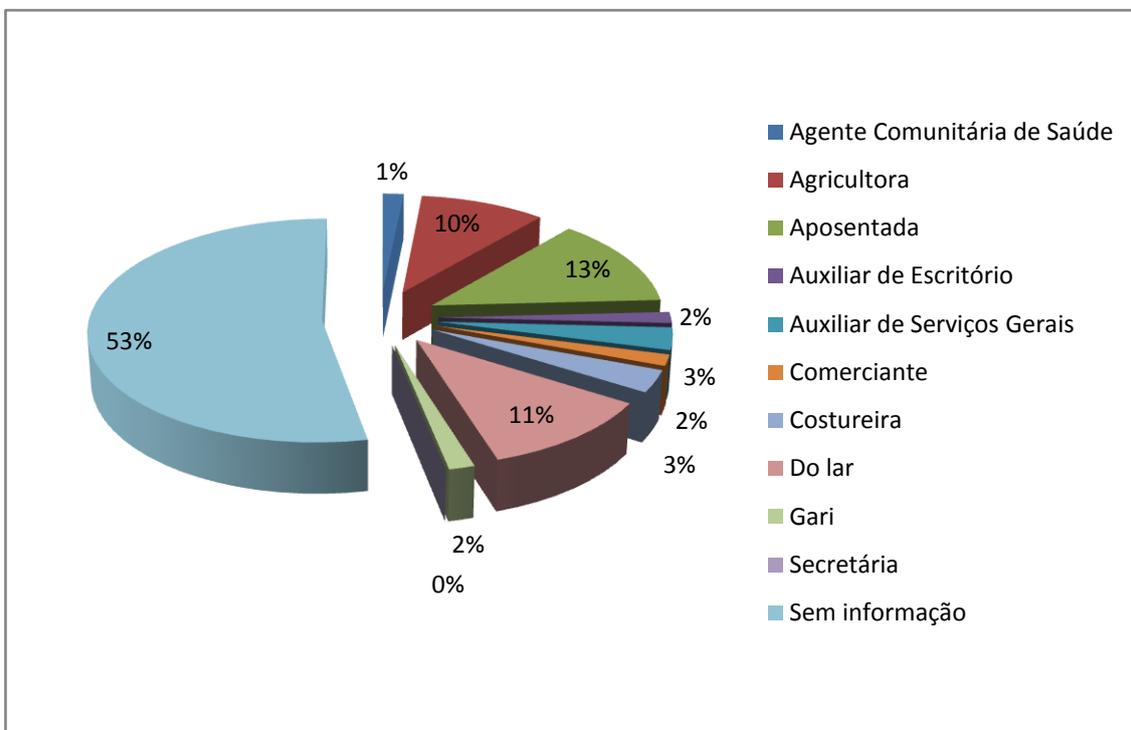


Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação à profissão 53% dos prontuários não tem essa informação. Enquanto aos prontuários que tinha a profissão, a maior parte é aposentada (13%), seguido de mulheres do lar (11%), como mostra a figura 3. Segundo Soares et al (2010), o fato da mulher não desenvolver atividades fora de casa, como é o caso do nosso grupo, cria um ambiente restrito a informações e um fator de risco para o seguimento terapêutico do câncer de colo uterino.

Várias estatísticas mostram maior número de casos de câncer do útero nas populações negras e latino-americanas que vivem no território norte-americano. Do ponto de vista sócio-econômico tais populações são despreparadas, de baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, apresentando comportamento sexual promíscuo (prostituição) e multiplicidade de parceirosⁱⁱ

Gráfico 3 - Pacientes atendidas na FAP quanto à profissão

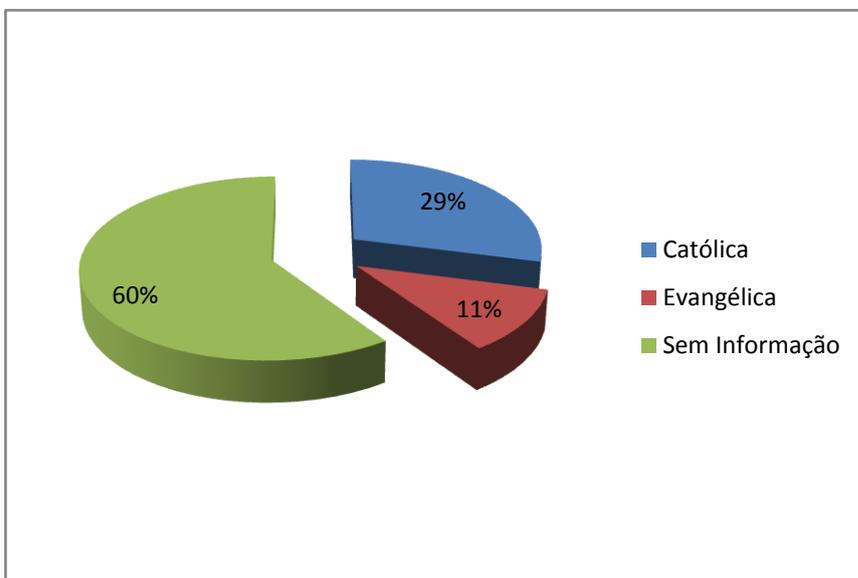


Fonte: Dados da Pesquisa

Robinson notou um aumento da mortalidade entre as operárias têxteis e as fiandeiras, e Stocks observou esse aumento nas cidades têxteis. A possibilidade aumentada é o que se devia à higiene precária. As prostitutas apresentam a incidência quatro vezes maior que o resto da população. Neste caso o dado é consistente se associado ao comportamento sexualⁱⁱⁱ.

Na figura 4 mostra que 60% dos prontuários analisados não contêm a religião nos dados das pacientes e 29% eram católicas.

Gráfico 4 - Pacientes atendidas na FAP quanto à religião



Fonte: Dados da Pesquisa

Enquanto a escolaridade 57% não tinha essa informação e 13% tinham o fundamental incompleto, mostrado na figura 5. No estudo de Maciel et al (2007) a escolaridade também foi ignorada por 42% dos prontuários e 29,5% eram analfabetas. Em Pelotas - RS 45% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto (SORAES, 2010). Assim, a baixa escolaridade e o baixo índice socioeconômico são considerados fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da doença. Concordante com os dados da literatura, em que demonstra uma maior incidência do CA de colo uterino em mulheres com baixo nível sócio-econômico cultural, acreditando-se que seja pela maior dificuldade destas mulheres terem acesso aos serviços de saúde, para realizarem seus exames preventivos, assim como, por apresentarem maior dificuldade em realizarem o tratamento preconizado.

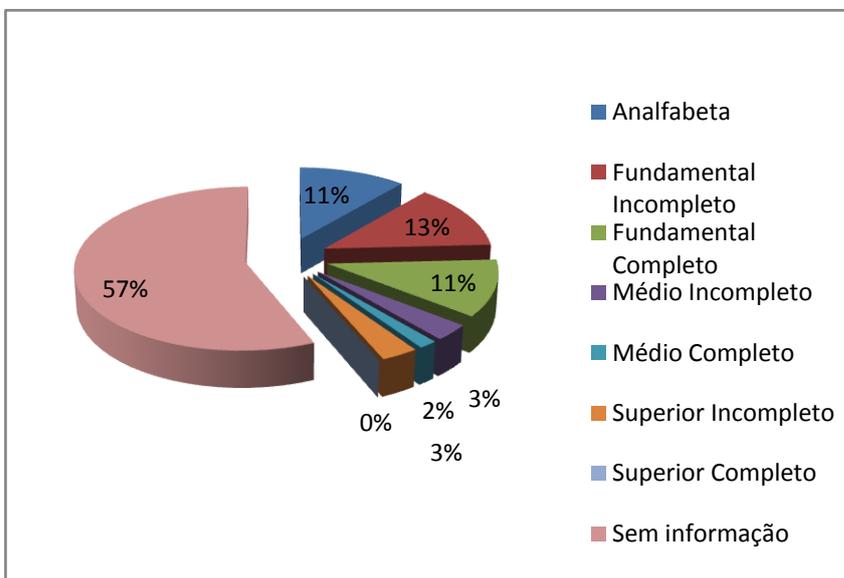
A ocorrência do CA de colo varia de acordo com a região geográfica e geoeconômica, sendo menos freqüente nos países escandinavos, EUA e Reino Unido. Portanto, uma maior incidência na Índia, África e nos países da América latina.

O primeiro dado epidemiológico que foi relatado era a ausência de câncer de colo de útero entre as freiras católicas. Há outros estudos que mostram a baixa incidência entre as adventistas do sétimo dia e as amantitas. A devoção religiosa pode impedir a vida sexual,

restringi-la ou induzir a uma menos promiscuidade, com comportamento sexual monogâmico ou celibatário. Portanto, o dado é consistente quando associado ao comportamento sexual.

O código de alto risco para câncer de colo uterino é muito antigo. Em 1951, no Congresso Internacional Jubilar da Sociedade Francesa de Ginecologia, em Paris, Meigs (EUA) apontou o início precoce da atividade sexual como fator de risco, enquanto F. Gangman mostrou a especial proteção contra o câncer de colo uterino que apresentavam as monjas dos conventos do Canadá, em que foi supervisor médico^{iv}.

