

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

BIBLIOTECA - EMESCAM

FERNANDA PIUMBINI AZEVEDO  
FLÁVIA RESENDE VOLPINI

BIBLIOTECA - EMESCAM

**ANÁLISE DO RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO**

VITÓRIA  
2015

FERNANDA PIUMBINI AZEVEDO  
FLÁVIA RESENDE VOLPINI

**ANÁLISE DO RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM, como requisito  
parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Dr. Aristóteles Maurício  
Garcia Ramos

Coorientador: Dr. Antônio Chambô Filho.

VITÓRIA  
2015

FERNANDA PIUMBINI AZEVEDO  
FLÁVIA RESENDE VOLPINI

**ANÁLISE DO RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO**

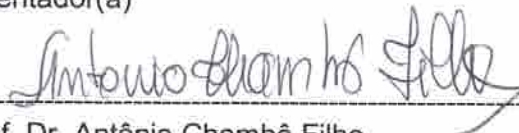
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 26 de NOVEMBRO de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Aristóteles Garcia Ramos  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientador(a)



Prof. Dr. Antônio Chambô Filho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Coorientador



Prof. Eduardo Frizzera Scárdua  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dedicamos a todas as pacientes participantes  
desta pesquisa e seus familiares.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por nos guiar em nossas escolhas.  
Ao Professor Dr. Aristóteles Garcia pela orientação neste trabalho. Ao Professor Dr. Antônio Chambô por toda paciência e disponibilidade que nos foi concedida. Ao Professor Dr. Eduardo Frizzera por aceitar gentilmente participar de nossa banca. A toda equipe de Ginecologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória pela oportunidade para realização desta pesquisa. A Professora Maria das Graças Mattede pelo auxílio.  
E aos nossos familiares pelo apoio e dedicação prestados por todos esses anos.

"O melhor médico é aquele que recebe os que foram enganados por todos os outros"  
(Aristóteles).

## RESUMO

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano. A prevenção dessa doença está baseada no rastreamento da população feminina por meio da detecção precoce de lesões pré-cancerosas, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento eficaz. Este trabalho foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória por meio da aplicação de um questionário em 150 mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral e teve como objetivo analisar a frequência da realização dos exames de rastreio nesta população, bem como comparar com as forças de recomendações atuais do Task Force de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) e/ou com as Diretrizes Brasileiras para o câncer do colo do útero, bem como analisar a frequência da realização dos exames de rastreio nesta população. De acordo com o orientado pela USPSTF e pelas Diretrizes Brasileiras o preventivo deve ser colhido de 3 em 3 anos após dois exames anuais consecutivos negativos. Observou-se que 69,33% da população pesquisada realiza a coleta do colpocitológico (Papanicolau) anualmente contra apenas 1,33% que realizam o exame trienalmente, ou seja, tal população não segue as recomendações e, portanto, não se beneficiam dos resultados das mesmas. Com este trabalho, será possível alertar a população médica e acadêmica a realizar o rastreio sistemático para o câncer do colo do útero, além de propiciar a possibilidade de adoção de medidas corretivas capazes de produzir impacto positivo na saúde da população feminina brasileira.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Papanicolau. Rastreamento. Prevenção.

## ABSTRACT

With approximately 530,000 new cases per year worldwide, cervical cancer is the fourth most common cancer among women, accounting for the death of 265,000 women each year. Prevention of this disease is based on the tracking of the female population through the early detection of precancerous lesions in the accurate diagnosis of the degree of injury and effective treatment. This work was performed at the Hospital Santa Casa Victory Mercy through the application of a questionnaire to 150 women treated at the Clinic of General Gynecology and aimed to analyze the frequency of carrying out the screening tests in this population, and to compare with the forces of current Preventive Services Task Force US recommendations (USPSTF) and / or the Brazilian Guidelines for cervical cancer as well as analyze the frequency of carrying out the screening tests in this population. According to the USPSTF and driven by Brazilian Guidelines preventive must be harvested from 3 in 3 years after two consecutive negative annual exams. It was observed that 69.33% of the population surveyed performs the collection of Pap smear (Pap smear) every year compared to only 1.33% that perform the exam every three years, that is, this population does not follow the recommendations and therefore do not benefit from results thereof. With this job, you can alert the medical and academic population to carry out systematic screening for cervical cancer, as well as providing the possibility of taking corrective measures to produce positive impact on the health of the female population.

Keywords: Cervical cancer. Pap smear. Tracking. Prevention.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Grau de Recomendação e Força de evidência científica descrita com detalhes	12
Quadro 2	Resumo das recomendações e graus de evidência	15
Gráfico 1	Faixa etária	23
Gráfico 2	Estado civil	24
Gráfico 3	Coitarca	24
Gráfico 4	Número de parceiros sexuais	25
Gráfico 5	Uso de camisinha	26
Gráfico 6	Método contraceptivo	26
Gráfico 7	Doenças Sexualmente Transmissível (DST)	27
Gráfico 8	Frequência do exame preventivo	28
Gráfico 9	Frequência do exame preventivo	29
Gráfico 10	Realização de exames complementares	30
Gráfico 11	Dificuldade do acesso ao preventivo	31

## LISTA DE SIGLAS

ACS	American Cancer Society
ACO	Anticoncepcional Oral
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USPSTF	U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
2.1 Local e época de desenvolvimento do estudo.....	20
2.2 Tipo de estudo.....	20
2.3 Critérios de inclusão.....	20
2.4 Critérios de exclusão.....	20
2.5 Aprovação do comitê de ética.....	21
2.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	21
2.7 Elaboração do questionário e validação (pré-teste) .....	21
2.8 Técnica de coleta de dados .....	21
2.9 Técnica de análise de dados.....	21
<b>3 RESULTADO</b> .....	<b>23</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>6 RECOMENDAÇÃO FINAL</b> .....	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>43</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada das células do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o estroma, e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. De acordo com a *International Agency for Research on Cancer*, o câncer do colo do útero, é o quarto tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano (WHO, 2012). O câncer cervical é uma doença evitável e de evolução lenta, com decorrência de longo período desde o surgimento das lesões precursoras até o aparecimento do câncer. Nas fases iniciais do câncer, as células cervicais apresentam alterações características que permitem a sua detecção ao exame microscópico realizado em amostras colhidas no epitélio cervical e endocervical (WHO, 2012).

O rastreio sistemático, ou seja, a procura de lesões pré-cancerosas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva, com o objetivo do diagnóstico precoce é extremamente eficaz na minimização dos efeitos do desenvolvimento deste tipo de patologia (BILRO, 2004). Segundo a *International Agency for Research on Cancer*, tanto a incidência como a mortalidade por esta doença pode ser reduzida com programas organizados de rastreamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza como estratégias o rastreamento da população feminina em busca da detecção precoce de lesões pré-cancerosas; o diagnóstico exato do estadiamento da lesão; e o tratamento adequado.

O teste de Papanicolau é o método utilizado como referência para esta finalidade, apesar de possuir limitações, como a possibilidade de resultados falso-negativos, é um exame relativamente barato, tem fácil aceitação pela população, tem sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (WHO, 2007).

Sabe-se que hoje, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo de útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária, porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o

desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra-epiteliais, faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com outros fatores de risco (ZEFERINO et. al; 2001).

Outros fatores de risco são: o uso de contraceptivos orais (ICESCC, 2009); a multiparidade; grande número de parceiros; iniciação sexual precoce; baixo nível socioeconômico; e tabagismo (B). A idade das mulheres também influencia, pois comprova-se que a maioria das infecções por HPV em pacientes com menos de 30 anos regridem espontaneamente (IARC, 2007). Infelizmente, observa-se que as mulheres com mais fatores de risco para câncer cervical são, também, as que têm menos oportunidade de acesso ao rastreamento, especialmente as mulheres de classes sociais mais baixas (B).

A classificação do grau de recomendação, que corresponde à força de evidência científica do trabalho, foi fundamentada nos centros de medicina baseada em evidências. A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é descrita com detalhes na Tabela 1. As diferenças entre os graus A, B, C e D devem-se, exclusivamente, ao desenho empregado na geração da evidência.

