



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA

**A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM PACIENTES
ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA,
CEARÁ**

**CUITÉ – PB
2017**

MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA

**A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM PACIENTES
ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA,
CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande. Como requisito obrigatório para obtenção de grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr^o. Carlos Marcio Moura Ponce de Leon.

**CUITÉ – PB
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

L935p Lucena, Maria Leidiana Alves de.

A prevalência do câncer de colo uterino em pacientes atendidas no hospital de referência do município de Barbalha, Ceará. / Maria Leidiana Alves de Lucena. - Cuité: CES, 2017.

66 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientador: Carlos Márcio Ponce de Leon.

1. Câncer do útero. 2. Alterações citológicas. 3. Papanicolau. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.14-006

MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA

**A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM PACIENTES
ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA,
CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^o. Carlos Marcio Moura Ponce de Leon.
Orientador – UFCG

Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes
Suplente: Prof. Dr^o Fillipe de Oliveira Pereira

Prof. Dr^o. Egberto Santos Carmo
Suplente: Prof. Dr^o. Wylly Araujo de Oliveira

Meus amáveis e eternos avós Odilon Alves e Maria Viana, gostaria de dedicar e reconhecer a vocês, minha imensa gratidão e sempre amor.

AGRADECIMENTOS

Toda gratidão primeiramente a Deus, em tornar minha vida uma dádiva, além de ter me dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus, que me proporcionou esse momento de vitória, através de muitas lutas e desafios; agradecer é pouco. Por isso, a conquista, tem sido uma oportunidade de agradecer sempre.

Aos meus queridos e amados avós pelo amor incondicional, Odilon Alves e Maria Viana grandes valentes de Deus nesta jornada cuja garra e caráter construíram em mim a retidão e os mais valiosos princípios de ser e de viver que se pode ter.

Aos meus pais Luiz e Socorro, as minhas irmãs Tânia e Laiane, a minha tia Luciene, a minha sobrinha Pâmela, aos meus tios (as) e primos (as), por sempre terem me apoiado e me dado forças quando eu mais precisei.

A todos os meus amigos do condomínio das Flores Alan Ramos, Tairine Gurgel, Jussara Jane, Jhessik Vanielly, Kelly Maia, Dinayane Claudia, Layane Candido, Marcone Junior, Brennda Rachel, Lucicarla Maria, Jefferson Araujo e Nelly Príncipe que foram e sempre serão minha segunda família.

Minha amiga Edna, por sempre ter me ouvido, me apoiado, por todos os conselhos e momentos vividos, irei sempre levar comigo, minha amiga irmã e “mãe”.

Meus amigos Ana Nathalia, Jeovana Soares, Rafaela Mendonça, Yasmin Macedo, Danyel Soares, Geofrancis Latorres, Israel Sousa, Jessé Soares, cujo apoio, amor e amizade me provam que a distância é algo que simplesmente não existe entre nós.

E a todos os que conquistei ao longo dessa jornada.

Agradeço a meu orientador, Carlos Leon, pela paciência, dedicação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho.

Agradeço, a disposição da minha banca examinadora; ao professor Egberto Carmo por toda orientação e ajuda que me foi dado. À Professora Maria Emília por toda sua atenção, dedicação e esforço para que eu pudesse ter confiança e segurança na realização deste trabalho.

A todos os professores do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG, pelos conhecimentos compartilhados.

Agradeço ao Hospital São Vicente de Paulo e toda sua equipe, por todo apoio e contribuição.

*“Para todas as realizações há um
momento certo; existe sempre um
tempo apropriado para todo o propósito
debaixo do céu”
Eclesiastes 2,3*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por câncer do colo do útero. Regiões. Brasil, 1983 a 2013.....	19
Figura 2 - Citopatológico de adenocarcinoma bem diferenciado da endocérvice: aglomerado de células pouco coesas, com bordos irregulares, formado por células colunares atípicas (aumento de 40x)	21
Figura 3 - Exemplo de alterações mais comuns na colposcopia.....	24
Figura 4 - Histologia de adenocarcinoma endocervical invasor bem diferenciado (grau I) composto de túbulos (com epitélio pluri-estratificado), infiltrando o tecido conjuntivo.....	26
Figura 5 - Neoplasia intraepitelial cervical e seus graus.....	27
Figura 6 - Mapa Região Metropolitana do Cariri.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos tipos histológicos encontrados.....	36
Gráfico 2 - Escolha para o início do tratamento.....	37
Gráfico 3 - Distribuição das escolhas terapêuticas.....	39
Gráfico 4 - Distribuição do estadiamento tumoral.....	41
Gráfico 5 - Distribuição do estado da doença no fim do tratamento.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil socioedemográfico dos participantes do estudo. Barbalha-CE, 2017.....	34
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Colposcópica da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia.....	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCU	Câncer do Colo do Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IHQ	Imunohistoquímica
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
Siscolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
FREBASCO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

RESUMO

O adoecimento por câncer é determinado pela formação de tumores. Esses tumores podem invadir tecidos e órgãos, sendo capazes de se espalhar (metástase) para todas as partes do corpo. Sendo o terceiro câncer mais incidente no mundo, o câncer do colo do útero (CCU) é a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres. Nas últimas três décadas os índices de mortalidade têm permanecido relativamente estáveis. Com uma variação de 5,0 por 100 mil mulheres em 1979 para 4,7 por 100 mil mulheres em 2011. A incontestabilidade da detecção precoce do CCU, através do exame Papanicolau, agregado ao tratamento da lesão intraepitelial, é capaz de reduzir em 90% a incidência desse tipo de câncer, tendo um impacto relevante na redução das taxas de morbimortalidade. No Brasil, os fatores como as faixas etárias extremas (mulheres em idades mais avançadas ou mais jovens), cor da pele preta ou parda, baixa escolaridade, renda familiar baixa, grande número de filhos, falta de plano de saúde particular e não ter realizado consulta com um médico nos últimos 12 meses vem sendo ligados à não realização do exame de Papanicolau. O objetivo desse estudo foi conhecer a prevalência do câncer de colo uterino em pacientes atendidas em um hospital de referência no município de Barbalha, Ceará. A pesquisa foi tipo descritiva, com abordagem quantitativa. A amostra constituiu-se por 33 (trinta e três) casos de CCU que representam os casos atendidos no referido hospital no ano de 2014. Como instrumento de coleta de dados optou-se pelo o formulário. A apresentação dos dados quantitativos realizou-se através de gráficos e tabelas que foram construídos a partir do programa microsoft excel 2010. A pesquisa obedeceu a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que regulamenta as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos. Com parecer de aprovação sob nº 2.163.761. Este estudo buscou contribuir por meio do conhecimento sobre a prevalência do CCU. Com relação ao perfil traçado, um aspecto que deve ser destacado é que mulheres vivendo com companheiro mostram com mais frequência a doença. Os resultados mostram que 100% das mulheres apresentam cor parda. Foi evidenciado uma pouca escolaridade o que pode contribuir para o número de diagnósticos. Outro resultado que é importante salientar é o fato do atendimento de pacientes de inúmeras cidades, inclusive de estados vizinhos, visto que este é o único hospital do interior do estado do Ceará a realizar o tratamento desse tipo de câncer. Constatou-se que as mulheres participantes do estudo, ao procurarem o serviço de saúde, estavam com o grau de estadiamento elevado podendo comprometer o prognóstico, devendo-se destacar também o grande percentual (42%) sem informação de estadiamento, e com isso pode haver prejuízo no tratamento em decorrência da falta dessa informação. Concluí-se que o diagnóstico do CCU ocorre tardiamente em todas as faixas etárias. E o principal fator associado a esse estadio avançado pode estar ligado ao tipo histológico do tumor, que pode não ser propenso de intervenção. Mulheres com mais de 51 anos de idade, casadas, com baixa escolaridade apresentaram maior chance de receber o diagnóstico do CCU em fase avançada.

Palavras Chaves: Câncer de colo uterino; Alterações citológicas; Papanicolau.

ABSTRACT

Cancer sickness is determined by the formation of tumors. These tumors can invade tissues and organs, being able to spread (metastasis) to all parts of the body. Being the third most common cancer in the world, cervical cancer (CC) is the fourth leading cause of cancer death among women. Over the past three decades, mortality rates have remained relatively stable. With a variation from 5.0 per 100,000 women in 1979 to 4.7 per 100,000 women in 2011. The incontrovertibility of the early detection of CC through the Pap smear, added to the treatment of intraepithelial lesion, is able to reduce by 90 % The incidence of this type of cancer, having a relevant impact on the reduction of morbidity and mortality rates. In Brazil, factors such as the extreme age groups (women at more advanced or younger ages), black or brown skin color, low schooling, low family income, large number of children, lack of private health insurance Consultation with a doctor in the last 12 months has been linked to failure to perform the Pap smear. The objective of this study was to know the prevalence of cervical cancer in patients attended at a referral hospital in the city of Barbalha, Ceará. The research was descriptive, with a quantitative approach. The sample consisted of 33 (thirty-three) CC cases that represent the cases attended at the referred hospital in the year 2014. As a data collection instrument, the form was chosen. The presentation of the quantitative data was done through graphs and tables that were constructed from the program microsoft excel 2010. The research obeyed Resolution nº 510, of April 7, 2016, that regulates the norms and guidelines of the research involving human beings . With approval opinion under No. 2.163.761. This study sought to contribute through knowledge about the prevalence of CC. With respect to the tracing profile, one aspect that should be highlighted is that women living with a partner show the disease more frequently. The results show that 100% of women are brown. It was evidenced a little schooling which may contribute to the number of diagnoses. Another result that is important to mention is the fact that patients are treated in many cities, including neighboring states, since this is the only hospital in the interior of the state of Ceará to treat this type of cancer. It was found that the women participating in the study, when seeking the health service, had a high staging degree and could compromise the prognosis, and the large percentage (42%) with no staging information should also be noted. Treatment as a result of the lack of such information. It was concluded that the diagnosis of CC occurs late in all age groups. And the main factor associated with this advanced stage may be linked to the histological type of the tumor, which may not be prone to intervention. Women over 51 years of age, married, with low schooling presented a greater chance of receiving the diagnosis of advanced CC.

Key words: Uterine cervix cancer; Cytological alterations; Pap smear

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 CÂNCER DE COLO UTERINO: CONCEITO E MAGNITUDE.....	18
3.2 DIAGNÓSTICO.....	20
3.2.1 Papanicolau.....	20
3.2.2 Colposcopia	22
3.2.3 Histopatológico.....	25
3.2.3.1 Estadiamento de tumores.....	27
3.2.4 Avaliação imuno-histoquímica.....	28
3.3 TRATAMENTO.....	29
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	32
4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS.....	32
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES.....	34
5.2 CARACTERÍSTICAS DOS DIAGNÓSTICOS.....	36
5.3 ESCOLHA TERAPÊUTICA.....	37
5.4 ESTADIAMENTO DO TUMOR.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

APÊNDICES	53
ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer é determinado pela formação de tumores. Esses tumores podem invadir tecidos e órgãos, sendo capaz de se espalhar (metástase) para todas as partes do corpo. É uma enfermidade que incide sobre a população de maneira intensa, onde o surgimento pode estar relacionado à crescente exposição da população a agentes cancerígenos do meio ambiente (SALIMENA et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Sendo o terceiro câncer mais incidente no mundo, o câncer do colo do útero (CCU) é a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres. Nas últimas três décadas os índices de mortalidade têm permanecido relativamente estáveis. Com uma variação de 5,0 por 100 mil mulheres em 1979 para 4,7 por 100 mil mulheres em 2011. Taxas que são elevadas e mostram que podem haver falhas no rastreamento e na detecção precoce de lesões indicadoras do CCU, o que leva a um diagnóstico em fase avançada da doença e, em consequência, pior sobrevida (THULER; AGUIAR, BERGMANN, 2014; SCHIRMER; MIRANDA; DUARTE, 2014).

Em decorrência da importância deste câncer, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 1998 o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98, que considerava a adoção de medidas estratégicas para estruturação da rede de assistência, para a elaboração do sistema de informações, implantação de maneiras para mobilização e captação de mulheres, bem como a definição das competências nos três níveis de governo para a bom funcionamento do programa (SILVA et al., 2014a; MORAES et al., 2016).

A incontestabilidade da detecção precoce do CCU, através do exame Papanicolau, agregado ao tratamento da lesão intraepitelial, é capaz de reduzir em 90% a incidência desse tipo de câncer, tendo um impacto relevante na redução das taxas de morbimortalidade. Contudo, essa diminuição depende do padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, que deve ser no mínimo, 80% da população alvo (25 a 59 anos), de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Que diz que programas de rastreamento quando eficazes podem auxiliar na redução das taxas de incidência e, em consequência, reduzir a mortalidade por CCU (BRITO-SILVA et al., 2014; SILVA et al., 2014b).

No Brasil, os fatores como as faixas etárias extremas (mulheres em idades mais avançadas ou mais jovens), cor da pele preta ou parda, baixa escolaridade, renda familiar baixa, grande número de filhos, falta de plano de saúde particular e não ter realizado consulta com um médico nos últimos 12 meses vem sendo ligados à não realização do exame de Papanicolau.