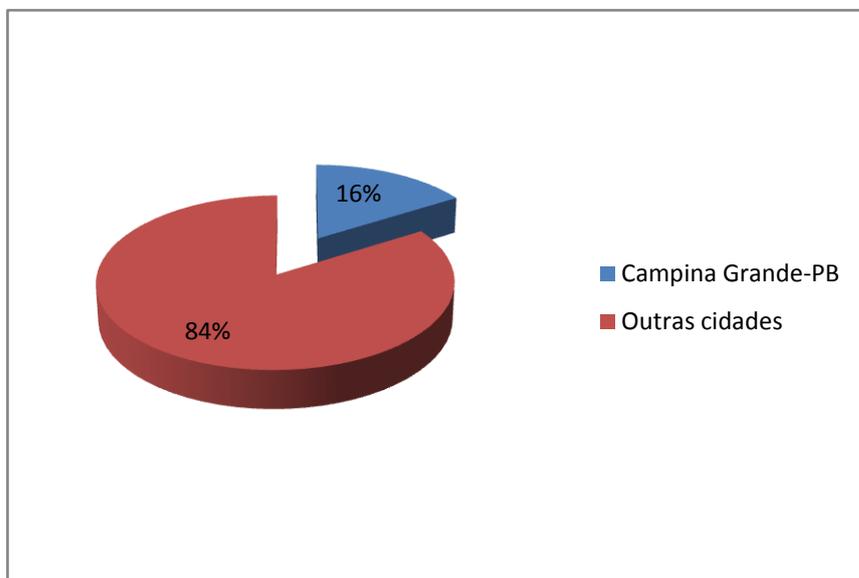
Gráfico 5 - Pacientes atendidas na FAP quanto à escolaridade



Fonte: Dados da Pesquisa

A figura 6 evidencia que dos prontuários 84% das pacientes não eram naturais de Campina Grande, mas de cidades vizinhas. Isto porque Campina Grande é um pólo de referência de saúde, drenando as pacientes das cidades circunvizinhas e até mesmo dos estados vizinhos.

Gráfico 6 - Pacientes atendidas na FAP quanto à naturalidade



Fonte: Dados da Pesquisa

CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DAS MULHERES SOB ESTUDO

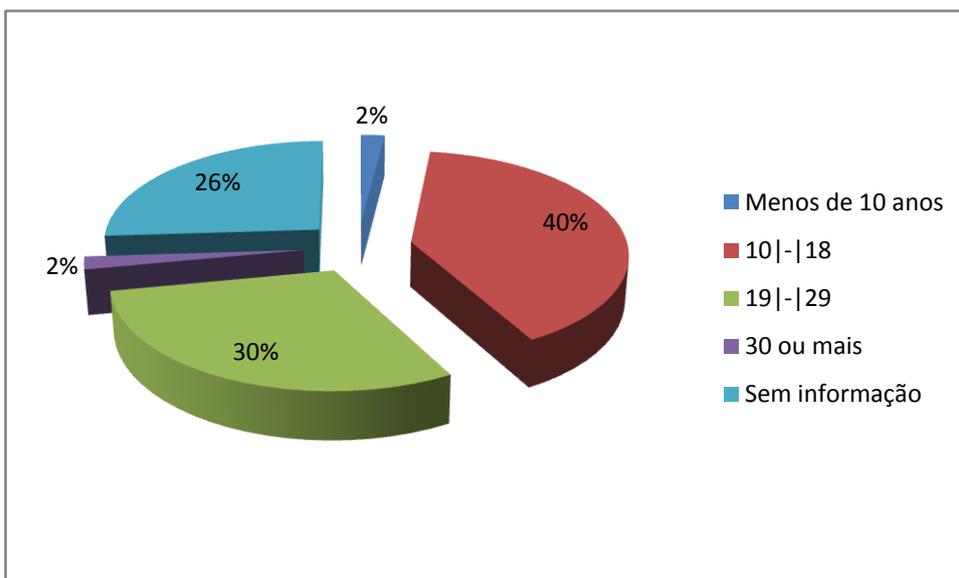
Idade ao iniciar a vida sexual

Das 62 pacientes contempladas na pesquisa, 55 apresentam diagnóstico de carcinoma epidermóide invasor, destas, 26% não apresentavam o dado *idade ao iniciar a vida sexual* em seus prontuários, as demais distribuem-se da seguinte forma: 40% iniciaram a vida sexual dos 10 aos 18 anos, 30% dos 19 aos 29 e 2% aos 30 ou mais, conforme observado na *Figura 7*. Das 12 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma invasivo, 10 não apresentam dados quanto à idade ao iniciar a vida sexual, uma dos 10 aos 18 anos e outra dos 19 aos 29 anos. Um estudo, realizado por Roteli-Martins CM et al(2007) (*Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro*), sobre mulheres adultas assintomáticas revelou que a idade de início sexual média foi de 18,8 anos em Porto Alegre, 18,5 anos em São Paulo, e 18,2 anos em Campinas. Os pesquisadores constataram que o início da atividade sexual antes dos 18 anos esteve relacionado a um aumento de 58 a 92% de positividade para HPV de alto

risco quando comparado às mulheres com sexarca após os 18 anos, e a aumento de 33 a 120% para alterações citopatológicas cervicais (ASCUS ou NIC).

Um estudo, feito pela International Agency for Research on Cancer, parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), com 20 mil mulheres revelou uma associação entre a iniciação sexual precoce e índices mais elevados de câncer do colo do útero. O estudo ainda aponta que o risco de desenvolver câncer de colo de útero é maior entre as mulheres que iniciaram a vida sexual aos 20 anos ao invés dos 25 anos.

Gráfico 7 - Pacientes atendidas na FAP quanto à idade ao iniciar a vida sexual



Fonte: Dados da Pesquisa

Cerca de 30% dos prontuários das pacientes com carcinoma epidermóide invasor não apresentaram dados quanto ao número de parceiros, 38% das pacientes possuíam parceiro único, 22% possuíam dois parceiros, 6% três, 2% quatro e 2% 5, conforme observado na *Figura 8*. Das pacientes com adenocarcinoma invasivo, 73% não possuíam dados no prontuário e 13% apresentavam parceiro único. Em pesquisa realizada por Fonseca et al (2008), a média de parceiros em pacientes diagnósticas com câncer de colo uterino é de 4,2 (desvio de 1,5 para mais ou para menos). C Rama et al(2008) constataram que 47% das pacientes possuíam parceiro único, 35,9% 2 ou 3 parceiros e 17,1 4 ou mais, dados obtidos a partir de um estudo transversal com 5.485 mulheres (15–65 anos) que se submeteram a

rastreamento para o câncer cervical entre fevereiro de 2002 a março de 2003, em São Paulo e Campinas, SP, e apresentaram alterações.

Harris e col. (1980) reportaram que o número de parceiros sexuais distingue-se como um fator independente da idade da primeira relação sexual. O risco relativo encontrado para jovens antes dos 17 anos foi de 1,55 se tivesse apenas um parceiro, crescendo para 7,53 se tivesse 6 ou mais parceiros.

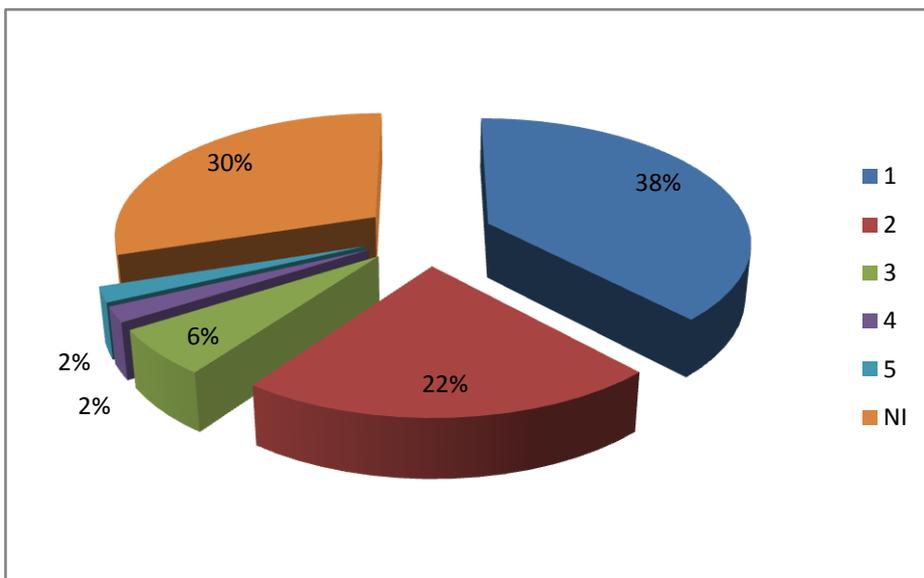
Brinton (1986) publicou estudo tipo caso-controle sobre o câncer invasivo do colo uterino em 5 áreas geográficas dos EUA e obteve os fatores de risco após controlar os fatores de confusão. Ela encontrou um risco linearmente crescente com o número de parceiros sexuais. Permaneceu um efeito residual deste fator com uma razão de risco ajustada de 2,27.

A promiscuidade e maior número de parceiros sexuais associados ao baixo nível de higiene corpórea e à desnutrição permitem compreender que é possível se enquadrar a neoplasia de colo do útero às doenças sexualmente transmissíveis. Reforça essa afirmativa o registro de pacientes portadoras de câncer de colo do útero com único parceiro que, por sua vez, tivera múltiplas parceiras ou convivera anteriormente com outras portadoras de alguma forma de câncer de colo uterino^v.

Os estudos demonstram que o câncer de colo uterino é causado por um agente sexualmente transmitido, o HPV (papiloma vírus humano). Parece que a idade precoce do primeiro coito seja um fator relacionado a suscetibilidade do colo uterino das adolescentes aos agentes cancerígenos. Nestes aspectos, o adenocarcinoma do colo do útero apresenta um perfil similar ao do carcinoma epidermóide.

