



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

GIOVANDRA SILVA FERNANDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE COLO E CORPO UTERINO EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE
EM ONCOLOGIA (UNACON)-PB**

**CAMPINA GRANDE
2019**

GIOVANDRA SILVA FERNANDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE COLO E CORPO UTERINO EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE
EM ONCOLOGIA (UNACON)-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F363p Fernandes, Giovandra Silva.
Perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)-PB [manuscrito] / Giovandra Silva Fernandes. - 2019.
23 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento", Departamento de Fisioterapia - CCBS."
1. Epidemiologia. 2. Câncer de colo de útero. 3. Câncer de corpo uterino. I. Título
21. ed. CDD 614.4

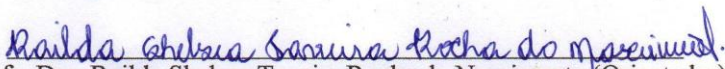
GIOVANDRA SILVA FERNANDES

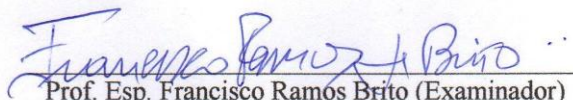
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE COLO E CORPO UTERINO NUMA UNACON-PB**

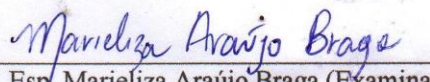
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: 13/06/2019

Banca Examinadora


Prof. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Esp. Francisco Ramos Brito (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Esp. Marieliza Araújo Braga (Examinadora Externa)
Faculdade Integrada de Patos (FIP)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantitativo dos indicadores sociodemográficos e epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino, cadastradas numa UNACON-PB (N=132).....	14
-----------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
CCU	Câncer de Colo de Útero
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
LCTS	Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVOS.....	08
2.1	OBJETIVO GERAL.....	08
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
3.1	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO – CCU.....	09
3.2	ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO E CLASSIFICAÇÃO.....	10
3.3	MODALIDADES TERAPÊUTICAS.....	11
4	METODOLOGIA.....	13
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	13
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	13
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	13
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	13
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	13
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADO.....	13
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	13
4.7	ÁSPECTOS ÉTICOS.....	13
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
6	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS.....	19

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO E CORPO UTERINO EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON)-PB

Giovandra Silva Fernandes¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

RESUMO

A neoplasia uroginecológica de colo de útero, ainda é considerada uma das mais frequentes entre as mulheres. Tendo o Papilomavírus humano (HPV), o agente etiológico para esse tipo de neoplasia, sendo considerado um problema de saúde pública. É importante conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico dessas mulheres contribuindo para redução do número de casos da doença. O objetivo da pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino numa UNACON-PB, visando contribuir com o aprimoramento de políticas públicas na área da oncologia. Trata-se de um estudo epidemiológico de dados secundários, retrospectivo e com abordagem quantitativa, realizado a partir dos prontuários de atendimento de pacientes cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP-PB, em uma amostral composta por 132 mulheres. Foram realizadas análise descritivas das variáveis; faixa etária, topografia, etnia escolaridade, status conjugal e procedência, zona domiciliar, sobrevivida e óbito. Com um total de 132 casos, a média de idade das mulheres ao diagnóstico foi de 27% com predomínio de etnia parda 65%, ensino fundamental 40%, casadas 24% e zona urbana 85%. Diante da magnitude do problema percebe-se a necessidade de adotar políticas públicas mais efetivas de prevenção ao câncer uroginecológico.

Palavras-chaves: Epidemiologia, Câncer de colo de útero, Câncer de corpo uterino

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN DIAGNOSED WITH COLON CANCER AND UTERINE BODY IN A HIGH COMPLEXITY UNIT IN ONCOLOGIA (UNACON)-PB

Giovandra Silva Fernandes¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

ABSTRACT

Urogynecologic neoplasia of the cervix is still considered one of the most frequent neoplasms among women. Having as Human papillomavirus (HPV), the etiologic agent for this type of neoplasia, which is considered a public health problem. It is important to understand the sociodemographic and epidemiological profile of these women, contributing to reduce the number of cases of the disease. The objective of this research was to identify the

epidemiological profile of women diagnosed with cervical and uterine body cancer in a UNACON-PB, aiming to contribute to the improvement of public policies in the area of oncology. This is a retrospective and quantitative epidemiological study of secondary data, based on patient records recorded in the Hospital Registry of Cancer Hospital of the FAP-PB, in a sample composed of 132 women. Descriptive analyzes of the variables were performed; ethnicity, schooling, marital status and origin, household zone, survival and death. With a total of 132 cases, the average age of women at diagnosis was 27%, with a predominance of 65% ethnic group, 40% of complete primary education, 24% married and 85% urban. Given the magnitude of the problem, it is evident the need to adopt more effective public policies to prevent urogynecological cancer.

Keywords: Epidemiology, Cervical cancer, uterine body cancer.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais. Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo acarretando transtornos funcionais. (INCA, 2011).

O câncer do colo do útero (CCU) é um importante problema de saúde pública no mundo. Do ponto de vista epidemiológico no Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de CCU para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres e desses, 370 sendo no Estado da Paraíba, embora o diagnóstico precoce determine redução dos indicadores de mortalidade. (INCA, 2018).

É importante destacar que o CCU constitui um sério problema de saúde pública sendo a segunda neoplasia mais incidente na população feminina e a quarta causa de morte por câncer entre mulheres brasileiras. Entretanto ele é passível de prevenção e cura, principalmente quando as lesões são diagnosticadas no estágio inicial (INCA, 2011).

Dentre os fatores determinantes se destacam como fatores de risco associados ao desenvolvimento dessa neoplasia, a idade, raça, iniciação sexual precoce, número de parceiros sexuais, multiparidade, uso de contraceptivos orais, hábitos de higiene, tabagismo e a situação socioeconômica (PRADO, 2012; INCA 2016). O câncer do colo do útero tem desenvolvimento lento e silencioso na sua fase inicial, sendo precedido pela doença pré-invasiva. Apresenta como principal fator de risco a infecção persistente por tipos oncogênicos do Papilomavírus humano (HPV). Estudos epidemiológicos sobre o perfil do CCU têm associado o seu desenvolvimento ao comportamento sexual das mulheres, bem como à transmissão de agentes infecciosos (THULER, 2012).

O câncer de colo invasivo é precedido por uma série de modificações no epitélio original, que constituem as lesões pré-malignas. Acredita-se que a transmissão do vírus se desenvolva de forma direta para as células basais da zona de transformação (KOSS, 2006). A zona de transformação exibe uma ampla gama de diferenciação epitelial, que abrange o epitélio escamoso, e epitélio colunar e uma mistura dos dois (KUMAR, 2005).

Fazendo a análise sobre o modo de transmissão do HPV, este ocorre principalmente através do contato sexual, não sendo a única via de contaminação, porém, sendo a via privilegiada que pode ocorrer após uma única reação sexual com o parceiro infectado, mas o problema é que o HPV não se instala apenas internamente nas regiões genitais, ele pode estar na virilha, nas coxas ou ao redor, o que faz tornar a camisinha inútil para evitar o contágio (ALMEIDA, 2011).

Diante disto a detecção precoce, pela realização do exame citológico de Papanicolau, tem sido uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste tipo de tumor. E assim quando o rastreamento é realizado dentro de padrões de qualidade, apresenta uma cobertura de 80% para o câncer invasor e, se as lesões iniciais são tratadas, a redução da taxa de câncer cervical invasor pode chegar a 90% (MELO et al., 2009).

A histopatologia considerada o padrão de ouro, está baseada no critério morfológico arquitetural e celular. É um exame realizado em amostras retiradas de uma superfície suspeita de presença de lesão ou malignidade. Para a histopatologia é utilizada a classificação de Richart, que reúne as lesões intraepiteliais escamosa sem um grupo denominado de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), subdividido em NIC I, II e III conforme o grau da lesão (KOSS, 2006). Entretanto, apesar da possibilidade de prevenção, observa-se ainda que, em cerca de 50% dos casos, a doença é diagnosticada em estádios avançados tornando o seu tratamento mais agressivo e diminuindo, portanto, as possibilidades de cura.

O Tratamento do câncer uterino tem por objetivo reduzir ou eliminar as lesões causadas pela HPV, o seu método depende de alguns fatores como a idade da paciente, o tipo, a extensão e a localização das lesões (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2002).

Destarte, considerando que o diagnóstico precoce se traduz na necessidade de tratamentos menos invasivos e radicais, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino em uma unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON)-PB, visando contribuir com o aprimoramento de políticas públicas na área da oncologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino numa UNACON-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a topografia dos tumores ginecológicos numa UNACON-PB.

Analisar o perfil sociodemográfico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino numa UNACON-PB.

Identificar a taxa de sobrevivência de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino numa UNACON-PB.

Determinar o quantitativo de óbitos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino numa UNACON-PB.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO - CCU

O colo do útero é uma porção cilíndrica produtora de muco que fica em contato com a vagina. O colo apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice e relaciona-se anteriormente com a bexiga, posteriormente com o reto e superiormente com o corpo uterino. O colo uterino projeta-se na vagina criando quatro bolsas ou fundos de sacos: anterior, posterior, lateral direito e lateral esquerdo. E útero é mantido em posição na pelve através de ligamentos de sustentação.

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, na dependência da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso, e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

O chamado câncer cervical é causado pela infecção persistente de alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção genital pelo HPV é muito frequente ao longo da vida sexual e na maioria das vezes não é a causa de doenças. O vírus do papiloma humano está presente em 99% dos casos de câncer do colo do útero. Entretanto, há casos oncogênicos, que quando instalado leva a alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Existem mais de 100 tipos de HPV dos quais 15 são oncogênicos, sendo o HPV-16 e o HPV-18 responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. (INCA, 2018; TRINDADE, 2017).

Desta forma o CCU apresenta como principal fator de risco a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV. Porém, apesar de ser uma das condições necessárias para o surgimento da neoplasia, a infecção pelo HPV não representa uma causa suficiente para o surgimento desse câncer. Sendo assim necessária a intervenção de outros fatores para a progressão desse tumor (THULER, 2012).

Dentre os outros fatores se destacam como fatores de risco associados ao desenvolvimento dessa neoplasia, a idade, raça, iniciação sexual precoce, número de parceiros sexuais, multiparidade, uso de contraceptivos orais, hábitos de higiene, tabagismo e a situação socioeconômica (PRADO, 2012; INCA 2016).

A histopatologia considerada o padrão de ouro, está baseada no critério morfológico arquitetural e celular. É um exame realizado em amostras retiradas de uma superfície suspeita de presença de lesão ou malignidade. Para a histopatologia é utilizada a classificação de Richart, que reúne as lesões intraepiteliais escamosa sem um grupo denominado de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), subdividido em NIC I, II e III conforme o grau da lesão (KOSS, 2006).

O principal tipo histológico encontrado, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, é o carcinoma epidermóide (80%), seguido pelo adenocarcinoma (10%) e por outras linhagens mais raras. Apesar de compartilharem fatores de risco, evolução e prognóstico semelhantes, há algumas diferenças entre os dois principais tipos. Com relação ao

HPV, a prevalência do subtipo 16 é maior no carcinoma epidermóide e do subtipo 18 é maior nos casos de adenocarcinoma. Além disso, parece que o uso de anticoncepcionais está mais fortemente associado com o último tipo e que este apresenta pior prognóstico (CARMO, 2007).

Apesar do aumento no número anual de casos, o câncer cervical saiu do ranking de segunda neoplasia mais incidente no mundo nos anos 70, para o sétimo lugar, em 2012. Mesmo assim nesse mesmo ano foi considerada a principal causa de morte entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento. (BRICHILLIARE, 2012). E essa contradição se deve à redução da incidência nos países em processo de desenvolvimento econômico nas últimas décadas, e também pela implantação de programas de prevenção e controle efetivos, como no caso do Brasil (BRASIL, 2016).

No Brasil, atualmente é a segunda neoplasia incidente na população feminina, superado pelos tumores da mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Onde o ápice de incidência do carcinoma invasor se dá entre 45-55 anos e o do carcinoma “in situ” entre os 25-40 anos (INCA, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde no Brasil estima-se que para cada ano do biênio 2018-2019, surjam cerca de 16.370 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que 370 casos são estimados só para o estado da Paraíba.

À Luz disso, no Brasil o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT.

3.2 ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

Diante da certeza que a infecção por subtipos oncogênicos do Papilomavírus humano é o fator causal primário para o desenvolvimento da neoplasia invasora do colo do útero e que essa neoplasia pode ser prevenida ou detectada precocemente por meio do exame preventivo de Papanicolaou, o Ministério da Saúde em 2016, por meio da publicação, Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero recomenda o exame citopatológico Papanicolau em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos que já tiveram atividade sexual.

E assim a partir do exame Papanicolaou pode se detectar alterações do colo do útero sugerindo alterações intraepiteliais das células escamosas e a partir daí vai se fazer a classificação de neoplasia intraepitelial que pode variar em grau I (NIC I), quando atinge a camada basal do epitélio, neoplasia intraepitelial grau II (NIC II) quando avança até três quartos da espessura do epitélio, neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III) quando atinge todas as camadas e carcinoma invasor quando as alterações são mais intensas e invadem o tecido conjuntivo abaixo do epitélio (ARAÚJO, 2013; PRADO, 2012).

E essas lesões de diferentes graus evolutivos, do ponto de vista citohistopatológico são curáveis em até 100% dos casos quando tratadas precoce e adequadamente (SILVA, 2016).

Diante disto as diretrizes para o rastreamento preconizam que o exame seja realizado inicialmente com uma repetição em um ano após o primeiro teste tendo como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento e após dois exames anuais consecutivos normais nos anos posteriores o exame deve ser realizado a cada

três anos. Além disto, em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses (BRASIL, 2016).

Dentro das estratégias em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas contra o Papilomavírus humano (HPV), com a vacina quadrivalente que oferece proteção contra os tipos do HPV 6, 11, 16 e 18. E a partir de 2017, foram incluídos no programa de imunização os meninos de 12 e 13 anos.

Essa medida reaviva as esperanças de mudanças no quadro de controle do câncer de colo do útero no país, que por apresentar sinais e sintomas apenas em fases mais avançadas é de difícil diagnóstico precoce. E assim uma ampla vacinação pode reduzir os problemas relacionados à detecção tardia e com a cobertura e qualidade do exame Papanicolaou (TEXEIRA, 2015).

O diagnóstico é realizado por meio de técnicas de rastreamento populacional com exames citopatológicos, colposcópicos e histopatológicos (padrão ouro). A associação entre esses métodos diagnósticos é uma das mais eficientes condutas terapêuticas utilizadas no combate às lesões intraepiteliais escamosas e câncer cervical (STIVAL, 2005).

Diante disto, as mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação do diagnóstico, classificação e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas.

3.4 MODALIDADES TERAPÊUTICAS

A escolha do tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, do estado geral da paciente e de fatores pessoais, como idade e desejo de preservação da fertilidade (TAVARES et al., 2009).

O estadiamento FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) parece ser um dos principais fatores prognósticos, estando diretamente associado com a sobrevida global e a chance de recorrência local. Ele avalia o tamanho do tumor primário, extensão local e invasão de estruturas adjacentes, bem como presença de lesões à distância (CARMO, 2007). Dentro dos estágios iniciais encontram-se Ib e IIa (FIGO) e estes são tratados por histerectomia com linfadenectomia pélvica bilateral e/ou radioterapia.

O tratamento cirúrgico padrão é representado pela operação de Wertheim-Meigs que inclui a remoção do útero, os 25% proximais da vagina, ligamentos do útero e sacro, ligamentos úteros-vesicais e ambos os paramétrios (TSUNODA, et al. 2015; TAVARES et al, 2009). Em concordância com os achados de Madeiro et al, 2004 concluíram que após uma histerectomia radical pode haver comprometimento da sensibilidade da bexiga, alteração da capacidade da bexiga e complacência vesical, comprometimento da função vesical, redução da pressão uretral máxima e pressão máxima de fechamento uretral, e a diminuição da taxa de transmissão de pressão. Entretanto, apesar destes resultados observam que não houve aumento significativo de incontinência urinária verdadeira, porém, a taxa de estabilidade do musculo detrusor diminuiu significativamente após a histerectomia radical. (CHEN et al, 2002)

A radioterapia pode ser exclusiva e ser usada como um tratamento neoadjuvante ou adjuvante. Este último pode ser indicado em casos de lesões maiores de 4cm de diâmetro. E assim as pacientes que se submetem a tratamento cirúrgico e apresentam linfonodos, margens e paramétrios comprometidos pela neoplasia devem receber radioterapia adjuvante (CORRÊA, 2014). Na radioterapia do câncer do colo uterino são empregados dois tipos de irradiação: teleterapia e braquiterapia. A teleterapia que se dá com aplicação externa onde o feixe de radiação é dirigido ao tumor, aos tecidos vizinhos e às áreas de envolvimento

subclínico potencial, sendo, portanto, uma forma de tratamento loco-regional e a braquiterapia que se dá por via intracavitária onde os isótopos radioativos são colocados junto ao tumor e tecidos adjacentes (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008).

A radioterapia é uma das modalidades terapêuticas mais importantes no tratamento do câncer, a mesma é utilizada na região pélvica em casos de neoplasias malignas como colo do útero (WOLSCHICK et al., 2007; C OELHO; COSTA, 2007).

Na teleterapia os aparelhos emissores estão distantes alguns centímetros do paciente, já na braquiterapia as fontes de radiação são colocadas em contato direto com o tumor (AYOUB et al., 2000). A anatomia favorável da região (proteção dos órgãos intra-abdominais) possibilita minimizar a exposição dos tecidos sadios adjacentes à radiação, para se evitar lesões actínicas (INCA 2009). Para os estádios IB2 e IIA volumosos (lesões maiores do que 4 cm), IIB, IIIA, IIIB e IVA, as evidências científicas atuais orientam para tratamento quimioterápico combinado com radioterapia (INCA, 2018)

A quimioterapia, por sua vez, também pode ser adjuvante ou neoadjuvante e estudos demonstram que quando combinada com a radioterapia essa aumenta sua sensibilidade (CORRÊA, 2014). Além de por si só ser efetiva no processo de combate à célula tumoral, o controle de recidivas e o aumento de sobrevida (SANTOS et al., 2008).

Atualmente, a fisioterapia vem sendo incluída na equipe interdisciplinar voltada ao tratamento das disfunções sexuais das mulheres, tanto no antes como no pós-operatório, através do uso de diversas técnicas. A fisioterapia oncológica é uma especialidade relativamente nova e tem como objetivo preservar, restaurar, melhorar, prevenir e atenuar quaisquer disfunções dos órgãos e sistemas que tenha sido afetado pelo tratamento do câncer de colo uterino no intuito de ofertar uma vida normal dentro das possibilidades e limitações de cada paciente (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

As complicações no pós-tratamento do câncer de colo uterino para Belo et.al. (2005); tanto o câncer de colo uterino como o tratamento provocam sequelas funcionais sejam elas temporárias, transitórias ou permanentes que podem ser atenuadas e até melhoradas através da fisioterapia uro-oncológica, (FRANCESCHINI, 2010). Devido ao tratamento de câncer de colo uterino ser agressivo a disfunção do assoalho pélvico é uma das alterações mais frequentes que surge no pós-tratamento cirúrgico. Dentro da disfunção do assoalho pélvico a incontinência urinária é bastante comum (FRIGO, ZAMBARDA, 2015).

Evidências têm demonstrado que as mulheres que se submetem ao tratamento do CCU apresentam algum nível de disfunção do trato urinário. Encontraram hipertonicidade da bexiga e pressões de fechamento uretral baixas, no pós-operatório imediato da cirurgia de Wertheim (Gulati et al 2001).

As principais disfunções sexuais que acometem mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero são: estenose e atrofia vaginal, dispareunia e diminuição da lubrificação, que podem vir associadas à perda de sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal e à perda de sensibilidade.

Na fisioterapia uro-oncológica há recursos cinesioterápicos e eletroterápicos e que podem ser utilizados de forma isolada ou combinados afim de se obter um resultado satisfatório e eficiente após tratamento cirúrgico de câncer de colo uterino frente a incontinência urinária no intuito de prevenir, manter e melhorar o quadro patológico (ETIENNE, WAITMAN, 2006; RESENDE et al., 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico de dados secundários, retrospectivo e com abordagem quantitativa, realizado a partir dos prontuários de atendimento de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino, cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), UNACON_PB (INCA 2010)

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciência e Tecnologia em Saúde (LCTS/UEPB), localizado no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital da FAP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra é composta por 132 prontuários de mulheres diagnosticados com câncer de colo de útero e corpo uterino, cadastrados na base de dados do Sistema de Registro Hospitalar do Câncer (RHC), no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2014.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero, sem discriminação de idade, que tenham sido submetidas a algum tipo de procedimento relacionado à doença, desde que cadastradas no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, no período de janeiro a dezembro de 2014.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Prontuários que apresentaram informações inconclusivas e prontuários abertos no período anterior e posterior a 2014.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre o mês de janeiro e dezembro 2014, os dados foram coletados diretamente do prontuário. Foi formulado um instrumento de coletas com os dados: Nome da pacientes, Identificação, Idade, com as seguintes variáveis: faixa etária; topografia, etnia: raça/cor; escolaridade, estado conjugal; escolaridade: procedência; zona domiciliar, sobrevida e óbito.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DADOS

Inicialmente foram realizados estudos sobre os registros hospitalar de câncer, após o período de estudo foram feitos levantamento de dados dos prontuários dos pacientes do sexo feminino com câncer uroginecológico cadastrado no registro hospitalar. A partir dessa informação, foi possível iniciar a coleta de dados com a utilização dos prontuários com critérios para contemplar perfil epidemiológico, sociodemográfico e topográfico, com a

utilização das análises descritivas das seguintes variáveis; faixa etária, escolaridade, etnia, status conjugal e procedência, sobrevivida e óbito.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “ Retrato epidemiológico do Câncer no estado da Paraíba” e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), seguindo as diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466/2012.

5 RESULTADOS

A seguir serão analisados os resultados inerentes ao perfil sociodemográfico e epidemiológico das pacientes que atenderam os critérios de inclusão para compor a amostra da pesquisa.

A **Tabela 1** apresenta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da amostra composta por 132 mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino cadastradas numa UNACON-PB.

Tabela 1. Quantitativo dos indicadores sociodemográficos e epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo e corpo uterino, cadastradas numa UNACON-PB (N=132).

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
21 F 33	20	15%
33 F 45	21	16%
45 F 57	33	25%
57 F 69	35	27%
69 F 81	15	11%
81 F 93	8	6%
TOPOGRAFIA		
Colo de Útero (C53)	103	78%
Corpo de Útero (C54)	13	10%
Outras partes do Útero (C55)	16	12%
ETNIA		
Branca	5	4%
Amarela	19	14%
Parda	86	65%
Não informado	22	17%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	31	23%
Ensino Fundamental	53	40%
Ensino Médio	9	7%
Superior	6	5%
Não informado	33	25%

STATUS CONJUGAL

Casado	32	24%
Solteiro	27	20%
Separado/Divorciado	16	12%
Viúvo	4	3%
Não informado	53	40%

PROCEDÊNCIA

Campina Grande	59	45%
Outros municípios	73	55%

ZONA DOMICILIAR

Zona Urbana	112	85%
Zona Rural	20	15%

SOBREVIDA	116	88%
------------------	-----	-----

ÓBITO	16	12%
--------------	----	-----

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública no mundo e principalmente em países em desenvolvimento. No Brasil é considerado o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. E está entre a maior causa de morte entre a população feminina em idade reprodutiva.

Os dados sobre incidência de doenças são importantes para definir prioridades de programas estratégicos de prevenção e tratamento, subsidiar gestores em saúde no direcionamento de investimento e alocação de recursos, e definir metas e avaliar resultados.

O perfil sociodemográfico das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero na unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON) está diretamente ligado a fatores social e econômico, ao nível de baixa renda e nível escolar, além de fatores relacionados à idade.

É importante destacar os fatores que contribuem para o desenvolvimento do CCU como o Papilomavírus, e os fatores de risco associados ao desenvolvimento dessa neoplasia, a idade, raça, iniciação sexual precoce, número de parceiros sexuais, multiparidade, uso de contraceptivos orais, hábitos de higiene, tabagismo e a situação socioeconômica. Todos esses fatores contribuem para o aumento do número de mulheres com o diagnóstico de câncer de útero.

Considerando os dados da Tabela 1, é possível observar a heterogeneidade da amostra, com intervalo de faixa etária variando entre 21 e 93 anos, desvio padrão 16, mediana de 53 anos, na maioria procedente de zona urbana (85%) e de etnia parda (65%), priorizando o ensino fundamental (40%), sobrevida (88%) e óbito de 16%.

Das 132 pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero e corpo de uterino que foram acompanhadas, 78% dos casos tinham diagnóstico de CCU (C53), e ao agrupar as idades por faixa etária obtivemos como faixa etária mais incidente 57-69 anos (27%), seguida por 45-57 anos (25%). E estas corroboram as atuais recomendações para a realização do exame preventivo que preconiza sua realização em mulheres entre 25 e 64 anos de idade.

Os dados mostram que as lesões precursoras do câncer do colo do útero surgem principalmente na Zona de Transformação (ZT) entre o epitélio ectocervical escamoso de

várias camadas e o epitélio endocervical colunar em mulheres na perimenopausa e na pós-menopausa, contribuindo com a faixa etária entre 57 e 69 anos, sendo o câncer uma doença silenciosa e de início assintomático e com duração de tempo de mais de dez anos.

O presente estudo também analisou o perfil epidemiológico dos quanto à escolaridade. Observa-se uma diferenciação do nível escolar um baixo índice de instrução entre as pacientes, ressaltando que 63% delas eram analfabetas ou possuem até o ensino Fundamental e apenas 5% possuíam ensino superior, corroborando assim com o estudo de ARAÚJO e colaboradores (2013) que aponta em seu estudo que 74% das pacientes são analfabetas ou possuem apenas o Ensino fundamental incompleto.

Ainda quanto à escolaridade, Araújo e colaboradores (2013) afirma que o baixo nível de escolaridade está intimamente ligado ao nível socioeconômico sendo este um fator de risco para o tumor uroginecológico. Além de que nota-se que o baixo nível educacional tem influência em baixa adesão às estratégias de prevenção.

A importância da informação no processo demonstrou-se a partir da constatação de que a maioria das mulheres que não se submeteu ao exame preventivo não o fez por desconhecimento da necessidade do mesmo e dos aspectos ligados à doença (GOMES, 2011).

O presente estudo sugere uma maior predisposição CCU associados à infecção pelo HPV em mulheres parda. As mulheres brancas representaram 4%. Entretanto, escassa literatura aponta ser a cor branca um fator de proteção em relação ao desenvolvimento do câncer cervicouterino, enquanto a raça negra é considerada como um dos fatores de risco para a doença. Estudos de (KENNEY, 1996) e (PEREYRA,2006) apoiam este fato quando referem que mais da metade dos casos de câncer cervical eram de mulheres não brancas.

Observou-se neste estudo a etnia da maioria das mulheres eram de cor parda, em média 65% das pacientes. Em consonância com os estudos de ARAÚJO (2013) que trazem os dados de que as mulheres pardas ou negras somando-se aproximadamente 87,5% das mulheres estudadas. Dessa forma a desinformação quanto à necessidade da realização do exame, e conseqüentemente o não tratamento das lesões precursoras, foi demonstrado que esteve associada a baixa ou alta idade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e cor parda (MASCARELLO, 2012; THULER, 2012).

Quanto ao status conjugal temos uma taxa de 24% de mulheres casadas, seguido de 20% de solteiras. Nesse âmbito, estudos revelam que, diante do comportamento sexual, as mulheres casadas ou com união estável estão associadas à infecção pelo vírus HPV fator de risco diretamente relacionado ao CCU, uma vez que, mulheres solteiras e sem parceiros fixos, mesmo com maior número de parceiros sexuais quando comparados às casadas apresentam baixa relação com o Papilomavírus (RIBEIRO, 2014).

Ainda na tabela 1 podemos observar que a maior parte das mulheres desse grupo tem zona domiciliar na zona urbana, totalizando 85% delas, onde 45% das mesmas são de procedência de Campina Grande e estão provavelmente coberta por Unidades de Atenção Básica ou fisicamente próximas dos centros de saúde.

A análise dos dados mostra que a taxa de sobrevida está diretamente relacionada com o prognóstico, diagnóstico e o tratamento na unidade assistencial de alta complexidade em oncologia. O tempo é essencial entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevida dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento.

Com relação ao óbito, a análise mostra que a mortalidade é pequena, porém somadas com a taxa de óbito a nível nacional é bastante expressivas, visto essas mortes poderiam ser evitadas mediante prevenção e política públicas eficientes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de colo de útero mata mais de 250 mil mulheres por ano e 85% desses óbitos acontecem em países de baixa renda. No Brasil é a terceira localização primária de incidência e de mortalidade. (INCA, 2018).

A mortalidade aumenta de forma considerável, a partir da quarta e quinta década de vida, com relevantes diferenças regionais (NASCIMENTO et al., 2015; SOARES et al., 2010). O diagnóstico tardio resulta em tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e de sua rede de apoio, eleva os índices de mortalidade pela doença, além de aumentar os custos com internações e uso de medicamentos. Em consonância com os estudos, tal realidade evidência a pouca capacidade do sistema de saúde de promover o rastreamento e o controle da doença, uma vez que o tratamento das lesões precursoras impede que progridam para câncer invasor. (CARVALHO et al., 2018).

Atenção Básica reveste-se de importância ímpar nos programas de rastreamento, como porta de entrada preferencial do sistema e interface entre os órgãos governamentais e a população (GOMES, 2011).

6 CONCLUSÃO

O câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública necessitando de uma mudança mais eficaz diante da possibilidade de prevenção e cura dessa patologia. O CCU provoca disfunções no trato uroginecológico e conseqüentemente sofrimento e dor. Entretanto, diante de tantas possibilidades de prevenção, podemos observar que alguns fatores de riscos podem ser modificados se as mulheres tivessem uma maior abrangência no conhecimento dessa patologia e assistência básica. Pensar em CCU, por todas as suas características de prevenção, fatores de risco, e possibilidades de melhor qualidade de vida para a mulher acometida pela doença, na tentativa de entender como os serviços de saúde se organizam para contemplar a integralidade do cuidado a essa faixa específica da população.

A organização dos serviços para atender à população feminina ainda está dando os seus primeiros passos na assistência básica de saúde, pois o enfoque deveria ser na prevenção e os profissionais da assistência básica deveriam ser mais habilitados no sentido de conscientização e educação para uma melhor qualidade de vida e cuidados efetivos.

O Estado e os profissionais da saúde deveriam mostrar mais efetividade nas suas ações e práticas voltadas para assistência à população nos diversos níveis de atendimento, cabendo ressaltar que atender às necessidades e demandas com que as mulheres buscam os serviços públicos.

As ações preventivas e as assistenciais, ainda estão longe de atingir o ideal de prevenção, pois visto que o número de mulheres com câncer de colo de útero, ainda são considerado alto e os gastos públicos no tratamento ainda se sobrepõem aos de prevenção. A persistência da doença, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento, revela a disparidade regionais relacionadas com as condições socioeconômica, limitando ainda mais os cuidados e prevenção do CCU.

O tratamento do CCU está diretamente relacionada aos fatores como a idade, estado geral de saúde da paciente e estadiamento do câncer de colo uterino que interferem direta ou indiretamente na escolha do tratamento que pode ser cirúrgico ou não, o tratamento também inclui a quimioterapia, radioterapia e a fisioterapia. Entretanto a abordagem do fisioterapeuta se inicia desde avaliação pré-operatória visando orientação e diagnóstico de disfunções pré-existentes, acompanhamento do ciclo de tratamento para minimizar os efeitos deletérios da histerectomia radical e da radioterapia e ainda a reabilitação daquelas disfunções que não puderam ser evitadas. As técnicas mais utilizadas na fisioterapia uro-oncológica no pós-tratamento de câncer de colo uterino, destacam-se a cinesioterapia e eletroterapia, que pode

ser de forma isolada ou associada para obtenção de resultados satisfatórios. As principais disfunções sexuais que acometem mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero são: estenose e atrofia vaginal, dispareunia e diminuição da lubrificação, que podem vir associadas à perda de sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal e à perda de sensibilidade.

A partir das complicações que acometem o sistema urológico, se faz necessário uma abordagem da fisioterapia no tratamento do CCU. O papel do fisioterapeuta no tratamento de pacientes com CCU está diretamente relacionado às disfunções sexuais. Através de técnicas que proporcionem alívio dos sintomas, focando na boa evolução, para que a sobrevivida sem que a doença seja alcançada e com o mínimo de sequelas possível, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Diante da magnitude do problema, os dados servem de alerta para uma política pública mais eficiente, voltada para a prevenção do câncer de colo de útero e corpo uterino. Este estudo teve como importância fundamental mostrar o perfil epidemiológico, sociodemográfico das mulheres diagnosticada com câncer de colo de útero e corpo uterino, no sentido de analisar esse perfil no intuito de contribuir para um melhor desempenho nas ações de atenção básica da saúde dos diferentes profissionais que compõem a unidade básica e secundária da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. O. et al. Perfil clínico e epidemiológico da mulher idosa com câncer de colo de útero em Terenina-PI, 2008-2012. **Rev. Multip. Saúde HSM**, v. 1, n. 2, p. 4-13, 2013.
- BRISCHILIARI, S. C. R. et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 (10):1976-1984, out, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. **Revista atual**. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- CARMO, Cláudio Calazan do. **Os casos de câncer de colo uterino tratados em um centro de referência entre 1999 e 2004**: características clínico epidemiológicas e análise de sobrevida. Rio de Janeiro, UFRJ / Instituto de Estudos da Saúde Coletiva, 2007.
- CORRÊA, C. S. L. Qualidade de vida e função sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em saúde coletiva), Universidade Federal de Juiz de Fora. 2014.
- ETIENNE MA, WAITMAN MC. A fisioterapia e as disfunções sexuais femininas. São Paulo. Livraria Médica Paulista, 2006.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. **Papilomavírus Humano (HPV)**: Diagnóstico e Tratamento. 2002.
- FRANCESCHINI, Juliana; SCARLATO, Andrea CISI Michele C. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 501-506, 2010.
- FRIGO, Letícia Fernandez; ZAMBARDA, Simone de Oliveira. Câncer de colo de útero: efeitos do tratamento. **Cinergis**, v. 16, ano 16, n. 3, 2015.
- Gulati N, Kumar VJ, Barsaul M, Yadav SP. Urodynamic profile after Wertheim's hysterectomy. **Indian J Cancer**. 2001;38(2-4):96-102.
- 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**, 2012; 58 (1):41-45.
- KOSS, L. G.; GOMPEL, C. Introdução à Citopatologia Ginecológica com Correlações Histológicas e Clínicas. 1ª Ed., São Paulo: Roca, 2006.
- MASCARELLA, K. C. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2012; 58(3): 417-426

MELO S. C. C. S; PRATES L; CARVALHO M. D. B; MARCON S. S; PELLOSO S.M. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2009 dez; 30 (4):602-8.

PEREYRA EA, Parellada CI. HPV nas mulheres. In: Rosenblatt C, Lucon AM, Wroclawski ER. HPV na Prática Clínica. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

PRADO P. R. Et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco – AC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012; 58(3): 471-479.

RIBEIRO, F. J. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.05, Nº. 04, Ano 2014 p.2406-20.

SILVA, E. O; COELHO, M. C. V.; ATHAYDE, L. A. Alterações Citológicas Associadas a Infecção pelo Papilomavírus Humano em Mulheres Atendidas em um Hospital. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol. 07, Nº 01, p. 52 – 64, 2016.

SILVA FILHO, A.L.; LAMAITA, R.M.; PEIXOTO, F.C. Câncer do colo uterino. In: CAMARGOS, A.F. **Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências**. 2ª edição, Belo Horizonte, COOPMED. 1018 p, 2008.

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

STEPHENSON, Rebeca G.; O’CONNOR, Linda J. **Fisioterapia Aplicada a Ginecologia Obstetrícia**. 2. ed. Barueri São Paulo. Manole, 2004.

TAVARES, M.B.A.C.; SOUSA, R.B.; SILVA, T.O.; MOREIRA, L.A.; SILVA, L.T.T.L.; TAVARES, C.B.A.C.; VIEIRA, S.C. Prevalência de fatores prognósticos em câncer de colo uterino após histerectomia radical. **Medical Journal**, v.127, n.3, 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015 p.221-240.

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

TRINDADE G. B. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. **Revista de Medicina**, 2017; 50(1):1-10.

TSUNODA, A. T. et al. Laparoscopia no câncer de colo uterino. Estado atual e revisão da literatura. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2015; 42(5): 345-351

KENNEY JW. Ethnic differences in risk factors associated with genital human papillomavirus infections. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23 (6):1221-1227.

ANEXO

INSTRUMENTO PARA COLETA – ADAPTADO

NOME DA PACIENTE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO:

IDADE

TOPOGRAFIA

ETNIA

ESCOLARIDADE

STATUS CONJUGAL

PROCEDÊNCIA

ZONA DOMICILIAR

SOBREVIDA

ÓBITO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela sua infinita bondade, por ter me concedido força e coragem no percurso da caminhada acadêmica.

Ao meu pai **Francisco** (in memoriam), pelos seus ensinamentos e valores morais. Saudades eternas!

A minha querida mãe **Maria** que me deu a oportunidade da vida neste planeta, e as minhas irmãs, que tornam a vida mais bela. Obrigado, ao meu esposo Davi e aos meus filhos; David e Darwin, pela sua paciência e existência, tornando os meus dias mais felizes.

A todos os amigos; **Renata, Raquel, Danusia, Luciana, Camila e Josineide** e especialmente a **Adelane** que muito contribui para o meu aprendizado no LCTS. Vocês foram fundamentais para minha formação, por isso merecem o meu eterno agradecimento.

A todos os professores do curso que compartilharam seus conhecimentos em sala de aula e contribuíram para minha formação acadêmica.

A professora e orientadora **Railda Shelsea**, por seus conhecimentos, paciência e bondade, minha eterna gratidão.