QUADRO 1 – GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DESCRITA COM DETALHES		
Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento / Prevenção – Etiologia
A	1A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados.
	1B	Ensaio clínico controlado e randomizado com intervalo de confiança estreito.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo "tudo ou nada".
B	2A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte.
	2B	Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade).
	2C	Observação de resultados terapêuticos ( <i>outcomes research</i> ). Estudo ecológico.

	3A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle.
	3B	Estudo caso controle.
C	4	Relato de caso
D	5	Opinião de especialistas sem avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou com animais).

Fonte: U.S. Preventive Services Task Force *Issues New Cervical Cancer Screening Recommendations*. U.S. Preventive Services Task Force. January 2014.

As taxas estimadas de incidência e de mortalidade do câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos, com programas de detecção precoces bem estruturados, como os Estados Unidos. Segundo a OMS, com uma cobertura de no mínimo 80% da população-alvo, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que, onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, ampla cobertura, tratamento e seguimento das mulheres, a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% (WHO, 2007).

No Brasil, a taxa de mortalidade devido ao câncer do colo do útero é de 5 mulheres a cada 100 mil (FEBRASGO, 2011). Na análise regional, o câncer do colo do útero se destaca como o mais incidente na região Norte, com 23,6 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 22,2/100 mil e 18,8/100 mil, respectivamente, e é o quarto mais incidente na região Sudeste (10,15/100 mil) e quinto na região Sul (15,9/100 mil) (INCA, 2014).

Em 2010 o Ministério da Saúde, considerando a relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no país e sua magnitude social, instituiu por meio da Portaria nº 310/2010 (BRASIL, 2010) um Grupo de Trabalho, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle desta patologia. Priorização que foi reafirmada em março de 2011, com o

lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. Também em 2011, foi publicada a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero pelo INCA. Dados do Ministério da Saúde revelam que, somente no primeiro semestre de 2011, foram realizados mais de 5,6 milhões de exames de citologia (Papanicolau) no Brasil. Para o público prioritário, mulheres entre 25 e 64 anos, desse total, foram realizadas 4,3 milhões de exames.

Atualmente o Brasil segue as normas presentes nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, de 2011, cuja recomendação é que o rastreamento deste câncer e de suas lesões precursoras seja feito através do exame citopatológico e o intervalo de realização deva ser de três em três anos, após dois exames anuais negativos consecutivos (A). Quanto ao início da coleta, a Diretriz Brasileira, recomenda que seja aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (A). Os exames devem seguir até os 64 anos e, serem interrompidos após essa idade em mulheres que tiveram pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B). Para mulheres com mais de 64 anos, que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B). Tais recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino.

Nos Estados Unidos, a *American Cancer Society* (ACS) indicava o rastreio após o início da atividade sexual. Posteriormente, passou a recomendar que fosse realizado a partir dos 18 anos e, em 2002, passou a adotar três anos depois do início da atividade sexual, com limite máximo aos 21 anos (SMITH, 2011). Em 2009, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) eliminou a regra de três anos depois do início da atividade sexual e passou a recomendar o rastreio apenas a partir dos 21 anos de idade (ACOG, 2009).

Atualmente nos EUA, e de acordo com as atualizações do *U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement* (USPSTF) de 2012, e com suas forças de recomendações (TABELA 1), o exame citopatológico do colo do útero deve ser realizado em mulheres com idade entre 21 e 65 anos, de três em três anos, após duas citologias anuais negativas (A).

A Tabela 2 resume as recomendações e sugestões para a prática clínica feitas pela USPSTF e a correspondência dos graus de evidência.

As recomendações indicam que as mulheres de 30 a 65 anos podem, com segurança, estender o intervalo de rastreio a cada cinco anos se forem submetidas ao teste de HPV em associação com o Papanicolau (A). A USPSTF não recomenda o rastreio para o câncer de colo do útero em mulheres menores de 21 anos, já que existem evidências de que a triagem nessa faixa etária, independentemente do histórico sexual, não reduz a incidência de câncer cervical e mortalidade em comparação com início de triagem a partir da idade de 21 anos (D). As mulheres com mais de 65 anos, que tiveram triagem prévia adequada, e não são de alto risco, também não precisam continuar com o rastreio, pois não há provas de que os benefícios compensam os danos potenciais (D). Também há evidências convincentes de que o rastreamento em mulheres hysterectomizadas, com remoção do colo do útero, não oferece benefícios se a cirurgia não foi devido a lesão pré-cancerosa de alto grau ou por câncer de colo (D). Esta recomendação não se aplica a mulheres diagnosticadas com câncer cervical ou com lesão cervical pré-cancerosa de alto grau, a mulheres expostas ao dietilestilbestrol e nem as mulheres imunocomprometidas.

<b>QUADRO 2 – RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES E GRAUS DE EVIDÊNCIA</b>		
<b>População</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Grau de evidência</b>
Mulheres de 21 a 65 anos (Papanicolau) ou de 30 a 65 anos (Papanicolau + teste de HPV).	A USPSTF recomenda o rastreamento para o câncer cervical em mulheres com idade de 21 a 65 anos com citologia (Papanicolau) a cada 3 anos, ou, para as mulheres idade 30 a 65 anos que querem aumentar o intervalo de triagem, pode ser feita a combinação de citologia e teste de Papiloma Vírus Humano (HPV) a cada 5 anos.	A
Mulheres com menos de 30 anos, teste de HPV.	A USPSTF recomenda a triagem para o câncer cervical com o teste de HPV, isoladamente ou em combinação com a citologia, em mulheres com menos de 30 anos de idade.	D
Mulheres com menos de 21 anos.	A USPSTF não recomenda a triagem para o câncer cervical em mulheres com menos de 21 anos de idade.	D



Mulheres com mais de 65 anos, que fizeram rastreamento adequado.	A USPSTF não recomenda a triagem para o câncer cervical em mulheres com mais de 65 anos de idade que tiveram triagem prévia adequada e não são de alto risco para o câncer cervical.	D
Mulheres submetidas a histerectomia.	A USPSTF não recomenda a triagem para o câncer cervical em mulheres histerectomizadas, com remoção do colo do útero, e que não foi por lesão pré-cancerosa de alto grau (NIC 2 ou 3) ou por câncer de colo.	D

Fonte: U.S. Preventive Services Task Force Issues New Cervical Cancer Screening Recommendations . U.S. Preventive Services Task Force. January 2014.

A USPSTF concluiu que a triagem com citologia mais frequente, do que a cada três anos, confere pouco benefício adicional às mulheres, aumenta a taxa de resultados citopatológicos falso-positivos, e pode gerar grandes danos às pacientes, devido à realização de testes e procedimentos invasivos com efeitos secundários indesejáveis. A avaliação e o tratamento de lesões temporárias com procedimentos invasivos desnecessários, como a colposcopia, biópsia cervical e cirurgias podem causar danos como sangramento vaginal, dor, infecção, incompetência cervical e trabalho de parto prematuro, além de estar associado com danos psicológicos devido a ansiedade e preocupação (VIRGINIA *et al*, 2012).

Dados verificados por Medicina Baseada em Evidências apontam que muitas lesões cervicais pré-cancerosas vão regredir e que outras lesões são indolentes e de crescimento tão lento que não irão se tornar clinicamente importante ao longo da vida de uma mulher, logo, a identificação e tratamento destas lesões constituem o chamado super-diagnóstico. É difícil estimar a magnitude precisa do super-diagnóstico, mas a preocupação com estes justifica-se, pois não se observa qualquer benefício com sua existência, produz vigilância desnecessária, testes de diagnóstico e tratamentos com os danos associados.

Portanto, faz-se necessário uma revisão das múltiplas normas de orientação clínica/consensos recentes que orientem os planos de rastreio e prevenção oncológico do câncer de colo do útero com base nas evidências científicas atuais. A presente pesquisa justifica-se pela contribuição na prevenção e promoção da saúde das mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral do Hospital Santa

Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), pois propiciará a possibilidade de adoção de medidas corretivas capazes de produzir impacto positivo na saúde das usuárias daquele Serviço.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a frequência da realização dos exames de rastreio do câncer de colo do útero das pacientes atendidas no serviço do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a faixa etária das pacientes que realizam o exame preventivo câncer de colo do útero no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV.
- Identificar a idade das pacientes ao realizar o primeiro exame preventivo para o câncer de colo do útero.
- Avaliar os fatores de risco para o câncer do colo do útero presentes nas pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV.
- Comparar o rastreamento realizado no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV com a metodologia descrita pelas Diretrizes Brasileiras e pelas Atualizações da USPSTF.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero é passível de prevenção, e apresenta bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente. A procura de lesões pré-cancerosas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva, com o objetivo do diagnóstico precoce é extremamente eficaz na minimização dos efeitos do desenvolvimento deste tipo de patologia (BILRO,2004).

A abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo do útero continua sendo o rastreamento através do exame preventivo, visto que tanto a incidência como a mortalidade por esta doença podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Em países desenvolvidos conseguiu-se uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2010).

No Brasil não há um cadastro de base populacional consistente, logo, nosso atual sistema não permite identificar mulheres que estão em falta com o rastreamento para convocá-las a repetir ou realizá-los pela primeira vez. Dessa forma, em nosso país ainda predominam os exames realizados de forma oportunista, com a procura espontânea dos serviços de saúde por razões diversas que não a prevenção. Como consequência, a metade dos casos de lesões neoplásicas do colo do útero é diagnosticada em estádios avançados da doença, mantendo elevada a taxa de mortalidade, e sem evidências de reduções significativas nas últimas décadas (VALE et al., 2010).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Local e época de desenvolvimento do estudo

Estudo realizado no Ambulatório de Ginecologia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), localizado na Rua Doutor João dos Santos Neves, 143, Vitória, ES, no período de 11 de setembro de 2014 a 01 de junho de 2015.

### 2.2 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, com base em dados obtidos na aplicação de um questionário fechado em 150 pacientes.

### 2.3 Critérios de inclusão

Pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral, que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e o preenchimento de um questionário (Apêndice A).

### 2.4 Critérios de exclusão

- Mulheres hysterectomizadas, com remoção do colo do útero, cuja cirurgia não foi devido à lesão pré-cancerosa de alto grau ou por câncer de colo.
- Pacientes que se recusaram a responder o questionário.

## 2.5 Aprovação no Comitê de Ética

Para o seu início, o projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) com número de CAAE 35992514.7.0000.5065, em 11 de setembro de 2014.

## 2.6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O TCLE (Anexo A) foi aplicado antes do início da coleta de dados respeitando a participação voluntária das pacientes.

## 2.7 Elaboração do questionário e validação (pré-teste)

O questionário (Apêndice A) foi elaborado pelas autoras do trabalho e validado por meio da aplicação do mesmo em 30 pessoas para verificar sua aplicabilidade. Após sua adequação às dificuldades e dúvidas apresentadas, foi corrigido e aplicado às pacientes. As amostras do pré-teste não foram computadas para análise dos resultados.

## 2.8 Técnica de coleta de dados

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário validado (Apêndice A), aplicado às pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV durante a etapa de coleta de dados do presente trabalho.

## 2.9 Técnica de análise de dados

Toda análise das frequências foi realizada no programa SPSS versão 23.

De acordo com o estado civil considerou-se: pacientes casadas, solteiras, viúvas, em união estável ou em união consensual. Classificou-se união estável como a relação de convivência entre dois cidadãos, que é duradoura e estabelecida com o

objetivo de constituição familiar e união consensual pacientes sem casamento civil ou religioso.

Analisando a paridade considerou-se múltiparas pacientes que referiram ter três ou mais filhos e nulíparas pacientes que informaram não ter filhos.

### 3 RESULTADO

Das 150 pacientes avaliadas obtiveram-se os seguintes resultados analisando a faixa etária: 3 pacientes (2%) com menos de 21 anos; 10 pacientes (6,66%) entre 21 e 29 anos; 30 (20%) entre 30 e 39 anos; 39 (26%) entre 40 e 49 anos; 39 (26%) entre 50 e 59 anos; 17 (11,33%) entre 60 e 65 anos e 12 pacientes (8%) com mais de 65 anos. A idade média das entrevistadas variou de 30 a 59 anos; sendo que 52% estavam na faixa de 40 a 59 anos (GRÁFICO 1).

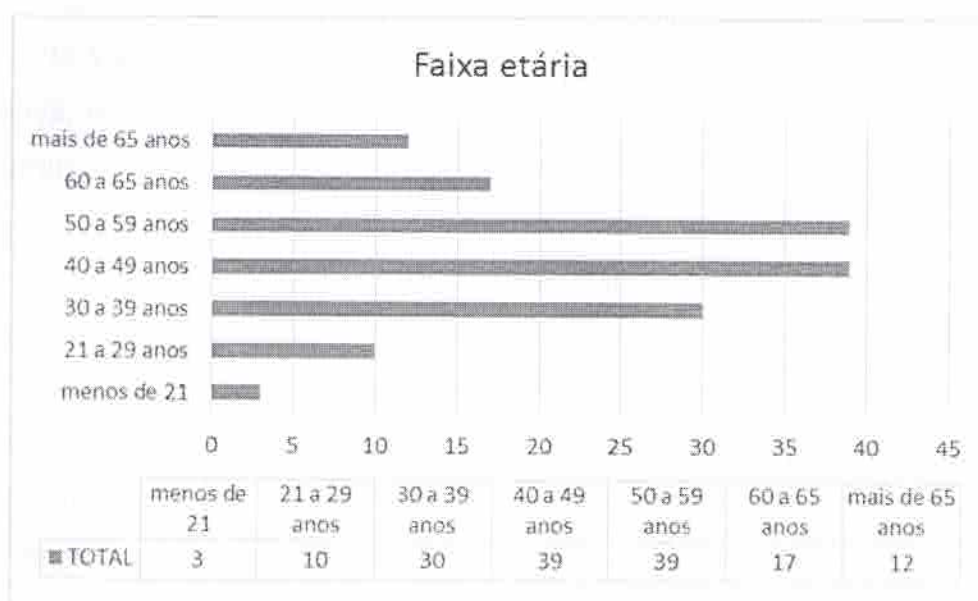


GRÁFICO 1

Quanto ao estado civil, 47,33% das entrevistadas eram casadas, 30,66% solteiras e 7,33% eram viúvas. As demais classificam-se como em união estável (12,66%) e união consensual (2%), ou seja, sem casamento civil ou religioso (GRÁFICO 2).



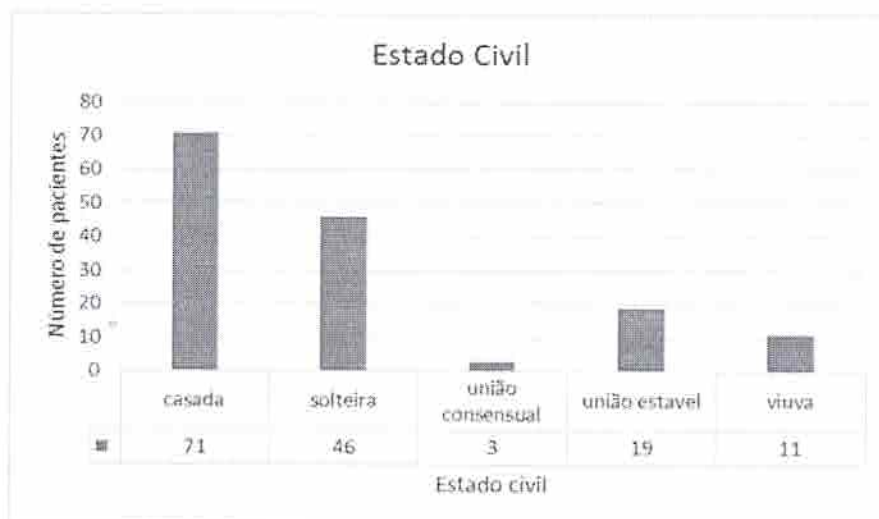


GRÁFICO 2

Do ponto de vista da saúde reprodutiva, a maioria das mulheres informou ter vida sexual ativa, resultando de 68% (102 mulheres) contra apenas 32% (48 mulheres) que negaram atividade sexual.

No que concerne a idade de iniciação sexual (coitarca) obteve-se dados relevantes quanto à precocidade sexual (GRÁFICO 3), pois a amostra configurou-se de 96 mulheres (64%) que iniciaram atividade sexual antes de 19 anos de idade, sendo que, dessas mulheres, 59 (39,33%) tiveram a primeira relação entre 16 e 18 anos. Outras 23 mulheres (15,33%) relataram coitarca entre 21 e 25 anos; e apenas 6 (4%) afirmaram ter iniciado atividade sexual após os 25 anos de idade.

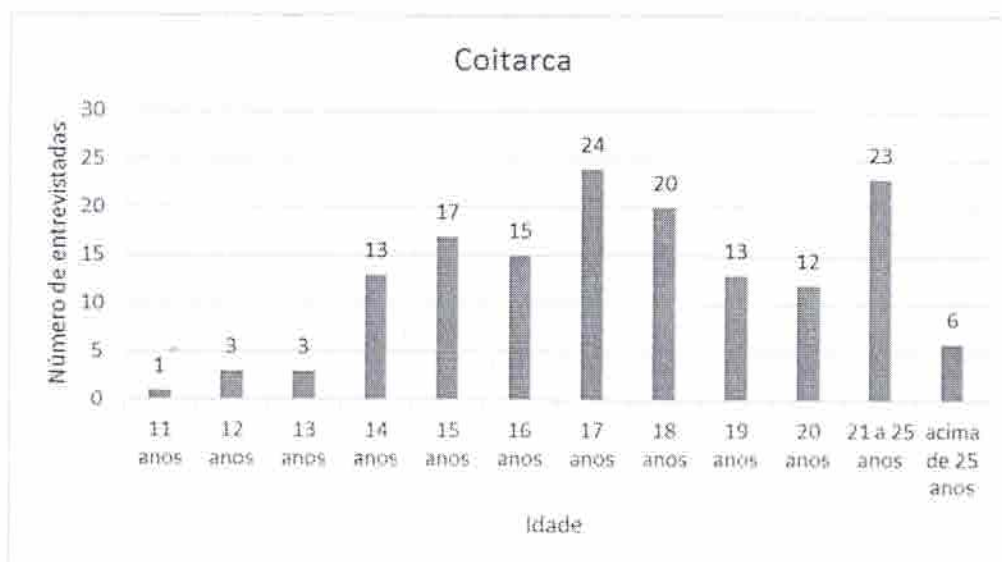


GRÁFICO 3

Em relação ao número de parceiros sexuais (GRÁFICO 4), 64% das pacientes analisadas informaram ter tido, ao longo da vida, apenas 1 ou 2 parceiros sexuais; 23,33% relataram 3 a 5 parceiros no decorrer da vida; 8,66% relataram 6 a 10 parceiros e 3,33% alegaram já ter tido relação com 10 ou mais parceiros.



GRÁFICO 4

O GRÁFICO 5 mostra a relação das 150 participantes do estudo ao uso da camisinha (condom). Observa-se que somente 21 (14%) pacientes pesquisadas afirmaram fazer uso de camisinha em suas relações sexuais, enquanto 111 (74%) alegaram nunca usar este método de barreira e 18 (12%) afirmaram usar somente às vezes. Pode-se afirmar, portanto, que 129 mulheres, ou seja, cerca de 86% da amostra, afirmaram não utilizar camisinha sistematicamente em suas relações sexuais.



GRÁFICO 5

Quando questionadas sobre utilização de métodos contraceptivos (GRÁFICO 6), 32 mulheres (21,33%) analisadas afirmaram usar anticoncepcional oral; 2 informaram o uso do anticoncepcional injetável; e outras 2 alegaram fazer uso do Dispositivo Intra-Uterino (DIU). Todavia, vale ressaltar que ao responderem a pergunta a respeito da realização de cirurgias ginecológicas, 38 pacientes afirmaram ter realizado ligadura de trompa.

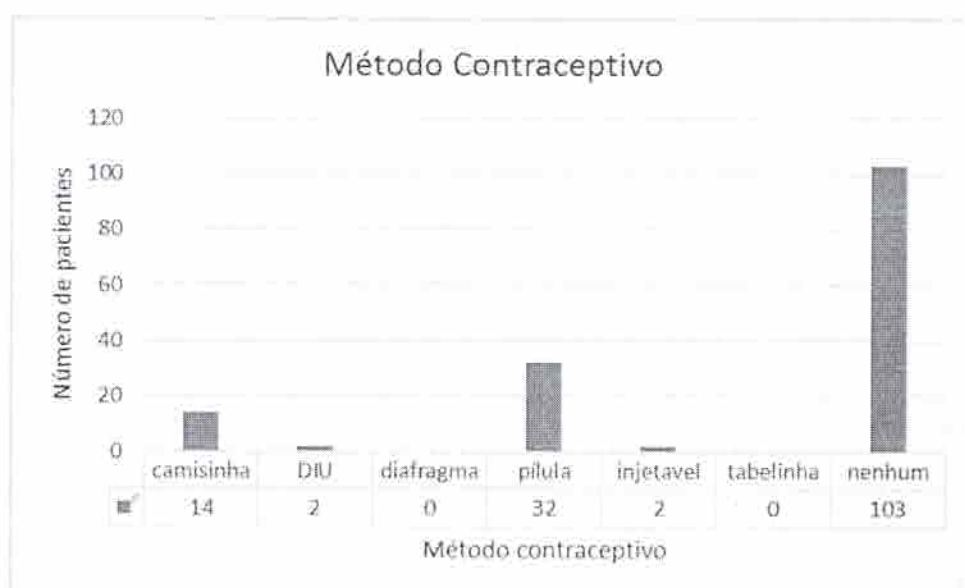


GRÁFICO 6

Apesar de observada pouca importância quanto a proteção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), 88,66% pacientes, ou seja, 133 investigadas, alegaram nunca ter contraído nenhuma das doenças listadas no questionário (sífilis, gonorreia, herpes genital, HPV, HIV, Hepatite B e/ou C).

O GRÁFICO 7 mostra que dentre as doença supracitadas, o HPV foi a DST mais prevalente. Das 17 mulheres que relataram DSTs, 35,29% delas já contraíram HPV; 29,4% afirmaram histórico de herpes genital; 17,6% de sífilis; 11,7% de gonorreia e 5,88% afirmou ser portadora do vírus HIV.

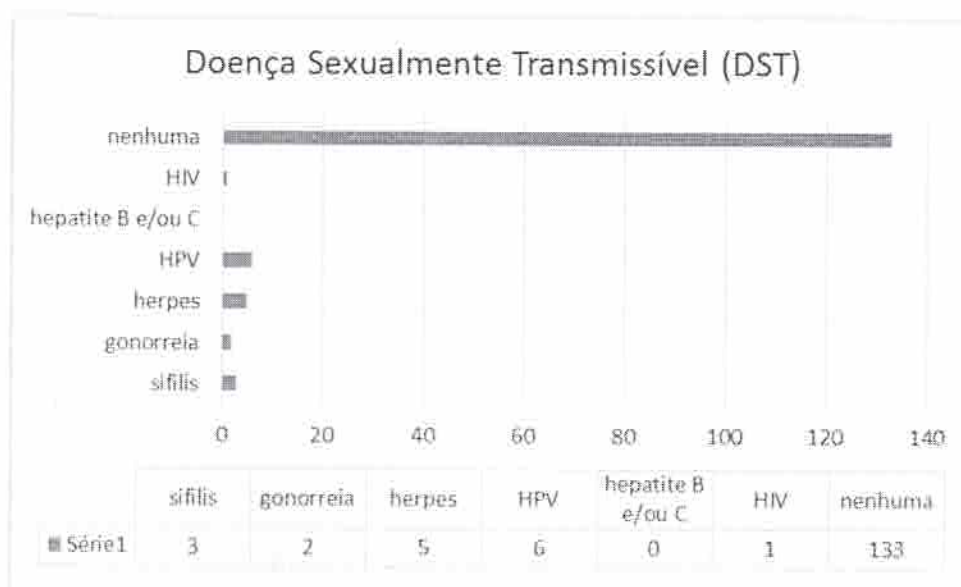


GRÁFICO 7

No que diz respeito a prática do exame preventivo (colpocitológico), também conhecido como Papanicolau, 9 mulheres questionadas afirmaram nunca ter realizado este exame. Analisando a faixa etária deste grupo observou-se: 2 pacientes menores de 21 anos; 2 com idade entre 21 e 29 anos; 3 com idade entre 30 e 39 anos; e outras 2 maiores de 40 anos.

Dentre as 141 pacientes que relataram já ter feito o exame preventivo do colo do útero, 74 delas (49,33%) colheram seu primeiro preventivo antes dos 25 anos, sendo 53 destas (35,33%), antes dos 21 anos de idade.

Analisando a faixa etária das 9 pacientes que afirmaram nunca ter realizado o exame Papanicolau observou-se: 2 pacientes menores de 21 anos; 2 com idade entre 21 e 29 anos; 3 com idade entre 30 e 39 anos; e outras 2 maiores de 40 anos.

Quanto a frequência do exame preventivo (GRÁFICO 8), verificou-se que 104 mulheres (69,33%) realizam o exame preventivo para o câncer do colo do útero anualmente; 12 pacientes relataram realizar o exame a cada 2 anos, o que corresponde a 8% do total; 3 mulheres (2%) realizam o exame de 3 em 3 anos; 19 (12,66%) realizaram o seu último Papanicolau há mais de 3 anos; e 4 (2,66%) pacientes realizam de 6 em 6 meses.

Em relação as 3 pacientes estudadas com idade menor que 21 anos, todas elas tinham vida sexual ativa, mas apenas 1 delas alegou colher preventivo anualmente, enquanto as outras 2 nunca colheram o exame. Em relação as 12 pacientes acima de 65 anos que participaram da pesquisa, 9 delas colhem exame preventivo anualmente, sendo que apenas 1 dentre elas poderia ser julgada como paciente de alto risco devido a seu histórico de um exame preventivo alterado com necessidade de biópsia complementar.

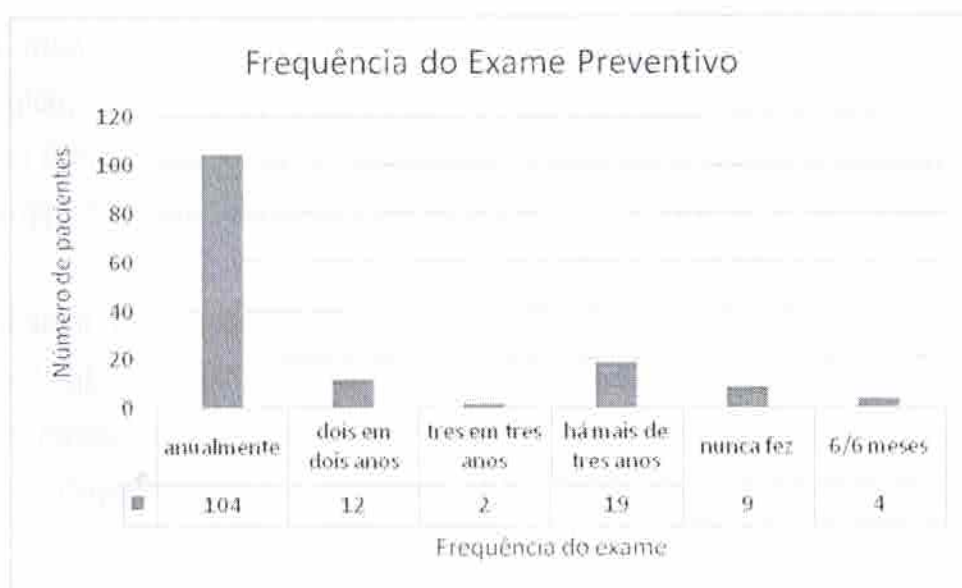


GRÁFICO 8

Quanto ao perfil obstétrico, observou-se uma porcentagem significativa de 43,33% pacientes múltiparas (65 mulheres). Apenas 17 mulheres afirmaram não ter filhos (nulíparas), caracterizando 11,33% das investigadas. Outras 29,33% afirmaram ter dois filhos; e 16% alegaram apenas um filho (GRÁFICO 9).

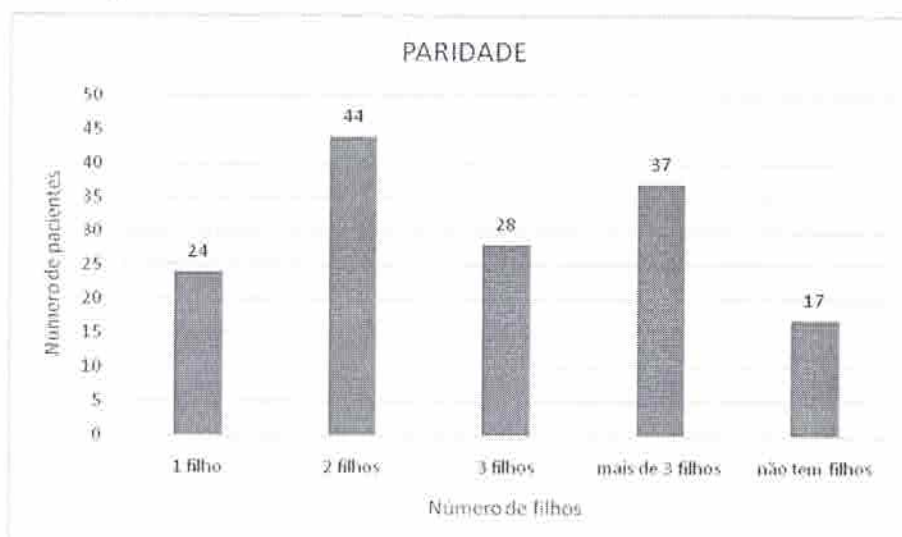


GRÁFICO 9

Somado a multiparidade, outros fatores de risco para o câncer de colo do útero também foram avaliados e obteve-se o seguinte resultado: 49 pacientes investigadas (32,6%) relataram histórico familiar (parentes de 1º ou 2º grau) de câncer ginecológico; 12 mulheres questionadas (8%) alegaram tabagismo, e todas afirmaram fumar há mais de 10 anos. Das 12 pacientes tabagista obteve-se que: 10 delas fumam 5 cigarros ou mais por dia.

Em relação a realização de exames complementares (colposcopia, biópsia e/ou conização) observou-se, como demonstrado no GRÁFICO 10, que 20% das pacientes pesquisadas já realizaram exames complementares devido ao resultado alterado do Papanicolau.

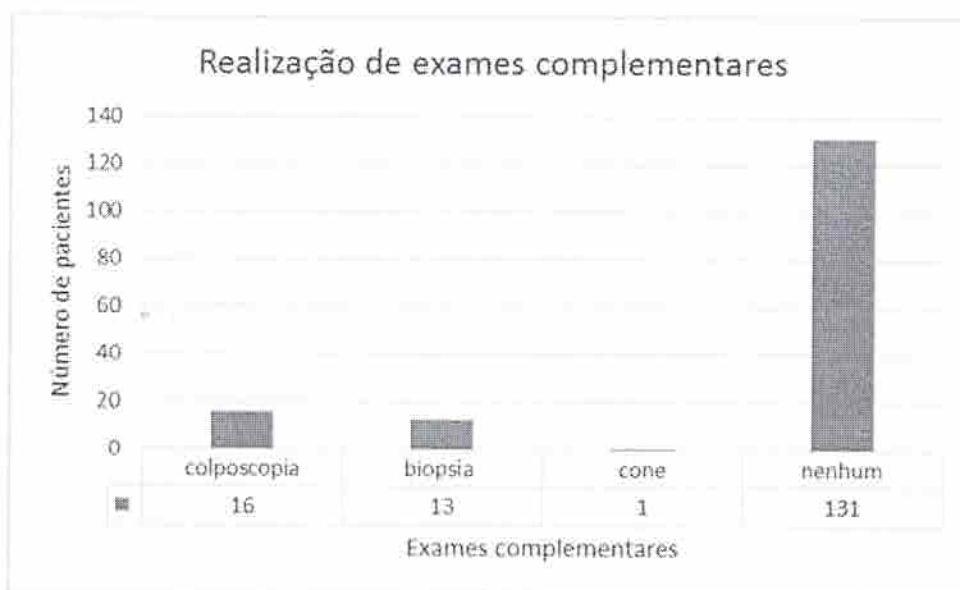


GRÁFICO 10

Ao serem perguntadas sobre facilidade ou dificuldade com relação ao acesso para a realização do exame preventivo, 51 pacientes (34%) responderam considerar difícil o acesso, e citaram como principais barreiras para a realização do exame colpocitológico problemas de natureza social.

Como mostra o GRÁFICO 11, dentre os problemas relatados, a queixa mais prevalente, com 43%, foi a dificuldade para marcar as consultas com o ginecologista. Outros problemas citados foram: descaso por parte dos médicos ou a falta deles, a falta de estrutura dos postos de saúde de sua região e o excesso de burocracia no atual sistema de saúde.

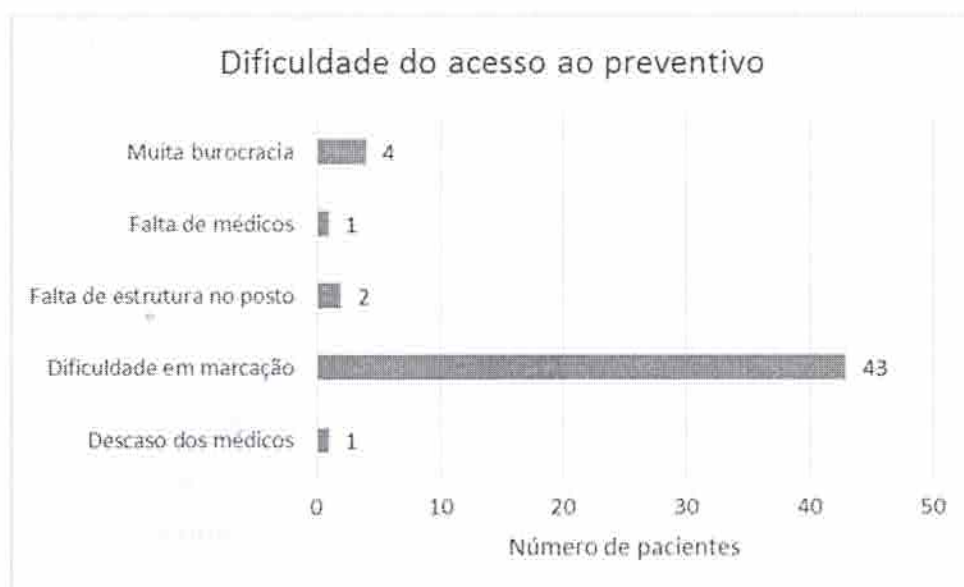


GRÁFICO 11



## 4 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como propósito analisar, através da comparação com a metodologia descrita para o rastreio de câncer de colo de útero das Diretrizes Brasileiras e Americanas e das atualizações da USPSTF (2012), o conhecimento, a atitude e a prática da prevenção do câncer de colo do útero, tendo como objeto de estudo, as mulheres atendidas no serviço de ginecologia geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), estabelecendo uma discussão pertinente aos resultados encontrados e as normas ditadas na metodologia baseada em evidências.

Observou-se que a maioria das mulheres estudadas tinha entre 30 a 59 anos e estava no ambulatório aguardando consulta de rotina com o ginecologista para coleta do Papanicolau, e muitas demonstraram pouco conhecimento sobre a importância do exame de prevenção do câncer do colo do útero e sua relação com a detecção precoce do respectivo câncer.

Nos EUA, e de acordo com as atualizações publicadas em 2012 pela USPSTF, o exame citopatológico do colo do útero deve ser realizado em mulheres com idade entre 21 e 65 anos, de três em três anos, após duas citologias anuais negativas. Não é recomendado o rastreio em mulheres menores de 21 anos, independente do histórico sexual, e as mulheres com mais de 65 anos, que tiveram triagem prévia adequada, e não são de alto risco, não precisam continuar com o rastreio.

A Diretriz Brasileira, diferente das recomendações da USPSTF, recomenda que a idade para o início da coleta do Papanicolau seja aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, e os exames devem seguir até os 64 anos, quando podem ser interrompidos após dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Na amostra entrevistada, 53 mulheres colheram seu primeiro preventivo antes dos 21 anos, e 7 mulheres acima de 21 anos, com vida sexual ativa, ainda não haviam colhido seu primeiro preventivo, ou seja, 40% mulheres estavam em desacordo com

o preconizado pelas forças Americanas, enquanto 52,66% estava em desacordo com as Diretrizes Brasileira, pois 74 afirmaram coleta do primeiro preventivo antes dos 25 anos e outras 5 mulheres afirmaram ter mais de 29 anos e vida sexual ativa porém ainda não haviam coletado seu primeiro preventivo.

A maioria dos fatores de risco identificados para o câncer de colo de útero está relacionado aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Ao longo da vida, a mulher pode estar exposta a diversos fatores de risco para o câncer cérvico uterino, como: idade precoce da primeira relação sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, lesão genital pelo HPV, o uso de contraceptivos hormonais orais, tabagismo, e infecções genitais de repetição.

Na amostra analisada o uso de anticoncepcional oral (ACO) foi um fator de risco muito prevalente, pois 21,33% das entrevistadas afirmaram fazer uso deste método contraceptivo. As mulheres que usam contraceptivos orais, por um período ininterrupto maior que cinco anos, integram a condição de um risco maior de desenvolvimento do câncer de colo, visto que estes agem direta ou indiretamente sobre o epitélio do colo uterino, propiciando pequenas alterações que, com o passar do tempo, se não tratadas, podem resultar no câncer do colo do útero. No entanto, a exata natureza desta associação permanece incerta (MINISTÉRIO DA SAÚDE BR. INCA, 2011).

Somado a isto, 68,75% das mulheres analisadas que fazem uso de ACO informaram não utilizar métodos de barreira (camisinha), o que poderia aumentar sua exposição às doenças sexualmente transmissíveis, e conseqüentemente, ao câncer de colo uterino.

Em relação à coitarca, 96 mulheres (64%) relataram início da vida sexual antes dos 19 anos de idade. De acordo com o Ministério da Saúde, a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos e a iniciação sexual precoce é aquela que se inicia durante este ciclo de vida.

Esta tendência de antecipação da iniciação sexual traz maior preocupação, pois, a imaturidade dos tecidos genitais é fator facilitador para o desenvolvimento do HPV e,

consequentemente, para o câncer de colo uterino. Estudos apontam para uma alta vulnerabilidade das adolescentes ao HPV e atribuem esta vulnerabilidade à maior exposição da zona de transformação da cérvix (junção escamocolunar) durante a adolescência do que na vida adulta. É nesta zona que as células colunares podem sofrer metaplasia escamosa, sendo mais suscetível à infecção por agentes patogênicos de transmissão sexual, como o HPV, e é a área a partir da qual se origina a maior parte das lesões precursoras e carcinomas cervicais (LONGATTO et al, 2003). Na análise da precocidade da prática sexual como fator de risco para o aumento da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, constatou-se que a precocidade sexual, aproxima as mulheres de problemas da esfera infecciosa. Reforçando esta afirmação, observou-se no estudo que das pacientes que afirmaram história prévia de DST 64,7% referiram também coitarca antes dos 19 anos de idade.

BIBLIOTECA - EMESCAM

A baixa adesão ao uso da camisinha e a multiplicidade de parceiros sexuais também são fatores de risco para DSTs, como o HPV, e consequentemente, para o câncer de colo uterino. Como pode ser observado nas mulheres investigadas, a grande maioria (86%) afirmou não utilizar camisinha sistematicamente em suas relações sexuais, e que, pouco mais de um terço delas (36%) referiu ter tido três ou mais parceiros sexuais ao longo da vida.

Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir o Papilomavírus Humano ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV. Comparando-se esse dado com a incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero, conclui-se que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino (WHO, 2002).

Quanto à paridade, quase metade (43%) da população analisada foi classificada como múltiparas. Sabe-se que a multiparidade é considerada outro fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Mulheres com 7 ou mais gestações apresentam um risco de 3,9 vezes maior quando comparadas com mulheres nulíparas. A explicação possível seria o trauma a cérvix durante o parto,

ou o aumento da susceptibilidade à infecção resultante da imunossupressão, influencias hormonais e deficiências dietéticas. Embora não seja suficientemente comprovada (BURD 2003; MUÑOZ et al.2003).

Acredita-se que muitas dessas mulheres múltiparas tenham relações sexuais desprotegidas, tornando-as mais expostas ao HPV, além disso, alguns estudos mostram que as alterações hormonais durante a gravidez podem tornar as mulheres mais susceptíveis à infecção por este vírus e ao desenvolvimento do câncer (ONCOGUIA, 2014).

A relação do tabagismo como importante fator causal para o câncer do colo uterino já é bastante conhecida. Este estudo evidenciou que, das mulheres estudadas que usavam cigarro, todas fizeram uso por mais de dez anos. Pesquisa realizada em 2002, em uma clínica de colposcopia nos Estados Unidos da América (EUA), mostrou que das 250 mulheres submetidas aos exames de Papanicolau alterados ou com diagnóstico prévio de câncer do colo do útero, 98 (39%) eram fumantes, considerado um percentual elevado (DIÓGENES et al., 2012).

Concentrações elevadas de cotinina e nicotina, metabólicos do cigarro, têm sido detectadas no muco do canal cervical. Sugere-se que estas substâncias exercem efeito carcinogênico direto, e tenham ainda ação cocarcinogênica. O fumo parece desempenhar papel imunossupressor, modificando de maneira acentuada os mecanismos de defesa imunológica do colo por alteração das concentrações de linfócitos T4 e T8 (DIÓGENES et al., 2012). Além disto, epitélio cervical das fumantes tem número menor de células de Langerhans do que as não-fumantes, facilitando as lesões virais, que seriam o primeiro passo no processo de carcinogênese, que de outra maneira necessitaria de tempo mais longo para ter impacto sobre o risco de câncer de colo uterino (JOSEFSSON AM, et al., 2000). Segundo Lion nenhuma outra medida teria tanto impacto na redução da incidência do câncer como a eliminação do tabagismo (LION E, 2008).

Com relação à frequência da prática do Papanicolau verificou-se que a grande maioria das mulheres investigadas (69,33%) realiza anualmente o exame preventivo. Comparando os dados obtidos com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero de 2011, constata-se que o perfil das pacientes diverge

muito da recomendação nacional. Como já foi dito, na Diretriz Brasileira, é preconizado que se inicie o rastreamento após 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram a vida sexual e que seja realizado de 3 em 3 anos, após 2 exames anuais negativos consecutivos, seguindo assim até os 64 anos quando poderão ser interrompidos caso haja dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Segundo a Diretriz, a incidência do câncer do colo do útero em mulheres de até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estágio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los. Esses dados explicariam porque a antecipação do início do rastreamento dos 25 para os 21 anos, como preconizado nos EUA, tem impacto muito limitado e avaliado como não vantajoso.

A coleta de exame preventivo a intervalos anuais aponta para um grande contingente de exames desnecessários, sobrecarregando os serviços de saúde e onerando o sistema. Dados verificados por Medicina Baseada em Evidências apontam que muitas lesões cervicais pré-cancerosas vão regredir e que outras lesões são indolentes e de crescimento tão lento que não irão se tornar clinicamente importante ao longo da vida de uma mulher. O rastreamento citológico anual em mulheres na menopausa, por exemplo, pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, gerando ansiedade na paciente e procedimentos diagnósticos desnecessários.

No presente estudo, todas as pacientes estudadas que afirmaram histórico de exame complementar (colposcopia, biópsia e/ou conização) devido a resultado alterado do Papanicolau, faziam coleta anual do exame.

Vale ressaltar também, que dentre as 12 pacientes acima de 65 anos que participaram da pesquisa, 9 delas afirmaram continuar com a coleta e, ainda, colher o anualmente, sendo que apenas 1 dentre elas poderia ser julgada como paciente de alto risco devido ao seu histórico de um exame preventivo alterado com a necessidade de biópsia complementar. Portanto, de acordo com as diretrizes Brasileiras e Americanas, dentre estas 12 pacientes estudadas, pelo menos 8 delas fazem coleta anual de preventivo desnecessariamente.

De acordo com a Current Recommendation for Cervical Cancer Screening – USPSTF 2012 – o início precoce do rastreio do câncer e sua frequência com intervalo menor que três anos através do Papanicolau, representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, consideradas não precursoras, que têm grande probabilidade de regressão espontânea e resultariam em um número significativo de colposcopias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários que podem causar danos a mulher.

Por isso, visto que o câncer de colo uterino é uma doença de evolução lenta e que demora anos para passar da fase precursora para a fase invasiva, a realização anual deste exame não tem fundamento teórico. Verifica-se então a ocorrência de uma desproporção, em que o custo financeiro para o município é desnecessário e para as mulheres a realização anual deste exame não interfere no diagnóstico precoce, apenas aumenta a exposição da paciente a um exame tido como invasivo e constrangedor.

## 5 CONCLUSÃO

Este trabalho analisou uma amostra da população de pacientes atendidas no serviço de Ginecologia Geral do HSCMV quanto a frequência da coleta do exame preventivo e concluiu que a grande maioria realiza rastreamento anual, portanto, não segue a metodologia proposta pelas Diretrizes Brasileiras, e, muito menos, o preconizado pelas recomendações da USPSTF.

Com relação a idade das mulheres estudadas, obteve-se que a maioria delas se encontrava na faixa etária de 30 a 59 anos, com idade média de aproximadamente 47 anos.

A pesquisa mostrou que, em relação a idade de início da coleta do Papanicolau, mais de um terço das pacientes colheram seu primeiro preventivo com idade igual ou inferior a 21 anos, e, portanto, estavam em desacordo com o preconizado pela USPSTF e quase metade das mulheres analisadas se apresentaram em desacordo com a Diretriz Brasileira, já que iniciaram a coleta antes dos 25 anos, e/ou antes de ter iniciado a vida sexual.

Analisando os fatores de risco para o câncer do colo do útero presente na amostra estudada, notou-se que o mais prevalente foi a precocidade da iniciação sexual, presente em 64% da população avaliada. Outros fatores de risco encontrados, em ordem de importância foram: multiparidade (43,33%); 3 ou mais parceiros sexuais (36%); uso de ACO (21,33%); DST prévia (11,33%), sendo que, deste último grupo 4% relataram infecção prévia pelo HPV; tabagismo (8%).

## 6 RECOMENDAÇÃO FINAL

No Brasil ocorre a procura ocasional dos serviços de saúde por parte da população feminina, o que leva à realização da triagem de forma não adequada às normas estabelecidas pelas diretrizes. Esta procura ocasional, ou rastreamento oportunístico, não é eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero e tem como característica a baixa cobertura e o super-diagnóstico.

Para que tenha sucesso, é necessário que o programa de rastreamento seja organizado e definido como um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade específicas. A realização do exame Colpocitológico da forma proposta na diretriz Brasileira resultará na possibilidade de se reduzir os fatores que atrasam o diagnóstico inicial da neoplasia em fase intra-epitelial, a fim de contribuir significativamente na redução de doenças em estágios avançados.

Espera-se que os resultados deste estudo possam trazer subsídios para orientar e definir ações nas Unidades de Saúde, em especial no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV, visando orientar e alertar os profissionais médicos ginecologistas e obstetras a seguir a metodologia descrita pelas Diretrizes Brasileiras para a Prevenção do Câncer do Colo do Útero e orientar suas pacientes, a fim de realizar um rastreamento mais abrangente e também reduzir a necessidade da realização exames mais invasivos e desnecessários, consequências do super-diagnóstico.



## REFERÊNCIAS

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

BILRO, Marie Ercília; **Medidas preventivas em oncologia**. In enfermagem oncológica. ISBN 972-8485-41-7, p.41-48. Coimbra, 2004

BRASIL. Portaria n. 310, de 10 de fevereiro de 2010. Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0310\\_10\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0310_10_02_2010.html). Acesso em: 16 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer de Colo do útero**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BURD, M. E. **Human Papilomavírus and cervical câncer**. Clin Microbiol.,16, p.1-17. 2003.

DIÓGENES MAR, CESARINO MCF, JORGE RJB, QUEIROZ INB, MENDES RS. **Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame papanicolau entre trabalhadoras de enfermagem**. 2012 [cited 2012 June 20]; 13(1):200-10. Disponível <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/31/27>. Acesso em: 20 de fev. de 2015.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **INCA lança novas diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Disponível em: <http://febrasgo.org.br>. Acesso em 29 de mar. De 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2014. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Fatores de risco do câncer de colo do útero**. Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-colo-do-utero/1370/31>. Acesso em: 25 de jun. de 2015.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses**. Lyon: WHO; IARC, p. 636. 2007.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER (ICESCC). **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**. Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, abr. 2009.

JOSEFSSON AM, MAGNUSSON PK, Ylitalo N. **Viral load of human papilloma virus 16 as a determinant for development of cervical carcinoma in situ: a nested case-control study**. 355:2189-93. 2000.

LION E, A. **Tabaco e a saúde feminina**. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em <http://actbr.org.br>. Acesso em: 10 jul. de 2015.

LONGATTO Filho A, Etlinger D, Gomes NS, Cruz SV, Cavaliere MJ. **Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos**. Rev Inst Adolfo Lutz 2003; 62 (1): 31-34.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F. X.; SANJOSÉ, S. et al. **Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical câncer**. N Engl J Med. 348(6), p.518-27, 2003.

SMITH RA *et al.* **Cancer screening in the United States: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening**. CA Cancer J Clin. 2011; 61(1):8-30. 2011.

VALE DBAP, MORAIS SS, PIMENTA AL, ZEFERINO LC. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil**. Cad Saúde Pública 2010; 26:383-90.

VIRGINIA A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. **Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement**. 2012.

ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. **Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil**. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.) Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control. Knowledge into action. guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: [www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf](http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf). Acesso em: 02 de jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. **Human papillomavirus and related cancers in Brazil**. Summary Report. 2010. Disponível em: [www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre). Acesso em: 20 jul. 2014).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.** Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Acesso em: 17/06/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### ANÁLISE DO RASTREIO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Convidamos a Senhora para participar de uma pesquisa, como voluntária. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine o final deste documento. Em caso de dúvida, a senhora poderá procurar o Setor de Ginecologia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, situado na rua Dr. João dos Santos Neves, número 143, Vila Rubim, Vitória/ES, CEP: 29018-180 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou este trabalho no seguinte telefone: (27)3334-3586; ou ainda por e-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br).

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto de pesquisa: "Análise do Rastreamento de Câncer de Colo do Útero em mulheres atendidas no Ambulatório de um Hospital Filantrópico".

Objetivos da pesquisa: analisar a frequência da realização dos exames de rastreamento do câncer do colo do útero das pacientes atendidas no serviço do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e comparar com a metodologia descrita para o rastreamento preconizada pelas Diretrizes Brasileiras e Americanas.

Riscos: a participação nesta pesquisa não envolve riscos.

Benefícios: a participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes. Beneficiará a população, futuramente, por contribuir para a melhoria do acompanhamento prestado as pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral.

Custo/Reembolso para a paciente: a paciente não terá gastos adicionais por participar da pesquisa e nem receberá qualquer tipo de reembolso ou gratificação devido a sua participação neste estudo.

Confidencialidade da pesquisa: é garantido o sigilo que torna segura a privacidade da paciente em relação aos danos confidenciais, divulgando somente os dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informada e esclarecida pelos pesquisadores sobre a pesquisa a ser desenvolvida, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Vitória, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da voluntária

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

**ANEXO B - Carta de anuência**

Eu, Dra Cristiana Costa Gomes, diretora técnica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, autorizo a realização de entrevistas e coleta de dados para o projeto de pesquisa “Análise do Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres Atendidas no Ambulatório De Um Hospital Filantrópico”, no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV. O pesquisador responsável será Dr Aristóteles Maurício Garcia Ramos. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.**



---

Dra. Cristiana Costa Gomes

Diretora técnica do HSCMV de Vitória – ES

**ANEXO C - Carta de anuência**

Eu, Dr. Flávio Takemi Kataoka, diretor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória– ES, autorizo a realização de entrevistas e coleta de dados para o projeto de pesquisa “Análise do Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres Atendidas no Ambulatório De Um Hospital Filantrópico”, no Ambulatório de Ginecologia Geral do HSCMV. O pesquisador responsável será Dr Aristóteles Maurício Garcia Ramos. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.**



---

**Dr. Flávio Takemi Kataoka**

**Diretor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória– ES**

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO: RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO****RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

O questionário abaixo faz parte de um Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina, que está estudando como é realizado o rastreamento do Câncer do Colo do Útero no ambulatório de ginecologia geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

**1. IDADE**

- menos de 21 anos
- 21 à 29 anos
- 30 à 39 anos
- 40 à 49 anos
- 50 à 59 anos
- 60 à 65 anos
- mais de 65 anos

**2. ESTADO CIVIL**

- Casada
- Solteira
- União consensual
- União estável

**3. TEM VIDA SEXUAL ATIVA?**

- Sim
- Não

**4. COM QUE IDADE INICIOU SUA VIDA SEXUAL (COITARCA)?**

\_\_\_\_\_ anos.

**5. FAZ USO DE CAMISINHA?**

- Sim
- Às vezes
- Não

**6. QUANTOS PARCEIROS SEXUAIS JÁ TEVE EM SUA VIDA?**

- 1 a 2
- 3 a 5
- 6 a 10
- 10 a 15

- 15 a 20  
 mais de 20

7. JA TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

- Sífilis  
 Gonorréia  
 Herpes  
 HPV  
 Hepatite B  
 Hepatite C  
 Cancro mole  
 Nenhuma

8. PARIDADE:

- 1 filho  
 2 filhos  
 3 filhos  
 Mais de 3 filhos  
 Não tem filhos

9. UTILIZA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?

- Camisinha (condom)  
 DIU  
 Diafragma  
 Pílula  
 Injetável  
 Tabelinha (ogino knaus)  
 Nenhum

10. JÁ REALIZOU ALGUM TIPO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA?

- Mama  
 Útero /  Cesariana  
 Ovário  
 Vagina  
 Nenhuma

11. FAZ EXAMES PREVENTIVOS DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU)?

- Sim  
 Não

12. REALIZOU O PRIMEIRO EXAME PREVENTIVO COM QUE IDADE?

anos. /  Nunca fez.



13. DEVIDO A LESÃO NO COLO DO ÚTERO, PRECISOU REALIZAR ALGUM DOS PROCEDIMENTOS ABAIXO?

- Colposcopia
- Biópsia
- Cone
- Nenhum

14. COM QUE FREQUÊNCIA FAZ EXAME PREVENTIVO?

- Anualmente
- Dois em Dois anos
- Três em três anos
- Há mais de três anos
- Nunca fiz

15. TEM ANTECEDENTES FAMILIARES (1º OU 2º GRAUS) COM CÂNCER GINECOLÓGICO?

- Sim
- Não

16. É TABAGISTA?

- Não
- Sim. Se sim, com que idade iniciou? \_\_\_\_\_ Número de cigarros/dia? \_\_\_\_\_.

17. A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO É DE FÁCIL ACESSO?

- Sim
- Não. Se não, por que? \_\_\_\_\_.