Os estudos ainda demonstram a correlação entre o câncer de pênis e do colo do útero. As mulheres com homens cuja primeira mulher teve essa neoplasia têm risco relativo duas vezes maior. Mulheres monogâmicas, cujos áridos não o são, tem um risco aumentado para a doença, que é proporcional ao número de parceiras deles^{vi}

Gráfico 8 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao número de parceiros

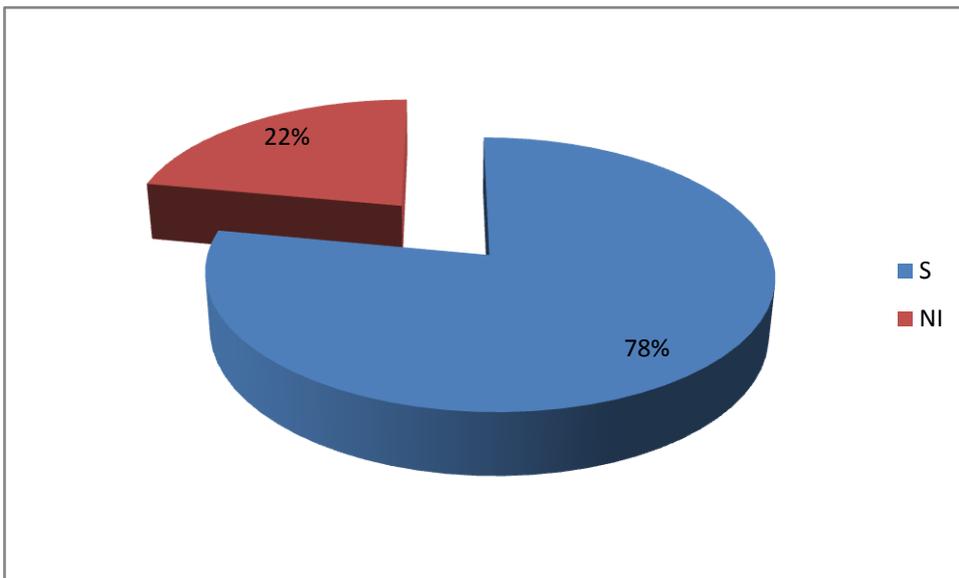


Fonte: Dados da Pesquisa

Um número de 78% das pacientes com carcinoma epidermóide invasor estiveram grávidas em algum período da vida, as outras 22% ficam entre as que não engravidaram ou cujo dado não foi contemplado no prontuário, conforme mostrado na *figura 9*. Dessas que já engravidaram, 45% tiveram mais de 6 gestações, 25% de 1 a 3 gestações e 30% de 4 a 5 gestações, conforme abordado na *figura 10*. Desses 78% que engravidaram, 26% tiveram mais de 3 partos, 2% tiveram apenas 1 parto, 2% 2 e 2% 3 partos, as demais estão entre as que não fizeram nenhum parto ou cujo prontuário não contempla este dado, conforme indicado na *figura 11*.

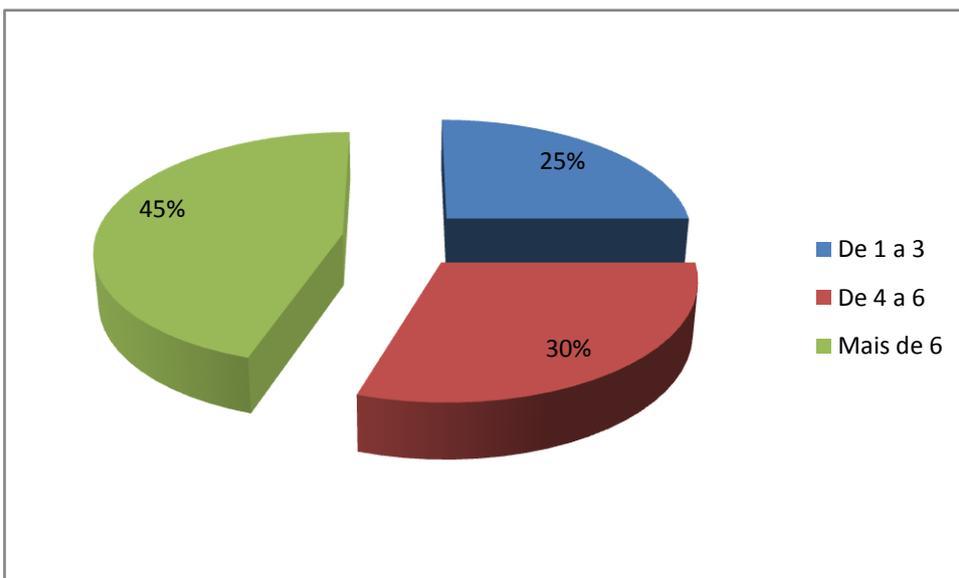
No mesmo estudo realizado por C Rama (2008), constatou-se que 40,3% das pacientes eram nulíparas, seguidos dos 27,6% que tiveram 2 ou 3 partos. Já na pesquisa de Alex Jardim da Fonseca a média de partos das pacientes é em torno de 5,5.

Gráfico 9 - Pacientes atendidas na FAP quanto à gravidez



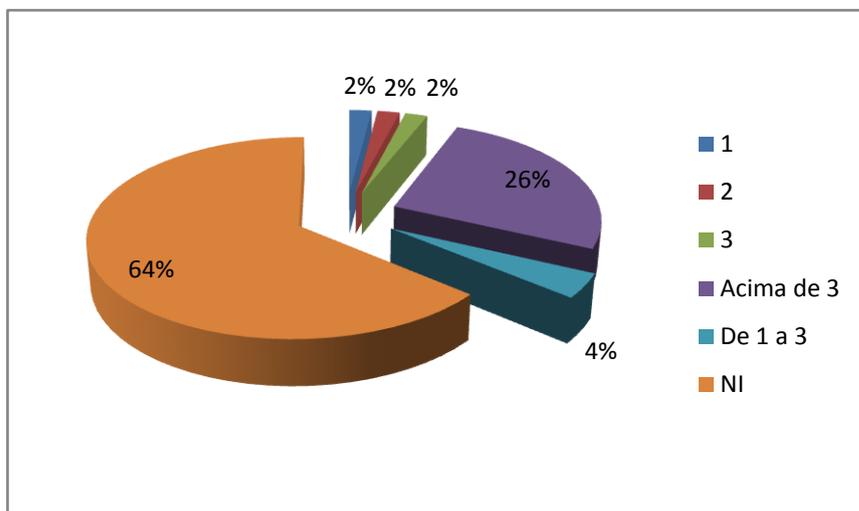
Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 10 - Pacientes atendidas e diagnosticadas com carcinoma epidermóide invasor quanto ao número de gestações



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 11 - Pacientes quanto número de partos



Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados obtidos sobre o uso de anticoncepcionais pelas pacientes com carcinoma epidermóide invasor compreendem: 3 pacientes que fizeram uso, 4 que não o fizeram e 48 prontuários cuja informação não consta. Das pacientes com adenocarcinoma invasivo (14), apenas 1 prontuário relata uso de anticoncepcional, os demais não apresentam nenhuma informação. O uso de anticoncepcional é relato em 77,1% das pacientes no estudo de *Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas* (C Rama et al, 2008).

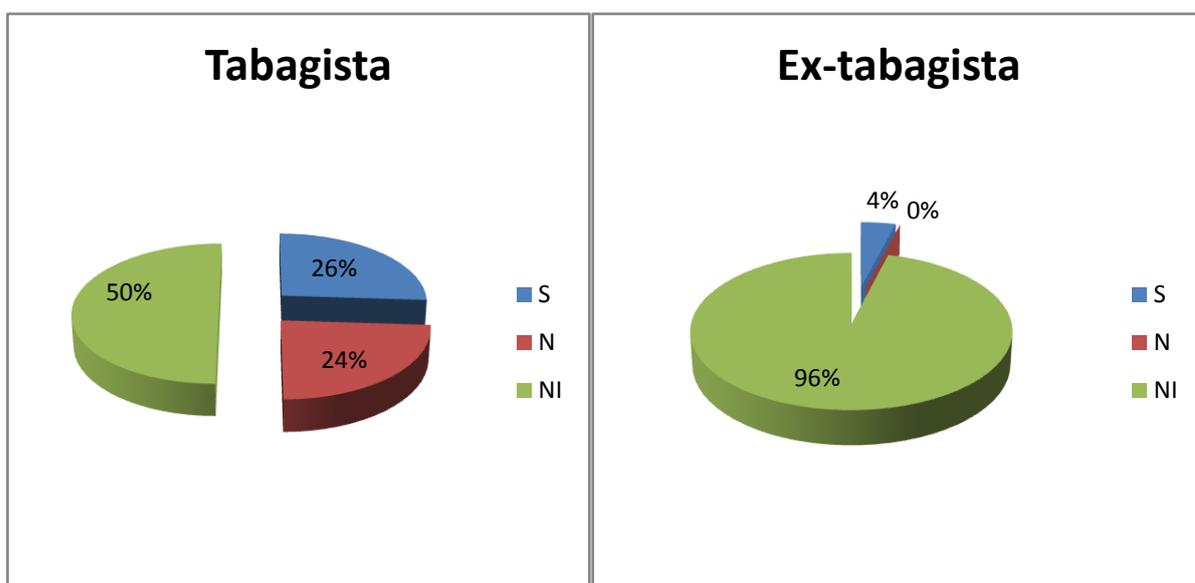
Apenas 50% dos prontuários possuem informação quanto ao fator tabagismo, destes, 24% indicam que as pacientes não são tabagistas, do total, 4% são ex-tabagistas e 26% são tabagistas. No entanto, há falta de dados expressiva nesse aspecto, impossibilitando a análise correta. (Figura 12)

Clarke e col (1982) relataram um risco relativo de 2,3 para o câncer cervical invasivo em fumantes e de 1,7 para ex-fumantes. Além do mais, os autores verificaram uma relação linear significativa entre o número de cigarros fumados por dia e anos de tabagismo, com o câncer do colo uterino.

Numa extensa revisão, Vessey (1986) relata que o tabagismo aumenta o risco do câncer cervical independentemente de outros fatores.

Os estudos não comprovam sua influência direta ou nítida, embora haja maior incidência entre as usuárias de contraceptivos orais. Acredita-se que seja em decorrência de uma maior exposição sexual (maior número de relações sexuais) ou a uma diminuição do uso dos métodos de barreira como o preservativo.

Gráficos 12 E 12A- Pacientes atendidas na FAP quanto a tabagismo relacionado ao câncer epidermóide invasor



Fonte: Dados da Pesquisa

Apenas 50% dos prontuários possuem informação quanto ao fator tabagismo. Destes, 24% indicam que as pacientes não são tabagistas, do total, 4% são ex-tabagistas e 26% são tabagistas. Analisando-se os 50% das pacientes com registro de tabagismo, 55% destas apresentam o antecedente tabagismo. Confirmando o potencial imunossupressor e oncogênico dos metabólitos da nicotina. Os componentes do cigarri são secretados pelo muco cervical. Os estudos demonstram um risco relativo duas vezes maior entre as tabagistas e, relação às não fumantes.