Isso revela desigualdades no acesso e na cobertura das estratégias de detecção precoce do CCU (THULER; AGUIAR, BERGMANN, 2014; SILVA et al., 2015).

Diante do exposto e considerando a relevância do assunto, este estudo busca uma análise crítica da prevalência desse tipo de câncer em mulheres no interior do Ceará em alterações citológicas. Podendo assim contribuir para o fortalecimento e redirecionamento das políticas de controle do câncer do colo do útero. E desse modo haver uma intervenção no grupo de mulheres mais vulneráveis à incidência e mortalidade por esse câncer.

O estudo em questão é de grande importância, visto que o CCU é uma doença de grande proporção mundial, principalmente nas populações subdesenvolvidas, tendo em vista, que a problemática nos possibilitará conhecer a prevalência do CCU na região citada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer a prevalência do câncer de colo uterino em pacientes atendidas em um hospital de referência no município de Barbalha, Ceará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil das participantes da pesquisa;
- Verificar a prevalência do câncer de colo uterino e seus estadios nas pacientes em estudo;
- Identificar quais as cidades da região mais acometidas pelo agravo em estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CÂNCER DE COLO UTERINO: CONCEITO E MAGNITUDE

O CCU tem como característica a replicação de maneira desordenada do epitélio de revestimento desse órgão, e com isso, compromete o estroma (tecido subjacente) e pode difundir-se para estruturas e órgãos próximos ou mesmo à distância. Existem duas categorias principais de carcinomas invasores do colo do útero, a depender da origem do epitélio comprometido: “o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos)” (SILVA et al., 2015; INCA, 2017).

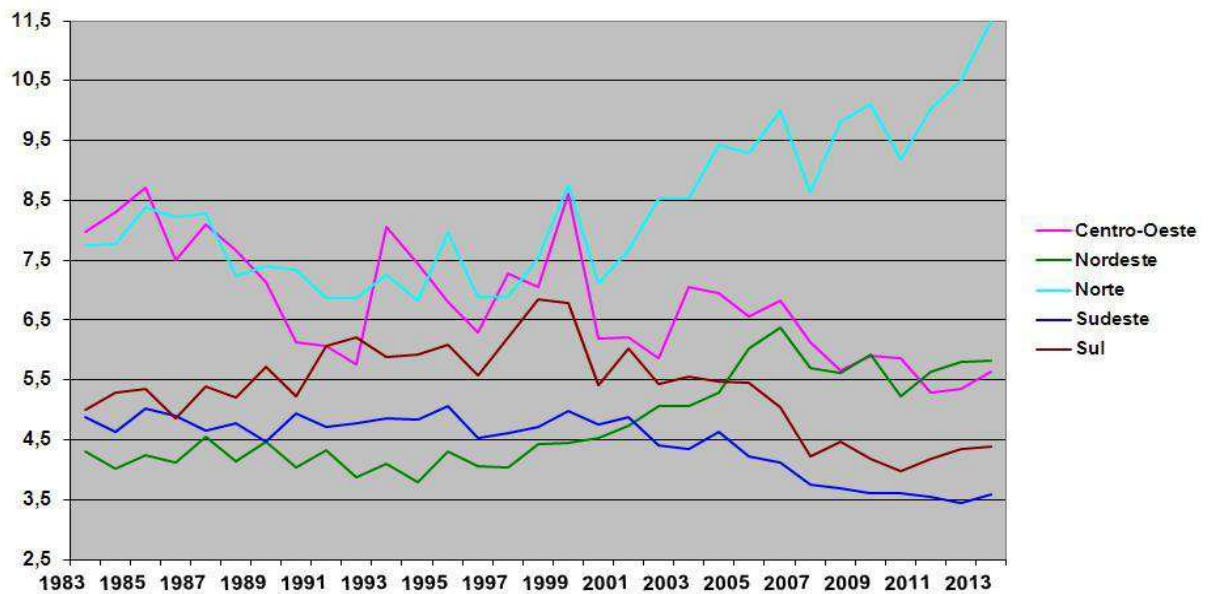
O CCU é um sério problema de saúde pública mundial. Tem-se a estimativa de que haja o surgimento de aproximadamente 529 mil casos novos desse câncer no mundo, e para o Brasil espera-se 17.540 casos novos (INCA, 2017). Sendo esse tipo de câncer considerado a terceira forma mais frequente no sexo feminino, superado apenas pelos de pele não melanoma e mama (OMS, 2013; AMERICO, 2015).

Apresentando uma lenta evolução, a história natural do CCU é exposta como uma doença a princípio de caráter benigno, que passa por modificações intraepiteliais progressivas (duração média de 10 a 20 anos) e pode evoluir para um carcinoma invasor. Como leva muitos anos para se desenvolver, é classificado raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta gradativamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos de idade (MENDONÇA et al., 2010). De maneira geral, não apresenta sintomas em sua fase inicial, e pode evoluir com “sangramento vaginal contínuo ou após o coito, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais em casos avançados” (BRASIL, 2013; SILVA; FILHO, 2015).

No Brasil, a estimativa das taxas de incidência e mortalidade apresentam valores medianos em comparação aos países em desenvolvimento, entretanto são superiores quando relacionadas às de países desenvolvidos que já tem bem estruturados os programas de detecção precoce. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália possuem as menores taxas, ao mesmo tempo que países da América Latina e, principalmente, de regiões mais pobres da África, apresentam valores muito elevados. Por volta de 85% dos casos de CCU ocorrem nos países menos desenvolvidos, e a mortalidade por este câncer varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África Oriental (SOARES et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2015; INCA, 2017).

Segundo o INCA (2017) no Brasil, em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres, é na região Norte que ficam evidentes as maiores taxas do país, sendo a única região com um crescimento temporal (figura 1).

Figura 1: Taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por câncer do colo do útero. Regiões. Brasil, 1983 a 2013.



*Taxa por 100 mil mulheres
Fonte: INCA, 2017.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que o início do rastreamento para o CCU seja aos 25 anos de idade para as mulheres que mantem uma vida sexual ativa. Após dois exames negativos, com intervalo anual entre cada um, o intervalo entre os próximos exames deve ser de três anos, devendo seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (ZAPPONI; MELO, 2010; SOUZA; TYRRELL, 2011).

No ano de 1999 o MS criou o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), um software que é utilizado para que seja fornecido os dados sobre a identificação da paciente, informações demográficas, epidemiológicas e dos exames citopatológicos e histopatológicos que foram realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010; SILVA et al., 2014a).

O Siscolo vem se aprimorando ao longo dos anos 2011 e 2014, representa uma ferramenta substancial para organização das ações de rastreamento, para as informações

gerenciais e faturamento dos exames. O sistema possibilita ainda a obtenção do boletim de produção ambulatorial individualizado, podendo ser registrado informações sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas referentes aos exames positivos/alterados, separar amostras para que haja o monitoramento externo da qualidade dos exames e coletar dados para construção de indicadores (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2014a).

Sahasrabuddhee, Luhn e Wentzensen (2011) e Roelens et al. (2012) defendem a indispensabilidade de uma triagem mais ativa nos países em desenvolvimento, de maneira que possa abranger a população de baixa renda, e assim, sugerir o tratamento nos casos de alterações citológicas, já na mesma consulta do diagnóstico, evitando assim a perda de seguimento e proporcionando a eficácia e economia para as pacientes.

3.2 DIAGNÓSTICO

Realizar um diagnóstico precoce para a detecção do CCU é primordial, visto que essa neoplasia é tida como uma importante causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Para 2016, houve a estimativa de cerca de 16.340 novos casos, e um risco estimado em 15,85 casos para cada 100 mil mulheres, superado somente pelo câncer de mama, o que representa um problema de saúde pública (NEVES, 2016; INCA, 2017).

Para que seja realizado esse diagnóstico precoce, é necessário que se faça o exame preventivo (exame de Papanicolaou ou citopatológico) com associação ao tratamento das lesões precursoras, fundamentando uma prevenção com resolutividade, através da redução da mortalidade por este tipo de câncer (SILVA et al., 2014a).

3.2.1 Papanicolau

O referido exame baseia-se na análise das células provenientes da ectocérvice e da endocérvice, essas células são coletadas por meio de uma raspagem do colo do útero. O colhimento do material deve ser realizado durante uma consulta ginecológica rotineira, e deve ser realizada por profissionais médicos e enfermeiros que sejam devidamente capacitados (SILVA, 2014).

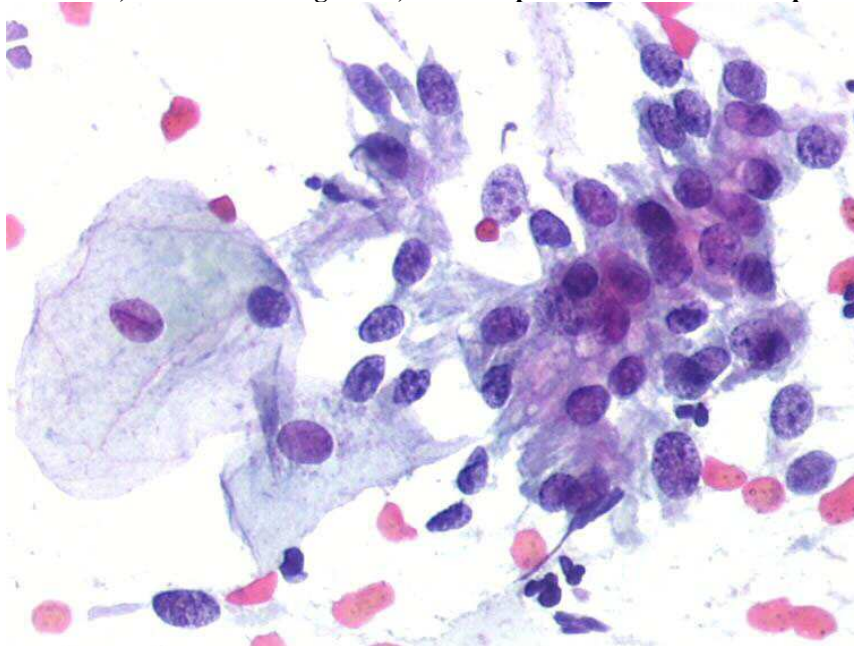
De modo geral, esse não é um exame doloroso, entretanto pode haver um desconforto variável, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente, bem como da técnica de abordagem que o profissional de saúde utiliza. As mulheres devem ser primeiramente orientadas a não praticarem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou

exames intra-vaginais “(por exemplo, a ultrassonografia, pois se utiliza lubrificante) durante as 48 horas que precedem o exame.” A coleta deve ser realizada fora do período menstrual, por causa do sangue que dificulta a leitura da lâmina, podendo até deixar o esfregaço inapropriado para o diagnóstico citopatológico (SÁ; PIRES, 2013; SILVA, 2014).

O MS preconiza que o exame citológico Papanicolau deve ser realizado introduzindo-se um instrumento (chamado espécúlo) na vagina, seguidamente o profissional produz uma pequena descamação com uma espátula de madeira e uma escovinha, da superfície interna, e externa, do colo do útero para em seguida o material coletado ser disposto em uma lâmina e fixado para realização de análise em laboratório especializado em citopatologia (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; SILVA et al., 2016).

O Papanicolaou após essa primeira etapa de coleta de células esfoliadas do colo uterino, o material vai passar por um sistema de coloração especial e no final, chega às mãos de um citopatologista, para que este possa avaliar esse esfregaço em um microscópio, com a finalidade de observar a presença de células anormais, as alterações encontradas nas células do adenocarcinoma são evidenciadas na figura 2, essas alterações podem ser indicativas de câncer uterino. “Entre as principais anormalidades se encontram coilocitose, disqueratose, halo perinuclear e binucleação” (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2014; NOBRE et al., 2014).

Figura 2: Citopatológico de adenocarcinoma bem diferenciado da endocérvice: aglomerado de células pouco coesas, com bordos irregulares, formado por células colunares atípicas (aumento de 40x).



Fonte: <http://www.citoclin.com.br/includes/parallax/img/citopatologico.jpg>, 2017.

A não adesão ao exame citopatológico está ligada a baixa escolaridade e a falta do conhecimento da importância do rastreamento, sendo esses fatores consideráveis, havendo também a vergonha e a falta de acesso, em mulheres em estágio avançado de câncer do colo do útero. Desse modo, é relevante que hajam ações educacionais, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS), como disseminadores de informações, fatores que se apresentam fundamentais na prevenção (GOMES et al., 2012).

O MS (BRASIL, 2009) pontua que a meta a ser atingida é de que 80% das mulheres brasileiras dentro da faixa etária preconizada. A prevenção do CCU é necessária, para isso deve-se desenvolver um conjunto de ações educativas com a intenção de atingir grande parte das mulheres de risco além de ser realizado o Papanicolaou. Isso por meio de programas de prevenção clínica e educativa, havendo esclarecimentos sobre como prevenir a doença, e também as vantagens de diagnóstico precoce e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais (SILVA, 2014).

