UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINE RIBEIRO PEREIRA FAVARO

Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital do interior paulista

RIBEIRÃO PRETO
2017

CAROLINE RIBEIRO PEREIRA FAVARO

Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital do interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Thais de Oliveira Gozzo

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Favaro, Caroline Ribeiro Pereira

Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital do interior paulista. Ribeirão Preto, 2017.

79 p. il. 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Thais de Oliveira Gozzo

1 – Neoplasia do colo do útero. 2 – Perfil epidemiológico. 3 – Enfermagem oncológica. 4 – Sobrevida.

FAVARO, Caroline Ribeiro Pereira

Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital do interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Às mulheres acometidas por essa doença. Ao meu marido, **Thiago**, e à minha pequena **Sofia**, aos meus pais, **Clarice** e **José Roberto**, meus irmãos, **Leandro** e **Cristina.** Vocês são a minha paz, o meu alicerce e porto seguro.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que sempre iluminou meu caminho, me guiando e protegendo, mesmo quando eu pensava estar desamparada.

À minha orientadora, **Prof.ª Dr.ª Thais de Oliveira Gozzo**, exemplo de docente e ser humano. Obrigada por acreditar em mim e na escolha desse trabalho e, principalmente, pela paciência e apoio proporcionado durante a sua elaboração, mesmo diante da fase conturbada que foi a minha gestação.

À **Profª. Drª. Marislei Sanches Panobianco** e à **Profª. Dra. Ione Carvalho Pinto,** pelas contribuições no exame de qualificação.

À **Profª. Drª. Ana Maria de Almeida,** que me coorientou mediante a ausência física da Profª. Thais.

À enfermeira do RHC **Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho,** pela disponibilidade e paciência em fornecer os dados corretos para minha pesquisa, e à minha companheira de mestrado, **Laís Corsino Durant**, pela contribuição e ajuda nos testes de sobrevida.

À minha sogra, **Elci**, e à minha cunhada **Raquel**, pela ajuda com a Sossô.

À minha cunhada, **Aline**, pelas palavras de apoio e incentivo.

À minha amiga **Amanda Mizukami**, pelo auxílio com seu conhecimento e tranquilidade.

À enfermeira **Adriana** e ao **Dr. Pedro Palocci,** que confiaram em meu trabalho e contribuíram para que eu pudesse realizar o mestrado enquanto integrei a equipe do Hospital Ribeirânia.

À minha querida **equipe do bloco cirúrgico do Hospital Ribeirânia,** meus sinceros agradecimentos pelo carinho e pela torcida.

“Todas as vitórias

ocultam uma abdicação.”

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

FAVARO, C.R.P. **Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital do interior paulista.** 2017. 79 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

O câncer de colo do útero (CCU) é considerado problema de saúde pública no Brasil, por exercer papel importante na morbimortalidade das mulheres. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CCU estão relacionados às condições socioeconômicas, ambientais e aos hábitos de vida, que incluem: início precoce da atividade sexual, pluralidade de parceiros sexuais, tabagismo, hábitos inadequados de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais e a não-realização de exame preventivo de citologia oncótica. A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) leva a alterações que podem, com o passar do tempo, evoluir para o CCU. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres com CCU atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2013. Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal e baseado em dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC). O RHC é um banco de dados que fornece informações às organizações nacionais, caracterizando os diversos tipos de câncer, auxiliando na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica. Foram analisados os dados de 906 mulheres entre 18 e 95 anos e a faixa etária predominante foi de 31 a 60 anos (58,9%); 10,81% eram analfabetas e 68,6% possuíam ensino fundamental. O tipo celular mais incidente (40,8%) foi o carcinoma escamocelular e o estádio clínico 0 foi o mais observado (39,6%). Quanto à procedência, observou-se que 86,1% das mulheres eram da Divisão Regional de Saúde-XIII, à qual pertence a cidade de Ribeirão Preto (40,55%). O cruzamento entre escolaridade e estadiamento clínico apontou que, no estádio 0, dos 39,62% dos casos, 34,76% possuíam ensino fundamental ou médio, o que demonstrou influência da escolaridade na detecção do CCU em estádio inicial. Os casos diagnosticados em estádios avançados (III e IV) foram responsáveis pelo maior número de óbitos, sendo que, das 145 mulheres em estádio III, 87 foram a óbito e, das 80 mulheres diagnosticadas em estádio IV, 67 faleceram, enquanto, das 359 mulheres em estádio 0, apenas 14 foram a óbito. No presente estudo, a sobrevida em cinco anos para as mulheres acometidas pelo CCU foi de 56,5%. Os resultados alcançados corroboram com os encontrados nas produções científicas atuais, demonstrando a importância do rastreamento e diagnóstico precoce, a fim de diminuir a mortalidade causada pelo CCU em estádios avançados. Também apontam a necessidade de ações de educação em saúde como um meio para a prevenção do CCU. Ações educativas e preventivas devem ser desenvolvidas de forma contínua na vida das mulheres e o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, tem papel fundamental, informando as mulheres quanto às medidas de prevenção da doença e a importância do rastreamento, desmistificando culturas enraizadas e também conscientizando essas mulheres sobre o seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde.

Descritores: 1 – Neoplasia do colo do útero. 2 – Perfil epidemiológico. 3 – Enfermagem oncológica. 4 – Sobrevida.

SUMMARY

FAVARO, C.R.P. **Epidemiological profile of women with cervical cancer treated at a hospital in the interior of São Paulo State**. 2017. 79 p. Dissertation (Masters). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2017.

Cervical cancer (UCC) is considered a public health problem in Brazil, since it plays an important role in the morbidity and mortality of women. The main risk factors for UCC development are related to socioeconomic, environmental and lifestyle conditions, which include: early sexual initiation, plurality of sexual partners, smoking, inadequate hygiene habits, prolonged use of oral contraceptives and The non-accomplishment of preventive examination of oncotic cytology. Infection caused by human papillomavirus (HPV) leads to changes that may, over time, progress to UCC. The objective of this study was to characterize the epidemiological profile of women with UCC treated at the Hospital das Clínicas of the Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP-USP), from January 2000 to December 2013. This is a retrospective longitudinal study based on data from the Hospital Registry of Cancer (RHC). The RHC is a database that provides information to national organizations, characterizing the different types of cancer, helping in the formulation of the National Cancer Care Policy. Data from 906 women between 18 and 95 years of age were analyzed, and the predominant age group was 31 to 60 years (58.9%); 10.81% were illiterate and 68.6% had primary education. The most incident cell type (40.8%) was squamous cell carcinoma and clinical stage 0 was the most observed (39.6%). Regarding the origin, it was observed that 86.1% of the women were from the Regional Health Division-XIII, to which the city of Ribeirão Preto belongs (40.55%). The intersection between schooling and clinical staging showed that, in stage 0, of the 39.62% of the cases, 34.76% had primary or secondary education, which demonstrated the influence of schooling in the detection of UCC in the initial stage. The cases diagnosed in advanced stages (III and IV) were responsible for the highest number of deaths, and, of the 145 women in stage III, 87 died, and, of the 80 women diagnosed in stage IV, 67 died, while, of 359 women in stage 0, only 14 died. In the present study, the five-year survival rate for women with UCC was 56.5%. The results obtained corroborate with those found in current scientific production, demonstrating the importance of screening and early diagnosis, in order to reduce the mortality caused by UCC in advanced stages. They also point out the need of health education actions as a means to prevent UCC. Educational and preventive actions should be continuously developed in the lives of women and the nurse, as a member of the health team, plays a fundamental role, informing women about the disease prevention measures and the importance of screening, demystifying rooted cultures and also making these women aware of their role as responsible subjects for their health.

Descriptors: 1 – Neoplasm of the cervix. 2 – Epidemiological profile. 3 – Oncological Nursing. 4 – Survival.

RESUMEN

FAVARO, C.R.P. **Perfil epidemiológico de mujeres con cáncer del cuello del útero atendidas en un hospital del interior del estado de Sao Paulo.** 2017. 79 p. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, 2017.

El cáncer del cuello del útero (CCU) es considerado un problema de salud pública en Brasil porque ejerce un papel importante en la morbimortalidad de las mujeres. Los principales factores de riesgo para el desarrollo del CCU están relacionados a las condiciones socioeconómicas, ambientales y a hábitos de vida, los que incluyen: inicio precoz de la actividad sexual, múltiples compañeros sexuales, tabaquismo, hábitos inadecuados de higiene, uso prolongado de contraceptivos orales y la no realización de examen preventivo de citología oncótica. La infección por el papiloma virus humano (HPV) produce alteraciones que pueden, con el pasar del tiempo, evolucionar para el CCU. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil epidemiológico de las mujeres con CCU atendidas en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, de la Universidad de Sao Paulo (HCFMRP-USP), en el período de enero de 2000 a diciembre de 2013. Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal y basado en datos del Registro Hospitalario de Cáncer (RHC). El RHC es un banco de datos que suministra informaciones a las organizaciones nacionales, caracterizando los diversos tipos de cáncer y auxilia en la formulación de la Política Nacional de Atención Oncológica. Fueron analizados los datos de 906 mujeres entre 18 y 95 años; el intervalo etario predominante fue de 31 a 60 años (58,9%); 10,81% eran analfabetas y 68,6% poseían enseñanza fundamental. El tipo celular más incidente (40,8%) fue el carcinoma escamocelular la fase clínica 0 fue la más observada (39,6%). En cuanto a la procedencia, se observó que 86,1% de las mujeres eran de la División Regional de Salud-XIII, a la cual pertenece la ciudad de Ribeirao Preto (40,55%). El cruzamiento entre escolaridad y estadificación clínica apuntó que, en la fase 0, de 39,62% de los casos, 34,76% poseían enseñanza fundamental o media, lo que demostró la influencia de la escolaridad en la detección del CCU en la fase inicial. Los casos diagnosticados en las fases avanzadas (III y IV) fueron responsables por el mayor número de muertes, siendo que, de las 145 mujeres en la fase III, 87 murieron y, de las 80 mujeres diagnosticadas en la fase IV, 67 fallecieron, en cuanto, de las 359 mujeres en la fase 0, apenas 14 murieron. En el presente estudio, la sobrevivencia en cinco años para las mujeres afectadas por el CCU fue de 56,5%. Los resultados alcanzados son corroborados por los encontrados en las producciones científicas actuales, demostrando la importancia que el rastreo y el diagnóstico precoz tienen en la disminución la mortalidad causada por el CCU, en las fases avanzadas. También apuntan la necesidad de realizar acciones de educación en salud como un medio para prevenir el CCU. Las acciones educativas y preventivas deben ser desarrolladas de forma continua en la vida de las mujeres y el enfermero, como miembro del equipo de salud, tiene un papel fundamental, informando a las mujeres sobre: medidas de prevención de la enfermedad; importancia del rastreo; desmitificación de culturas enraizadas; y concientización esas mujeres sobre su papel de sujetos responsables por su salud.

Palabras clave: 1- Neoplasia del cuello del útero. 2- Perfil epidemiológico. 3- Enfermería oncológica. 4- Sobrevivencia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo idade e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016 43

Tabela 2 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo estádio clínico e tipo celular. Ribeirão Preto-SP, 2016 44

Tabela 3 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo CID. Ribeirão Preto-SP, 2016 44

Tabela 4 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo tipo de tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906) 45

Tabela 5 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo CID de metástases. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906) 45

Tabela 6 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo procedência. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906) 46

Tabela 7 – Distribuição da procedência das mulheres estudadas segundo estádio clínico. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=890) 47

Tabela 8 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP, segundo estádio clínico e idade. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=890) 48

Tabela 9 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo estadiamento clínico e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906). 49

Tabela 10 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo EC e óbito. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906) 49

Tabela 11 – Tempo, em dias, entre a primeira consulta e o diagnóstico de CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868) 50

Tabela 12 – Tempo, em dias corridos, entre o diagnóstico e o início do tratamento do CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868) 50

Tabela 13 – Tempo, em dias corridos, de observação/acompanhamento das pacientes com CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868) 51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação das taxas brutas de câncer de colo do útero, segundo os estados brasileiros (incidência por 100 mil mulheres) 22

Figura 2 – Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012 38

Figura 3 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier para as mulheres com câncer de colo do útero. Ribeirão Preto-SP, 2016..... 51

Figura 4 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier para as mulheres com câncer de colo do útero, segundo estádio clínico. Ribeirão Preto-SP, 2016 52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das pacientes segundo estadiamento clínico por escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016. 48

Gráfico 2 – Dispersão das pacientes em tempos de espera, observação e tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2016 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR	American Association for Cancer Research
ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ACS	American Cancer Society
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCCP	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology
CCU	Câncer de colo uterino
CH	Captura Híbrida
CID	Classificação Internacional de Doenças
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
DRS	Departamento Regional de Saúde
FDA	Food and Drug Administration
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HPV	Papiloma Vírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Programa Nacional de Imunização
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SOE	Sem Outra Especificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 16

2 INTRODUÇÃO 19
2.1 A origem do câncer de colo do útero 19
2.2 O CCU no Brasil 22
2.3 Ações de prevenção e controle do CCU 23
2.4 O exame de escolha para o rastreamento 26
2.5 Registro Hospitalar de Câncer 30
2.6 Justificativa 32

3 OBJETIVOS 35
3.1 Geral 35
3.2 Específicos 35

4 MÉTODO 37
4.1 Delineamento do estudo 37
4.2 Local do estudo 37
4.3 População do estudo 39
4.4 Procedimento de coleta dos dados 39
4.5 Variáveis de interesse 40
4.6 Análise de dados 41
4.7 Princípios éticos 41

5 RESULTADOS 43

6 DISCUSSÃO 54

7 CONCLUSÃO 61

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXOS 77

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

Desde o início de minha inserção acadêmica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em 2005, sempre estive envolvida com projetos de pesquisa, através da iniciação científica e da participação em grupos de pesquisa. Nessa direção, participei de um projeto científico na área de puerpério e cuidados com o recém-nascido que colaborou para a elaboração de meu trabalho de conclusão de curso.

Ainda na graduação, tive a oportunidade de realizar estágio supervisionado na atenção básica. Essa vivência possibilitou uma aproximação com os programas disponíveis na rede e o vislumbre das dificuldades para a implantação de alguns. Tal experiência me fez perceber a importância de uma formação diferenciada, necessária ao enfermeiro para identificar possíveis lacunas e proporcionar alternativas para melhoria da adesão e eficácia desses programas.

Ao ingressar no mercado de trabalho, fui contratada por uma instituição hospitalar privada na cidade de Ribeirão Preto, atuando como enfermeira assistencial. De acordo com a filosofia da instituição, atuava em diferentes áreas de atendimento, com destaque para a consulta de enfermagem e a realização da coleta de citologia oncótica. Para que pudesse realizar as coletas, fui capacitada pelo médico ginecologista da instituição.