Do total de pacientes analisadas, 68% dos prontuários apresentam informação quanto a exames citológicos e 44% não realizaram exames citológicos e 24% sim, conforme abordado

na *figura 13*. Sendo assim, dos dados disponíveis, tem-se que 68% das pacientes acometidas não realizaram exames periódicos. O estudo *Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS* (FONSECA, 2010) revela que a não realização dos exames periódicos estão associados em 47,4% ao desconhecimento, 31,6% ao desinteresse, 10,5% ao pudor e 10,5% a outros fatores. Na pesquisa realizada nas cidades de São Paulo e Campinas, 92,1% das pacientes haviam realizado papanicolau prévio.

Apesar de todos os programas de prevenção oferecidos pelo Ministério da Saúde, ainda um grande contingente de mulheres não tem acesso ou desconhecem a necessidade de realizar os exames preventivos periódicos.

A manutenção de altas taxas de mortalidade do câncer de colo uterino levou o INCA juntamente com o MS implantar um projeto-piloto em 1996, chamado “Viva Mulher”, dirigido as mulheres entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Com base nessa experiência, as ações foram expandidas para todo o país já como Programa Nacional de Controle do Colo do útero – Viva Mulher. Em 1999 foi criado o Siscolo (Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero), como ponto fundamental para monitoramento e gerenciamento de ações.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer de colo do útero (WHO, 2010).

Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada 3 a 5 anos apresentam taxas inferiores a 3 mortes por 200 mil mulheres/ano, e para aqueles com cobertura maior que 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes/100 mil mulheres por ano^{vii}.

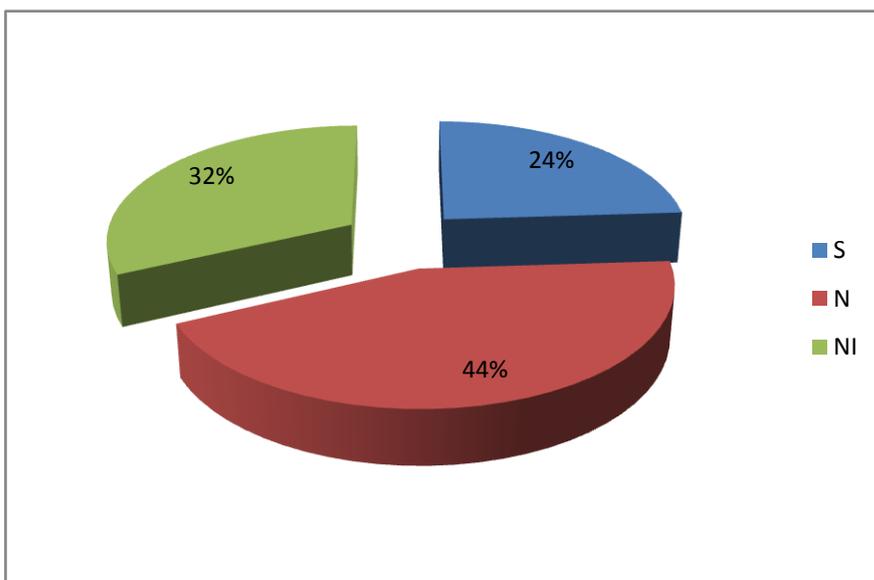
As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero elaborada pelo INCA e MS, em 2011, recomenda que os exames citopatológicos são o método de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras. O intervalo dos exames deve ser de 3 anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Devem ser realizados até os 64 anos, podendo ser interrompidos após essa idade, quando as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Para as mulheres

com mais de 64 anos que nunca realizaram o preventivo, realiza-se 2 exames com intervalo de 1 a 3 anos, se ambos forem negativos essas mulheres são dispensadas de exames adicionais.

É estimado que uma redução de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma in situ.

Portanto. É necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.

Gráfico 13 - Pacientes atendidas na FAP quanto a exames periódicos

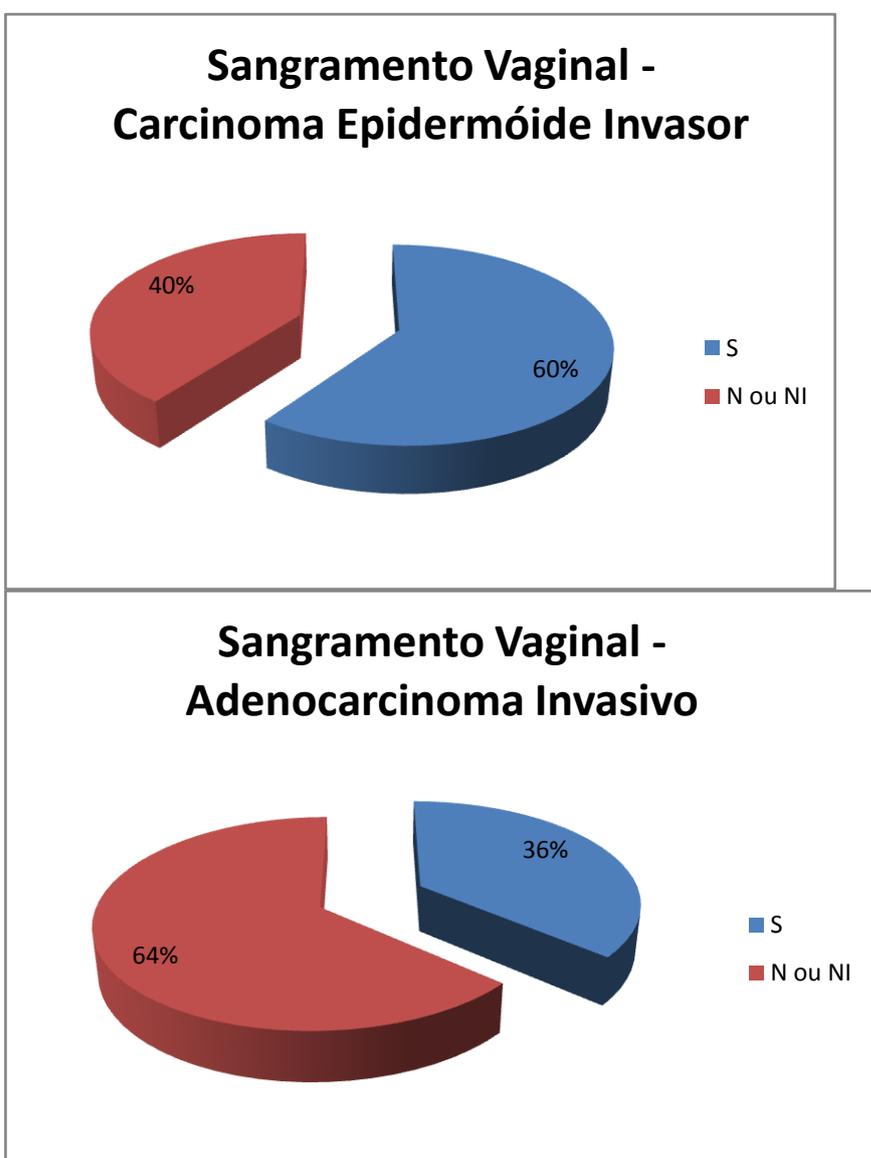


Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à sintomatologia, em 60% das pacientes com carcinoma epidermóide invasor houve relato de sangramento vaginal, enquanto apenas 36% das pacientes portadoras de adenocarcinoma invasivo apresentam sangramento vaginal. Quanto à dor pélvica, é referida por 38% das portadoras de carcinoma epidermóide invasor e 18% das portadoras de adenocarcinoma invasivo.

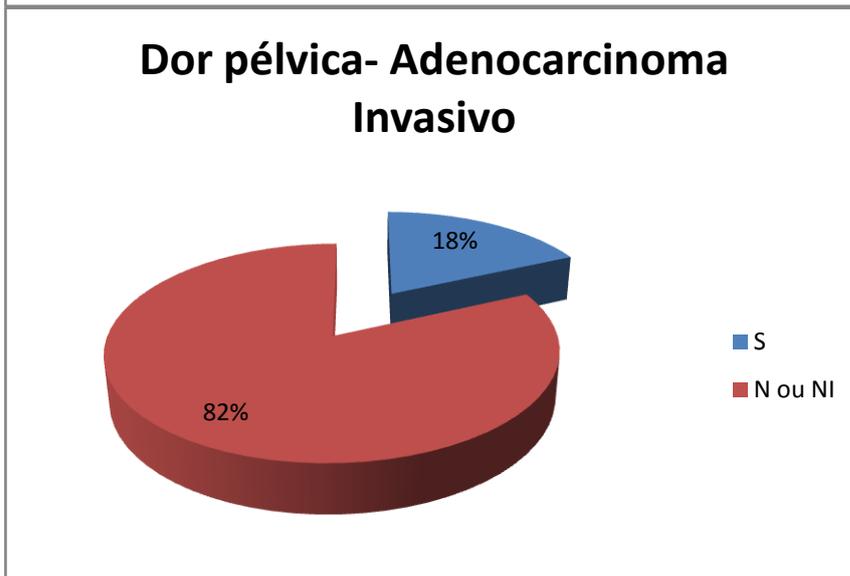
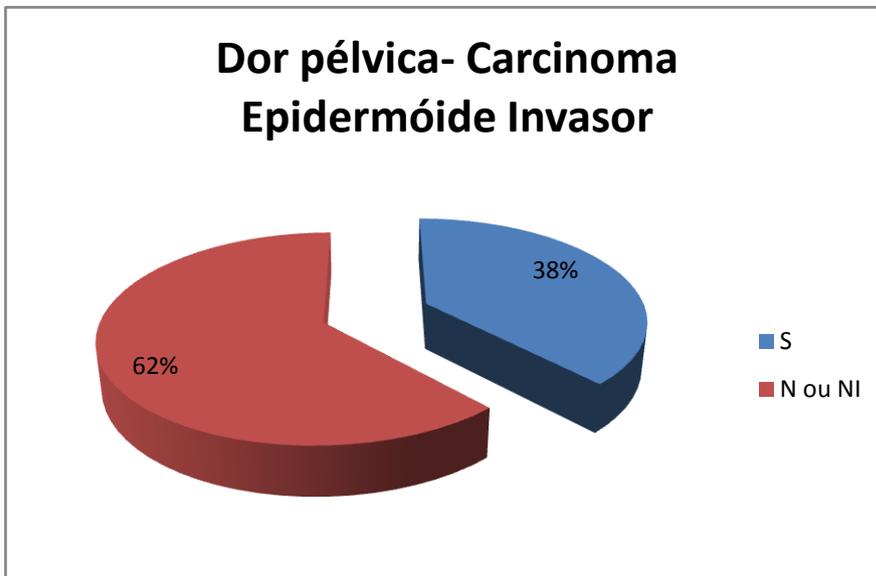
Em estudo epidemiológico no Hospital Barão de Lucena em Recife, foi observado que 72,2% das mulheres com câncer invasor tinham sangramento genital como queixa principal. A dor pélvica incidiu em 11,5% das pacientes e o corrimento em 9,4%. Dados estes concordantes com os obtidos em nossa pesquisa e com os observados na literatura.

