



**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**JOÃO ARTHUR DE MORAES CASTRO
PALLOMA DE SOUSA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS E CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ**

PARNAIBA – PI

2019

JOÃO ARTHUR DE MORAES CASTRO
PALLOMA DE SOUSA SILVA

**PREVALÊNCIA DE LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS E CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP, na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso III
como requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Medicina.

Orientador: Profº. M.Sc. Leonam Costa Oliveira

PARNAIBA - PI

2019

JOÃO ARTHUR DE MORAES CASTRO

PALLOMA DE SOUSA SILVA

**PREVALÊNCIA DE LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS E CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP, na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso III
como requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Medicina.

Orientador: Profº. M.Sc. Leonam Costa Oliveira.

APROVADO EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profº. M.Sc. Leonam Costa Oliveira - FAHESP/IESVAP
Orientador

Profª. Dra. Ana Rachel Oliveira de Andrade - FAHESP/IESVAP
Examinadora

Profº. M.Sc. Antonio Marçal de Sousa Val - FAHESP/IESVAP
Examinador

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, que nos incentivaram e estiveram presentes nessa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que nos momentos mais difíceis nos deu força para continuar nossa caminhada em busca do nosso sonho;

Aos nossos pais José Lafaete, Maria das Graças, Antônio Claudio e Maria da Graça, pelo incentivo e apoio incondicional ao longo dessa jornada árdua de estudos, trabalhos e provas;

Ao professor Dr. Cledivan Alves dos Santos pelo auxílio em todas as etapas desse trabalho, sempre com muita atenção e paciência, respondendo prontamente as nossas dúvidas e ajudando a corrigir nossos erros;

Aos amigos de curso, pela cumplicidade, ajuda, amizade e companheirismo nessa etapa importante de nossas vidas;

A SOGIPA e seus funcionários pela total disposição e auxílio durante toda a coleta de dados;

Aos professores Dra. Ana Rachel Oliveira de Andrade e M.Sc. Antonio Marçal de Sousa Val pela disponibilidade e valiosas contribuições dadas para melhoria e aperfeiçoamento do nosso trabalho.

De forma especial ao Profº. M.Sc. Leonam Costa Oliveira, pela brilhante orientação deste trabalho e durante todo o nosso curso, sendo fundamental para nossa formação acadêmica e concretização dos nossos sonhos. Muito obrigado de coração. A você nossa eterna gratidão.

CASTRO, J. A. M.; SILVA, P. S. **Prevalência de lesões intraepiteliais cervicais e câncer de colo do útero em pacientes das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí**. 2019. 52 f. Monografia (Bacharelado em Medicina). Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP), Parnaíba, 2019.

RESUMO

O exame citopatológico, conhecido como Papanicolau, é um exame de triagem para verificar lesões pré-cancerosas e câncer de cérvix; utilizado na prevenção de cânceres invasivos por identificação de lesões precursoras que podem acontecer muitos anos antes de ocorrer a invasão, possibilitando assim um diagnóstico precoce necessário para o sucesso terapêutico. O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo corte transversal. Tem como objetivo de determinar a incidência de lesões intraepiteliais e câncer cervical entre as mulheres usuárias do serviço de atenção primária dos municípios da Planície Litorânea do Piauí. As lesões foram determinadas a partir dos resultados do exame Papanicolau, obtidos através da ficha do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero entre os meses de janeiro de 2014 a abril de 2018 presentes na Clínica Sogipa, localizada na cidade de Parnaíba – Piauí. A amostra é de conveniência e não probabilística. Através das informações, expostas nesta ficha, foram selecionados todos os prontuários das pacientes que tiveram alterações no exame citopatológico nas Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí. Nos anos analisados foi possível constatar 191 pacientes com alterações. Este estudo revelou que a idade de 30-39 anos (30%), raça/cor parda (51%), com ensino fundamental incompleto (31,4%), resultado citopatológico de LSIL (42,9%), moradoras do município de Cajueiro da Praia e inspeção de colo uterino normal em presença de LSIL (22,5%) estavam entre as características mais relacionadas as lesões precursoras de câncer de colo uterino (LPCCU) e câncer de cérvix na população estudada. Os dados analisados apontam para uma necessidade executiva de ações educativas sobre prevenção, contribuindo, assim, com a maior aderência destas mulheres aos exames de rastreio e diagnóstico, resultando na redução das taxas de mortalidade pelo câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Exame citopatológico. Câncer da cérvix. Lesões intraepiteliais. Piauí.

CASTRO, J.A. M .; SILVA, P. S. **Prevalence of cervical intraepithelial lesions and cervical cancer in patients from the Basic Health Units of the Litorânea do Piauí Plain.** 2019. 52 f. Monography (Bachelor of Medicine). Institute of Higher Education of the Parnaíba Valley (IESVAP), Parnaíba, 2019.

ABSTRACT

The cytopathological examination, known as Papanicolau, is a screening test to check for precancerous lesions and cervical cancer; used in the prevention of invasive cancers by the identification of precursor lesions that may occur many years before the invasion occurs, thus enabling an early diagnosis necessary for therapeutic success. The present work is an observational, descriptive, cross-sectional study. The objective of this study is to determine the incidence of intraepithelial lesions and cervical cancer among women users of the primary care service in the municipalities of the Litiane Plain of Piauí. The lesions were determined from the results of the Pap smear, obtained through the National Cancer Control Program of the Cervical Cancer Program between January 2014 and April 2018, present at the Sogipa Clinic, located in the city of Parnaíba - Piauí . The sample is of convenience and not probabilistic. Through the information, shown in this sheet, all medical records of the patients who had alterations in the cytopathological examination were selected in the Basic Health Units of the Litiane Plain of Piauí. In the analyzed years it was possible to verify 191 patients with alterations. This study revealed that the age of 30-39 years (30%), race / color brown (51%), incomplete primary education (31.4%), cytopathologic result of LSIL (42.9%), of Cajueiro da Praia and normal uterine cervix inspection in the presence of LSIL (22.5%) were among the characteristics most related to the precursor lesions of cervical cancer (LPCCU) and cervical cancer in the study population. The data analyzed point to an executive need for educational actions on prevention, thus contributing to the greater adherence of these women to screening and diagnostic exams, resulting in the reduction of cancer mortality rates.

KEYWORDS: Cytopathological examination. Cancer of the cervix. Intraepithelial lesions. Piauí.

LISTA DE SIGLAS

AGC - Atipias de significado indeterminado em células glandulares

ASC – Células escamosas atípicas

ASC- H – Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

ASC-US – Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas

CEI - Carcinoma epidermóide invasor

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FAHESA - Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína

HPV – Vírus Papilomavírus Humano (HPV)

HSIL - Lesão intraepitelial de alto grau

IARC - International Agency for Research on Cancer

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LPCCU - Lesões precursoras do câncer do colo do útero

LSIL - Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau

NIC - Neoplasias intraepiteliais cervicais

OMS – Organização Mundial da Saúde

SOGIPA - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	Câncer do Colo do Útero.....	12
2.2	Papilomavírus Humano (HPV).....	12
2.3	Neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC).....	14
2.4	Exame Papanicolau.....	16
2.5	Aspectos Epidemiológicos.....	18
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo Geral.....	20
3.2	Objetivos Específicos.....	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Desenho do estudo.....	21
4.2	Local do estudo.....	21
4.3	Período do estudo.....	21
4.4	População do estudo.....	21
4.5	Amostra.....	21
4.5.1	Amostragem.....	21
4.5.2	Tamanho amostral.....	22
4.6	Critérios de elegibilidade.....	22
4.6.1	Critérios de inclusão.....	22
4.6.2	Critérios de exclusão.....	22
4.7	Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes.....	23
4.8	Definições de termos e variáveis.....	23
4.9	Coleta de dados.....	24
4.10	Instrumento para a coleta de dados.....	25
4.11	Processamento e análise dos dados.....	25
4.12	Aspectos éticos.....	26
5	CRONOGRAMA.....	28

6	ORÇAMENTO.....	29
6.1	Justificativa do orçamento.....	29
	ARTIGO A ERA SUBMETO A REVISTA CIENTÍFICA INOVALE.....	30
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXOS.....	44
	ANEXO 1 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	45
	ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	47
	ANEXO 3 – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA INOVALE.....	50

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com uma incidência de aproximadamente 530.000 novos casos e 275.000 óbitos associados anualmente no Brasil. (FERLAY et al., 2008). Em países desenvolvidos, essas taxas são menores, devido às políticas públicas bem estruturadas e adotadas precocemente para melhor rastrear e prevenir essa neoplasia, como nos Estados Unidos e Canadá. Porém, a cobertura dessa população ainda é deficitária diante dos altos índices de incidência e mortalidade (SIEGEL, et al., 2013).

As lesões intraepiteliais do colo do útero são precursoras do câncer cervical. Para classificar essas lesões pré-cancerosas, atualmente, pode-se utilizar uma associação entre o Sistema Bethesda, 2001, e a classificação de Richart, 1967, que associa lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) com neoplasia intra-epitelial cervical (NIC I) e infecção por Papilomavirus humano (HPV), e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL) com NIC II e NIC III (SARIAN; DERCHAIN; BASTOS, 2010).

Segundo as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o método padrão ouro de rastreamento desse câncer no Brasil é o exame citopatológico, também conhecido como exame de Papanicolau, que deve ser oferecido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade ou que já realizaram atividade sexual. Essa população alvo se justifica por ser aquela com maior incidência de lesões de alto grau passíveis de serem tratadas. É indicada a realização anual desse exame, com posterior aumento do intervalo para três em três anos caso os dois primeiros não apresentarem alterações (INCA, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cobertura desse público alvo deve ser de no mínimo 80% para que se possa ter uma redução significativa na incidência de câncer cervical invasivo. Porém, na rede pública nacional de saúde, verifica-se uma minoria de mulheres que realizam o rastreamento por meio do exame preventivo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

Diante da importância do diagnóstico precoce, a frequência não é satisfatória no controle da patologia, sendo necessária a urgência na tomada de medidas promotoras de saúde por parte das autoridades competentes, a fim de melhorar o

rastreamento e ampliar a cobertura para que se torne mais efetivo a monitorização e prevenção de agravos gerados por essas lesões. Tal pesquisa poderá nortear a definição das prioridades estabelecidas para otimizar os investimentos e as ações dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí, com o propósito de capitar mais mulheres para a realização do exame preventivo, usando a diminuição da incidência de câncer e de morbimortalidade causada por essa doença nas mulheres da população analisada.