Ainda recente no mercado, procurei uma especialização que sanasse minha necessidade profissional de conhecimento na área da oncologia, pois este assunto estava se tornando mais frequente dentro do meu cenário de trabalho. Em 2011, concluí a Especialização em Enfermagem em Oncologia, na EERP- USP.

Posteriormente, fui contratada por outra instituição privada, na qual assumi a coordenação do centro cirúrgico, onde pude vivenciar, quase que diariamente, cirurgias onco-ginecológicas, dentre elas mastectomias, conizações e histerectomias. Esta demanda crescente no atendimento de mulheres com câncer ginecológico ou mamário me inquietava. Principalmente o câncer de colo do útero, passível de prevenção e de cura, quando diagnosticado precocemente, e que no meu dia a dia estava se tornando cada vez mais frequente.

O número elevado de procedimentos cirúrgicos, em um serviço de saúde privado, envolvendo o câncer de colo do útero me deixava cada vez mais intrigada. Eu me indagava o porquê de essas mulheres chegarem com câncer avançado, mesmo com rastreamento para este tipo de câncer, disponível tanto na saúde pública quanto na privada.

Estes questionamentos me motivaram a desenvolver um estudo que procurasse responder, de alguma forma, a estas questões com o objetivo de contribuir, significativamente, para a prevenção do câncer de colo do útero, no rastreamento precoce e na promoção de qualidade de vida dessas mulheres

Introdução

2 INTRODUÇÃO

2.1 A origem do câncer de colo do útero

O câncer cervical, também chamado de câncer de colo do útero (CCU), é caracterizado pela multiplicação desordenada de células do epitélio de revestimento do órgão, que compromete o tecido subjacente. Pode se espalhar por estruturas próximas e atingir tecidos fora do CCU e as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (ARAÚJO *et al.*, 2014). Existem dois tipos de carcinomas que acometem o colo uterino: o epidermóide, representando cerca de 80-90% dos casos, e o adenocarcinoma, considerado mais raro, com média de 10% dos casos (BRASIL, 2014a).

O desenvolvimento do CCU é lento e pode levar, a partir de uma lesão precursora, de cinco a quinze anos até sua evolução total (SILVA *et al.*, 2013). Quando essa alteração celular, denominada displasia, não é identificada e/ou tratada, esta evolui e, em torno de três anos, pode desenvolver um tumor localizado, denominado carcinoma *in situ.* A evolução deste pode ocorrer, em média, em seis anos e ocasionar a invasão da mucosa do útero, passando a ser denominado de carcinoma invasor. Após aproximadamente 14 anos das primeiras alterações celulares, o câncer pode evoluir para sua forma mais grave e promover o aparecimento de metástases, espalhando-se para outros órgãos (DOMINGOS *et al.*, 2007).

Além de seu lento desenvolvimento, o CCU pode evoluir sem sintomas em sua fase inicial. No entanto, com o avanço da doença, pode ocasionar sangramento vaginal intermitente, relacionado ou não à atividade sexual. As mulheres acometidas podem apresentar, também, secreção vaginal de odor fétido e, em casos mais avançados, dores abdominais associadas a queixas urinárias e/ou intestinais (CARNEIRO, 2015). O CCU é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos (BRASIL, 2014a).

A evolução do CCU é considerada multifatorial, sendo que os fatores de risco mais comuns são: socioeconômicos, ambientais e os hábitos de vida, que incluem o início precoce da atividade sexual, a pluralidade de parceiros sexuais, o tabagismo, os hábitos inadequados de higiene, o uso prolongado de contraceptivos orais e a não-realização de exame preventivo ou Papanicolaou (AGGARWAL, 2014).

Um fator etiológico para o desenvolvimento do CCU é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Esta infecção é tida como fator necessário, mas não suficiente, para o surgimento dos tumores de colo uterino (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010),

sendo identificada em mais de 95% dos casos (BELL *et al.*, 2007). A infecção pelo HPV está intimamente relacionada a fatores ligados ao comportamento sexual, como o número de parceiros sexuais, relação sexual em idade precoce e contato com pessoas que apresentam comportamento sexual de alto risco (CASTELLSAGUÉ, 2008). Além disso, a progressão da infecção pode estar condicionada a características relacionadas ao vírus, como subtipo, infecção simultânea por vários tipos oncogênicos e carga viral (BRASIL, 2013a).

Os subtipos de potencial carcinogênico conhecidos são descritos pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer – IARC – como os de números: 16, 18, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ou 66, sendo estes os que podem causar o CCU (IARC, 2012). Os tipos de DNA virais mais prevalentes em mulheres com CCU são o 16 e o 18, associados a 70% destes cânceres (WHO, 2010). Os subtipos de baixo risco são os de número 6, 11, 42, 43, 44, que estão associados às infecções benignas do trato genital e estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes e nas verrugas genitais visíveis e que podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus (BRASIL, 2006).

O vírus é altamente contagioso, sendo possível, em uma única exposição, a contaminação. Sua transmissão acontece por contato direto com a pele ou mucosa infectada, mas a principal forma é pela via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou manual-genital. Portanto, o contágio com o HPV pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. Também pode haver transmissão durante o parto. Como muitas pessoas portadoras do HPV não apresentam nenhum sinal ou sintoma, elas não sabem que são portadoras do vírus, mas podem transmiti-lo. A transmissão, na maioria das vezes (95%), ocorre através da relação sexual, mas, em 5% das vezes, poderá ser através das mãos contaminadas pelo vírus, por objetos, toalhas e roupas, desde que haja secreção com o vírus vivo em contato com a pele ou mucosa não íntegra. O uso do preservativo é essencial para evitar o contágio por essa DST; no entanto, o preservativo feminino, por proteger toda a região da vulva, evita mais eficazmente o contágio, tendo em vista que o masculino não impede totalmente a infecção pelo HPV, pois, frequentemente, as lesões estão presentes em áreas não protegidas pela camisinha (BRASIL, 2014b).

O CCU é considerado um problema de saúde pública mundial por exercer papel importante na morbimortalidade das mulheres, sendo um desafio às políticas públicas de países em desenvolvimento, onde são identificados mais de 85% dos casos novos e das mortes por esta patologia (CORREA, 2014).

Estatísticas apontam a ocorrência de 530 mil casos novos e 270 mil mortes por ano no mundo devido ao CCU (WANG; QIAO, 2014) e estima-se que, em 2030, o CCU será

responsável pela morte de 474 mil mulheres, sendo que 95% destas ocorrerão em países de média e baixa renda (MCGRAW; FERRANTE, 2014).

Apesar de, nas últimas décadas, ter havido declínio significativo na incidência e taxa de mortalidade por CCU nos países desenvolvidos, onde a incidência é de 10 casos em 100.000 mulheres por ano, esta redução não tem sido observada nos países em desenvolvimento, cuja incidência da doença fica em torno de 40 casos em 100.000 mulheres por ano (FONSECA *et al*., 2013). Em países europeus, a incidência do CCU é considerada baixa, como na Espanha, que tem o valor de 7,8 casos novos para 100.000 mulheres (RODRIGEZ-SALÉS; ORTIZ-BARREDA; SANJOSÉ, 2014).

Em pesquisa realizada em 2008 pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC), que analisou a tendência global da incidência de 27 tipos de câncer em 182 países, o CCU apresentou estimativa de decréscimo. Ressalta-se que este verifica-se em todos os países analisados, porém em proporções diferentes, devido às altas taxas de incidência em países em desenvolvimento. O CCU foi o responsável pela morte de 275 mil mulheres no ano de 2008; 88% destas aconteceram em países em desenvolvimento: 53 mil na África, 31.400 na América Latina e Caribe e 159.800 na Ásia (FERLAY *et al.*, 2010). As menores taxas de mortalidade foram observadas na América do Norte (1,7 por 100.000 mulheres), na Austrália (1,4 por 100.000 mulheres) e no Oeste Europeu (2 por 100.000 mulheres), enquanto as maiores foram registradas no Leste da África (24 por 100.000 mulheres), no Sudeste da África (14,8 por 100.000 mulheres) e na porção Sul-central da Ásia (10,8 por 100.000 mulheres) (ARBYN *et al.,* 2011).

Em 2007, cerca de 107.000 mortes atribuídas ao câncer feminino foram registradas em países das Américas. Destas, 82.370 foram causadas pelo câncer de mama e 24.526 pelo CCU. Na maioria desses países, a primeira causa de morte por câncer em mulheres foi relacionada ao câncer de mama; porém, em Belize, El Salvador, Equador, Nicarágua, Paraguai e Peru, o CCU foi a principal causa. A maioria das mortes por CCU relatada em todas as Américas foi registrada na América Latina ou no Caribe, sendo as taxas de mortalidade três vezes mais elevadas na América Central do que na do Sul. Estas podem ser atribuídas ao nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país e/ou a diferenças geográficas no acesso ao rastreio, ao diagnóstico precoce e aos serviços de tratamento (LUCIANI *et al.,* 2013).

Na América Latina, a incidência do CCU é considerada uma das maiores do mundo, correspondendo a até 25% de todos os tipos de câncer em mulheres (FONSECA *et al*., 2010). Segundo Pinho e França-Junior (2003), as causas para essa alta taxa de incidência por CCU em muitos países da América Latina encontram-se, possivelmente, relacionadas ao perfil epidemiológico que a doença adquire nesses países, quanto à frequência dos fatores de risco, ao

grau de implementação de ações efetivas no diagnóstico precoce da doença e ao tratamento das lesões detectadas.

2.2 O CCU no Brasil

O Brasil, quando comparado a países em desenvolvimento, apresenta valores intermediários das taxas de incidência e de mortalidade, porém apresenta taxas elevadas quando confrontado com países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus e da América do Norte, como Estados Unidos e Canadá, demonstram menores taxas, mas países da América Latina apresentam valores bastante elevados (GLOBOCAN, 2012).

No Brasil, o CCU é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estão previstos para 2016 cerca de 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

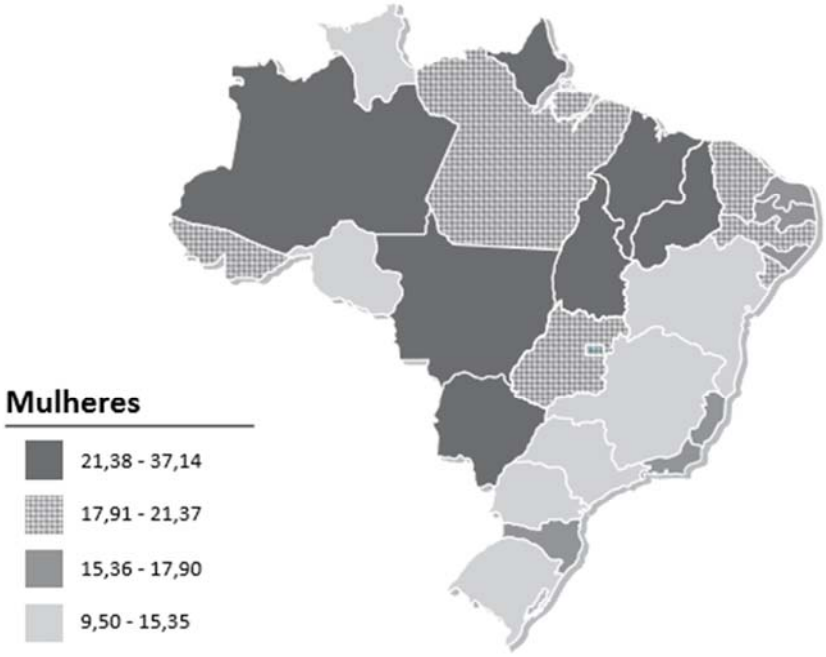

Figura 1 – Representação das taxas brutas de câncer de colo do útero, segundo os estados brasileiros (incidência por 100 mil mulheres).
Fonte: INCA, 2016.

As taxas de mortalidade têm permanecido relativamente estáveis nas últimas três décadas no país, variando de 5/100 mil mulheres, em 1979, para 4,7/100 mil mulheres em 2011 e, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o número de mortes pelo CCU em 2013 foi de 5.430 mulheres (INCA, 2015). No entanto, essas taxas apontam para falhas no rastreamento e na detecção precoce de lesões precursoras do CCU, o que resulta em diagnóstico em fase avançada da doença e, consequentemente, em pior sobrevida (THULER *et al.*, 2014).

A sobrevida, em cinco anos, para o CCU obteve melhora ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70% em todo o mundo, de uma forma geral. No Brasil, os dados mais recentes para sobrevida constam do período de 2005 a 2009, nos quais a sobrevida ficou em torno de 61% (BRASIL, 2015a).

O diagnóstico precoce, que consiste na abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas da doença, é realizado em mulheres que estão em fase produtiva de suas vidas e, quando realizado tardiamente, pode acarretar em prejuízo social considerável, pois estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares e demandam terapêutica especializada, além de comprometerem seus papéis no mercado de trabalho e, muitas vezes, serem privadas de seus convívios familiares (MELO *et al.,* 2009). Por isso, a importância de ações de rastreamento e prevenção.

2.3 Ações de prevenção e controle do CCU

Ações de prevenção são atos que têm impacto na redução de morbidade e mortalidade das pessoas (BRASIL, 2010). Em países desenvolvidos, o foco dos cuidados clínicos mudou da cura para a prevenção, ou seja, antecipar doenças futuras em indivíduos que se encontram saudáveis tornou-se prioridade para o tratamento (GERVAS; STARFIELD; HEATH, 2008). Na prática brasileira, isso está retratado nas unidades de Atenção Primária à Saúde, que têm agendas priorizadas para grupos populacionais específicos (BRASIL, 2013b).

Para assistência à saúde no Brasil, comumente são utilizados três tipos de prevenção. A primária, que é definida como ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica; a secundária, caracterizada como ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população,

facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo, e a terciária, que é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (BRASIL, 2010). No CCU, a prevenção terciária, que tem como objetivo reabilitar a mulher portadora da doença, submetida ou não a algum tratamento, é realizada por meio de fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, ou seja, através de medidas que possam proporcionar qualidade de vida à mulher, reduzindo a incapacidade, permitindo uma rápida e melhor reintegração dessa mulher na sociedade.

Para o CCU, a prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, por meio de orientações e campanhas, mas, principalmente, pelas vacinas anti-HPV. A vacina contra o HPV também é considerada prevenção primária e começou a ser comercializada em 2006, após a aprovação do *Food and Drug Administration* (FDA), e atualmente tem sido distribuída em mais de 121 países. Existem três tipos de vacina: a bivalente (que protege contra os subtipos 16 e 18), a quadrivalente (que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18) (QUINTÃO *et al.,* 2014; BRASIL, 2014) e a nonavalente, que, além dos subtipos 6, 11, 16 e 18, contém os de número: 31, 33, 45, 52 e 58 (PETROSKY *et al.*, 2015).