Gráficos 14 e 14A - Pacientes atendidas na FAP quanto ao sintoma sangramento vaginal



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráficos 15 e 15ªA Pacientes atendidas na FAP quanto ao sintoma de dor pélvica



Fonte: Dados da Pesquisa

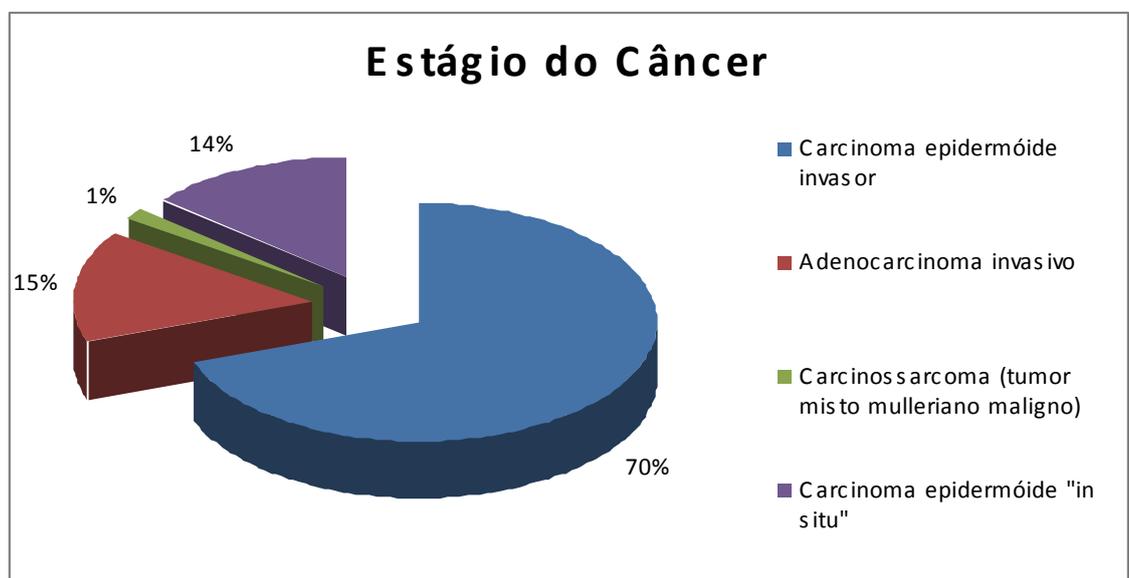
CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER INVASOR DO COLO UTERINO DAS MULHERES SOB ESTUDO

Os tipos histológicos de câncer de colo uterino são divididos em epidermóide, o mais comum, e adenocarcinoma. O carcinoma epidermóide é responsável por 80% dos casos, já o

adenocarcinoma, 10% (com incidência cada vez maior em mulheres mais jovens, provavelmente pelo grande uso de contraceptivo hormonal). Os outros tipos histopatológicos são mais dificilmente encontrados, como Carcinoma adenoescamoso, Carcinoma de pequenas células, Carcinoma de células claras e Sarcomas. Além disso, segundo Agnaldo (2009), os carcinomas não epidermóides apresentam pior prognóstico em relação ao carcinoma de células escamosas.

Como será visto na figura 16 a maioria da população estudada apresenta Carcinoma Epidermóide Invasor, correspondendo a 70% das pacientes (50 casos). 15% das pacientes (11 casos) apresentam Adenocarcinoma Invasivo, seguido por 1 caso de Carcinosarcoma (1%). Foram encontrados também 14% pacientes diagnosticadas com carcinomas 'in situ', sendo os casos considerados de encaminhamento errado, visto que esses casos são lesões precursoras de um câncer que ainda não está instalado. Dados esses diferentes dos encontrados por Fonseca (2010), visto que em Roraima 92,6% dos casos de câncer invasor eram Carcinoma epidermóide e 8,4% com Adenocarcinoma.

Gráfico 16 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao estágio do câncer de colo uterino



Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme a figura 17, os casos de câncer invasivo de colo uterino diagnosticados na FAP são predominantes em pacientes com idade entre 50 – 70 anos, dessa forma, 44% das

pacientes estão nessa faixa etária. Não foi notificado nenhum caso de carcinoma epidermóide em pacientes com menos de 20 anos.

Já os casos de Adenocarcinoma invasivo houve predominância tanto de 40 a 50 anos (28%), como de 60 a 70 anos(27%), conforme a figura 18. Este último, não foi notificado nas pacientes com idade entre 30 a 40 anos e nas com mais de 90 anos.

Diferentemente, em semelhante estudo realizado por Tenconi et al (2000) em Florianópolis-SC, os casos de câncer invasivo predominaram em pacientes com idade entre 31 a 40 anos, não houveram pacientes com menos de 20 anos, nem acima de 50. Já o único caso de adenocarcinoma ocorreu em uma paciente com idade entre 31 e 40 anos.

Há uma evidente discordância entre a incidência dos adenocarcinomas, que era de aproximadamente 5% e hoje está em torno de 15 a 20%. Este aumento da incidência diagnóstica provavelmente se deve a 2 fatores: a coleta endocervical mais cuidadosa com o uso da escovinha endocervical e a diminuição da incidência do carcinoma de células escamosas com o diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras de auto grau.

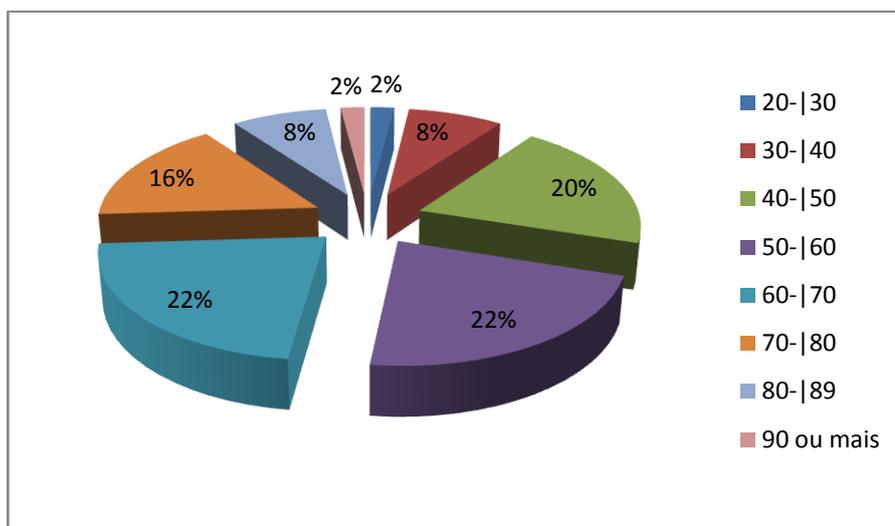
O câncer de colo uterino tem como tipo histológico mais freqüente o carcinoma epidermóide. Na tabela anexa estão os percentuais dos tipos histológicos encontrados (Fonte: Annual Report da FIGO, 2006). Os sarcomas são raros, sendo o tumor mulleriano misto uma forma mais encontrada. Mas há grande freqüência entre 30 e os 39 anos e entre 60 e 69 anos^{viii}.

Tabela 2 - Tipos histológicos de câncer de colo de útero na FAP jan-dez 2010

Tipos histológicos	Frequência (%)
Carcinoma Epidermóide	78,90
Adenocarcinoma	9,70
Adenoescamoso	2,90
Células Claras	0,60
Outros tipos histológicos	7,90

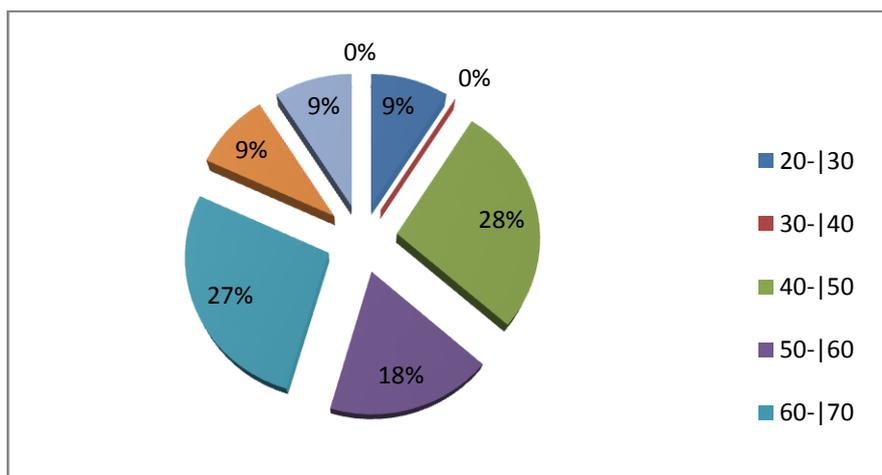
Dados estes concordantes com outro estudo realizado na Clínica Hospital Barão de Lucena, Recife-PE, em que foram encontrados 94,2% dos casos o carcinoma epidermóide, 3,9% adenocarcinoma e em 3% o adenoescamoso¹

Gráfico 17 - Pacientes atendidas na FAP quanto à idade e ao câncer epidermóide invasor



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 18 - Pacientes atendidas na FAP quanto à idade e adenocarcinoma invasor



Fonte: Dados da Pesquisa

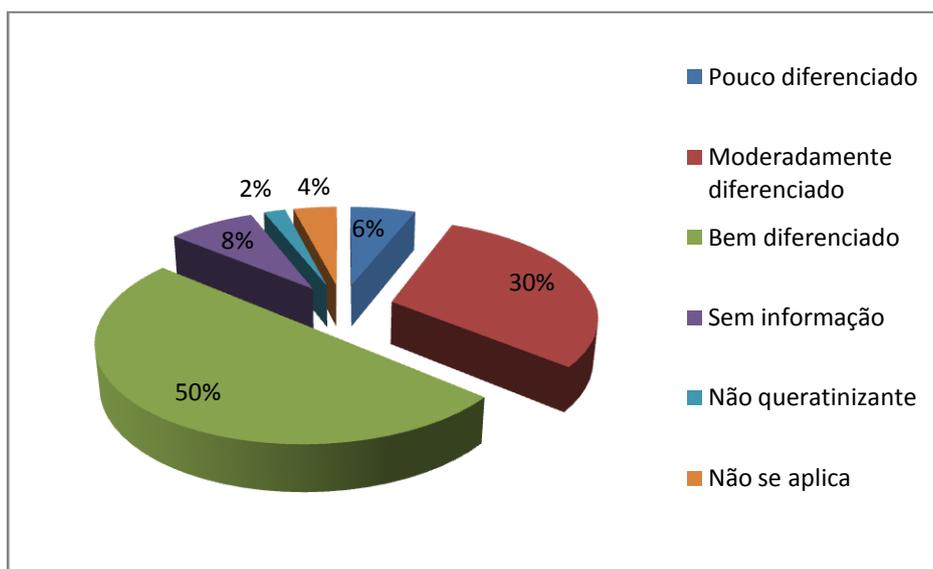
¹ Lima, M.E.A et al. Cancer Invasivo do Colo Uterino aspectos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos. Ango (Anais Nordestinos de Ginecologia e Obstetrícia), Ano XV nº 4. Recife, 1991.

Das pacientes diagnosticadas com câncer epidermóide, 50% do grau de diferenciação era bem diferenciado. (Figura 19) Entretanto, o International Agency for Research on Cancer diz que aproximadamente 50% a 60% são neoplasias moderadamente diferenciadas, as categorias bem e mal diferenciadas estão em iguais proporções. 29% eram moderadamente diferenciados e apenas 6% eram pouco diferenciados, contrariando ainda a literatura, como explicado anteriormente. Já em 35% dos casos foi encontrado o carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, 4% não se aplicavam e 2% eram não queratinizante. Vale salientar que 8% dos prontuários não constavam dessa informação.

Em estudo comparativo foi observado que 20% são bem diferenciados, 60% moderadamente diferenciados e 20% indiferenciados.

O prognóstico é pior quanto mais indiferenciado for o tumor.

Gráfico 19 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao grau de diferenciação histológica dos carcinomas epidermóides invasores

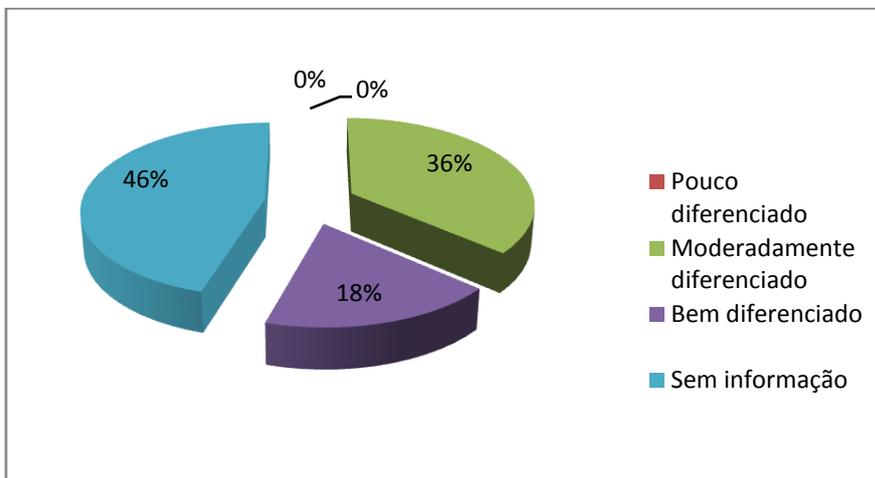


Fonte: Dados da Pesquisa

Já, nos casos de adenocarcinoma, 36% do grau de diferenciação era Moderadamente diferenciado (Figura 20). Estando assim, de acordo com International Agency for Research on Cancer, a qual diz que a maioria desses tumores é de bem a moderadamente diferenciada. Nenhum dos casos de adenocarcinoma eram pouco diferenciados, enquanto 36% eram

moderadamente diferenciado. Entretanto, 46% dos prontuários não informavam sobre essa questão.

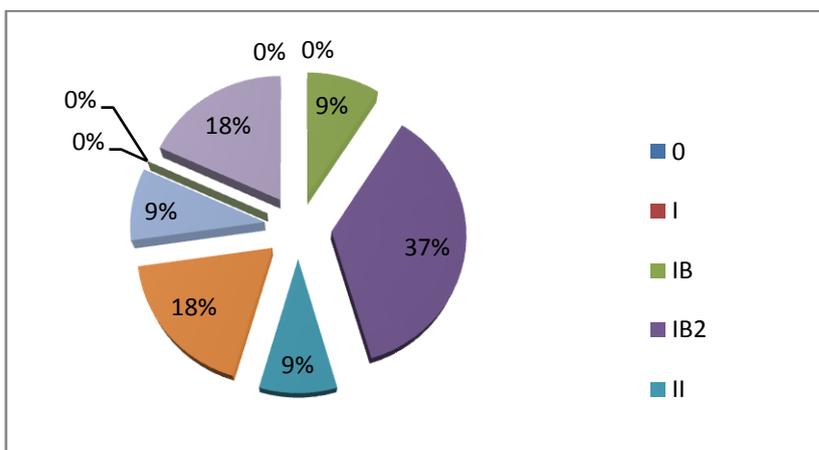
Gráfico 20 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao grau de diferenciação histológica dos adenocarcinomas invasores



Fonte: Dados da Pesquisa

Observando o estadiamento dos Adenocarcinomas invasores na figura 18% dos prontuários analisados não tinham informação, dos 83% que possuíam informações nenhum estava no estadio O e I, 9% no IB,37% no IB2, 9% no estágio II,9% IIB, nenhum no IIIA e IIIB.

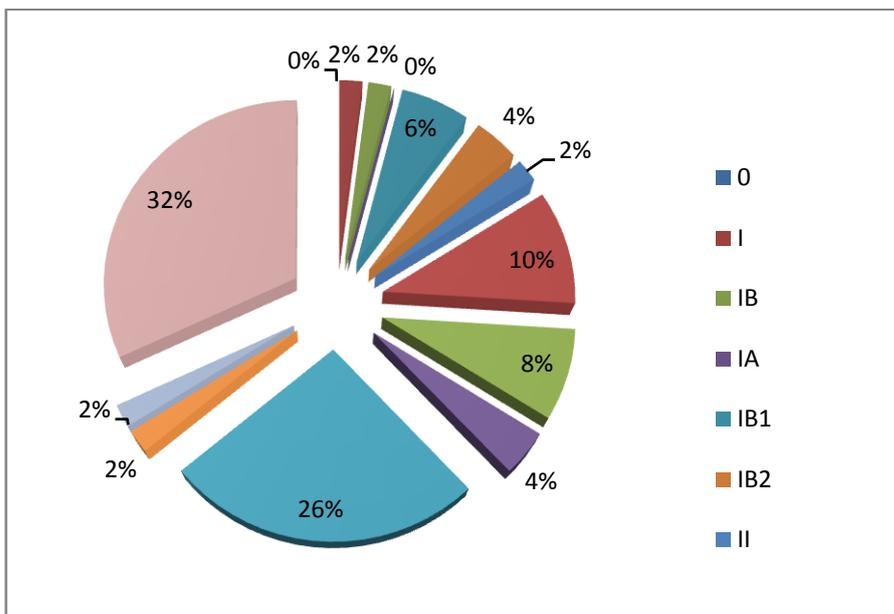
Gráfico 21 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao estadiamento do adenocarcinomas invasores



Fonte: Dados da Pesquisa

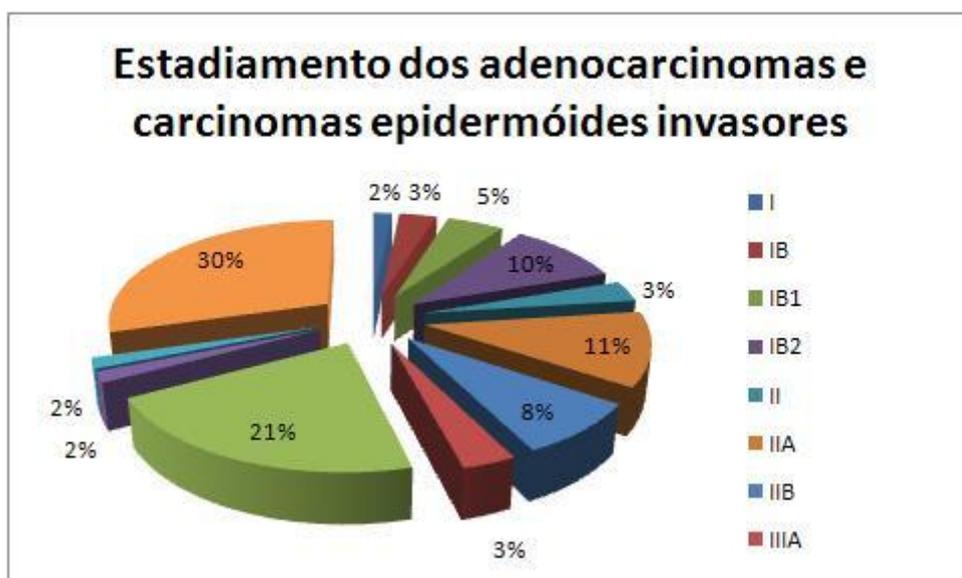
Quanto ao estadiamento dos carcinomas epidermóides invasores, 32% tinham não informação, 26% foram estadiados em IIIB , 10% IIA , 8% IIB, 6% IB,4% IIIA,4% IB2, 2% I ,2% IB1, 2% IVA, 2% IVB, 0% 0,0% IA,2% II.