3.2.2 Colposcopia

A colposcopia consiste numa técnica frequentemente utilizada no auxílio dos diagnósticos, a mesma está indicada para as mulheres que apresentam exame Papanicolaou com alterações, sendo capaz de identificar possíveis lesões invasivas e precursoras do câncer de colo de útero. A mesma consiste na realização de um estudo minucioso do colo do útero utilizando-se de substâncias aplicadas ao colo, as quais permitem mudanças na coloração e características atípicas na interpretação médica, sendo considerado um avanço importante na medicina. Na busca por melhores interpretações e auxílio na detecção precoce das alterações, em 2002, foi criada a classificação internacional, a qual permite a identificação de alterações de alto ou baixo grau na colposcopia, indicando se deve haver aprofundamento na investigação ou não (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2014).

As soluções utilizadas na colposcopia são o ácido acético de 3% a 5%, e o lugol, permitindo avaliação do epitélio uterino permitindo uma visualização detalhada do epitélio e vascularização, com lente de aumento em mais de 40 vezes, sendo indicada também na orientação de biópsias por meio da retirada tecidual as quais permitem a identificação de lesões pré-malignas e carcinoma (BRASIL, 2006; SILVA; FILHO, 2015).

De acordo com a FREBASCO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) 2010, os principais objetivos da colposcopia são:

- ✓ Visualização do colo uterino com lentes de aumento;

- ✓ Identificação de zonas de transformação e junção escamocolunar;
- ✓ Identificar as características das lesões encontradas tais como bordas, tamanho, extensão e localização;
- ✓ Sinalizar lesões mais significativas;
- ✓ Minimizar os riscos de invasão e proliferação de células patológicas;
- ✓ Correlacionar resultados colposcópicos com histológicos e citológicos, entre outras.

A classificação internacional criada em 2002, conforme citado acima, permite a detecção de alterações de diferentes graus das lesões encontradas e permite ao médico o máximo de observação, exploração e registro dos achados (Quadro 1). Uma vez identificadas as alterações, o profissional analisa as melhores condutas conforme as características e resultado do exame, podendo indicar ainda exames complementares para fechamento ou exclusão dos diagnósticos. Os exames mais indicados após a colposcopia é a biópsia que permite um diagnóstico completo (NAUD et al., 2006; ALMEIDA, 2014).

Quadro 1: Classificação Colposcópica da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia.

<i>Classificação</i>	<i>Observação no exame</i>
Metaplasia	- pontilhado fino - mosaico regular - área iodo negativa
Alterações de baixo grau	- pontilhado fino - mosaico fino - área iodo negativa
Alterações de alto grau	- epitélio denso - pontilhado grosseiro - mosaico grosseiro - vasos atípicos - área iodo negativa
Neoplasia invasora	- erosão - epitélio denso - pontilhado grosseiro - mosaico grosseiro - vasos atípicos

Miscelânea	<ul style="list-style-type: none"> - condiloma - ceratose - erosão - inflamação - atrofia - pólipos
-------------------	---

Fonte: Adaptado de Almeida; Oliveira (2014).

Mediante o quadro acima, observa-se uma extensa variedade de observações que podem ser identificadas nos exames colposcópicos desde alterações mais simples as mais complexas. Dentre as alterações mais comuns encontradas estão exames sem alterações, exames com alterações ou lesões epiteliais, lesões intra-epiteliais e neoplásicas invasivas conforme a figura 3.

Figura 3: Exemplo de alterações mais comuns na colposcopia.



Fonte: http://screening.iarc.fr/atlashisto_detail.php?flag=0&lang=4&Id=00002289&cat=F2c1, 2017.

Na imagem (A), consta um resultado dentro da normalidade, ou seja, colposcopia satisfatória. Imagem (B) apresenta epitélio escamoso pontilhado indica um sinal de alerta, no entanto configurando uma alteração de baixo grau; Imagem (C) Lesão potencialmente benigna, mas de grau elevado considerando na nomenclatura NIC 2; imagem (D) indicativa de neoplasia invasiva apresentando pontilhado grosseiro e epitélio denso.

É importante destacar que o diagnóstico das alterações celulares encontradas na colposcopia são baseadas em cores, tamanhos, distâncias e formas gerais das lesões, através das reações com as substâncias, permitindo ao médico patologista, a diferenciação e classificação das lesões (PEREIRA et al., 2012 OLIVEIRA; BARBOSA, 2014).

3.2.3 Histopatológico

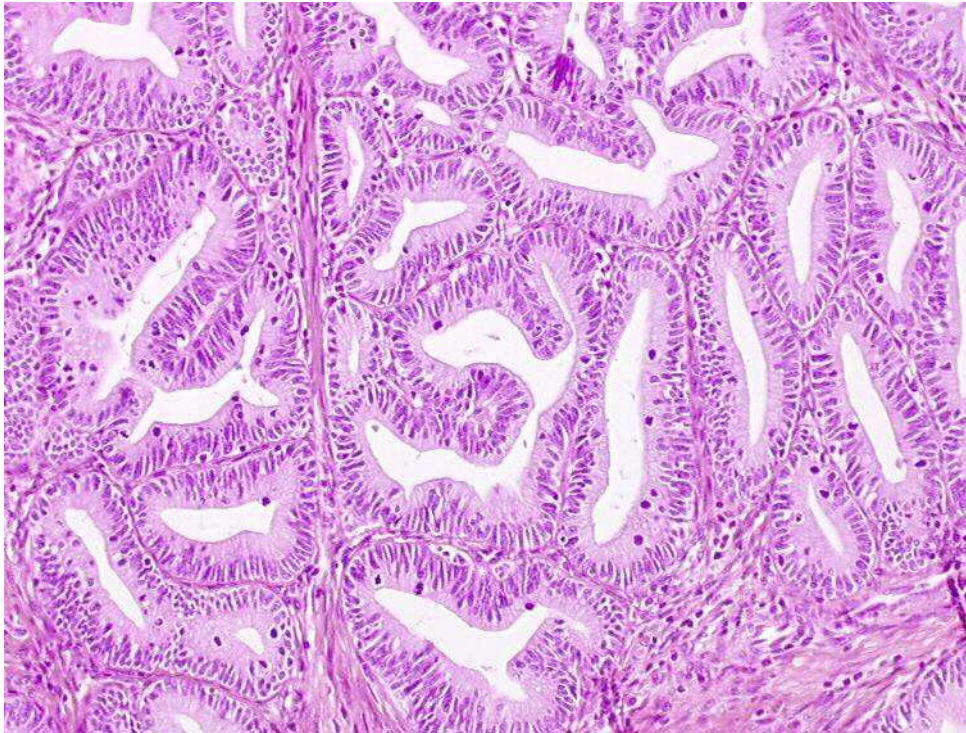
O exame histopatológico também conhecido como biópsia diagnóstica é considerado um exame de padrão ouro obrigatório na investigação de lesões suspeitas de câncer de colo e útero, podendo, no entanto, ser utilizada para diagnósticos de outras doenças. Frequentemente o histopatológico é indicado após alterações colposcópicas que também indicam o local para biópsia em quase 90 % dos casos. Esse exame é capaz de diagnosticar a invasão do câncer do colo do útero em tecidos adjacentes, muitas vezes diante de uma citologia normal, por isso é necessária a colposcopia mesmo sem alterações citológicas (GÓIS FILHO, 2010).

No entanto a realidade da saúde não permite investigações minuciosas em casos de citologias normais, a menos que as pacientes tenham iniciativa própria e realizem na forma particular. É importante destacar que a realização da citologia do colo uterino deve ser realizada no mínimo uma vez ao ano e estar atenta a inspeção detalhada na colposcopia, que fecha o diagnóstico através da avaliação do material histopatológico, indicando ou não a presença de células neoplásicas. Na maioria dos casos os histopatológicos estão indicados na presença de alterações uterinas como lesões não comuns de hiperchromia ou hipocromia, presença de lesões como feridas, cistos verrugas, nos casos também em que houver discordância entre o exame colposcópico e o citológico (RIBALTA; SPECK; FOCCHI, 2009; OLIVEIRA; BARBOSA, 2014).

Desse modo, pode-se entender que o trata-se de um exame invasivo, ainda que de maneira mínima, dependendo da extensão da área afetada, e a coleta do material se dá por meio estéril muitas vezes com o auxílio do colposcópio, o qual permite uma maior visualização e precisão do local a ser biopsiado, devendo ser escolhida a área com maior lesão visando o mínimo de erros possíveis (OLIVEIRA; BARBOSA, 2014).

Por se basear no critério morfológico arquitetural e celular, o exame histopatológico está sendo considerado padrão ouro de diagnóstico morfológico (STIVAL et al., 2005). Como exemplo, pode ser citado a morfologia dos adenocarcinomas, que de modo geral se apresentam em estruturas glandulares que invadem o córion com revestimento por células que exibem atipias nucleares importantes (figura 4).

Figura 4: Histologia de adenocarcinoma endocervical invasor bem diferenciado (grau I) composto de túbulos (com epitélio pluri-estratificado), infiltrando o tecido conjuntivo.



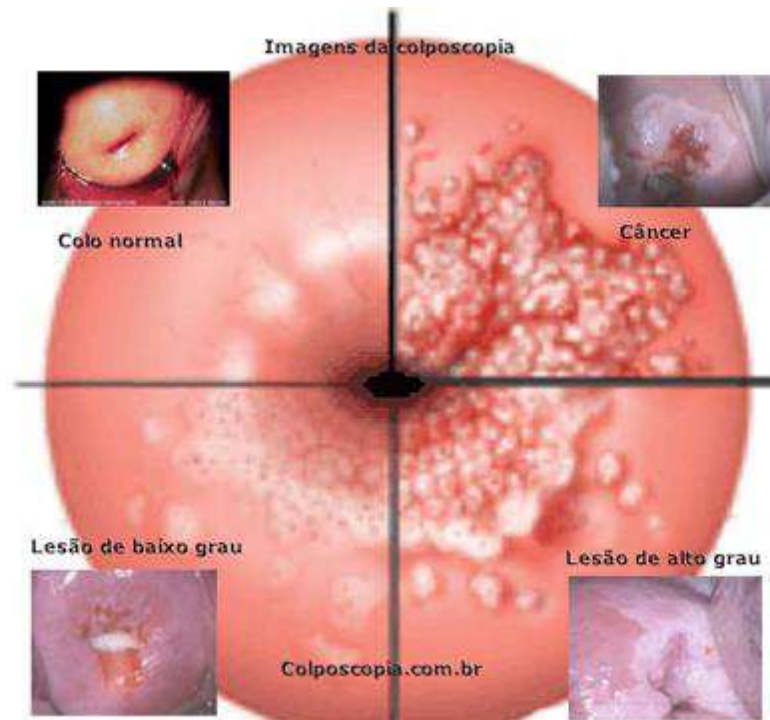
Fonte:http://screening.iarc.fr/atlashisto_detail.php?flag=0&lang=4&Id=00002289&cat=F2c1. 2017

Conforme já destacado a junção dos exames colposcopia, citologia oncótica e biópsia realizados de forma correta e com a qualidade de análise necessária são responsáveis por quase 100% dos diagnósticos cânceres de colo de útero, vulva e vagina (CARVALHO et al., 2014).

Histologicamente a neoplasia intraepitelial cervical classifica-se como de baixo grau, e apresenta-se como lesões grau I (NIC I), ou de alto grau, representada pelas lesões de grau II e III (NIC II e NIC III) e o câncer propriamente dito (figura 5), representando um alto grau de malignidade (WAXMAN et al., 2012; WRIGHT, 2014).

Uma vez diagnosticada a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) a qual é tida como a lesão precursora do câncer cervical com incidência maior em mulheres com mais de trinta anos, levando em torno de dez anos para a doença tornar-se invasiva após o diagnóstico da lesão não tratada (WRIGHT, 2014).

Figura 5: Neoplasia intraepitelial cervical e seus graus.



Fonte: <http://www.drarejanesantana.com.br/especialidade/3/colposcopia/20/nic-i/-nic-ii/-nic-iii>, 2017.

Comumente a neoplasia intraepitelial cervical se não tratada corretamente e em tempo hábil pode evoluir para formas graves da doença, ressaltando ainda que nessa fase é possível por meio do diagnóstico precoce um tratamento efetivo bem como a redução das taxas de incidência e morbimortalidade por esse tipo de câncer (BERTOLIN et al., 2016).

3.2.3.1 Estadiamento de tumores

Só a partir do diagnóstico é possível determinar o estadiamento dos tumores, para isso usa-se uma das Regras Gerais do Sistema TNM, esse sistema é utilizado para definir as categorias T (de tumor), N (de node, linfonodo) e M (de metástase), e assim é estabelecida a classificação TNM e o estágio tumoral que é classificável de 0 a IV na quase totalidade dos tumores, onde a categorização e o estágio não são mutáveis, isto é, permanecer inalterados no prontuário médico (GADELHA; COSTA; ALMEIDA, 2005).

Os referidos estadiamentos podem ser resumidos nos seguintes estádios: Estádio 0 - carcinoma in situ; Estádio I - invasão local inicial; Estádio II - tumor primário limitado ou

invasão linfática regional mínima; Estádio III - tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa; Estádio IV - tumor localmente avançado ou, como é quase o critério geral de classificação, presença de metástases à distância (COSTA; GOMES; ALMEIDA, 2004).

3.2.4 Avaliação Imuno-Histoquímica

Avaliação Imuno-Histoquímica tem como lastro três grandes doutrinas científicas relacionadas entre si: imunologia, histologia e química. Como visto, a principal definição que ampara a IHQ é a “detecção de constituintes tecidulares (antigénios - Ag), recorrendo ao uso de anticorpos específicos (Ac).” Logo após a ligação antigénio-anticorpo (Ag-Ac), esta pode ser manifestada por intermédio de uma reação histoquímica colorimétrica que é perceptível por microscopia de luz ou por meio de fluorocromos em observação de microscopia de fluorescência perante luz ultra-violeta (MATOS et al., 2010).

A avaliação IHQ pode ser empregada para fins diagnósticos, prognósticos, indicação terapêutica e estudo de doenças infecciosas e outras doenças. Esta técnica pode ser utilizada também na identificação precoce, diagnóstico, prognósticos e tratamento das lesões pré-neoplásicas, bem como do câncer cervical por ter a capacidade de identificar e quantificar qualitativamente as proteínas que apresentam o seu perfil de expressão modificados nos casos dessas lesões e ou carcinomas (FERRO, 2010; ALBUQUERQUE, 2016).

Sendo um método prático na detecção da expressão da Proteína de massa de 53 kda, supressora de tumor (p53) em lesões pré-cancerosas e carcinomas, a IHQ tem a capacidade de localização e identificar com precisão as células que apresentam alterações da p53, entretanto não é capaz de detectar a perda integral da p53 ou pequenas mutações. Uma super expressão da proteína p53 mutada que é encontrada no núcleo das células neoplásicas, consegue ser detectada por IHQ em amostras teciduais congeladas ou parafinadas (SCHÄFFER et al., 2012).

Vem sendo registrado um crescimento significativo de publicações científicas que usam como base as técnicas de IHQ ao longo das últimas décadas, e assim retratando a posição que atualmente ocupam. Utilizando a técnica IHQ não só como uma ferramenta significativa de investigação científica, mas também por fundamentar uma técnica complementar de diagnóstico (RAMOS-VARA, 2005).

3.3 TRATAMENTO

As medidas terapêuticas adotadas nos casos de câncer do colo de útero, são variadas conforme as lesões, os graus e estadiamento tumoral e em alguns casos leva-se em consideração a idade da paciente em virtude das questões relacionadas a preservação da fertilidade sempre que possível.

No entanto a medida mais comum é a realização da histerectomia radical com linfadenectomia pélvica, que pode muitas vezes ser necessário tratamento complementar como à quimioterapia e ou radioterapia. Abordagem essa que permite ao paciente chances grandes de alta por cura e taxa de sobrevida satisfatória bem como diminuição de recidivas locais e metástases (GREEN et al., 2005; COSTA; CUNHA, 2016; MARTINS, 2016).

A utilização da quimioterapia antineoplásica sistêmica tem se mostrado efetiva dada às purificações das drogas e a elaboração de protocolos de administração, que permitem a inclusão e exclusão de composto que provocam ou amenizam os efeitos colaterais (JORGE; SILVA, 2010; FITZ et al., 2011; FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

É um tratamento capaz de destruir células neoplásicas, interferindo nas funções celulares, com drogas de alta potencialidade e permite a divisão e lise das células doentes, entretanto a desvantagem pelo fato de não ser uma terapia seletiva ou seja, ela afeta também células saudáveis causando riscos de novas células cancerígenas como também reações adversas mais comuns como náuseas, vômito, diarreia, constipação, anemias entre outras (TERRA et al., 2013; BONASSA; GATO, 2013; FERREIRA et al., 2015).

Para a realização da quimioterapia são usados agentes químicos que tem o poder de interferir tanto no processo de crescimento, quanto na divisão celular, com isso podem ser utilizados isolados ou em combinação com a intenção de eliminar células tumorais do organismo. Estes são administrados pelas “vias oral, intra-muscular, subcutânea, intra-venosa, intra-arterial, intratecal, intraperitoneal, intravesical, aplicação tópica e intra-retal,” sendo mais comumente utilizada a via intravenosa (TADOKORO; FONSECA, 2000; BONASSA, 2005).

A quimioterapia pode ser dividida em quimioterapia neo-adjuvante, quando é realizada antes de ser feita a cirurgia, com o objetivo de avaliar a resposta antineoplásica e reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, aplicada após tratamento cirúrgico a fim de eliminar micrometástases (BONASSA, 2005).

Outro método muito efetivo é a radioterapia que conforme Perez et al. (2013), afirmam que:

A radioterapia é uma modalidade de tratamento com radiações eletromagnéticas ionizantes, que interagem diretamente com componentes celulares como o DNA, as proteínas e os lipídios. Após a absorção da energia, os elétrons são ejetados e causam lesões nas células e nos tecidos. Esse é o “efeito direto” da radiação e constitui 30% do seu efeito biológico. A radiação eletromagnética ionizante também interage com o meio, ou seja, a água, produzindo radicais livres. Esse é o “efeito indireto” da radiação, e corresponde a 70% do seu efeito biológico. Esses mesmos radicais livres também interagem com o oxigênio, formando o peróxido de hidrogênio que posteriormente é convertido em hidroxila, que também é tóxica ao DNA celular (PEREZ et al., 2013; NCCN, 2016).

É importante enfatizar que a radioterapia pode trazer grandes danos uterinos que varia conforme a extensão da lesão bem como a dose direcionada a pélvis e da área total irradiada, que frequentemente apresentam complicações pós-radioterapia, mas que não sobrepujam os benefícios da referida terapia (MASCARELLO; ZANDONADE; AMORIM, 2013; FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

Ainda conforme o autor citado acima, algumas alterações anatômicas e funcionais podem ser prejudicadas tanto no decorrer das aplicações da radioterapia como após, tais como:

- Estenose do canal vaginal;
- Dispareunia;
- Diminuição da lubrificação;
- Perda de sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal;
- Perda de sensibilidade;
- Casos raros de fibrose vaginal parcial e diminuição da elasticidade e da profundidade.

As modalidades de radioterapia são de duas maneiras: a teleterapia e braquiterapia. A teleterapia consiste em um tratamento externo aplicado a uma distância relativa entre o aparelho de tratamento e o local com as células cancerígenas. A braquiterapia consiste na aproximação da radiação próxima com o tumor, através de fontes de irídio que são inseridas na vagina por meio de aplicadores e ou sondas, variando conforme a extensão do tumor na parede vaginal (PEREZ et al., 2013; MARTINS, 2016).

Em suma, conclui-se que o principal objetivo do tratamento do câncer é a cura, de modo que venha aumentar o máximo na expectativa como na qualidade de vida do paciente afetado, que tem sido possível em grande maioria dos casos diagnosticados precocemente e pelo fato das evoluções nas áreas da ciência médica (SAEVARSDOTTIR; FRIDRIKSDOTTIR; GUNNARSDOTTIR, 2010; NICOLUSSI et al., 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi do tipo descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem como princípios a observação, o registro, a análise e a correlação entre fatos e fenômenos sem manipulá-los, buscando encontrar aspectos exatos que demonstrem como eles acontecem isolados ou relacionados com o comportamento humano (CERVO; BERVIAN, 2002).

A pesquisa quantitativa é aquela resultante da análise de dados, envolvendo números, gráficos e/ou tabelas com extensão de suas variáveis em técnicas de amostragem. São utilizados subsídios técnicos como a entrevista, questionário e o formulário, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo realizou-se no Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, que é referência na região. Localizado no interior do Cariri no município de Barbalha, Ceará, O município de Barbalha fica localizado a 560 km da capital Fortaleza, na região Sul do Ceará. Está situada aos pés da Chapada do Araripe e, junto com as cidades de Crato e Juazeiro do Norte, compõe o triângulo Crajubar na região do vale do Cariri (figura 6). Possui uma área de 569.508 Km² e uma população estimada para o ano de 2016 de 59.343 habitantes (IBGE, 2016).

Figura 6: Mapa Região Metropolitana do Cariri.



Fonte: <http://www.ceara-turismo.com/mapas/imagens/regiao-metropolitana-cariri.jpg>, 2017.

O referido hospital é referência no tratamento do câncer infantil e adulto, sendo uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), credenciada ao Ministério da Saúde. O hospital atua, de forma integrada e multidisciplinar, na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer com índices de sucesso comparados aos grandes centros mundiais. Os tratamentos oferecidos atualmente são a Quimioterapia e a Radioterapia.

Foi enviado um ofício para o Hospital, solicitando autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE A). A coleta de dados realizou-se no período de Junho e Julho de 2017.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por todos os casos de CCU diagnosticados do citado hospital de referência.

A amostra constituiu-se por 33 (trinta e três) casos de CCU que representam os casos atendidos no referido hospital no ano de 2014, esses obedeceram aos critérios de inclusão que foram: a) ter diagnóstico de CCU; b) estar entre os casos do ano de 2014. Foram excluídos da pesquisa todos aqueles que não estiverem compreendidos nos critérios citados anteriormente.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi um formulário (APÊNDICE B), que segundo Marconi; Lakatos (2010) é um instrumento essencial de coleta de dados, que consiste em obter respostas amplas e com o maior número de informações da pessoa entrevistada, devendo ser aplicado pelo pesquisador.

Os dados coletados foram obtidos através da análise dos prontuários dos pacientes com os diagnóstico de CCU, as coletas se realizaram de segunda a sexta-feira pela manhã, com horário pré-estabelecidos, das 9h às 12h.

Esse estudo apresentou um risco mínimo, visto que empregou um método retrospectivo de pesquisa, e desse modo não foi invadida a intimidade do indivíduo e não foi realizado nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais desses. Esse risco foi diminuído com o sigilo que se manteve ao ser atribuído um número aos formulários, não identificando assim as pacientes.

Os benefícios esperados podem contribuir no sentido de conhecer e divulgar a prevalência de CCU na região, e assim estimular que mulheres busquem a prevenção.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A apresentação dos dados quantitativos deu-se por meio de gráficos e tabelas que foram construídos a partir do programa microsoft excel 2010.

As tabelas são instrumentos de dados quantitativos em forma de números absolutos, percentuais e frações, que exigem a identificação da fonte. Os gráficos são representações visuais com variáveis e curvas, com uso de cores, formas geográficas, com legendas explicativas de forma clara e de fácil entendimento (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa obedeceu a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que regulamenta as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016). Todas as pesquisas devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. A etnicidade da pesquisa trata do respeito ao participante da pesquisa, respeitando sua vulnerabilidade, ponderando entre riscos e benefícios, relevância social da pesquisa. Onde envolve o termo de consentimento para banco de dados (ANEXO A).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, por meio da plataforma Brasil, o qual foi aprovado com parecer nº 2.163.761 (ANEXO F).

Considera-se ainda que os custos de financiamento para a pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador, não gerando nenhum tipo de ônus para a instituição em que foi realizado o estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

A amostra da pesquisa foi composta por 33 prontuários de pacientes atendidas no Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, diagnosticadas com câncer de colo uterino no ano de 2014.

A tabela a seguir mostra o perfil encontrado nos prontuários dessas pacientes.

Tabela 1: Perfil socioedemográfico dos participantes do estudo. Barbalha-CE, 2017.

VARIÁVEIS	%
IDADE	
<i>Até 30 anos</i>	3
<i>21 a 40 anos</i>	19
<i>41 a 50 anos</i>	12
<i>51 a 60 anos</i>	28
<i>61 a 70 anos</i>	20
<i>71 a 80 anos</i>	9
<i>Acima de 80 anos</i>	9
ESTADO CIVIL	
<i>Casada</i>	85
<i>Separada</i>	3
<i>Viúva</i>	3
<i>Sem informação</i>	9
COR	
<i>Parda</i>	100
ESCOLARIDADE	
<i>Nenhuma</i>	18
<i>Fundamental incompleto</i>	79
<i>Superior completo</i>	3
CIDADE	
<i>Aurora – CE</i>	3
<i>Barbalha – CE</i>	21
<i>Barro – CE</i>	6
<i>Campos Sales – CE</i>	3
<i>Crato – CE</i>	12
<i>Farias Brito – CE</i>	9
<i>Ibiara – PB</i>	3
<i>Jardim – CE</i>	3
<i>Jati – CE</i>	3
<i>Lavras da Magabeira - CE</i>	4
<i>Juazeiro do Norte – CE</i>	12

<i>Mauriti – CE</i>	6
<i>Missão Velha – CE</i>	3
<i>Nova Olinda – CE</i>	3
<i>Potengi – CE</i>	3
<i>Várzea Alegre – CE</i>	6
TOTAL	100

Fonte: Própria Autora, 2017.

Na amostra obtida pode ser verificado que as idades que se sobressaíram estão entre 51 e 60 anos de idade. As mulheres com mais idade têm sido mais constantemente diagnosticadas e já em estadio mais avançado do que aquelas mais jovens, o que foi confirmado neste estudo. Esse resultado encontrado é relativo ao encontrado no estudo realizado por Thuler, Aguiar e Bergmann (2014).

A grande maioria das pacientes eram casadas (85%), assemelhando-se ao estudo de Oliveira et al. (2010), realizado no mesmo município que o presente estudo (Barbalha – CE), no ano de 2010. O resultado encontrado por ele foi que a maioria delas (71%) também se declararam casada, mostrando assim uma homogeneidade para essa variável do perfil. É diferente do estudo realizado também no ano 2010 por Soares et al. no Sul do Brasil, que resultou em uma amostra onde 30% das pacientes casadas igual ao número de solteiras desse mesmo estudo.

Todas as pacientes foram identificadas como pardas, diferente do resultado encontrado no estudo realizado no Rio de Janeiro por Siegert et al. (2016), onde a maioria das mulheres apresentava cor de pele branca (54,6%).

É mínimo o número de pacientes com um alto nível de escolaridade, a grande representatividade é de pacientes com baixo nível escolar. O valor encontrado foi bem maior do que o trabalho realizado em Foz do Iguaçu – PR, por Santos, Sibim e Benito (2015), onde foi possível perceber que com relação ao grau de instrução 45,2% possuíam ensino fundamental incompleto, e no presente estudo esse valor foi de 79%.

Autores afirmam que quanto mais baixo é o nível educacional, aumenta-se o índice de não adesão ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino, pois, em razão da baixa escolaridade, há um menor entendimento sobre a doença e da importância do exame e uma menor utilização dos serviços de saúde (GALVÃO; DÍAZ, 1999; GARCIA; PEREIRA; MARINHO, 2010).

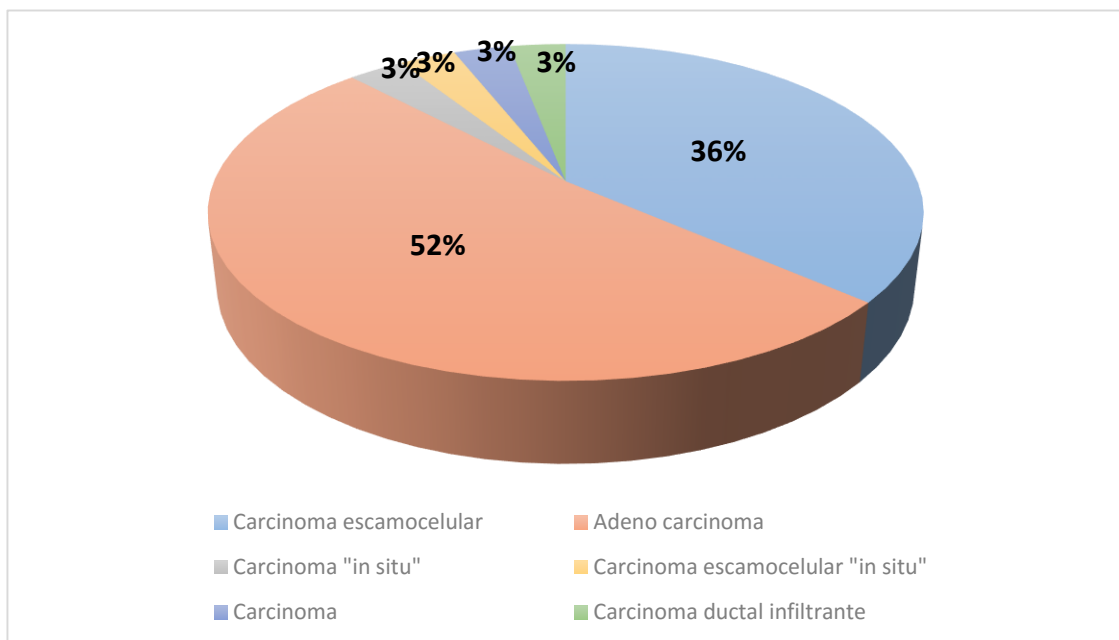
Por ser um hospital de referência, atende toda a região do interior do estado do Ceará (97%), bem como as cidades do interior dos estados circunvizinhos, apesar de apresentar como amostra nesse estudo apenas Ibiara- PB (3%), não se concentrando apenas no Ceará, de todo

modo, o maior número de pacientes foi registrado no próprio município de Barbalha com 21% dos casos.

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS DIAGNÓSTICOS

Existem diversas modificações no epitélio original no colo uterino que precedem o câncer de colo invasivo, as realizações de citologia, auxiliadas pela colposcopia, contribuem para o conhecimento dessas lesões, bem como a instalação do seu tratamento. Há dois tipos principais de câncer do colo de útero: Carcinoma de células escamosas e Adenocarcinoma cervical. Em relação à representatividade de células nas amostras, o adenocarcinoma foi o mais evidenciado, com 52%, seguido pelo carcinoma escamocelular, 36%, (gráfico 1), havendo ainda alguns tipos histológicos menos frequentes.

Gráfico 1: Distribuição dos tipos histológicos encontrados.



Fonte: Própria Autora, 2017.

Um estudo feito anterior por Gomes et al. (2012), onde este analisou 71 pacientes do Norte de Minas Gerais, mostrou que o carcinoma de células escamosas predominou, sendo encontrado em 97,1% dos laudos, seguido do adenocarcinoma. Valor bem divergente do presente estudo (36%).

Em estudo realizado por Derchain, Filho e Syrjanen (2005) foi observado que o adenocarcinoma in situ são lesões bem menos frequentes que as lesões escamosas.

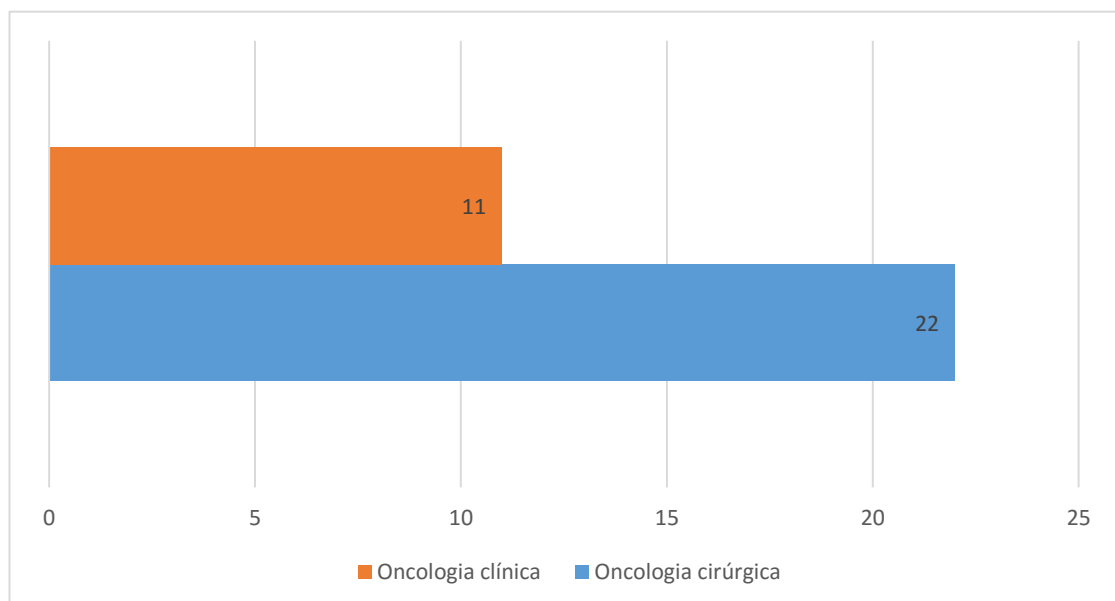
No estudo desenvolvido por Stival et al. (2005) foi possível verificar nos prontuários observados que 54% das pacientes após colposcopia foram diagnosticadas com carcinoma escamocelular, muito semelhante ao encontrado na presente pesquisa (36%), de modo que estes achados não diferem da epidemiologia para esse tipo de câncer no Brasil e no mundo.

O carcinoma ductal infiltrante encontrado na amostra representando 3% (1 caso), supõe-se que tenha sido um equívoco no momento do cadastro do prontuário, visto que esse se trata de um câncer característico da mama. Segundo Lazaretti et al. (2016), o carcinoma ductal infiltrante é o tipo mais comum de câncer de mama invasivo, este corresponde de 70 a 80% dos casos, tendo como as características citológicas uma variação de brandas até profundamente malignas.

5.3 ESCOLHA TERAPÊUTICA

Sobre as escolhas terapêuticas para o CCU, essas variam de acordo com o estadiamento da lesão (estadiamento apresentado do gráfico 4). Nesse estudo observou-se como bases para a escolha terapêutica o tratamento cirúrgico (67%) e tratamento clínico (33%) (gráfico 2).

Gráfico 2 - Escolha para o início do tratamento.

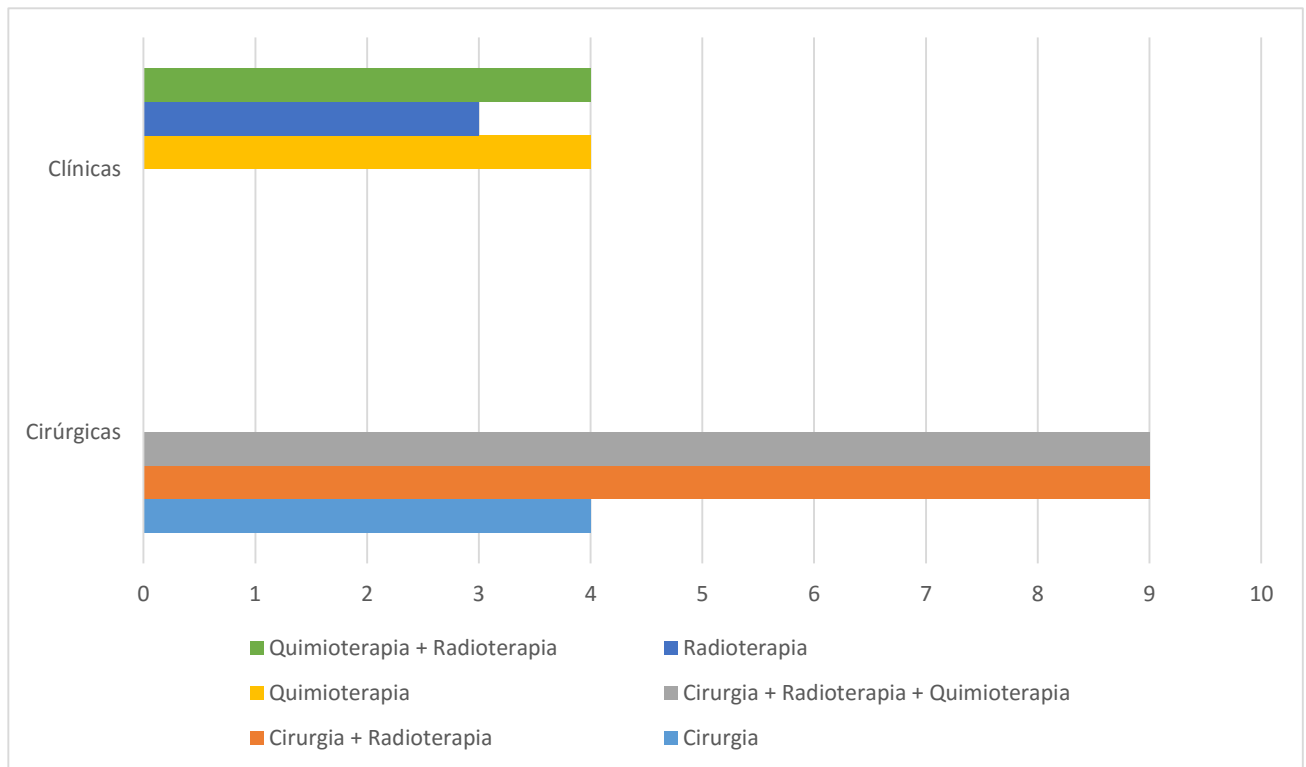


*Eixo das abcissas referente às pacientes
 Fonte: Própria Autora, 2017.

O prognóstico do CCU é largamente determinado pela extensão da doença no momento do diagnóstico. As doentes que são candidatas à cirurgia são caracteristicamente submetidas à linfadenectomia, e em casos de presença de comprometimento metastático quando feita a avaliação patológica, essas têm também indicação de realização de quimio-radioterapia, devendo existir uma avaliação pré-tratamento o mais precisa possível, para que não sejam realizadas cirurgias desnecessárias (INCA, 2017).

O CCU quando tratado de maneira adequado ainda nos estádios iniciais, é altamente curável. É sabido que o tratamento por meio de cirurgia radical para o tumor primário, seguido de adjuvância com radioterapia, aponta maiores adversidades que o tratamento restrito com radioterapia e quimioterapia, não demonstrando benefícios em situações de controle local ou sobrevida global. Assim, o tratamento atual para o CCU que seja localmente avançado, com estádios 1B, 2 a 4A, é a radioterapia pélvica, sendo combinada com quimioterapia radiosensibilizante (MONK et al., 2005; GARCIA, 2010).

Nesse sentido, no presente estudo 67% das pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico (gráfico 2), diferente do que é apontado pelo autor citado, que refere maiores adversidades do que apenas o tratamento clínico. Dessas pacientes submetidas a tratamento cirúrgico, 27% foram sujeitas a realização do combinado de cirurgia e radioterapia. Outros 27% realizaram cirurgia associada à radioterapia e quimioterapia, ficando 13% que se optou somente por cirurgia (gráfico 3). Das pacientes que se submeteram somente a tratamento clínico, 12% realizaram quimioterapia em conjunto de radioterapia, 12% apenas quimioterapia e 9% somente radioterapia, com relação ao tipo de quimioterapia, não foi possível ter acesso ao tipo aos protocolos de tratamento utilizados no local da pesquisa.

Gráfico 3: Distribuição das escolhas terapêuticas.

***Eixo das abcissas referente às pacientes**

Fonte: Própria Autora, 2017.

Mesmo com a modernização da radioterapia e quimioterapia no tratamento de CCU, é elevada a incidência de recidiva da doença, sendo indispensável à avaliação entre doença persistente e doença recorrente. A doença para ser considerada persistente é quando o tumor reaparece num período inferior a três meses depois de iniciada a radioterapia e quimioterapia, quando o tumor ressurgir após esse intervalo a doença é tida como recorrente (OLIVEIRA et al., 2010).

Desse modo, há a necessidade de uma análise criteriosa, tanto para a escolha do tratamento, quanto para o acompanhamento depois do seu início, visto que é elevado o número de pacientes que utilizam esse tipo de tratamento. Nesse estudo as pacientes submetidas a esse tipo de tratamento somam 75%, sendo somente radioterapia ou associada a outra terapia, mesmo sendo inúmeras as complicações que podem ocorrer, não somente a recidiva da doença, mas problemas ligados a própria terapia escolhida.

Almeida, Pereira e Oliveira (2008) ao realizarem seu estudo intitulado “Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino” notificou que é de extrema importância o detalhamento pelos profissionais envolvidos, com relação sobre a radioterapia, quais são seus efeitos, como e quais são os procedimentos, bem como as medidas que serão tomadas. Devendo

haver essa informação antes, durante e após a terapia, para que a paciente sinta segurança quanto ao processo terapêutico.

Para Silveira et al. (2016), as complicações que intercorrem em pacientes que recebem terapia de radiação a radiodermatite é a principal complicação, certamente em decorrência à uma hipersensibilidade dos tecidos e à frequência da radiação recebida, podendo afetar a qualidade de vida da paciente, pois causa dor, desconforto, irritação, prurido e queimação, limitando as atividades diárias. Desse modo, poder mensurar a qualidade de vida do paciente oncológico atualmente é um dos recursos mais importantes para avaliação dos resultados do tratamento na perspectiva do paciente.

Havendo a possibilidade de resolução da patologia por meio do tratamento clínico com a radioterapia, a quimioterapia não é o tratamento de escolha para o CCU, são vários os protocolos que vêm recomendando o seu uso concomitante com a radioterapia, e com isso aumentando a resposta à terapêutica. Contudo, a quimioterapia ainda é o tratamento mais utilizado, nesse estudo, 51% foram submetidos à quimioterapia isolada ou combinada com outro tipo de tratamento, para Ferreira et al. (2015) quanto antes inicia-se o tratamento, melhor tem-se o controle da doença, e evita-se possíveis complicações. “É um tratamento em que se utilizam drogas capazes de destruir células neoplásicas, interferindo nas funções celulares, como na sua divisão e lise.” Todavia, essas drogas utilizadas podem destruir também as células normais do organismo, gerando vários efeitos adversos como náuseas, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mielossupressão, neutropenia, plaquetopenia, anemia, entre outros.

De acordo com um documento de Consenso do Ministério da Saúde, o Brasil dissemelhantemente de países desenvolvidos como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, entre outros, está expondo um crescimento da incidência de câncer seguido do aumento da mortalidade, o que de acordo com o documento pode ser atribuído a um atraso do diagnóstico e da instituição terapêutica adequada (BRASIL, 2004; SOARES, SILVA, 2010).

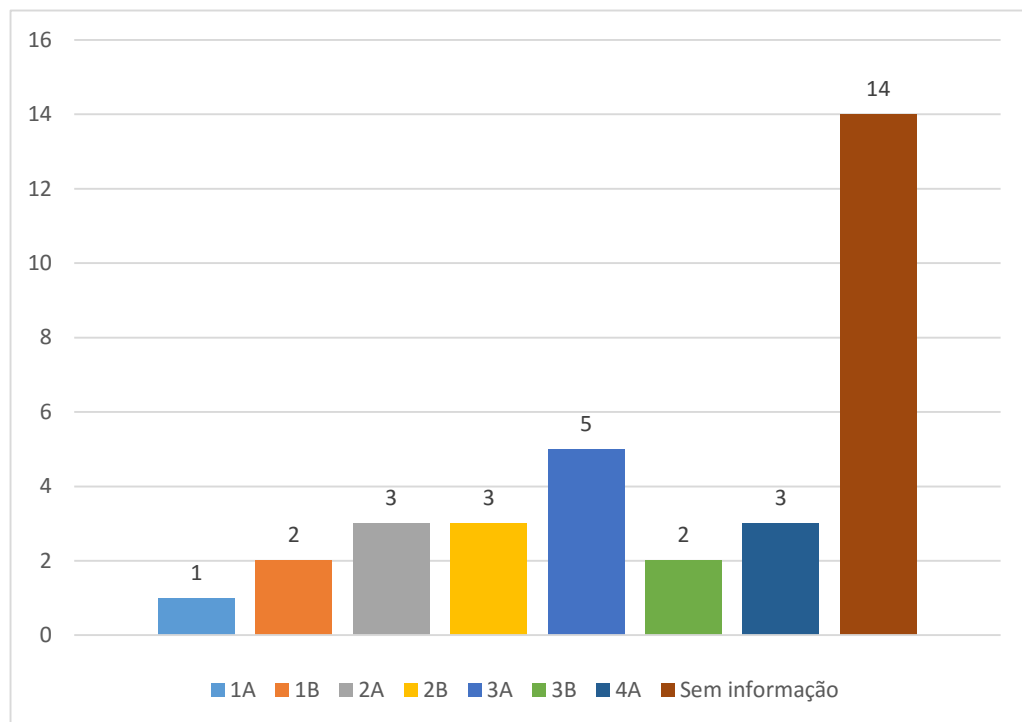
Como visto, são várias as formas terapêuticas, dependendo das particularidades de cada mulher e das características do tumor, são inúmeros também os efeitos desfavoráveis trazidos pelo tratamento. Com isso a experiência desse tratamento é vivenciada de maneira individual por cada mulher, a idade da mulher acometida também afeta em sua adaptação e igualmente nas consequências biopsicossociais, causadas pelo câncer.

De acordo com Jorge e Silva (2010), o câncer ginecológico e a quimioterapia podem gerar dificuldades nas relações pessoais, frente a maior dependência de outras pessoas para realização de diversas tarefas, bem como pelas possíveis modificações na aparência física, ou na autoimagem corporal.

5.4 ESTADIAMENTO DO TUMOR

Com relação ao estadiamento do tumor, na sequência da confirmação do diagnóstico de CCU, é necessário a identificação da amplitude da doença. Assim, o estadiamento do CCU reflete o grau de disseminação do tumor no momento do diagnóstico, isto é, identifica se a doença está restrita ao colo do útero, ou se há algum tipo de comprometimento em outros órgãos no corpo.

Gráfico 4: Distribuição do estadiamento tumoral.



*Eixo das ordenadas referente às pacientes

Fonte: Própria Autora, 2017.

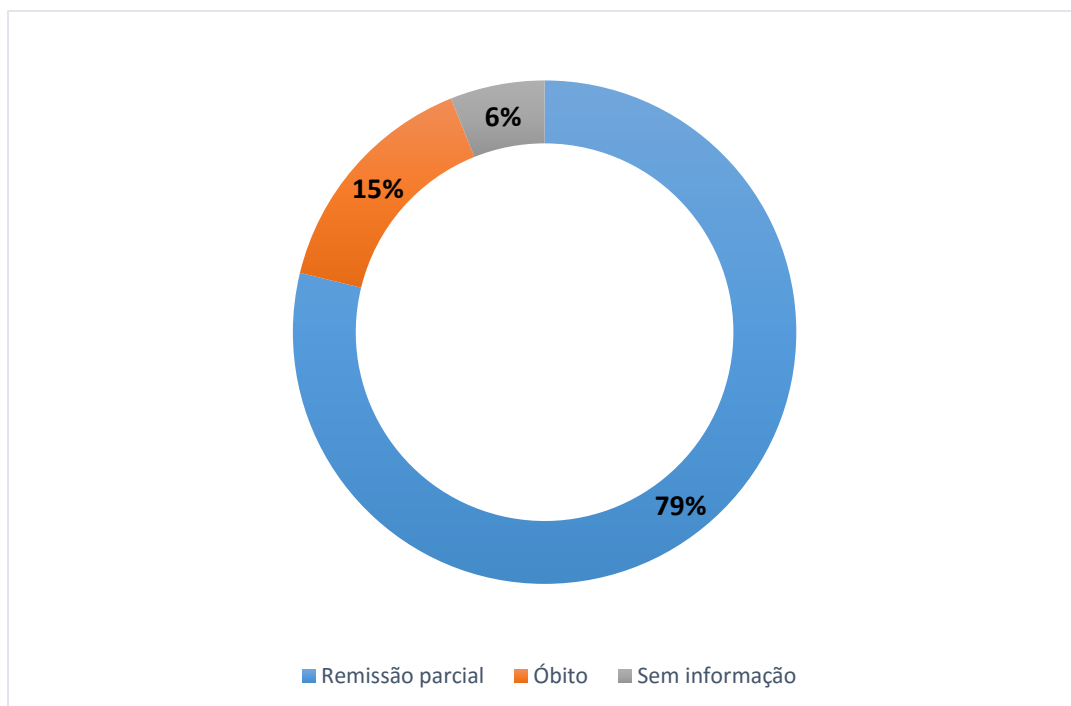
Esse procedimento de estadiar o tumor proporciona importantes informações para que os profissionais de saúde possam determinar qual o tipo de tratamento será mais adequado para cada mulher. Esse resultado também permite fornecer um prognóstico à paciente, ou seja, poderá prever a evolução da doença.

Neste estudo, 14 pacientes, que equivale a 42% não tinham informação quanto ao estadiamento tumoral (gráfico 4), e 9% foi diagnosticado em estadio já bastante elevado, 4A da doença. Podendo esse fato estar associado a grande presença de carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma. No estudo realizado por Thuler e Mendonça (2005), ficou evidenciado que

em 56,8% dos casos, o câncer foi descoberto já em estágio avançado. E em estudo desenvolvido por Vieira et al. (2009), os estadiamentos clínicos iniciais mais frequentes foram 2B (62,5%).

Os estadios quando precoces (1A e 1B) (correspondente a 9% do presente estudo) podem ser tratados somente com cirurgia conservadora, seja a conização ou traquelectomia (remoção do colo do útero). Em estádios mais avançados como 2A (9% pacientes desse estudo), com uma invasão vaginal não muito extensa, é indicada a cirurgia radical ou radioterapia. Já em tumores mais volumosos (> 4 cm), com estadios avançados ou na ausência de condições cirúrgicas as mulheres são tratadas com esquemas de radio-quimioterapia simultânea (SMALL et al., 2012; KOH et al., 2013).

Gráfico 5: Distribuição do estado da doença no fim do tratamento.



Fonte: Própria Autora, 2017.

Ao final do primeiro tratamento, 79% encontravam-se em remissão parcial (gráfico 5), com uma razão de 15% de óbitos pela doença. Um número elevado, quando comparado as tendências por esse tipo de câncer na literatura. Pois segundo Meira et al. (2013), a mortalidade por esse tipo de câncer mostra redução nas últimas três décadas.

Em estudo realizado por Gamarra, Valente e Silva (2010), as taxas de mortalidade por CCU apresentaram aumentos de 103,4% no Brasil, variando de 35% para as capitais da região Sul até 33,9% para o interior da região Nordeste.

O pacto pela vida criado em 2006 foi planejado na intenção de priorizar um conjunto de ações na área de saúde, uma delas é contribuir para redução da mortalidade por CCU no país, entretanto, quando se descreve o número de óbitos por esse tipo de câncer, no caso desse estudo 15%, é possível ver seu constante crescimento. Mesmo havendo diversas medidas para o controle de mortalidade e incidência que são adotadas e implantadas pela saúde pública brasileira, a forma de diagnóstico, a prevenção e a abordagem continuam insuficientes para reduzir essas taxas (CARVALHO, 2016).

Corroborando com o autor citado, essa inexistência de dados de remissão total ou até a quantidade de óbitos, pode demonstrar uma dificuldade na prevenção, no diagnóstico e também no tratamento. Na prevenção ainda mais, pois grande parte desses diagnósticos evidenciados no presente estudo demonstra a descoberta já em fase mais elevada da doença, e com isso, comprometendo o seu prognóstico.

Esses casos apontados com remissão parcial ainda são acompanhados, os exames deverão continuar sendo feitos por alguns anos após a remissão do CCU. Inicialmente, esses serão realizados todos os meses, em seguida a frequência irá diminuindo de forma gradual, de acordo com a determinação médica. Mas, de maneira geral, por dois anos após a remissão, os exames serão feitos a cada três meses inicialmente, em seguida, de quatro em quatro meses, finalizando com seis em seis meses. Após isso, serão feitos anualmente por mais três anos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contribuir por meio do conhecimento sobre a prevalência do CCU, a partir da verificação da realidade apresentada pela população estudada. Após a análise dos prontuários das mulheres que desenvolveram CCU no ano de 2014, foi possível identificar a alta prevalência na região.