No Brasil, a administração da vacina profilática contra o HPV utilizada atualmente é a quadrivalente (DE ALMEIDA; CAVEIÃO, 2014), que passou a ser oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para meninas de 11 a 13 anos, desde março de 2014. Em janeiro de 2015, a faixa etária foi ampliada para meninas de 9 a 11 anos (BRASIL, 2015b). O esquema estendido, como é chamado, tem por objetivo beneficiar a população-alvo de nove a 13 anos. Esta conduta segue recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e foi discutida com especialistas brasileiros que integram o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo o mesmo esquema já utilizado por países como Canadá, México, Colômbia, Chile e Suíça (BRASIL, 2014c).

O esquema de vacinação era composto por três doses: a segunda era aplicada com intervalo de seis meses da primeira e a terceira, de reforço, cinco anos após a primeira dose (QUINTÃO *et al.,* 2014). No entanto, em janeiro de 2016, houve atualização no esquema vacinal nacional e a vacina passou a ser realizada em duas doses, sendo que a segunda dose deverá ser administrada seis meses após a primeira, deixando de ser necessária a administração da terceira dose. Ressaltando que as mulheres entre 9 e 26 anos que convivem com HIV devem continuar recebendo o esquema de três doses (BRASIL, 2016).

Em 2017, o Brasil será o primeiro país da América Latina e o sétimo do mundo a oferecer a vacina contra o HPV para meninos em programas nacionais de imunizações. A vacina será disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir de janeiro para meninos de 12 e 13 anos na rotina do Calendário Nacional de Vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS). A faixa etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os meninos de 9 a 13 anos (BRASIL, 2016).

No entanto, a adoção da vacina não elimina a necessidade da prevenção secundária, através do rastreamento (BRASIL, 2016). A vacina não oferece proteção para 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros tipos virais oncogênicos (BRASIL, 2013a).

O CCU é altamente passível de prevenção por meio de programas de rastreamento, que facilitam a detecção e o tratamento destas lesões precursoras, com o objetivo de reduzir as taxas de incidência e de mortalidade da doença (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2014).

O rastreamento pode ocorrer de três formas:

- rastreamento seletivo: quando um grupo é identificado como de maior risco para determinada doença (WHO, 2007);
- rastreamento organizado: quando há um planejamento, com faixa etária e frequência definidas, caracterizando a convocação da população-alvo que não tenha realizado exame e daquelas que estejam no período de novo exame (BRASIL, 2013b)
- rastreamento oportunístico: quando exames de rastreamento são solicitados em uma consulta eventual, onde não há garantia de controle de qualidade e de adesão à periodicidade e população-alvo recomendadas, podendo resultar na piora do desempenho dos programas (BRASIL, 2013b).

Em países em desenvolvimento, predomina a procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por diversas razões, e não diretamente com o objetivo de rastreamento do CCU, configurando o rastreamento oportunístico, que é o mais frequente no rastreio do CCU nesses países (VALE *et al.,* 2010). Este não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do CCU, visto que apresenta baixa cobertura, pois rastreia um pequeno grupo de mulheres e pode ocasionar o super-rastreamento (ADAB *et al*., 2004).

No Brasil, o rastreamento do CCU é caracterizado como oportunístico, ou seja, as mulheres aderem aos programas de prevenção espontaneamente, procurando o serviço para realização do exame de citologia oncótica. No entanto, na maioria das vezes, a realização do exame restringe-se às mulheres que buscam os serviços de saúde por diversas razões, dentre elas pré-natal e puerpério, e não diretamente com a intenção de coletar a citologia.

Vale *et al.*, em um estudo realizado no estado de São Paulo, detectaram que mais de 50% dos exames foram realizados com um ano de intervalo, provavelmente de forma oportunística. Assim, a cobertura trienal pode estar prejudicada pelo excesso de exames em mulheres consideradas protegidas, de acordo com as normas do Ministério da Saúde (BRISHILIARI *et al*., 2012).

Um dos fatores que pode gerar esse super-rastreamento pode estar relacionado à falta de controle do SISCOLO sobre as mulheres submetidas ao exame e o intervalo entre a realização do mesmo (BRASIL, 2011b). Além disso, há coletas de citologias desnecessárias, em intervalos menores e para grupos etários fora da faixa recomendada pelo programa de rastreamento, que chegam a somar mais de 60% de todos os exames (VALE et al., 2010), diferentemente de países desenvolvidos, cujo rastreamento é organizado e conta com mecanismos para recrutamento da população-alvo, promovendo melhor cobertura e melhor utilização dos recursos direcionados para estas ações (RIBEIRO *et al.,* 2016).

2.4 O exame de escolha para o rastreamento

O método de rastreamento do CCU mundialmente aceito é o exame colpocitológico do colo do útero, conhecido como citologia oncótica, citopatologia ou Papanicolaou, que foi descrito em 1941 pelo anatomista George Nicolas Papanicolaou. Por meio de células obtidas do esfregaço vaginal, Papanicolaou, juntamente com Hebert Traut, demostrou ser possível diagnosticar o CCU mesmo quando não havia suspeita da patologia. No método realizado atualmente, usa-se uma espátula de madeira, conhecida como espátula de Ayre, e uma escovinha cervical. As células são coletadas da endocérvice e do ectocérvice e, posteriormente, colocadas em lâmina, sendo, finalmente, seu conteúdo fixado para evitar dessecamento (CORREA, 2014).

A citologia oncótica detecta facilmente as alterações das células que podem desencadear o CCU, reiterando a importância de sua realização periódica. Por meio desse exame, são identificadas lesões precursoras do CCU e as mulheres acometidas são encaminhadas às instituições de saúde especializadas para investigação e tratamento. O exame é considerado seguro, relativamente barato, de boa aceitação e de fácil acesso pela população feminina, pois deve estar disponível em unidades de saúde do nível primário ao terciário. O

diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado e oportuno, pode promover praticamente 100% de cura para essas mulheres (BRASIL, 2014a).

A coleta do exame pode ser realizada tanto em unidades básicas de saúde como em instituições de nível terciário, por médico e/ou enfermeiro, devidamente treinado para a prática, sendo o enfermeiro peça fundamental na orientação das mulheres sobre a importância do exame preventivo, desde a coleta da citologia até a busca do resultado (ROCHA *et al*., 2012).

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a realizar o exame de citologia, que foi trazido para o país por médicos ginecologistas na década de 1940. Entretanto, somente em 1984, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que o exame citopatológico foi introduzido como procedimento de rotina da consulta ginecológica. O programa previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011a).

Após a criação do SUS, em 1988, o Ministério da Saúde (MS) assumiu a coordenação da política de saúde no país, sendo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer. A manutenção das altas taxas de mortalidade por CCU levou a direção do INCA a elaborar, no ano de 1996, um projeto-piloto chamado "Viva Mulher", dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica, porém o Programa foi expandido para todo o país como Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher somente no ano de 1998 (BRASIL, 2011a).

Em 1998, também foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (BRASIL, 2011). Apesar de todos os esforços, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca realizaram o mesmo (RAMOS *et al.,* 2006).

Até 2011, a faixa etária recomendada pelo MS envolvia mulheres de 25 a 59 anos. Porém, em meados deste ano, após atualização do MS acerca do rastreamento do CCU, a citologia passou a ser indicada para mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos, sendo os dois primeiros exames realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos (BRASIL, 2011b).

Essa orientação é semelhante à de Portugal, que, em seu Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010, recomenda a realização do rastreio do CCU

por citologia cérvico-vaginal nas mulheres entre os 25 e os 60 anos, com um intervalo de rastreio de três anos após dois exames anuais negativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Câncer (ACS) indicava o rastreio após o início da atividade sexual. No entanto, em 2002, passou a recomendar sua realização a partir dos 18 anos e a adotá-lo três anos depois do início da atividade sexual, com limite máximo aos 21 anos (SMITH, 2011). Porém, em 2009, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) eliminou a norma de três anos depois do início da atividade sexual e agora recomenda o rastreio apenas a partir dos 21 anos de idade (ACOG, 2009). Na Europa, o rastreamento do CCU é iniciado entre 25 e 30 anos de idade e, a partir de então, a cada três ou cinco anos (ARBYN *et al*., 2010), com algumas variações dependendo da região (ANTTILA *et al*., 2009).

Em países como Suécia, Dinamarca, Noruega e Reino Unido, o rastreamento por meio do exame citopatológico tem se mostrado a principal estratégia no controle do CCU, identificando queda significativa na incidência e mortalidade por esse tipo de câncer. Porém, nota-se que o sucesso desses programas de rastreamento está na cobertura efetiva da população de risco, qualidade da coleta do exame, no tratamento e no acompanhamento adequados (BRASIL, 2002a).

Por meio do exame de Papanicolaou, a detecção precoce do CCU, aliada ao tratamento da lesão intraepitelial, tem resultado na redução da incidência desse câncer em 90%, produzindo um impacto expressivo nas taxas de morbimortalidade. No entanto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para se atingir esse efeito, é necessária uma cobertura de rastreamento de 80 a 85% da população de risco, o que não acontece no Brasil devido a vários fatores, dentre eles: dificuldades no acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema de saúde em absorver a demanda e dificuldades dos gestores de estabelecer fluxos assistenciais nos diversos níveis de atenção (ARZUAGA-SALAZAR *et al*., 2011).

No que diz respeito à cobertura populacional para exames de rastreamento do CCU no Brasil, o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizado em 2003 e 2008, mostrou que a proporção da população feminina de 25 a 64 anos que refere ter sido submetida a exame preventivo do CCU nos últimos três anos da realização da pesquisa passou de 73,1 para 78,4% (BRASIL, 2014d).

Em outra pesquisa, realizada por telefone, cobrindo a população residente nas capitais do país e no Distrito Federal, o percentual de mulheres entre 25 e 64 anos de idade que

informou ter sido submetido à citologia oncótica nos últimos três anos passou de 81,8%, em 2007, para 82,3%, em 2012. Entretanto, apesar da crescente cobertura, não se tem observado redução nas taxas de mortalidade por esse câncer no país, o que sugere haver déficit na captura da população suscetível (baixa cobertura), baixa qualidade do exame de Papanicolaou e falhas na condução dos casos com lesões suspeitas (THULER *et al.*, 2014). Estas, provavelmente, podem estar relacionadas a problemas no sistema de informação e organização, qualificação dos profissionais quanto ao manejo e encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis de atenção (ANDRADE, 2012).

No Brasil, após mais de uma década da implantação do programa de rastreamento, o declínio da taxa de mortalidade ajustada pela idade foi de 17,4% até o ano de 2009. Dentre os fatores envolvidos no contexto do programa de rastreamento brasileiro, vale ressaltar a extensão territorial e a diversidade socioeconômica, política e cultural do Brasil, o que sugere a necessidade de identificar as falhas do programa e os fatores que as determinam (DA SILVA *et al.*, 2013).

Na rede de saúde brasileira, as mulheres com menos de 35 anos são as que realizam a maioria dos exames, fato que, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), pode estar relacionado à procura para cuidados de planejamento familiar, o que contribui para não ser alcançado um impacto significativo sobre a mortalidade por CCU (BRASIL, 2013b).

A experiência de alguns países desenvolvidos demonstrou que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento organizado foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento adequado das mulheres (WHO, 2008b).

Segundo um estudo da Comissão Europeia, alguns países alcançaram significativa redução nas taxas de mortalidade por CCU a partir da implementação de programas de rastreamento, como Finlândia, Dinamarca e Suécia, com reduções de 80, 66 e 52%, respectivamente.

Em países como Estados Unidos, Reino Unido e Austrália, que apresentam excelentes programas de prevenção de câncer de colo uterino, o exame Papanicolaou, isoladamente, não foi capaz de eliminar o problema e é por isso que esses países implementaram programas públicos de imunização contra o HPV. Estas são estratégias que se complementam e não se excluem, sendo fundamental a integração dessas condutas na prevenção primária e secundária (SBIM, 2015).

Um outro método utilizado em países desenvolvidos, como Estados Unidos, é a captura híbrida ou teste de HPV, sendo a mais difundida a captura híbrida 2 (CH2), que se

baseia na hibridização de DNA do vírus (RODRIGUES *et al*., 2009). Segundo Santos (2011), é um método quantitativo, sendo a única técnica com aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para detectar o HPV que é aprovada e recomendada nos Estados Unidos pela *Food and Drug Administration* (FDA) para utilização como padrão ouro para o diagnóstico de HPV em amostras clínicas nos Estados Unidos (STILLMAN *et al*., 2009; PINO *et al*., 2011; MICHELLI *et al*., 2011). A CH2 detecta a presença de qualquer um dos 13 tipos de HPV de alto risco e é atualmente um dos os meios mais utilizados para detectar HPV de alto risco na prática clínica (PINO *et al*., 2011). Estas informações podem indicar se a portadora tem maior ou menor risco de ter uma lesão pré-maligna.

Na Europa, os testes de HPV também são utilizados para o rastreamento, porém sempre associados ao exame de citologia. São realizados em mulheres a partir de 35 anos de idade e, após este primeiro teste, os subsequentes serão realizados a cada cinco anos. Independentemente do teste utilizado, as mulheres são rastreadas até a idade de 60 ou 65 anos, e o rastreio é suspenso se os resultados dos testes mais recentes estiverem normais (ARMAROLI *et al.,* 2015).

Além da implementação dos programas de rastreamento, outras medidas podem ser tomadas para redução da incidência do câncer, uma vez que cerca de um terço dos casos pode ser evitado apenas controlando-se os fatores de risco determinantes de sua ocorrência. Nesse sentido, o Ministério da Saúde apresenta como estratégia básica para alcançar tal objetivo a educação da população para desmistificar a doença, bem como para esclarecer sobre as possibilidades de preveni-la (INCA, 2013).

2.5 Registro Hospitalar de Câncer

Considera-se que a informação na área da saúde não é somente um instrumental sistêmico-funcional, e sim um processo de relações que permite analisar os serviços, as intervenções em saúde e permitem auxiliar na organização ou na reorganização do modelo de assistência (INFORMATION, 2007).

Os registros de câncer são realizados por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), que constituem um importante instrumento de apoio à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, ao planejamento de saúde, à avaliação da qualidade da atividade assistencial e como recurso para

a elaboração de pesquisas clínicas e trabalhos científicos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012). Esses bancos são responsáveis por fornecer informações às organizações nacionais, que caracterizam os diversos tipos de câncer e identificam aspectos em comum. Além disso, os dados do RHC também auxiliam a gestão do hospital e o seu corpo clínico, que também podem obter informações para definir os rumos e a condução da instituição e a avaliação da qualidade do próprio trabalho, o que torna possível estabelecerem-se comparações com outros serviços ou em diferentes momentos da própria instituição, além do desenvolvimento de pesquisas (INCA, 2009; MOURA *et al.,* 2006).