Gráfico 22- Pacientes atendidas na FAP no quanto ao estadiamento dos carcinomas epidermóides



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 23- Pacientes atendidas na FAP quanto ao estadiamento dos adenocarcinomas e carcinomas epidermóides invasores



Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo os estudos realizados em Sergipe por Lima(2006), 60% dos casos os tumores foram estadiados como IIIB, o que correspondeu mais da metade dos casos da região .Já neste estudo pela porcentagem presente na figura 23, a maioria dos casos 30%, foram estadiados em IIA.

Já o estudo de Fonseca(2011) no estado do Pará, revelou 12 casos de câncer restrito ao colo (5 (9,3%) casos IA; e 7 (12,9%) casos IB), 15 casos estágio II (5 (9,3%) casos IIA; e 10 (18,5%) casos IIB), 16 casos estágio III (3 (5,5%) casos IIIA; e 13 (24%) casos IIIB), e 11 casos estágio IV (6 (11,1%) casos IVA; e 5 (9,3%) casos IVB).Ao comparar com este trabalho , vemos a discordância quanto ao câncer invasivo mais incidente . Como podemos ver na figura 23, a maioria dos casos foram estadiados como IIA. Em contrapartida, podemos ver claramente que, a maioria dos casos de epidermóides invasores tinham estágio IIIB.

Dados nossos em parte concordantes com o que foi observado pela FIGO e publicado na Annual Report em 2006, em que 24,70% estavam no estágio Ib1, 21,27% no E Iib e 19,53% no E IIIB.

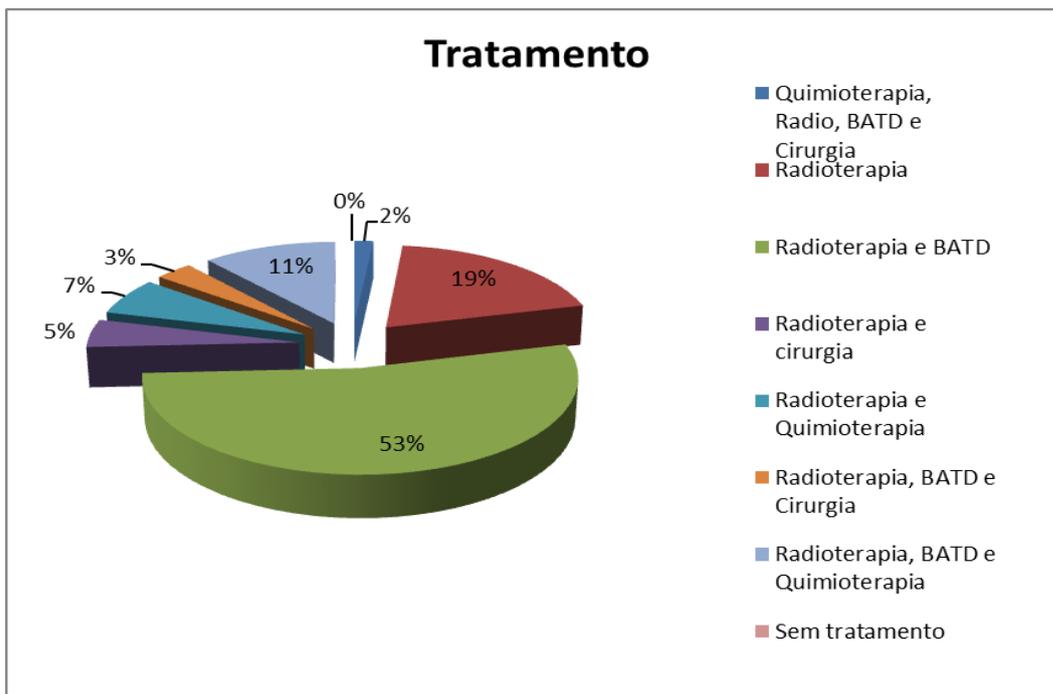
Em outro estudo (Barad de Liffunne), também com dados concordantes , 30,8% das pacientes se encontravam no estágio Iib e 27,8% no estágio IIib.

Concluindo que ainda com toda a metodologia, conhecimento da história natural do câncer, dos programas de saúde para diagnóstico precoce , continuamos a diagnosticar o câncer de colo em suas fases mais avançadas. O que piora muito o prognóstico destas pacientes.

Os dados nos mostram que no câncer de colo, há um alto percentual da doença em fase avançada chegando a 48%. Se considerarmos os tumores que estão além dos limites do colo o percentual será 56%, segundo dados da Annual Report. Tal dado , evidencia que tumores erradicáveis como o de colo uterino ,ainda chegam ao conhecimento médico em um estágio não curável , sendo, os casos diagnosticados em fase pré-clínica correspondentes a menos de 10% dos casos.

Quanto ao tratamento 53% dos tratamentos foram radioterapia e BATD, 19% radioterapia exclusiva,11% radioterapia , BATD e quimioterapia, 7% Radioterapia e quimioterapia , 5% radioterapia e cirurgia, 2% radioterapia associada a BATD , quimioterapia e cirurgia.

Figura 24- Pacientes atendidas na FAP quanto ao tratamento

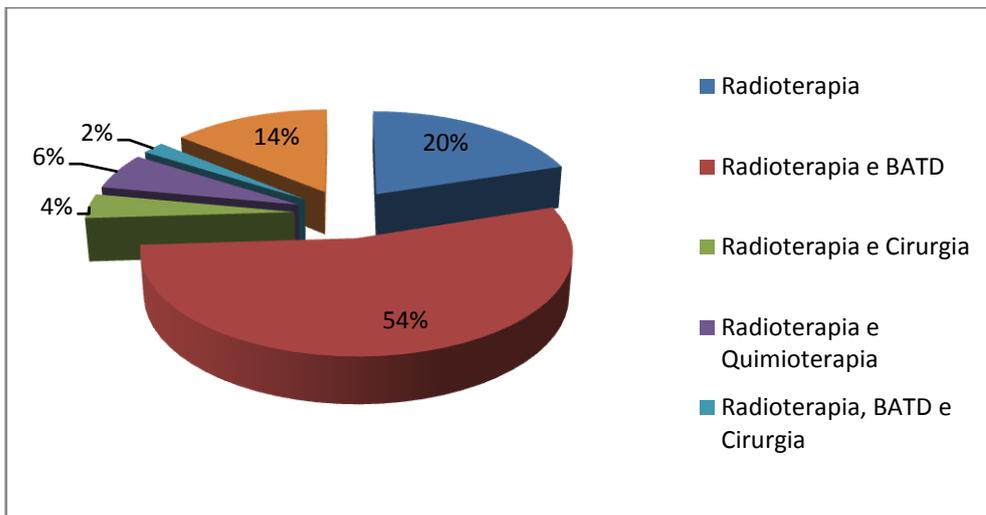


Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo o estudo de Fonseca(2010), a quimioterapia seguida de cirurgia radical ou radioterapia foram os tratamentos padrão, o que entra em acordo com os dados do estudo , presentes na figura 24.

Em relação ao tratamento os pacientes com câncer epidermóide invasor 54% foram submetidos a radioterapia e BATD, 20% radioterapia exclusiva, 14% radioterapia ,BATD e quimioterapia, 6% radiotepia e quimioterapia, 4% radioterapia e cirurgia, 2% radioterapia , BATD e cirurgia .

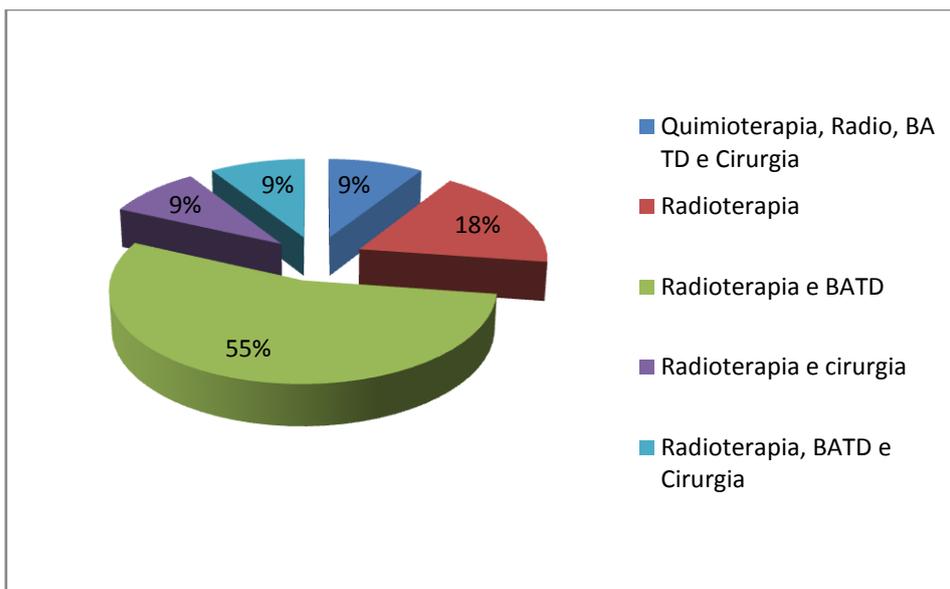
Gráfico 25 - Pacientes atendidas na FAP no quanto ao tratamento dos casos de câncer epidermóide invasor



Fonte: Dados da Pesquisa

Como pode ser visto na figura 26, sobre os Adenocarcinoma Invasivo, 55% realizaram radioterapia e BATD, 18% radioterapia exclusiva, 9% radioterapia associada a BATD, quimioterapia e cirurgia, 9% radioterapia, BATD e cirurgia, 9% radioterapia e cirurgia, 9% radioterapia e cirurgia.

Gráfico 26 - Pacientes atendidas na FAP quanto ao tratamento dos casos de adenocarcinoma invasivo



Fonte: Dados da Pesquisa

Analisando os dados, radioterapia e BATD representa 53% do tratamento de todos os estádios do câncer, 54% dos carcinomas epidermóides invasores e 55% entre os adenocarcinomas. Dentre os carcinomas epidermóides invasores a maioria, ou seja, 26% dos carcinomas epidermóides invasores se apresentavam no estágio IIIB e 37% dos adenocarcinomas IB2. Tais informações entram em acordo com a terapêutica preconizada pela associação Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Cancerologia (2001), a qual sugere radioterapia como uma das opções para o tratamento do câncer invasor no estágio IB2, bem como radioterapia e BATD exclusiva em casos de IIIB.

Conclusões

A partir do que foi analisado, pode-se concluir que, apesar de todo o arsenal diagnóstico disponível, metodologia e conhecimento da história natural do câncer de colo uterino, continua elevada sua prevalência gerando transtornos que vão desde a qualidade de vida das pacientes aos elevados custos terapêuticos, nem sempre associados à cura.

Recomenda-se que as mulheres devem ser incentivadas a conhecer e prevenir os fatores de risco, através de campanhas de conscientização, desde a atenção básica, que deve cumprir, também, um papel de triagem destas pacientes.

É importante também, salientar a importância de prevenção também entre as mulheres mais jovens, que iniciam cada vez mais cedo, sua vida sexual.

REFERÊNCIAS

ABC da Saúde. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?688>> Acessado em: 13/10/10

BIBLIOTECA Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/138colo_uterio.html> Acessado em: 13/10/10

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf> Acessado em: 14/10/10

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_laboratorio.pdf> Acessado em: 14/10/10

<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/138colo_uterio.html> Acessado em: 14/10/10

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde soc.** São Paulo, v.17, n.2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 13/10/10

DEPARTAMENTO de Informática do SUS. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05.htm>> Acessado em 15/10/10

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_06uff.htm> Acessado em 15/10/10

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_06capf.htm> Acessado em 15/10/10

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_08uff.htm> Acessado em 15/10/10

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_08capf.htm> Acessado em 15/10/10

BEZERRA, Saiwori JS et al. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **Jornal Brasileiro de DST**. v.17, n. 2, p. 143-148. Disponível em:

<<http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/10-perfil%20de%20mulheres.pdf>> Acessado em: 15/10/10

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes; RODRIGUES, Tayse Magaly Costa; LA CORTE, Ana Cristina de. **Diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero**. *Revista Diagnóstico & Tratamento*; 8(1):35-40. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7759049&pid=S1413-8123201100050001300001&lng=en

CENTRO de Prevenção de Câncer 'Clínica Prof. Dr, Renato Santos'
<<http://www.prevencaodecancer.com.br/cancer-do-colo-do-utero.html>> Acessado em 13/10/10

FIGUEIREDO, Caroline Teles et al. Câncer de Colo Uterino: Percepção de Mulheres Portadoras de HPV. **Saúde Coletiva**. n. 2, Nov. 2008. Disponível em: <<http://coletanea2008.no.comunidades.net/index.php?pagina=1225334456>> Acessado em: 13/10/10

FILHO, Agnaldo Lopes da Silva. **Emprego dos marcadores de prognóstico no tratamento para o carcinoma invasor de colo**. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 31(9):468-73. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n9/a08v31n9.pdf>

FONSECA, Alex Jardim da et al. **Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010, vol.32, n.8, pp. 386-392. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>

FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Rotinas em ginecologia**. Porto Alegre: Artmed, 2006

GUARISI, Renata et al. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP**. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 50(1): 7-15. 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/ARTIGO1.pdf

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO Oncoguia. Disponível em:
<<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=26&id=103&menu=2>> Acessado em:
12/10/10

INSTITUTO Nacional do Câncer. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326> Acessado em 13/10/10

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao> Acessado em 15/10/10

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327> Acessado em 13/10/10

KUMAR, Vinay; ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S. **Robbins e Cotran - Patologia:** bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LIMA, Carlos Anselmo; PALMEIRA, José Arnaldo Vasconcelos and CIPOLOTTI, Rosana. **Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.10, pp. 2151-2156. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n10/14.pdf>

MACIEL, Shirley Suely Soares Veras; MEINCKE, Sonia Maria Könzgen; SIMINO, Giovana Paula Rezende; MISHIMA, Silvana Martins. **Mortalidade por câncer de colo do útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil.** *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 55 (1): 11-19, jan.-mar. 2011. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/55-01/009-659%20-%20Mortalidade%20por%20cancer%20de%20colo%20do%20uterio.pdf>

MARTINS, Luciene Pereira Queiroz; CALDERARI, Ricardo Neves; BARBIERI, Leandro Gomes; FREIBERGER, Mônica Fernandes. **Estudo comparativo do câncer de colo de útero no estado de Rondônia em relação aos demais estados da federação.** Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/75657220/ESTUDO-COMPARATIVO-DO-C%3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%9ATERO-NO-ESTADO-DE->

MEIRA, Karina Cardoso; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. **Perfil de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de Janeiro no Período 1999-2006.** *Revista Brasileira de Cancerologia* ; 57(1): 7-14. 2011. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/03_artigo_perfil_mortalidade_cancer_uterio_rio_de_janeiro_1999.pdf

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi et al. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília v. 63, n. 2, mar-abril 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lang=pt> Acessado em 17/10/10

NETO, Antonio Aleixo. **Aspectos epidemiológicos do câncer cervical**. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 25:326-33, 1991. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n4/13.pdf>

NICOLAU, S. M. **Existe câncer do colo uterino sem HPV?** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 3, 2003

PORTAL da Saúde. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=123&idquest=397>> Acessado em : 12/10/10

<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22444> Acessado em: 12/10/10

<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=123&idquest=396>> Acessado em: 12/10/10

<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=123&idquest=399>> Acessado em 12/10/10

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RAMA, C et al. **Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 411-419. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6891.pdf>

SORAES, Marilu Correa et al. **Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, jan-mar; 14 (1): 90-96. 2010. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2012.pdf

TAVARES, Marília Buenos Aires Cabral et al. **Prevalence of prognostic factors for cancer of the uterine cervix after radical hysterectomy.** *Sao Paulo Med. J.* [online]. 2009, vol.127, n.3, pp. 145-149. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v127n3/a07v1273.pdf>

TENCONI, Patrícia; BECKER, Tatiana; PASINI, Alexandra; HAAS, Patrícia; **Estudo da Incidência de Câncer de Colo de Útero nas Regiões da Grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e Análise da Metodologia Utilizada para Realização do Exame.** *NewsLab.* 2000;40:164-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=24135039&pid=S1983-1447200900040000400004&lng=en

THULER, Luiz Claudio Santos and MENDONCA, Gulnar Azevedo. **Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2005, vol.27, n.11, pp. 656-660. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>

8 APÊNDICES

8.1 FORMULÁRIO DE CADA PRONTUÁRIO

1-Raça

Branca ()

Parda ()

Negra ()

Outra ()

2-Profissão : _____

3-Naturalidade: _____

4-Residente em: _____

5-Escolaridade:

Analfabeta ()

Fundamental Incompleto ()

Fundamental Completo ()

Médio Incompleto ()

Médio Completo ()

Superior Incompleto ()

Superior Completo ()

6-Religião

Católica ()

Evangélica ()

Atéia ()

Outra ()

7-Idade da Paciente:

10 – 19 ()

20 – 29 ()

30 – 39 ()

40 – 49 ()

50 – 59 ()

60 – 69 ()

70 – 79 ()

80 – 89 ()

90 ou mais ()

8-Idade ao iniciar a vida sexual:

10 – 18 ()

19 – 29 ()

30 ou mais ()

9-Quantidade de parceiros sexuais: _____

10-Uso de preservativos (camisinha)

Sim () Não()

11- Presença de alguma DST (Doença Sexualmente Transmissível)

Sim () Não()

12-.Já engravidou?

Sim () Não()

Idade com que teve o primogênito: _____

Nº de gestações:

Nenhuma ()

De 1 a 3 ()

De 4 a 5 ()

Mais de 6 ()

Nº de partos:

1 ()

2 ()

3 ()

Acima de 3 ()

Normais:

Cirúrgicos:

Outros:

13-.Renda Mensal

Inferior a um salário mínimo ()

De um a três salários mínimos ()

De três a cinco salários mínimos ()

Superior a cinco salários mínimos ()

14-.Fez uso de anticoncepcionais orais?

Sim () Não()

Por quanto tempo? _____

15-.Tabagista?

Sim ()

Não()

Ex-tabagista?

Sim ()

Não()

Fuma/Fumou por quanto tempo? _____

Quantos maços/ano? _____

16-.Realização de exames periódicos?

Sim ()

Não()

Com que frequência? _____

17-Estágio do câncer:

NIC I ()

NIC II ()

NIC III ()

Carcinoma invasivo ()

Adenocarcinoma invasivo ()

Metástase ()

ⁱ Pecorelu S. 26th Annual Report on the Results of treatment in Gynecological Cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;95 (Suppl 1)

ⁱⁱ Disaia, P.J. e Creasman W.T. *Invasive cervical cancer – Clinical Gynecologic Oncology*, 3^a ed St Louis, C. V. Mosby Co; 1989 P67.

ⁱⁱⁱ Stocks P. Cancer of the uterine cervix and social. *Br J. Cancer* 9:487, 1995.

^{iv} Silveira, Gustavo Py Gomes da. *Ginecologia baseada em evidências*. 2^a Ed – São Paulo – Atheneu 2008

^v Halbe, H.W. *Tratado de Ginecologia* 3^a Edição. Ed. Roca Ltda, 2000

^{vi} Olivine H.C., Lemgruber J. e Orta O.T. *Tratado de Ginecologia da Febrago*. Ed. Revinter, 2000.

^{vii} Anttila A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur. J. Cancer* 2009; 45 (15): 2649-5

^{viii} Pecorelu S. 26th Annual Report on the Results of treatment in Gynecological Cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;95 (Suppl 1)