Com relação ao perfil traçado, um aspecto que deve ser destacado é que mulheres vivendo com companheiro mostram com mais frequência à doença. Os resultados que mostram que 100% das mulheres apresentam cor parda devem ser observados mais intimamente, visto que não se encontra na literatura nenhuma referência a esse tipo de caso, pois os maiores números de casos são tanto em pessoas pardas quanto pretas. Isso pode sugerir um equívoco no momento do cadastro, ou até mesmo pode ser atribuída ao próprio desconhecimento com relação a própria cor.

A pouca escolaridade pode também contribuir para o número de diagnósticos, bem como para a descoberta dos casos em estágios elevados, em virtude de que a pouca educação formal acarreta no pouco acesso aos serviços de saúde.

Outro resultado que é importante salientar é o fato do atendimento de pacientes de inúmeras cidades, inclusive de estados vizinhos, visto que este é o único hospital do interior do estado do Ceará a realizar o tratamento desse tipo de câncer. Das cidades onde residiam as pacientes, o destaque foi para a cidade de Barbalha – CE, com 21% das mulheres participantes do estudo do referido ano (2014), número bastante elevado dado o pequeno porte da cidade que conta hoje com cerca de 59.343 habitantes.

Constatou-se que as mulheres participantes do estudo, ao procurarem o serviço de saúde, estavam com o grau de estadiamento elevado podendo comprometer o prognóstico, devendo-se destacar também o grande percentual (42%) sem informação de estadiamento, e com isso pode haver prejuízo no tratamento em decorrência da falta dessa informação. Concluímos que o diagnóstico do CCU ocorre tardiamente em todas as faixas etárias. E o principal fator associado a esse estadio avançado pode estar ligado ao tipo histológico do tumor, que pode não ser propenso de intervenção. Mulheres com mais de 51 anos de idade, casadas, com baixa escolaridade apresentaram maior chance de receber o diagnóstico do CCU em fase avançada. Desse modo, o estudo aqui realizado proporcionou a identificação de um subgrupo populacional sobre o qual deverá haver prioridades em ações educacionais dirigidas à detecção precoce do CCU.

Os resultados aqui apresentados sugerem a necessidade do crescimento da cobertura de exames preventivos entre essas mulheres que apresentam um risco maior de desenvolver este tipo de câncer. Levando em consideração os crescentes índices de morbimortalidade por CCU na região, fica a sugestão para que em um trabalho futuro, seja investigado quanto ao percentual de mulheres efetivamente realizaram o exame citopatológico do colo uterino dentre essas que foram identificadas com a patologia.

Mesmo havendo uma variação nos estudos encontrados na literatura, a maior parte deles possui achados em comum com os dados desse estudo. Pode-se entender que para que haja sucesso nos programas preventivos, é necessário que se estabeleçam intervenções equitativas, que respeitem as diferenças sociais entre as mulheres, com isso consegue-se excluir as barreiras e a desigualdades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. **Avaliação imunohistoquímica da oncoproteína e6, p16INK4a, mmp-3 e timp-2 nas lesões precursoras e câncer cervical de mulheres infectadas pelo HPV de alto risco oncogênico.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Patologia. Recife. 89pag. 2016.
- ALMEIDA, A. C.; OLIVEIRA, K. B. Câncer de colo uterino: desenvolvimento, diagnóstico, tratamento e marcadores moleculares. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 155-161, 2014.
- ALMEIDA, G. C. P. **O planejamento da ação de educação em saúde sobre o exame citopatológico para mulheres da estratégia saúde da família casal, em Joaquim Gomes, Alagoas.** FLORIANÓPOLIS (SC) 2014. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Doenças crônicas não transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista 26 pag. 2014
- ALMEIDA, L. H. R. B.; PEREIRA, Y. B. A. S.; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 61, n. 4, p. 482-7. 2008.
- AMÉRICO, C. Imunização. Em Santa Catarina, mais de 146 mil meninas devem ser vacinadas contra o HPV. **Portal da Saúde**. 2015.
- BERTOLIN, K. H. M. et al. Seguimento de pacientes após a realização de biópsia excisional da zona de transformação do colo uterino: análise de fatores associados a doença persistente ou recorrente. **HU Revista**. v. 42, n. 4, p. 291-296. 2016.
- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos.** São Paulo: Atheneu. 2013.
- BONASSA, E. M. A. **Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica.** São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e de mama.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA. 2009.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro. 2010.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do útero (SISCOLO): manual gerencial.** Rio de Janeiro. 2011.

_____. Ministério da Saúde (BR). Controle do câncer de mama-documento de consenso. **Revista Brasil Cancerol.** v. 50, n. 2, p. 77, 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR), **Câncer do Colo do Útero, Dicas em saúde.** 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.** Brasília, 24 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista Saúde Pública.** v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

CARVALHO, D. D. S. **Perfil epidemiológico dos casos de câncer do colo do útero no Brasil e a sua associação com Chlamydia trachomatis.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do curso de Biomedicina do Centro Universitário de Brasília. 18 PAG. 2015

CARVALHO, P. G. **Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento.** Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 100 pag. 2016

CARVALHO, Y. K. P. et al. Citologia e histopatologia de pacientes assistidas em um centro de saúde da mulher. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar.** v. 18 n. 1, p. 3-7, 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.**5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2002.

COSTA, C.; CUNHA, T. M. Estadiamento do carcinoma do endométrio – o que há de novo? **Acta radiológica portuguesa.** v. 28, n. 107, p.13-20, 2016.

COSTA, M. R.; GOMES, S. C. S; ALMEIDA, R. T. **Perfil do atendimento ambulatorial de mulheres com câncer no Estado do Rio de Janeiro.** In: 3º Congresso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica; João Pessoa, PB. 2004

DERCHAIN, S. F. M.; FILHO, A. L.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia.** v. 27, n. 7, p. 425-33, 2005.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Trato Genital Inferior.** 2010.

FERREIRA, V. A. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Revista Rene.** v. 16, n. 2, p. 266-74. 2015.

FERRO, A. B. **Imunocitoquímica**. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Licenciatura em Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica. 2010.

FIGUEIREDO, T. et al. Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero. **SAÚDE VER**. v. 15, n. 41, p. 3-13, 2015.

FITZ, F. F. et al. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**. v. 39, n. 8. 2011.

FRIGO, L. F.; ZAMBARDA, S. O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento Cervical cancer: effects of treatment. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde**. v. 16, n. 3. 2015.

GADELHA, M. I.; COSTA, M. R., ALMEIDA, R. T. Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 193-199. 2005.

GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec. 1999.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 28, n. 2, p.100-106. 2010).

GARCIA, C. L. Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. **RBPS**. v. 23, n. 2, p. 118-12. 2010.

GARCIA, C. L.; PEREIRA, H.C.; MARINHO, M. N. A. S. B. Percepção das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**. v. 23, n. 2. 2010.

GÓIS FILHO, P. M. B. **Comparação entre Citologia, Colposcopia e Histopatologia no diagnóstico do Câncer do Colo do Útero Em Um Serviço Público de Saúde de Pernambuco**. Recife. 2010.

GOMES, C. H. R; et al. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 1, p. 41- 45. 2012.

GREEN, J. et al. Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 20, n. 3. 2005.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. **Deteção Precoce**. Rio de Janeiro, INCA. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. 2017.

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. **Revista Latino-Americano. Enfermagem**. v. 18, n. 5, p. 849-55. 2010.

KOH, W. J.; et al. Cervical cancer. **J Natl Compr Canc Netw**. v. 11, n. 3, p. 320-343. 2013.

LAZARETTI, A. P.; et al. **Prevalência dos Subtipos Histológicos do Câncer de Mama em Pacientes atendidas em um Serviço de Oncologia de Alta Complexidade e Demanda do sul de Santa Catarina de 2006 a 2014**. 13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J. **Fatores associados à variação no comprimento e diâmetro vaginal após radioterapia pélvica para câncer do colo uterino**. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Título de Mestra em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica. CAMPINAS. 65PAG. 2016

MASCARELLO, K. C.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Survival analysis of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology in Espírito Santo State, Brazil, 2000- 2005. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 4, p. 823-831. 2013.

MATOS, L. L.; et al. Immunohistochemistry as an Important Tool in Biomarkers Detection and Clinical Practice. **Biomarker Insights**. v. 5, p. 9-20, 2010.

MEIRA, K. C.; et al. Mortalidade por câncer do colo uterino. **Revista Saúde Pública**. v. 47, n. 2, p. 274-282. 2013.

MENDONÇA, V.G.; et al. Human papillomavirus cervical infection: viral genotyping and risk factors for high-grade squamous intraepithelial lesion and cervix cancer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. v. 32, n.10, p. 476–485. 2010.

MONK, B. J.; et al. Rethinking the use of radiation and chemotherapy after radical hysterectomy: a clinical-pathologic analysis of a Gynecologic Oncology Group/Southwest Oncology Group/Radiation Therapy Oncology Group trial. **Gynecol Oncol**. v. 96, n. 3, p. 721-728. 2005.

MORAES, M. A. A. et al. Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v. 14, n. 1, p. 355-365. 2016.

National Comprehensive Cancer Network. **Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)- Cervical Cancer**, version 1.2016. Disponível em: Disponível em: <<http://www.nccn.org>. > Acesso em 15 de Abr. 2017.

NAUD, P.; et al. Factors predicting intermediate endpoints of cervical cancer and exposure to human papillomavirus (HPV) infections in young women screened as potential targets for prophylactic HPV vaccination in south of Brazil. **Eur Journal Obstet Gynecol Reprod Biol**. v. 124, n. 1, p. 110-8. 2006.

NEVES, K. T. Q. Percepção de usuárias acerca do exame de detecção precoce do câncer de colo uterino. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 01-07. 2016.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Revista Rene**. v.15, n. 1, p. 132-40. 2014.

NOBRE, C. M. G. et al. Perfil das mulheres com alteração no exame papanicolau no sul do país. **VITALLE**. v. 26, n. 1. 2014.

OLIVEIRA, C. C. E. BARBOSA, A. M. R. B. Técnicas de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino. **ACIS**. v. 2, n. 3. 2014.

OLIVEIRA, C. L.; et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista Rene**. v. 11, p. 53-60. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comprehensive cervical cancer prevention and control: **A healthier future for girls and women**. 2013.

PEREIRA, S. M. M; et al. Análise das Discordâncias Diagnósticas dos Exames Citopatológicos do Programa de Monitoramento Externo de Qualidade no Estado de São Paulo, Brasil, 2000-2010. **Revista Brasileira de Câncer**. v. 58, p. 481-488. 2012.

PEREZ, C. A. et al. **Principles and practice of radiation oncology**. 6 th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2013.

RAMOS-VARA, J. A. Technical Aspects of Immunohistochemistry. **Veterinary Pathobiology**. v. 42, p. 405-426. 2005.

ROELEN, J.; et al. p16INK4a immunocytochemistry versus HPV testing for triage of women with minor cytological abnormalities: A systematic review and meta-analysis. **Cancer Cytopathology**. v. 120, n. 5, p. 294–307. 2012.

RIBALTA, J. C. L; SPECK, N. M. G.; FOCCHI, J. **Colposcopia**. In: Girão MJBC, Lima GR, Bacarat EC. Ginecologia. São Paulo: Manole. p.25-32. 2009.

SÁ, F. C.; PIRES, V. A. T. N. citologia Oncótica do colo do útero: atuação de equipes das estratégias saúde da família para alcançar as metas de cobertura; **Revista Enfermagem Integrada**. v. 6, n. 1. 2013.

SAEVARSDOTTIR, T.; FRIDRIKSDOTTIR, N.; GUNNARSDOTTIR. S. Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy. **Cancer Nurs**. v. 33, n. 1, p. 1-10, 2010.

SAHASRABUDDHE, V. V.; LUHN, P.; WENTZENSEN, N. Human papillomavirus and cervical cancer: biomarkers for improved prevention efforts. **Future Microbiology Journal**. v. 6, n. 9, p. 1083-1098. 2011.

SALIMENA, A. M. O. et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min**. v. 1, p. 909-920, 2014. Disponível

em: < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/401/566>> Acesso em 15 de Mar. 2017.

SANTOS, N. T.; SIBIM, A. C.; BENITO, G. A.V. **Perfil de pacientes portadores de câncer de mama e colo de útero no município de Foz do Iguaçu/PR**. IV Encontro de Iniciação Científica da Unila “UNILA 5 anos: Integração em Ciência, Tecnologia e Cultura na Tríplice Fronteira”. 2015

SCHÄFFER, L. T. H. et al. Correlação de fatores clínicos e prognósticos, com a expressão da proteína p53, no carcinoma invasor de colo uterino. **Revista Saúde.Com**. v. 8, n. 1, p. 46-56. 2012.

SCHIRMER, L. M.; MIRANDA, F. V.; DUARTE, I. V. Mulheres tratadas de câncer do colo uterino: uma análise da questão conjugal. **Revista SBPH**. v. 17, n. 1. 2014.

SIEGERT, B. C.; et al. **Estudo epidemiológico da prevalência de lesões cérvico-vaginais no exame de papanicolau de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde no município de Venâncio Aires**. Seminário de Iniciação Científica 2016: XXII Seminário de Iniciação Científica. UNISC.

SILVA, C. G.; FILHO, E. C. O. **Relação entre a incidência de infecção por hpv e o diagnóstico de câncer de colo uterino no Brasil**. Trabalho de conclusão de curso, apresentado no formato de artigo científico ao UniCEUB. Brasília. 15 pag. 2015

SILVA, D. S. M. et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n. 4, 2014a.

SILVA, E. C. A. et al. Conhecimento Das Mulheres De 18 A 50 Anos De Idade Sobre A Importância Do Exame De Papanicolaou Na Prevenção Do Câncer De Colo Uterino No Município De Turvânia-GO. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 4, 2015.

SILVA, M. S. et al. Vivências de Mulheres Face ao Diagnóstico de Câncer Cérvico-Uterino: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Pleiade**. v. 8, n. 16, 2014b.

SILVA, N. A. M. **Plano de cuidado para atrair as mulheres para realização do exame papanicolau e de mama**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem –Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. FLORIANÓPOLIS (SC). 28 PAG. 2014

SILVA, N. S. M. **Estudo sobre a Expressão da Metaloproteinase de matriz 7 (MMP-7), a infecção pelos Vírus HPV e EBV e o grau de malignidade de Lesões do Colo Uterino**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre em Genética e Evolução. São Carlos. 102 pag. 2016

SILVEIRA, C. F.; et al. Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama. **Escola Anna Nery**. v. 20, n.4. 2016.

SMALL, W. Jr; et al. **Expert Panel on Radiation Oncology–Gynecology. ACR Appropriateness Criteria® definitive therapy for early stage cervical cancer.** Reston (VA): American College of Radiology (ACR). 2012.

SOARES, E. M.; SILVA, S. R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Reben.** v. 63, n. 4, p. 517-522. 2010.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc Anna Nery.** v. 14, n.1, p. 90-6. 2010.

SOUZA, M. H. N.; TYRRELL, M. A. R.; Políticas de salud a lamujer em Brasil, 1974-2004. **Rev. Enferm.** v. 19, n. 1, p. 70-6. 2011.

STIVAL, C. M. et al. Avaliação Comparativa da Citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: Destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. **RBAC.** v. 37, n. 4, p. 215-218. 2005.

TERRA, F.S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev Bras Clin Med.** v. 11, n. 2, p. 112-7. 2013.

TADOKORO, H.; FONSECA, S. M. **Indicações e contra- indicações paraquimioterapia. Manual de quimioterapia antineoplásica.** Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso. 2000.

THULER, L. C, S.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 36, n.6. 2014

THULER, L. C, S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 11. p. 656-60. 2005.

VIEIRA, S. C. et al. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 31, n. 1. 2009.

WAXMAN, A. G. et al. Revised terminology for cervical histopatology and its implications for management of highgrade squamous intraepithelial lesions of the cervix. **Obstetrics & Gynecology;** v. 120, n. 6, p. 1465-1471. 2012.

WRIGHT, J. D. Cervical intraepithelial neoplasia: terminology, incidence, pathogenesis, and prevention. v. 6. 2014.

ZAPPONI, A. L. B.; MELO, E. C. P.; Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. **Revista Enfermagem** v. 18, n. 4, p. 628-631. 2010.

APÊNDICES



APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CAMPUS DE CUITÉ

Cuité 22 de maio de 2017

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao, Diretor(a) do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo

Solicito autorização institucional para realização do projeto de Pesquisa intitulado: “**A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ**”, a ser realizado pela acadêmica do curso de farmácia **Maria Leidiana Alves de Lucena** da Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde da UFCEG, sob orientação do **Prof. Dr. Carlos Márcio Moura Ponce de Leon**. O projeto tem como objetivo geral conhecer a prevalência do câncer de colo uterino em pacientes atendidas em um hospital de referência no município de Barbalha, Ceará. Para isso utilizará como metodologia a coleta de dados que serão obtidos através da análise dos prontuários dos pacientes com o diagnóstico de câncer do colo uterino. Os dados analisados serão: traçar o perfil das participantes da pesquisa, verificar a prevalência do câncer de colo uterino e seus estádios no período em estudo e identificar quais as cidades da região com mais acometidas pelo agravo em estudo. O projeto também será enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro-UFCEG para análise e parecer. Na certeza de contarmos com a colaboração desta para a autorização da pesquisa, agradecemos antecipadamente a atenção e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Dr. Carlos Marcio Moura Ponce de Leon
 Professor/Orientador

Universidade Federal de Campina Grande - UFCEG Centro de Educação e Saúde - CES Campus Cuité Olho D'Água da Bica S/N Cuité - Paraíba - Brasil CEP: 58175-000 Telefone: (83) 3372 1964
cmpleon@gmail.com

() **Concordamos com a solicitação** () **Não concordamos com a solicitação**

Dr. Antônio Helson Viana de Brito – Diretor Técnico (HMSVP)

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

1. Idade na primeira consulta: _____
2. Raça/cor: _____
3. Localização/cidade: _____
4. Estado civil: _____
5. Data da primeira consulta no Hospital: _____
6. Diagnóstico do tumor
 - () Clínica
 - () Exame por imagem
 - () Marcadores tumorais
 - () Citologia
 - () Histologia da metástase
 - () Histologia de tumor primário
 - () sem informação
7. Exames relevantes para diagnóstico e planejamento terapêutico:
 - () Exame clínico e patologia clínica
 - () Exame por imagem
 - () Anatomia patológica
 - () Marcadores tumorais
 - () sem informação
8. Óbito por câncer?
 - () Sim
 - () Não
 - () Ignorado
9. Qual estágio do tumor? _____
10. Qual tratamento escolhido? _____

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA BANCO DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

TERMO DE CONSCETIMENTO PARA O BANCO DE DADOS

1. Identificação da pesquisa:

Título do projeto: “A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ”

Curso: Bacharelado em Farmácia

Instituição Coparticipante: Hospital São Vicente de Paulo

Responsável pela instituição coparticipante: Dr. Antônio Helson Viana de Brito

Identificação dos pesquisadores

Nome completo	Responsabilidade no projeto	CPF
CARLOS MARCIO MOURA PONCE DE LEON	Pesquisador responsável (Orientador)	[REDACTED]
MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA	Orientando/Aluno	[REDACTED]

2. Declaração de compromisso:

Presado (a) senhor (a): Dr. Antônio Helson Viana de Brito

Somos pesquisadores da Universidade Federal de Campina Grande, pretendemos realizar uma coleta de dados através da análise dos prontuários dos pacientes com os diagnósticos de Câncer de Colo de Útero atendidas no hospital São Vicente de Paulo do município de Barbalha, Ceará. Solicitamos sua autorização para utilizar o banco de dados das pacientes, sob sua guarda. Caso concorde, utilizaremos informações referentes a prontuários que foram realizados nesta instituição ocorrida nos últimos 30 casos de pacientes diagnosticadas com o devido tipo de câncer destinados ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna supracitada e posterior publicação em veículos científicos da área. Baseados aos itens III.2m e III.2q das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo

Seres Humanos a Resolução CNS 510 DE 07 de abril de 2016 , e nos principais documentos nacionais e internacionais sobre pesquisas que envolvem seres humanos e que fundamentaram essa Resolução, declaramos que:

- 1) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEPQFCMPB;
- 2) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- 3) Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, tendo o cuidado de não o estigmatizar, substituindo, por exemplo, o nome por códigos;
- 4) Asseguramos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;
- 5) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Havendo contato com as pessoas

envolvidas, estas serão informadas dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;


- 6) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista ao protocolo do projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP/FCMPB;
- 7) Asseguramos que os dados coletados serão mantidos em local seguro por 5 anos sob a responsabilidade dos pesquisadores, após o que serão destruídos.
- 8) Os resultados deste trabalho poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas, entretanto, serão apresentados em conjunto, sem nomes, instituição ou qualquer informação que identifique os participantes e a instituição.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes, assinaremos este Termo de Consentimento para Uso de dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes, juntamente com o responsável da instituição coparticipante.

Cuité, 25 de Maio de 2017

Nome completo

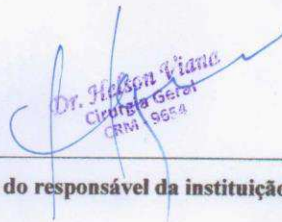
Assinatura

CARLOS MÁRCIO MOURA PONCE DE LEON	
Maria Luidiana Alves de Souza	Souza

3. Consentimento esclarecido da instituição coparticipante

Declaro concordar com o acesso aos dados para a pesquisa, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo CEP da instituição

proponente, após a sua revisão ética; declaro, ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS/510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa em apreço, e de seu compromisso ao resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados ou vinculados aos dados objeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Dr. Nelson Viana
Clínica Geral
CRM 9554

Assinatura do responsável da instituição coparticipante

ANEXO B**DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

**DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DTCLE)**

Solicito a dispensa da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado. "A **PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ**" com a seguinte justificativa: Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem quantitativa com coleta de dados retrospectiva através dos prontuários dos últimos 30 casos de pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero solicitado no Hospital São Vicente de Paulo de Barbalha-CE.

Atenciosamente,

Cuité, 25 de maio de 2017

Pesquisador responsável

Prof. Dr. Carlos Márcio M. Ponce de Leon
Matrícula SIAPE: nº 1778280
Unidade Acadêmica de Saúde - UFCG

Responsável Técnico

Caso necessite informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o pesquisador (a) responsável pelo telefone 8333721900/1964 ou pelo e-mail cmp.leon@gmail.com e leidiana.lucena@hotmail.com. Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal de Campina Grande, Rua Olho D'água da bica S/N, Cuité-PB.

ANEXO C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, José Justino Filho diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ" da aluna de Farmácia "MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA". Que será realizada no mês de junho de 2017, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisador responsável a Prof. Dr. Carlos Marcio Moura Ponce de Leon da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 24 de maio de 2017

A handwritten signature in black ink, which appears to read "José Justino Filho", is written over a horizontal line.

Prof. Dr. José Justino Filho
Prof. José Justino Filho
Diretor do CES
Mat. SIAPE: 219331-1

ANEXO D**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 24/05/17

Declaro para os devidos fins, que eu **CARLOS MARCIO MOURA PONCE DE LEON**, Professor do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG *Campus* de Cuité, Matrícula Siape 1776280, sou a professor responsável pelo Projeto de TCC - “A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ” da aluna “MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA– Curso de Farmácia”. Irei encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.



Prof Dr Carlos Márcio Moura Ponce de Leon
Matrícula SIAPE 1776280

ANEXO E**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 24/05/17

Declaro para os devidos fins, que eu **CARLOS MARCIO MOURA PONCE DE LEON**, Professor do Curso de Bacharelado em Farmácia da UFPG - CES - *Campus* de Cuité, Matrícula Siape 1776280. Que sou a professor responsável pelo Projeto de TCC – “A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ” da aluna “MARIA LEIDIANA ALVES DE LUCENA– Curso de Farmácia” e que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil após a realização da mesma.

Prof. Dr. Carlos Marcio Moura Ponce de Leon
Matrícula SIAPE 1776280

ANEXO F**PARECER DE APROVAÇÃO DA PLATAFORMA BRASIL**

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, CEARÁ

Pesquisador: Carlos Márcio Moura Ponce de Leon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69850517.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.163.761

Apresentação do Projeto:

Prevalência do câncer de colo de útero em Barbalha CE

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a prevalência do câncer de colo uterino em um Hospital de Barbalha CE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores reconhecem que a pesquisa possui riscos mínimos, como o de constrangimento pelo acesso às informações da privacidade das pacientes.

Entretanto, esclarecem que tal risco será minimizado ainda mais, pela não identificação da paciente no instrumento de coleta de dados.

O benefício é evidente, pois o conhecimento da prevalência do agravo no município pode otimizar ações preventivas.

ANEXO G

LIBERAÇÃO DE PESQUISA



ASSOCIAÇÃO INSTRUTORA MISSIONÁRIA

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

C.N.P.J. 03.284.505/0001 - 13

LIBERAÇÃO DE PESQUISA PELA COMISSÃO INTERNA MULTIPROFISSIONAL
DE ÉTICA EM PESQUISA

Eu Maria Leidiana Alves de Lucena, matriculado no Curso de graduação de Farmácia da UFCG solicito para os devidos fins à Comissão Interna Multiprofissional de Ética em Pesquisa (CIMEP) do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo a liberação para realização do Trabalho Científico "A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO" O período da pesquisa corresponde ao mês de Junho/17 que será realizado no setor Arquivo Prontoário.

Solicito a realização do referido trabalho nos moldes da Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o que garante o respeito aos aspectos éticos e legais das informações fornecidas por esta instituição.

Comprometo-me entregar uma cópia da pesquisa após a conclusão para fins de uso no centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional Hospitalar.

Maria Leidiana Alves de Lucena

Pesquisador (a): Maria Leidiana Alves de Lucena

Carlos Mácio Moura Ponce de Leon

Orientador(a): Carlos Mácio Moura Ponce de Leon

Dr. Helson Viana
Cirurgia Geral
CRM 9654

Dr. Antônio Helson Viana de Brito, CRM: 9654 – Diretor Técnico (HMSVP)

PROTOCOLO PLATAFORMA BRASIL Nº: _____

PARECER DO CIMEP: LIBERADO PARA PESQUISA.