

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**SABINA BANDEIRA ALEIXO**

**POLÍTICA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE  
DO CÂNCER: REALIDADE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO  
NA REGIÃO SUL-CAPIXABA**

Vitória, ES

2021

SABINA BANDEIRA ALEIXO

**POLÍTICA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE  
DO CÂNCER: REALIDADE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO SUL-  
CAPIXABA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª Drª Luciana Sogame

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Vitória, ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

A366p Aleixo, Sabina Bandeira  
Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer :  
realidade do câncer de colo de útero na região sul-capixaba /  
Sabina Bandeira Aleixo. - 2021.  
76 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2021.

Neoplasia - colo de útero. 2. Epidemiologia. 3. Diagnóstico  
tardio - câncer de colo de útero. 4. Políticas públicas. 5. Sistema  
Único de Saúde (SUS). I. Sogame, Luciana. II. Escola Superior  
de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,  
EMESCAM. III. Título.

CDD 616.99265

---

SABINA BANDEIRA ALEIXO

**POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
CÂNCER: REALIDADE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA  
REGIÃO SUL-CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 21 de junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



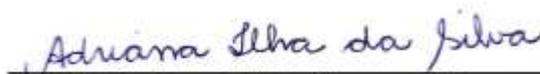
---

Profª. Drª. Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



---

Profª. Drª. Solange Rodrigues da Costa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM



---

Profª. Drª. Adriana Madeira Álvares da Silva  
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

Nesse período de estudo e esforço gostaria de agradecer a todos que me ajudaram para realização desse trabalho; sou grata aos meus colegas de mestrado, a enfermeira Narelle, ao Hospital Evangélico, aos pacientes e a minha orientadora Luciana Sogame. Não poderia deixar de registrar minha gratidão ao apoio importante dos meus pais, Dorinha e Aleixo e dos meus filhos Alice e João Pedro nesse processo, principalmente pela paciência com as minhas ausências. Por fim, ao meu amigo, marido, parceiro, colega de mestrado José Pulido, que esteve comigo durante toda essa jornada sendo meu alicerce e porto seguro. A todos o meu muito obrigada.

“ Nada na vida deve ser temido, somente compreendido. Agora é hora de compreender mais para temer menos”. Marie Curie

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de colo de útero (CCU) é a única neoplasia feminina que tem exame de prevenção eficaz que evita o seu surgimento em sua totalidade. No Brasil, apesar de políticas públicas específicas para o controle do CCU, ele continua o terceiro mais frequente entre as mulheres. **Objetivo:** Verificar o perfil das mulheres com CCU e a influência da forma de financiamento (público e privado) no tratamento oncológico das mulheres que fazem o tratamento na região sul-capixaba. **Metodologia:** Realizou-se pesquisa documental sobre políticas públicas no CCU e para traçar o perfil realizou-se pesquisa transversal. A coleta dos dados foi retrospectiva e ocorreu no Sistema de Informação de Saúde do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim no período de 2010 a 2017. A amostra totalizou 286 casos novos, do total de 3272 casos de câncer em mulheres. Realizou-se análise descritiva e univariada com aplicação do teste de Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher. **Resultados:** Evidenciado taxas regionais de prevalência anuais altas de CCU ficando acima de 10%. A média de idade na primeira consulta foi de 49 ±16 anos. A maioria das mulheres são pretas ou pardas (49,3%), de baixa escolaridade (45%) e ao diagnóstico apresentam estágio avançado de doença (45%). Os encaminhamentos foram de origem do SUS (67,83%) e o tratamento foi realizado pelo SUS (89,86%). Ao avaliar a associação do financiamento público no custeio do diagnóstico versus características do perfil da paciente, as variáveis grau de instrução, origem do encaminhamento e custeio apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ), pois, tiveram associação a doença avançada. **Conclusão:** As mulheres com CCU possuem características semelhantes entre elas por fazerem o diagnóstico em fases avançadas da doença, necessitam do SUS para realizar tratamento, são afrodescendentes e de baixa escolaridade. Esses determinantes sociais apresentaram relação com o aparecimento do CCU nas mulheres. Portanto, é necessário investir em educação em saúde, programas organizados de rastreamento e fluxos definidos e ágeis para assim atingir a equidade preconizada no SUS.

**Palavras-chaves:** Neoplasia colo de útero. Epidemiologia. Diagnóstico Tardio. Sistema de Saúde. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical cancer (CC) is the only female neoplasm that has an effective prevention test that prevents its appearance entirely. In Brazil, despite specific public policies for the control of the CC, it remains the third most frequent among women. **Objective:** Verify the profile of women with CC and the influence of financing (public and private) in the treatment of cancer in women of the southern region of Espírito Santo. **Methodology:** Documentary research on public policies on CC and in order to outline the profile, a cross-sectional research was carried out. Data collection was retrospective using the Health Information System of Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim from 2010 to 2017. The sample totaled 286 new cases, out of 3272 cases of cancer in women. Descriptive and univariate analysis was performed using the Chi-square test or Fisher's exact test. **Results:** Evidence of high annual CC rates, above 10%, were evidenced. The average age at the first visit was  $49 \pm 16$  years. Most women were black or brown (49.3%), had low education (45%) and at diagnosis had an advanced stage of the disease (45%). The referrals were from SUS (67.83%) and treatment was carried out by SUS (89.86%). When evaluating the association of public funding in the cost of diagnosis versus characteristics of the patient's profile, the variables education level, origin of referral and cost showed a significant association ( $p < 0.05$ ), as they were associated with advanced disease. **Conclusion:** Women with CC have similar characteristics they diagnose in advanced stages of the disease, need SUS for treatment, are afrodescendente and have a low level of education. These social determinants were related to the appearance of CC in women. Therefore, it is necessary to invest in health education, organized screening programs with defined and agile flows in order to achieve the equity advocated in SUS.

**Keywords:** Cervical cancer. Epidemiology. Late diagnosis. Health system. Public policies

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
CACON	Centros De Referência De Alta Complexidade Em Oncologia
CAF	Cirurgia De Alta Frequência
CCU	Câncer De Colo De Útero
CEP	Comitê De Ética Em Pesquisa
CID	Código Internacional De Doença
CNCC	Campanha Nacional Contra O Câncer
CP	Exame Citopatológico
CR	Centro De Referência
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EC	Emenda Constitucional
EMESCAM	Escola Superior De Ciências Da Santa Casa De Misericórdia De Vitória
HECI	Hospital Evangélico De Cachoeiro De Itapemirim
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional Do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério Da Saúde
OMS	Organização Mundial De Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento Da Seguridade Social
PAISM	Programa De Atenção Integral À Saúde Da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PLC	Projeto De Lei Da Câmara
PMAQ-AB	Programa De Melhoria Do Acesso E Da Qualidade Da Atenção Básica
PNAO	Política Nacional De Atenção Oncológica
PNI	Programa Nacional De Imunizações
PNPCC	Política Nacional Para A Prevenção E Controle Do Câncer
PRO-ONCO	Programade Oncologia
PUBMED	National Center for Biotechnology InformationSearch database

QUALICITO	Qualificação Nacional Em Citopatologia
RAO	Redes De Atenção Oncológica
RHC	Registro Hospitalar Do Câncer
SDM	Serviços De Referência Para Diagnóstico Do Câncer De Mama
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero
SISRHC	Sistema De Informação De Saúde
SNC	Serviço Nacional De Câncer
SRC	Serviços De Referência Para Diagnóstico E Tratamento De Lesões Precursoras Do Câncer Do Colo Do Útero
SSAM	Sistema Suplementar De Assistência Médica
SUS	Sistema Único De Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão De Curso
TNM	Classificação dos Tumores Malignos
UBS	Unidades Básicas De Saúde
UNACON	Unidade de Assistência De Alta Complexidade
WHO	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 .....	40
Tabela 2 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segunda a procedência conforme PDR .....	42
Tabela 3 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 por faixa etária na primeira consulta .....	42
Tabela 4 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segunda a raça .....	43
Tabela 5 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo nível de ensino.....	44
Tabela 6 – Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo uso de álcool e tabaco .....	45
Tabela 7 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo o estágio clínico da doença ao diagnóstico .....	46
Tabela 8 – Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 nas variáveis origem do encaminhamento, custeio do diagnóstico e custeio do tratamento segundo o financiamento (público e não público) .....	47
Tabela 9 - Associação entre variáveis sociodemográficas e financiamento público no custeio do diagnóstico .....	48

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 JUSTIFICATIVA .....	17
1.2 OBJETIVOS .....	18
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	18
2.1 TIPO DE ESTUDO .....	18
2.2 LOCAL.....	18
2.3 AMOSTRA.....	20
<b>2.3.1 Critérios inclusão e exclusão</b> .....	21
2.4 MÉTODO/PROTOCOLO.....	22
2.5 COMITÊ DE ÉTICA.....	23
2.6 MÉTODO ESTATÍSTICO .....	24
<b>2.6.1 Análise descritiva</b> .....	24
<b>2.6.2 Análise inferencial</b> .....	24
<b>3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM MULHERES COM CÂNCER COLO DE ÚTERO NO BRASIL</b> .....	25
3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL.....	25
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE DA MULHER EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL.....	28
<b>3.2.1 Rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero no Brasil</b> .....	31
3.3 O PÚBLICO E O PRIVADO NO FINANCIAMENTO DE SAÚDE .....	34
<b>4 REALIDADE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO SUL-CAPIXABA</b> .....	39
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>APÊNDICES</b> .....	63
<b>APÊNDICE 1 – Ficha de coleta de dados</b> .....	63
<b>APÊNDICE 2– Carta de anuência do HECI</b> .....	64

<b>ANEXOS</b> .....	65
<b>ANEXO 1 – Ficha de Registro de Tumor</b> .....	65
<b>ANEXO 2- Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

A incidência e mortalidade de câncer tem aumentado mundialmente. De acordo com dados da OPAS (2018) o câncer foi responsável por 9,6 milhões de mortes no mundo. As razões para isso são diversas, como o envelhecimento populacional, o aumento da população e mudanças na exposição a fatores de risco, os quais são, muitas vezes, relacionados ao desenvolvimento socioeconômico de determinada região ou país (BRAY *et al.*, 2018). Além disso, há uma perspectiva de o câncer tornar-se o líder mundial de morte por doenças no mundo, principalmente, pela diminuição das mortes por doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (BRAY *et al.*, 2018).

Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas advindas da incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização, como menos sedentarismo e alimentação mais adequada, entre outros (BRAY *et al.*, 2018). No entanto, infelizmente, a morte prematura por câncer ainda é uma realidade nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o que reforça a necessidade de políticas públicas para mudar esse cenário (BRAY *et al.*, 2018).

O câncer de colo de útero é a única neoplasia feminina que tem exame de prevenção eficaz, isto é, poderia ser evitado em sua totalidade. Apesar disso, mais de um milhão de mulheres no mundo são ainda atingidas por essa doença. As taxas de incidência, segundo dados da World Health Organization (WHO, 2020), têm diminuído em países desenvolvidos devido a programas de rastreamento e tratamento das lesões pré-malignas. Infelizmente o mesmo não ocorre nos países em desenvolvimento que têm aumentado ou mantido taxas estáveis. Essa neoplasia tem maior incidência em países da América Central e Sul, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia e no Pacífico Ocidental. Estudos mostram uma relação entre áreas mais pobres e maior risco de desenvolvimento de neoplasia invasiva de câncer de colo uterino (WHO, 2014).

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019), para o ano de 2021 há uma estimativa de 625 mil casos novos de câncer. A distribuição da incidência dos cânceres por região geográfica mostra que a Região Sudeste

concentra mais de 60% da incidência, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Entretanto, existe grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como os de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e gástrico tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas de câncer de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres (INCA, 2019).

Apesar dos esforços em melhorar o controle do câncer de colo de útero, ele continua o terceiro mais frequente entre as mulheres, representando 7,4 % dos casos, ficando atrás do câncer de mama e câncer colorretal. Figura como quarta causa de morte por câncer no sexo feminino (INCA, 2017). Na projeção do INCA (2019), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Só na região sudeste o número de casos novos de câncer do colo do útero estimados para cada ano do triênio 2020-2022, será de 5400 casos com um risco estimado de 17,48 a cada 100 mil mulheres e no estado do Espírito Santo será de 240 casos (INCA, 2019).

Diante deste cenário, ações desenvolvidas pelo Estado, através de programas de saúde e políticas públicas, são essenciais para o combate e controle dessa doença. No entanto, apenas em dezembro de 2005, com a Portaria nº 2.439 do Ministério da Saúde (MS), as neoplasias foram classificadas como um problema de saúde pública e se fixaram as bases de uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica, cujos principais objetivos seriam: promover a qualidade de vida e da saúde da sociedade; organizar linhas de cuidado que envolvessem todos os níveis de atenção (básica e especializada, de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); e constituir redes hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral (BRASIL, 2005a).

No Brasil, as políticas públicas, as regulamentações e normatizações, as ações e programas de controle e combate ao câncer tem pouco mais de 25 anos. Neste período estruturou-se uma política de atenção ao câncer que contém um grande volume de normas que dificultam o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde. Por outro lado, essa sucessão de normativas indica lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer (SILVA *et al.*, 2017).

Tomando como parâmetro as portarias públicas, destacaremos aquelas de maior importância referentes ao acesso a tratamento oncológico. A primeira, Portaria nº 170/93, classificou as unidades de tratamento oncológico em Centro de Referência (CR) I e II de acordo com a complexidade (BRASIL, 1993). Na sequência, a Portaria nº 3.535/98, que revogou a portaria nº 170/93, estabeleceu novos critérios para cadastramento de Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que poderiam ser classificados em três categorias: CACON I, CACON II e CACON III (BRASIL, 1998). A Portaria nº 741/05, referente à organização das Redes de Atenção Oncológica (RAO), estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de Registro Hospitalar do Câncer (RHC) em todos os Centros de Tratamento Oncológico do SUS, criando uma base de dados epidemiológicos essencial para planejamentos futuros de estratégias de combate ao câncer. O RHC tem a responsabilidade de registrar todos os casos novos em uma base de dados, que é anualmente enviada ao INCA para compilação e publicação dos dados (BRASIL, 2005b). No ano de 2012, com a preocupação da dificuldade de acesso aos tratamentos, foi publicada a Lei nº 12.732, uma das mais importantes no que se refere a políticas públicas em oncologia. Esta lei ficou popularmente conhecida como a “Lei dos 60 dias” (BRASIL, 2012a). Essa lei estabelece que o primeiro tratamento oncológico pelo SUS deve iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo anatomo-patológico ou em prazo menor (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), Portaria nº 874/13, é um Marco Legal. Além das questões centrais relacionadas à linha de cuidados, contempladas em legislações anteriores a PNPCC dá maior ênfase para a integralidade do cuidado e informação em saúde (BRASIL, 2013). A PNPCC enfatiza

a importância do cuidado integral em saúde. Em suas diretrizes destacam-se a necessidade do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer por meio da utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis.

Mais recentemente, especificamente, no dia 16 de outubro de 2019, o Senado Federal aprovou o Projeto de Lei da Câmara nº 143 de 2018, conhecido como PLC dos 30 dias, que estabelece que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação do caso devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. O PLC nº 143 foi sancionado pelo presidente da República e publicado no diário oficial como Lei nº 13.896 de 30 de outubro de 2019 (BRASIL, 2019b).

Como se pode compreender, o controle do câncer tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil nos últimos quinze anos. A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011 com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas através do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo em torno de 80 a 100% pelos exames preventivos e uma rede organizada com financiamento adequado para diagnóstico e seguimento, é possível reduzir, em média, 60 a 90% a incidência de câncer invasivo de colo de útero na população (WHO, 2014).

No Brasil há uma diferença de acesso aos exames de rastreamento e diagnóstico entre a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a atendida pelo sistema privado de saúde que, infelizmente, impacta na sobrevivência das mulheres com câncer de colo uterino, pois a mortalidade é maior na população menos favorecida (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Dessa forma, a pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: qual o perfil sociodemográfico da população sul-capixaba com câncer de colo de útero e a influência do financiamento público e privado no tratamento oncológico?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Meu primeiro contato com a oncologia foi no terceiro ano de medicina quando uma funcionária da nossa casa teve câncer de colo de útero avançado e veio a falecer da doença. Lembro da sua dificuldade de acesso aos médicos e aos tratamentos. Percebi a fragilidade do sistema de saúde e como indivíduos de baixo poder aquisitivo podem não ter assegurado os três princípios que conferem a legitimidade do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Na residência médica em oncologia clínica, conheci mais de perto as dificuldades dos pacientes, do sistema de saúde e dos profissionais, além de começar a ter conhecimento sobre as já existentes políticas públicas de enfrentamento ao câncer no país.

Atuando como oncologista na região sul-capixaba e trabalhando como voluntária numa organização não governamental, meu interesse por políticas públicas aumentou. O atendimento de mulheres com a neoplasia de colo de útero avançada, sem possibilidade de tratamentos curativos, acompanhada, na maioria das vezes, de relatos de demora em conseguir realizar os exames preventivos e acessar tratamentos, mesmo existindo leis que garantem o seu direito, tem sido o dia-dia no hospital de referência da região e isso motivou a realizar esse mestrado em políticas públicas.

Os números preocupam, pois, a doença diagnosticada na fase inicial tem cura, portanto, o controle desse câncer é possível. Os dados do INCA que são publicados bianualmente não evidenciam melhora e os casos novos de câncer dessa doença continuam muito elevados no Brasil (INCA,2020).

Infelizmente, segundo dados WHO (2020), países subdesenvolvidos, como o Brasil, tiveram uma redução dos programas de rastreamento do câncer de colo uterino e consequente aumento das taxas de mortalidade.

Diante de todas essas informações, surgiu o interesse em avaliar como está o atendimento oncológico na região sul-capixaba. No hospital credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS) como referência no tratamento oncológico da região sul-capixaba chegam diversos casos novos de câncer, mas não existe uma análise sistematizada das características das mulheres atendidas no referido serviço. A pesquisa pretende analisar o perfil sociodemográfico da população da região sul-capixaba e a influência dos sistemas de financiamento de saúde público e privado, com essa informação será possível avaliar as políticas públicas nessa área e ter dados para propor ações ao poder público.

## 1.2 OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo geral verificar o perfil das mulheres com câncer de colo de útero e a influência da forma de financiamento (público e privado) no tratamento oncológico de mulheres que buscam atendimento em hospital de referência para tratamento na região sul-capixaba. Como objetivos específicos têm-se: caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de colo de útero tratados em serviço de referência na região sul-capixaba; identificar a influência do financiamento de saúde público e privado no início do tratamento oncológico e associar o financiamento público e privado de saúde com o perfil sociodemográfico e com o estadiamento ao diagnóstico do câncer do colo de útero.

Para alcançar esses objetivos foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas principais fontes de busca, revisão das legislações relacionadas ao tema, coleta de dados sobre câncer de colo útero da região sul-capixaba do Sistema de Informação de Saúde (SISRHC) seguidos da análise e avaliação dos dados coletados.

As seções que compuseram a presente dissertação são: a seção 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS, que são introdução, a justificativa e os objetivos. A seção 2 traz a descrição do caminho metodológico e dos instrumentos utilizados para realização da referida pesquisa. Na seção 3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM

MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL que inicia com um histórico da atenção oncológica no Brasil, seguido das políticas públicas para saúde da mulher em relação ao câncer de colo de útero no Brasil incluindo o rastreamento e a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil e encerrando com o financiamento do sistema de saúde do Brasil. A seção 4 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO SUL-CAPIXABA aborda os resultados da pesquisa e a discussão dos achados. As CONSIDERAÇÕES FINAIS são apresentadas na seção 5, seguido das referências utilizadas, dos apêndices e anexos pertinentes ao estudo.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

A seguir, dispõem-se os processos e instrumentos que foram seguidos e utilizados nessa pesquisa.

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada para gerar conhecimento e aplicação prática, explicativa pois analisou e interpretou os achados do estudo para identificar fatores determinantes e quantitativa pois utilizou dados numéricos para avaliação das variáveis. A pesquisa realizou-se em três momentos.

No primeiro momento, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as seguintes fontes de busca: Pubmed, LILACS, MedLine. As palavras chaves (descritores) utilizadas foram: [*CervicalNeoplasm, Epidemiology, DelayedDiagnosis, Health Services, PublicPolicy*] e o período de busca de 1988 até 2021. Foram selecionados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa. Além disso, houve uma busca nos sites governamentais que controlam, regulam, e/ou registram dados referentes ao câncer do colo do útero.

No segundo momento, foi efetuada uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No terceiro momento, foi realizada a coleta de dados retrospectivos de domínio público de pacientes com câncer de colo de útero cadastrados no Sistema de Informação de Saúde (SISRHC) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) no período de 2010 a 2017.

### 2.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), entidade privada de caráter filantrópico, localizado no município de Cachoeiro de

Itapemirim, com abrangência macrorregional, que atende pacientes de 26 municípios da macrorregião sul de saúde e que serve como retaguarda para um contingente de aproximadamente 622 mil pessoas conforme o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR, 2020).

O HECI tem 60 anos de fundação, possui 218 leitos, atende pacientes do SUS (86%), convênios e particulares, sendo referência para tratamento de alta complexidade nas áreas de cardiovascular (cirurgia cardíaca, hemodinâmica, cardiologia clínica), neurocirurgia, gestação de alto risco e oncologia, além de ter habilitação para atendimento em obesidade, nefrologia e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). O hospital possui vários programas de residência médica (clínica médica, cirurgia geral, neonatologia, ginecologia e obstetrícia, medicina de família) e residência multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, farmácia, serviço social, psicologia, nutrição). Atualmente realiza, em média, 180.000 atendimentos ambulatoriais ao ano, 75.000 internações ao ano e 16.072 cirurgias ao ano (HECI, 2019).

O serviço de oncologia do HECI é credenciado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) com Hematologia e Radioterapia há 25 anos, possui enfermagem com 24 leitos internação exclusiva para oncologia e hematologia, ambulatório de especialidades oncológicas (oncologia clínica, oncologia cirúrgica, onco-hematologia, mastologia, urologia, cirurgia torácica, cirurgião aparelho digestivo, cirurgia hepatobiliar, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial, radio-oncologia, cirurgia plástica, neurocirurgia) além de ambulatório de várias áreas de equipe multiprofissional (psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmacologia, enfermagem). Realiza em média 20.000 consultas/ano, 650 cirurgias oncológicas/ano, 7.647 sessões de quimioterapia/ano, 60.091 sessões de radioterapia/ano e registra uma média anual de 1.024 casos novos de câncer ao ano (HECI, 2019).

O UNACON do serviço de referência do HECI possui um corpo clínico composto de médicos especialistas nas mais diversas áreas oncológicas (4 oncologistas, 3 hematologistas, 3 radio-oncologistas, 3 cirurgiões oncológicos, 2 mastologistas, 10 ginecologistas, 4 urologistas, 1 coloproctologista, 2 cirurgias aparelho digestivo, 1

cirurgião cabeça e pescoço, 4 neurocirurgiões, 1 cirurgião do tórax) e está capacitado para a realização de procedimentos de baixa, média e alta complexidade na área de oncologia, desde diagnóstico, tratamento até cuidados paliativos, conforme é estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 140, de 28 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014a).

A porta de entrada do paciente no SUS é a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de seu domicílio, onde é feito o rastreamento e investigação das mulheres com suspeita de câncer. Nos casos de suspeita de neoplasia de colo de útero, o médico da UBS preenche um formulário de encaminhamento a serviço de tratamento especializado para atendimento com especialista. O pedido é colocado no sistema de regulação do governo e, a marcação do atendimento com um especialista, para definição de conduta e tratamento oncológico, é agendado. Após a confirmação do agendamento, a UBS informa o paciente.

Os pacientes geralmente chegam ao serviço de oncologia do HECI via central de regulação para consulta. Porém, há os que procuram marcar a consulta indo direto ao hospital e, nesse caso, é necessário que o paciente esteja portando o formulário de encaminhamento e os demais documentos necessários. Outra forma de conseguir o tratamento na instituição é via pronto-socorro, após algum tipo de intercorrência.

### 2.3 AMOSTRA

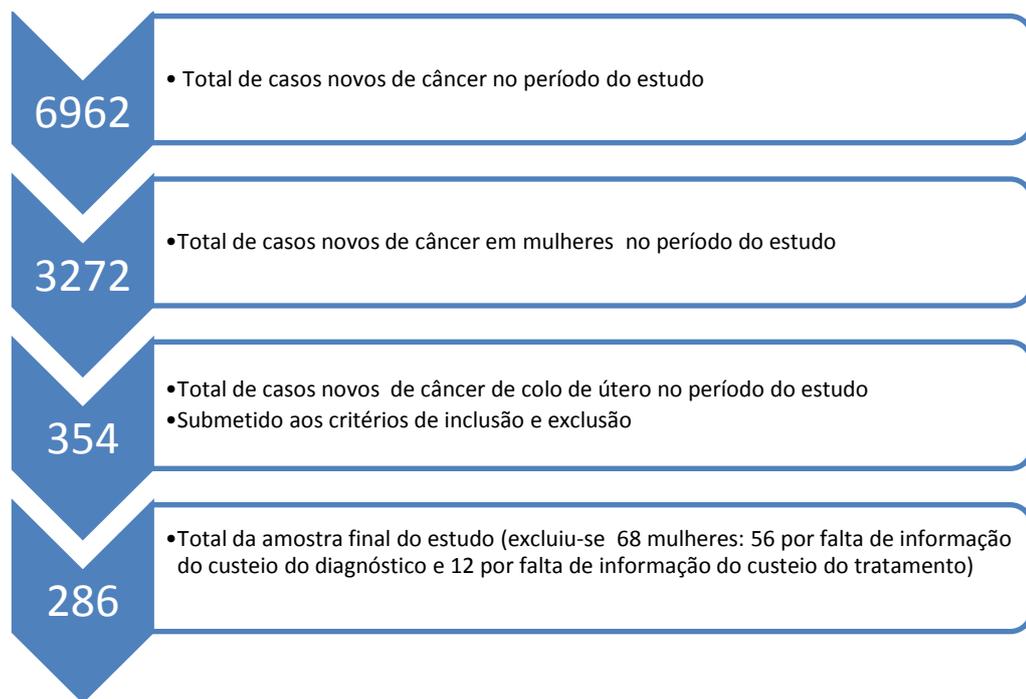
Os participantes da amostra são mulheres cadastradas no banco de dados de domínio público do Sistema de Informação de Saúde (SISRHC) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) no período de 2010 a 2017 com neoplasia de colo de útero. Esse período foi definido por conter registros de melhor qualidade, sendo 2017 o último ano com dados completos na plataforma SISRHC. Durante o período de 2010 a 2017 tivemos um total de 6962 casos novos de câncer, sendo 3690 homens e 3272 mulheres. Nesse período, os casos registrados como CID-10 C53.0 a C53.9, neoplasias malignas de colo de útero, totalizaram 354 casos novos.

### 2.3.1 Critérios inclusão e exclusão

Foram incluídos os pacientes com idade acima de 18 anos e com diagnóstico confirmado por exame histopatológico de neoplasia maligna para câncer de colo de útero, com código internacional de doença (CID) C53.0 a C53.9, e que realizaram o primeiro tratamento oncológico no HECI.

Foram excluídos os pacientes sem informação sobre o financiamento do diagnóstico ou do tratamento oncológico no HECI, e aqueles sem indicação de tratamento oncológico.

Figura 1 – Organograma de representação da seleção da amostra



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à procedência das mulheres, utilizamos o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR, 2020), que define que a região sul-capixaba abrange os seguintes 26 municípios: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui,

Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta. Para facilitar as ações de saúde pública, esses municípios são agrupados em três regiões.

O Polo Cachoeiro compreende as cidades de Castelo, Cachoeiro de Itapemirim, Atilio Vivacqua, Vargem Alta, Rio Novo do Sul, Muqui, Mimoso do Sul, Jerônimo Monteiro, Apiacá, Presidente Kennedy e Bom Jesus do Norte.

A região do Caparaó compreende Guaçuí, Alegre, Muniz Freire, Irupi, Iúna, Ibitirama, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto e São José do Calçado.

A região Metrópole Expandida do Sul compreende Marataízes, Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim e Piúma.

Pacientes procedentes de municípios fora da microrregião sul do ES foram reunidas em um grupo separado, para efeito de análise.

## 2.4 MÉTODO/PROTOCOLO

Na coleta de informações utilizamos os mesmos itens e nomenclaturas da ficha padronizada do MS, chamada de Ficha de Registro de Tumor (APÊNDICE 1). Esta ficha tem seu conteúdo definido a partir das necessidades de informações dos Hospitais e das orientações de padronização sugerida pela Organização Mundial de Saúde através da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e da Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR). A ficha tem revisões periódicas do MS e é utilizada por todos os hospitais que atendem pacientes pelo SUS. As seguintes informações foram coletadas da ficha do SIS-RHC (ANEXO1) e registrado em ficha própria (APÊNDICE1):

- a) Perfil sociodemográfico: procedência (município), idade (18 a 120 anos), raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, sem informação), grau de instrução (nenhuma, ensino fundamental incompleto ou completo, nível médio, nível superior completo ou incompleto), histórico de uso de álcool e tabaco (nunca, ex-consumidor, sim, não avaliado, não se aplica, sem informação), origem do

encaminhamento (SUS, não SUS, por conta própria, não se aplica, sem informação), custeio do diagnóstico do tumor no hospital (SUS, plano de saúde, particular, outros, não se aplica, sem informação), custeio do tratamento do tumor no hospital (SUS, plano de saúde, particular, outros, não se aplica, sem informação).

- b) Estadiamento do câncer de colo de útero com base no Sistema de Classificação TNM, sétima edição, publicada em 2010. A categoria T fornece informações sobre o aspecto do tumor primário, como o seu tamanho, quão profundamente se desenvolveu no órgão em que se originou e quanto invadiu os tecidos adjacentes e, usualmente, são classificados de T1 a T4. A categoria N descreve se o câncer se espalhou para os linfonodos regionais e, usualmente, são classificados de N0 a N3. A categoria M descreve se o câncer se espalhou (metástase) para locais distantes do tumor primário (outros órgãos) e podem ser classificados como M0 ou M1. Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-definidas, ficam distribuídas em estádios que, usualmente, variam de I a IV. O estadiamento agrupa os tumores com a mesma classificação histopatológica e extensão, que apresentam evolução clínica, resposta terapêutica e prognóstico semelhantes (IUAC, 2010).

## 2.5 COMITÊ DE ÉTICA

O presente estudo faz parte de um projeto primário intitulado “Acesso ao tratamento oncológico de pacientes atendidos em hospital de referência da região sul-capixaba”, que foi submetido à apreciação sob o número 3.760.959 e dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) (ANEXO2). Foi assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais foram identificados numericamente e precedidos da letra A (A 01, A 02, etc.).

Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante um período de cinco anos.

Em anexo, encontra-se a carta de anuência do serviço de referência do tratamento oncológico da região sul-capixaba (APÊNDICE 2).

## 2.6 MÉTODO ESTATÍSTICO

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva e inferencial.

### 2.6.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias e desvio padrão mínimo e máximo para variáveis contínuas.

### 2.6.2 Análise inferencial

Foram utilizados testes com o intuito de relacionar as diferentes variáveis. Foi realizada análise univariada usando a associação do desfecho (financiamento público sim ou não) e das demais variáveis (perfil sociodemográfico) através do teste de Qui-Quadrado ou do teste Exato de Fisher, no caso de uma ou mais frequência esperada menor que 5.

Foi adotado nível de significância de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95% (IR 95%) para todas as análises.

### **3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM MULHERES COM CÂNCER COLO DE ÚTERO NO BRASIL**

O capítulo inicia com um breve histórico do início do tratamento do câncer no Brasil. Na sequência discorre sobre a evolução das políticas públicas em relação ao câncer de colo de útero, especificando aspectos da prevenção e do rastreamento dessa doença. Finaliza pontuando sobre o financiamento dos sistemas público e privado no câncer.

#### **3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL**

Os primeiros trabalhos no Brasil a respeito de câncer remetem ao início do século XX. No relato histórico de Araújo Neto e Teixeira (2017), apesar de alguns profissionais mostrarem preocupação com as neoplasias, as doenças infecciosas e parasitárias, como lepra, tuberculose, febre amarela, malária e a falta de estruturação sanitária no país ainda lideravam os investimentos em saúde. Dois fatores auxiliam na compreensão dessa configuração: o primeiro diz respeito ao cenário epidemiológico do período, o qual indicava que as doenças transmissíveis eram as maiores ameaças à saúde da população, especialmente, nas regiões longe dos centros urbanos; o segundo refere-se à existência de uma forma de pensar que colocava em relação direta o clima, a organização social e o câncer, enquadrando-o como problema de países de clima temperado e de populações mais ricas (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

Nos anos 1920, instituições especializadas em tratamentos radiológicos e cirúrgicos foram criadas em alguns estados do Brasil e algumas mudanças na legislação do país foram iniciadas (CARVALHO, 2006). A notificação compulsória de câncer começou nesse período, assim como, algumas campanhas de educação higiênica para o diagnóstico precoce, mas a doença ainda pertencia ao departamento do governo chamado Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, pois não era totalmente conhecida a sua etiologia e ainda havia dúvidas sobre a possibilidade de ser contagiosa (CARVALHO, 2006).

Os primeiros serviços de tratamentos oncológicos começaram a surgir também nos anos 1920. No ano de 1922, em Belo Horizonte, foi inaugurado o Instituto do Radium, sob a direção de Borges da Costa, funcionando em associação com a Faculdade de Medicina do Estado de Minas Gerais. Em 1929, no âmbito da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entrou em funcionamento o Instituto Dr. Arnaldo, instituição filantrópica direcionada ao tratamento do câncer. Em 1937 houve a criação do Centro de Oncologia do Distrito Federal pelo médico Mario Kroeff, que foi um dos pioneiros na área do câncer no Brasil (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Embora já existisse preocupação das classes médicas sobre esse tema, com a organização dos primeiros congressos brasileiros sobre câncer, num país onde a realidade da maior parte da população produtiva se debatia com problemas de ordem sanitária, a discussão de problemas relacionados ao envelhecimento do corpo ainda não havia ganhado força (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

A partir da década de 1940, durante o governo do Presidente Getúlio Vargas, foi iniciada a estruturação dos serviços de saúde pública e, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), atualmente conhecido como Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – INCA (TEIXEIRA, 2010). Segundo Teixeira e colaboradores (2010), o SNC surgiu do intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroeff que, devido à sua proximidade com o poder durante o governo getulista, conseguiu trabalhar a conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica da doença e a necessidade de seu controle.

O SNC teve como responsabilidade orientar e controlar, em todo o país, uma campanha permanente contra a doença, a Campanha Nacional Contra o Câncer. Sua atuação teria como eixos a pesquisa sobre a etiologia, a epidemiologia, a profilaxia, o diagnóstico e a terapêutica; as ações preventivas; a propaganda dos exames de saúde periódicos e da importância do diagnóstico precoce; o tratamento e a vigilância dos recuperados; e a hospitalização dos pacientes quando necessitados (TEIXEIRA, 2010). O SNC era pequeno nos primeiros anos, mas progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto

viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Em 1944, a estrutura e funcionamento do SNC ficou mais definido e passou a ser composto por três seções, uma seção administrativa exclusiva e duas voltadas para atividades fins: o Instituto de Câncer e a Seção de Organização e Controle. O primeiro era o Centro criado por Kroeff, que no futuro se transformaria no Instituto Nacional do Câncer (INCA) e que, embora seguisse efetuando atividades de diagnóstico e tratamento, tinha sua ação limitada pela extrema deficiência de instalações físicas. Por sua vez, a Seção de Organização e Controle seria responsável pela Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC), atuando em nível nacional na uniformização das atividades de instituições públicas e privadas. Também prestaria consultoria ao Ministério da Saúde (MS) em relação à subvenção federal a instituições privadas (TEIXEIRA,2010).

A inauguração da nova sede do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1957, com muitos profissionais capacitados e com aumento do financiamento, foi um marco para a área do câncer no Brasil (TEIXEIRA, 2010). No entanto, só após a promulgação da constituição em 1988 houve modificações na estrutura sanitária brasileira. Na nova constituição, os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade nas ações de saúde estavam assegurados (BRASIL, 1988). A criação do SUS permitiu que um novo conjunto de políticas fosse implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico em diversas frentes de organização (SILVA *et al.*, 2017).

Essa organização culminou coma Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em 2013 e outras legislações, onde destaco a leis dos 60 dias, publicada em 2012 e a lei dos 30 dias, publicada em 2019.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE DA MULHER EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL

No Brasil, o controle do câncer do colo do útero começou através do pioneirismo de profissionais que trouxeram para nosso meio a citologia<sup>1</sup> e a colposcopia<sup>2</sup> na década de 1940. No governo do Presidente Juscelino Kubitschek, nos anos 1950, houve a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao INCA – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (INCA, 2016).

Até os anos 70 havia programas isolados de controle do câncer de colo de útero. Entre 1970 e 1972 o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas enfatizou, mais especificamente, o rastreamento do câncer de colo uterino. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS para a prevenção do câncer do colo do útero.

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. A principal contribuição desse Programa foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica (INCA, 2016).

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) que elaborou o projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e com a comunidade; ampliação da rede de coleta de material

---

<sup>1</sup>Citologia: teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero (esfregaço cervicovaginal ou exame Papanicolau).

<sup>2</sup>Colposcopia: procedimento médico diagnóstico para avaliar o colo do útero e os tecidos da vagina e vulva por via de um instrumento que amplia e ilumina estas estruturas. Geralmente feito em conjunto com um exame Papanicolau.

e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; e articulação entre os diversos níveis de atenção para o tratamento (INCA, 2016).

Após a criação do SUS, o INCA ficou como responsável pelas políticas relacionadas ao câncer e incorporou o PRO-ONCO. As altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levaram o MS a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto, designado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos (INCA, 2016). Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material e para o seguimento e conduta frente a cada alteração citológica. Introduziu-se também, a cirurgia de alta frequência (CAF) para tratamento das lesões pré-invasivas do câncer. Com base nessa experiência, as ações foram estendidas para todo o Brasil como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações (Siscolo) e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como, definição das competências nos três níveis de governo (INCA, 2016).

Na sequência, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como prioritários nos planos estaduais e municipais de saúde. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios. Outra estratégia foi a publicação, pelo INCA, da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Condutas Preconizadas, padronizando os diagnósticos citopatológicos e orientando os profissionais envolvidos no cuidado às mulheres com alterações citológicas identificadas no rastreamento (INCA, 2016).

No ano de 2010, a estimativa do INCA para o número de casos novos de câncer do colo do útero no Brasil era 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2011 foi lançado o plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Em junho desse mesmo ano, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.473/2011, instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, entre elas a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento

do Câncer do Colo do Útero e Mama (INCA,2019). As propostas do Plano foram incorporadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

O MS, instituiu então, um Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero, pois persistiam os índices elevados do câncer do colo do útero. Esse grupo debateu os avanços e desafios e, as conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero publicado pelo INCA, que também publicou as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero no ano seguinte (INCA, 2016).

No ano 2013, o MS uniu os programas de câncer de colo de útero e de câncer de mama num sistema web chamado SISCAN. Nesse mesmo ano redefiniu os padrões de qualidade e a avaliação da qualidade dos exames de citopatologia na Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito) para prevenção do câncer do colo do útero (INCA,2016).

No ano 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM). A Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 instituiu “o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação”. Reforçando com esses serviços a atenção secundária, que é responsável pela realização da investigação das lesões precursoras para na confirmação da suspeita encaminhar aos serviços de atenção especializada. Desta fora a rede de atenção oncológica fica completa. O caso suspeito da atenção primário é encaminhado ao SRC que realiza exames adicionais para confirmação, tendo um fluxo ágil para quando necessário ser encaminhado para o tratamento oncológico.

Nesse mesmo ano de 2014, no Programa Nacional de Imunizações (PNI), foi iniciada a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano

(HPV), principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino (WALBOOMERS *et al.*, 1999). Espera-se que a vacina, que irá atuar na prevenção do câncer do colo uterino, consiga diminuir a incidência dessa neoplasia (CÂNCER RESEARCH UK, 2014).

O MS orienta, desde 2014, como medida de prevenção primária<sup>3</sup> do câncer de colo de útero, a vacinação de meninas de 9 a 13 anos contra o vírus HPV. Já no ano de 2017, o público-alvo foi ampliado e incluiu meninas até 14 anos e meninos com idade entre 11 e 14 anos. Estabeleceu ainda que, mulheres e homens portadores de HIV, com idade entre 9 e 26 anos, também deveriam receber a vacina (INCA,2016).

No ano 2016, o INCA estimou a ocorrência de 16.340 novos casos de câncer de colo de útero no Brasil, o que representava uma taxa de incidência estimada em 15,85 por 100 mil mulheres e reforçava a necessidade de manter ações no rastreamento. As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero foram então revisadas e publicadas. Essas diretrizes têm como objetivo subsidiar profissionais da saúde e gestores na organização da linha de cuidado da mulher com câncer de colo de útero (INCA, 2016). A última data de revisão das diretrizes foi 2016 e houve publicação de sumário executivo dessas diretrizes para atenção básica em 2018 (INCA, 2020).

### **3.2.1 Rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero no Brasil**

No Brasil, o rastreamento do câncer de colo de útero segue a recomendação de outros países, utilizando-se do exame citopatológico (Papanicolau) como método para o rastreio na prevenção secundária<sup>4</sup>.

O exame citopatológico é o teste utilizado para detectar lesões precursoras do câncer de colo de útero, devido à elevada acurácia e efetividade quando aplicado em programas de rastreamento. O teste é realizado com rapidez e possui um custo

---

<sup>3</sup> Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica.

<sup>4</sup> Prevenção secundária é o conjunto de ações que visam identificar e corrigir, o mais precocemente possível, qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável. Tem como objetivo diminuição da prevalência da doença.

unitário baixo. O exame é considerado um meio diagnóstico efetivo de prevenção devido à sua elevada especificidade, reduzindo as chances de tratamentos e intervenções desnecessárias. Devido a tais características, o exame de Papanicolau é um teste útil para uso em larga escala (TOMASI *et al.*, 2015).

Desde 1986, com o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino” do Programa de Oncologia (PRO-ONCO), elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer, houve um reconhecimento por parte das autoridades brasileiras da elevada incidência e mortalidade por câncer de colo uterino. Dessa forma, políticas públicas vêm sendo instituídas para diminuir a incidência e a mortalidade da doença, como programas de rastreamento, diagnóstico e tratamento, com ênfase em ações na rede de atenção básica à saúde (Controle do Câncer do Colo do Útero - INCA, 2020).

O MS, a partir de 2012, implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como um dos seus objetivos a ampliação do acesso da população aos serviços públicos de saúde. Um dos indicadores de qualidade do PMAQ-AB, no âmbito da saúde da mulher, é a cobertura do exame citopatológico (CP) para detecção precoce do câncer de colo de útero (Controle do Câncer do Colo do Útero - INCA, 2020).

A atenção básica é importante no contexto da neoplasia de colo de útero, pois é a porta de entrada à rede pública de assistência em saúde. No âmbito das unidades básicas de saúde (UBS), a população tem maior acesso à informação sobre o rastreamento. Além disso, essas equipes de saúde têm maior facilidade para a identificação de mulheres na faixa etária elegível para o programa de rastreamento e as com maior risco de desenvolvimento da doença. Após identificação de quadros suspeitos, a UBS é a responsável por encaminhar as pacientes aos serviços especializados, por isso, a importância de equipes qualificadas (TOMASI *et al.*, 2015).

Após a identificação de alteração suspeita em exame preventivo de colo de útero nas Atenção Primária as Diretrizes para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero preconizam o encaminhamento para realização de colposcopia e biópsia para elucidação diagnóstica. Esses procedimentos são realizados na atenção secundária

pois são procedimento de média complexidade e são de responsabilidade do município do paciente. Após a confirmação da suspeita o paciente é então encaminhado para a Atenção Terciária, isto é, para os Centros de Referência do Tratamento do Câncer (INCA, 2016).

Nas diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer de colo de útero é preconizado que se faça os dois primeiros exames de preventivo de colo de útero com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos deverão ser realizados a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado, pois é menos eficiente nessa faixa etária (LANDY *et al.*, 2014). Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

Apesar das definições claras, como citadas acima, das diretrizes brasileiras quanto à cobertura, periodicidade e população-alvo, é sabido que ainda predomina a realização de controles não relacionados com as normas estabelecidas (INCA,2016). Além disso, temos no Brasil a procura ocasional dos serviços de saúde por razões diversas que não o rastreamento do câncer do colo do útero e, nesse momento, é feito o rastreio. Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico, e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero (VALE *et al.*,2010).

Esse rastreio oportunístico faz com que 20% a 25% dos exames sejam realizados fora do grupo etário recomendado e, aproximadamente, metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. O rastreio oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Essa forma de proceder tem sido a tônica dos programas de rastreamento do câncer no

Brasil. A desvantagem desse rastreamento é que, além de ser menos efetivo no impacto sobre a morbidade e a mortalidade atribuídas à condição rastreada, também é mais oneroso para o sistema de saúde como um todo. Assim, há um contingente de mulheres super-rastreadas (as que vão diversas vezes nas unidades de saúde) e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento (INCA, 2016).

Portanto, permanecem imprescindíveis as ações de prevenção e de detecção por meio do rastreamento organizado para mulheres assintomáticas como estratégia de controle da doença.

### 3.3 O PÚBLICO E O PRIVADO NO FINANCIAMENTO DE SAÚDE

A promulgação da Carta Magna de 1988 estabeleceu o direito à saúde no Brasil. O Sistema de Saúde Brasileiro é formado por dois subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS), e outro privado, o Sistema Suplementar de Assistência Médica (SSAM), ambos legitimados na Constituição de 1988. Inspirado no sistema de saúde inglês, o *National Health Service*, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo e garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, e está regulado pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

O subsistema público, representado pelo SUS, é um sistema universal de saúde, com financiamento público e participação das várias esferas da federação, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência através de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo o predominante neste subsistema. Esse

subsetor possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, e gestão privada, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A efetivação do SUS, em 1990, teve como intuito um atendimento universal e integral à população brasileira, constituindo a maior política de inclusão social já idealizada no país e se apresentando como a única forma de acesso e assistência à saúde para 80% dos brasileiros (BRASIL, 2011).

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 29, que consolidou o Sistema Único de Saúde. A EC 29 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), incumbindo o Congresso Nacional de regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam efetivamente empregados no SUS (BRASIL, 2000).

Atualmente, a destinação e gestão de recursos é feita no âmbito do Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS, revisado anualmente, pactuado entre as três esferas da gestão (União, Estados e Municípios), que estabelecem metas e compromissos para cada ente da federação em prazos definidos (BRASIL, 2006). O financiamento público, provêm, portanto, de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal (BRASIL, 2011).

Os serviços como Unidades Básicas ou Postos de Saúde, Média Complexidade (Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas) e Alta Complexidade (Hospitais de Grande Porte) compõem a assistência do SUS, integradas em duas redes: a própria e a contratada. A rede estadual é composta por hospitais terciários de referência regional, alguns secundários e por ambulatórios especializados. A rede municipal é bastante diversificada, a depender do tamanho do município e, com maior regularidade, conta com a presença de Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde complementados por hospitais secundários (BRASIL, 2011).

Quanto aos tributos, é necessário desmembrá-los em impostos e contribuições sociais. Os impostos não têm alocação pré-definida, portanto, os governantes os

destinam às áreas de sua escolha, sendo usado, às vezes, como estratégia política. Já as contribuições sociais, no caso da saúde, são destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) e têm um destino específico (SANTOS; LUIZ, 2016).

O financiamento da saúde desperta inúmeros debates no que se refere a melhor utilização e alocação de recursos para toda a sociedade. Vários países se deparam com custos crescentes do cuidado com a saúde, independentemente do modelo de financiamento adotado ser público ou privado (MORAZ *et al.*, 2015).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro de cada esfera no SUS. Municípios devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde por ano. Já o Estado, 12%. Quanto ao Governo Federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual. A lei complementar de 2012 não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, o que é um problema muito sério, principalmente, como baixo crescimento do PIB e inflação positiva (BRASIL, 2012b).

Com a criação do Pacto pela Saúde, em 2006, as transferências de recursos para estados e municípios são feitas em seis blocos de financiamento; a existência de blocos específicos permite maior autonomia dos gestores para investimentos de acordo com as necessidades locais. Estes blocos são: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica; Gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O bloco de repasse da atenção primária é fundamental para o custeio do rastreamento do câncer, pois, a porta de entrada das pessoas ao sistema de saúde público brasileiro é a atenção primária. Esta tem a responsabilidade de coordenar o cuidado do cidadão inclusive de encaminhar os que necessitam aos diferentes níveis de atenção.

As transferências financeiras federais da APS aos municípios obedecem às normas decorrentes do pacto federativo descrito na Constituição da República e por normas

infraconstitucionais, mas não havia avaliação de indicadores, nem metas (BRASIL, 2017). Em 2019 houve o lançamento de uma nova forma de financiamento com o programa Previne Brasil, que altera a distribuição dos recursos federais. Esse programa utiliza três critérios básicos: o número de pessoas acompanhadas nos serviços de saúde, a melhoria das condições de saúde da população com prioridade no tratamento de doenças crônicas, como câncer; e a adesão a programas estratégicos, como o Conecte SUS (informatização) e Saúde na Hora, que amplia o horário de atendimento à população (BRASIL, 2019a). A avaliação da melhoria das condições de saúde utilizará indicadores definidos pelo MS, sendo um deles a cobertura de exames citopatológicos, seguindo as recomendações das diretrizes brasileiras para o repasse financeiro. Isto será positivo, pois, o pagamento será condicionado não apenas ao número de exames coletados, mas também a faixa etária e periodicidade, conseqüentemente, os municípios terão de trabalhar por um rastreamento mais organizado e não só oportunístico. O repasse mensal aos municípios será condicionado ao cumprimento de metas, o que está sendo chamado de pagamento por desempenho, que terá um período de transição de três anos até sua total efetivação (BRASIL, 2020).

No que se refere ao câncer de colo uterino, a análise individual por regiões do Brasil evidenciou que as metas mínimas preconizadas não vêm sendo atingidas nas cidades com maior vulnerabilidade social e em mulheres com maior risco para o desenvolvimento dessas neoplasias (SADOVSKY *et al.*, 2015). A nova forma de financiamento público do programa Previne Brasil terá como objetivo mudar essa realidade, pois só será considerado cumprido se a coleta do exame preventivo de colo de útero for dentro da faixa etária e periodicidade preconizada pelas diretrizes, não sendo possível coletar diversos exames da mesma mulher (BRASIL, 2020).

Já no setor privado, existe uma maior facilidade de acesso a exames, consultas e tratamento. Portanto, a disparidade social ainda afeta o acesso aos testes de rastreamento do câncer de colo do útero, tendendo, as mulheres cobertas pelo seguro de saúde privado, a se beneficiar mais do rastreamento (THEME FILHA *et al.*, 2016). A chance de mulheres cobertas por planos privados de saúde terem realizado exame Papanicolau é três vezes maior se comparada àquelas que dependem exclusivamente do SUS (RIBEIRO; SILVA, 2018).

O custo do câncer pode ser evitado por meio de investimento na prevenção, na detecção precoce e promoção da saúde. Em geral, a prevenção de câncer é muito mais custo-efetiva que o tratamento, porém, no Brasil, ainda não conseguimos organizar com efetividade os fluxos de rastreamento (JEMAL *et al.*, 2014).

No Brasil, para cada 1 real gasto em tratamento foram investidos apenas 0,05 centavos em prevenção e controle de câncer. O investimento em ações para o controle foi de 0,87 centavos por habitante e as despesas com tratamento foram 21 vezes maiores do que o investimento em prevenção (Gastos Federais em Oncologia, 2018). Em relação aos custos para a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil, é possível afirmar que uma biópsia do colo uterino custa R\$ 18,33, enquanto o tratamento quimioterápico tem o custo mínimo de R\$ 1.300,00 para o sistema de saúde (Gastos Federais em Oncologia, 2018).

O Brasil, para conseguir melhorar seu desempenho na área de oncologia terá que desenvolver novas ações de planejamento e permitir melhor monitoramento, controle, avaliação e informe dos resultados, a fim de contribuir para a melhora do controle do câncer. A aproximação do SUS real ao SUS descrito na legislação necessita, além de medidas incrementais, de iniciativas que possam corrigir distorções e contradições, sendo o rastreio organizado na prevenção do câncer uma necessidade a ser implementada (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

#### **4 REALIDADE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO SUL-CAPIXABA**

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública mundial, em especial nos países em desenvolvimento onde se encontra a maioria dos casos novos e das mortes por essa doença. Os números assustam já que é uma doença totalmente curável na fase inicial (WHO, 2014).

Os casos novos esperados de câncer do colo do útero para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2020). São números semelhantes ao relatório anterior do biênio 2018-2019, reforçando que não houve melhora no controle desse câncer (INCA, 2018). Na região sudeste o número de casos novos de câncer do colo do útero estimados para cada ano do triênio 2020-2022, será de 5400 casos com um risco estimado de 17,48 a cada 100 mil mulheres e no estado do Espírito Santo será de 240 casos (INCA, 2019).

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa de campo, realizada com dados do SISRHC do HECI, que teve como objetivo avaliar a situação do câncer de colo de útero na região sul-capixaba. Os dados obtidos foram comparados com os de outros países e outras regiões do Brasil, a fim de demonstrar a realidade da região sul-capixaba.

No período analisado, de 2010 a 2017, tivemos um total de 6962 casos novos de câncer no HECI, sendo 3690 homens e 3272 mulheres. Nesse período os casos registrados de neoplasias malignas de colo de útero totalizaram 354, o que resulta em uma prevalência de 9,24%. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão chegou-se a 286 casos novos de câncer de colo de útero, com variações nos diferentes anos conforme será mostrado a seguir.

Na Tabela 1 temos o número de casos de câncer de colo de útero registrados por ano no RHC do HECI no período analisado.

Tabela 1- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Ano	Frequência	%
2010	31	10,8%
2011	43	15 %
2012	50	17,5 %
2013	26	9,1%
2014	37	12,9 %
2015	36	12,6%
2016	16	5,6%
2017	47	16,4%
Total	286	100%

**Fonte:** Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

É possível observar que a maior concentração de casos (33,9%) ocorreu nos anos 2012 e 2017. O ano de 2016, com 5,6% dos casos, seguido pelo ano de 2013, com 9,1%, podem ser considerados atípicos, já que nos outros anos o percentual foi acima de 10,8%. Acredita-se que essa diferença percentual possa ser devida a problemas técnicos relacionados à perda de dados do sistema integrador do banco de dados do RHC do HECI com o INCA. O Integrador RHC é um sistema Web desenvolvido pelo INCA para consolidação de dados hospitalares provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de todo o Brasil. Infelizmente, nesses dois anos atípicos o RHC do HECI teve problemas técnicos com a perda de dados que não puderam ser recuperados<sup>5</sup>.

Com exceção dos anos 2014 e 2015, em que os índices percentuais ficaram na casa dos 12%, os dados não demonstraram linearidade na ocorrência de novos casos no período analisado. Ao contrário, apresentaram uma variação considerável, aparentemente sem justificativa, entre um ano e outro. Avaliando a estimativa do INCA para o biênio 2018-2019, verifica-se a previsão de ocorrência de 582.590 casos novos de câncer, sendo 300.140 em homens e 282.450 em mulheres. Para essas, o

<sup>5</sup> Os RHC se caracterizam em centros de coleta, armazenamento, processamento, análise e divulgação - de forma sistemática e contínua - de informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer.

número de casos de câncer de colo de útero foi estimado em 16.370 (8,1%). No biênio 2016-2017 a estimativa do INCA era de 596 mil casos da doença no país, sendo 295.200 novos casos em homens e 300.870 em mulheres. Desses últimos, 16.340 (7,9%) seriam de câncer de colo de útero. Portanto, os dados do presente estudo demonstram que as taxas regionais estão acima de 10%, o que evidencia uma porcentagem acima daquela estimada para neoplasia de colo de útero no Brasil.

Interessantemente, ao se comparar a região sul-capixaba a outras regiões do país, pôde-se perceber que as taxas de câncer de colo de útero encontradas são semelhantes às estimativas da região nordeste do país e não às da região sudeste, onde se encontra geograficamente o estado do Espírito Santo. A estimativa do INCA para novos casos de câncer de útero na região nordeste, em 2016, foi de 10,3%. Passados 5 anos, a situação pouco mudou, já que para o ano de 2021 essa taxa está em 10,9%.

As taxas de casos novos de câncer de colo de útero nas regiões do Brasil variam conforme o grau de desenvolvimento regional. No biênio 2016-2017 a região sul tinha uma estimativa de 5% casos novos, a sudeste de 5,1%, a centro-oeste de 11,4% e a norte de 23,1%. Essas taxas tiveram poucas mudanças ao longo dos anos, pois, para o triênio 2020-2022, temos, para a região sul, uma estimativa de 6,9% casos novos, para a sudeste 4,8%, para a centro-oeste 9,3% e para a norte 20,6% (INCA, 2020). Nosso estudo revela que a realidade do câncer de colo de útero na região sul-capixaba, no quesito ocorrência, assemelha-se à região nordeste, que é uma das regiões menos desenvolvidas do país.

A Tabela 2 mostra a frequência de casos de câncer de colo de útero de acordo com a procedência das pacientes, usando a divisão de regiões utilizada pela secretaria estadual de saúde (PDR, 2011).

Tabela 2- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segunda a procedência conforme PDR. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Procedência	N (286)	%
Caparaó	46	16,08%
Polo Cachoeiro	190	66,43 %
Metrópole Expandida do Sul	43	15,03 %
Demais	7	2,45%

Fonte: Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Observa-se que a maioria dos casos são do polo Cachoeiro, com 190 registros (66,43%). Esse número de casos sugere uma associação ao grande número de habitantes da região, já que nela se encontra o município de Cachoeiro de Itapemirim, o mais populoso do sul do estado (IBGE, 2010). A região sul-capixaba apresenta uma população em crescimento, com estimativa, para 2020, de 686.824 habitantes, sendo que a região do polo Cachoeiro corresponde a 376.483 (54,8%) seguidos do Caparaó, com 155.328 (22,6%) e a metrópole Sul Expandida, com 155.103 (22,5%), segundo dados apurados do IBGE (IBGE, 2010). Sendo assim, a prevalência encontrada de 66,43%, na região do polo Cachoeiro, é superior à população correspondente da região.

A média de idade na primeira consulta foi de 49 ±16 anos, com idade mínima de 21 e máxima de 96 anos, indicando uma variabilidade de 30,6% em relação à média. A Tabela 3 apresenta os resultados por faixa de idade e destaca-se que, 73,78 % das pacientes tinham idade abaixo de 60 anos.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 por faixa etária na primeira consulta. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Idade	N (286)	%
Igual ou inferior a 24 anos	3	1,05%
25 a 39 anos	88	30,77%
40 a 59 anos	120	41,96%
Igual ou superior a 60 anos	75	26,22%

Fonte: Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

A média de idade das pacientes desse estudo foi semelhante ao encontrado por Thuler, Bergmann e Casado (2012), que foi de 49,2 anos, e por Silva *et al.* (2018), que foi de 50,65 anos. Além disso, a grande maioria das pacientes encontrava-se na faixa etária preconizada para rastreamento do câncer de colo de útero. No estudo de Silva *et al.* (2018), que fez um levantamento epidemiológico em câncer de colo de útero num centro de tratamento oncológico da região de Pernambuco, foi encontrado 71,3% dos pacientes abaixo dos 60 anos, o que também é bastante semelhante aos dados do presente estudo. Esses dados corroboram a atual recomendação para realização dos exames de rastreamento, que preconiza que seja feito entre as idades de 25 aos 64 anos (INCA, 2020).

Após analisada a distribuição de pacientes por idade, foi considerada a variável raça (Tabela 4), sendo observado que 49,30% dos casos são de mulheres que se declararam pretas ou pardas, seguido por 40,91% de mulheres brancas.

Tabela 4- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segunda a raça. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Raça	N (286)	%
Branca	117	40,91%
Preta / Parda	141	49,30%
Amarela	2	0,70%
Sem informação	26	9,09%

**Fonte:** Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Esses dados corroboram os de Thuler, Bergmann e Casado (2012), Nogueira-Rodrigues *et al.* (2014) e Rozario *et al.* (2019), que encontraram a maioria dos casos de câncer do colo do útero, no Brasil, em mulheres não brancas (negras/pardas). No Brasil, o fator raça está diretamente ligado aos determinantes sociais de acesso à saúde e educação (NOGUEIRA-RODRIGUES *et al.*, 2014). No estudo de Thuler, Bergmann e Casado (2012), os determinantes sociais de pobreza, desconhecimento sobre a doença e a falta de acesso a serviços de saúde foram os fatores que favoreceram o surgimento dessa diferença no quesito raça.

Considerando a variável nível de ensino, não foi possível encontrar o nível de escolaridade em 36,01% das pacientes (Tabela 5), o que concorda com o relato de Thule, Bergmann e Casado (2012) sobre as dificuldades de completude dos dados encontrados no Brasil.

Tabela 5- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo nível de ensino. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Nível de ensino	N (286)	%
Nenhuma	28	9,79%
Fundamental incompleto / fundamental completo	99	34,62%
Nível médio	47	16,43%
Superior incompleto / superior completo	9	3,15%
Sem informação	103	36,01%

Fonte: Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Na amostra, a maioria das mulheres apresentam baixa escolaridade, isto é, menos de 9 anos de educação escolar. Os achados são semelhantes ao estudo epidemiológico de Nogueira-Rodrigues *et al.* (2014) e o de Rozario *et al.* (2019), que evidenciaram uma maior frequência dessa neoplasia em mulheres de baixa escolaridade, isto é, com 8 ou menos anos de estudo. Como bem argumentou Wünsch Filho *et al.* (2008), o fator educação é um importante determinante social e tem reflexo no perfil epidemiológico do câncer de colo de útero, sendo relacionado a maior incidência, maior mortalidade e menor sobrevida de muitas mulheres. O acesso à educação e escolaridade influenciam nos hábitos de vida e cuidados pessoais dos indivíduos, pois está associado à busca ou não de atendimento pela paciente, gerando assim, impacto na incidência de câncer (WÜNSCH FILHO, 2008).

O tabagismo e o consumo de álcool são fatores associados à predisposição ao câncer de colo útero de acordo com a literatura (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017). Na amostra investigada (Tabela 6), não foi possível obter informações em 52,10% dos casos em relação ao álcool, e em 51,40% em relação ao tabagismo. Entre as pacientes onde se obteve essas informações, a maioria declarou hábitos saudáveis.

Tabela 6- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo uso de álcool e tabaco. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

<b>Álcool</b>	<b>N (286)</b>	<b>%</b>
Nunca	107	37,41%
Consumidor /ex-consumidor	30	10,49%
Sem informação	149	52,10%
<b>Tabaco</b>	<b>N (286)</b>	<b>%</b>
Nunca	85	29,72%
Consumidor/ex-consumidor	54	18,88%
Sem informação	147	51,40%

**Fonte:** Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Conforme pode ser observado na Tabela 6, entre os casos analisados no nosso estudo, podemos destacar a menor ocorrência de pacientes que usaram tabaco, diferentemente do estudo de Nogueira-Rodrigues *et al.* (2014), que observou uma maior incidência de câncer de colo de útero em mulheres com histórico de tabagismo. As informações da WHO (2014) também relacionam o uso do tabaco a fator de risco importante para o surgimento dessa neoplasia. No entanto, como já aludido anteriormente, a ausência das informações completas impede conclusões definitivas sobre dados encontrados em nosso estudo.

A dificuldade de termos informações completas em registros brasileiros de câncer foi também relatada por Thuler, Bergmann e Casado (2012), que demonstraram ser fundamental criar políticas para que os protocolos e os sistemas de informação carreguem dados em sua completude para melhorar a qualidade dos registros dos RHC no Brasil, para que possam servir como parâmetros bases de políticas e ações direcionadas.

A variável utilizada para avaliar o estágio clínico da neoplasia ao diagnóstico foi o TNM. Tivemos 83 casos (29,02%) com estágio 0 ou I ao diagnóstico, que são os estágios iniciais, que requerem apenas cirurgia, e 129 casos (45,11%) nos demais estágios, os quais, usualmente, precisam de tratamentos mais agressivos, como quimioterapia e radioterapia (Tabela 7). No entanto, 25,87% dos casos não tinham

o estadiamento, o que reforça a necessidade de melhorar os dados do RHC como dito anteriormente.

Tabela 7- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 segundo o estágio clínico da doença ao diagnóstico. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Estádio Clínico	N (286)	%
0	40	13,99%
I	43	15,03%
II	66	23,08%
III	53	18,53%
IV	10	3,50%
Sem informação	74	25,87%

**Fonte:** Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Considerando apenas os 212 casos com informações completas, 25% dos casos foram diagnosticados nos estádios iniciais 0 e I e os demais 75% tiveram o diagnóstico já em fases mais avançadas do câncer de colo de útero. Semelhante aos achados do presente estudo, Thuler, Bergmann e Casado (2012) analisaram a base de dados do sistema SISRHC/BRASIL e encontraram 37.638 mulheres com câncer de colo de útero no período de 2000-2009, a maioria delas (70,6%) com estádios avançados ( $\geq$ II) da doença ao diagnóstico. Esses dados são semelhantes aos de países subdesenvolvidos, como Uganda e Sudão que têm, respectivamente, 66% (MWAKA *et al.*, 2016) e 72% (IBRAHIM *et al.*, 2011) das mulheres diagnosticadas nos estádios avançados. Esses dados diferem dos encontrados em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e Inglaterra que possuem, respectivamente, 29,8% e 23,8% das mulheres diagnosticadas em estádios avançados (VIRNIG *et al.*, 2009).

A falta de rotina com relação ao exame do Papanicolau e, conseqüentemente, a demora pela busca no tratamento, é um dos principais fatores na progressão do câncer do colo do útero. Sadovsky *et al.* (2015) aponta que quanto menor o índice de desenvolvimento humano, menos exames de Papanicolau são realizados, o que leva ao diagnóstico em estádios mais avançados da doença.

O estudo de Sadovsky *et al.* (2015) ainda observou que, grande parte das mulheres não haviam realizado o Papanicolau nenhuma vez anteriormente. Esses resultados reforçam os resultados encontrados por Rozario *et al.* (2019), que em análise de dados de mulheres atendidas no INCA, encontraram um maior número de casos avançados.

Um dos fatos que deve contribuir para o diagnóstico em fases mais avançadas da doença é a dificuldade de acessar exames de média complexidade como colposcopia e biópsia do colo útero como preconizados pelas diretrizes de rastreamento brasileira (INCA, 2016).

Na sequência foram avaliadas as variáveis origem do encaminhamento, custeio do diagnóstico e custeio do tratamento, que foram comparadas em relação ao financiamento público (SUS) ou não público (convênios e particulares) (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição dos casos de câncer de colo de útero registrados no RHC no período de 2010-2017 nas variáveis origem do encaminhamento, custeio do diagnóstico e custeio do tratamento segundo o financiamento (público e não público). Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Variável	Financiamento	N (286)	%
Origem do encaminhamento	Público (SUS)	194	67,83%
	Não SUS	92	32,17%
Custeio diagnóstico	Público (SUS)	232	81,12%
	Não SUS	54	18,88%
Custeio tratamento	Público (SUS)	257	89,86%
	Não SUS	29	10,14%

Fonte: Adaptado de Integrador RHC/HECI (2020).

Entre os casos analisados, a grande maioria utilizou o sistema público (SUS) desde a origem do encaminhamento. No entanto, há uma porcentagem significativa de pacientes que chegam ao serviço público de referência em oncologia através da rede privada e, na sequência, quase 90% deles faz o tratamento pelo SUS. Esse mesmo fato, em que o primeiro acesso ao sistema público ocorre através de outras fontes pagadoras, mas o tratamento na sequência é todo realizado pelo SUS, já foi observado em outro estudo (THEME FILHA *et al.*, 2016). Essa dificuldade de acesso

a exames de comprovação do diagnóstico no SUS é reconhecida pelas autoridades responsáveis pela definição das políticas públicas, e já existe legislação que estipula prazo de 30 dias para a liberação desses exames. Essa lei é vigente desde 2020, portanto, no presente estudo, ainda não será possível avaliar essas melhorias no acesso (BRASIL, 2019b).

Num segundo momento avaliou-se a associação do financiamento público no custeio do diagnóstico versus características do perfil da paciente. Apenas as variáveis tabaco, grau de instrução, origem do encaminhamento e custeio apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ), conforme a Tabela 9.

Tabela 9- Associação entre variáveis sociodemográficas e financiamento público no custeio do diagnóstico. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 2020.

Características (variáveis)		Financiamento público (SUS) no custeio do diagnóstico				P*
		Sim n=232 (81,1%)		Não n= 54 (18,9%)		
<b>Procedência</b>	Caparaó	41	14,3%	5	1,7%	0,479
	Polo Cachoeiro	151	52,8%	39	13,6%	
	Metrópole Expandida Sul	34	11,9%	9	3,1%	
	Demais	6	2,1%	1	0,3%	
<b>Faixa etária (anos)</b>	Igual ou inferior a 24 anos	1	0,3%	2	0,7%	0,071
	25 a 39 anos	67	23,4%	21	7,3%	
	40 a 59 anos	101	35,3%	19	6,6%	
	Igual ou superior a 60 anos	63	22,0%	12	4,2%	
<b>Raça</b>	Branca	96	33,6%	21	7,3%	0,649
	Preta/Parda	115	40,2%	26	9,1%	
	Amarela	2	0,7%	0	0,0%	
	Sem informação	19	6,6%	7	2,4%	
<b>Grau de instrução</b>	Nenhuma	27	9,4%	1	0,3%	0,001*
	Fundamental incompleto/completo	87	30,4%	12	4,2%	
	Ensino médio	35	12,2%	12	4,2%	
	Superior incompleto/completo	4	1,4%	5	1,7%	
	Sem informação	79	27,6%	24	8,4%	
<b>Bebida Alcoólica</b>	Nunca	90	31,5%	17	5,9%	0,159
	Ex-consumidor/Consumidor	27	9,4%	3	1,0%	
	Sem informação	115	40,2%	34	11,9%	
<b>Tabaco</b>	Nunca	69	24,1%	16	5,6%	0,041*
	Ex-consumidor/Consumidor	50	17,5%	4	1,4%	
	Sem informação	113	39,5%	34	11,9%	
<b>Estadiamento clínico</b>	0	35	12,2%	5	1,7%	0,168
	1	33	11,5%	10	3,5%	
	2	52	18,2%	14	4,9%	
	3	49	17,1%	4	1,4%	
	4	9	3,1%	1	0,3%	

	Sem informação	56	19,6%	18	6,3%	
<b>Origem do encaminhamento</b>	SUS	175	61,2%	19	6,6%	0,001*
	Não SUS	57	19,9%	35	12,2%	
<b>Custeio tratamento</b>	Público (SUS)	231	80,8%	26	9,1%	0,001*
	Não SUS	1	0,3%	28	9,8%	

\* p calculado pelo teste de Qui-Quadrado considerado como nível de significância de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95% (IR 95%) para todas as análises.

Os achados do presente estudo são semelhantes ao estudo de coorte de Rozario *et al.* (2019), realizado em 1.004 mulheres com câncer de colo uterino tratadas no Instituto Nacional do Câncer (INCA) entre 2012 a 2014, onde 51,9% das mulheres analisadas apresentavam menos de oito anos de estudo, 67,9 % eram não brancas e 45,8% tinham histórico de uso de tabaco. Os autores concluíram que esses fatores impactaram no diagnóstico da doença em fases mais avançadas da neoplasia.

A relação câncer de colo uterino x escolaridade também foi analisada em outra instituição do estado do Espírito Santo com perfil similar e o resultado obtido foi próximo ao desse estudo. O estudo de Mascarello *et al.* (2012) descreveu o perfil das mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital filantrópico de Vitória, Espírito Santo. Foi observado que 70,9% das mulheres eram analfabetas ou possuíam nível fundamental incompleto, sendo concluído que a escolaridade colaborou para o elevado número de diagnósticos tardios e, conseqüentemente, para o grande número de recidivas, metástases e óbitos (MASCARELLO *et al.*, 2012).

A análise do status socioeconômico e educacional ao longo do ciclo da vida em relação ao rastreamento do câncer de mama e colo do útero feita por Akinyemiju *et al.* (2016) em mulheres na Índia, China, México, Rússia e África do Sul, reforça a importância da educação para que o rastreamento do câncer seja eficiente. No estudo, as taxas de rastreio foram de 5,1% para mulheres analfabetas, 39,6% com ensino secundário/médio e 51,1% com ensino superior/pós-graduação. Essa diferença impactante levou a conclusão de que mulheres com maior grau de instrução individual e parental apresentam 10 vezes maior probabilidade de participar dos programas de triagem do câncer de mama e colo do útero, em comparação com as mulheres com baixo status socioeconômico e educacional (AKINYEMIJU *et al.*, 2016).

Em relação a origem do encaminhamento, Mascarello *et al.* (2012) encontraram 85% dos encaminhamentos vindos do SUS e 14% não SUS. Já no presente estudo, tivemos um maior número de encaminhamentos não SUS; além disso, foi encontrada uma associação ( $p < 0,001$ ) com financiamento privado que facilitou o acesso de muitas mulheres ao centro de tratamento oncológico para poderem realizar o tratamento pelo SUS.

Diante do exposto, é importante avaliar como essas mulheres conseguem atendimento. No Brasil há uma diferença de acesso aos exames de rastreamento e diagnóstico entre a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a atendida pelo sistema privado de saúde que, infelizmente, impacta na sobrevivência das mulheres com câncer de colo uterino, pois a mortalidade é maior na população menos favorecida (THEME FILHA *et al.*, 2016). Os dados deste estudo reforçam essa dificuldade de acesso ao primeiro atendimento, por termos 32,17% das mulheres com encaminhamentos fora do SUS, isto é, financiamento privado. No entanto, na sequência, quase 90% das mulheres fazem o tratamento oncológico através do SUS, isto é, com financiamento público. Essas mulheres pagam com recursos próprios ou de terceiros exames e consultas para agilizar o acesso ao SUS (THEME FILHA *et al.*, 2016).

O MS definiu a linha de cuidados do câncer de colo de útero e seus fluxos. A atenção primária faz o rastreamento e encaminha os casos suspeitos para atenção secundária, nesse caso, o SRC. Esses serviços são responsáveis pelo apoio matricial à atenção básica pois são responsáveis pela confirmação diagnóstica da suspeita fornecendo os resultados para que as mulheres possam ser encaminhadas aos centros especializados de tratamento do câncer (BRASIL, 2014b). Há dificuldade no Brasil de termos esses fluxos alinhados e isso tem retardado o diagnóstico das mulheres (VALE *et al.*, 2010).

Além dos problemas de dificuldade de acesso aos exames, há falta de um rastreamento organizado, o que atrapalha o diagnóstico precoce. O estudo de Vale *et al.* (2010) evidenciou que 50 % das mulheres faziam controle anual, diferente do que é preconizado pelo MS, e que 27% das mulheres coletaram exames fora da faixa etária do MS. Esse estudo conclui que essas são características comuns de

programas de rastreamento oportunistas, e que só um programa organizado, seguindo as recomendações do MS, poderia reduzir os exames em excesso, otimizar os recursos e atingir as mulheres que estão realmente em maior risco (VALE *et al.*, 2010).

Ao longo do período analisado no presente estudo, não foi observado uma tendência de melhora do número de casos diagnosticados ou dos estágios da doença ao diagnóstico. Isso reforça que o diagnóstico tardio impacta diretamente em maiores taxas de mortalidade, pois a doença será detectada em fases mais avançadas e com menores taxas de cura (BRAY *et al.*, 2018). O fator tempo é importante para a cura do câncer, isso foi demonstrado em estudo britânico que evidenciou que a demora em iniciar o tratamento está relacionada a desfechos desfavoráveis, reforçando a necessidade de agilizar seu início (NEAL *et al.*, 2015).

Os dados obtidos nesse estudo demonstram que o investimento na prevenção do câncer de colo de útero é fundamental no Espírito Santo, pois a mortalidade por essa patologia não tem diminuído ao longo dos anos. No ano de 2011, o Espírito Santo teve um total de 2459 mortes por câncer, 93 (3,3%) delas relacionadas à neoplasia de colo de útero. Os últimos dados de mortalidade publicados no estado, para o ano de 2017 (seis anos depois), registram 2775 mortes por câncer, sendo 106 (3,8%) relacionadas ao colo de útero, o que evidencia um aumento de 0,5% (DATASUS, 2019).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da atenção oncológica no Brasil evidencia como o câncer aumentou a sua incidência ao longo dos anos, superando as doenças infecciosas e tornando-se um problema de saúde pública. Essa mudança foi lenta, pois, nas duas primeiras décadas do século XX, pessoas acometidas de câncer eram afastadas do convívio social devido à crença do caráter contagioso da doença, isso era embasado pela ciência da época, pois, era uma doença muito desconhecida. A atenção ao câncer, inclusive esteve por muitos anos vinculada ao departamento de Inspetoria de Lepra e Doença Venéreas do Brasil, por se acreditar na possibilidade contagiosa e transmissível da doença.

A inserção do câncer na agenda sanitária do Brasil não foi fácil e precisou da mobilização conjunta de profissionais da saúde, governo e entidades privadas até que se conseguisse organizar as primeiras tentativas para o controle do câncer. Na década de 20, com tantas questões sanitárias no país, o câncer era visto como uma doença dos países desenvolvidos e não como um problema de países em desenvolvimento. A evolução da ciência, ao longo das décadas, nessa área, permitiu o maior conhecimento sobre as causas e evolução do câncer e, assim, iniciou-se os primeiros relatos de tratamento no Brasil através de cirurgias e, depois, da radioterapia.

No entanto, a partir da década de 20, o aumento dos casos de câncer começou a impactar no sistema de saúde brasileiro, o que levou à criação do Serviço Nacional do Câncer. Dessa maneira, iniciou-se os primeiros estudos epidemiológicos no Brasil, com a liberação de recursos financeiros específicos para o combate ao câncer. Na sequência, o sistema de saúde brasileiro atravessou diversas mudanças, junto com as mudanças que ocorreram no sistema político brasileiro no decorrer dos anos, até culminar com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi idealizado na Constituição Federal do Brasil de 1988 e a sua consolidação garantiu ao cidadão brasileiro um atendimento com base em três princípios que são universalidade, equidade e integralidade. Mas, infelizmente, após 30 anos de seu início, ainda há problemas frente ao grande volume de demanda, tendo questões de gestão e o limitado orçamento como fatores que impactam diretamente na melhoria do sistema.

Concebido como um sistema universal, o SUS apresenta-se como um sistema público de saúde, que convive com um subsistema privado de saúde suplementar e outro subsistema privado. Esse sistema complexo de financiamento necessita de ajustes. Especificamente em relação ao câncer, há uma Política Nacional de Oncologia, que é regulada pelo INCA, que define ações de prevenção e controle do câncer. No entanto, apesar do aumento dos recursos destinados ao combate ao câncer ao longo dos anos no Brasil, a maior parte é aplicada em tratamentos e pouco em ações preventivas.

A estratégia de combate ao câncer deveria iniciar com a prevenção, de forma organizada na atenção básica. Quando identificado um caso suspeito ter uma rede de média complexidade, os SRC, para os exames confirmatórios. Na confirmação do caso suspeita este ser rapidamente encaminhado aos centros de referência de alta complexidade, para a realização de exames mais complexos e diferentes tipos de tratamento. Contudo, essa estratégia ainda carece de um fluxo mais integrado e ágil. A demanda por investimentos é constante, sendo necessário atuar mais na prevenção e promoção da saúde para que se consiga melhorias na saúde pública. Os dados apresentados na presente pesquisa reforçam essa necessidade de investimento na atenção primária e secundária, que é fundamental para a identificação do câncer de colo de útero na sua fase inicial e, assim, atingirmos menores taxas de mortalidade dessa doença.

Devido a essas características do financiamento da saúde brasileiro, há dificuldades de acesso a medidas preventivas e de diagnóstico precoce, principalmente, das camadas mais vulneráveis da população. O país precisa organizar e criar políticas públicas específicas para a população mais atingida pelo câncer de colo útero, devendo ter como meta a educação dessa população, o rastreamento organizado para atuar na prevenção e diagnóstico precoce deste câncer, para assim, diminuir as diferenças no acesso e conseguir melhorar as taxas de cura deste câncer no país.

Especificamente em relação às políticas públicas para as mulheres com câncer de colo uterino temos mais ações governamentais. Há o programa específico para cadastro dos casos, o SISCAN, além de diretrizes brasileiras específicas de como proceder desde o diagnóstico até o tratamento associado a laudos citopatológicos padronizados, o que facilita na homogeneização das condutas no país. O país

também investiu na prevenção primária do principal fator de risco da doença, realizando a vacinação das crianças brasileiras com a vacina contra o HPV. Apesar dos esforços governamentais, ainda apresentamos índices ruins de incidência do câncer de colo de útero.

O câncer de colo uterino sem dúvidas é um problema de saúde pública e tem maior incidência em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. É comprovada a relação entre áreas mais pobres e maior risco de desenvolvimento de neoplasia invasiva de câncer de colo uterino. Portanto, a presença do câncer de colo de útero numa população comprova que existe desigualdade social naquela região. A desigualdade aumenta o risco do desenvolvimento de um câncer, pois, haverá diferenças em acesso a exames e ao diagnóstico precoce.

Mesmo dentro do Brasil há diferentes realidades, com a ocorrência de uma maior porcentagem de casos no Norte e Nordeste do Brasil e menor no Sul do país. Os dados do presente estudo evidenciam o subdesenvolvimento da região sul-capixaba, pois ela apresenta incidências semelhantes às regiões mais carentes do país. Sendo assim, realizar ações focadas na realidade local poderá impactar positivamente nos resultados de políticas públicas.

O presente estudo apresenta limitações por ser um estudo que utilizou dados do RHC do HECI e infelizmente evidenciado falta informações importantes para serem analisados. Reforçado no HECI a importância completude de todos os campos do SIS-RHC para termos bases de dados robusta para pesquisas e organização de políticas públicas para nossa região.

Nesse trabalho, os achados sociodemográficos das mulheres com câncer de colo uterino evidenciam um perfil semelhante entre elas. A grande maioria das mulheres fazem o diagnóstico em fases mais avançadas da doença, necessitam do SUS para realizar o tratamento, são afrodescendentes e de baixa escolaridade. A situação é preocupante, pois, está relacionada à morte prematura e escancara a realidade do subdesenvolvimento da região.

Assim, a baixa escolaridade, a não realização do Papanicolau e a demora na identificação do câncer do colo do útero são fatores que se relacionam e que vão interferir diretamente na taxa de mortalidade dos pacientes. Quanto maior o estágio ao diagnóstico menor será a possibilidade de cura da doença e maior possibilidade de morte. Portanto, devido aos determinantes sociais, do potencial de morte em estádios avançados e da efetividade do Papanicolau, observa-se que as políticas públicas para o enfrentamento dessa patologia devem incluir a implantação de programas de educação da população sobre a doença e programas de rastreamentos organizados.

Diante da triste realidade regional evidenciada pelo estudo, é necessário manter o investimento na vacinação contra HPV, o principal agente causador do câncer de colo de útero. Inclusive com maior informação à população da importância dessa imunização. No entanto, há também a necessidade de criar-se um programa organizado de rastreamento, investir em educação em saúde e tratamento das lesões precursoras do câncer invasivo, com fluxos definidos e ágeis.

Até um programa organizado de rastreamento nacional seja implantado, será iniciado a conscientização do município da necessidade de terem organizado a atenção secundária como os SRC para que a linha de cuidados do câncer esteja completa e facilitada para os casos detectados na atenção primária.

A diminuição da incidência de mortalidade por câncer de colo uterino no Brasil não irá diminuir sem mudanças nas políticas públicas vigentes, que devem estar de acordo com a realidade local e garantia de orçamento público para que elas se efetivem. Só assim conseguiremos ter a desejada equidade, isto é, diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível, e ofertar serviços de saúde de qualidade em função das necessidades regionais.

## REFERÊNCIAS

AKINYEMIJU, T. *et al.* Life-course socioeconomic status and breast and cervical cancer screening: analysis of the WHO's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). **BMJ Open**. London, v. 6, n. 11, e012753, p. 1-11, 2016.

ARAÚJO NETO, L. A.; TEIXEIRA, L. A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.** Belém, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan./abr. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde/Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990, n. 4083939, Seção I, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 170, de 20 de dezembro de 1993**. Estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer. Diário Oficial da União. Brasília, 1993, n. 3352900, Seção I, p. 19753.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 3535, de 2 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União. Brasília, 1998, n. 3535200, Seção I, p. 75.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2439, de 09 de dezembro de 2005**. Institui a política nacional de atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília, 2005a, n. 4017830, Seção I, p. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 741, de 23 de dezembro de 2005**. Define as unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, os centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon) e os centros de referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial da União. Brasília, 2005b, n. 4018148, Seção I, p. 113.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes

Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 2006, n. 4019329, Seção I, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB** [Internet]. Brasília: v. 1, mai. 2011. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria 1473, de 24 de junho de 2011**. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html). Acesso em: 25 jun.2020.

BRASIL. Poder Legislativo. **Lei nº 12732, 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, 2012a, Seção I, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2012b, Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 874, de 17 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013, n. 4074929, Seção I, p. 129.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 140, de 28 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2014a, n. 4078537, Seção I, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189\\_31\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html). Acesso em: 11 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria PRT nº 3992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2017, n. 4096684, Seção I, p. 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria PRT nº 2979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, 2019a, n. 4117532, Seção I, p. 97.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.896, de 31 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União. Brasília, 2019b, Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 306/2020 - CGFAP/DESF/SAPS/MS, de 20 de fevereiro de 2020.** Previne Brasil - Esclarecimento sobre a disponibilização do pagamento no Fundo Nacional de Saúde. Ministério da Saúde - e-Gestor Informação e Gestão da Saúde Básica. Brasília, 2020, p. 1-5.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a câncer journal for clinicians.** v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CÂNCER RESEARCH UK. **HPV: the whole story, warts and all.** London: Câncer Research UK, 2014. Disponível em: <https://scienceblog.cancerresearchuk.org/2014/09/16/hpv-the-whole-story-warts-and-all/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CARVALHO, A. O.R. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da Cancerologia no Brasil.** 2006. 206f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Bens Culturais e Projetos Sociais) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006.

Gastos Federais Em Oncologia. São Paulo: Observatório de Oncologia, 2018. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/gastos-federais-em-oncologia/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

HECI - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. **Relatório de Atividades 2018.** Cachoeiro de Itapemirim: HECI, 2019.

IBRAHIM, A. D. et al. Predictors of cervical cancer being at an advanced stage at diagnosis in Sudan. **Int J Womens Health.**, v. 3, p. 385-389, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010: sinopse do Município de Cachoeiro de Itapemirim/ Espírito Santo.** Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>>. Acesso em 10 jan. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**: Espírito Santo - Panorama. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>>. Acesso em 28mar. 2021.

IBRAHIM, A. D. et al. Predictors of cervical cancer being at an advanced stage at diagnosis in Sudan. **Int J Womens Health.**, v. 3, p. 385-389, 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer do colo do Útero**: histórico das ações. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoes>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020**: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em 30 jan. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Integrador RHC, Registro Hospitalar de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action> Acesso em: 30 jan. 2020.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas On-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em 30 jan. 2020.

International Union Against Cancer. **TNM Classification of Malignant Tumors**. Seventh Edition. New York: Wiley-Liss; 2010.

JEMAL, A. *et al.* **O atlas do câncer**. 2ª ed. Atlanta: American Câncer Society, 2014.

LANDY, R. *et al.* Benefits and harms of cervical screening from age 20 years compared with screening from age 25 years. **British Journal of Cancer**. London, v. 110, n. 7, p. 1841-1846, apr./2014.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C.M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência&SaúdeColetiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

MASCARELLO, K. C. *et al.* Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet] v. 58, n. 3, p. 417-26, 2012. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/594>. Acesso em: 15 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. **Estatísticas de Mortalidade**[Internet]. Brasília: 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ES.def>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MORAZ, G. *et al.* Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3211-3229, 2015.

MWAKA, A. D. *et al.* Social, demographic and healthcare factors associated with stage at diagnosis of cervical cancer: cross-sectional study in a tertiary hospital in Northern Uganda. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, e007690, jan./2016.

NEAL, R. D. *et al.* Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. **British Journal of Cancer**. London, v. 112, Suppl. 1, S92-S107, 2015.

NOGUEIRA-RODRIGUES, A. *etal.* Comparison of adenocarcinoma (ACA) and squamous cell carcinoma (SCC) of the uterine cervix in a sub-optimally screened cohort: A population-based epidemiologic study of 51,842 women in Brazil. **Gynecologic Oncology**. Philadelphia, v. 135, issue2, p. 292-296, 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em: 25 fev. 2020.

PDR. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde** – Espírito Santo [Internet]. Espírito Santo: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153%202020-%20PDR%202020.docx.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2021.

PIETROBON, L.; PRADO, M.L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

RIBEIRO, C.M.; SILVA, G. A. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e20172124, 2018.

ROZARIO, S. *et al.* Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo histológico. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 53, n. 88, p. 1-13, 2019.

SADOVSKY, A. D. I. de *et al.* Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1539-1550, 2015.

SANTOS, R.J.M.; LUIZ, V.R. Transferências federais no financiamento da descentralização. *In*: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROAS, A.C. (Org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Ministério da Saúde, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 169-204.

SILVA, M. J. S. *et al.* Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017.

SILVA, R. C. G. da *et al.* Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 4, p. 695-702, 2018.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 13-31. Jul./2010.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380. 2012.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. **International Journal For Equity In Health**, v. 15, n. 1, p. 136, 2016.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, E.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 351-357. 2012.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, abr./jun. 2015.

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** [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev./2010.

VIRNIG, B. A. *et al.* A matter of race: early-versus late-stage cancer diagnosis. **Health Aff (Millwood)**, v. 28, n. 1, p. 160-168, Jan./Feb.2009.

WALBOOMERS, J. M. *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**. London, v. 189, n. 1, p. 12-19, 1999.

WHO - World Health Organization. **Comprehensive cervical câncer control: guide to essential practice** [Internet]. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf;jsessionid=A5A122AE30EA7B3540A68E4CAD09EBC3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=A5A122AE30EA7B3540A68E4CAD09EBC3?sequence=1). Acesso em: 25 fev. 2020.

WHO - World Health Organization. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all** [Internet]. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf;jsessionid=A5A122AE30EA7B3540A68E4CAD09EBC3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=A5A122AE30EA7B3540A68E4CAD09EBC3?sequence=1). Acesso em: 05 mar. 2021.

WÜNSCH FILHO, V. *et al.* Perspectivas da Investigaçãosobre Determinantes Sociais em Câncer. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-450, 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Ficha de coleta de dados

<b>Ficha de Coleta de Dados</b>	
<b>Dados de Identificação:</b>	
Código do paciente no SISRHC:	
Data de nascimento:	Idade na primeira consulta: ( ) anos
Procedência:	
Grau de Instrução: ( ) nenhuma ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) nível médio ( ) nível superior incompleto ( ) nível superior completo ( ) sem informação	
Raça: ( ) branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena ( ) sem informação	
Histórico de consumo de bebida alcoólica: ( ) nunca ( ) ex-consumidor ( ) sim ( ) não avaliado ( ) não se aplica ( ) sem informação	
Histórico de consumo de tabaco: ( ) nunca ( ) ex-consumidor ( ) sim ( ) não avaliado ( ) não se aplica ( ) sem informação	
Origem do encaminhamento: ( ) SUS ( ) não SUS ( ) veio por conta própria ( ) não se aplica ( ) sem informação	
Custeio do diagnóstico do tumor no hospital: ( ) SUS ( ) plano de saúde ( ) particular ( ) outros ( ) não se aplica ( ) sem informação	
Custeio do tratamento do tumor no hospital: ( ) SUS ( ) plano de saúde ( ) particular ( ) outros ( ) não se aplica ( ) sem informação	
<b>Dados da neoplasia:</b>	
Localização do tumor (CID):	
Estadiamento (TNM): T ( ) N ( ) M ( ) EC ( )	

## APÊNDICE 2– Carta de anuência do HECl



## CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, colaborador do projeto de pesquisa intitulado "ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL-CAPIXABA", autoriza o colaborador do projeto, Dr. José Zago Pulido, a fazer a coleta de dados retrospectivos do Sistema de Informação de Saúde – SISRHC desta Instituição no período de 2010 a 2017, a partir da coleta de informações do RHC (Registro Hospitalar de Câncer) deste hospital, com isenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cachoeiro de Itapemirim, 02 de dezembro de 2019.



Dr Bruno Costa Resende  
Diretor Clínico do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim

Rua Manoel Braga Machado, 02 - Bairro Ferroviários - Fone: (28) 3526-6166  
CEP 29308-065 - Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo

Cód. 1695



## ANEXOS

## ANEXO 1 – Ficha de Registro de Tumor

NOME DA INSTITUIÇÃO		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	03 - TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> 1 - Cartão SUS <input type="checkbox"/> 2 - CPF <input type="checkbox"/> 3 - Identidade (RG) <input type="checkbox"/> 4 - Título de eleitor <input type="checkbox"/> 5 - PIS/PASEP <input type="checkbox"/> 6 - Cartão de nascimento <input type="checkbox"/> 7 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Sem informação		
02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
05 - NOME COMPLETO DA MÃE <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
06 - SEXO <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	09 - LOCAL DE NASCIMENTO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	11 - ESCOLARIDADE NA EPOCA DA MATRICULA <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 3 - Fundamental completo <input type="checkbox"/> 4 - Nível médio <input type="checkbox"/> 5 - Nível superior incompleto <input type="checkbox"/> 6 - Nível superior completo <input type="checkbox"/> 9 - Sem informação	12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
07 - DATA DO NASCIMENTO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	10 - RAÇA / COR DA PELE <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Sem informação	13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBOE) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE			
14 - ENDEREÇO PERMANENTE <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	05 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	19 - CEP DA RESIDÊNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES <input type="checkbox"/> 1 - Sem diag./Sem trat. <input type="checkbox"/> 2 - Com diag./Sem trat. <input type="checkbox"/> 3 - Com diag./Com trat. <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Sem informação	24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Pesquisa clínica <input type="checkbox"/> 3 - Exame por imagem <input type="checkbox"/> 4 - Marcadores tumorais <input type="checkbox"/> 5 - Citologia <input type="checkbox"/> 6 - Histologia da metástase <input type="checkbox"/> 7 - Histologia do tumor primário <input type="checkbox"/> 9 - Sem informação	
22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR			
25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	26 - pTNM <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	27 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
27 - TNM <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			

## ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

 1

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTI NEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- 1- Recusa do tratamento  
 2- Tratamento realizado fora  
 3- Doença avançada, falta de condições físicas ou outras doenças associadas  
 4- Abandono do tratamento  
 5- Complicações de tratamento  
 6- Óbito  
 7- Outras razões  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1- Nenhum  
 2- Cirurgia  
 3- Radioterapia  
 4- Quimioterapia  
 5- Hormonioterapia  
 6- Transplante de medula óssea  
 7- Imunoterapia  
 8- Outras  
 9- Sem informação

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)  
 2- Remissão parcial  
 3- Doença estável  
 4- Doença em progressão  
 5- Suporte terapêutico oncológico  
 6- Óbito  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

37 - ÓBITO POR CÂNCER

- 1- Sim  
 2- Não  
 9- Ignorado

## ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO

- 1- Sim  
 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

- 1- Sim  
 2- Não

## ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

 1  2

## ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1- Solteiro  
 2- Casado  
 3- Viúvo  
 4- Separado judicialmente  
 5 - União consensual  
 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1- Sim  
 2- Não  
 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- 1- Nunca  
 2- Ex-consumidor  
 3- Sim  
 4- Não avaliado  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca  
 2- Ex-consumidor  
 3- Sim  
 4- Não avaliado  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS  
 2- Não SUS  
 3- Vão por conta própria  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

 1  2

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1- Exame clínico e patologia clínica  
 2- Exames por imagem  
 3- Endoscopia e cirurgia exploradora  
 4- Anatomia patológica  
 5- Marcadores tumorais  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

 1  2  3  4

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1- Direita  
 2- Esquerda  
 3- Bilateral  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não  
 2- Sim  
 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)  
 2- Plano de saúde  
 3- Particular  
 4- Outros  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)  
 2- Plano de saúde  
 3- Particular  
 4- Outros  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

## ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

## ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

 1  2  3  4  5  6  7  8  9

DATA COMPLEMENTAR 2

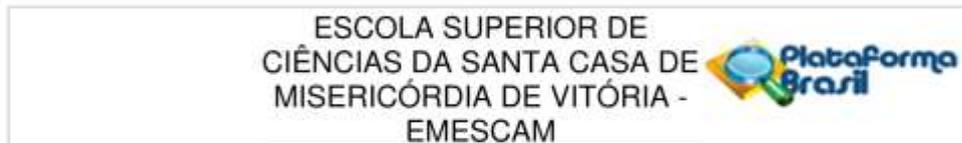
 1  2  3  4  5  6  7  8  9

DATA COMPLEMENTAR 3

 1  2  3  4  5  6  7  8  9



## ANEXO 2- Parecer consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL-CAPIXABA

**Pesquisador:** Jose zago pulido

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26490719.9.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.760.959

**Apresentação do Projeto:**

Acesso ao Tratamento Oncológico de Pacientes em Hospital de Referencia da Região Sul Capixaba

Esse presente estudo visa avaliar como está o acesso ao tratamento no hospital de referência da região sul-capixaba. Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa, que se realizará em três momentos:

- a. No primeiro momento será realizado uma revisão bibliográfica utilizando as seguintes fontes de busca: Pubmed, LILACS, MedLine. As palavras chaves (descritores) utilizadas foram: [Neoplasm, Epidemiology, Delayed Diagnosis, Health Services, Time to Treatment, Public Policy] e o período de busca de 1988 até 2019. Serão selecionados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa.
- b. No segundo momento, efetuaremos uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização da análise.
- c. No terceiro momento será realizado um estudo transversal com coleta de dados retrospectivos que são de domínio público do Sistema de Informação de Saúde – SISRHC do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HEC) no período de 2010 a 2018.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 3.750.959

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GERAL:**

Analisar o acesso de pacientes com diferentes tipos de câncer que buscam atendimento em hospital de referência para tratamento na região sul-capixaba.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Caracterizar o perfil demográfico dos pacientes com câncer tratados em serviço de referência na região sul-capixaba;
- b) Identificar a prevalência dos diferentes tipos de câncer atendidos em serviço de referência na região sul-capixaba;
- c) Conhecer o estadiamento dos diferentes tipos de câncer atendidos e tratados em serviço de referência na região sul-capixaba;
- d) Verificar os tempos médios entre o diagnóstico de neoplasia maligna e a primeira consulta com especialista (tempo 1), entre a primeira consulta com especialista e o início do tratamento (tempo 2) e entre a data do diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico (tempo 3) dos diferentes tipos de câncer atendidos em serviço de referência na região sul-capixaba;
- e) Verificar a influência da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no acesso ao primeiro tratamento oncológico;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O risco da pesquisa é mínimo uma vez que será realizado consulta de dados do registro hospitalar de câncer da instituição.

**Benefícios:**

Espera-se com esta pesquisa encontrar resultados que permitam avaliar se o acesso ao tratamento oncológico na instituição selecionada está atendendo as normativas vigentes na república federativa do Brasil, com ênfase na Lei dos 60 dias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante por se tratar de câncer, uma doença com alto índice de mortalidade global,

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa.  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 3.750.959

sendo a segunda causa de morte por doença no mundo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto retirado por decisão do CEP. Por se tratar de estudo com coleta de informações em banco de dados de domínio público entende-se que dispensa a apreciação por comitê de ética em pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435496.pdf	02/12/2019 18:02:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDO_DE_ISENCAO_DE_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESC_LARECIDO.pdf	02/12/2019 18:02:15	jose zago pulido	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDO_DE_ISENCAO_DE_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESC_LARECIDO.docx	02/12/2019 18:00:16	jose zago pulido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_guarda_chuva.docx	02/12/2019 17:59:59	jose zago pulido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_guarda_chuva.pdf	02/12/2019 17:59:49	jose zago pulido	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_HECI.docx	02/12/2019 17:59:27	jose zago pulido	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_HECI.jpg	02/12/2019 17:59:18	jose zago pulido	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ACESSO.pdf	02/12/2019 17:58:11	jose zago pulido	Aceito

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa.  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.750.959

**Situação do Parecer:**

Retirado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 11 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br