Empregar dados provenientes de bases administrativas apresenta vantagens, como o grande número de casos registrados, o reduzido tempo entre a ocorrência do evento e o seu registro no sistema, a possibilidade de identificação do paciente (pelo menos em alguns dos sistemas), a minimização de problemas relacionados ao viés de participação (mudança de comportamento do indivíduo devido à participação no estudo) e a possibilidade de realização de estudos com diversos enfoques em diferentes subgrupos populacionais (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Para a elaboração dos registros, a estratégia utilizada é baseada na coleta, estruturação e análise de informações relativas às patologias diagnosticadas e tratadas no hospital, com destaque para as informações relativas ao tratamento realizado na instituição e na evolução dos seus pacientes (ARREGI, 2000). Entretanto, a falta de informações precisas e de qualidade geradas pelos serviços prejudica a tomada de decisão por parte da administração dos serviços de saúde, no tocante à eficácia e eficiência dos tratamentos ofertados, bem como da alocação de recursos necessários para o atendimento dos pacientes (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

Para os serviços no estado de São Paulo, as informações identificadas seguem as recomendações da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), com instrumento preconizado para o Estado para compor o RHC. Essas informações são importantes para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer, pois esse instrumento visa a aprimorar o serviço prestado pela instituição aos pacientes oncológicos. Os registros são baseados nos dados hospitalares e cumprem o papel de monitorar e avaliar os cuidados prestados aos pacientes com câncer. Além disso, estas informações contribuem para traçar o perfil dos pacientes atendidos, evidenciam os aspectos demográficos e apontam como os recursos estão sendo usados no diagnóstico e no tratamento. Possibilitam, também, acompanhar a evolução da doença, o estado geral dos pacientes ao longo do tempo e fornecem dados estatísticos sobre o

resultado dos tratamentos aplicados (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012; SHANMUGARATNAM *et al.,* 1991).

A principal fonte de informação é o prontuário médico-hospitalar. Os dados nele coletados são registrados na folha de admissão da FOSP. Neste instrumento, estão contempladas informações sobre a identificação dos pacientes, sua situação no momento do diagnóstico do tumor e da sua admissão na instituição, informações sobre o tumor (topografia, morfologia, estadiamento, localização de metástases) e também informações sobre a proposta de tratamento e a evolução da doença. A instituição que registra o tumor é responsável pelo planejamento, tratamento e pelo seguimento deste paciente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

Com a análise do perfil epidemiológico das mulheres com CCU investigadas por meio de dados do RHC e comparação com estudos semelhantes, será possível identificar características em comum dessas mulheres e sugerir melhorias na prevenção dessa patologia nas redes básicas de saúde, nas quais o exame preventivo deveria atingir o maior número da população-alvo, mas ainda falham nesse quesito.

2.6 Justificativa

No Brasil, o Programa Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama), implementado em 2002 (BRASIL, 2002b), demonstra esforços governamentais com o objetivo de reduzir a mortalidade e as consequências desses cânceres na população feminina brasileira. É realizado por meio de ações para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e para o tratamento e reabilitação dessas mulheres (ELISEU, 2008).

Para o controle do CCU, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico, a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos. O monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do programa, aliado à produção acadêmica e à atuação de profissionais, trouxe melhorias no acesso à prevenção do CCU em todo o país. Entretanto, ainda se mostra insuficiente. Como sinalizado nas estimativas de incidência, em muitas regiões do país, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia. Isso se deve à lacuna que ainda existe entre os avanços técnicos e o acesso da população a eles. Portanto, é necessário que

haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços disponível e adequada para suprir essa lacuna em todo o país (BRASIL, 2002a).

Dentro desse contexto, é crucial a identificação de características comuns das mulheres que são diagnosticadas com CCU para o desenvolvimento de melhorias nas práticas de prevenção e intervenções futuras. Essas ações são norteadas pela distribuição das lesões segundo faixa etária das mulheres mais acometidas e pela periodicidade dos exames colpocitológicos, que norteiam as intervenções em saúde pública (PINHO *et al.*, 2003).

As instituições de saúde identificam o tipo de câncer, administram o tratamento mais adequado, previnem reincidências e promovem a qualidade de vida no pós-terapia e/ou quando ocorrem sequelas. No entanto, mesmo possuindo bancos de dados adequadamente preenchidos, ainda não conseguem realizar a avaliação sistemática do perfil epidemiológico de cada grupo, neste caso especificamente o das mulheres acometidas com CCU, a fim de se analisarem possíveis fatores de riscos e/ou falhas na prevenção oferecida desde a unidade básica até a própria unidade terciária de saúde.

Diante do exposto no estudo, entende-se que é de ampla importância descrever o perfil epidemiológico das mulheres com CCU atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sendo este um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON) e referência para o Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) e outros DRS. Este estudo traz a possibilidade de o hospital conhecer o trabalho desenvolvido no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que, através de seu banco de dados, pode proporcionar informações sobre o atendimento e a qualidade da assistência prestada às pacientes com CCU atendidas na instituição. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para o planejamento de ações de prevenção, atendimento e seguimento das pacientes oncológicas, assim como sugerir melhorias no rastreamento do CCU no nível primário de atenção. O CCU é passível de prevenção e sua detecção precoce pode garantir cura às mulheres diagnosticadas em fases iniciais. A escolha do estudo de pacientes com CCU deveu-se ao anseio em identificar as características comuns dessas mulheres e levantar possíveis falhas no sistema de prevenção e rastreamento do CCU no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, HCFMRP-USP, de janeiro de 2000 a dezembro de 2013.

3.2 Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de colo uterino inseridas no Registro Hospitalar de Câncer do referido hospital e caracterizá-las quanto ao estádio clínico da doença e sobrevida.

Método

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, longitudinal e baseado em dados secundários. É considerado como coorte pois, após a identificação de um grupo de indivíduos, as informações de interesse foram coletadas de modo que esse grupo pudesse ser seguido no tempo. Retrospectivo pois o investigador tem conhecimento de que os fatos já ocorreram e que os dados de interesse podem ser coletados em arquivos e longitudinal pois cada indivíduo foi observado em mais de uma ocasião (PEREIRA, 2002; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Esse estudo avaliou a situação da população em um determinado período de tempo e, para a saúde pública, torna-se linha de base no planejamento em saúde (LIEBERMAN, 2010).

4.2 Local do estudo

O local escolhido para o estudo foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). O hospital é uma instituição de nível terciário, mantida pelo governo do estado de São Paulo, sendo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, associada à Universidade de São Paulo. Caracteriza-se como hospital de grande porte, de alta complexidade, sendo referência para a região nordeste do estado de São Paulo, composta por cerca de 4 milhões de habitantes. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) representam cerca de 97% dos atendimentos realizados no HC. Atualmente, conta com 872 leitos de internação e, no ano de 2014, realizou 440.953 procedimentos ambulatoriais, 36.699 internações, 2.909.835 exames laboratoriais e 31.646 cirurgias. Quanto às consultas, foram realizadas 670.258; dessas, 32.937 foram nos ambulatórios de oncologia (HCFMRP, 2015).

O estudo foi realizado no setor do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), localizado no 2º andar, no ambulatório, e seu horário de funcionamento é das 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Este setor foi implantado no ano 2000, com apenas um oficial administrativo, e, a partir de 2008, foi inserido um enfermeiro, para contribuir com a busca da informação, e hoje

conta com três estagiários (bolsa trabalho), um enfermeiro e um oficial administrativo (CARVALHO, 2014).

Foi utilizada a série histórica de janeiro de 2000 a dezembro de 2013. As informações foram captadas no banco do RHC e nos prontuários médicos de mulheres com CCU.

Dentro dos dados analisados, consideramos a procedência e, dentro desta, os Departamentos Regionais de Saúde (DRSs). Os DRSs são divisões administrativas responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover uma articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil. O mapa abaixo representa a divisão do estado de acordo com os DRSs.

Figura 2 – Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012.
Fonte: http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude

O DRS XIII abrange a cidade de Ribeirão Preto e outros 25 municípios da região. São eles: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapará, Jaboticabal, Jardinópolis, Luiz Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho.

4.3 População do estudo

Para a coleta de dados deste estudo, foi utilizado o banco de dados do RHC, na série histórica de janeiro de 2000 a dezembro de 2013. Os dados foram coletados por meio da análise do referido banco, quanto ao registro de mulheres com CCU.

Como critérios de inclusão do estudo, foram consideradas mulheres acima de 18 anos, de qualquer raça, que foram casos novos de CCU no período estudado. Além disso, foi utilizado o CID (Classificação Internacional de Doenças) para a identificação dos casos de CCU, sendo o C53 o que se refere à neoplasia maligna do colo do útero e, dentro dele, são subdividos por topografia: endocérvix (C530), exocérvix (C531), lesão sobreposta do colo do útero (C538) e o colo do útero propriamente dito (C539). Como critérios de exclusão: mulheres em que o CCU seja metástase de outro sítio ou chegaram ao serviço com recidiva do CCU durante o período analisado.

O banco de dados do RHC do HCFMRP-USP, em setembro de 2015, continha o registro de 909 mulheres com diagnóstico de CCU para o período do estudo. Destas, três foram excluídas, pois apresentavam idade inferior a 18 anos, sendo o banco final para estudo composto por 906 mulheres.

4.4 Procedimento de coleta dos dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado como referência o RHC do HCFMRP-USP. Este serviço segue a padronização recomendada pela FOSP e faz uma coleta sistematizada dos dados dos pacientes oncológicos atendidos na instituição, como características sociodemográficas e dados relacionado à doença (diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes). São utilizados dois instrumentos denominados folha de admissão (Anexo A) e folha de seguimento (Anexo B).

Informações complementares foram coletadas a partir de uma revisão sistemática do prontuário médico do paciente, da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para os dados cadastrais e do atendimento hospitalar (ATHOS) para exames.

4.5 Variáveis de interesse

Para este estudo, as variáveis sociodemográficas foram definidas de acordo com o Manual de Registros Hospitalares de Câncer do INCA (INCA, 2010):

- idade: definida a partir da data de nascimento constante no prontuário;
- data da 1ª consulta: considera-se como data da primeira consulta a data de atendimento do paciente pelo serviço responsável pelo seu diagnóstico/tratamento; desconsideram-se as consultas de triagem ou de orientação e as entrevistas sociais;
- data do 1º diagnóstico: considera-se a data da confirmação anatomopatológica do tumor;
- localização primária: corresponde à localização anatômica do tumor;
- tipo histológico: refere-se ao tipo de célula da qual é constituído o tumor e seu grau de diferenciação;
- estádio: é o registrado no prontuário pelo médico, no diagnóstico;
- metástases: quando o tumor se estende para outros órgãos e estruturas adjacentes, como também linfonodos regionais e a distância;
- invasão de órgãos: o CCU, em lesões avançadas, pode apresentar envolvimento de bexiga e reto, órgãos próximos, não sendo isso considerado metástase;
- data do início do tratamento: esta data está relacionada ao início efetivo do tratamento antineoplásico específico para o tumor;
- tratamento realizado: este item diz respeito ao conjunto de procedimentos que compõe o primeiro tratamento do paciente no hospital. Devem ser cadastrados, de forma cronológica e sequencial, todos os recursos de tratamento aplicados, especificamente, para o tratamento do tumor ou suas metástases, possibilitando a repetição de uma mesma modalidade de terapêutica, caso tenha sido aplicada mais de uma vez;
- data do óbito: esta informação é utilizada para o cálculo de sobrevida do paciente;
- tempo de espera: o período da data da 1ª consulta até o início do tratamento,
- tempo de observação: o período da data do 1º diagnóstico até 31 de dezembro de 2013.

Para a caracterização sociodemográfica, foram utilizadas as seguintes variáveis: raça, escolaridade e estado civil.

4.6 Análise de dados

Foi gerado um arquivo DBF com os dados do RHC do HCFMRP-USP, que foram digitados em planilhas do Microsoft Excel com dupla digitação, que foram validadas e adequadas.

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, a análise dos dados foi realizada em duas etapas, sendo: análise descritiva e análise de sobrevida.

Para a análise descritiva, foram utilizadas médias e desvios-padrões para as variáveis quantitativas e frequências absoluta e percentual para variáveis categóricas. Para a comparação de variáveis categóricas em dois ou mais grupos, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Para a comparação das médias de idade, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis, que comparou as médias entre todos os estadiamentos. Para a análise dos tempos de espera, diagnóstico e tratamento, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. No cruzamento entre estadiamento por cidades, foi utilizado o teste exato de Fisher (p=0,0025).

Para a análise de tempo de sobrevida, foram construídas as curvas de Kaplan-Meier e comparadas via teste Log-Rank. Foi considerado nível de significância de 0,05.

4.7 Princípios éticos

Este estudo foi aprovado pela Coordenadoria do RHC do HCFMRP-USP e, após, pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, atendendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regulamentada pela Resolução CNS 466/2012 (Anexo C).

Foi solicitada e aprovada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois se trata de revisão de prontuários de pacientes submetidos ao tratamento de câncer, em que muitos já tiveram alta do serviço, foram a óbito, perderam o seguimento ou abandonaram o tratamento.

Resultados

5 RESULTADOS

Entre os casos analisados, os resultados apontam que a faixa etária variou de 18 a 95 anos e a predominante foi de 31 a 60 anos (58,9%). A média foi de 48,8 anos (DP=16,4 anos), (Tabela 1). Foi analisada a faixa etária fora da recomendação do Ministério da Saúde, a qual demonstrou que 5,2% da população do estudo com diagnóstico do CCU estava na faixa de 18 a 24 anos e 18,8% foram diagnosticadas com CCU acima dos 65 anos, somando um total de 24,0% de mulheres diagnosticadas fora do período recomendado pelo programa. Das mulheres analisadas, 41,3% possuíam ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo idade e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	**N**	**%**
Idade		
≤ 24	47	5,2
De 25 a 30	98	10,8
De 31 a 40	177	19,5
De 41 a 50	174	19,2
De 51 a 60	183	20,2
De 61 a 64	57	6,3
≥ 65	170	18,8
Escolaridade		
Analfabeto	98	10,8
Ensino Fundamental Completo	374	41,3
Ensino Fundamental Incompleto	245	27,0
Ensino Médio	140	15,5
Superior	28	3,1
Ignorado	21	2,3

Fonte: RHC/HCFMRP-USP.

O estádio clínico mais observado foi o estádio 0, que foi diagnosticado em 39,6% das mulheres; apesar disso, destaca-se que 24,8% delas foram diagnosticadas em estádios avançados. O tipo celular mais incidente nas mulheres analisadas foi o Carcinoma Escamocelular Sem Outra Especificação (SOE), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo estádio clínico e tipo celular. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	N	%
Estádio clínico agrupado		
0	359	39,6
I	137	15,1
II	169	18,7
III	145	16,0
IV	80	8,8
X	5	0,6
Y	11	1,2
Tipo celular		
Adenocarcinoma	28	3,1
Adenocarcinoma, SOE*	50	5,5
Carcinoma Escamocelular *in situ*, SOE	56	6,2
Carcinoma	93	10,3
Carcinoma *in situ*, SOE	80	8,8
Carcinoma Escamocelular, SOE	370	40,8
Neoplasia intraepitelial escamosa grau III	218	24,1
Outros	11	1,21

Fonte: RHC/HCFMRP-USP. *SOE, de acordo com a classificação internacional das doenças (CID), significa Sem Outra Especificação, o que denota que não há evidência da doença.