Apesar de existir um exame de baixo custo, fácil execução e com boa sensibilidade para a detecção precoce de lesões neoplásicas perfeitamente tratáveis e acima de tudo curáveis, o câncer cervical ainda é uma das neoplasias que mais matam no Brasil. Conhecer a prevalência das lesões intraepiteliais e câncer do colo do útero é um passo fundamental para entender a realidade de uma população e a primeira etapa para melhorar estratégias de saúde pública.

Os dados coletados pelos pesquisadores permitirão avaliar a cobertura da população alvo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Planície Litorânea do Piauí e a prevalência das lesões intraepiteliais cervicais e câncer nessa população. Com isso, poderá ser feito uma análise dos últimos anos para que se possa planejar de forma mais efetiva e mais adequada melhorias para essa população, com ações de promoção, prevenção e tratamento dessas patologias para os próximos anos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de Colo do Útero

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento sendo caracterizado por altas taxas de prevalência e mortalidade, acometendo geralmente mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva (ANDRADE, 2013). Tornando-se o terceiro tipo de câncer mais prevalente em mulheres em todo o mundo (FERLAY, 2010). No Brasil, é a segunda neoplasia maligna mais incidente entre as brasileiras, representando 15% do total dos cânceres feminino (FIGUEREDO, 2014). E para o ano de 2018, há estimativas de 16.370 novos casos de câncer do colo do útero, o que representa uma taxa de incidência de 15,11 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Esse tipo de câncer se desenvolve a partir de lesões precursoras, que possuem capacidade de progredirem se não são detectadas e tratadas precocemente (PARKIN, 2005). O alto índice nos países em desenvolvimento e em outros lugares, entre populações carentes, é em grande parte devido à deficiência nos programas de rastreio, que permite a detecção de lesões pré-cancerosas e câncer em estágio inicial (AIDÉ, et al., 2009).

Estudos epidemiológicos e moleculares têm demonstrado que a infecção com alguns tipos de papilomavírus humano (HPV) seja o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e câncer (PITTA, 2010).

Além de fatores relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros aspectos ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2009).

2.2 Papilomavírus Humano (HPV)

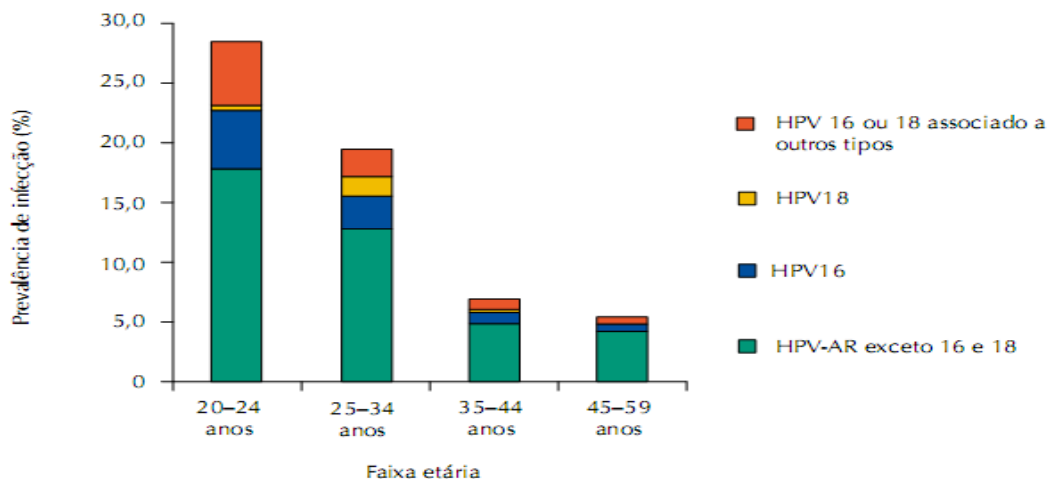
Na década de 1970, contrariando as teorias existentes, Harald zur Hausen

afirmou que se as células cancerosas contivessem um vírus oncogênico, elas poderiam apresentar o DNA viral em seu genoma. Em 1983, descobriu o papilomavírus humano tipo 16 (HPV16) que, juntamente com o HPV18, está presente em 70% das biópsias feitas em pacientes com câncer cervical (HAUSEN, 2000) (ROSA, 2009).

A International Agency for Research on Cancer (IARC), em 1995, conduziu um estudo multicêntrico do tipo casos controle com dois mil casos de câncer cervical e dois mil controles. A análise mostrou uma forte associação entre câncer cervical e a presença de qualquer tipo de HPV. A *odds ratio* (OR) de todos os países, ajustada pela idade, foi de 60 (IC95%: 49-73) (IARC, 1986). Observa-se que o risco da associação entre HPV e câncer cervical em alguns estudos é maior do que 100 (FRANCO, 2004). Nenhum outro fator de risco para neoplasia cervical tem magnitude comparável (BOSCH, 2002). Entretanto, a infecção pelo HPV é necessária, mas não suficiente, para causar o câncer cervical (ROSA, 2009). A vasta maioria das mulheres infectadas pelo HPV oncogênico nunca desenvolverão câncer, sugerindo que fatores adicionais devam agir em conjunto para o desenvolvimento da doença. (ROSA, 2009).

No Brasil, a identificação de mulheres infectadas pelo HPV é feita a partir de estudos heterogêneos e, por isso, de comparabilidade difícil e reprodutibilidade limitada, pois estimativas elaboradas a partir de estudos que consideram mulheres referenciadas podem resultar em medidas superestimadas (AYRES, et al., 2017). Segundo Ayres, et al, 2017, em um estudo transversal, no qual participaram 2.076 mulheres de 20 a 59 anos, residentes em Juiz de Fora, MG, convocadas para rastreamento organizado, realizado em unidades com a Estratégia Saúde da Família implantada teve prevalência global de infecção por pelo menos um tipo de HPV de alto risco, entre mulheres igual a 12,6% (IC95% 11,16–14,05) (Figura 1).

FIGURA 1 - PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES POR TIPOS DE HPV SEGUNDO FAIXA ETÁRIA ENTRE MULHERES ESTUDADAS. JUIZ DE FORA. MG.



Fonte: Ayres, et al.(2017).

A prevalência de infecção entre as mulheres analisadas neste estudo transversal é semelhante àquela encontrada em outros estudos brasileiros, sendo mais elevada entre mulheres mais jovens. (AYRES, et al., 2017). Atualmente, está estabelecido que as infecções pelo HPV geralmente são adquiridas nos primeiros anos de vida sexual ativa e o risco é proporcional ao número de parceiros, porém, a maioria dessas infecções é transitória em mulheres jovens (ROSA, 2009). As lesões intraepiteliais por HPV podem curar sem tratamento, mas a taxa de cura varia de acordo com a gravidade da lesão, ressaltando que a lesão de alto grau tem alta taxa de progressão para neoplasia maligna cervical. (ROSA, 2009).

2.3 Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC)

Richart, em 1967, estudando a história natural do câncer do colo uterino estabeleceu o conceito de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para as lesões precursoras do carcinoma escamoso invasor do colo uterino, considerando-as como um fenômeno único, contínuo e progressivo, caracterizadas por diversos graus de atípicas celulares compreendendo parte ou toda a espessura do epitélio cervical. Assim, as neoplasias intraepiteliais cervicais foram divididas, histologicamente, em três graus: NIC I, caracterizada por atípicas celulares localizadas no terço inferior do

epitélio escamoso; NIC II, em que as atípicas ocupam os dois terços inferiores desse epitélio; e NIC III, em que as células atípicas comprometem mais de dois terços ou toda a espessura do epitélio (RICHART, 1968). A NIC I, a NIC II e a NIC III correspondem, respectivamente, a displasia leve, displasia moderada e displasia acentuada/carcinoma in situ. (RICHART, 1968).

As lesões precursoras do câncer cervical receberam inúmeras alterações em sua nomenclatura ao decorrer dos anos. Em 1943, George Papanicolau estipulou a classificação citológica que se caracteriza pela descrição de cinco classes, numeradas de I a V, na qual a classe III é sugestiva de malignidade, mas não conclusiva, a classe IV é altamente sugestiva de malignidade e a classe V é conclusiva de malignidade (RICHART, 1968).

O termo displasia foi introduzido por Papanicolau em 1949 e, em 1953, Reagan et al., referindo-se à presença de células atípicas que comprometiam parte ou toda a espessura do epitélio, dividiram-na em leve, moderada, acentuada e carcinoma in situ. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde, utilizando a classificação proposta por Reagan, sugeriu que as duas últimas fossem agrupadas em uma mesma classificação (RICHART, 1990).

As neoplasias intraepiteliais cervicais são lesões proliferativas com maturação anormal e atípicas de graus variáveis substituindo parte ou toda a espessura do epitélio escamoso cervical. A neoplasia intraepitelial cervical (NIC) representa uma das manifestações subclínicas da infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O diagnóstico e o tratamento dessas lesões são de grande relevância, pelo fato de estarem intimamente relacionadas à gênese do câncer do colo uterino (AIDÉ, et al., 2009).

Em 1988 foi criado, na cidade de Bethesda, Maryland, Estados Unidos, um novo sistema de classificação citológica cervical com terminologia uniforme, com vistas a facilitar o manejo clínico das NIC. Esse mesmo sistema foi revisto em 2001 (SOLOMON, 2002).

A partir desses estudos e baseado na nomenclatura citológica do Sistema de Bethesda, Richart transportou para a histologia esses conceitos citológicos, classificando as NIC I em lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau associadas à infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) e agrupando as NIC II e III em lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (RICHART, 1990).

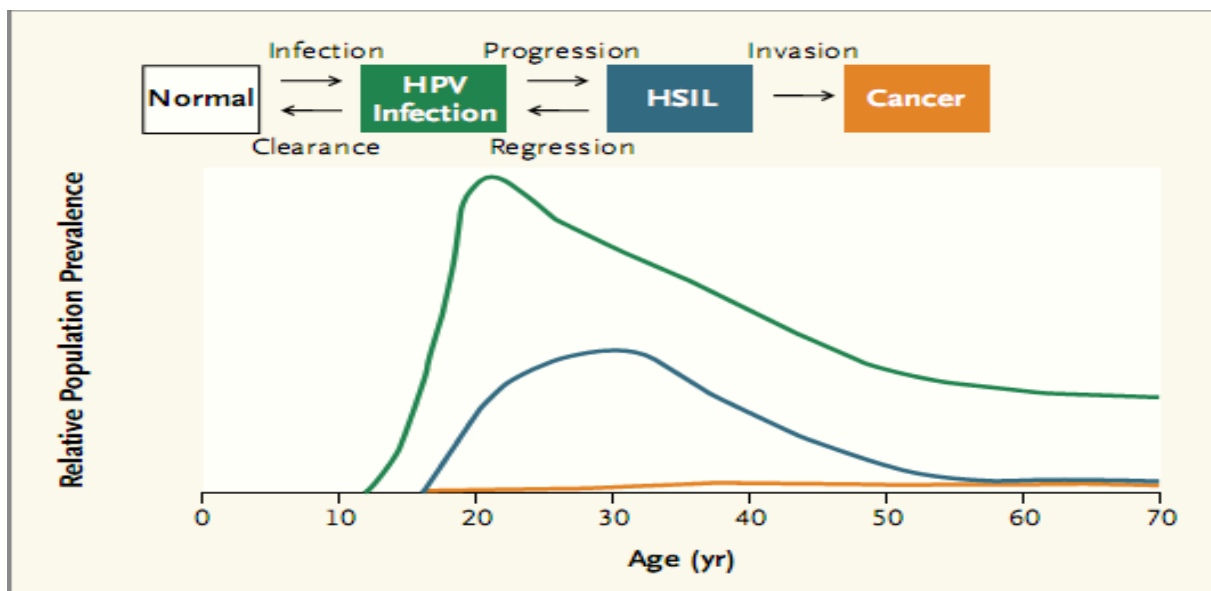
A classificação de Bethesda, de 1998, descreve o exame citológico em

normal; ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance); lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau; lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (NIC II e NIC III) e carcinoma invasor (SOLOMON, 2002). Essa classificação inclui as NIC II no mesmo grupo das NIC III pelo fato de apresentarem maior tendência para progressão do que para regressão. Entretanto, em grande parte do mundo a NIC II é considerada uma entidade separada da NIC III ou, até mesmo, agrupada com a NIC I (AIDÉ *et al.*, 2009).

Em 2001, foi proposta uma nova revisão do sistema citológico de Bethesda. Nessa nova classificação, a denominação ASCUS foi substituída por células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US) e ASC-H significando que não se pode excluir lesão de alto grau (SOLOMON *et al.*, 2002).

De acordo com Solomon *et al.*, uma mulher com citologia de ASCUS tem chance de apresentar lesão de alto grau em torno de 5 a 17% dos casos. Por outro lado, a NIC II e a NIC III estão presentes em 24 a 94% dos resultados citológicos de ASC-H (Figura 2).

FIGURA 2 - PREVALÊNCIA DE IDADE PARA CADA ESTÁGIO NA CARCINOGENESE CERVICAL



Fonte: Schiffman, *et al.* (2013)

2.4 Exame Papanicolau

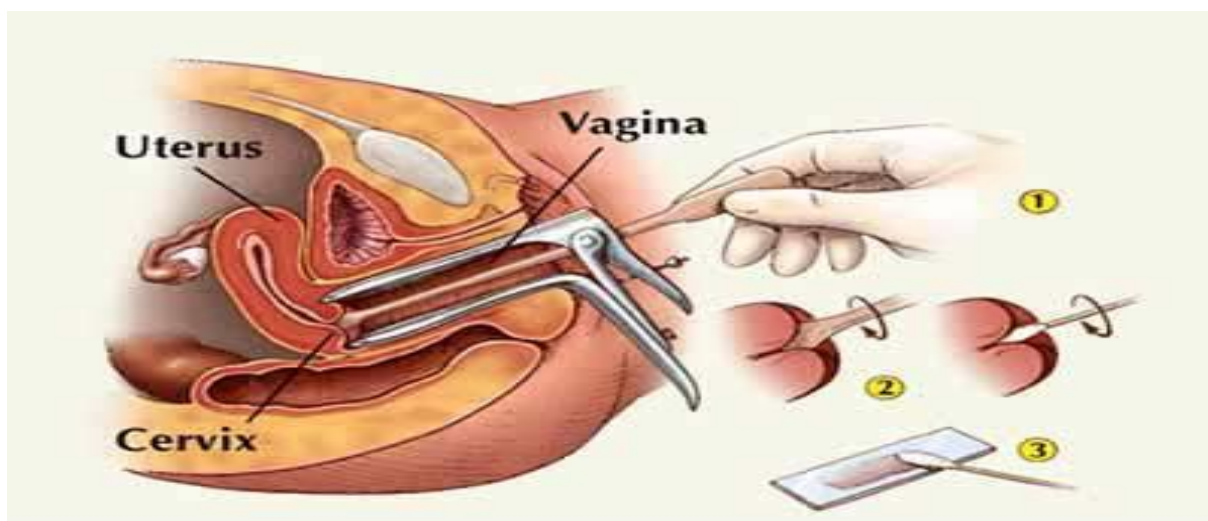
Em 1941, a citologia cervical oncológica foi desenvolvida por George Papanicolaou. Mais tarde, foi renomeado o teste de Papanicolaou, e tomou forma

como um método valioso para o diagnóstico precoce de câncer cervical, porque era preciso, de fácil execução e de baixo custo (CAETANO *et al.*, 2006).

Os programas de rastreio ou *screening* da população feminina por meio do exame Papanicolau, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer (PARKIN, *et al.*, 2005). Sendo eficiente, tem sido usado para detectar lesões precursoras de câncer cervical, especialmente nos estágios iniciais, quando o tratamento apresenta uma alta taxa de cura, o que ajuda a diminuir a mortalidade por esta doença (BRAY, 2005; TAVARES, 2007). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer e as diretrizes internacionais, a população alvo para rastreio de lesões precursoras de câncer cervical através do exame de citopatologia é de mulheres de 25 a 64 anos. O teste deve ser realizado a cada 3 anos após 2 exames anuais com resultados normais. Essas ações de triagem visam prevenir este câncer através da detecção precoce e tratamento de suas lesões precursoras (BRASIL, Ministério da Saúde., 2015).

No exame de Papanicolaou ou exame citopatológico é realizado um estudo das células descamadas no conteúdo vaginal ou removidas mecanicamente com auxílio de uma espátula ou escova, para definir o grau de atividade biológica das mesmas. A coleta de material ectocervical é efetuada com a espátula de Ayre e a coleta de material endocervical é realizada com uma escova endocervical (Figura 3). (FERNANDES, 2014).

FIGURA 3 - COLETA DE MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU.



FONTE: <http://www.exameginecologico.com.br/exame/images/papanicolaou.jpg> (2018).

O material coletado é espalhado de maneira uniforme sobre uma lâmina de microscopia, previamente identificada, e imediatamente fixado, para evitar a dessecação e deformação das células. O fixador citológico utilizado pode ser líquido, como álcool etílico 70 a 90%, ou aerossol contendo álcool isopropílico e polietileno glicol (Carbowax). Após a fixação do material é realizada a coloração citológica pela técnica de Papanicolaou. Para a classificação do diagnóstico citológico foi utilizada o Sistema de Bethesda (KOSS; GOMPEL, 1997).

Entretanto, um problema de saúde pública atualmente é que a maior parte das mulheres procura atendimento ginecológico, incluindo a realização da citologia preventiva, somente nos caso que existe sintomatologia (SIEGEL, et al., 2013).

2.5 Aspectos Epidemiológicos

O câncer de colo do útero tem números mais elevados nos países com recursos pobres, onde mais de 80% dos casos ocorrem (FERLAY, et al., 2010). Nos Estados Unidos e em outros países que desenvolveram programas de rastreio citológico cervical, como o teste do Papanicolau, a morbidade e a mortalidade por esse tipo de câncer foi bastante reduzida. Mesmo assim, aproximadamente 4000 mulheres morrem por essa neoplasia a cada ano nos Estados Unidos (SIEGEL, et al., 2013).

Segundo o Globocan, 85% da população afetada se encontram em países subdesenvolvidos, como o país da América Latina e da África, sendo um problema de saúde pública nesses locais. A análise regional desse tipo de câncer no Brasil alerta a população, sendo o primeiro mais incidente na região Norte, o segundo na região centro-oeste e nordeste, o terceiro na região sudeste e o quarto na região sul (INCA, 2018). Além disso, as taxas de mortalidades são proporcionais aos números de casos nessas regiões, sendo a população norte a com maior número de óbitos, seguida pela população centro-oeste e nordeste do país (INCA, 2018).

No Brasil, para o ano de 2014, foram estimados 15.590 novos casos de câncer do colo do útero, o que representa uma taxa de incidência de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (FERLAY et al., 2010). A análise das taxas ajustadas de mortalidade no período de 1979-2004 indica que as mesmas continuam estáveis, não apresentando alterações significativas: em 1979, a taxa era de 4,97/100 mil, ao

passo que, em 2004, era de 4,74/100 mil (MARTINS *et al*, 2005).

Na região Nordeste, a incidência estimada de câncer do colo do útero no ano de 2014 foi de 18,79 novos casos para cada 100 mil habitantes, totalizando 5.370 mulheres, sendo esse tipo de câncer o segundo mais ocorrido na região para o mesmo período. Quando comparada as demais regiões brasileiras, a região Nordeste apresenta a terceira maior incidência de câncer de colo do útero na população feminina (BRASIL, Ministério da Saúde., 2014).

Na rede pública de saúde brasileira, verifica-se que apenas 15% das mulheres que possuem mais de 20 anos de idade realizam o exame de Papanicolaou. Diante da importância do diagnóstico, esta frequência não é considerada satisfatória em mulheres de 25 a 64 anos (ETLINGER, 2009). Para a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero, faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o acompanhamento das pacientes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

Apesar dos esforços atuais no sentido de ampliar o acesso ao exame para detecção precoce do câncer do colo do útero, observou-se, entre 2012 e 2013, houve redução na realização do exame citopatológico na maior parte dos estados do país (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014). O Piauí tem-se destacado por apresentar, no período 2002-2012, um dos maiores incrementos nas taxas de morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero na comparação com os demais estados brasileiros, e por seguir com a mesma tendência estimada para o biênio 2016-2017 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Determinar a prevalência de lesões intraepiteliais e câncer do colo do útero entre usuários do serviço de atenção primária dos municípios da Planície Litorânea do Piauí.

3.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer as características sócio demográficas e biológicas da população analisada;
- Mensurar a cobertura do exame preventivo, citopatológico, na planície litorânea do Piauí;

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, tipo corte transversal.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba (SOGIPA) que é uma unidade de atendimento à saúde de Parnaíba, considerada uma policlínica modelo e está cadastrada no Ministério da Saúde sob o número 2365162 a qual analisa e lauda as amostras coletadas do exame citopatológico das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí, abrangendo uma cobertura de 11 cidades (Ilha Grande do Piauí, Parnaíba, Bom Princípio, Luiz Correia, Cajueiro da Praia, Buriti dos Lopes, Murici dos Portelas, Caxingó, Caraúbas, Cocal e Cocal dos Alves). Portanto, está apta a prestar serviços de atendimento médico-hospitalar na área ginecologia e obstetrícia, bem como realiza exames diagnósticos, como o citopatológico e biópsia de materiais, sendo fundamental para a população da cidade de Parnaíba – PI e região.

4.3 Período do estudo

O estudo foi realizado entre fevereiro de 2018 a junho de 2019, sendo a coleta de dados de novembro de 2018 a março de 2019.

4.4 População do estudo

Mulheres com exames citológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde da planície litorânea do Piauí no período de janeiro de 2014 a abril de 2018 cujo resultado apresentou algum tipo de lesão pré-cancerosa ou câncer de colo uterino.

4.5 Amostra

4.5.1 Amostragem

A amostra inicial dos participantes da pesquisa foi obtida através da ficha do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero de janeiro de 2014 a abril de 2018, sendo uma amostra de conveniência, não probabilística. Através das informações, presentes nesta ficha, foram selecionadas todas as mulheres que realizaram exame citológico em Unidade Básica de Saúde da Planície Litorânea do Piauí. Tais mulheres tiveram suas fichas requisitadas ao arquivo médico onde foram analisadas e selecionadas dentre os casos que preencheram os critérios de elegibilidade do estudo.

4.5.2 Tamanho amostral

Foram analisados cinquenta mil novecentos e oitenta e nove (50.989) prontuários referentes ao período de janeiro de 2014 a abril de 2018.

4.6 Critérios de elegibilidade

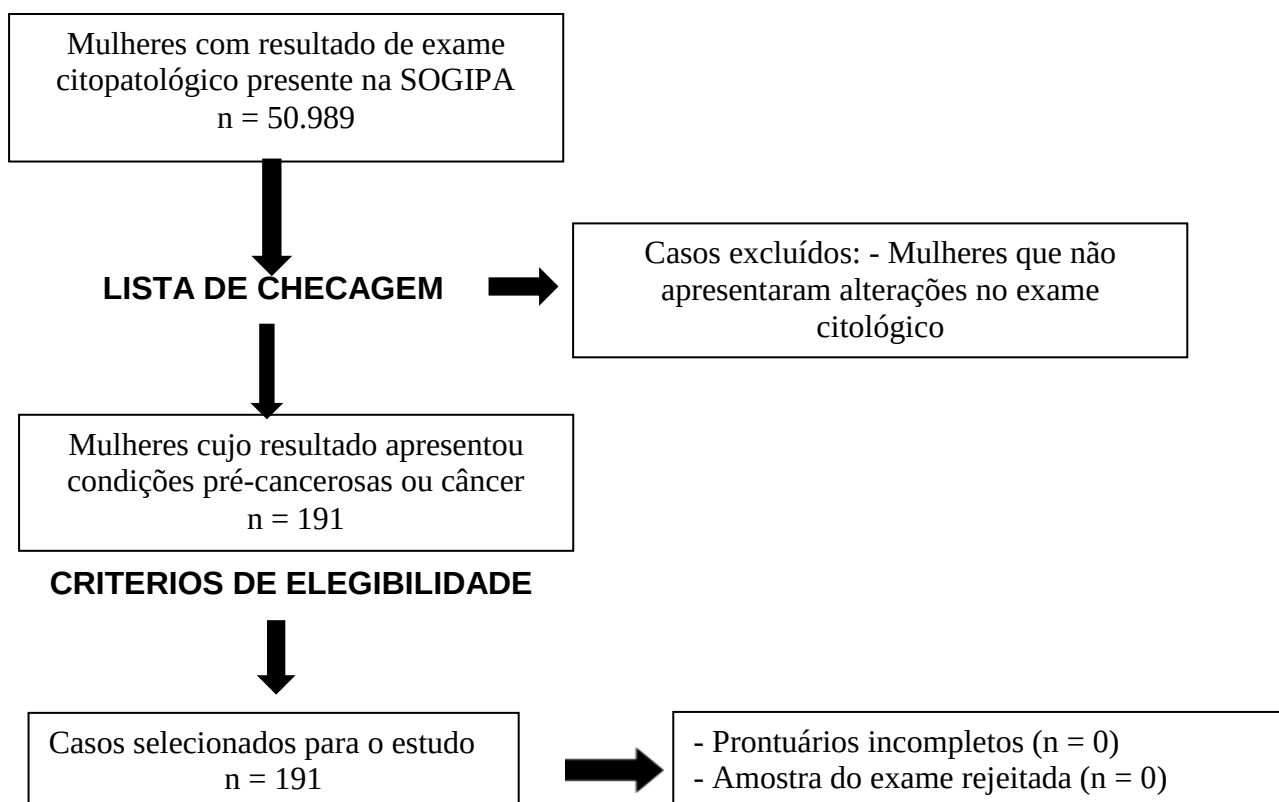
4.6.1 Critérios de inclusão

Mulheres com exames citológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde das cidades da Planície Litorânea do Piauí, cujo resultado apresentou condições pré-cancerosas ou câncer.

4.6.2 Critérios de exclusão

- Prontuários com dados incompletos (mais de 20% de informações não presentes nos prontuários);
- Amostra de exame citológico rejeitada por erro na identificação da lâmina ou do formulário e lâmina danificada;
- Cidades que não fazem parte da Planície Litorânea do Piauí.

4.7 Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes



4.8 Definições de termos e variáveis

- **Idade:** variável numérica, discreta, expressa em anos completos no dia no dia de realização do exame;
- **Raça/ Cor:** Classificada a partir de dados coletados do prontuário como branca, preta, parda, amarela, indígena ou outras (variável categórica, policotômica);
- **Procedência:** variável nominal, expressa como pacientes procedentes de Parnaíba, ou pacientes oriundos das outras cidades da Planície Litorânea do estado do Piauí. Foram considerados os seguintes componentes da Planície Litorânea do Piauí: Parnaíba, Ilha Grande, Bom Princípio, Luíz Correia, Cajueiro da Praia, Buriti dos Lopes, Caraúbas, Caxingó, Murici dos Portelas, Cocal e Cocal dos Alves;
- **E escolaridade:** Classificada em categorias de alfabetização, como analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior completo (variável categórica, policotômica),

podendo ser codificada posteriormente para análise em categorias que serão definidas de acordo com as características observadas;

➤ **Exame Papanicolau:** variável categórica dicotômica (sim / não) referente à realização do exame preventivo (Papanicolau) alguma vez. Cada sim poderá ser posteriormente transformada em uma variável numérica discreta podendo ser codificada posteriormente para análise, em pontos de corte que serão definidos de acordo com as características observadas;

➤ **Inspeção do colo:** variável categórica, correspondendo ao aspecto do colo uterino da paciente como: normal, ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente), alterado ou colo não visualizado;

➤ **Epitélios da amostra:** variável nominal, correspondendo ao aspecto do epitélio representado na amostra como: escamoso, glandular ou metaplásico;

➤ **Material normal:** variável categórica dicotômica (sim ou não) correspondendo à amostra examinada dentro dos limites da normalidade;

➤ **Alterações celulares benignas:** variável categórica, correspondendo à mudanças celulares benignas reativas ou reparativas como: inflamação, metaplasia escamosa imatura, reparação, atrofia com inflamação ou radiação;

➤ **Células atípicas de significado indeterminado:** variável categórica, correspondendo à amostra com células escamosas ou glandulares ou de origem indefinida como: possivelmente não neoplásicas (ASC-US) ou não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H);

➤ **Atipias celulares escamosas:** variável categórica, correspondendo à amostra com células atípicas escamosas como: lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I); lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor;

➤ **Atipias celulares glandulares:** variável categórica, correspondendo à amostra com células atípicas glandulares como: adenocarcinoma *“in situ”* ou adenocarcinoma invasor (cervical, endometrial ou sem outras especificações).

4.9 Coleta de dados

Foram selecionadas, através das fichas do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero presentes na Sogipa, todas as mulheres que realizaram exame citológico em Unidade Básica de Saúde no período de janeiro de 2014 a abril de 2018. Essas mulheres tiveram suas fichas requisitadas ao arquivo da clínica e foram analisados para aplicação dos critérios de elegibilidade.

Dos prontuários elegíveis para o estudo, os dados foram coletados pelos pesquisadores utilizando um formulário padronizado; após o seu preenchimento foram revisados rigorosamente pelos pesquisadores para a checagem das informações coletadas, confrontando as informações constantes nos prontuários. O tempo transcorrido para coleta de dados, preenchimento adequado de formulários e sua revisão foi correspondente ao previsto no cronograma.

4.10 Instrumento para a coleta de dados

Para a coleta de dados os pesquisadores utilizaram um formulário padronizado pré-codificado para entrada em computador (Em anexo). As informações das variáveis foram pré-codificadas e as variáveis contínuas expressas em seu próprio valor numérico e no momento da análise os resultados de algumas delas foram categorizados.

Esses formulários foram devidamente armazenados em pastas de arquivo específicas, antes e depois da digitação e análise, sob responsabilidade do próprio pesquisador.

4.11 Processamento e análise dos dados

Após preenchimento dos formulários, foi realizada a sua digitação em um banco de dados no programa Epi-Info 3.5.1 para Windows.

Foi realizada dupla digitação, em épocas e por pessoas diferentes (o pesquisador e um assistente). Após a digitação, os bancos de dados foram comparados. Testes de consistência e tabelas de distribuição de frequências das principais variáveis foram obtidos para correção de eventuais erros. No caso da constatação de inconsistências ou ausência de informações, os formulários serão consultados. Persistindo a dúvida, recorrer-se-á aos prontuários.

Ao final da digitação, foram novamente obtidas listagens, para a correção final e criação do banco de dados definitivo, que foi submetido aos testes de limpeza e consistência das informações, sendo realizada a análise estatística. Os dados foram analisados pelos pesquisadores e seu orientador, utilizando o mesmo programa de análise estatística ("Excel").

4.12 Aspectos éticos

O presente estudo atendeu às determinações da Declaração de Helsinque e à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em que é garantido o caráter confidencial da identidade das pacientes e das informações obtidas neste estudo. Este projeto foi enviado para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA / ITPAC) e as coletas de dados só foram iniciadas após a aprovação sob o número 2.968.141.

Foi solicitada ao CEP a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) uma vez que o estudo não realizou qualquer intervenção que pudesse afetar adversamente o tratamento das mulheres; as informações de interesse foram obtidas retrospectivamente, de prontuários e sem identificação da mulher; e foram mantidos todos os princípios que regulam as pesquisas em seres humanos.

Foi solicitado à diretora administrativa da Clínica Sogipa com a carta de anuência para a realização deste estudo no local e a assinatura da folha de rosto do Sistema Nacional de Informação Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP).

A pesquisa teve como risco a possível detecção de altos índices de câncer de colo do útero ou de suas lesões precursoras, o que pode ser motivo de constrangimento para os gestores públicos ou para a comunidade local. Mas, por outro lado, seria um dado para melhorar a assistência loco-regional à mulher.

Outros possíveis riscos foram a invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, mas isso será contornado por não haver identificação individual de nenhuma participante e também porque esses dados só serão trabalhados de forma coletiva, do conjunto de participantes e não de forma individual. Outros riscos seriam possíveis danos à integridade dos prontuários, mas tais documentos serão

manipulados um de cada vez, tendo o máximo de cuidado e zelo para ser preservada a segurança dos mesmos; tendo limitado o acesso aos prontuários apenas para o tempo, quantidade e qualidade das informações da pesquisa.

Dentre os benefícios, conhecer os dados de prevalência de uma patologia potencialmente evitável, como é o câncer do colo do útero, pode servir de subsidio para medidas de saúde pública dos gestores locais, refletindo diretamente na saúde das mulheres da localidade do estudo.

5 CRONOGRAMA

MESES ATIVIDADES	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Elaboração do projeto	X	X	X	X													
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X
Envio do projeto para aprovação pelo CEP					X	X	X	X	X								
Coleta de dados										X	X	X	X	X			
Revisão e correção dos formulários preenchidos											X	X					
Digitação														X	X	X	
Limpeza e teses de consistência											X	X	X	X	X	X	
Análise e Interpretação de Dados Coletados													X	X	X	X	
Revisão da análise dos dados														X	X	X	
Apresentação de dados preliminares em congresso																	X
Redação do trabalho	X	X	X	X	X	X	X						X	X	X	X	
Preparação para publicação														X	X	X	X
Encaminhamento para publicação																	X

*O mês "1" corresponde ao mês de fevereiro do ano de 2018.

6 ORÇAMENTO

O estudo não implicou em gastos adicionais para a Policlínica Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba (SOGIPA), *lôcus* da pesquisa, bem como não houve interferência na condução do serviço. Vale ressaltar que os gastos com formulários, impressos etc. foram de inteira responsabilidade dos pesquisadores, o projeto não obteve financiamento de nenhuma agência de fomento à pesquisa em tempo hábil.

Item	Quantidade	Preço	
		Unitário	Total
1. Material Permanente			
1.1 Equipamento e material permanente			
Impressora Multifuncional Deskjet 3050	01	500,00	500,00
Notebook CCE I3	01	1200,00	1200,00
Subtotal material permanente			1700,00
2. Custeio			
2.1 Material de consumo			
Papel A4 (Resma)	4	21,90	87,60
Xerox dos formulários de pesquisa	500	0,10	50,00
Pen drive	2	20,00	40,00
Cartucho preto	5	30,00	150,00
Canetas	20	2,50	50,00
Grampeador	1	8,30	8,30
Clips (caixa)	2	5,00	10,00
Grampos (caixa)	3	4,00	12,00
Pasta Arquivos/coleccionador	2	10,00	20,00
Gasolina (litro)	30	4,30	129,00
Subtotal custeio			556,90
Total (custeio + material permanente)			2.256,90

6.1 Justificativa do orçamento:

- Impressora Deskjet 3050, computador CCE I3 e Pen drive: utilizado para construção do banco de dados e análise estatística, além do acesso a internet para pesquisa de periódicos e artigos relacionados ao projeto;
- Material de consumo (papelaria e cartucho): material necessário para impressão dos formulários, de relatórios técnico-científicos;
- Gasolina: utilizado no traslado a Policlínica SOGIPA e a instituição de ensino.

**ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA INOVALE – REVISTA CIENTÍFICA DA
FAHESP/IESVAP**

PREVALÊNCIA DE LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ

PREVALENCE OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL LESIONS AND CERVICAL CANCER IN PATIENTS FROM THE BASIC HEALTH UNITS OF THE LITORÂNEA DO PIAUÍ PLAIN

João Arthur de Moraes Castro¹, Palloma de Sousa Silva², Leonam Costa Oliveira³

¹ Acadêmico do curso de medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba

² Acadêmica do curso de medicina Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba

³ Professor do Curso de Medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de lesões intraepiteliais e câncer do colo uterino entre usuários do serviço de atenção primária dos municípios da Planície Litorânea do Piauí. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, tipo corte transversal. As lesões foram determinadas a partir dos resultados do exame Papanicolau de janeiro de 2014 a abril de 2018 mantidos na Clínica SOGIPA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados/Discussão:** Este estudo revelou que mulheres com idade de 30-39 anos (30%), de raça/cor parda (51%), com ensino fundamental incompleto (31,4%), resultado citopatológico de LSIL (42,9%), residentes em sua maioria no município de Cajueiro da Praia (105,2/100.000hab.), com inspeção de colo uterino normal em presença de LSIL (22,5%) estavam entre as características mais relacionadas as LPCCU e câncer de cérvix na população estudada. **Conclusão:** A prevalência das alterações citopatológicas foi de 66,5 casos por 100 mil habitantes, com uma taxa de cobertura de 17,73%, além de uma incidência de LSIL com 42,9%, de CEI com 35,1% e da faixa etária 16 - 25 anos e > 65 anos com 19%.

PALAVRAS-CHAVE: Exame citopatológico. Câncer da cérvix. Lesões intraepiteliais. Piauí.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com uma incidência de aproximadamente 530.000 novos casos e 275.000 óbitos associados anualmente no Brasil. (FERLAY et al., 2008). Em países desenvolvidos, essas taxas são menores, devido às políticas públicas bem estruturadas e adotadas precocemente para melhor rastrear e prevenir essa neoplasia, como nos Estados Unidos e Canadá. Porém, a cobertura dessa população ainda é deficitária diante dos altos índices de incidência e mortalidade (SIEGEL, et al., 2013).

As lesões intraepiteliais do colo do útero são precursoras do câncer cervical. Para classificar essas lesões pré-cancerosas, atualmente, pode-se utilizar uma associação entre o Sistema Bethesda, 2001, e a classificação de Richart, 1967, que associa lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) com neoplasia intra-epitelial cervical (NIC I) e infecção por HPV, e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL) com NIC II e NIC III (SARIAN; DERCHAIN; BASTOS, 2010).

Segundo as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o método padrão ouro de rastreamento desse câncer no Brasil é o exame citopatológico, também conhecido como exame de Papanicolau, que deve ser oferecido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade ou que já realizaram atividade sexual. Essa população alvo se justifica por ser a de maior incidência de lesões de alto grau passíveis de serem tratadas. É indicada a realização anual desse exame, com posterior aumento do período para três em três anos caso os dois primeiros não apresentarem alterações (INCA, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cobertura desse público alvo deve ser de no mínimo 80% para que se possa ter uma redução significativa na incidência de câncer cervical invasivo. Porém, na rede pública nacional de saúde, verifica-se uma minoria de mulheres que realizam o rastreamento por meio do exame preventivo (INCA, 2018).

Diante da importância do diagnóstico precoce, essa baixa frequência não é satisfatória no controle dessa patologia, sendo necessária a urgência na tomada de medidas promotoras de saúde por parte das autoridades competentes, a fim de melhorar o rastreamento e ampliar a cobertura para que se torne mais efetivo a monitorização e prevenção de agravos gerados por essas lesões. Tal pesquisa poderá nortear a definição das prioridades estabelecidas para otimizar os investimentos e as ações dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí, com o propósito de captar mais mulheres para a realização do exame preventivo, diminuir incidência de câncer e de morbimortalidade causada por essa doença nas mulheres da população analisada.

Apesar de existir um exame de baixo custo, fácil execução e com boa sensibilidade para a detecção precoce de lesões neoplásicas perfeitamente tratáveis e acima de tudo curáveis, o câncer cervical ainda é uma das neoplasias que mais matam no Brasil. Conhecer a prevalência das lesões intraepiteliais e câncer do colo do útero é um passo fundamental para entender a realidade de uma população e a primeira etapa para melhorar estratégias de saúde pública.

Logo, o objetivo da presente pesquisa é determinar a prevalência de lesões intraepiteliais e câncer do colo do útero entre usuários do serviço de atenção primária dos municípios da Planície Litorânea do Piauí. Com isso, poderá ser feito uma análise dos

últimos anos para que se possa planejar de forma mais efetiva e mais adequada melhorias para essa população, com ações de promoção, prevenção e tratamento dessas patologias para os próximos anos.

MÉTODOS

Esse é um estudo observacional, descritivo, tipo coorte transversal que foi realizado na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba (SOGIPA) que é uma unidade de atendimento à saúde de Parnaíba, considerada uma policlínica modelo e está cadastrada no Ministério da Saúde sob o número 2365162 a qual analisa e lauda as amostras coletadas do exame citopatológico das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí, abrangendo uma cobertura de 11 cidades (Ilha Grande do Piauí, Parnaíba, Bom Princípio, Luiz Correia, Cajueiro da Praia, Buriti dos Lopes, Murici dos Portelas, Caxingó, Caraúbas, Cocal e Cocal dos Alves).

O período de estudo foi realizado entre fevereiro de 2018 a junho de 2019, sendo a coleta de dados, realizada entre novembro de 2018 a fevereiro de 2019 com mulheres com exames citológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde da planície litorânea do Piauí no período de janeiro de 2014 a abril de 2018 cujo resultado apresentou algum tipo de lesão pré-cancerosa ou câncer.

A amostra inicial dos participantes da pesquisa foi obtida através da ficha do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero de janeiro de 2014 a abril de 2018, sendo uma amostra de conveniência, não probabilística. Através das informações, presentes nesta ficha, foram selecionadas todas as mulheres que realizaram exame citológico em Unidade Básica de Saúde da Planície Litorânea do Piauí. Os critérios de inclusão foram mulheres com exames citológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde das cidades da Planície Litorânea do Piauí, cujo resultado apresentou condições pré-cancerosas ou câncer e os critérios de exclusão foram prontuários com dados incompletos (mais de 20% de informações não presentes nos prontuários); prontuários com letra ilegível; e amostra de exame citológico rejeitada por erro na identificação da lâmina ou do formulário e lâmina danificada.

Inicialmente foram selecionadas, todas as mulheres que realizaram exame citológico em Unidade Básica de Saúde no período estudado. Essas mulheres tiveram suas fichas requisitadas ao arquivo da clínica SOGIPA e analisados para aplicação dos critérios de elegibilidade.

Os prontuários elegíveis para o estudo tiveram seus dados coletados pelos pesquisadores utilizando um formulário padronizado; após o seu preenchimento eles foram revisados rigorosamente pelos pesquisadores para a checagem das informações coletadas

com as informações constantes nos prontuários. Após preenchimento dos formulários, foi realizada a sua digitação em um banco de dados no programa Epi-Info 3.5.1 para Windows.

Foi realizada dupla digitação, em épocas e por pessoas diferentes (o pesquisador e um assistente). Após a digitação, os bancos de dados foram comparados. Testes de consistência e tabelas de distribuição de frequências das principais variáveis foram obtidos para correção de eventuais erros.

Ao final da digitação, foram novamente obtidas listagens, para a correção final e criação do banco de dados definitivo, que foi submetido aos testes de limpeza e consistência das informações e a partir daí foi realizada a análise estatística. Os dados foram analisados pelos pesquisadores e seu orientador, utilizando o mesmo programa de análise estatística ("Epi Info").

O presente estudo atendeu às determinações da Declaração de Helsinque e à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em que é garantido o caráter confidencial da identidade das pacientes e das informações obtidas neste estudo. Este projeto foi enviado para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA / ITPAC) e as coletas de dados só foram iniciadas após a aprovação.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2014 a abril de 2018 foi possível constatar que foram realizados 50.989 exames citopatológicos em UBS da Planície Litorânea do Piauí, destes, 191 apresentaram lesões intraepiteliais cervicais ou câncer de cérvix. Entre essas pacientes, a análise sobre o diagnóstico descritivo, mostrou que a alteração mais incidente foi LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau), com 42,9% (82), seguido de CEI (carcinoma epidermóide invasor) com 35,2% (67) e HSIL (lesão intraepitelial de alto grau) com 16,8% (32) (Tabela 1); sendo a maioria, em uma proporção calculada para cada 100.000 mil habitantes, naturais do município de Cajueiro da Praia (Tabela 2).

A idade entre elas variou de 16 a 88 anos, porém 80% (152) – o maior percentual – concentrou-se na faixa etária dos 25 aos 65 anos; a fase adulta de 30 a 39 anos representou 30% (58). Em relação a raça: 51% (98) relataram ser pardas, seguido de 28% (54) que informaram ser brancas e quanto ao grau de escolaridade, 31,4% (60) tinham ensino fundamental incompleto (Tabela 3).

Com relação à época do ano que houve a maior incidência de coleta do exame preventivo, o mês outubro representou 19,9% (38), seguido de fevereiro 11,5% (22) e novembro 11% (21) (Tabela 3).

A análise estratificada dos dados da pesquisa permitiu ainda identificar a relação entre a inspeção do colo do útero e a presença de alterações no diagnóstico descritivo, sendo o colo normal na presença de LSIL o mais prevalente com 22,5% (43/191), seguido de colo do útero alterado na presença de CEI com 20,4% (39/191) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Na tabela 1, chama a atenção a quantidade de CEI entre as pacientes. Sendo a região Nordeste, comparada as demais regiões brasileiras, a que possui a segunda maior incidência de câncer de colo do útero na população feminina com 20,47 para cada 100.000 mil habitantes no ano de 2018 (INCA, 2018).

Ao analisarmos a tabela 2, a prevalência elevada em cidades pequenas pode ser, muitas vezes, devido à dificuldade em alcançar o serviço de saúde, a falta de profissionais da área na cidade de origem, tendo que fazer peregrinações para buscar tratamento. Quanto ao também elevado percentil na cidade de Parnaíba, atribui-se a certos bloqueios, tais como transporte, sendo o exame preventivo realizado apenas uma vez na semana em período específico pela UBS, tendo um número de vagas menor do que a demanda; além da complexidade de certas mulheres deixarem suas famílias para comparecer ao atendimento em data marcada. Frente a este cenário, o acesso aos serviços de saúde torna-se difícil para ser superado pela usuária, configurando-se como um sério problema de saúde pública que dificulta a assistência e o tratamento (Dall'Agnoll, *et al.* 2009).

Os resultados da tabela 3 nos faz refletir sobre a idade de início da coleta do exame citopatológico que, no Brasil, deve começar aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Segundo as Diretrizes do Ministério da Saúde 2016, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e ou mortalidade por câncer do colo do útero. Entretanto, as mulheres, desde a adolescência, têm altas taxas de infecção por HPV, apesar do risco irrisório de desenvolver câncer de colo uterino (SCHIFFMAN *et al.*, 2013).

Os principais setores de diretrizes para triagem norte-americanas recomendam o início da triagem aos 21 anos, se já houver vida sexual ativa, em um intervalo de 3 anos (SCHIFFMAN *et al*, 2013). Concluindo, portanto, que a ideia de somente as mulheres após os 25 anos realizarem o rastreamento pode estar ficando ultrapassada, já que a vida sexual destas inicia cada vez mais precocemente.

Em relação à raça, é rara a literatura que enfoca a relação da raça com o câncer cervical e a predisposição para a infecção do HPV. Observou-se um predomínio de mulheres não brancas de 55% (106) (Tabela 3), aproximando-se dos resultados de Thuler *et al*, que encontraram uma incidência de 53,5% de mulheres de cor não branca na existência do diagnóstico de câncer de colo uterino. Entretanto, em divergência com estes resultados, Carvalho e Queiroz, evidenciaram em seu estudo com mulheres diagnosticadas com LPCCU (lesões precursoras do câncer do colo do útero), Rio de Janeiro, um predomínio da raça branca (80%). No entanto, vale ressaltar que a variável raça é autodeclarada pelos sujeitos, sendo avaliada de acordo com os dados encontrados nos prontuários. Portanto, foi uma limitação, onde a relação dessa variável com o câncer cervical não pôde ser definida com exatidão.

Sobre a escolaridade, mulheres com ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto e analfabetas representaram 52,9% das mulheres diagnosticadas com LPCCU ou câncer de cérvix (Tabela 3). No estudo de Mascarello *et al* (2012.), em um hospital filantrópico de Vitória, Espírito Santo, na descrição do perfil das mulheres com câncer de colo do útero foi possível observar que 70,9% das mulheres eram analfabetas ou tinham nível fundamental incompleto, contribuindo para o elevado número de diagnósticos tardios e, por conseguinte, para o grande número de recidivas, metástases e óbitos.

O mês outubro representou 19,9% em relação ao período do ano que ocorre a coleta do exame preventivo (Tabela 3), sendo importante salientar que esses dados corroboram com uma prevalência sazonal, diretamente ligada às ações do Outubro Rosa, período que além de proporcionar o combate ao câncer de mama, realiza atuações na promoção da saúde da mulher como um todo. Todavia, apesar dos incentivos, para 2018, foram esperados 16.370 novos casos de câncer de colo de útero no Brasil. (INCA, 2018). Dessa forma, só a campanha Outubro Rosa não é suficiente, as campanhas não funcionarão se o atendimento não formar um vínculo

com essas mulheres para que elas retornem à atenção primária e tenham um manejo adequado.

Através da tabela 4, permite inferir que geralmente na presença de carcinoma de células escamosas há alteração já durante a inspeção do colo uterino. Entretanto, observa-se também que em pacientes com LIE de baixo grau 22,5% tinham colo uterino normal e 12% com colo uterino alterado, fazendo com que essa variável não tenha muita precisão, já que depende, diretamente, do conhecimento do profissional que realizou o exame. Na literatura, não foi encontrado relação entre essas duas variáveis.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que a idade 30-39 anos, raça/cor parda, baixo grau de escolaridade, resultado citopatológico de LSIL, município de Cajueiro da Praia e inspeção de colo uterino normal em presença de LSIL estavam entre as características mais relacionadas as lesões intraepiteliais cervicais e câncer de colo do útero na população estudada.

Os dados que foram possíveis analisar apontam para uma necessidade executiva de ações educativas sobre prevenção, contribuindo, assim, com a maior adesão destas mulheres aos exames de rastreio e diagnóstico, resultando na redução das taxas de mortalidade pelo câncer. Acredita-se que esse conhecimento, juntamente com políticas de bem-estar e acesso aos serviços públicos de saúde, poderá ser usado na obtenção de elementos que proporcionem a detecção precoce e tratamento em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, M. C.; QUEIROZ, A. B. **Mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e HPV: descrição do perfil socioeconômico e demográfico.** J Bras Doenças Sex Transm. Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 28-33, 2011.

DALL'AGNOLL, C. M.. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Rio Grande do Sul. V.11, n.3, p.674-80, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>. Acesso em: 25 maio.2019.

_____. INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao >. Acesso em: 7 mar. 2018.

FERLAY, J. **Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008**. International Agency for Research on Cancer, France, v. 127, n. 12, p. 917-2893, December. 2010.

MASCARELLO, K. Cristina. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Revista Bras Cancerol**, v. 58, n. 3, p. 417-26, 2012

SARIAN, L.O., DERCHAIN, S.F.M.; BASTOS, J.F.B. Método Diagnósticos para Rastreamento do Câncer do Colo Útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Brasil. v.32, p.363-414, 2010.

SCHIFFMAN, Mark. **Cervical-Cancer Screening with Human Papillomavirus and Cytologic Cotesting**. The New England Journal of Medicine, Massachusetts, december 12, v. 369, p. 2324-31, 2013.

SIEGEL, Rebecca. **Cancer statistics, 2013**. **CA Cancer J Clin**, v. 63, n. 1, p. 11- 30, January/February, 2013.

TABELAS

TABELA 1 – FREQUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS, NO PERÍODO DE 2014 A 2018, EM PACIENTES DAS UBS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ

TIPO DE LESÃO	N	%	PREV./100.000hab
LSIL	82	42,9	28,5
HSIL	32	16,8	11,1
CEI	67	35,1	23,3
ASC-US	5	2,6	1,7
ASC-H	1	0,5	0,3
AGC	1	0,5	0,3

Legenda:

ASC-H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão de alto grau

ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico

AGC: Atipias de significado indeterminado em células glandulares

LSIL: Lesão intraepitelial de baixo grau

HSIL: Lesão intraepitelial de alto grau

CEI: Carcinoma epidermoide invasor

TABELA 2 - PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM ALTERAÇÕES CITOPATOLOÓGICAS POR MUNICÍPIO E POR 100.000 HABITANTES DA PLANÍCIE LITORÂNEA, NO PERÍODO DE 2014-2018

MUNICÍPIO	ALTERAÇÕES 2014-2018		CASOS INVT. n	% POP. INVT. %	HAB.	INC./100.000 HAB DE 2014-2018
	N	%				
BOM PRINCÍPIO	1	0,5%	578	10,30%	5608	17,8
BURITI DOS LOPES	15	7,9%	1850	9,30%	19.754	75,9
CAJUEIRO DA PRAIA	8	4,2%	1745	22,90%	7608	105,2
CARAÚBAS	1	0,5%	450	7,60%	5845	17,1
CAXINGÓ	2	1,0%	442	8,20%	5359	37,32
COCAL	13	6,8%	2862	10,30%	27725	46,88
ILHA GRANDE	4	2,1%	738	7,80%	9394	42,5
LUIS CORREIA MURICI DOS PORTELAS	18	9,4%	4680	15,50%	30177	59,6
PARNAÍBA	5	2,6%	1129	12,30%	9105	54,9
JOAQUIM PIREZ	115	60,2%	36347	23,80%	152.653	75,3
SEM RESPOSTA	1	0,5%	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	14332	6,97
RESPOSTA	8	4,2%				

Legenda:

HAB: Habitantes

CASOS INVT: Casos investigados

POP INVT: População investigada

INC: Incidência

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS MULHERES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ.

CARACTERÍSTICA					
IDADE			RAÇA		
	n	%		n	%
10-19 ANOS	7	3,7%	BRANCA	54	28%
20-29 ANOS	25	13%	AMARELA	2	1%
30-39 ANOS	58	30%	PARDA	98	51%
40-49 ANOS	43	23%	INDÍGENA	0	0%
50-59 ANOS	32	17%	PRETA	6	3%

60-69 ANOS	16	8%	SR	31	16%
70-79 ANOS	5	3%			
80-89 ANOS	1	1%			
SR	4	2%			
MÊS DA COLETA					
JANEIRO	13	6,8%			
FEVEREIRO	22	11,5%			
MARÇO	17	8,9%			
ABRIL	13	6,8%			
MAIO	13	6,8%			
JUNHO	8	4,2%			
JULHO	9	4,7%			
AGOSTO	16	8,4%			
SETEMBRO	10	5,2%			
OUTUBRO	38	19,9%			
NOVEMBRO	21	11,0%			
DEZEMBRO	11	5,8%			
			ESCOLARIDADE		
			ANALFABETA	20	10,5%
			FUNDAMENTAL INCOMPLETO	60	31,4%
			FUNDAMENTAL COMPLETO	21	11,0%
			MÉDIO COMPLETO	48	25,1%
			SUPERIOR COMPLETO	8	4,2%
			SR	34	17,8%

Legenda:

SR: Sem resposta

TABELA 4 – RELAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS COM A INSPEÇÃO DO COLO UTERINO NO PERÍODO DE 2014 A 2018, EM PACIENTES DAS UBS DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ.

TIPO DE LESÃO	NORMAL	ALTERADO
LSIL	22,5%	12%
HSIL	6,3%	6,8%
CEI	2,6%	20,4%

Legenda:

LSIL: Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau

HSIL: Lesão intraepitelial escamosa de alto grau

CEI: Carcinoma epidermoide invasor

REFERÊNCIAS

AIDÉ, S. **Neoplasia Intraepitelial Cervical**: DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 21, n. 4, p.166-170, ISSN: 0103-4065, 2009.

ANDRADE, Smalyanna. Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p. 2301-2310. 2013.

AYRES, Andreia. Infecção por HPV em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 92, Janeiro, 2017.

BOSCH, FX. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, v.55, n. 4, p.244 – 265, Janeiro, 2002. Disponível em < <http://jcp.bmj.com/content/jclinpath/55/4/244.full.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRAY, Freddie. Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 14, n. 3, p. 677- 686, mar. 2018. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/7967956_Trends_in_cervical_squamous_cell_carcinoma_incidence_in_13_European_countries > . Acesso em: 7 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância [Internet]. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.

_____. **Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Inf Detecção Precoce, v. 5, n. 1, p. 1-8, Janeiro-Abril. 2014.

_____. BRASIL, Ministério da Saúde. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)**. Bol Inf Detecção Precoce, v.6, p. 1- 8. 2015.

_____. INCA, **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao >. Acesso em: 7 mar. 2018.

CAETANO, Rosângela. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 99-118. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a07> >. Acesso em: 12 abr. 2018.

DE SANJOSÉ, S. et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, New York, v.7 n.7, p.453-459, jul. 2007.

ETLINGER, DLR. Exame de Papanicolaou: A qualidade começa no atendimento à

paciente. **Laes/Haes**, v. 178, n. 30, p. 112 – 120. 2009.

FERLAY, J. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International Agency for Research on Cancer**, France, v. 127, n. 12, p. 917-2893, December. 2010.

FIGUEREDO, Mozer. Prevalência de lesões precursoras para o câncer de colo do útero nas regiões do Brasil e sua relação com a cobertura do programa de rastreamento. **Femina**, Góias, v.42, n. 6, p. 295 - 302, Novembro/Dezembro, 2014.

FRANCO, Duarte. Cancer of the Uterine Cervix. **BMC Womens Health**, v. 4, n. 1, p. 1 – 13, Agosto, 2004. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S13>> . Acesso em: 12 abr. 2018.

HAUSEN, Harald. Papillomaviruses Causing Cancer: Evasion From Host-Cell Control in Early Events in Carcinogenesis. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, v. 92, n. 9, p. 690 - 698, Maio, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jnci/92.9.690>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. **British Medical Journal (Clinical Research Edition)**, England, v. 293, n. 6548, p. 659 – 664, Setembro, 1986. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/29524477?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 16 abr. 2018.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. **Cervical carcinoma and sexual behavior**: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, abr. 2009.

_____. **Cervical cancer and hormonal contraceptives**: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *The Lancet*, Boston, v. 370, n. 9599, p. 1609-1621, nov. 2007.

_____. **Carcinoma of the cervix and tobacco smoking**: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *International journal of cancer*, Genève, v. 118, n.6, p. 1481-1495, mar. 2006.

MARTINS, Luís. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485 – 92, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2018.

PARKIN, DM. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J Clin**, France, v. 55, n. 2, p. 74 - 108, Mar/Apr. 2005.

PITTA, Denise. Prevalência dos HPV 16, 18, 45 e 31 em mulheres com lesão cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.32, n.7, p. 315 -320, jul., 2010.

REAGAN, JW. A study of in situ and squamous-cell cancer of the uterine cervix. **Cancer**, v. 6, n. 6, 14-1200, Novembro, 1953. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13106837> >. Acesso em: 28 fev. 2018.

RICHART, RM. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. **Clin Obstet Gynecol**, v.75, p. 3 - 131, 1990.

_____. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. **Clin Obstet Gynec**, v.5, p. 748 - 794, 1968.

ROSA, Maria. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953 – 964, Maio, 2009.

SARIAN, L.O., DERCHAIN, S.F.M.; BASTOS, J.F.B. Método Diagnósticos para Rastreamento do Câncer do Colo Útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Brasil. v.32, p.363-414, 2010.

SIEGEL, Rebecca. Cancer statistics, 2013. **CA Cancer J Clin**, v. 63, n. 1, p. 11- 30, January/February, 2013.

SOLOMON, D. The 2001 Bethesda system.Terminology for reporting results of cervical cytology. **JAMA**, v.287, p. 29-2114, 2002.

TAVARES, Suelene. Controle da qualidade em citopatologia cervical: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 355-364, Abril. 2007.Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao6.pdf . Acesso em:18 de mar. 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**“Prevalência de lesões intraepiteliais cervicais e câncer do colo do útero em pacientes das unidades básicas de saúde da Planície Litorânea do Piauí”**

Número do formulário: _____
Pesquisador: _____
Data da coleta de dados: ____/____/_____
Local: _____

Data da 1ª Digitação: ____/____/____ (responsável: _____)

Data da 2ª Digitação: ____/____/____ (responsável: _____)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Data de Nascimento: ____/____/____ 2. Idade: _____
3. Raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena/etnia: _____
4. Município: _____
5. Escolaridade: () analfabeta () ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo () ensino médio completo
() ensino superior completo

DADOS DA ANAMNESE

6. Motivo do exame: () Rastreamento
() Repetição(exame alterado ASCUS/Baixo grau)
() Seguimento(Pós diagnóstico colposcópico/ Tratamento)
7. Fez o exame preventivo (Papanicola) alguma vez? () Sim () Não
() Não sabe
8. Está grávida? () Sim () Não () Não sabe
9. Usa pílula anticoncepcional? () Sim () Não () Não sabe
10. Usa DIU? () Sim () Não
11. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(sem considerar a menarca) () Sim () Não/Não sabe/Não lembra
12. Tem ou teve algum sangramento após menopausa?

☐ Sim ☐ Não/Não sabe/Não lembra

EXAME CLÍNICO

13. Inspeção do colo

☐ Normal ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)

☐ Alterado ☐ Colo não visualizado

14. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? ☐ Sim ☐ Não

15. Epitélio representado na amostra: ☐ Escamoso ☐ Glandular ☐ Metaplásico

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

16. Células atípicas de significado indeterminado:

Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas(ASC-US)

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau(ASC-H)

Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: ☐ Possivelmente não neoplásica

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

17. Atipias em células escamosas:

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau com possível micro-invasão

☐ Carcinoma epidermóide invasor

18. Atipia em células glandulares: ☐ Adenocarcinoma “in situ”

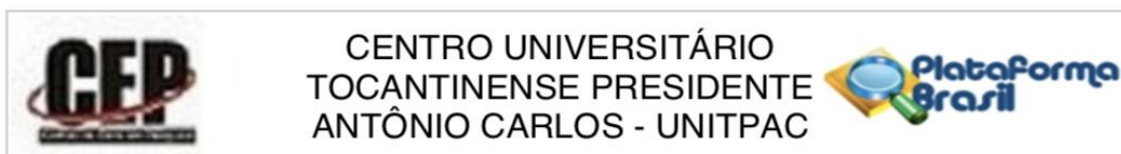
Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical

☐ Endometrial

☐ Sem outras especificações

19. Outras neoplasias malignas: _____

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE LESÕES INTRAEPITELIAIS CERVICAIS E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PLANÍCIE LITORÂNEA DO PIAUÍ

Pesquisador: LEONAM COSTA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94170818.0.0000.0014

Instituição Proponente: INSTITUTO DE EDUCACAO SUPERIOR DO VALE DO PARNAIBA LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.968.141

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa com relevante aplicação no sistema de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Determinar a prevalência de lesões intraepiteliais e câncer do colo do útero entre usuários do serviço de atenção básica dos municípios da Planície Litorânea do Piauí.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as características sócio-demográficas (procedência, escolaridade, se já realizou exame preventivo), biológicas (idade, raça, uso de métodos contraceptivos, data da última menstruação, sangramento pós-menopausa) e clínicas (microbiologia e alterações celulares) da população analisada;
- Analisar a incidência de lesões intraepiteliais e câncer nessa população;
- Mensurar a cobertura do exame preventivo, citopatológico, na planície litorânea do Piauí;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores do projeto de pesquisa relatam que "a pesquisa tem como risco a possível detecção de altos índices de câncer de colo do útero ou de suas lesões precursoras, o que pode ser motivo de constrangimento para os gestores públicos ou para a comunidade local. Mas, por outro lado, seria um dado para melhorar a assistência loco-regional à mulher.

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

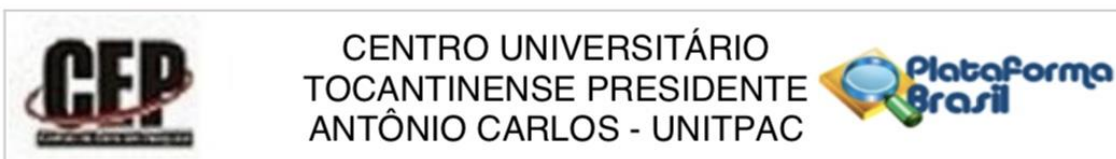
UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-8500

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br



Continuação do Parecer: 2.968.141

Outros possíveis riscos seriam a invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, mas isso será contornado por não haver identificação individual de nenhuma participante e também porque esses dados só serão trabalhados de forma coletiva, do conjunto de participantes e não de forma individual. Outros riscos seriam possíveis danos à integridade dos prontuários, mas tais documentos serão manipulados um de cada vez e com o máximo de cuidado e zelo para ser preservada a segurança dos mesmos; também será limitado o acesso aos prontuários apenas para o tempo, quantidade e qualidade das informações da pesquisa.

Benefícios:

Conhecer os dados de prevalência de uma patologia potencialmente evitável, como é o câncer do colo do útero, pode servir de subsídio para medidas de saúde pública dos gestores locais, refletindo diretamente na saúde das mulheres da localidade do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores a pesquisa é observacional, descritiva, tipo corte transversal.

O estudo será realizado entre fevereiro de 2018 a maio de 2019, sendo a coleta de dados de agosto a novembro de 2018, na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Parnaíba (SOGIPA) que é uma unidade de atendimento à saúde de Parnaíba, considerada uma policlínica modelo e está cadastrada no Ministério da Saúde sob o número 2365162 a qual analisa e lauda as amostras coletadas do exame citopatológico das Unidades Básicas de Saúde da Planície Litorânea do Piauí, abrangendo uma cobertura de 11 cidades.

A amostra será composta por mulheres com exames citológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde da planície litorânea do Piauí no período de novembro de 2013 a novembro de 2018 cujo resultado apresentou algum tipo de lesão pré-cancerosa ou câncer, sendo analisados aproximadamente 500 prontuários referentes ao período de novembro de 2013 a novembro de 2018.

Os prontuários elegíveis para o estudo terão seus dados coletados pelos pesquisadores utilizando um formulário padronizado; após o seu preenchimento eles serão revisados rigorosamente pelos pesquisadores para a checagem das informações coletadas com as informações constantes nos prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador solicita dispensa de TCLE por propor realizar uma análise retrospectiva de prontuários.

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-8500

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
TOCANTINENSE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS - UNITPAC



Continuação do Parecer: 2.968.141

ARAGUAINA, 18 de Outubro de 2018

Assinado por:
UANA SARAIVA BRAGA VALTUILLE
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-8500

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br

ANEXO 3 - NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA INOVALE



Informações aos autores

A revista INOVALE publica artigos originais, comunicações breves, revisões e relatos de casos na área de saúde. São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Categoria de artigos

Artigos originais

O texto de manuscrito de pesquisa original, inédita, deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Digitados (Arial 11) em folha A4 (210 x 297 mm), com espaço 1,5 cm na margem superior, esquerda de 3,0 cm e inferior e direita de 2,0 cm, total de no mínimo 10 páginas e máximo 20 páginas (incluindo ilustrações, gráficos, tabelas, fotografias etc.)

Formatação:

Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: até 30 no total.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

Comunicações breves

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde em geral, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior abrangência.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.

Número de referências: até 5 no total.

Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

Revisões

Revisão sistemática e meta-análise: Avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre um determinado assunto da saúde, descrevendo o processo de busca do assunto.

Revisão narrativa/crítica: Avaliação crítica de caráter descritivo sobre temas de interesse científico sobre um determinado assunto da saúde.

Formatação:

Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: sem limites.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

Relatos de casos

São estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.

Número de referências: até 5 no total.

Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

Dados de identificação do manuscrito

A revista INOVALE recomenda que os trabalhos utilizem o formato Vancouver para as citações e referências.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados. Máximo de 06 (seis) autores.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço eletrônico do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Conflito de interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Forma e preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 5, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Caso não exista o descritor nas bases de dados citadas poderá ser substituído por termos livres.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. O resumo deverá conter de 100 a 150 palavras em espaço simples, incluindo: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução; Material e Métodos: Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética e **Resultados e Discussão**.

Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica*. 2002;18 Supl:S103-12.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13].

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve.

Figuras

Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi.