

Alterações citopatológicas do colo uterino em mulheres atendidas na 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014

Cytopathological alterations in the cervix of women that were attended at the 8th Regional of the Public Healthcare System - in a district in the state of Parana in 2014

Jacqueline Vergutz Menetrier¹, Alana Boing², Kamila Aparecida Medeiros³

1. Mestranda em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na atenção básica, Enfermeira especialista em Terapia Intensiva. Universidade Paranaense – Unipar.
2. Enfermeira, graduada pela Universidade Paranaense – Unipar.
3. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense - Unipar.

CONTATO: Jacqueline Vergutz Menetrier | Rua Floresta, 61 | Jardim Floresta | Francisco Beltrão | Paraná | Fone: (46) 9940-5256 | E-mail: jacquevergutz.menetrier@hotmail.com

Resumo O câncer do colo uterino é um problema de saúde pública mundial, tornando-se a terceira neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo. O exame citopatológico é utilizado para o rastreamento do câncer de colo do útero, permitindo detecção precoce das lesões precursoras da neoplasia. O objetivo do presente estudo foi identificar alterações citopatológicas do colo uterino em mulheres atendidas na 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014. Trata-se de um estudo exploratório e documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na 8ª Regional de Saúde do Paraná, através do Sistema de Informação do Câncer. No ano de 2014, 1.022 exames citopatológicos na rede pública de saúde apresentaram alguma alteração, assim, o índice de positividade do citopatológico do câncer do colo do útero foi de 3,7%. Em relação à idade das mulheres, observou-se maior frequência na faixa etária de 41 a 64 anos com 49,8%. A principal alteração encontrada foi a de Células atípicas escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas e/ou Lesão intraepitelial de baixo grau, representando 81,1%. Demonstra-se a importância da realização do exame de rastreamento, tendo em vista o grande número de alterações de baixo

grau encontrado, possibilitando o diagnóstico precoce e garantindo sucesso no tratamento, reduzindo os casos de morbimortalidade ocasionados por esse câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Colo do Útero. Carcinoma Intraepitelial – Prevenção. Saúde da mulher.

Abstract Cervical cancer is a worldwide public health problem, being the third neoplasm that affects more women around the world. The cytopathological exam is used for screening cervical cancer, allowing early detection of the neoplasm precursor lesions. The objective of this study was to identify cytological alterations of the cervix in women being attended at the 8th Health Regional of the state of Parana in 2014. This is an exploratory and documental study with a quantitative approach. Data were collected at the 8th Health Regional of in the state of Parana through the Cancer Information System. In 2014, 1022 cytopathology testings in the public healthcare system presented some alteration, so the positivity rate of cytological test for cervical cancer was 3,7%. Regarding women's age, a higher frequency was observed in the age group between 41-64 years old with 49,8%; the main change found was atypical squamous cells of undetermined significance, possibly non-neoplastic, and/or low-grade intra-epithelial lesions, representing 81,1%. The importance of the complete screening test is highlighted, since the number of low-grade alterations found is high; this allows an early diagnosis that can ensure a successful treatment, reducing the causes of morbidity and mortality from this cancer.

KEYWORDS: Cervical Cancer, Intraepithelial Carcinoma - Prevention. Women's Health.

Introdução

O câncer do colo uterino (CCU) é um problema de saúde pública mundial, tornando-se a terceira neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo¹. Estima-se que a cada ano são registrados no mundo cerca de 500 mil novos casos, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) preveem uma estimativa para 2015 de 320 mil novos casos no mundo e de 435 mil em 2030².

O principal fator de risco para o desenvolvimento das lesões precursoras do câncer do colo uterino é a Infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), presente em cerca de 98% dos casos³.

Buscando reduzir a mortalidade decorrente do CCU são executadas, pelo Ministério da Saúde,

diversas ações direcionadas à prevenção e ao controle do Câncer do colo do útero⁴. A prevenção primária está ligada diretamente à diminuição de contágio pelo HPV, já a prevenção secundária está relacionada com estratégias para a detecção precoce (abordagem de indivíduos com sinais e sintomas sugestivos da doença), e o rastreamento (aplicação do exame ou teste em pessoas assintomáticas aparentemente saudáveis, buscando identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento)⁵.

No Brasil, desde 1940, há registros de iniciativas para o controle do CCU, entretanto, a partir de 1980, o controle do câncer se fortaleceu com a criação de diversos programas e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a principal estratégia utilizada no Brasil para detecção

precoce e rastreamento do câncer de colo uterino tem sido a realização de coleta de material para exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora, conhecido como exame de Papanicolaou ou Citologia Oncótica⁶.

O exame Papanicolaou ou exame Citopatológico (CP) do Colo Uterino é um exame preventivo que tem por principal objetivo analisar microscopicamente as células do colo do útero para diagnosticar precocemente lesões neoplásicas e precursoras ao câncer⁷.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher tem como finalidade a organização da Linha de cuidados envolvendo intervenções de promoção em saúde. Na Linha de cuidados do Câncer do Colo do Útero a finalidade é assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados, promovendo a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno⁵.

De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, ocorre uma modificação efetiva nas taxas de incidência e de mortalidade ocasionadas por esse tipo de câncer⁵.

A presente pesquisa teve como objetivo geral identificar a prevalência de alterações citopatológicas do Colo do Útero na 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014, tendo também como objetivos específicos a frequência de alteração do citopatológico por faixa etária e apontar quais foram as alterações encontradas em maior número.

Materiais e Métodos

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório e documental, com abordagem quantitativa. Primeiramente, foi solicitado ao responsável pela Regional de Saúde a Permissão de Utilização de Dados. A pesquisa dispensou o TCLE por se tratar de uma pesquisa documental.

A coleta de dados foi realizada na 8ª Regional de Saúde do Paraná, localizada no município de Francisco Beltrão, que abrange 27 municípios,

atendendo uma população de aproximadamente 333.967 pessoas⁸.

Foram analisados todos os exames citopatológicos alterados do ano de 2014 dos 27 municípios da 8ª Regional de Saúde. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento confeccionado pela pesquisadora, buscando a faixa etária e a alteração do citopatológico. Os dados foram obtidos através do programa informatizado do Ministério da Saúde, Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). A coleta de dados realizou-se no mês de agosto do ano de 2015.

Em março de 2011, os Programas Nacionais de Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA), foram substituídos pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), Programa desenvolvido em uma plataforma *web*, possibilitando às Unidades de Saúde usuárias do sistema que façam solicitações de exames, visualizem e acompanhem as mulheres com resultados alterados. O SISCAN progride na capacidade de fornecer informações para a avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, no planejamento das ações de controle, na organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento, na avaliação de necessidade de capacitações e no acompanhamento dos usuários com exames alterados. Assim, o SISCAN é um sistema brasileiro, único, com características próprias e que permite coletar informações, emitir laudos, gerenciar recursos e auditar resultados⁹.

Os dados coletados foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva através do programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 20.0 (Windows; Chicago, EUA). Para a associação de faixa etária e resultado do CP foi utilizado o teste de qui-quadrado, sendo considerados significativos os resultados com $p < 0,05$.

Para o cálculo do índice de positividade utilizou-se a fórmula a seguir, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva¹⁰:

$$\frac{\text{Nº de exames CP com resultados alterados em determinado local e período} \times 100}{\text{Nº de exames CP, no respectivo local e período}}$$

Nº de exames CP, no respectivo local e período

Quadro 1. Nomenclaturas das alterações citopatológicas de acordo com a classificação citológica brasileira de 2006.

NOMENCLATURA	ALTERAÇÃO	TECIDO/CÉLULA
ASC-US	Alteração de baixo grau de significado indeterminado	Epitélio escamoso
ASC-H:	Lesão de baixo grau que não afasta alto grau	Epitélio escamoso
LSIL:	Lesão de baixo grau	Epitélio escamoso
HSIL:	Lesão de alto grau	Epitélio glandular
AGUS:	Alteração de baixo grau que não se afasta alto grau	Epitélio glandular
CARCINOMA ESCAMOSO E/OU ADENOCARCINOMA E/OU OUTRAS NEOPLASIAS:	Lesões de alto grau	Epitélio glandular

Fonte: BRASIL, 2011, adaptado.

O projeto também foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense – UNIPAR, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, sendo aprovado sob o parecer 1.053.677.

Resultados

No ano de 2014, nos 27 municípios da 8ª Regional de Saúde do Paraná foram coletados no total 27.533 exames citopatológicos na rede pública de saúde e, destes, 1.022 apresentaram alguma alteração. Assim, o índice de positividade do citopatológico do câncer do colo do útero foi de 3,7%.

Tabela 1. Alterações do exame citopatológico por faixa etária da 8ª Regional de Saúde do Paraná, 2014.

VARIÁVEL	N	%
MENOR DE 25 ANOS	135	13,2
25 A 40 ANOS	320	31,3
41 A 64 ANOS	509	49,8
ACIMA DE 64 ANOS	58	5,7
TOTAL	1.022	100

Fonte: SISCAN

De acordo com a distribuição do número de casos segundo as alterações do CP do colo do Útero da 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014 (Tabela 2), as Células atípicas escamosas

de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC/US) e/ou Lesão intraepitelial de baixo grau foram as mais encontradas, representando 81,1% das alterações, sendo que apenas 0,4% das alterações foram o carcinoma escamoso e/ou adenocarcinoma e/ou outras neoplasias.

Tabela 2. Número de casos segundo as alterações do CP do colo do útero da 8ª Regional de Saúde do Paraná, 2014.

ALTERAÇÃO	N	%
Células atípicas escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e/ou Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	819	81,1%
Células atípicas escamosas de significado indeterminado não afasta alto grau (ASC-H)	95	9,3%
Células atípicas de significado indeterminado glandulares e/ou de origem indefinida (AGUS)	19	1,9%
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	85	8,3%
Carcinoma escamoso e/ou adenocarcinoma e/ou outras neoplasias	4	0,4%
TOTAL	1022	100,0

Fonte: SISCAN

Ao realizar a associação entre as alterações do CP e a idade (Tabela 3), observou-se que as alterações de alto grau e o carcinoma e/ou adenocarcinoma e outras neoplasias ocorreram com maior frequência em mulheres com idade acima de 41 anos, enquanto nas mulheres menores de 25 anos evidenciou-se que as lesões ASC/US e/ou de LSIL prevaleceram.

Tabela 3. Associação entre as alterações e faixa etária das mulheres com alterações do CP do colo do útero da 8ª Regional de Saúde do Paraná, 2014.

VARIÁVEL	ALTERAÇÃO					N	%
	ASC-US E/OU LSIL	ASC-H	AGUS	HSIL	Carcinoma escamoso e/ou adenocarcinoma e/ou outras neoplasias		
MENOR 25 ANOS	129* (95,5 %)	2 (1,5%)	0 (0,0%)	4 (3,0%)	0 (0,0%)	135	13,2
25 A 40 ANOS	253 (79,0%)	24 (7,5%)	6 (2,0%)	37* (11,5%)	0* (0,0%)	320	3,3
41 A 64 ANOS	391 (76,8%)	60 (11,7%)	13 (2,5%)	41* (8,0%)	4* (1,0%)	509	49,8
ACIMA DE 64 ANOS	46 (79,4%)	9 (15,5%)	0 (0,0%)	3* (5,1%)	0* (0,0%)	58	5,7
TOTAL	819	95	19	85	4	1022	100

Fonte: Dados da Pesquisa | *p 0,000

Discussão

Na população estudada o índice de positividade encontrado foi de 3,7%, valor este esperado para a população brasileira. O índice de positividade esperado para o Brasil fica entre 3,0% e 10%, considerando-se valores abaixo de 2% como muito baixos, entre 2 % e 2,9% como baixos, e acima do esperado, acima de 10 %^{11,12}.

O índice de positividade demonstra o percentual de exames citopatológicos com resultados alterados em relação ao total de exames realizados no mesmo local e período¹¹.

No ano de 2010, segundo dados coletados do SISCOLO foram coletados no Brasil, no âmbito do Sistema Único em Saúde (SUS), 10.275.476 exames citopatológicos de colo de útero, com um total de quase 99% classificados como amostras satisfatórias, onde destas encontrou-se um total de 286.119 exames com algum tipo de alteração no país¹².

A diminuição das taxas de incidência e mortalidade por CA de colo de útero em países onde o rastreamento foi bem-sucedido como nos Estados Unidos, Noruega e Reino Unido, o percentual de positividade foi respectivamente de 6,8 %, 4,9% e 6,4%⁶.

O rastreamento do CCU através da realização do CP tem como objetivo o diagnóstico precoce e consequentemente a redução da mortalidade decorrente da patologia¹⁰. No âmbito do SUS, a coleta do CP é realizada na atenção primária de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.473, de 24 de

junho de 2011 do Ministério da Saúde que institui o Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama¹³.

Para detecção precoce das lesões neoplásicas do CA do colo do útero é utilizado primeiramente o exame de rastreamento, ou seja, o citopatológico (CP), que avalia as células do colo do útero, identificando alterações primárias. Após detecção destas, a investigação segue com a realização do exame histopatológico que consiste na retirada de um pequeno fragmento do tecido, permitindo assim a análise das lesões. O diagnóstico do CA de colo do útero só ocorre após os exames cito e histopatológicos serem realizados evidenciando a lesão neoplásica⁵.

Em relação à idade das mulheres com exames alterados, observou-se maior frequência na faixa etária de 41 a 64 anos com 49,8%, sendo seguida por mulheres de 25 a 40 anos com 31,3 %, ao passo que as menores de 25 anos representam 13,2% e as mulheres acima de 64 anos 5,7%.

A redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida ocasionaram um crescente aumento na população idosa¹⁴. O predomínio dessa faixa etária trouxe crescimento na incidência de doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer, sendo esta uma doença que tem um aumento na sua ocorrência quando relacionada com o avanço da idade¹⁵.

O câncer é uma doença multifatorial caracterizada por um crescimento desordenado, rápido e invasivo de células com alteração em

seu material genético, no qual, após essas modificações do mecanismo celular, ocorre um processo de alastramento das células neoplásicas contribuindo assim para a formação do mesmo¹⁵. O desenvolvimento do câncer está ligado ao processo de envelhecimento das células, sendo assim o fator idade tem uma relação direta com a formação de neoplasias¹⁶.

Segundo Santos et al.¹⁷ há um aumento nas situações de agravo na saúde com doenças crônico-degenerativas, tais como o CA cervicouterino, com o crescimento da longevidade feminina.

De acordo com estudo realizado por Costa et al.¹⁸, em uma instituição referência na acolhida de idosos em Fortaleza, foi constatado que 21,7% das idosas, quando questionadas sobre a realização do exame de Papanicolaou, revelaram nunca terem realizado, demonstrando nenhum interesse decorrente de fatores como o medo, vergonha e por não terem mais atividade sexual. Destas, 63,9% não realizavam o exame com regularidade, ficando assim mais expostas ao desenvolvimento de lesões precursoras do CCU.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a faixa etária que deve ser preconizada para início da realização da coleta do CP é de 25 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual e ser interrompida aos 64 anos após dois exames consecutivos com resultados negativos para Câncer do Colo do Útero (CCU) nos últimos cinco anos⁵.

Muito se discute sobre o início da coleta do CP a partir da primeira atividade sexual, inclusive muitos municípios adotam esta conduta. Porém, universalmente para o controle do CA do colo do útero se acompanha a tendência de não incluir prioritariamente mulheres menores de 25 anos para realização da coleta do CP, porque rastrear mulheres abaixo de 25 anos não chega a causar impacto na redução da incidência, que é muito baixa nesta faixa etária, pois as lesões têm grandes possibilidades de regressão espontânea por serem geralmente de baixo grau⁶.

Já para Batista et al.¹⁹, o maior pico de incidência de CA do colo do útero está em mulheres com idade entre 40 e 60 anos, destacando-se uma pequena quantidade em mulheres com idade inferior a 30 anos.

Os resultados do exame CP descrevem as alterações nas células do colo uterino. São dois os tipos de células que recobrem o colo do útero: as células planas do epitélio escamoso ou estratificado estão localizadas na ectocérvice, e as células cilíndricas do epitélio colunar simples estão localizadas na endocérvice (epitélio glandular). O local onde esses dois tipos de células se encontram chama-se junção escamocolunar (JEC), local onde a maioria dos cânceres de colo de útero tem início⁵.

Para padronizar e facilitar a interpretação dos exames citopatológicos e histopatológicos do CA de colo do útero utilizam-se nomenclaturas específicas. Para os exames histopatológicos utiliza-se a nomenclatura de Richart que descreve as neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), que é a lesão precursora que, dependendo da sua gravidade, pode evoluir para câncer ou não, e é classificada em graus (I, II, III). Já para os exames citopatológicos (CP), a Classificação Citológica Brasileira deve ser utilizada e, nesta, as alterações são classificadas de acordo com o grau de invasão e o tipo de células com alteração⁴.

Ao avaliar as alterações do CP do colo do útero da 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014, observou-se maior frequência de ASC-US e/ou LSIL com 81,1%, e ASC-H com 9,3%. Já em pesquisa semelhante realizada por Carvalho et al.²⁰, em 106 pacientes as alterações que prevaleceram foi ASC-H (39,6%) e ASC-US/AGUS (30,0%).

As alterações de células escamosas, de acordo com a Classificação Citológica Brasileira podem ser duas, ASC-US e ASC-H. As ASC-US são alterações nas características normais das células escamosas, podem ser provocadas por inflamações, infecções ou atrofia vaginal durante a menopausa. Um achado benigno que, na maioria das vezes, desaparece sozinho em até dois anos. Já a ASC-H, apesar de menos frequente, tem maior associação com o desenvolvimento de lesões de alto grau, como o NIC II e III. Quando diagnosticada esta alteração, a paciente deverá ser acompanhada mais rigorosamente, pois o risco de desenvolvimento de lesão de alto grau é maior²¹.

As LSIL têm origem no epitélio escamoso e, geralmente, são relacionadas à infecção pelo HPV²².

O Papilomavírus Humano (HPV) é considerado o agente etiológico central envolvido na gênese dos tumores cervicais. O HPV também é encontrado em mais de 85% das neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau, consideradas precursoras do câncer do colo do útero. Para os casos de adenocarcinoma ou carcinoma adenoescamoso cervical, a prevalência do HPV é em torno de 90%. A associação de diversos fatores como manter relações com diversos parceiros, início precoce da vida sexual ligado diretamente à falta de uso de preservativos, consequentemente acabam levando as mulheres a contrair infecção por doenças sexualmente transmissíveis como o HPV²³.

Nas mulheres com menos de 30 anos, a maioria das infecções por HPV regride espontaneamente, entretanto, nas que têm maior idade, essa infecção pode se tornar persistente devido a sua disposição imunológica vir a reduzir com o passar dos anos²⁴.

No Brasil, no ano de 2009, considerando-se os resultados alterados do CP, a prevalência de ASC-US foi 46%, as LSIL com 31% de alterações, já ASC-H foi de 7%, as alterações de células atípicas de significado indeterminado glandulares e/ou de origem indefinida representaram 4,6% das alterações. As HSIL tiveram uma prevalência de 9,7%, ao passo que para o carcinoma escamoso e/ou adenocarcinoma e/ou outras neoplasias foram diagnosticados menos de 0,01% de alterações⁴.

Mesmo com os programas de estratégia que facilitam o acesso à prevenção, cerca de 50% dos casos da doença ainda são diagnosticados em estágios avançados, dificultando assim o tratamento e as possibilidades de cura²⁴.

O tratamento do CCU se torna mais eficaz quando diagnosticado na sua fase inicial, antes do aparecimento de qualquer sintoma clínico, este fato justifica a importância do rastreamento através do exame preventivo do Papanicolau, pois quando diagnosticadas precocemente as lesões iniciais do CCU, são altos os índices de cura podendo chegar a 100 %²⁵.

Ao realizar a associação entre as alterações do CP e a idade (tabela 3), observou-se que as alterações de alto grau e o carcinoma e/ou adenocarcinoma e outras neoplasias ocorreram com maior frequência

em mulheres com idade entre 25 e 64 anos (11,5% e 8% respectivamente). Nas mulheres menores de 25 anos evidenciou-se que as lesões ASC/US e de baixo grau prevaleceram (95,5%).

Para Batista et al.¹⁹, a maior prevalência de lesões cancerosas e pré-cancerosas encontra-se em mulheres jovens, com menos de 40 anos de idade. Em outro estudo, que avaliou a faixa etária das mulheres com lesões pré-malignas, o maior percentual de resultados alterados foi para a faixa etária de 20 a 29 anos.

Nos dados da pesquisa realizada por Soares et al.²⁶ em um município da região Sul do Brasil o pico de incidência do carcinoma in situ apresentou-se entre 25 e 40 anos e do carcinoma invasor entre 48 e 55 anos.

Conforme dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), quanto às faixas etárias analisadas, os resultados obtidos mostraram que de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor do colo do útero (todos os estágios) 121 casos foram diagnosticados em mulheres menores de 24 anos, número este correspondente a 1,03 % dos casos de alteração⁵.

Em pesquisa realizada por Carvalho et al.²⁰ o grupo que prevaleceu com maior número de alterações citológicas foi de 25-34 anos, equivalente a 41% das lesões, sendo a maioria destas do tipo ASC-H (17,9%) e ASC-US (13,2%). Já para LSIL e HSIL foram observados com maior incidência em pacientes de 35 a 44 anos.

Segundo informações do Inca⁴, em mulheres de até 30 anos a neoplasia do colo do útero é rara. Sua incidência aumenta progressivamente na faixa dos 45 aos 50 anos.

Conclusão

Os resultados do presente estudo apontaram que a maioria das alterações encontradas através do Programa de Informação do Câncer (SISCAN) na 8ª Regional de Saúde do Paraná, no ano de 2014, foi dentro da faixa etária de 41 a 64 anos, e em relação à alteração a que prevaleceu foi ASC-US.

Uma das limitações encontradas durante a realização do estudo foi a falta de informações

contidas no SISCAN, já que os únicos dados disponíveis em relação ao perfil da paciente eram a idade e a alteração citopatológica. Acredita-se que, por ser um programa instituído há pouco tempo, poderia conter mais informações referentes ao perfil das pacientes, facilitando assim o acesso aos dados relevantes para vigilância epidemiológica do câncer do colo uterino.

O presente estudo demonstra a importância da realização do exame de rastreamento, tendo em vista o grande número de alterações de baixo grau encontradas, o que denota que o diagnóstico precoce pode garantir sucesso no tratamento, reduzindo os casos de morbimortalidade ocasionados por esse câncer. Destaca-se, assim, a importância de maiores esforços educativos para orientar práticas sexuais seguras, melhor controle de abrangência e frequência de rastreamento, bem como o seguimento clínico das pacientes que apresentaram alguma alteração.

Por fim, ressalta-se a importância da atuação do profissional de Enfermagem nas ações direcionadas à saúde da mulher, contribuindo diretamente para o gerenciamento e execução das estratégias utilizadas para redução dos casos de CCU.

Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 98 p.
2. Freitas HG, Silva MA, Thuler LCS. Câncer do colo do útero no estado de Mato Grosso do Sul: detecção precoce, incidência e mortalidade. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58 (3): 399-408.
3. Borsatto AZ, Vidal MLB, Rocha RCNP. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. *Rev Bras Cancerol.* 2011; 57 (1): 67-74.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres de colo de útero e da mama. Brasília (DF); 2013.
6. Laganá MTC, Silva MMP, Lima LF, França TLB. Alterações citopatológicas, doenças sexualmente transmissíveis e periodicidade dos exames de rastreamento em Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59 (4): 523-530.
7. Melo SCCS, Prates L, Carvalho MDB, Marcon SS, Peloso SM. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30 (4): 602-608.
8. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (BR), Plano diretor de

regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde no estado do Paraná. Paraná; 2009.

9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Sistema de informação do câncer: manual preliminar de apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA; 2013. 143 p.

10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2014a.

11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014b. 124p.

12. Bortolon PC, Silva MAF, Corrêa FM, Dias MBK, Knupp VMAO, Assis M et al. Avaliação da qualidade dos laboratórios de citopatologia do colo do útero no Brasil. *Ver Argent Cancerol.* 2012; 58 (3): 435-444.

13. Ministério da Saúde (BR), Portaria ms/gm nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social e de especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de atenção à saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília (DF); 2011.

14. Rosas MSL, Silva BNM, Pinto RGMP, Silva BV, Silva RA, Guerra LR et al. Incidência do câncer no Brasil e o potencial uso dos derivados de isatinas na cancerologia experimental. *Revista Virtual de Química.* 2013; 5 (2): 243-265.

15. Paz RC, Fortes RC, Toscano BAF. Processo de envelhecimento e câncer: métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos oncológicos. *Rev Ciências Saúde.* 2011; 22 (2): 143-156.

16. Rocha LS, Beuter M, Neves ET, Leite MT, Brondani CM, Perlini NMOG. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(1): 29-37.

17. Santos MS, Nery IS, Luz MHBA, Brito CMS, Bezerra SMG. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64 (3): 465-471.

18. Costa CC, Freitas LV, Dias LMB, Lima TM, Damasceno AKC, Pinheiro AKB. Realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino: promovendo saúde em instituição asilar. *Rev Rene.* Fortaleza. 2012; 11 (3): 27-35.

19. Batista MLS, Cintra ACF, Santos JPC, Martins PD, Ribeiro AA, Tavares SBN et al. Resultados citopatológicos de mulheres que realizaram exame do colo do útero em um laboratório escola da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO: estudo de prevalência. *J. Health Sci Inst.* 2012; 30 (3): 201-5.

20. Carvalho YKP, Andrade FSF, Carvalho MAM, Pessoa GT, Ferraz MS, Pinto LSS. Citologia e histopatologia de pacientes assistidas em um centro de saúde da mulher. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* Umuarama. 2014; 18 (1): 3-7.

21. Lodi CTC, Lima MIM, Meira HRC, Souza OL, Lucena AAS, Guimarães MVMB et al. Células escamosas atípicas cervicais: conduta clínica. *Rev Femina.* 2012; 40 (1): 37-42.

22. Neto LMQG. Câncer de colo uterino: desenvolvimento, prevenção, tratamento e diagnóstico. [Monografia]. Recife: Faculdade Boa Viagem e Centro de Capacitação Educacional; 2013.

23. Lodi CTC, Lima MIM, Araujo ACL, Teixeira NCP, Lucena AAS,

Guimarães MVMB et al. Conduta nas neoplasias intraepiteliais cervicais em mulheres infectadas pelo vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev Femina*. 2011; 39 (3): 159.

24. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58 (3): 351-357.

25. Rodrigues BC, Carneiro ACO, Silva TL, Solá ACN, Manzi NM, Schechtman NP et al. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36 (1): 149-54.

26. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010; 14 (1): 90-6.

DATA DE SUBMISSÃO: 23/08/2016

DATA DE ACEITE: 07/10/2016