Os CIDs que classificam o CCU subdividem-no segundo regiões topográficas, sendo elas: o endocérvix (C530), o exocérvix (C531), lesão sobreposta do colo do útero (C538) e o colo do útero propriamente dito (C539). No estudo, a região topográfica mais encontrada foi o colo do útero propriamente dito, com 98,6%, e não houve registro para a região do exocérvix no período estudado (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo CID. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	N	%
CID		
C530	10	1,1
C538	3	0,3
C539	893	98,6
Total	906	100,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Entre as modalidades de tratamento, a mais observada foi a cirurgia, com 70,1%, seguida de radioterapia, com 38,3%, e quimioterapia, 35,9%. Destaca-se que a mesma mulher pode ter sido submetida a mais de um tratamento no decorrer do seguimento no serviço (Tabela 4). Além disso, 23,0% das mulheres fizeram uso de tratamentos alternativos, entretanto, como os dados foram coletados de banco de dados e não foram realizadas consultas aos prontuários ou às mulheres, não foi possível identificar quais tratamentos foram utilizados.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo tipo de tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	N	%
TRATAMENTO		
Nenhum	35	3,9
Cirurgia	635	70,1
Radioterapia	347	38,3
Quimioterapia	325	35,9
Hormonioterapia	13	1,4
Outros*	208	23,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP. *São tratamentos alternativos, referidos pelas pacientes, que fogem da terapêutica convencional.

Quanto à presença de metástases, observou-se que 46 mulheres as apresentaram; destas, 28 as apresentaram em um sítio, 11 em dois, três em três e quatro as apresentaram em quatro sítios de metástase. Os principais sítios foram: bexiga (20,5%); pulmões (15,7%); fígado (13,3%), retroperitônio e peritônio (7,2%) e ossos (6,0%) (Tabela 5). Dentre os outros sítios de metástases, estão órgãos como vagina, intestino delgado, cólon, reto, ovários, entre outros. Segundo as normas da FOSP, os sítios de órgãos vizinhos acometidos pelo câncer não são classificados como invasão, mas, sim, como metástases (BRASIL, 2013c).

Tabela 5 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo CID de metástases. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	N	%
CID de metástases		
C67 (neoplasia maligna de bexiga)	17	20,5
C34 (neoplasia maligna dos brônquios e pulmões)	13	15,7
C22 (neoplasia maligna do fígado e vias biliares)	11	13,3
C48 (neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e peritônio)	6	7,2
C41(neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares)	5	6,0
Outros (ovário, vagina, vulva, pelve renal, cólon, reto, rim, encéfalo, medula, tireoide, gânglios linfáticos)	31	37,4

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

De acordo com a procedência, observou-se que 86,1% das mulheres provinham dos municípios que compõem a região do DRS XIII, sendo que 361 (40,6%) eram da cidade de Ribeirão Preto, seguida por 3,0% do DRS VIII (Tabela 6). Além disso, foram registradas mulheres oriundas de outros estados brasileiros, sendo Minas Gerais o estado que apresentou maior número de pacientes, com 7,8%.

Tabela 6 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo procedência. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

Variáveis	N	%
DRS-I São Paulo	2	0,2
DRS-III Araraquara	10	1,1
DRS-V Barretos	1	0,1
DRS-VI Bauru	1	0,1
DRS-VIII Franca	27	3,0
DRS-IX Marília	1	0,1
DRS-XIII Ribeirão Preto	780	86,1
DRS-XIV São João da Boa Vista	5	0,6
DRS-XVII Taubaté	1	0,1
Minas Gerais	71	7,8
Outros estados*	7	0,8
Total	906	100,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP. *Outros estados registrados foram: Paraná, Alagoas, Goiás, Bahia, Pará e Paraíba.

De acordo com o estádio clínico, das 361 mulheres diagnosticadas em Ribeirão Preto, 154 pacientes foram diagnosticadas no estádio 0; 7 mulheres no estádio I; 58 no estádio II, 52 no estádio III e 32 no IV. Lembrando que, para esta análise, foram excluídos os estádios X e Y, que são tumores que não podem ser estadiados, portanto o n será igual a 890. Observe a tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição da procedência das mulheres estudadas segundo estádio clínico. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=890).

CIDADE	EC					Total
	0	I	II	III	IV	
ALTINÓPOLIS	2	3	1	5	2	13
BARRINHA	11	1	6	2	1	21
BATATAIS	37	7	9	7	4	64
BRODOWSKI	16	1	1	1	0	19
CAJURU	2	6	4	4	1	17
CÁSSIA DOS COQUEIROS	4	1	0	0	0	5
CRAVINHOS	12	2	6	4	5	29
DUMONT	0	1	1	0	0	2
FRANCA	2	5	1	0	0	8
GUARIBA	2	2	4	1	0	9
GUATAPARÁ	0	2	0	2	1	5
GUAXUPÉ	2	2	3	2	0	9
JABOTICABAL	1	2	1	3	3	10
JARDINÓPOLIS	10	3	5	4	2	24
LUIZ ANTÔNIO	4	2	1	1	1	9
MONTE ALTO	1	0	2	2	2	7
MONTE SANTO DE MINAS	7	1	3	2	1	14
OUTRAS CIDADES DO ESTADO DE MINAS GERAIS	9	4	10	5	1	29
OUTRAS CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO	17	3	10	4	3	37
OUTROS ESTADOS	2	0	3	0	2	7
PASSOS	3	3	2	5	0	13
PITANGUEIRAS	3	1	0	4	2	10
PONTAL	5	0	3	7	1	16
PRADÓPOLIS	4	2	3	2	0	11
RIBEIRÃO PRETO	154	65	58	52	32	361
SANTA CRUZ DA ESPERANÇA	0	0	1	0	0	1
SANTA RITA DO PASSA QUATRO	0	1	2	2	1	6
SANTA ROSA DE VITERBO	9	3	6	2	1	21
SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA	4	0	2	1	0	7
SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	1	1	2	2	0	6
SÃO SIMÃO	3	2	2	3	1	11
SERRA AZUL	8	1	2	0	0	11
SERRANA	9	3	5	5	5	27
SERTÃOZINHO	14	8	10	11	8	51
Total	359	137	169	145	80	890

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

O cruzamento entre estádio clínico e idade demonstrou que o estádio 0 teve seu diagnóstico com a idade mínima de18 anos (menor idade considerada), com média de idade de 39,2 anos. Já os estádios III e IV apresentaram média de 59,0 e 59,5 anos, respectivamente, como demostrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP, segundo estádio clínico e idade (N=890).

EC	Idade Mínima	1º Quartil	Mediana	Média	3º Quartil	Máximo	DP	N
0	18,0	28,0	36,0	39,2	47,0	83,0	13,7	359
I	21,0	39,0	46,0	48,9	58,0	88,0	14,5	137
II	20,0	46,0	56,0	54,8	64,0	87,0	13,5	169
III	21,0	49,0	59,0	59,0	70,0	90,0	15,2	145
IV	33,0	52,5	59,0	59,5	69,3	83,0	12,4	80

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

No cruzamento entre o estádio clínico e a escolaridade, pode-se observar que há uma maior concentração no estadiamento 0, conforme Gráfico 1.

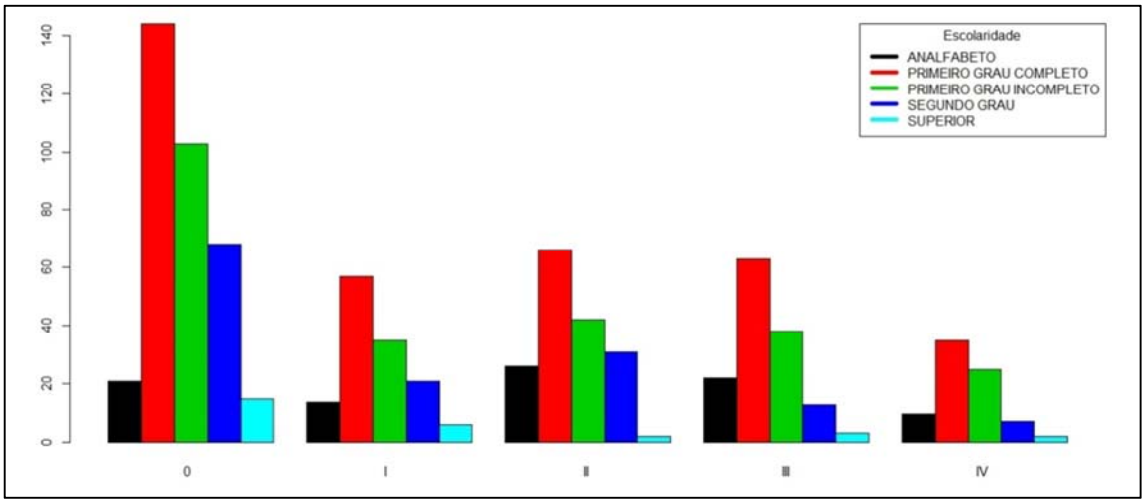

Gráfico 1 – Distribuição das pacientes segundo estádio clínico por escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016.

A análise dos casos, segundo o estádio clínico e a escolaridade, demonstrou que, no estadiamento 0, encontravam-se 39,6% das mulheres diagnosticadas com CCU, sendo que 27,3% destas apresentavam ensino fundamental (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo estadiamento clínico e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

EC/Escolaridade	Analfabeta	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio	Superior	Ignorado
0	21	103	144	68	15	8
I	14	35	57	21	6	4
II	26	42	66	31	2	2
III	22	38	63	13	3	4
IV	10	25	35	7	2	1
X	3	0	2	0	0	0
Y	2	2	7	0	0	0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Quando realizado o cruzamento entre o estádio clínico e a ocorrência de óbito (Tabela 10), identifica-se que os estádios mais avançados, III e IV, foram responsáveis pelo maior número de morte entre as mulheres estudadas. Das 145 mulheres em estádio III, 87 foram a óbito e, das 80 mulheres diagnosticadas em estádio IV, 67 faleceram. Enquanto, das 359 mulheres em estádio 0, apenas 14 foram a óbito.

Tabela 10 – Distribuição dos casos de CCU registrados no HCFMRP-USP segundo EC e óbito. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=906).

EC/Óbito	**Não**	**Sim**	**Total**
0	345	14	359
I	105	32	137
II	97	72	169
III	58	87	145
IV	13	67	80
X	1	4	5
Y	7	4	11
Total	626	280	906

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

O tempo de espera variou de 10,4 a 16,8 dias, com média de 13,6 dias, no intervalo de confiança de 95%. O tempo entre o diagnóstico e o tratamento variou entre 53,3 dias e 63,5 dias, com média de 58,4 dias, com intervalo de confiança de 95%. Das 906 pacientes analisadas, 38

(4,2%) chegaram ao serviço com diagnóstico do câncer e 868 (95,8%) sem diagnóstico ou tratamento. Portanto, para a análise dessas variáveis, foi utilizado o N de 868 mulheres. Observa-se, no Gráfico 2, a dispersão entre os tempos de espera, observação e tratamento.

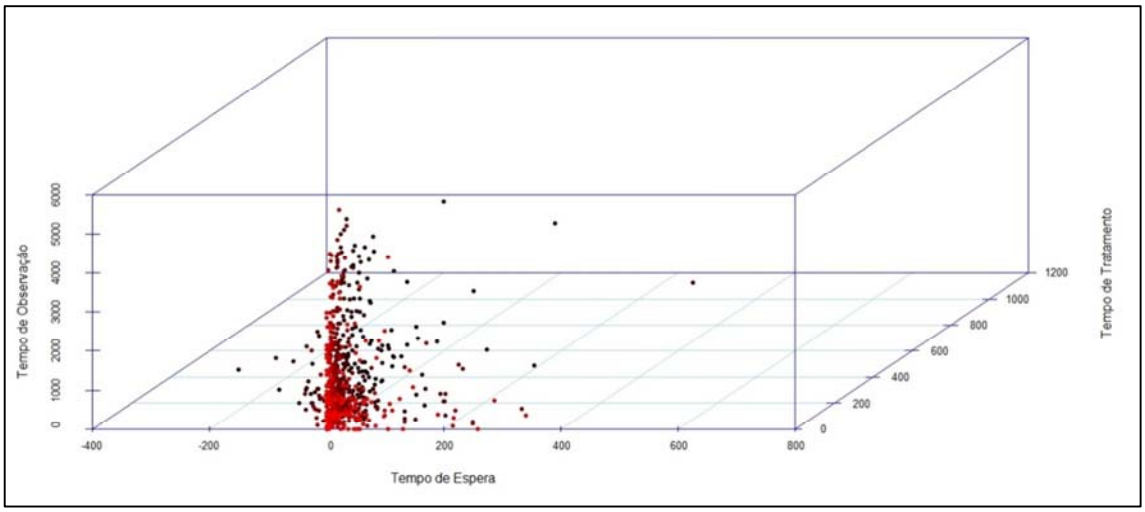

Gráfico 2 – Dispersão das pacientes segundo tempo de espera, observação e tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2016.
Fonte: RHC/HCFMRP-USP

De acordo com as análises estatísticas, observou-se que a média, em dias corridos, entre a primeira consulta e o diagnóstico de CCU foi de 13,6 dias (Tabela 11).

Tabela 11 – Tempo, em dias, entre a primeira consulta e o diagnóstico de CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868).

N	Média	DP	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
868	13,6	48,3	-253,0	10,4	,0	16,8	605,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

A média, em dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento de CCU foi de 58,4 dias e DP=76,7 dias (Tabela 12).

Tabela 12 – Tempo, em dias corridos, entre o diagnóstico e o início do tratamento do CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868).

N	Média	DP	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
868	58,4	76,7	0	53,3	42,0	63,5	1163

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

A média, em dias, desde a primeira consulta até o último acompanhamento, seja por alta médica, óbito ou abandono do tratamento, foi de 999,9 dias, sendo o mínimo de zero e o máximo de5.538 dias (Tabela 13).

Tabela 13 – Tempo, em dias corridos, de observação/acompanhamento das pacientes com CCU registrado no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2016 (N=868).

N	Média	DP	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
868	999,9	1063,0	0	929,1	660,0	1070,7	5538,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Ao realizar o Teste de Mann-Whitney para a variável tempo de observação, obteve-se p = 0,000, demonstrando que esta variável foi estatisticamente significativa. No entanto, para as variáveis tempo de espera (p = 0,917) e tempo de diagnóstico/tratamento (p = 0,895), estas não foram estatisticamente significativas.

Para os dados de sobrevida, foi realizado o teste de Log-Hank, o qual identificou que, em 60 meses (cinco anos), a probabilidade de se desenvolver o evento é de 56,5% (Figura 1).

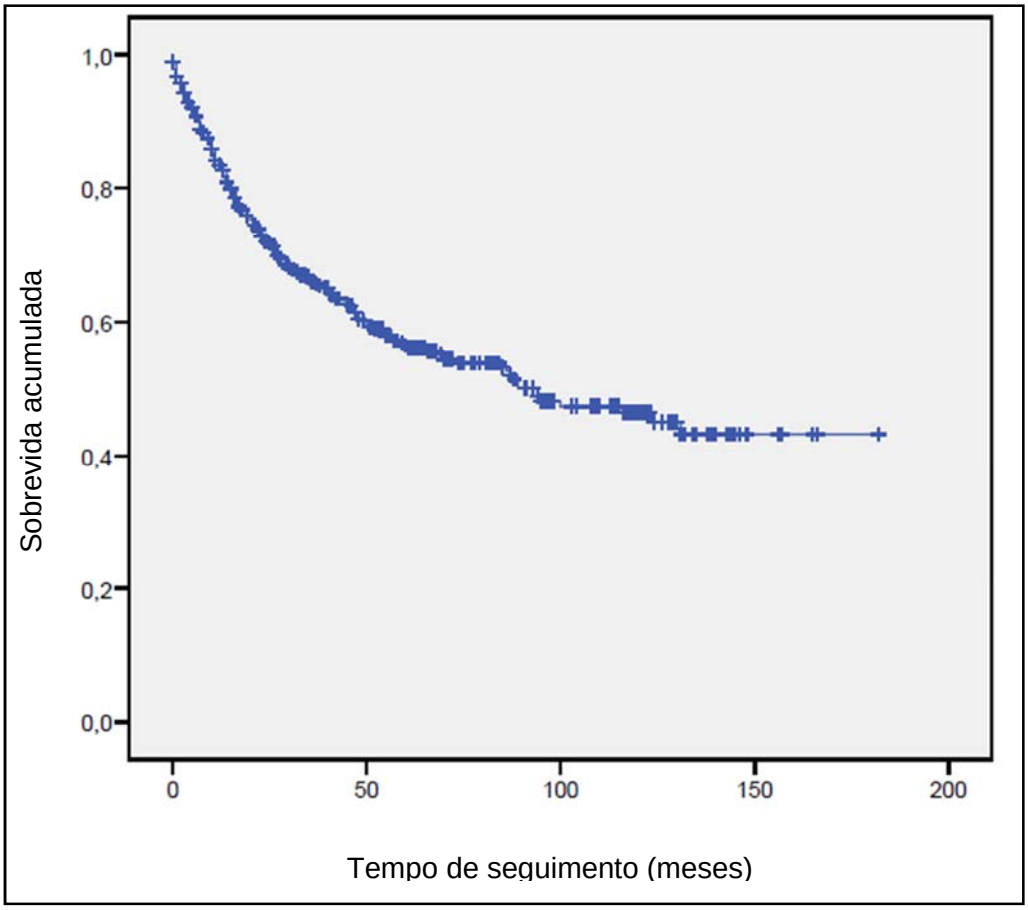

Figura 3 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier para as mulheres com câncer do colo do útero. Ribeirão Preto-SP, 2016.

De acordo com o estádio, a sobrevida foi de 96,1% para o estádio 0 e de 16,3% para o estádio IV, demostrando que, quanto mais avançado o estádio, menor a sobrevida (figura 2)

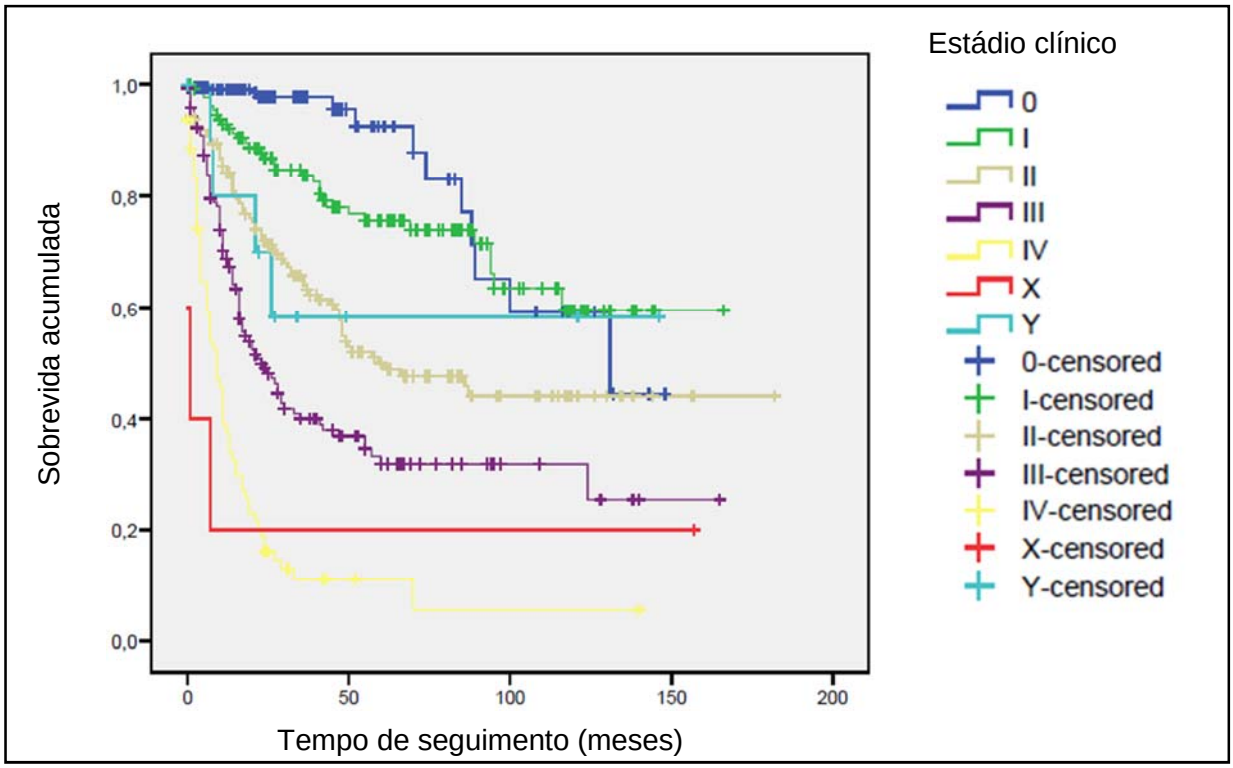

Figura 4 – Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier para as mulheres com câncer do colo do útero segundo estádio clínico. Ribeirão Preto-SP, 2016.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A implementação dos programas de prevenção é a principal responsável pela modificação da taxa de incidência do CCU na maioria dos países em processo de transição socioeconômica (BRASIL, 2015a). No entanto, atingir o nível adequado de cobertura da população-alvo continua um desafio para países em desenvolvimento, sendo o conhecimento dos fatores, associado à realização do Papanicolaou, essencial na construção de estratégias para a redução da incidência e mortalidade por CCU (CORREA; VILLELA; ALMEIDA; 2012). Neste sentido, nota-se a necessidade de um olhar voltado à Atenção Primária à Saúde (APS), focado nas ações de rastreamento, na ampliação do acesso e no direcionamento à população-alvo.

Segundo a OMS, a incidência do CCU aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta década de vida (BRASIL, 2011a), o que vem ao encontro dos dados identificados no presente estudo, que, dentro da faixa de 31 a 40 anos, identificou 177 mulheres acometidas com a doença, o que equivale a 19,5% das pacientes analisadas, e, na faixa de 51 a 60 anos, 183 (20,2%) mulheres foram diagnosticadas com CCU, totalizando 39,7% das mulheres do estudo dentro das faixas de maior incidência.

A faixa etária predominante foi de 31 a 60 anos (58,9%), sendo que a média de idade foi de 48,8 anos (DP=16,3 anos). Média semelhante foi encontrada por THULER; BERGMANN; CASADO (2012) no estudo que traçou o perfil epidemiológico das mulheres com CCU no Brasil de 2000 a 2009 e analisou 77.317 casos, sendo 55.635 provenientes do Integrador RHC e 21.682 da FOSP, e obteve a média de 49,2 anos, sendo que 55,3% das pacientes encontravam-se abaixo dos 50 anos de idade no momento do diagnóstico.

Semelhante também ao encontrado por MASCARELLO *et al*. (2012), em estudo, realizado em Vitória, que delineou o perfil sociodemográfico de mulheres com CCU associado ao estadiamento inicial no período de 2000 a 2005 e identificou a predominância de mulheres na faixa etária entre 40 e 59 anos (49,3%). Estes dados corroboram com as atuais recomendações para a realização do exame preventivo, que preconiza sua realização em mulheres com idade entre 25 e 64 anos.

De acordo com as recomendações do MS, considera-se 25 anos a idade para início do exame de Papanicolaou em mulheres que já iniciaram a atividade sexual, devendo ser evitado o rastreamento antes dessa idade. De acordo com SANTOS *et al.* (2015), antes dos 25 anos de idade, há a prevalência das infecções por HPV com lesões de baixo grau, que tendem à

regressão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. No entanto, nos Estados Unidos, o índice de infecção pelo HPV é considerado um dos mais altos do mundo, em que cerca de 6,2 milhões de novos casos de infecção ocorrem a cada ano, com maior prevalência em mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade (SPECK *et al*., 2015), sendo esse o principal motivo para as instituições norte-americanas como *American Association of Cancer, American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP) recomendarem o exame preventivo a partir dos 21 anos (COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE, 2009; SASLOW *et al.,* 2012).

A *American Cancer Society* recomenda a realização do exame até os 65 anos, sendo que mulheres acima dessa idade não devem realizar mais o rastreamento se tiverem três citologias ou dois testes oncogênicos negativos nos últimos dez anos. Nas pacientes com história de lesão intraepitelial de alto grau ou adenocarcinoma *in situ*, o rastreamento deve ser mantido até 20 anos depois do diagnóstico (SASLOW *et al.,* 2012). Os protocolos europeus também recomendam o rastreio até essa idade (ARBYN, 2010).

Após os 65 anos, com os exames preventivos regulares e normais, o risco de desenvolvimento do CCU torna-se reduzido, devido à sua lenta evolução (SANTOS et al., 2015). Além disso, também é difícil de se obterem amostras satisfatórias para a interpretação de mulheres idosas devido à atrofia e estenose do colo do útero; no entanto, o rastreamento das mulheres de até 70 anos, ou mais, que não tenham sido examinadas previamente e que possuam novos parceiros sexuais é sugerido por JIN (2010).

Entretanto, no estudo, foram analisadas as faixas etárias fora da recomendação do Programa, que identificaram: na faixa de 18 a 24 anos, 47 mulheres com CCU, o que equivale a 5,2% da população do estudo; na faixa superior a 64 anos, 170 mulheres (18,8%) com CCU, indicando que 24,0% das mulheres do estudo foram diagnosticadas com CCU fora da faixa etária indicada pelo programa, o que representa que 1 em cada 5 mulheres diagnosticadas com CCU encontrava-se fora da faixa etária recomendada. Ressalta-se que essa porcentagem poderia ser maior, visto que a ampliação da faixa etária para exame de 59 para 64 anos aconteceu em meados de 2011 e o estudo pesquisou mulheres com CCU de 2000 a 2013, porém consideramos a faixa atual preconizada.

THULER; BERGMANN; CASADO (2012) observaram dados semelhantes, identificando que 3% de mulheres com diagnóstico de CCU se encontrava abaixo de 25 anos e 17% acima de 64 anos, indicando a mesma proporção de mulheres diagnosticas com CCU

fora da faixa etária recomendada pelo programa para a realização do exame preventivo, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo.

Os resultados deste estudo apontaram faixa etária predominante entre 31 e 60 anos, que está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Entretanto, pode-se observar que 24,0% das mulheres estavam fora da faixa etária recomendada para a realização da citologia. Como os dados foram coletados no banco de dados do RHC e os prontuários não foram consultados, não foi possível identificar os motivos que levaram essas mulheres ao serviço de saúde ou a história pregressa em relação às avaliações de citologia oncótica.

A implementação de ações de rastreamento na AB, que é a porta de entrada do SUS, pode aumentar a detecção precoce por alcançar a população de menor escolaridade e nível socioeconômico (CARVALHO, 2014).

O êxito das ações de rastreamento depende de fatores como a mobilização e a informação da população, o alcance da meta de cobertura da população-alvo e, além disso, é necessário garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento, monitorando e gerenciando as ações empregadas (BRASIL, 2014e). De acordo com as recomendações europeias, para isso é necessário alcançar uma cobertura convite da população-alvo de, pelo menos, 95% dessas mulheres, uma cobertura do exame de, pelo menos, 70% (85% é o desejável) e uma taxa de participação de, pelo menos, 70% (85% é o desejável) (DERCHAIN; TEIXEIRA; ZEFERINO, 2016).

O rastreamento organizado é mais econômico, menos iatrogênico e permite a avaliação da qualidade de todo o processo e resultados (CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER CORPORATION, SCREENING ACTION GROUP, 2008). Um estudo que comparou Austrália e Reino Unido mostra que, após a introdução do rastreamento organizado na Austrália, em 1991, a mesma atingiu similar redução de mortalidade e incidência. No período do estudo de 1991-1993 a 1998-2000, a incidência caiu 33% e a mortalidade 36% para a faixa etária de 20-69 anos (CANFELL; SITAS; BERAL, 2006). O rastreamento também foi apontado como fator importante para a queda da mortalidade em países como Canadá e México (GUITIÉRREZ-TRUJILLO *et al.*, 2006; LIU *et al.*, 2001).

NOVAES *et al.* (2015) publicaram um estudo que analisou os custos diretos de prevenção e tratamento do CCU no Brasil no ano de 2006, estimados em USD $ 538.709.332. Deste valor, 77% foram gastos no rastreio, 10% em lesões pré-cancerosas e 13% no tratamento do CCU. No entanto, a distribuição dos custos estimados no SUS foi de 46%, 12% e 42% e, no sistema de saúde privado, foi de 85%, 9% e 6%, respectivamente, revelando

diferenças muito importantes no peso proporcional dos componentes nos dois sistemas (NOVAES *et al.*, 2015).

Um estudo que analisou informações de inquérito telefônico entre 2007 e 2012, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, identificou que a cobertura do exame de Papanicolaou está estável, acima de 82%, com declínio na cobertura de exames preventivos do CCU em mulheres de escolaridade entre 9 e 11 anos (MALTA; JORGE, 2014). No presente estudo, das mulheres analisadas, 10,8% das pacientes eram analfabetas, 27,0% possuíam ensino fundamental incompleto, 41,3% ensino fundamental completo, 15,5% ensino médio e 3,1% ensino superior. Ao realizar o cruzamento entre escolaridade e estadiamento clínico, obteve-se que, no estádio 0, dos 39,6% das mulheres pesquisadas, 34,8% possuíam ensino fundamental ou médio.

SILVA *et al.* (2014), em estudo observacional através de dados cadastrados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) realizado no estado do Maranhão de janeiro a dezembro de 2011, identificaram o ensino fundamental incompleto como a escolaridade mais prevalente: 51,2% das mulheres encontravam-se dentro dessa escolaridade, sugerindo ser esse um fator associado para o desenvolvimento do câncer cervical.

De acordo com MALTA; SILVA JR. (2013), as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, são consideradas as mais vulneráveis às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer. Provavelmente, esta associação é uma realidade sociodemográfica brasileira, em especial das mulheres que buscam atendimento no SUS. Um estudo realizado por MASCARELLO *et al.* (2012), que traçou o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com CCU associado ao estadiamento inicial, em Vitória-ES, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005, identificou que mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto representaram 70,9% da amostra estudada, confirmando que, no estudo citado, a incidência do câncer do colo do útero foi mais frequente em mulheres de classes sociais mais baixas e com menor nível de escolaridade, afirmando que, quanto menor o grau de instrução, maior o risco do diagnóstico avançado desses tumores.

O embasamento científico indica que o grau de escolaridade pode influenciar na detecção precoce do CCU, tendo em vista que o menor nível de informação e entendimento pode resultar em baixa adesão às estratégias de prevenção. Quando sua importância é de

conhecimento da população-alvo, pode ocasionar o diagnóstico precoce, o estabelecimento de tratamento adequado e, consequentemente, a redução na mortalidade.

O risco médio de morrer por CCU antes dos 75 anos é três vezes maior em regiões menos desenvolvidas. A mortalidade varia entre as diferentes regiões do mundo, como menos de 2 mulheres por 100.000 na Ásia Ocidental, Europa Ocidental e Austrália/Nova Zelândia para acima de 20 por 100.000 na Melanésia (20,6) e 27,6 na África (FERLAY *et al*., 2014). A estimativa mundial de 2012 indica que o CCU foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres no mundo e 87% destes óbitos aconteceram em países em desenvolvimento (MONTEIRO, 2016). No Brasil, em 2013, 5.430 mulheres morreram de CCU (INCA, 2015).

No presente estudo, das 906 pacientes, 280 morreram em decorrência do CCU, ou seja, 30,9% da população do estudo. Destas, 24,8% apresentaram estádios III e IV quando foram diagnosticadas com CCU. No estádio III, das 145 pacientes diagnosticadas com este, 87 foram a óbito. Para o estádio IV, das 80 mulheres, 67 morreram, o que demonstrou que 55% das mulheres que morreram estavam nos estádios III e IV. A mortalidade representada pelo estádio III foi de 60% e do IV foi de 83,75%, evidenciando a alta mortalidade relacionada aos estádios avançados.

O carcinoma *in situ* (estádio 0) foi diagnosticado em 359 mulheres (39,6%), o que vem ao encontro do que se refere a esse tipo de lesão de acordo com BRASIL (2015a), onde se afirma que, atualmente, 44% dos casos diagnosticados são de lesão precursora do câncer, *in situ.* Um estudo realizado por AYRES, SILVA E GUIMARÃES (2013), que utilizou os dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de quatro capitais brasileiras no período de 1990 a 2004, mostrou uma tendência para o decréscimo no câncer invasor e o crescimento do carcinoma *in situ* entre grupos de mulheres estudadas que podem indicar resultados positivos das ações de rastreamento para o câncer de colo do útero nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo.

A média, em dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento de CCU foi de 58,42 dias, com DP=76,72 dias. Esse valor está dentro da Lei dos 60 dias para tratamento de câncer (Lei 12.732/12). A presente lei entrou em vigor em 2012 e assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em, no máximo, 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário, no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Visto que o valor variou entre 53,31 dias e 63,53 dias, com intervalo de confiança de 95%, a presente lei não apresentou influência significante para a população do estudo, pois os valores em dias já se enquadravam dentro do período imposto pela lei, mesmo antes de esta entrar em vigor.

No entanto, dados do SISCAN de 2015 mostram que 40% dos pacientes com câncer assistidos pelo SUS são atendidos após o prazo máximo de 60 dias, o que pode demonstrar que existe falha no cumprimento dessa lei no SUS (HARTT, 2015).

No contexto mundial, de forma geral, a sobrevida em 5 anos para o CCU apresentou melhora ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70%. No Brasil, de 2005 a 2009, a sobrevida ficou em torno de 61% (BRASIL, 2015a). No presente estudo, a sobrevida em 5 anos foi de 56,5%. Um estudo realizado no Canadá analisou mulheres com CCU de 1991 a 2001, nos estádios de IB a IVA, e evidenciou a taxa de sobrevida geral em cinco anos em 53%. Quando estratificamos por estádio, encontramos: 0 – 96,1%, I – 76,6%, II – 57,4%, III – 40,0% e IV – 16,3%. No Japão, a estimativa de sobrevida geral em cinco anos foi alta, acima de 90% para casos com doença inicial (IA a IIA) (NASCIMENTO; AZEVEDO E SILVA, 2015).

Observou-se, neste estudo, que o perfil epidemiológico e a sobrevida das pacientes com CCU inseridas no RHC do HCFMRP-USP condizem com o que está descrito na literatura. Apesar de o serviço estar de acordo com o que determina a Lei nº 12.732, quanto ao intervalo de tempo para o início do tratamento das pacientes diagnosticadas com CCU, os dados coletados pelo RHC não possibilitam identificar o tempo entre os primeiros sinais e sintomas da doença e o diagnóstico.

Além disso, o estádio clínico 0 como o mais frequente entre as mulheres analisadas pode demonstrar que a rede de saúde que assiste os municípios do DRS XIII e os outros DRSs apresentam resultados adequados em relação ao rastreamento, no entanto necessitam revisar suas condutas e melhorar a abordagem dessas mulheres, pois o diagnóstico em fase avançada, infelizmente, ainda persiste e apresenta alto índice de mortalidade por CCU nas mulheres.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico de mulheres diagnosticadas com CCU quanto à topografia, estádio clínico e sobrevida.

Observou-se que a faixa etária predominante foi de 31 a 60 anos (58,9%), com média de idade de 48,8 anos e desvio-padrão de 16,4 anos. O estádio clínico 0 foi o mais observado, diagnosticado em 39,6% das mulheres. Das pacientes analisadas, 41,3% possuíam o grau de escolaridade ensino fundamental completo. No estudo, a região topográfica mais encontrada foi o colo do útero propriamente dito, com 98,6%, e não houve registro para a região do exocérvix no período estudado.

As pacientes atendidas no serviço eram procedentes das cidades que compõem o DRS XIII, como esperado em resultado das pactuações. Entretanto, o serviço recebe mulheres encaminhadas de outros DRSs e de outros estados, com destaque para Minas Gerais, com 7,8% das pacientes do estudo.

A maioria das pacientes chegou sem diagnóstico ou tratamento (95,8%), e o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 13,6 dias e entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 58,4 dias, o que está dentro do prazo determinado pela Lei nº 12.732, que é de, no máximo, 60 dias.

A sobrevida geral em 5 anos foi de 56,5% e, de acordo com o estádio clínico, que apresentou diferença estatisticamente significativa, a sobrevida foi de 96,1% para o estádio 0 e de 16,3% para o estádio IV, demostrando que, quanto mais avançado o estádio, menor a sobrevida.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que, mesmo com programas de prevenção e rastreamento precoce do CCU disponíveis na rede de saúde, o diagnóstico em estádio avançado persiste, diminuindo a sobrevida e causando a morte de centenas de mulheres. O grau de escolaridade revelou-se como o principal fator para o acometimento por CCU, visto que, quanto maior o grau de informação e esclarecimento, menos expostas tornam-se as mulheres aos fatores de risco. O diagnóstico em estádio inicial proporciona maior sobrevida; consequentemente, menos mulheres morrem por CCU, o que foi observado no estudo.

Outro dado de destaque no estudo foi a porcentagem significativa de mulheres diagnosticadas com CCU fora da faixa etária preconizada pelo MS, o que pode sugerir a possibilidade futura de ampliação dessa faixa, considerando fatos relevantes como o aumento da expectativa de vida da população e a vida sexual ativa de pessoas idosas, que tem se tornado cada vez mais frequente.

Este estudo corrobora sobre a necessidade de se constituir a educação em saúde como principal meio para a prevenção do CCU. Ações educativas e preventivas devem ser desenvolvidas de forma contínua na vida das mulheres e o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, tem papel fundamental, informando as mulheres quanto às medidas de prevenção da doença e a importância do rastreamento, desmistificando culturas enraizadas e também conscientizando essas mulheres sobre o seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde.

O enfermeiro, inserido na equipe multiprofissional, é o direcionador de ações voltadas ao planejamento, à execução e à avaliação dos programas de saúde na prevenção primária, com o objetivo de minimizar os fatores de risco, e na prevenção secundária, através da supervisão do rastreamento à população-alvo, como, por exemplo, o deslocamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devidamente treinados, para a busca ativa nos domicílios. Além disso, identificando e acionando as pacientes que tiveram resultados de citologia alterados e que não voltaram à unidade de saúde, possibilitando o diagnóstico e o tratamento adequados dessas mulheres.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAB, P.; MCGHEE, S. M.; YANOVA, J.; WONG, C. M.; HEDLEY, A. J. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. **Med Care**, 42: 600-9, 2004.

AGGARWAL, P. Cervical cancer: Can it be prevented? **World J. Clin. Oncol.** India, v. 5, n. 4, p.775-80, out. 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. **Obstet. Gynecol.**, 114(6):1409-20, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Guidelines for the Early Detection of Cancer**. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-key-statistics>. Acesso em: 5/set./2013.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Inventory of Colorectal Cancer Screening Activities in ICSN countries.** Disponível em: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/colorectal/screening.html> Acesso em: 6/set./2013.

ANTTILA, A.; VON KARSA, L.; AASMAA, A.; FENDER, M.; PATNICK, J.; REBOLJ, M.; NICULA, F.; VASS, L.; VALERIANOVA, Z.; VOTI, L.; SAUVAGET, C.; RONCO, G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur. J. Cancer**, v. 45, n.15, p. 2.649-5, out. 2009.

ARAÚJO, E. N.; BARBOSA, A. C.; DA SILVA, A. L. F.; DE CAMPOS JÚNIOR, A. P. C. Prevenção do câncer do colo do útero na visão do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS). **Revista eletrônica da UNIVAR**, v.1, n.11, p.170-175, 2014.

ARBYN, M.; ANTTILA, A.; JORDAN, J.; RONCO, G.; SCHENCK, U.; SEGNAN, N.; WIENER, H.; HERBERT, A.; VON KARSA, L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second editionsummary document. **Annals of Oncology**, v. 21, n. 3, p. 448-58, mar. 2010.

ARBYN, M; CASTELLSAGUÉ, X., DE SANJOSÉ, S; BRUNI, L. M.; SARAIYA, M; BRAY, F; FERLAY, J. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. **Annals of Oncology**, 2011; 22(12): 2.675-2.686

ARMAROLI, P; Villain, P.; Suonio, E.; ALMONTE, M.; ANTTILA, A.; ATKIN, W.S. *et al.* European Code against Cancer, 4th Edition: cancer screening. **Cancer Epidemiology**, p. 39, S139-S152, 2015.

ARREGI, M. M. U. Registro Hospitalar de Câncer: Cinco anos de experiência do Instituto do Câncer do Ceará, BRASIL. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 377-87, out./nov./dez. 2000.

ARZUAGA-SALAZAR, M. A.; SOUZA, M. L.; MARTINS, H. E. L.; LOCKS, M. T. R.; MONTICELLI, M.; PEIXOTO, H. G. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, jul.-set. 2011.

AYRES, A. R. G.; SILVA, G. A.; GUIMARÃES, R. M. Tendência da incidência de câncer do colo do útero invasor em quatro capitais brasileiras: dados dos registros de câncer de base populacional, 1990-2004. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 289-295, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/dez./2014. http://dx.doi.org/ 10.1590/S1414-462X2013000300009.

BELL, M. C.; SCHMIDT-GRIMMINGER, D., PATRICK, S.; RYSCHON, T; LINZ, L; CHAUHAN, S. C. High prevalence of human papillomavirus infection in American Indian women of the Northern Plains. **Gynecol. Oncol**., 107(2): 236-41, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, p. 5-32, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Viva Mulher.** Rio de Janeiro, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento.**Caderno de Atenção Primária.** Brasília, s.A, n.29, p.11, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. **Proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama**. Rio de Janeiro, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011b.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, s.1, p.1, nov., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. **Cadernos de Atenção Primária**. Brasília, 2013b.

BRASIL, Governo do Estado de São Paulo. FOSP. **Registro Hospitalar de Câncer**: conceitos, rotinas e instruções de preenchimento, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero >. Acesso em: 17/nov./2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância de doenças transmissíveis. **Guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: < http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/2014/hpv/Guia_perguntas_e_repostas_MS_HPV_profissionais_de_saude.pdf> Acesso em 13/dez./2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tem início campanha de vacinação contra HPV.** Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/tem_inicio_vacinacao_contra_hpv: Acesso em: 15/abr./2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **Proporção da população feminina de 25 a 64 anos que refere ter realizado o último exame preventivo do câncer do colo do útero nos últimos 3 anos**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/f2201.de> Acesso em 21/04/2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Detecção precoce**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/deteccao_precoce> Acesso em: 27/nov./2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016. Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf> Acesso em: 15/nov./ 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **SUS oferta vacina contra HPV para meninas de 9 a 11 anos.** Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/sus_oferta_vacina_contra_hpv_para_meninas_de_nove_a_onze_anos: Acesso em: 03/mar./2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Esquema de vacinação contra o HPV no SUS passa a ter duas doses**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/esquema_de_vacinacao_hpv_duas_doses> Acesso em 12/fev./2016.

BRISCHILIARI, S. C. R. *et al*. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1976-1984, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/jan./2015.

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER CORPORATION, SCREENING ACTION GROUP. Screening Performance Measures Group. **Guidelines on Performance Measurement for Organized Cancer Screening Programs**. [Internet], Disponível em: <http://www.partnershipagainstcancer.ca.> , 2008.

CANFELL, K.; SITAS, F.; BERAL, V. Cervical cancer in Australia and the United Kingdom: comparison of screening policy and uptake, and cancer incidence and mortality. **Medical Journal of Australia**, v. 185, n. 9, p. 482-486, 2006.

CARNEIRO, C. R. W. (Org.) **Câncer de colo de útero.** Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. Biblioteca Virtual. Disponível em: <http//www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab2003/g1/index2.htm>. Acesso em: 01/jul./2015.

CARVALHO, R. A. de Oliveira de. **Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

CASTELLSAGUÉ X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. **Gynecol Oncol**. 110(3 Suppl 2): S4-7, 2008.

Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 436: evaluation and management of abnormal cervical cytology and histology in adolescents. **Obstet Gynecol**. 2009,113(6): 1.422-5.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/dez./2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200018.

CORREA, D. A. D. **Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas: um estudo de base populacional**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22052014-155026/>. Acesso em: 8/jun./2015.

DA SILVA, S. R.; SILVEIRA, C.F.; GREGÓRIO, C. C. M. Motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 579-587, out.-dez. 2012.

DE ALMEIDA, G. C. P.; CAVEIÃO, C. Vacina profilática para o papiloma vírus humano: desafios para saúde pública. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 5, n. 3, p. 71-90, jan/jun. 2014.

DE ALMEIDA, A., BRAJÃO DE OLIVEIRA, K. Câncer de colo uterino: desenvolvimento, diagnóstico, tratamento e marcadores moleculares. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 155-161, 2014.

DERCHAIN, S.; TEIXEIRA, J. C.; ZEFERINO, L. C. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 161-163, abr. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000400161&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28/ago./2016. http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1582399.

DOMINGOS, A. C. P.; MURATA, I. M.; PELLOSO, S. M.; SCHIIRMER, J.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 6 (suplem. 2): 397-403, 2007.

ELISEU, M. G. **Cobertura do preventivo do câncer do colo do útero na rede básica de saúde (SUS) município de Criciúma-SC**. 2008. Monografia – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

FERLAY, J.; SHIN, H. R.; BRAY, F.; FORMAN, D.; MATHERS, C. D.; PARKIN, D. **GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide**: IARC Cancerbase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: http://globocan.iarc.fr. 2010.

FERLAY, J. *et al.* Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012. **Int. J. Cancer**, 136 (5), E359-E386, 2014.

FONSECA, A. J. *et al*. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 386-392, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 /nov./2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000800005

FONSECA, A. J.; MARTIN, C.N.R.; FERREIRA, L.C.L.; NETO, G.B. Custo-efetividade das estratégias de prevenção primária e secundária do câncer de colo de útero para o Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica,** v. 9, n. 31, jan./fev./mar. 2013.

FRIGATO, S.; HOGA, L.A.K. Assistência à mulher com câncer do colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 209-214, 2003.

GERVAS, J; STARFIELD, B; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? **The Lancet**, England, v. 372, n. 9.654, p. 1.997-1.999, 2008.

GUTIÉRREZ-TRUJILLO, G. *et al*. Análisis del descenso de la mortalidad por cancer cervicouterino en el IMSS, 1991-2005. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 44, p. 129-134, 2006, Suplemento 1.

HARTT, Valéria. Lei dos 60 dias não é realidade no SUS. **OncoNews. Informação e Evidência,** 25/out. 2015. Disponível em: < http://www.onconews.com.br/site/noticias/noticias/reportagens/1554-lei-dos-60-dias-n%C3%A3o-%C3%A9-realidade-no-sus.html>. Acesso em 12/dez/2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. GAD - Grupo de Avaliação e Desempenho. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://10.165.5.50/intranet/download/Dados_Estatisticos_2013est_25072013150542.pdf> Acesso em: 06 maio 2015.

IARC. **Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol. 100:** A review of carcinogens, Part B: biological agents. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão.** Rio de Janeiro. 2ª ed, 536p., 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **O Câncer e seus fatores de risco.** 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancerfatoresrisco.pdf>. Acesso em 10 jun. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INFORMATION. Integration of Brazilian cancer registries. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 865-868, 2007.

JIN, Xian Wen. Cervical Cancer Screening and Prevention. **Cleveland Clinic Continuing Medical Education (CME)**. Cleveland Clinic Foundation, 1 Aug. 2010. Disponível em: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/womens-health/cervical-cancer/>. Acesso em: 12/jun./2016.

Krishnan S, Madsen E, Porterfield D, Varghese B. Advancing cervical cancer prevention in India: Implementation science priorities. **Oncologist**, 2013,18: 1.285-97. [PMC free article] [PubMed]

LIEBERMAN, D. Progress and challenges in colorectal cancer screening and surveillance. **Gastroenterology**, v. 138, n. 6, p. 2.115-26, jun. 2010.

LIU, S.; SEMENCIW, R.; PROBERT, A.; MAO; Y. Cervical cancer in Canada: Changing patterns in incidence and mortality. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 11, p. 24-31, 2001.

LONGATTO-FILHO A.; HAMMES, L. S.; SARIAN, L.O.; ROTELI-MARTINS, C.; DERCHAIN, S. F.; ERZEN, M. *et al*. Hormonal contraceptives and the length of their use are not independent risk factors for high-risk HPV infections or high-grade CIN. **Gynecol. Obstet. Invest**. 2011; 71(2): 93-103.

LUCIANI, S.; CABANES, A.; PRIETO-LARA, E.; GAWRYSZEWSKI, V. Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action. **Bull World Health Organ**. 2013; 91(9): 640-9.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. da. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15/nov./2014. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. Análise de tendência de citologia oncótica e mamografia das capitais brasileiras. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v. 66, n. 1, 2014 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/dez./2015.

MASCARELLO, K. C. *et al*. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev. Bras. Cancerol.**, p. 417-426, 2012.

MCGRAW, S. L.; FERRANTE, J. M. Update on prevention and screening of cervical cancer. **World J. Clin. Oncol**., v.10, n. 5, p.744-52, out. 2014.

MELO, S. C.; PRATES, L.; CARVALHO, M. D.; MARCON, S. S.; PELLOSO, S.M. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 8-602, dez. 2009.

MICHELLI, E.; TÉLLEZ, L.; MENDOZA, J.; JÜRGENSEN, C.; MUÑOZ, M.; PÉREZ, S.; MOSQUEDA, N.; HERNÁNDEZ, E.; NOGUERA, M.E.; CALLEJAS, D.; CORRENTI, M.; CAVAZZA, M.E.; VIELMA, S. Comparative analysis of three methods for HPV DNA detection in cervical samples. **Investigación Clínica**, 52(4): 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010**. Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, 2010.

MONTEIRO, P. B. **Dinâmica de oferecimento e realização da citologia em gestante de Fortaleza**. 55 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: http://www.repositorio. ufc.br/handle/riufc/18940. Acesso em dez. 2016.

MOURA, L.; CURADO, M. P.; SIMÕES, E. J.; CEZÁRIO, A. C.; URDANETA, M. Evaluation of the population based cancer registry of the Municipality of Goiânia, Goiás State, Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, p.7-17, dez. 2006.

NASCIMENTO, M. I.; AZEVEDO E SILVA, G. Efeito do tempo de espera para radioterapia na sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer do colo do útero, 1995-2010. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2.437-2.448, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102437&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/dez./2015. http://dx.doi.org/ 10.1590/0102-311X00004015.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/dez./2016. http://dx.doi. org/10.1590/S0034-71672010000200021.

NOVAES, H. M. D. *et al*. Annual national direct and indirect cost estimates of the prevention and treatment of cervical cancer in Brazil. **Clinics**. São Paulo, v. 70, n. 4, p. 289-295, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322015000400289&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/dez./2015.

PETROSKY, E. et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 64, n. 11, p. 296-9, 2015.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Cervical cancer prevention: a theoretical framework to analyze Papanicolaou test access and use. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., v. 3, n. 1, p. 95-112, jan./mar. 2003.

PINO, M.; RODRIGUEZ-CARUNCHIO, L.; ALONSO, I.; TORNÉ, A.; RODRIGUEZ, A.; FUSTÉ, P.; CASTILLO, P.; NONELL, R.; ABU-LHIGA, N.; ORDI, J. Clinical, colposcopic and pathological characteristics of cervical and vaginal high-grade lesions negative for HPV by Hybrid Capture 2. **Gynecologic Oncology**, 122, p. 515-520, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUINTÃO, J. H. C.; ZIVIANI, B. L.; SANTOS, C. L. S.; MACIEL, M. A.; BARRA, C. B. Segurança da vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano: uma revisão sistemática. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 24(S9), out. 2014.

RIBEIRO, L. *et al*. Rastreamento oportunístico *versus* perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00001415, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/dez./2016.

ROCHA, B. D.; BISOGNIN, P.; CORTES, L. F.; SPALL, K. B; LANDERDAHL, C.; VOGT, M. S. L. Exame de papanicolau: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n.3, p.619-629, set./dez. 2012.

RODRIGUES, A. D. *et al*. Comparação das técnicas de captura de híbridos e PCR para a detecção de HPV em amostras clínicas. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 457-462, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 /fev./2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442009000600004.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Rev. Bras. Cancerol**., v. 56, n. 4, p. 431-441, out.-dez. 2010.

RODRIGUEZ-SALES, V.; ORTIZ-BARREDA, G.; SANJOSE, S. Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. **Rev. Esp. Salud Pública**. Madri, v. 88, n. 6, p. 735-743, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/dez./2016.

SANTOS, C.G.S. **O diagnóstico do câncer cérvico-vaginal.** Universidade Paulista, 2011.

SANTOS, A. M. R.; PEREIRA DOS SANTOS, A. A.; HOLANDA, J. B. L.; SILVA, J. M. O. Jovânia; SILVA, E. M. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, abril-junho, p. 153-159.

SASLOW, D.; SOLOMON, D.; LAWSON, H. W. *et al*. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, 62(3): 147-172, 2012.

SBIM e SBP enfatizam a importância da Vacina HPV. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/noticias/sbim-e-sbp-enfatizam-a-importancia-da-vacina-hpv>. Acesso em: 01/jul./2015.

SHANMUGARATNAM, K. Introduction. In: JENSEN, O.M.; PARKIN, D.M.; MACLENNAN, R.; MUIR, C.S.; SKEET, R.G. Cancer registration principles and methods. **International Agency for Research on Cancer**, cap.1, p. 1-2, 1991.

SILVA, D. S. M. *et al*. Rastreamento do câncer do colo do útero no estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1163-1170, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/nov./2014. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013.

SILVA, D. S.; SILVA, A. M.; BRITO, L. M.; GOMES, S. R.; NASCIMENTO, M. D. O. D.; CHEIN, M. B. Cervical cancer screening in the State of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19: 1.163-70, 2014.

SILVA, M. G.; DE ALMEIDA, R. T.; BASTOS, E. A.; NOBRE, F. F. Determinants of cellular atypia detection in the cervical screening program in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 34, n. 2, p. 107-113, ago. 2013.

SMITH, J. S.; GREEN, J.; GONZALES, A. B.; APPLEBY, P.; PETO, J.; PLUMMER, M.; FRANCESCHI, S.; BERAL, V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. **Lancet**, v. 361, p. 1.159-67, abr. 2003.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; BROOKS, D.; SASLOW, D.; SHAH, M.; BRAWLEY, O. W. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, n.1, p. 8-30, jan-fev. 2011.

SPECK, N. M. G. *et al*. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52-57, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/abr./2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3222

STILLMAN, M. J.; DAY, S. P.; SCHUTZBANK, T. E. A comparative review of laboratory-developed tests utilizing Invader HPV analyte-specific reagents for the detection of high-risk human papillomavirus. **Journal of Clinical Virology**, 45, S1 (2009).

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, 58(3): 351-357, 2012.

THULER, L. C. S.; DE AGUIAR S. S.; BERGMANN A. Determinants of late stage diagnosis of cervical cancer in Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 36, n. 6, p. 237-243, jun. 2014.

VALE, D. B. A. P. *et al*. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/fev./2011.

WANG, S. M.; QIAO, Y. L. Implementation of cervical cancer screening and prevention in China-challenges and reality. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 45, n.1, p. 7-11, jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneve, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. **Human papillomavirus and related cancers in Brazil**. Disponível em: < www.who.int/hpvcentre>. Acesso em: 05/ago./2010. (Summary Report 2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION; International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2012**. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE ADMISSÃO

FOSP Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data : 12/09/2014
pág.: 2 / 2

Instituição: 021130 - HOSP. CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO **Número RHC:** _____

EVENTOS DESSE ATENDIMENTO

Data de início do tratamento: __/__/____

Tratamento recebido no Hospital:	**Fora do hospital antes da admissão:**	**Fora do hospital durante e/ou após admissão:**
☐ Nenhum ☐ Cirurgia	☐ Nenhum ☐ Cirurgia	☐ Nenhum ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia	☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia	☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
☐ Hormonioterapia ☐ TMO	☐ Hormonioterapia ☐ TMO	☐ Hormonioterapia ☐ TMO
☐ Imunoterapia ☐ Outros	☐ Imunoterapia ☐ Outros	☐ Imunoterapia ☐ Outros
	☐ Sem informação	☐ Sem informação

Razão para não realização do tratamento no hospital : ☐ 1.Recusa do tratamento/ 2.Doença avançada, Falta de condições clínicas/ 3.Outras doenças associadas 4.Abandono tratatamento/ 5.Óbito por câncer/ 6.Óbito por outras causas, SOE/ 7.Outras/ 8.Não se aplica 9. Sem infomação

Estado da doença ao final do tratamento: ☐ 1. Vivo, com câncer / 2 .Vivo, SOE / 3.Óbito, por câncer / 4.Óbito, SOE

Data do óbito: __/__/____ Data de preenchimento: __/__/____ Registrador: _____

OBSERVAÇÕES

Anexo B

FOSP

Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

Data : 11/09/2014

FICHA DE SEGUIMENTO

Instituição: 021130 - HOSP. CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO **Número RHC:**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento 4. CPF / 5. Cartão SUS N°: _____

Dt. Nascimento: __/__/____ Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino

Nome: _____

ÚLTIMA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Situação Atual: ☐ 1.Vivo com câncer / 2.Vivo, SOE / 3.Óbito por câncer / 4.Óbito, SOE

Data da Informação: __/__/____

Tratamento Realizado no hospital: ☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonioterapia ☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros

Tratamento Realizado fora do hospital: ☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonioterapia ☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros ☐ Sem informação

Recidiva: ☐ 1.Local / 2.Regional / 3.Não / 9.Sem Informação

Data da Recidiva/Metástase: __/__/__

Metástase:

_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐

Data do Óbito: __/__/____

Data do Preenchimento: __/__/____ Registrador: _____

OBSERVAÇÕES

Anexo C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0318
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 017/2015

Ribeirão Preto, 11 de fevereiro de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 191ª Reunião Ordinária, realizada em 11 de fevereiro de 2015.

Protocolo CAAE: 39451714.0.0000.5393

Projeto: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOBREVIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Pesquisadores: Thais de Oliveira Gozzo

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP