

**FATORES DE RISCO IMPLICADOS COM O
ATRASSO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER
DO COLO DO ÚTERO**

ANDREZZA VIVIANY LOURENÇO

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Mestre em
Ciências**

Área de concentração: Oncologia

**Orientador: Dr. José Humberto Tavares Guerreiro
Fregnani**

São Paulo

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Lourenço, Andrezza Viviany

Fatores de risco implicados com o atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero / Andrezza Viviany Lourenço – São Paulo, 2010.
78p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Descritores: 1. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. 2. ATRASO DE DIAGNÓSTICO. 3. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO. 4. FATORES DE RISCO. 5. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA. 6. TESTE DE PAPANICOLAOU. 7. INFECÇÕES POR PAPILOMAVÍRUS.

DEDICATÓRIA

A minha querida mãe Josiane por todo seu amor, carinho, amizade e apoio incondicionais de sempre.

Ao meu pai Carlos Eduardo que além de todo amor e carinho, encaminhou-me profissionalmente à oncologia, área mais gratificante em que eu poderia atuar.

Aos meus queridos irmãos Alan, Thais, André e Ricardo pela amizade, incentivo e carinho em todos os momentos.

Aos médicos oncologistas do Instituto Sul Paranaense de Oncologia (Ponta Grossa – PR) – Dr. Carlos Eduardo Marques, Dr. Fábio Postiglione Mansani, Dr. José Köehler e Dr. Rubens Adão da Silva – pelo apoio financeiro e pela compreensão durante minha ausência parcial nestes dois anos.

À farmacêutica Morgana Köppen – colega de profissão e amiga – que, durante meu afastamento, desempenhou todas as atividades da farmácia do ISPON com muita dedicação e competência.

À fisioterapeuta Larissa Louise Campanholi Marques (doutoranda da FAP), minha cunhada e amiga, por me incentivar a ingressar no mestrado nesta instituição.

Às pacientes que participaram do estudo e muito contribuíram para sua realização.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani, pela confiança, motivação e, sobretudo pelos valiosos ensinamentos que contribuíram imensamente com o desenvolvimento deste estudo.

Aos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia da Fundação Antônio Prudente – Hospital A. C. Camargo, aos residentes da época e, principalmente ao Dr. Glauco Baiocchi Neto pelo encaminhamento das pacientes ao estudo.

Aos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, pelas orientações sobre o recrutamento das pacientes e pelo encaminhamento das mesmas.

Às enfermeiras Cristiane Menezes Sirna Fregnani e Priscila Secles de Souza e Silva pelo auxílio no recrutamento e entrevistas realizadas na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos.

Aos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico da Fundação Antônio Prudente – Hospital A. C. Camargo e da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos por atenderem prontamente aos pedidos de consultas aos prontuários.

Ao Dr. Luiz Carlos Zeferino, membro da banca de qualificação, pelas sugestões e contribuição para o melhoramento do estudo.

Ao Departamento de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente – Hospital A. C. Camargo (Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, Luciana Costa Pitombeira Castelano e Vanuza Barros Rodrigues) pela atenção e agilidade nas informações e esclarecimentos solicitados.

À equipe da Biblioteca da Fundação Antônio Prudente – Hospital A. C. Camargo, pelo auxílio na normatização da dissertação, especialmente à Suely Francisco e Priscilla Melo Gomes Vieira por terem sido sempre tão solícitas.

RESUMO

Lourenço AV. **Fatores de risco implicados com o atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero**. São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

OBJETIVOS: 1) Identificar os fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero; 2) Comparar o conhecimento acerca do exame de Papanicolaou e o papilomavírus humano (HPV), entre as mulheres com lesões precursoras e com lesões invasoras no colo do útero; 3) Verificar os fatores que dificultam a realização do exame de Papanicolaou; 4) Elaborar um escore para prever a probabilidade de diagnóstico tardio de lesão no colo do útero. **CASUÍSTICA E MÉTODO:** Foram avaliadas 178 mulheres de duas instituições para tratamento do câncer entre fevereiro de 2009 a janeiro de 2010. As mulheres recrutadas (104 com lesão invasora e 74 com lesão precursora) responderam um extenso questionário sobre dados sociodemográficos e econômicos, hábitos e estilo de vida, dados clínicos, acesso e acompanhamento médico, exame de Papanicolaou (conhecimento e barreiras) e conhecimento sobre o HPV. As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste de associação de qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher e as numéricas pelo testes t de Student ou Mann-Whitney. Utilizou-se análise multivariada por modelo hierárquico em níveis distal (I), intermediário (II) e proximal (III). **RESULTADOS:** Mulheres com lesão precursora no colo do útero apresentaram maior conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV em comparação àquelas com lesão invasora. As barreiras para a não realização do exame de Papanicolaou foram apontadas em maior proporção no grupo de mulheres com lesão invasora. Na análise multivariada o único fator de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero no nível I foi a idade: 35 – 44 anos (OR=5,0; IC95%:1,03-24,7); 45 anos ou mais (OR=13; IC95%: 2,8-61,2). Os fatores de risco obtidos no nível II foram: não saber a diferença entre o exame de Papanicolaou e o exame ginecológico (OR=2,4; IC95%: 1,2-4,7) e não achar importante o exame de Papanicolaou (OR=3,7; IC95%:1,1-2,2). O antecedente de tratamento prévio para doença sexualmente

transmissível foi identificado como fator protetor (OR=0,3; IC95%:0,1-0,9). No nível III foram identificados como fatores de risco: antecedente de laqueadura (OR=2,5; IC95%:1,05-5,8) e “não apresentar qualquer sintoma” como motivo para não se realizar o exame de Papanicolaou (OR=3,4; IC95%:1,6-7,2). Os grupos de risco definidos pelo escore para o diagnóstico tardio da lesão no colo do útero foram: baixo risco (nenhum fator acumulado), risco intermediário (1 ou 2 fatores acumulados), alto risco (3 ou 4 fatores acumulados), muito alto risco (5 ou 6 fatores acumulados). As respectivas taxas de diagnóstico de lesão invasora no colo do útero foram 0%, 21,4%, 48,7% e 95,5%. **CONCLUSÕES:** Os fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero foram: idade igual ou superior a 35 anos, não achar importante o exame de Papanicolaou, não saber a diferença entre o exame ginecológico e o exame de Papanicolaou, histórico de laqueadura e ausência de sintomas. O antecedente de tratamento para doença sexualmente transmissível constituiu um fator protetor. Mulheres com lesão precursora no colo do útero apresentaram maior conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV e apontaram menor número de barreiras à realização do exame citológico em comparação àquelas com lesão invasora. O escore permitiu definir quatro grupos de risco para o diagnóstico tardio de lesão do colo do útero.

SUMMARY

Lourenço AV. [Risk factors for delayed diagnosis of cervical cancer]. São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

AIMS: 1) To identify risk factors for delayed diagnosis of lesions in the uterine cervix; 2) To compare the knowledge about the Pap smear and human papillomavirus (HPV) among women with precursor lesions and invasive lesions in the uterine cervix; 3) To assess factors that hinder the achievement of the Pap smear; 4) To develop a score to predict the likelihood for delayed diagnosis of lesions in the uterine cervix. **PATIENTS AND METHODS:** A total of 178 women from two cancer treatment institutions were evaluated from February 2009 to January 2010. Women recruited (104 with invasive lesion and 74 with precursor lesion) answered an extensive questionnaire about economic and demographic data, habits and lifestyle, clinical data, access to the health system and medical care, the Pap test (knowledge and barriers) and knowledge about HPV. Categorical variables were compared by means of chi-square test or Fisher's exact test and numerical by Student t test or Mann-Whitney test. Multivariate analysis was performed using hierarchical levels in distal (I), intermediate (II) and proximal (III). **RESULTS:** Women with precursor lesion in the cervix had better knowledge about Pap smear and HPV as compared to those with invasive lesion. The barriers to non-completion of the Pap smear were found in greater proportion in the group of women with invasive lesion. In multivariate analysis the only risk factor for delayed diagnosis of lesions in the uterine cervix at the level I was the age: 35-44 years (OR = 5.0; 95% CI: 1.03-24.7); 45 years or older (OR = 13; 95% CI: 2.8 to 61.2). The risk factors obtained at level II were: to unaware of the difference between the Pap smear and gynecological examination (OR = 2.4, 95% CI: 1.2 to 4.7) and do not consider important Pap smear (OR = 3.7, 95% CI: 1.1-2.2). The history of previous treatment for sexually transmitted disease was identified as a protective factor (OR = 0.3, 95% CI: 0.1-0.9). At level III the following risk factors were identified: a history of tubal ligation (OR = 2.5, 95%: 1.05-5.8) and "have no symptoms" as a reason not to perform the Pap

smear (OR = 3,4, 95% CI: 1.6-7.2). The risk groups defined by the score for the delayed diagnosis of the lesion in the uterine cervix were low risk (no accumulated factors), intermediate risk (one or two accumulated factors), high risk (3 or 4 accumulated factors), and very high risk (5 or 6 accumulated factors). The respective rates of diagnosis of invasive lesion in the uterine cervix were 0%, 21.4%, 48.7% and 95.5%. **CONCLUSIONS:** Risk factors for delayed diagnosis of lesions in the uterine cervix were age equal or older than 35 years, do not consider important Pap test, to unaware of the difference between the gynecological examination and Pap smear, history of tubal ligation and absence of symptoms. The history of treatment for sexually transmitted disease was a protective factor. Women with a precursor lesion in the uterine cervix had better knowledge about HPV and Pap smear and had fewer barriers to the cytological test in comparison to those with invasive lesion. The score allowed the definition of four risk groups for delayed diagnosis of lesions in the uterine cervix.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	História natural do câncer do colo do útero.....	8
Figura 2	Representação esquemática dos níveis hierárquicos propostos para a análise multivariada.....	22
Figura 3	Porcentagem de mulheres de acordo com o grupo de risco definido pelo escore para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	50

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Sistemas de rastreamento do câncer do colo do útero adotados em diversos países.....	12
Quadro 2	Variáveis acordo com o nível hierárquico proposto neste estudo.....	23
Quadro 3	Variáveis consideradas para a análise multivariada de acordo com os níveis hierárquicos (variáveis com valor de P até 0,20 na análise univariada).....	45
Tabela 1	Descrição da casuística – Número e porcentagem de casos de acordo com a instituição em que as mulheres foram recrutadas no estudo e as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e o tipo de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	26
Tabela 2	Descrição da casuística – Estatística descritiva da idade e de variáveis relacionadas ao histórico reprodutivo e sexual de acordo com a instituição em que as mulheres foram recrutadas no estudo (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	27
Tabela 3	Análise univariada do nível I (distal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis sociodemográficas (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	29
Tabela 4	Análise univariada do nível I (distal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis socioeconômicas (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	30
Tabela 5	Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos hábitos e costumes (Hospital A. C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	32

Tabela 6	Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos antecedentes pessoais mórbidos (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	33
Tabela 7	Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos antecedentes oncológicos pessoais e/ou familiares (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	34
Tabela 8	Análise univariada do nível II (intermediário) – Valores médios de variáveis relacionadas à história reprodutiva em mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	35
Tabela 9	Análise univariada do nível II (intermediário) – Valores médios de variáveis relacionadas à orientação sexual em mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	36
Tabela 10	Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com as variáveis relacionadas com o conhecimento sobre a citologia cervical (exame de Papanicolaou) e o papilomavírus humano (HPV) (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	37
Tabela 11	Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas ao acesso ao sistema de saúde (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	39
Tabela 12	Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com os motivos apontados para a não realização do exame de citologia cervical (Papanicolaou) (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	41

Tabela 13	Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos cuidados à própria saúde (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	43
Tabela 14	Fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero de acordo com análise multivariada por modelo hierárquico (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	46
Tabela 15	Fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero de acordo com análise multivariada por modelo hierárquico ajustado compulsoriamente pela instituição de recrutamento das mulheres (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	47
Tabela 16	Número e porcentagem de mulheres de acordo com o número de fatores de risco acumulados no escore e o tipo de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	49
Tabela 17	Número e porcentagem de mulheres de acordo com os grupos de risco definidos pelo escore para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AGC	células glandulares atípicas (atypical glandular cells)
AIDS	síndrome da imunodeficiência adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ASC-H	células escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (atypical squamous cells cannot exclude a high-grade squamous intraepithelial lesion)
ASC-microinvasão	células escamosas atípicas-microinvasão (atypical squamous cells-microinvasion)
ASC-US	células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas (atypical squamous cells of undetermined significance)
DNA	Ácido desoxirribonucleico (Deoxyribonucleic acid)
DST	doença sexualmente transmissível
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
HPV	Papilomavírus Humano (Human Papillomavirus)
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (International Agency for Research on Cancer)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
Kg	quilograma
LIEAG	lesão intraepitelial de alto grau
LIEBG	lesão intraepitelial de baixo grau
M	metro
NCI	National Cancer Institute
NIC	neoplasia intraepitelial cervical

OPAS	Organização Panamericana de Saúde (Organización Panamericana de la Salud)
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Epidemiologia do câncer.....	1
1.1.1	Epidemiologia do câncer do colo do útero no mundo	1
1.1.2	Epidemiologia do câncer do colo do útero no Brasil.....	3
1.2	Fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.....	3
1.3	História natural da infecção genital pelo vírus HPV.....	4
1.3.1	Transmissão do vírus HPV e suas fases de infecção	5
1.4	História natural do câncer do colo do útero	7
1.5	Prevenção primária do câncer do colo do útero	9
1.6	Prevenção secundária do câncer do colo do útero	10
1.6.1	Formas de rastreamento do câncer do colo do útero.....	10
1.7	Barreiras para detecção precoce do câncer do colo do útero	14
1.8	Justificativa do estudo.....	16
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.1	Delineamento do estudo.....	18
3.2	População do estudo.....	18
3.3	Metodologia	19
3.4	Análise estatística.....	20
3.5	Questões éticas.....	24
4	RESULTADOS	25
4.1	Descrição da casuística	25
4.2	Análise univariada para os fatores de risco associados ao atraso no diagnóstico de lesão no colo do útero	28

4.2.1	Variáveis sociodemográficas e socioeconômicas	28
4.2.2	Hábitos e costumes	31
4.2.3	Antecedentes pessoais e familiares	32
4.2.4	História reprodutiva	34
4.2.5	Orientação sexual	35
4.2.6	Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV	36
4.2.7	Acesso ao sistema de saúde	38
4.2.8	Motivos apontados para a não realização do exame de Papanicolaou.....	40
4.2.9	Cuidados com a própria saúde	42
4.3	Análise multivariada para os fatores de risco associado ao atraso no diagnóstico de lesão no colo do útero	44
4.4	Escore preditivo para atraso no diagnóstico de lesão no colo do útero	48
5	DISCUSSÃO.....	51
6	CONCLUSÕES	66
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ANEXOS

Anexo 1 Formulário de coleta de dados

Anexo 2 Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 3 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Fundação Antônio Prudente (Hospital A.C. Camargo)

Anexo 4 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Fundação Pio XII (Hospital de Câncer de Barretos)

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo (World Health Organization - WHO 2008). No Brasil o câncer é a segunda causa de morte sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde 2006b).

Dados mundiais apontam que em 2004 ocorreram 7,4 milhões de mortes causadas pelo câncer, correspondendo a 13% do total de óbitos e mais de 70% dos óbitos causados pelo câncer ocorreu em países de média e baixa renda (WHO 2008). Os cânceres de pulmão, estômago, fígado, cólon e mama são as neoplasias que apresentam maiores coeficientes de mortalidade por ano (WHO 2008).

Estima-se para 2030 aproximadamente 12 milhões de mortes por câncer em todo o mundo (WHO 2008). Para 2010 e 2011 são estimados 489.270 novos casos de câncer no Brasil e os tipos mais incidentes, excetuando-se o câncer de pele não-melanoma, serão os cânceres de próstata e pulmão no homem e de mama e colo do útero na mulher (Ministério da Saúde 2009).

1.1.1 Epidemiologia do câncer do colo do útero no mundo

O câncer de colo uterino corresponde a 15% dos cânceres que ocorrem no sexo feminino, é o segundo mais comum no mundo chegando a ocupar o primeiro lugar em alguns países em desenvolvimento (International Agency for Research on Cancer - IARC 2005). A WHO (2008) afirma que os coeficientes de mortalidade por

câncer poderiam ser reduzidos em aproximadamente 30% através da redução dos fatores de risco. Em se tratando do câncer do colo do útero, estima-se redução acima de 80% da mortalidade em mulheres de 25 a 65 anos através da realização do exame de Papanicolaou e tratamento das lesões em estádios iniciais ou em fases precursoras (Ministério da Saúde 2004; Ministério da Saúde 2009), pois as formas invasoras sofrem transformações lentas e assintomáticas (SAWAYA et al. 2001; Ministério da Saúde 2006a; WHO 2006).

O câncer do colo do útero apresenta cerca de 500 mil novos casos por ano em todo o mundo e aproximadamente 230 mil óbitos anuais (IARC 2005). Países desenvolvidos como os europeus (norte e oeste), norte-americanos e Austrália apresentam incidência duas vezes menor se comparada a países em desenvolvimento tais como países da América Latina, do Caribe, regiões africanas e asiáticas nos quais ocorrem cerca de 80% de todos os casos novos de câncer cervical no mundo (PARKIN et al. 2001; Organización Panamericana de la Salud – OPAS 2004).

O câncer do colo uterino incide a partir de 20-29 anos e o risco aumenta até atingir a faixa etária dos 45-49 anos de idade (GUSTAFSSON et al. 1997; Ministério da Saúde 2009). A probabilidade de sobrevida em cinco anos para os casos de câncer do colo do útero em países desenvolvidos varia em torno de 59 a 69%, já em países em desenvolvimento a sobrevida é de 49%, pois os casos apresentam-se em fase avançada da doença, limitando as chances de cura (PARKIN et al. 2001).

Segundo o *National Cancer Institute* (NCI 2006) até 1940 o câncer do colo do útero foi a principal causa de morte entre as mulheres nos Estados Unidos. A partir de 1950 a mortalidade por essa neoplasia reduziu drasticamente com a introdução do exame de Papanicolaou, o qual detecta células neoplásicas ou suas

precursoras por meio de esfoliação celular. Os baixos coeficientes de mortalidade por câncer do colo do útero em países desenvolvidos devem-se às ações realizadas em educação em saúde, programas de conscientização, cobertura e qualidade nos serviços de rastreamento (PARKIN et al. 2001; OPAS 2004).

1.1.2 Epidemiologia do câncer do colo do útero no Brasil

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimam para 2010, 18.430 novos casos de câncer do colo do útero (Ministério da Saúde 2009). Apesar do fácil diagnóstico com métodos simples, de baixo custo e tratamento acessível, no Brasil cerca de 50% dos casos são diagnosticados em estádios avançados da doença (Ministério da Saúde 2004).

Entre 1979 e 1999, registrou-se queda na mortalidade por câncer do colo do útero no país de apenas 0,61% (Ministério da Saúde 2006a). O câncer do colo do útero ocupa a primeira posição em incidência na região norte, segunda posição nas regiões nordeste e centro-oeste e terceira nas regiões sul e sudeste do país (Ministério da Saúde 2009).

1.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Dentre os fatores de risco associados ao câncer do colo do útero, conforme demonstram WALBOOMERS et al. (1999), a infecção pelo Papilomavírus Humano (Human Papillomavirus – HPV) é o principal fator sendo responsável por 99,7% dos casos diagnosticados, sendo a transmissão por via sexual (KJAER et al. 2001;

BASEMAN e KOUTSKY 2005; SCHEURER et al. 2005; TROTTIER e FRANCO 2006; STEBEN e DUARTE-FRANCO 2007).

Tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão, início precoce de atividade sexual, múltiplos parceiros, multiparidade e uso prolongado de contraceptivos orais são considerados cofatores no desenvolvimento do câncer cervical (COX 1995; BASEMAN e KOUTSKY 2005; IARC 2005; SCHEURER et al. 2005)

1.3 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO GENITAL PELO VÍRUS HPV

O HPV é um vírus de DNA pertencente à família *Papillomaviridae* que possui atualmente mais de 120 tipos isolados, dentre os quais mais de 40 subtipos são responsáveis por infecções na região anogenital (TROTTIER e FRANCO 2006; IARC 2007). O HPV divide-se em três grupos de acordo com seu potencial oncogênico: os de baixo risco, os de alto risco ou carcinogênicos e os provavelmente carcinogênicos (dados limitados associados ao câncer cervical). O grupo considerado de baixo risco está associado às verrugas ano-genitais (condilomas) e os principais subtipos são HPV 6 e 11. O grupo de alto risco está relacionado ao câncer cervical e às lesões precursoras, em que os subtipos HPV 16 e 18 estão presentes em aproximadamente 70% dos casos (CLIFFORD et al. 2003; BASEMAN e KOUTSKY 2005; SCHEURER et al. 2005; COX 2006; STEBEN e DUARTE-FRANCO 2007). Mulheres com infecção persistente por HPV 16 e 18 apresentam maior risco de desenvolver câncer no colo do útero, embora isoladamente, esta não

seja condição suficiente para o desenvolvimento de lesões malignas (HOORY et al. 2008).

1.3.1 Transmissão do vírus HPV e suas fases de infecção

A transmissão do HPV faz-se pelo contato sexual e também por transmissão materno fetal (gestacional, intra e periparto). Embora mais raramente, admite-se que o vírus possa ser transmitido por fômites (toalhas, vasos sanitários, roupas, etc) e também por instrumentos ginecológicos. Desta forma, mulheres sem atividade sexual e crianças também podem desenvolver a infecção (CARVALHO e OYAKAWA 2000; Ministério da Saúde 2006d).

A maioria das infecções pelo HPV são assintomáticas. Podem apresentar-se na forma de lesões exofíticas (condilomas acuminados) ou ainda na forma subclínica, visível apenas com a ajuda de lentes e após a aplicação de ácido acético. Quando completamente assintomática, o vírus pode ser detectado por meio de técnicas biomoleculares (Ministério da Saúde 2006d).

Descrevem-se três fases no processo de infecção pelo HPV: a inoculação, o período de incubação e fase de resposta imune (CARVALHO e OYAKAWA 2000).

Na fase de inoculação, o vírus penetra no epitélio através de pequenos traumatismos. Após atravessar a membrana das células da camada basal do epitélio, o genoma do vírus é transportado para o núcleo, onde sofre o processo de tradução e transcrição. As proteínas codificadas, além de modificarem a função da célula, também controlam a expressão dos genes virais. Sabe-se que a transmissão do HPV através do contato com o condiloma depende do estado imunitário, da carga viral e

do tempo de exposição. No entanto, a infectividade das lesões intraepiteliais microscópicas produzidas pelo HPV é incerta (CARVALHO e OYAKAWA 2000).

O período de incubação, fase em que ainda não há manifestações clínicas ou subclínicas da infecção, varia de 2 semanas até 8 meses para o condiloma acuminado. Para as lesões intraepiteliais (manifestação subclínica), desconhece-se o período de incubação. Porém, a infecção pelo HPV pode permanecer quiescente por muitos anos antes de se manifestar, até mesmo décadas (CARVALHO e OYAKAWA 2000). A recidiva das lesões pelo HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de reservatórios quiescentes do vírus do que à reinfecção pelo parceiro (Ministério da Saúde 2006d).

A fase de resposta inicia-se em período variável, em geral após o surgimento das primeiras lesões. Entretanto, as infecções genitais pelo HPV não promovem resposta imune vigorosa porque o vírus não tem efeito citolítico e não induzem reação inflamatória local (WHO 2007a). A resposta imune é desempenhada principalmente pela imunidade celular e, em menor grau, pela imunidade humoral (CARVALHO e OYAKAWA 2000). Somente metade das mulheres produz anticorpos após a infecção natural. A intensidade de proteção e duração da resposta imune após a infecção natural não são bem conhecidas e admite-se que a reinfecção por um mesmo tipo de HPV possa ocorrer (WHO 2007a).

Muitas infecções pelo HPV são assintomáticas e em metade dos casos os vírus são eliminados em até 8 meses pelo sistema imune. No prazo de 24 meses 90% das mulheres estão livres da infecção pelo HPV. Todavia, infecções persistentes além de 12 meses estão associadas ao aumento do risco de câncer do trato genital (WHO 2007a).

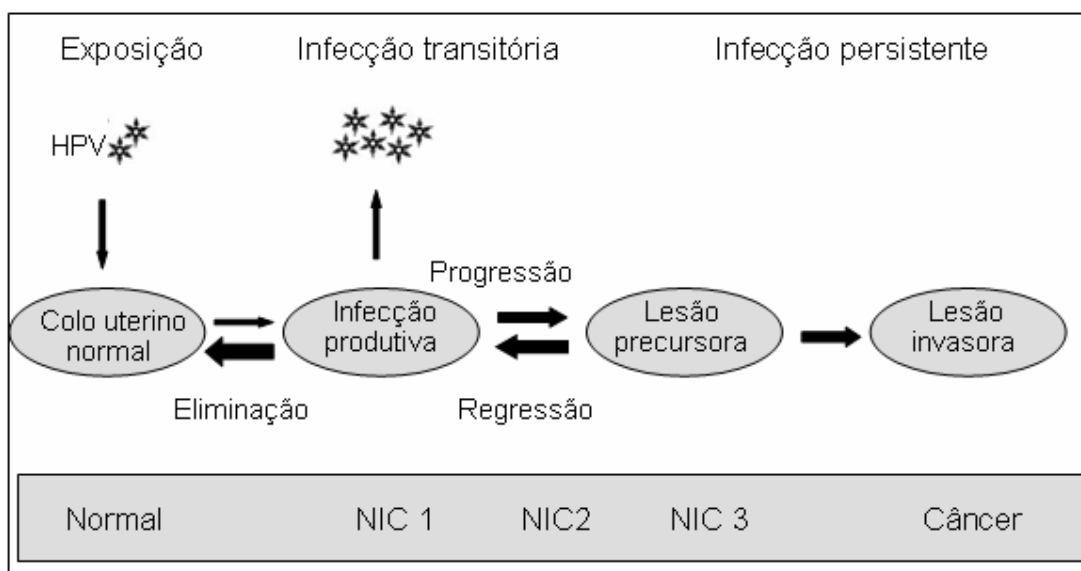
1.4 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Desde a classificação de George Papanicolaou, que expressava apenas se as células eram normais ou não, a nomenclatura designada para alterações celulares no colo do útero sofreu modificações. Foram introduzidos termos para indicar alterações histológicas existentes no exame. Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) é a denominação dada às alterações histológicas cervicais sendo subdividida em graus 1, 2 e 3 (Ministério da Saúde 2006c; LONGATTO FILHO e SYRJÄNEN 2008).

A classificação citológica denomina-se sistema de Bethesda e serviu de base para a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, oficializada no Brasil em 2002 e utilizada desde então. No sistema de Bethesda, a lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG) corresponde ao NIC 1 e lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) corresponde aos NIC 2 e 3 (Ministério da Saúde 2006c).

As alterações celulares induzidas pelo HPV iniciam-se nas camadas mais profundas do epitélio do colo do útero, condição esta classificada como neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1) ou lesão intraepitelial de baixo grau. Mais da metade destas lesões regride espontaneamente em alguns meses, mas a persistência da infecção pelo HPV pode estender a proporção de células acometidas no epitélio, o que determina o aparecimento das lesões intraepiteliais de alto grau (LIEAG). Estas correspondem às neoplasias intraepiteliais graus 2 e 3 (respectivamente NIC 2 e 3). Na NIC 2 os dois terços profundos do epitélio estão constituídos por células atípicas. Quando toda a espessura do epitélio está alterada, classifica-se esta condição como NIC 3 ou carcinoma in situ (CREASMAN 2007; WHO 2006).

As lesões intraepiteliais de baixo grau regridem espontaneamente em 60% das vezes e apenas 10% delas progridem para lesão de alto grau. Até mesmo os carcinomas in situ do colo (NIC 3) podem sofrer regressão espontânea até a normalidade em um terço das mulheres (CREASMAN 2007). Estima-se que haja um período de 10 a 20 anos de história natural desde a infecção pelo HPV até o aparecimento do câncer invasivo do colo do útero (Figura 1), o que torna esta doença passível de prevenção através de um sistema de rastreamento bem estruturado (screening) (WHO 2006).



NIC: Neoplasia intraepitelial cervical.

Fonte: Adaptado do IARC (2005).

Figura 1 – História natural do câncer do colo do útero.

O carcinoma invasivo do colo do útero ocorre quando as células neoplásicas do epitélio conseguem romper a lâmina basal e chegam ao estroma cervical. Os mecanismos envolvidos nesta progressão não são bem conhecidos. Nesta fase, a doença cresce e, ao extrapolar os limites do colo do útero, invade estruturas adjacentes como vagina, ligamentos cervicais laterais (paramétrios), ureteres, bexiga

urinária e reto. A infiltração dos capilares linfáticos e sanguíneos permite a disseminação das células neoplásicas para os linfonodos regionais e para órgãos distantes como pulmão, fígado, ossos e cérebro (WHO 2006; MONK e TEWARI 2007). A sobrevida está diretamente relacionada com a extensão da doença, sendo tanto menor quanto maior o estadiamento. As probabilidades de sobrevida em cinco anos segundo o estadiamento do câncer do colo do útero são aproximadamente: 100% (estádio 0 ou carcinoma in situ), 95% (estádio IA), 90% (estádio IB1), 75% (estádio IB2 e IIA), 65% (estádio IIB), 40% (IIIA e IIIB), 20% (IVA) e 0% (IVB – metástase à distância) (COELHO e FREGNANI 2007).

1.5 PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A prevenção primária para redução do risco de desenvolvimento do câncer do colo uterino baseia-se na orientação sexual, redução do número de parceiros sexuais e utilização de métodos de barreira nas relações sexuais a fim de se evitar a infecção pelo vírus HPV (PARKIN et al. 2001; WHO 2006; Ministério da Saúde 2009).

O grande avanço na prevenção primária do câncer do colo do útero foi o desenvolvimento da vacina contra o HPV. Hoje há duas versões, a quadrivalente (imunização contra os tipos 6, 11, 16 e 18) e a bivalente (imunização contra os tipos 16 e 18). Todavia este avanço não significa a eliminação absoluta do risco de desenvolvimento do câncer do colo uterino (WRIGHT et al. 2006; MONSONEGO 2008). A vacina contra os vírus HPV 16 e 18, associados ao câncer do colo útero, apresenta alta eficácia, no entanto, é restrita a mulheres jovens e os custos são elevados, o que inviabiliza a política da vacinação na saúde pública atual. Além

disso, a vacinação não substitui os programas de rastreamento do câncer cervical, pois a vacina não protege contra todos os tipos de HPV (BASEMAN e KOUTSKY 2005; WRIGHT et al. 2006; MENZO et al. 2007; MONSONEGO 2008).

1.6 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A prevenção secundária ou detecção precoce é recomendada através da prática regular da citologia cervical (exame de Papanicolaou) para a identificação de lesões com risco potencial para o câncer do colo do útero (SCHEURER et al. 2005; WHO 2006; Ministério da Saúde 2009).

O exame de Papanicolaou é a técnica utilizada para avaliação da citologia cervical em que alterações podem estar relacionadas ao câncer do colo do útero e às suas lesões precursoras. George Nicholas Papanicolaou e Herbert Traut introduziram esta técnica através da publicação detalhada do método no ano de 1943 sendo a primeira escolha utilizada no rastreamento do câncer do colo uterino até os dias atuais (LONGATTO FILHO e SYRJÄNEN 2008). No entanto, mesmo a citologia cervical sendo método de rastreamento de baixo custo, seguro e efetivo, no Brasil o câncer do colo uterino continua apresentando altas taxas de incidência e mortalidade (ALBUQUERQUE et al. 2009; MONTEIRO et al. 2009).

1.6.1 Formas de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

Há duas formas de rastreamento do câncer do colo do útero, um organizado e outro oportunístico. O rastreamento organizado é delineado para alcançar o maior

número possível de mulheres que estão sob risco para a doença, sendo planejado para a esfera regional ou nacional. Um sistema organizado de rastreamento deve especificar a população alvo, o intervalo para o rastreamento, a meta para a cobertura de rastreamento, o tipo de exame ou teste, as estratégias para assegurar que um resultado alterado ou suspeito seja informado à paciente, os mecanismos para encaminhar as mulheres para diagnóstico e tratamento, as recomendações para o tratamento e os indicadores para a monitoração e avaliação do programa de rastreamento (WHO 2006). Quando o rastreamento é organizado há um sistema de informática de convite e re-convite das mulheres para a realização do exame de citologia cervical ou de exames complementares, o controle é realizado periodicamente, com ampla cobertura e com critérios rígidos de qualidade (LORENZATO 2007). No sistema oportunístico o rastreamento ocorre quando a mulher procura um serviço médico por qualquer razão e o exame é realizado por recomendação de terceiros (por exemplo, orientação médica) ou por vontade própria. Não há um sistema de convite e re-convite a estas mulheres (LORENZATO 2007; WHO 2007a). Acredita-se que um sistema organizado de rastreamento é tenha melhor custo-efetividade que o sistema oportunístico, por despende melhor os recursos financeiros e garantir que um número maior de mulheres será beneficiado. Entretanto, ambos os sistemas de rastreamento podem falhar em virtude de má qualidade, baixa cobertura de rastreamento na população de risco, realização de rastreamento em população de baixo risco e grande perda no seguimento das mulheres (WHO 2006).

No Brasil, o sistema de rastreamento é do tipo oportunístico. O Quadro 1 mostra as características do sistema de rastreamento do câncer do colo do útero em diversos países.

Quadro 1 – Sistemas de rastreamento do câncer do colo do útero adotados em diversos países.

País	Idade alvo (anos)	Sistema de rastreamento	Periodicidade (anos)
Alemanha	20 – 49	Organizado	5
Austrália	20 – 69	Organizado	2
Bélgica	25 – 64	Organizado	2
Brasil	25 – 60	Oportunístico	3 ⁽¹⁾
Canadá	18 – 69	Oportunístico	3
Dinamarca	23 – 59	Organizado	3
Estados Unidos	18 – 69	Oportunístico	1
Finlândia	30 – 60	Organizado	5
França	20 – 69	Oportunístico	2
Grécia	25 – 64	Oportunístico	2 ou 3 ⁽²⁾
Holanda	30 – 60	Organizado	5
Hungria	25 – 65	Organizado	3
Inglaterra	25 – 64	Organizado	3 ou 5
Irlanda	25 – 60	Organizado	5
Islândia	20 – 69	Organizado	2
Itália	25 – 69	Oportunístico	3
Japão	20 – 69	Oportunístico	1
México	25 – 64	Organizado	3
Noruega	25 – 67	Organizado	3
Nova Zelândia	20 – 69	Organizado	3
Suécia	23 – 60	Organizado	3 ou 5

Fonte: Adaptado de LORENZATO (2007).

(1) Após dois exames de citologia cervical normais com intervalo de 1 ano.

(2) Dos 23 aos 49 anos, a cada 3 anos. Dos 50 aos 60 anos, a cada 5 anos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um programa de rastreamento do câncer do colo do útero só terá êxito se houver: 1) Cobertura de pelo menos 80% da população alvo; 2) Sistema adequado para o seguimento e conduta para as mulheres que tiveram o exame de citologia cervical alterado; 3) Integração entre os elementos do programa, desde o rastreamento até o diagnóstico e tratamento; 4) Boa qualidade de cobertura de rastreamento e execução do teste, diagnóstico, tratamento e seguimento; 5) Suporte financeiro adequado.

Ainda em relação aos sistemas de rastreamento do câncer do colo do útero, a Organização Mundial da Saúde faz as seguintes recomendações (WHO 2007b):

- O rastreamento deve ser iniciado em mulheres a partir dos 30 anos. Mulheres mais novas podem ser incluídas no programa desde que pertençam a grupos de risco. Não se deve incluir no programa mulheres com menos de 25 anos de idade;
- Se a mulher só puder ser rastreada uma única vez na vida, o melhor período é entre 35 e 45 anos;
- Para mulheres com mais de 50 anos, o rastreamento a cada 5 anos é apropriado;
- Mulheres entre 25 e 49 anos podem ser rastreadas a cada 3 anos;
- O rastreamento anual não é recomendado em qualquer idade;
- O rastreamento não é necessário para mulheres com mais de 65 anos, desde que os últimos dois exames de rastreamento tenham sido normais;
- Mulheres portadoras do HIV devem receber o mesmo programa de rastreamento que as demais.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda que a estratégia de rastreamento por citologia cervical seja empregada para as mulheres com idade entre 25 e 60 anos e para todas as mulheres com vida sexual ativa, independentemente da idade. A periodicidade recomendada é a cada três anos após dois exames consecutivos de citologia cervical normais com intervalo de um ano. Mulheres infectadas pelo HIV ou imunocomprometidas devem realizar o rastreamento anualmente (Ministério da Saúde 2000). As estatísticas mais recentes do governo apontam que a cobertura de exame de Papanicolaou no país é de aproximadamente 68% em mulheres acima de 24 anos de idade (Ministério da saúde 2006c; WHO 2007b). Como esta informação foi obtida por meio de inquérito domiciliar, acredita-se que a taxa de cobertura do exame possa estar superestimada, já que parte das mulheres, dependendo do grau de instrução, pode confundir a realização do exame ginecológico com a coleta de material para citologia cervical (Ministério da Saúde 2006c).

1.7 BARREIRAS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Nos últimos anos vários países criaram programas de prevenção do câncer do colo do útero, alguns satisfatórios, outros com resultados insignificantes (WHO 2006). Entre as razões para o fracasso de alguns programas são apontadas barreiras políticas, culturais, econômicas, técnicas e organizacionais (OPAS 2004; WHO 2006). Estudo realizado por DECKER et al. (2009) afirma que mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero realizaram poucos exames de

Papanicolaou, embora tenham tido as mesmas oportunidades que as mulheres do grupo controle, sugerindo que há desigualdade entre as mulheres sobre o conhecimento da importância do teste.

Foi criado no Brasil em 1996 o Programa Viva Mulher, programa nacional voltado à detecção precoce da doença. Porém, avaliação realizada em 2004 pelo INCA aponta que as ações desempenhadas tiveram impacto insuficiente nas taxas de redução da mortalidade (Ministério da Saúde 2005).

Os estudos relacionados às dificuldades citadas por mulheres sobre a realização dos exames apontam características socioeconômicas, comportamentais e associadas às práticas da prevenção, destacando-se dificuldades de acesso aos serviços de atendimento, insatisfação em relação aos serviços prestados e variação do perfil das usuárias em idade, estado civil e escolaridade (CESAR et al. 2003; DIAS-DACOSTA et al. 2003; PINHO e FRANÇA-JUNIOR 2003; OPAS 2004; AMORIM et al. 2006; OLIVEIRA et al. 2006; NCI 2007). Foram realizados estudos sobre o significado do exame de Papanicolaou para mulheres de diferentes faixas etárias, logo após realização do exame em serviço de saúde. Os estudos apontaram problemas relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde, ausência de sintomas aparentes, falta de tempo, sentimento de medo e principalmente vergonha durante a realização do exame preventivo (DUAVY et al 2007; LUCARINI e CAMPOS 2007).

São fatores determinantes para os baixos índices no diagnóstico precoce de lesões precursoras e câncer do colo de útero: medo em relação ao câncer, dor ao realizar o exame ginecológico, vergonha, expectativa negativa quanto ao resultado do exame, histórico de violência sexual, falta de apoio familiar, vida sexual inativa,

difícil acesso aos serviços de saúde, dificuldades financeiras, carência de informação sobre prevenção e condições insatisfatórias de atendimento (LAZCANO-PONCE et al. 1999; BRITO et al. 2007; DUAVY et al. 2007; LUCARINI e CAMPOS 2007; TELLES et al. 2008). BRITO et al. (2007) constataram que além dos fatores anteriores, as mulheres pouco sabiam sobre a finalidade do teste. Estes dados reforçam a necessidade de maior proximidade entre profissionais e pacientes para que, através da obtenção de mais informações sobre o exame de Papanicolaou, as mesmas sintam-se motivadas a realizar o exame preventivo periodicamente com mais segurança e confiança durante o procedimento médico.

1.8 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A despeito dos esforços do governo brasileiro em reduzir os coeficientes de incidência do câncer do colo do útero, a doença ainda é um problema de saúde pública no país. Embora haja estudos acerca das barreiras para a realização do exame de Papanicolaou em nosso meio, o conhecimento gerado ainda é insuficiente. Os motivos pelos quais o diagnóstico da lesão no colo do útero é realizado tardiamente ainda não são completamente entendidos. Desta forma, faz-se necessário elaboração de novos estudos com a intenção de melhor compreender as causas relacionadas com o diagnóstico tardio de lesões no colo do útero.

2 OBJETIVOS

2.2 OBJETIVO GERAL

Avaliar os fatores relacionados com o atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de risco relacionados com o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero;
- Comparar o conhecimento acerca do exame de Papanicolaou e HPV entre as mulheres com lesões precursoras e aquelas com lesão invasora no colo do útero;
- Verificar os fatores que trazem dificuldade às mulheres para a realização do exame de Papanicolaou;
- Desenvolver um escore capaz de prever a probabilidade de diagnóstico tardio de lesão no colo do útero.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de estudo caso-controle sem pareamento de indivíduos por meio de seleção intra-hospitalar.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo incluiu 178 mulheres das quais 92 foram admitidas nos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia da Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo e 86 nos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2009 a janeiro de 2010.

Os casos foram compostos por mulheres com diagnóstico tardio de lesão no colo do útero, ou seja, aquelas com lesão invasora (câncer), em qualquer estágio. Os controles foram constituídos por mulheres com lesões cervicais diagnosticadas precocemente, ou seja, portadoras de lesões precursoras no colo do útero (lesões intraepiteliais de baixo ou alto grau). Em ambos os grupos firmou-se o diagnóstico por estudo histopatológico da biópsia do colo do útero.

Foram excluídas somente as pacientes que por algum motivo se recusaram a participar do estudo e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo com coleta prospectiva dos dados por meio de aplicação de formulário específico de entrevista, elaborado pelos pesquisadores e que continha as seguintes informações: sociodemográficas, socioeconômicas, sobre hábitos e estilo de vida, clínicas, sobre acesso ao sistema de saúde, sobre o exame de Papanicolaou, HPV e sobre o tratamento realizado (Anexo 1).

Pela entrevista pretendeu-se definir se as mulheres tinham conhecimento do que consistia o exame de Papanicolaou, sua indicação e os motivos que estariam relacionados com a não aderência ao programa de rastreamento do câncer do colo do útero.

Para o recrutamento das mulheres, os pesquisadores verificaram diariamente nos ambulatórios dos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia do Hospital A.C. Camargo os casos novos que foram admitidos para consultas. Os casos novos admitidos nos Departamentos de Ginecologia e Radioterapia da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, foram verificados por duas enfermeiras previamente treinadas entre julho e setembro de 2009 e janeiro de 2010. No Hospital de Câncer de Barretos, as entrevistas também foram realizadas pela pesquisadora principal nos meses de outubro e dezembro de 2009. A partir desta triagem, foram selecionadas para o estudo as mulheres que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos previamente.

A entrevista foi realizada em ambiente reservado e calmo, antes ou após a primeira consulta médica nos ambulatórios. O momento da entrevista foi definido pelos pesquisadores de tal modo que não atrapalhasse a dinâmica das consultas

médicas. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos, dos quais 10 foram reservados para a explicação do estudo para a paciente e assinatura do TCLE.

Os pesquisadores recorreram à coleta retrospectiva de dados (consulta aos prontuários) para obtenção das informações acerca do diagnóstico definitivo e do tratamento realizado.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizou-se a caracterização da população do estudo por meio da estatística descritiva. A comparação das variáveis entre as mulheres com lesões precursoras e aquelas com câncer do colo do útero foi realizada através da estatística inferencial. As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste de associação de qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher, dependendo dos valores esperados obtidos nas tabelas de contingência. Para as variáveis numéricas, adotaram-se os testes t de Student e Mann-Whitney para comparação de médias para grupos não pareados. Em todos os testes estatísticos o nível de significância considerado foi de 5%.

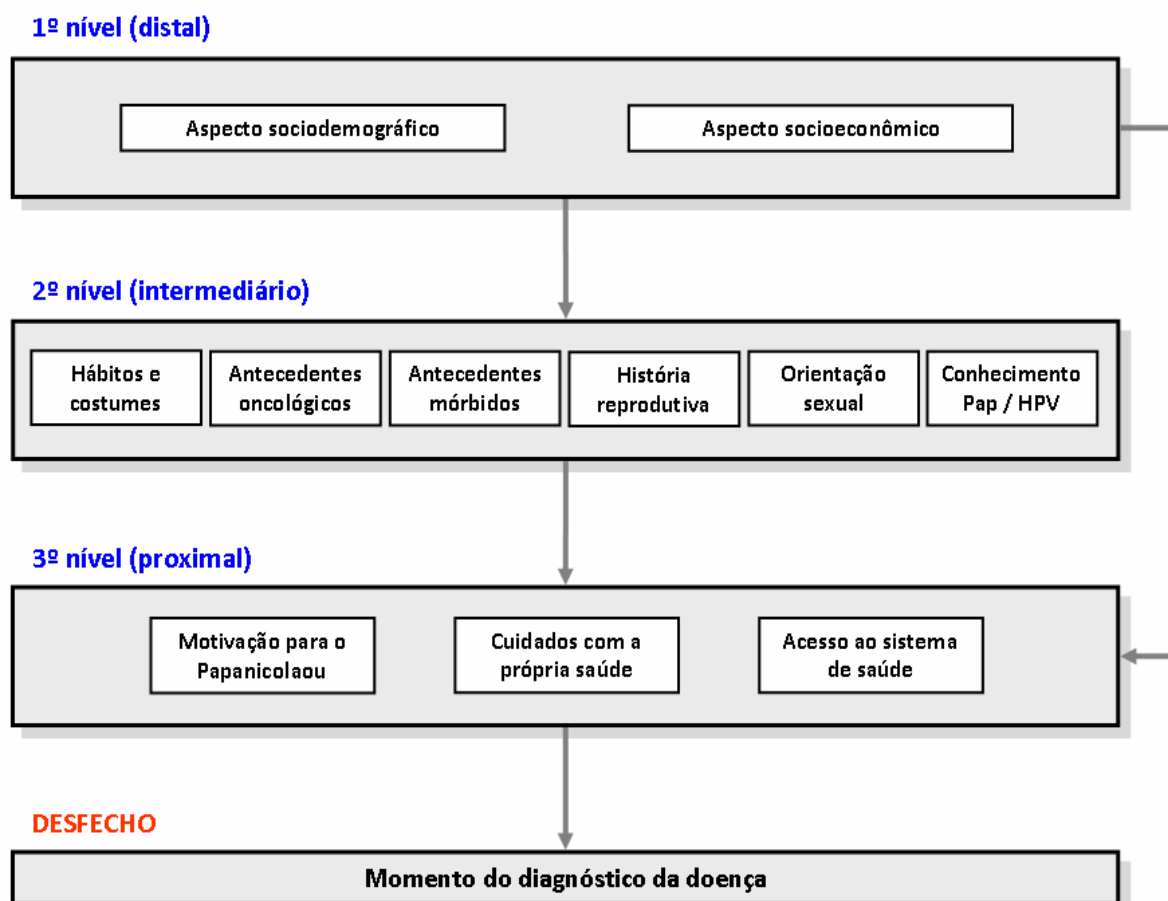
Para a obtenção dos fatores de risco implicados com o atraso no diagnóstico de lesão invasora no colo do útero utilizou-se a regressão logística com modelo hierárquico. Para a análise multivariada foram selecionadas as variáveis com o nível descritivo do teste estatístico de até 0,20 na análise univariada. Dentro de cada nível hierárquico a técnica de modelagem adotada foi a do tipo *stepwise forward selection* em cada bloco e entre os blocos. A multicolinearidade foi checada pelo teste de colinearidade da regressão linear múltipla. O valor de tolerância considerado foi igual a 0,1 e do fator de inflação de variância igual a 10. Também se verificou a

colinearidade através dos coeficientes de contingência, V de Cramer e Phi obtidos a partir das análises de associação entre as variáveis independentes do modelo multivariado. O limite considerado para estes coeficientes foi 0,8. As análises não demonstraram a existência de multicolinearidade na regressão logística.

O modelo hierárquico foi proposto por VICTORA et al. (1997). Neste modelo, as variáveis são agrupadas em níveis hierárquicos de acordo com a relação que há entre elas. A construção do modelo teórico e a escolha dos fatores devem ser baseadas na estrutura conceitual que descreve a relação hierárquica entre os fatores de risco e requer conhecimento biológico e social dos determinantes da doença. Os níveis hierárquicos I (distal), II (intermediário) e III (proximal) correspondem aos grupos das variáveis ordenados conforme a inter-relação existente entre eles e a influência no desfecho. A Figura 2 representa o modelo hierárquico teórico proposto neste estudo que explicaria o retardo do diagnóstico de lesão no colo do útero. O Quadro 2 demonstra as variáveis de acordo com o nível hierárquico proposto no modelo.

O escore para prever a probabilidade de diagnóstico tardio de lesão no colo do útero foi calculado através dos fatores de risco identificados no modelo multivariado. A pontuação final do escore compreendeu a soma de fatores de risco (fatores acumulados). A seguir, verificou-se a proporção de mulheres com diagnóstico de lesão invasora no colo do útero em cada pontuação do escore. As mulheres foram classificadas em quatro grupos de risco para o diagnóstico tardio da lesão no colo do útero de acordo com o número de fatores acumulados. Adotou-se o teste de qui-quadrado de tendência linear para verificar se o aumento da pontuação

no escore determinava aumento na proporção de diagnóstico de lesão invasora no colo.



Legenda: Pap = exame de Papanicolaou; HPV = Papilomavírus Humano.

Figura 2 – Representação esquemática dos níveis hierárquicos propostos para a análise multivariada.

Quadro 2 – Variáveis de acordo com o nível hierárquico proposto neste estudo.

Nível	Grupo de variáveis	Variáveis
Nível I	Aspectos sociodemográficos	Idade, estado civil, cor de pele, religião.
	Aspectos socioeconômicos	Grau de instrução, classe socioeconômica, moradia própria, número de banheiros na moradia, número de automóveis, número de aparelhos de TV, de rádio, de DVD/videocassete, empregada doméstica, máquina de lavar roupa, geladeira, freezer, instrução de recrutamento.
Nível II	Hábitos e costumes	Consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo de drogas ilícitas.
	Antecedentes pessoais morbidos	Obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença respiratória, doença cardíaca, depressão, número de comorbidades, tratamento de doença sexualmente transmissível.
	Antecedentes oncológicos (pessoais ou familiares)	Antecedente pessoal de câncer (ginecológico, mama, qualquer tipo), antecedente familiar de câncer (ginecológico, mama, qualquer tipo), antecedente de câncer em familiar de primeiro grau, morte de parente por câncer, qualquer antecedente familiar e/ou pessoal de câncer.
	História reprodutiva	Idade de menarca, idade da menopausa, número de filhos, número de abortos, idade ao primeiro parto.
	Orientação sexual	Idade de início de atividade sexual, número de parceiros sexuais.
	Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV	Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou (11 questões), conhecimento sobre o HPV (3 questões).
Nível III	Motivos para não realizar o exame de Papanicolaou	Motivos apontados pela paciente (20 questões)
	Cuidados com a própria saúde	Antecedente de laqueadura, uso de preservativo, uso de contraceptivo oral, frequência com que realiza exame de Papanicolaou, já deixou de pegar ou receber o resultado do exame de Papanicolaou, recusa de tratamento, hábito de ir a médico não ginecologista, hábito de ir a médico ginecologista.
	Acesso ao sistema de saúde	Seguro-saúde, facilidade para marcar consulta com médico, posto de saúde próximo ao domicílio, ginecologista próximo ao domicílio ou trabalho, antecedente de parto cesariano, antecedente de acompanhamento pré-natal, antecedente de realização de exames (mamografia, ultrassom ginecológico), antecedente de procedimentos (cauterização no colo do útero, conização, cirurgia), internação.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Todas as mulheres receberam verbalmente as informações necessárias sobre a participação no estudo e também leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido especialmente elaborado para este fim (Anexo 2). Foram incluídas no estudo somente as mulheres que concordaram e assinaram o termo.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições (Anexos 3 e 4).

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DA CASUÍSTICA

A maioria das mulheres recrutadas para o estudo tinha idade igual ou superior a 45 anos (39,9%), era casada (56,7%), branca (70,8%), católica (59%), com ensino fundamental completo ou médio (50%), pertencentes à classe socioeconômica C (44,4%) e com moradia própria (62,9%). Mais da metade delas era usuária do sistema público de saúde (57,3%) e quanto ao tipo de lesão, 55,8% apresentava lesão precursora no colo do útero (Tabela 1).

Em relação ao perfil das mulheres recrutadas nas duas instituições (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos) a Tabela 1 mostra que houve diferença estatisticamente significativa entre elas no que se refere à religião ($p=0,043$), grau de instrução e classe socioeconômica (ambos com $p<0,001$), moradia ($p=0,027$) e seguro-saúde ($p<0,001$).

A média de idade entre as mulheres recrutadas para o estudo foi em torno de 42 anos. Em relação à atividade sexual, o número médio de parceiros foi 3,7 e a idade média para seu início foi ao redor dos 18 anos. Sobre o primeiro parto, a idade média para o mesmo foi próxima dos 21 anos. O número médio de filhos foi 2,5 e de abortos foi 0,4 conforme mostra Tabela 2. Das variáveis apontadas na Tabela 2, o número de filhos e a idade ao primeiro parto tiveram diferença estatisticamente significativa entre as duas instituições.

Tabela 1 – Descrição da casuística – Número e porcentagem de casos de acordo com a instituição em que as mulheres foram recrutadas no estudo e as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e o tipo de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	TOTAL		Hospital A.C. Camargo		Hosp. Câncer de Barretos		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Idade	< 25 anos	18	(10,1)	11	(12,0)	7	(8,1)	0,654
	25 – 34 anos	45	(25,3)	25	(27,2)	20	(23,3)	
	35 – 44 anos	44	(24,7)	20	(21,7)	24	(27,9)	
	45 anos ou mais	71	(39,9)	36	(39,1)	35	(40,7)	
Estado civil	Solteira	44	(24,7)	29	(31,5)	15	(17,4)	0,057
	Casada / Amasiada	101	(56,7)	45	(48,9)	56	(65,1)	
	Separada / Viúva	33	(18,5)	18	(19,6)	15	(17,4)	
Cor de pele	Branca	126	(70,8)	67	(72,8)	59	(68,6)	0,536
	Não branca	52	(29,2)	25	(27,2)	27	(31,4)	
Religião	Sem religião	13	(7,3)	11	(12,0)	2	(2,3)	0,043
	Católica	105	(59,0)	53	(57,6)	52	(60,5)	
	Não católica	60	(33,7)	28	(30,4)	32	(37,2)	
Grau de instrução (#)	Nível I	48	(27,0)	8	(8,7)	40	(46,5)	< 0,001
	Nível II	89	(50,0)	52	(56,5)	37	(43,0)	
	Nível III	41	(23,0)	32	(34,8)	9	(10,5)	
Classe socioeconômica (critérios ABEP 2008)	Classe A	11	(6,2)	11	(12,0)	0	(0,0)	< 0,001
	Classe B	59	(33,1)	46	(50,0)	13	(15,1)	
	Classe C	79	(44,4)	31	(33,7)	48	(55,8)	
	Classe D – E	29	(16,3)	4	(4,3)	25	(29,1)	
Moradia própria	Não	66	(37,1)	27	(29,3)	39	(45,3)	0,027
	Sim	112	(62,9)	65	(70,7)	47	(54,7)	
Seguro-saúde	Público (SUS)	102	(57,3)	19	(20,7)	83	(96,5)	< 0,001
	Privado	76	(42,7)	73	(79,3)	3	(3,5)	
Lesão no colo do útero	Precursora	104	(55,8)	56	(60,9)	48	(55,8)	0,494
	Invasora	74	(44,2)	36	(39,1)	38	(44,2)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado.

(#) Grau de instrução: Nível I: Analfabeto ou fundamental incompleto

Nível II: Fundamental completo ou médio (completo ou incompleto)

Nível III: Superior (completo ou incompleto)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Tabela 2 – Descrição da casuística – Estatística descritiva da idade e de variáveis relacionadas ao histórico reprodutivo e sexual de acordo com a instituição em que as mulheres foram recrutadas no estudo (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Estatística	TOTAL	Hospital A.C. Camargo	Hosp. Câncer de Barretos	Valor de p (*)
Idade	N	178	92	86	0,481
	Média (dp)	41,8 (15,1)	41,1 (15,4)	42,7 (14,6)	
	Mediana	39,0	37,0	39,0	
	Mínimo - Máximo	16 – 82	16 – 82	16 – 79	
Idade de início de atividade sexual	N	178	92	86	0,052
	Média (dp)	17,6 (4,2)	18,2 (4,0)	16,9 (4,3)	
	Mediana	17,0	17,0	16,0	
	Mínimo - Máximo	12 – 48	13 – 41	12 – 48	
Número de parceiros sexuais (#)	N	175	90	85	0,389
	Média (dp)	3,7 (2,8)	3,9 (3,0)	3,5 (2,7)	
	Mediana	3,0	3,0	3,0	
	Mínimo - Máximo	1 – 15	1 – 15	1 – 15	
Número de filhos	N	178	92	86	< 0,001
	Média (dp)	2,5 (2,7)	1,7 (2,2)	3,3 (3,0)	
	Mediana	2,0	1,0	2,0	
	Mínimo - Máximo	0 – 15	0 – 15	0 – 13	
Número de abortos	N	178	92	86	0,963
	Média (dp)	0,4 (0,9)	0,4 (0,9)	0,4 (0,9)	
	Mediana	0,0	0,0	0,0	
	Mínimo - Máximo	0 – 5	0 – 4	0 – 5	
Idade ao primeiro parto	N	132	58	74	< 0,001
	Média (dp)	20,8 (4,5)	22,7 (4,2)	19,3 (4,2)	
	Mediana	20,0	21,5	18,5	
	Mínimo - Máximo	13 – 38	17 – 38	13 – 36	

(*) Comparação das médias pelo teste t de Student.

(dp) Desvio-padrão

(#) Três casos foram retirados da análise por conterem incontáveis parceiros sexuais (dois casos do Hospital A. C. Camargo e um caso do Hospital de Câncer de Barretos).

4.2 ANÁLISE UNIVARIADA PARA OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE LESÃO NO COLO DO ÚTERO

4.2.1 Variáveis sociodemográficas e socioeconômicas

As Tabelas 3 e 4 apontam os resultados obtidos a partir da análise univariada em relação às variáveis do nível distal do modelo hierárquico teórico proposto neste estudo. Das mulheres com lesão invasora do colo uterino, 59,4% tinham idade igual ou superior a 45 anos. Das mulheres com lesão precursora, a proporção foi maior entre mulheres de 25 a 34 anos (32,6%). Em relação ao estado civil, mais da metade era casada ou amasiada tanto no grupo de mulheres com lesão invasora (63,5%) quanto naquele com lesão precursora, (51,9%). A análise univariada mostrou que idade ($p<0,001$) e estado civil ($p=0,003$) tiveram associação com o tipo de lesão cervical. As demais variáveis sociodemográficas não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Entre as variáveis socioeconômicas houve associação do tipo de lesão apenas com o grau de instrução ($p=0,019$). A proporção de mulheres com baixa escolaridade foi maior no grupo de lesões invasoras (37,8 versus 19,2%).

Tabela 3 – Análise univariada do nível I (distal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis sociodemográficas (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Idade	< 25 anos	16	(15,4)	2	(2,7)	< 0,001
	25 – 34 anos	34	(32,6)	11	(14,9)	
	35 – 44 anos	27	(26,0)	17	(23,0)	
	45 anos ou mais	27	(26,0)	44	(59,4)	
Estado civil	Solteira	35	(33,7)	9	(12,2)	0,003
	Casada / Amasiada	54	(51,9)	47	(63,5)	
	Separada / Viúva	15	(14,4)	18	(24,3)	
Cor de pele	Branca	72	(69,2)	54	(73,0)	0,588
	Não branca	32	(30,8)	20	(27,0)	
Religião	Sem religião	6	(5,8)	7	(9,5)	0,479
	Católica	60	(57,7)	45	(60,8)	
	Não católica	38	(36,5)	22	(29,7)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado.

Tabela 4 – Análise univariada do nível I (distal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis socioeconômicas (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Grau de instrução (#)	Nível I	20	(19,2)	28	(37,8)	0,019
	Nível II	56	(53,9)	33	(44,6)	
	Nível III	28	(26,9)	13	(17,6)	
Classe socioeconômica (critérios ABEP 2008)	Classe A	6	(5,8)	5	(6,8)	0,672
	Classe B	38	(36,5)	21	(28,4)	
	Classe C	45	(43,3)	34	(45,9)	
	Classe D – E	15	(14,4)	14	(18,9)	
Moradia própria	Não	44	(42,3)	22	(29,7)	0,115
	Sim	60	(57,7)	52	(70,3)	
Número de banheiros na moradia	0 ou 1	69	(66,3)	49	(66,2)	0,076
	2	30	(28,8)	15	(20,3)	
	3 ou mais	5	(4,8)	10	(13,5)	
Número de automóveis	0	49	(47,1)	41	(55,4)	0,500
	1	41	(39,4)	26	(35,1)	
	2 ou mais	14	(13,5)	7	(9,5)	
Aparelhos de televisão	Ate 1	45	(43,3)	33	(44,6)	0,861
	Mais do que 1	59	(56,7)	41	(55,4)	
Aparelhos de rádio	0	17	(16,3)	13	(17,6)	0,593
	1	59	(56,8)	46	(62,1)	
	Mais do que 1	28	(26,9)	15	(20,3)	
Aparelhos de DVD e/ou videocassete	0	17	(16,3)	16	(21,6)	0,433
	1	63	(60,6)	46	(62,2)	
	Mais do que 1	24	(23,1)	12	(16,2)	
Empregada doméstica	Não	96	(92,3)	66	(89,2)	0,473
	Sim	8	(7,7)	8	(10,8)	

(Continua ...)

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

(#) Grau de instrução: Nível I: Analfabeto ou fundamental incompleto

Nível II: Fundamental completo ou médio (completo ou incompleto)

Nível III: Superior (completo ou incompleto)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Tabela 4 (Continuação) – Análise univariada do nível I (distal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis socioeconômicas (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Máquina de lavar roupa	Não	24	(23,1)	20	(27,0)	0,547
	Sim	80	(76,9)	54	(73,0)	
Geladeiras	Até 1	99	(95,2)	70	(94,6)	1,000 **
	Mais do que 1	5	(4,8)	4	(5,4)	
Freezer	Não	73	(70,2)	53	(71,6)	0,836
	Sim	31	(29,8)	21	(28,4)	
Instituição de recrutamento	AC Camargo	56	(53,8)	36	(48,6)	0,494
	Pio XII (Barretos)	48	(46,2)	38	(51,4)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

(#) Grau de instrução: Nível I: Analfabeto ou fundamental incompleto

Nível II: Fundamental completo ou médio (completo ou incompleto)

Nível III: Superior (completo ou incompleto)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

4.2.2 Hábitos e costumes

Das variáveis do nível intermediário relacionadas aos hábitos e costumes, o consumo de tabaco foi maior em mulheres com lesão invasora (44,6%) do que em mulheres com lesão precursora do colo do útero (39,4%). Já o consumo de álcool e drogas ilícitas teve proporção maior entre as mulheres com lesão precursora (60,6% e 3,8% respectivamente). No entanto, a análise univariada demonstrou que não houve associação entre consumo de tabaco, álcool, e drogas ilícitas e o tipo de lesão no colo do útero (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos hábitos e costumes (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Consumo de tabaco	Nunca	63	(60,6)	41	(55,4)	0,490
	Atual ou no passado	41	(39,4)	33	(44,6)	
Consumo de álcool	Nunca	41	(39,4)	32	(43,2)	0,610
	Atual ou no passado	63	(60,6)	42	(56,8)	
Consumo de drogas ilícitas	Nunca	100	(96,2)	72	(97,3)	1,000 **
	Atual ou no passado	4	(3,8)	2	(2,7)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

4.2.3 Antecedentes pessoais e familiares

Sobre os antecedentes pessoais mórbidos houve associação entre o tipo de lesão e as variáveis: hipertensão arterial ($p=0,004$), doença respiratória ($p=0,010$) e antecedente de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis ($p=0,018$). A proporção de mulheres com histórico de hipertensão arterial foi maior naquelas que tinham lesão invasora (31,1 versus 13,5%). Quanto às doenças respiratórias e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis a proporção foi maior no grupo de mulheres com lesão precursora (11,5 vs 1,4%; 25 vs 10,8% respectivamente) (Tabela 6).

Ainda na análise univariada do nível intermediário, os resultados da Tabela 7 mostram que nenhum dos antecedentes oncológicos pessoais ou familiares teve associação com lesão precursora ou invasora do colo do útero.

Tabela 6 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos antecedentes pessoais morbidos (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Obesidade	Não (IMC até 30)	89	(85,6)	62	(83,8)	0,742
	Sim (IMC > 30)	15	(14,4)	12	(16,2)	
Diabetes mellitus	Não	99	(96,1)	69	(95,8)	1,000 **
	Sim	4	(3,9)	3	(4,2)	
Hipertensão arterial	Não	90	(86,5)	51	(68,9)	0,004
	Sim	14	(13,5)	23	(31,1)	
Doença respiratória	Não	92	(88,5)	73	(98,6)	0,010
	Sim	12	(11,5)	1	(1,4)	
Doença cardíaca	Não	101	(97,1)	70	(94,6)	0,452 **
	Sim	3	(2,9)	4	(5,4)	
Depressão	Não	92	(88,5)	64	(86,5)	0,693
	Sim	12	(11,5)	10	(13,5)	
Número de comorbidades (doenças crônicas)	Nenhuma	74	(71,8)	42	(60,0)	0,229
	Uma	21	(20,4)	22	(31,4)	
	Mais de uma	8	(7,8)	6	(8,6)	
Tratamento de doença sexualmente transmissível	Não	78	(75,0)	66	(89,2)	0,018
	Sim	26	(25,0)	8	(10,8)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

Tabela 7 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos antecedentes oncológicos pessoais e/ou familiares (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de p (*)
		n	(%)	n	(%)	
Antecedente pessoal de câncer ginecológico	Não	103	(99,0)	73	(98,6)	1,000 **
	Sim	1	(1,0)	1	(1,4)	
Antecedente pessoal de câncer de mama	Não	102	(98,1)	74	(100,0)	0,511 **
	Sim	2	(1,9)	0	(0,0)	
Antecedente pessoal de câncer (qualquer tipo)	Não	98	(94,2)	70	(94,6)	1,000 **
	Sim	6	(5,8)	4	(5,4)	
Antecedente familiar de câncer ginecológico	Não	89	(85,6)	64	(86,5)	0,863
	Sim	15	(14,4)	10	(13,5)	
Antecedente familiar de câncer de mama	Não	93	(89,4)	59	(79,7)	0,086
	Sim	11	(10,6)	15	(20,3)	
Antecedente familiar de câncer (qualquer tipo)	Não	41	(39,4)	25	(33,8)	0,443
	Sim	63	(60,6)	49	(66,2)	
Antecedente de câncer em parente de 1º grau	Não	79	(76,0)	48	(64,9)	0,107
	Sim	25	(24,0)	26	(35,1)	
Morte de parente por câncer	Não	56	(53,8)	40	(54,1)	0,978
	Sim	48	(46,2)	34	(45,9)	
Antecedente pessoal e/ou familiar de câncer	Não	40	(38,5)	24	(32,4)	0,409
	Sim	64	(61,5)	50	(67,6)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

4.2.4 História reprodutiva

No que diz respeito à história reprodutiva, o número médio de filhos mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) entre os dois tipos de lesões cervicais analisados. A média foi maior entre mulheres com lesão invasora (3,3 versus 1,9) de acordo com a Tabela 8.

Tabela 8 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Valores médios de variáveis relacionadas à história reprodutiva em mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Lesão precursora	Lesão invasora	Valor de P (*)
	Média (n)	Média (n)	
Idade de menarca	12,6 (104)	13,0 (73)	0,185
Idade de menopausa	47,7 (18)	48,2 (32)	0,763
Número de filhos	1,9 (104)	3,3 (74)	0,001
Número de abortos	0,3 (104)	0,6 (74)	0,079
Idade ao primeiro parto	21,0 (68)	20,6 (64)	0,609

(*) Teste t de Student.

4.2.5 Orientação sexual

A variável “idade de início da atividade sexual” apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,046$) em relação ao tipo de lesão no colo do útero. A média de idade foi maior entre as mulheres com lesão invasora (18,3 anos) quando comparada às mulheres com lesão precursora (17,1 anos). Quanto ao número de parceiros sexuais não houve diferença na média entre os dois grupos (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Valores médios de variáveis relacionadas à orientação sexual em mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero (Hospital A. C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Lesão precursora	Lesão invasora	Valor de P (*)
	Média (n)	Média (n)	
Idade de início de atividade sexual	17,1 (104)	18,3 (74)	0,046
Número de parceiros sexuais (#)	3,9 (101)	3,4 (74)	0,244

(*) Teste t de Student.

(#) Três casos foram retirados da análise por conterem incontáveis parceiros sexuais (todos no grupo de lesão precursora).

4.2.6 Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV

Conforme mostra a Tabela 10, observa-se que houve associação entre o tipo de lesão e os seguintes aspectos: não saber o que é o exame de Papanicolaou ($p=0,004$), não saber diferença entre o exame de Papanicolaou e exame ginecológico ($p=0,008$), não saber a importância do exame de Papanicolaou ($p=0,001$), achar que o exame de Papanicolaou serve para o diagnóstico de gravidez ($p=0,024$), não ter conhecimento sobre o HPV ($p=0,007$), sobre as doenças relacionadas com o HPV ($p<0,001$) e não saber da existência da vacina contra o vírus ($p=0,015$). Não houve associação entre o tipo de lesão e as demais variáveis relacionadas.

Das mulheres com lesão invasora, 67,6% tinham conhecimento sobre o exame de Papanicolaou. Menos da metade (43,2%) sabia a diferença entre exame de Papanicolaou e exame ginecológico e 78,4% achava importante a realização do mesmo. Ainda em relação ao grupo com lesão invasora, 59,5% acreditava que o Papanicolaou poderia detectar gravidez, 35,1% tinha algum conhecimento sobre o HPV, 21,6% sabia quais eram as doenças relacionadas ao vírus e 23% sabia da existência de vacina contra o vírus.

Tabela 10 – Análise univariada do nível II (intermediário) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com as variáveis relacionadas com o conhecimento sobre a citologia cervical (exame de Papanicolaou) e o papilomavírus humano (HPV) (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	
“Você sabe o que é exame de Papanicolaou?”	Não / Não sei	15	(14,4)	24	(32,4)	0,004
	Sim	89	(85,6)	50	(67,6)	
“Homem deve fazer exame de Papanicolaou?”	Não	44	(42,3)	24	(32,4)	0,181
	Sim / Não sei	60	(57,7)	50	(67,6)	
“Você sabe o que é exame preventivo do colo?”	Não / Não sei	39	(37,5)	29	(39,2)	0,819
	Sim	65	(62,5)	45	(60,8)	
“Existe diferença entre Papanicolaou e preventivo?”	Não	58	(55,8)	37	(50,0)	0,447
	Sim / Não sei	46	(44,2)	37	(50,0)	
“Existe diferença entre Pap. e exame ginecológico?”	Não / Não sei	38	(36,5)	42	(56,8)	0,008
	Sim	66	(63,5)	32	(43,2)	
“Você acha importante Papanicolaou / preventivo?”	Não / Não sei	5	(4,8)	16	(21,6)	0,001
	Sim	99	(95,2)	58	(78,4)	
“De qual parte do corpo coleta-se o Papanicolaou?”	Útero/Colo/ Vagina	20	(19,2)	16	(21,6)	0,696
	Outros	84	(80,8)	58	(78,4)	
“Qual a finalidade do Pap: detectar câncer no colo?”	Não / Não sei	13	(12,5)	14	(18,9)	0,239
	Sim	91	(87,5)	60	(81,1)	
“Qual a finalidade do Pap.: detectar gravidez?”	Não	60	(57,7)	30	(40,5)	0,024
	Sim / Não sei	44	(42,3)	44	(59,5)	
“Qual a finalidade do Pap.: detectar AIDS?”	Não	57	(54,8)	32	(43,2)	0,128
	Sim / Não sei	47	(45,2)	42	(56,8)	
“Quando se deve colher o exame de Papanicolaou?”	Nunca / Não sei	8	(7,7)	12	(16,2)	0,076
	Periodicamente	96	(92,3)	62	(83,8)	
“Você sabe o que é HPV ou papilomavírus humano?”	Não / Não sei	46	(44,2)	48	(64,9)	0,007
	Sim	58	(55,8)	26	(35,1)	
“Você sabe que doença o HPV pode causar?”	Não / Não sei	52	(50,0)	58	(78,4)	< 0,001
	Sim	52	(50,0)	16	(21,6)	
“Você sabia que já existe vacina contra o HPV?”	Não / Não sei	62	(59,6)	57	(77,0)	0,015
	Sim	42	(40,4)	17	(23,0)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado.

Legenda: Pap = exame de Papanicolaou; HPV = Papilomavírus Humano.

4.2.7 Acesso ao sistema de saúde

No nível III (proximal) a análise univariada relacionou o tipo de lesão com variáveis direta ou indiretamente relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. A Tabela 11 mostra que a proporção de mulheres que tinha facilidade para marcar consulta médica foi maior naquelas com lesão precursora (77,7%) em comparação àquelas com lesão invasora (62,2%). Das variáveis relacionadas ao acesso ao sistema de saúde, “facilidade para marcar consulta médica” foi a única variável que teve associação com o tipo de lesão ($p=0,025$).

Tabela 11 – Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas ao acesso ao sistema de saúde (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	
Seguro-saúde	Público (SUS)	54	(51,9)	48	(64,9)	0,085
	Privado	50	(48,1)	26	(35,1)	
Facilidade para marcar consulta com médico	Não	23	(22,3)	28	(37,8)	0,025
	Sim	80	(77,7)	46	(62,2)	
Posto de saúde próximo ao domicílio	Não	11	(10,6)	7	(9,5)	0,807
	Sim	93	(89,4)	67	(90,5)	
Ginecologista próximo do domicílio ou trabalho	Não	42	(40,4)	27	(36,5)	0,599
	Sim	62	(59,6)	47	(63,5)	
Antecedente de parto cesariano	Não	68	(65,4)	47	(63,5)	0,797
	Sim	36	(34,6)	27	(36,5)	
Antecedente de acompanhamento pré-natal	Não	45	(43,3)	25	(33,8)	0,202
	Sim	59	(56,7)	49	(66,2)	
Antecedente de realização de mamografia	Não	56	(53,8)	31	(41,9)	0,116
	Sim	48	(46,2)	43	(58,1)	
Antecedente de realização de ultrassom ginecológico	Não	21	(20,4)	16	(21,6)	0,842
	Sim	82	(79,6)	58	(78,4)	
Antecedente de “cauterização” do colo	Não	64	(62,1)	48	(64,9)	0,710
	Sim	39	(37,9)	26	(35,1)	
Antecedente de conização	Não	85	(95,5)	58	(92,1)	0,490 **
	Sim	4	(4,5)	5	(7,9)	
Realização de cirurgia prévia (exceto parto)	Não	49	(47,1)	34	(45,9)	0,877
	Sim	55	(52,9)	40	(54,1)	
Internação prévia	Não	31	(29,8)	23	(31,1)	0,855
	Sim	73	(70,2)	51	(68,9)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

4.2.8 Motivos apontados para a não realização do exame de Papanicolaou

O número de motivos apontados para a não realização do exame de Papanicolaou variou de 0 a 11 (média=2,5; dp=2,8; mediana=1,0). Quando comparados os dois grupos, as mulheres com câncer do colo do útero apontaram um número significativamente maior de motivos que as portadoras de lesões precursoras. O grupo constituído por mulheres com lesão invasora apontou em média 3,8 motivos para a não realização do exame de Papanicolaou (dp=3,1; mediana=4,0; amplitude: 0 – 10), enquanto aquelas com lesões precursoras, 1,9 motivos (dp=2,5; mediana=1,0; amplitude: 0 – 11; teste de Mann-Whitney: $P<0,001$).

Houve associação do tipo de lesão com as seguintes causas apontadas pelas mulheres para a não realização do exame de Papanicolaou:

- não ter sintomas ($p<0,001$);
- desconhecer a necessidade do exame de Papanicolaou ($p=0,008$);
- nunca ter tido orientação para fazê-lo ($p=0,014$);
- falta de tempo ($p=0,012$);
- falta de dinheiro ($p=0,008$);
- desconhecer a importância do exame ($p=0,002$);
- ter vergonha ($p=0,035$);
- não ter idade para o exame ($p=0,011$);
- medo de contrair doença durante exame médico ($p=0,021$).

Todos estes motivos apontados como obstáculos para realização do exame de Papanicolaou tiveram proporção maior no grupo de mulheres com lesão invasora (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com os motivos apontados para a não realização do exame de citologia cervical (Papanicolaou) (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	
“Não sinto nada”	Não apontado	69	(66,3)	23	(31,1)	< 0,001
	Apontado	35	(33,7)	51	(68,9)	
“Não sabia que era preciso colher o exame”	Não apontado	92	(88,5)	54	(73,0)	0,008
	Apontado	12	(11,5)	20	(27,0)	
“Nunca me mandaram fazer o exame”	Não apontado	92	(88,5)	55	(74,3)	0,014
	Apontado	12	(11,5)	19	(25,7)	
“Acho que o exame não serve para nada”	Não apontado	93	(89,4)	53	(71,6)	0,002
	Apontado	11	(10,6)	21	(28,4)	
“Não tenho tempo para fazer o exame”	Não apontado	80	(76,9)	44	(59,5)	0,012
	Apontado	24	(23,1)	30	(40,5)	
“Não tenho dinheiro para fazer o exame”	Não apontado	91	(87,5)	53	(71,6)	0,008
	Apontado	13	(12,5)	21	(28,4)	
“O exame vai me machucar (vou sentir dor)”	Não apontado	99	(95,2)	67	(90,5)	0,241 **
	Apontado	5	(4,8)	7	(9,5)	
“Meu marido / companheiro não deixa”	Não apontado	103	(99,0)	71	(95,9)	0,309 **
	Apontado	1	(1,0)	3	(4,1)	
“Sinto vergonha”	Não apontado	88	(84,6)	53	(71,6)	0,035
	Apontado	16	(15,4)	21	(28,4)	
“Não tenho relação sexual”	Não apontado	96	(92,3)	62	(83,8)	0,076
	Apontado	8	(7,7)	12	(16,2)	
“Na minha idade não precisa”	Não apontado	99	(95,2)	62	(83,8)	0,011
	Apontado	5	(4,8)	12	(16,2)	
“Não consigo marcar consulta com o médico”	Não apontado	91	(87,5)	58	(78,4)	0,104
	Apontado	13	(12,5)	16	(21,6)	
“O posto de saúde ou consultório fica longe”	Não apontado	95	(91,3)	65	(87,8)	0,444
	Apontado	9	(8,7)	9	(12,2)	

(Continua ...)

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

Tabela 12 (continuação) – Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com os motivos apontados para a não realização do exame de citologia cervical (exame de Papanicolaou) (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	
“Não me tratam bem no posto / consultório”	Não apontado	99	(95,2)	66	(89,2)	0,129
	Apontado	5	(4,8)	8	(10,8)	
“Não confio no(s) médico(s)”	Não apontado	99	(95,2)	65	(87,8)	0,072
	Apontado	5	(4,8)	9	(12,2)	
“O resultado do exame demora muito”	Não apontado	97	(93,3)	69	(93,2)	1,000 **
	Apontado	7	(6,7)	5	(6,8)	
“Não confio no resultado do exame”	Não apontado	100	(96,2)	71	(95,9)	1,000 **
	Apontado	4	(3,8)	3	(4,1)	
“Medo do resultado mostrar algo ruim”	Não apontado	95	(91,3)	66	(89,2)	0,629
	Apontado	9	(8,7)	8	(10,8)	
“Vou pegar doença se for ao médico”	Não apontado	103	(99,0)	68	(91,9)	0,021 **
	Apontado	1	(1,0)	6	(8,1)	
“Recomendaram que eu não fizesse o exame”	Não apontado	103	(99,0)	74	(100,0)	1,000 **
	Apontado	1	(1,0)	0	(0,0)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado, exceto nos casos em que se usou o teste exato de Fisher (**).

4.2.9 Cuidados com a própria saúde

Conforme dados da Tabela 13, as variáveis relacionadas aos cuidados com a própria saúde e que tiveram associação com o tipo de lesão foram: antecedente de laqueadura ($p=0,002$), uso de contraceptivo oral ($p=0,019$), marcação de consultas com médico não ginecologista ($p=0,005$) e ginecologista ($p=0,003$) e frequência de realização do exame de Papanicolaou ($p=0,003$). Das variáveis com valores de p significativos, somente antecedente de laqueadura apresentou proporção maior no grupo de mulheres com lesão invasora do colo do útero (37%).

Tabela 13 – Análise univariada do nível III (proximal) – Número e porcentagem de mulheres com lesão precursora ou invasora no colo do útero de acordo com variáveis relacionadas aos cuidados à própria saúde (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Variável	Categorias	Lesão precursora		Lesão invasora		Valor de P (*)
		n	(%)	n	(%)	
Antecedente de laqueadura	Não	87	(83,7)	46	(63,0)	0,002
	Sim	17	(16,3)	27	(37,0)	
Uso de preservativo	Nunca / Às vezes	71	(68,3)	56	(75,7)	0,281
	Quase sempre / Sempre	33	(31,7)	18	(24,3)	
Uso de contraceptivo oral	Nunca	18	(17,3)	24	(32,4)	0,019
	Atual ou no passado	86	(82,7)	50	(67,6)	
Frequência com que realiza exame de Pap.	Nunca fez / Irregular	56	(53,8)	56	(75,7)	0,003
	Regularmente	48	(46,2)	18	(24,3)	
Já deixou de pegar resultado de Pap.	Não	87	(83,7)	67	(90,5)	0,185
	Sim	17	(16,3)	7	(9,5)	
Não foi informada de Papanicolaou alterado	Não	93	(89,4)	65	(87,8)	0,741
	Sim	11	(10,6)	9	(12,2)	
Já recusou tratamento de Pap. alterado	Não	92	(88,5)	70	(94,6)	0,159
	Sim	12	(11,5)	4	(5,4)	
Hábito de ir a médico não ginecologista	Não / Só quando precisa	37	(35,6)	42	(56,8)	0,005
	Sim, regularmente	67	(64,4)	32	(43,2)	
Hábito de ir a médico ginecologista	Não / Só quando precisa	40	(38,5)	45	(60,8)	0,003
	Sim, regularmente	64	(61,5)	29	(39,2)	

(*) Teste de associação do qui-quadrado. Legenda: Pap = exame de Papanicolaou.

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA PARA OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE LESÃO NO COLO DO ÚTERO

O Quadro 3 mostra as variáveis que foram selecionadas para a análise multivariada de acordo com os níveis hierárquicos.

A Tabela 14 mostra os fatores de risco associados para o diagnóstico tardio da lesão no colo do útero de acordo com a análise multivariada pelo modelo hierárquico. No nível distal, o único fator de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero foi a idade a partir dos 35 anos: 35 – 44 anos (OR=5,0; IC95%:1,03-24,7); 45 anos ou mais (OR=13; IC95%: 2,8-61,2). No nível intermediário, os fatores de risco foram: não saber a diferença entre o exame de Papanicolaou e o exame ginecológico (OR=2,4; IC95%: 1,2-4,7) e não achar importante o exame de Papanicolaou (OR=3,7; IC95%: 1,1-12,2). Antecedente de tratamento prévio para doença sexualmente transmissível compreendeu um fator protetor (OR=0,3; IC95%: 0,1-0,9). No nível proximal, foram identificados os seguintes fatores de risco: antecedente de laqueadura (OR=2,5; IC95%: 1,05-5,8) e não apresentar qualquer sintoma como motivo para não se realizar o exame de Papanicolaou (OR=3,4; IC95%: 1,6-7,2).

Para verificar a hipótese de que a instituição seria uma possível variável de confusão, ela foi acrescentada compulsoriamente ao modelo multivariado desde o primeiro até o último nível de hierarquia (Tabela 15). Neste novo modelo, identificaram-se os mesmos fatores de risco para atraso no diagnóstico da lesão

cervical. A instituição, em si, não representou fator de risco para o tipo de lesão cervical considerada.

Quadro 3 - Variáveis consideradas para a análise multivariada de acordo com os níveis hierárquicos (variáveis com valor de P até 0,20 na análise univariada).

Nível	Grupo de variáveis	Variáveis
Nível I	Aspectos sociodemográficos	Idade, estado civil
	Aspectos socioeconômicos	Grau de instrução, moradia própria, número de banheiros, hospital de recrutamento
Nível II	Hábitos e costumes	(nenhuma variável)
	Antecedentes pessoais Mórbidos	Hipertensão arterial, doença respiratória, tratamento de doença sexualmente transmissível
	Antecedentes oncológicos (pessoais ou familiares)	Antecedente familiar de câncer de mama, antecedente de câncer em parente de 1º grau
	História reprodutiva	Idade de menarca, número de filhos, número de abortos
	Orientação sexual	Idade de início de atividade sexual
	Conhecimento sobre exame de Papanicolaou e HPV	Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou: 1) “Você sabe o que é?”; 2) “Homem deve fazer?”; 3) “Há diferença com exame ginecológico?”; 4) “Você acha o exame importante?”; 5) “Detecta gravidez?”; 6) “Detecta AIDS?”; 7) “Quando se deve colher?”; 8) “Sabe o que é HPV?”; 9) “Sabe que doença o HPV pode causar?”; 10) “Sabe que existe vacina contra o HPV?”.
Nível III	Motivos para não realizar o exame de Papanicolaou	Motivos apontados pela paciente: 1) “Não sinto nada”; 2) “Não sabia que era preciso colher o exame”; 3) “Nunca me mandaram fazer o exame”; 4) “Acho que o exame não serve para nada”; 5) “Não tenho tempo para fazer o exame”; 6) “Não tenho dinheiro para fazer o exame”; 7) “Sinto vergonha”; 8) “Não tenho relação sexual”; 9) “Na minha idade não precisa”; 10) “Não consigo marcar consulta com o médico”; 11) “Não me tratam bem no posto”; 12) “Não confio no(s) médico(s)”; 13) “Vou pegar doença se for ao médico”.
	Cuidados com a própria Saúde	Antecedente de laqueadura, uso de contraceptivo oral, frequência com que realiza exame de Papanicolaou, hábito de ir a médico não ginecologista, hábito de ir a médico ginecologista, já deixou de pegar resultado de Papanicolaou, já recusou tratamento de Papanicolaou alterado.
	Acesso ao sistema de saúde	Seguro-saúde, facilidade para marcar consulta com médico, antecedente de realização de mamografia.

Tabela 14 – Fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero de acordo com análise multivariada por modelo hierárquico (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Nível	Variável	Categoria	n	OR	IC 95% (OR)	Valor de P
Nível I (distal)	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	2,6	0,5 – 13,1	0,250
		35 – 44 anos	44	5,0	1,03 – 24,7	0,046
		45 anos ou mais	71	13,0	2,8 – 61,2	0,001
Nível II (intermediário)	Sabe diferença entre Pap. e exame ginecológico	Sim	98	1,0	Referência	
		Não/Não sabe	80	2,4	1,2 – 4,7	0,014
	Acha importante o exame de Papanicolaou	Sim	157	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	21	3,7	1,1 – 12,2	0,032
	Tratamento prévio de DST	Sim	34	0,3	0,1 – 0,9	0,028
		Não	144	1,0	Referência	
	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	4,3	0,8 – 22,8	0,087
		35 – 44 anos	44	6,1	1,2 – 30,9	0,029
		45 anos ou mais	71	14,9	3,1 – 72,9	0,001
Nível III (proximal)	Motivo para não realizar Pap.: “Não sinto nada”	Sim	86	3,4	1,6 – 7,3	0,002
		Não	92	1,0	Referência	
	Antecedente de laqueadura	Sim	44	2,4	1,02 – 5,4	0,045
		Não	134	1,0	Referência	
	Sabe diferença entre Pap. e exame ginecológico	Sim	98	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	80	2,3	1,1 – 4,7	0,026
	Acha importante o exame de Papanicolaou	Sim	157	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	21	2,5	0,7 – 9,2	0,175
	Tratamento prévio de DST	Sim	34	0,3	0,1 – 0,8	0,013
		Não / Não sabe	144	1,0	Referência	
	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	4,2	0,8 – 23,3	0,101
		35 – 44 anos	44	3,8	0,7 – 20,3	0,122
		45 anos ou mais	71	9,1	1,7 – 48,0	0,009

OR Odds ratio
IC95% Intervalo de confiança (95%)

Pap. Exame de Papanicolaou
DST Doença sexualmente transmissível

Tabela 15 – Fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero de acordo com análise multivariada por modelo hierárquico ajustado compulsoriamente pela instituição de recrutamento das mulheres (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Nível	Variável	Categoria	n	OR	IC 95% (OR)	Valor de P
Nível I (distal)	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	2,6	0,5 – 13,0	0,254
		35 – 44 anos	44	4,9	1,01 – 24,2	0,050
		45 anos ou mais	71	12,9	2,7 – 60,5	0,001
	Instituição	AC Camargo	92	1,0	Referência	
		HC Barretos	86	1,2	0,6 – 2,2	0,652
Nível II (intermediário)	Sabe diferença entre Pap. e exame ginecológico	Sim	98	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	80	2,4	1,2 – 4,8	0,013
	Acha importante o exame de Papanicolaou	Sim	157	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	21	3,7	1,1 – 12,2	0,031
	Tratamento prévio de DST	Sim	34	0,3	0,1 – 0,9	0,025
		Não	144	1,0	Referência	
	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	4,4	0,8 – 23,4	0,082
		35 – 44 anos	44	6,3	1,2 – 31,9	0,027
		45 anos ou mais	71	15,2	3,1 – 74,5	0,001
	Instituição	AC Camargo	92	1,0	Referência	
		HC Barretos	86	0,8	0,4 – 1,7	0,647
Nível III (proximal)	Motivo para não realizar Pap.: “Não sinto nada”	Sim	86	3,4	1,6 – 7,2	0,002
		Não	92	1,0	Referência	
	Antecedente de laqueadura	Sim	44	2,5	1,05 – 5,8	0,039
		Não	134	1,0	Referência	
	Sabe diferença entre Pap. e exame ginecológico	Sim	98	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	80	2,3	1,1 – 4,9	0,023
	Acha importante o exame de Papanicolaou	Sim	157	1,0	Referência	
		Não / Não sabe	21	2,5	0,7 – 9,3	0,169
	Tratamento prévio de DST	Sim	34	0,3	0,1 – 0,7	0,012
		Não / Não sabe	144	1,0	Referência	
	Idade	< 25 anos	18	1,0	Referência	
		25 – 34 anos	45	4,4	0,8 – 24,5	0,094
		35 – 44 anos	44	3,9	0,7 – 21,2	0,114
		45 anos ou mais	71	9,4	1,8 – 49,5	0,009
	Instituição	AC Camargo	92	1,0	Referência	
		HC Barretos	86	0,8	0,4 – 1,7	0,594

OR Odds ratio

IC95% Intervalo de confiança (95%)

Pap.

DST

Exame de Papanicolaou

Doença sexualmente transmissível

4.4 ESCORE PREDITIVO PARA ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE LESÃO NO COLO DO ÚTERO

A Tabela 16 demonstra a frequência de lesão invasora no colo do útero de acordo com o número de fatores de risco acumulados para o diagnóstico tardio. Observa-se que a prevalência de lesão invasora aumentou gradualmente com o acúmulo de fatores de risco, variando de 0% (nenhum fator de risco) até 100% (seis fatores acumulados). As mulheres foram divididas em quatro grupos de risco para o diagnóstico tardio da lesão no colo do útero de acordo com o número de fatores acumulados (Tabela 17 e Figura 3), a saber: baixo risco (nenhum fator acumulado), risco intermediário (1 ou 2 fatores acumulados), alto risco (3 ou 4 fatores acumulados), muito alto risco (5 ou 6 fatores acumulados). As respectivas taxas de diagnóstico de lesão invasora no colo do útero foram 0%, 21,4%, 48,7% e 95,5%.

Tabela 16 – Número e porcentagem de mulheres de acordo com o número de fatores de risco acumulados no escore e o tipo de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Número de fatores de risco acumulados (*)	Lesão precursora		Lesão invasora	
	n	(%)	n	(%)
0	8	(100,0)	0	(0,0)
1	20	(83,3)	4	(16,7)
2	35	(76,1)	11	(23,9)
3	28	(56,0)	22	(44,0)
4	12	(42,9)	16	(57,1)
5	1	(5,0)	19	(95,0)
6	0	(0,0)	2	(100,0)

Teste de qui-quadrado de tendência linear: $P < 0,001$

(*) Fatores de risco considerados:

- 1) Idade = 35 anos ou mais
- 2) Não sabe a diferença entre exame ginecológico e exame de Papanicolaou
- 3) Não acha importante o exame de Papanicolaou
- 4) Sem antecedente de tratamento de doença sexualmente transmissível
- 5) Antecedente de laqueadura
- 6) Aponta como motivo para não realizar exame de Papanicolaou o fato de “não sentir nada” (assintomática).

Tabela 17 – Número e porcentagem de mulheres de acordo com os grupos de risco definidos pelo escore para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

Grupo de risco	Número de fatores de risco acumulados	Lesão precursora		Lesão invasora	
		n	(%)	n	(%)
Baixo risco	0	8	(100,0)	0	(0,0)
Risco intermédio	1 – 2	55	(78,6)	15	(21,4)
Alto risco	3 – 4	40	(51,3)	38	(48,7)
Muito alto risco	5 – 6	1	(4,5)	21	(95,5)

Teste de qui-quadrado de tendência linear: $P < 0,001$

(*) Fatores de risco considerados:

- 1) Idade = 35 anos ou mais
- 2) Não sabe a diferença entre exame ginecológico e exame de Papanicolaou
- 3) Não acha importante o exame de Papanicolaou
- 4) Sem antecedente de tratamento de doença sexualmente transmissível
- 5) Antecedente de laqueadura
- 6) Aponta como motivo para não realizar exame de Papanicolaou o fato de “não sentir nada” (assintomática).

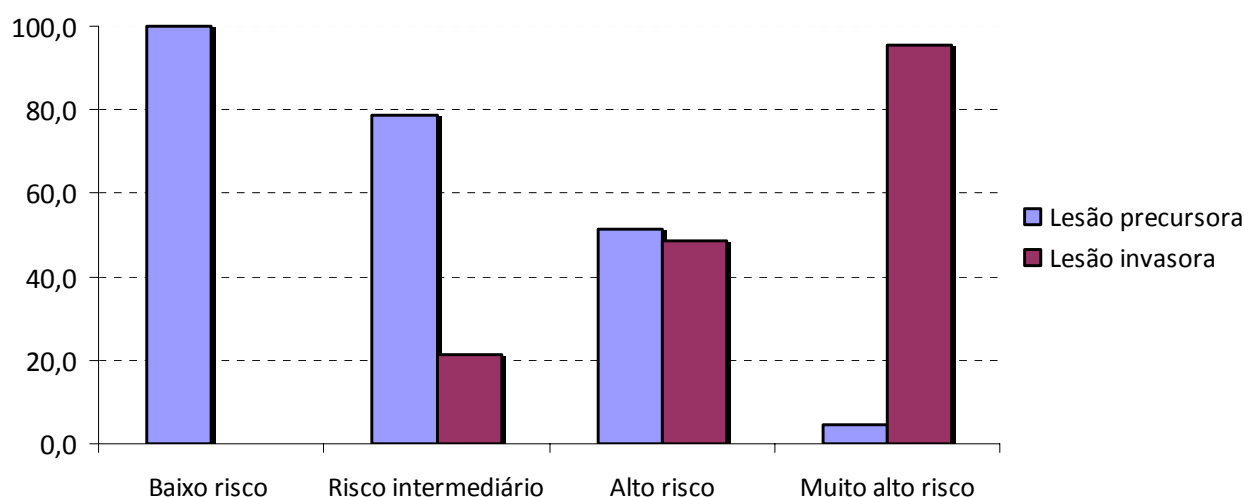


Figura 3 – Porcentagem de mulheres de acordo com o grupo de risco definido pelo escore para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero (Hospital A.C. Camargo e Hospital de Câncer de Barretos, fevereiro de 2009 a janeiro de 2010).

5 DISCUSSÃO

Este estudo, que comparou mulheres com lesões precursoras e invasoras no colo do útero, realizou-se em duas instituições de referência para o tratamento de câncer no país. O formulário para coleta de dados foi elaborado com extenso número de variáveis e o modelo estatístico utilizado na pesquisa foi aplicado de maneira inédita ao tema. A análise multivariada por modelo hierárquico permitiu o agrupamento das variáveis em níveis de acordo com a influência para o desenvolvimento de lesões no colo uterino.

Uma das limitações encontradas no estudo referiu-se à diferença existente entre a população geral e a população entrevistada – hospitalar. As pacientes entrevistadas encontravam-se no ambiente hospitalar por rotina, por encaminhamento médico ou por algum sintoma aparente. Em consequência disto, algumas respostas podem ter sido influenciadas justamente por possíveis orientações prévias de outros serviços de saúde e não especificamente por conhecimento da própria mulher. As questões relacionadas ao conhecimento sobre o HPV, por exemplo, podem ter sofrido esta interferência. Entretanto, a maioria das questões buscou identificar os fatores implicados com o diagnóstico de lesão invasora do colo do útero e não especificamente os fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Outro fator a ser destacado é que as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e outras duas entrevistadoras (enfermeiras). Embora isto seja passível de críticas, o fato das entrevistas não terem sido realizadas por uma mesma pessoa parece não ter influenciado na coleta dos dados. Isto porque antes do início

das coletas as entrevistadoras auxiliares foram previamente orientadas e treinadas a fim de que o processo fosse padronizado. Enfatizou-se para elas que as dúvidas das mulheres poderiam ser esclarecidas durante as entrevistas, sem, contudo, induzir qualquer resposta.

Durante a coleta de dados, observaram-se alguns problemas com o formulário. Na pergunta “De qual parte do corpo coleta-se o Papanicolaou / Preventivo” as alternativas existentes induziam à resposta correta. Também se notou que algumas questões tiveram dificuldade para compreensão em virtude da presença de termos técnicos tais como “colposcopia” e “conização”. Em alguns casos estas questões foram compreendidas somente após as devidas explicações.

Este estudo observou que o diagnóstico tardio da lesão do colo do útero (lesão invasora) foi mais frequente em mulheres mais velhas, confirmando os dados demonstrados por FREITAS et al. (2006) em que a média de idade para carcinoma invasor do colo do útero ocorreu por volta dos cinquenta anos. Vale destacar que no estudo de ILLADES-AGUIAR et al. (2009) foram recrutadas somente mulheres diagnosticadas com lesão invasora, mas que praticamente todas elas tinham idade igual ou superior a 35 anos. De acordo com outros estudos, a prevalência da não realização do teste de Papanicolaou foi maior também em mulheres mais velhas (DIAS-DA-COSTA et al. 1998; DIAS-DA-COSTA et al. 2003). Soma-se a isso o fato de que as lesões de alto grau ocorrem em média aos 29 anos sugerindo que a maioria delas leva alguns anos para apresentar os primeiros sintomas desde a exposição ao HPV (COX 1995). Há risco aumentado para desenvolvimento de lesão invasora no colo do útero entre 45 e 49 anos de idade (GUSTAFSSON et al. 1997). De acordo com a história natural do desenvolvimento do câncer cervical, a

progressão das lesões precursoras é lenta e, quando não tratadas, as lesões de alto grau progridem para lesões invasoras em torno de dez anos (SAWAYA et al. 2001). Por outro lado, a revisão feita por INSINGA et al. (2009) sobre a história natural e clínica do HPV destaca a necessidade de mais estudos sobre regressão e progressão de lesões precursoras estratificados pela idade.

Também se observou na análise univariada maior prevalência de lesão invasora no colo do útero entre as mulheres que não eram solteiras (casadas, amasiadas, separadas ou viúvas). O estudo realizado por CESAR et al. (2003) Tal achado provavelmente está relacionado com a idade das mulheres, e não propriamente com o estado civil. As mulheres mais novas tendem a pertencer ao grupo de solteiras, ao passo que as mais velhas, às não solteiras. De modo contrário ao presente estudo, FERNANDES et al. (2009a) não observaram diferença no estado civil em relação ao tipo de lesão no colo do útero.

Sobre o grau de instrução das entrevistadas, observou-se na análise univariada que as mulheres com lesão invasora tinham menor grau de instrução que aquelas com lesão precursora. Estes dados confirmam os resultados já citados exaustivamente em outros estudos sobre o câncer do colo do útero, em que a baixa escolaridade é predominante nas mulheres em que a prática da prevenção do câncer do colo do útero é inexistente ou inadequada (CESAR et al. 2003; NCI 2007; FERNANDES et al. 2009b; MAUAD et al. 2009). É conveniente comentar que na análise multivariada o grau de instrução perdeu sua significância estatística quando a idade foi considerada no modelo. Isto ocorreu porque as mulheres mais velhas tiveram menor grau de instrução, ao passo que as mais novas, maior grau ($P < 0,001$; dados não descritos na seção de resultados).

Um dado interessante observado por este estudo é que a lesão invasora no colo do útero foi mais frequentemente observada em mulheres com hipertensão arterial na análise univariada. Tal achado é paradoxal, já que as mulheres com diagnóstico de hipertensão, pelo menos em teoria, deveriam ir mais frequentemente ao médico do que as que não têm a doença. Parece estranho pensar que este grupo de mulheres que teria acesso ao sistema de saúde apresente mais lesão invasora no colo do útero do que as demais. Isto pode refletir a falta de adesão dos médicos não ginecologistas ao programa de prevenção do câncer do colo do útero e a necessidade de reforço no conceito de prevenção a estes profissionais. CULLATI et al. (2009) demonstraram em seu estudo que o rastreamento para o diagnóstico precoce de alguns tipos de cânceres, incluindo o câncer do colo do útero, foi mais frequente em pacientes com histórico de tratamento médico recente por algum problema de saúde ou que tinham alguma doença crônica. Outros trabalhos reforçam o fato de que a não realização do teste de Papanicolaou é mais comum em mulheres em que outras práticas preventivas, como mamografia ou exame clínico das mamas não é rotina (AMORIM et al. 2006; MARTINS et al. 2009). Apesar deste ponto, o presente estudo não observou diferença entre os grupos no que se refere à realização de outras medidas de prevenção, como a realização de mamografia e ultrassonografia.

O fato do grupo de mulheres com lesão invasora no colo do útero ter apresentado maior proporção de hipertensas também é explicado pela história natural do câncer do colo do útero, em que as lesões invasoras são mais comuns em mulheres mais velhas, justamente na faixa-etária em que a hipertensão arterial é mais prevalente (FUCHS et al. 1994; FIELDS et al. 2004; COLTRO et al. 2009). Tal explicação é corroborada pela análise multivariada deste estudo, em que a

hipertensão arterial não se mostrou um fator de risco para o diagnóstico de lesão invasora quando a idade foi considerada no modelo.

Outro dado bastante curioso foi a associação encontrada entre a história prévia de tratamento para doença sexualmente transmissível e o tipo de lesão no colo do útero, tanto na análise univariada quanto na multivariada. O grupo de mulheres com lesão precursora teve maior proporção de indivíduos com tratamento prévio para doença sexualmente transmissível que as demais. Antes de explicar esta curiosa associação, deve-se enfatizar que doença sexualmente transmissível não é fator protetor para o aparecimento do câncer do colo do útero, muito pelo contrário. Sabe-se que o câncer do colo do útero está associado a outras doenças sexualmente transmissíveis como a hepatite B, hepatite C, sífilis, AIDS, entre outras (CAMPOS et al. 2005; ALMONTE et al. 2008; GANDER et al. 2009). Todavia, o resultado aqui observado pode refletir que o antecedente de doença sexualmente transmissível representaria um importante marco patológico para a mulher, o que a levaria adquirir maiores conhecimentos e maiores cuidados à saúde e prevenção de doenças, principalmente aquelas relacionadas à esfera sexual.

Outros estudos corroboram esta ideia, já que a não realização do exame de Papanicolaou é mais comum nas mulheres que não realizam outras práticas relacionadas ao cuidado com a própria saúde (AMORIM et al. 2006; MARTINS et al. 2009). O estudo qualitativo realizado por LAZCANO-PONCE et al. (1999) aponta que mulheres com histórico de doença sexualmente transmissível têm percepção maior sobre a necessidade da realização do teste de Papanicolaou. Por outro lado, o estudo realizado por HEAD et al. (2009) menciona que o diagnóstico prévio de doença sexualmente transmissível não está associado ao conhecimento

sobre o exame de Papanicolaou. O trabalho realizado por OLIVEIRA et al. (2006) também não apontou associação entre realização do exame de Papanicolaou e doença sexualmente transmissível. Entretanto o mesmo estudo mencionou maior risco para a não realização do exame de Papanicolaou em mulheres que nunca tiveram leucorréia.

O antecedente de doença sexualmente transmissível parece representar um marco de história significativo para as mulheres, já que nem mesmo outros antecedentes mórbidos e de tratamento (como número de comorbidades crônicas, internações prévias, histórico de cirurgias, conização, “cauterização do colo do útero” e antecedentes oncológicos pessoais e familiares) tiveram associação com o tipo de lesão no colo do útero. O peso desta variável no diagnóstico tardio da lesão cervical é reforçado pelo fato da mesma ter sido identificada como fator de risco independente no modelo multivariado hierárquico deste estudo.

Um achado inédito consistiu na associação observada entre o antecedente de laqueadura e o tipo de lesão no colo do útero. O histórico de laqueadura foi mais comum entre as mulheres com lesão invasora. Este interessante achado possivelmente está relacionado com a falsa sensação de proteção que a laqueadura pode oferecer às mulheres. Ela pode ter sido erroneamente interpretada como método de proteção às doenças sexualmente transmissíveis (e outras doenças) ao invés de somente método contraceptivo. Além do mais, aquelas que se submetem a este procedimento tendem a usar menos os métodos contraceptivos de barreira, aumentando o risco de infecção pelo HPV. Talvez esta falsa sensação de segurança faça a mulher procurar menos o seu médico ginecologista, o que elevaria a chance de diagnóstico tardio de lesão no colo do útero.

WINKLER et al. (1999) avaliaram o exame de Papanicolaou entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas e observaram que a realização do exame foi maior em cerca de 20% no segundo grupo. No estudo sobre contracepção e sexualidade, VILLELA e BARBOSA (1996) apontaram que das mulheres entrevistadas, mesmo tendo certo conhecimento sobre doença sexualmente transmissível, menos da metade das que foram submetidas à esterilização utilizou preservativo no período em que foram questionadas. Assim, é possível que as mulheres com histórico de laqueadura tenham o diagnóstico de lesão no colo do útero em uma fase mais tardia por descuido com si mesma ou por existir o conceito equivocado de que o procedimento também é eficiente na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Poder-se-ia contra-argumentar que a associação entre o histórico de laqueadura e o diagnóstico de lesão tardia no colo do útero seria consequência da idade, já que este método de contracepção definitivo é mais comumente realizado em mulheres mais velhas. A idade seria, portanto, a variável de confusão nesta relação. Contudo, deve-se observar que no modelo multivariado hierárquico aqui apresentado, o histórico de laqueadura foi um fator de risco independente para o diagnóstico de lesão invasora no colo do útero mesmo quando o modelo foi ajustado pela idade. Estes dados sugerem que as mulheres devam ser melhores esclarecidas antes do procedimento de laqueadura, principalmente no que se refere ao efeito contraceptivo e a necessidade de continuar a realizar a prevenção do câncer do colo do útero.

É interessante observar que o uso de contraceptivo oral não parece ter induzido o mesmo erro de interpretação que a laqueadura nas mulheres deste estudo. O uso de contraceptivo oral foi mais comum no grupo de mulheres com lesão

precursora no colo do útero. É possível que este fato seja decorrente da maior necessidade de visitas ao médico ginecologista quando se faz uso do hormônio. Neste caso, os exames ginecológicos seriam mais frequentes e, com isso, haveria maior chance de detecção de lesão precursora no colo do útero através do exame de Papanicolaou. Entretanto, é provável que a idade também seja uma variável de confusão nesta associação, já que o uso de contraceptivos orais é mais comum entre as mulheres mais jovens. Tal fato é corroborado pela análise multivariada, em que o uso de contraceptivo oral não foi um fator de proteção para a o diagnóstico de lesão invasora no colo do útero.

No presente estudo, o número médio de filhos foi significativamente maior no grupo de mulheres com lesão invasora no colo do útero na análise univariada. Outros estudos já demonstraram que com a multiparidade há maior risco para o desenvolvimento do carcinoma cervical (HILDESHEIM et al. 2001; MUNOZ et al. 2002; ILLADES-AGUIAR et al. 2009). Tal achado reflete mais uma vez a história natural do câncer do colo do útero. Mulheres mais velhas tendem a apresentar maior número de filhos que as mais novas. Assim, não é de se estranhar que no grupo de mulheres com lesão invasora no colo do útero a paridade seja maior, já que se trata de um grupo constituído por mulheres mais velhas. Tal fato foi reforçado pelo modelo multivariado, em que a paridade, quando confrontada com a idade, não se mostrou um fator de risco independente para o diagnóstico tardio da lesão cervical.

Observou-se na análise univariada que a idade média para o início da atividade sexual foi maior no grupo de mulheres com lesão invasora no colo do útero em relação às demais. Tal achado parece ser destituído de importância, já que a diferença encontrada entre os grupos, a despeito da significância estatística, não é

relevante do ponto de vista prático (17 versus 18 anos). Além do mais, o nível descritivo do teste ficou muito próximo do nível de significância, o que sugere, talvez, um resultado espúrio.

Algumas questões relacionadas ao conhecimento sobre o exame de Papanicolaou merecem comentários, já que, são fundamentais para a melhor adesão da mulher ao programa de prevenção do câncer do colo do útero. Pôde-se notar, por exemplo, que ao serem questionadas se o homem deveria ou não se submeter ao exame de Papanicolaou, mais da metade das mulheres, pertencentes a ambos os grupos de lesões, respondeu positivamente ou não sabia se a prática era recomendada ao sexo masculino. É interessante destacar que, ao se utilizar o termo “exame preventivo para o colo do útero”, quase um terço das mulheres, tanto de um grupo quanto do outro, não sabia do que se tratava. Em contrapartida, quase metade das mulheres com lesão precursora e exatamente metade daquelas com lesão invasora respondeu erroneamente que existia ou que não sabia se havia diferença entre os exames de Papanicolaou e preventivo. Esta observação demonstra a necessidade de melhor esclarecimento da população acerca dos termos utilizados para descrever a citologia cervical. É provável que uma parcela considerável de mulheres não seja sensibilizada pelos programas de prevenção do câncer do colo do útero por não compreenderem adequadamente a terminologia adotada.

Outra questão importante a ser comentada é que uma pequena parte (aproximadamente 20%) das mulheres entrevistadas nos dois grupos respondeu corretamente de qual parte do corpo coleta-se o esfregaço para a realização do exame de Papanicolaou. Destas mulheres, parte respondeu que o esfregaço era realizado na vagina. Do ponto de vista estritamente anatômico, tal resposta não seria adequada, já

que o esfregaço é obtido da ecto e endocérvice e não propriamente da vagina. Contudo, após a análise preliminar do banco de dados, os pesquisadores resolveram considerar esta resposta também como adequada, já que na visão da mulher, o esfregaço é realizado na vagina. A parcela de mulheres que respondeu corretamente a esta questão poderia ser ainda menor já que as opções de resposta induziam à alternativa correta. Desta forma, outros estudos que pretendam adotar esta pergunta devem fazê-la de forma mais clara que a do presente estudo e com alternativas que não induzam à resposta correta. De qualquer maneira, é notório que o conhecimento acerca da coleta de material para o exame de Papanicolaou é assunto ainda obscuro para a maioria das mulheres.

Embora uma parcela significativa das mulheres tenha respondido “achar importante o exame de Papanicolaou / exame preventivo”, tal resposta não é consistente com o conhecimento que as mulheres demonstraram acerca da finalidade do exame. Apesar de mais de 80% das mulheres terem respondido que o exame destina-se à detecção do câncer do colo do útero, uma parcela não desprezível respondeu que o exame também se presta ao diagnóstico de gravidez e AIDS. É igualmente intrigante observar que as mulheres deste estudo, em geral, sabiam que o exame de Papanicolaou / exame preventivo deveria ser realizado periodicamente, porém mais da metade delas nunca havia realizado o exame ou o fazia de forma irregular. Isto reflete a dificuldade de adesão das mulheres ao atual programa de prevenção do câncer do colo do útero.

Achar o exame de Papanicolaou importante ou necessário está intimamente relacionado ao conhecimento que se tem sobre a finalidade do exame (AMORIM et al. 2006; OLIVEIRA et al. 2006; STARK et al. 2008). HEAD et al. (2009)

mostraram em seu estudo que aproximadamente 10% de universitárias sabiam definir a finalidade do exame e quais eram os sinônimos dados ao exame de Papanicolaou. FERNANDES et al. (2009b) demonstraram que quase a totalidade das entrevistadas em seu estudo tinha ouvido falar no teste, todavia menos da metade apresentou conhecimento adequado sobre o procedimento.

Não saber a diferença entre o exame de Papanicolaou e o exame ginecológico representou um fator de risco independente para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero. Os resultados obtidos mostraram que praticamente metade das entrevistadas não sabia a diferença entre o exame clínico ginecológico e o exame de Papanicolaou. Estudo realizado com mulheres universitárias apontou que apenas uma em cada 10 mulheres descreveu corretamente o termo “teste de Papanicolaou” como um exame de rastreamento do câncer do colo do útero e que havia confusão entre o mesmo e o exame clínico pélvico, bem como exame de Papanicolaou e exame para diagnosticar doença sexualmente transmissível (HEAD et al. 2009). Não é surpresa, portanto, que em estudos realizados entre mulheres com baixo nível de escolaridade também se obtenham respostas inadequadas. Este fato foi também o principal motivo de crítica à taxa de cobertura de exame de Papanicolaou descrita na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2005) em que os resultados apontaram cerca de 70% de exames realizados no período de três anteriores à pesquisa. De acordo com o próprio levantamento, as taxas de realização do teste de Papanicolaou foram maiores em mulheres com melhor escolaridade, no entanto, estas tiveram menor representatividade no estudo e aquelas que representaram a maior parte das entrevistadas possuíam baixo grau de escolaridade.

Dos motivos apontados para a não realização do exame de Papanicolaou, houve concordância dos dados obtidos com estudos semelhantes no que diz respeito às barreiras comportamentais femininas decorrentes da falta de informação e/ou esclarecimentos sobre a prática da prevenção do câncer do colo uterino. DAVIM et al. (2005) e AMORIM et al. (2006) apontaram que a vergonha e o desconhecimento da importância do exame e da necessidade de sua prática estão entre os principais motivos para a não realização do teste de Papanicolaou. Segundo DAVIM et al. (2005), medidas educacionais são necessárias para garantir a prática correta da realização do teste. FERNANDES et al. (2009b) ressaltam que embora quase a totalidade das mulheres entrevistadas tivesse ouvido falar do teste e julgasse necessária sua realização, pouco mais da metade apresentou conhecimento adequado quanto à periodicidade do exame, denotando também a carência de informações sobre o assunto. A revisão sistemática da literatura realizada por MARTINS et al. (2005) procurou identificar os fatores determinantes para a não realização do teste de Papanicolaou através da busca e seleção de artigos brasileiros contendo informações sobre cobertura do exame. Os autores destacam que, mesmo com diferenças metodológicas em relação à amostra, os motivos para a não submissão ao teste se repetiram nos trabalhos analisados. Pôde-se observar que o medo em relação ao exame, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a vida sexual inativa, mesmo sem relevância estatística no presente estudo, são causas compatíveis com dados já encontrados na literatura (MARTINS et al. 2005).

De todos os motivos apontados pelas mulheres para não se realizar o exame de Papanicolaou, somente um deles mostrou-se como fator de risco independente na análise multivariada para o diagnóstico tardio da lesão no colo do útero: o fato da

mulher estar assintomática. Isto reflete a deficiência do conceito de prevenção neste grupo de mulheres, mostrando que há a necessidade de maior ênfase na educação em saúde voltada à população feminina, uma vez que não parece clara entre muitas mulheres que a prática da prevenção visa evitar e não tratar doenças. Este resultado sustenta os dados levantados por PINHO et al. (2003) em que ausência de sintomas (ou queixa ginecológica) foi apontada por 45% das mulheres como justificativa para nunca terem realizado o exame de Papanicolaou.

A proporção de mulheres que realizava regularmente o exame de Papanicolaou foi significativamente maior entre aquelas com lesão precursora no colo do útero na análise univariada. Isto demonstra o cuidado da mulher com sua própria saúde. Aquelas que se preocupam com si próprias parecem ter mais consciência sobre a necessidade da realização periódica do exame de Papanicolaou. Este cuidado com a própria saúde também ficou evidente ao se analisar o hábito da mulher em frequentar o médico, seja ginecologista ou não. A proporção de mulheres que frequentavam regularmente algum médico foi significativamente maior naquelas do grupo de lesão precursora. Contudo, ainda que a maioria de mulheres tenha relatado possuir facilidade para marcar consulta médica, notou-se que o hábito de ir ao médico foi citado em menos da metade das vezes. Tal informação mostra, mais uma vez, a deficiência no conceito de prevenção, sendo nítida a necessidade de esclarecimento às mulheres. Quando a periodicidade de realização de exame de Papanicolaou e a periodicidade de visita ao médico (ginecologista ou não) foram confrontadas no modelo multivariado com a ausência de sintomas, elas perderam sua significância estatística no modelo multivariado hierárquico. Isto demonstra que a

ausência de sintomas tem um peso grande no diagnóstico tardio da lesão no colo do útero.

Em relação aos resultados obtidos no modelo multivariado hierárquico deste estudo, poder-se-ia levantar a hipótese de que a diferença encontrada entre os grupos deveu-se ao perfil diferente dos hospitais em que a pesquisa transcorreu. Entretanto, quando o modelo multivariado foi compulsoriamente ajustado pela instituição de recrutamento, ainda assim os fatores de risco mantiveram-se significativos na análise multivariada, mostrando que a instituição não interferiu nos resultados finais.

A partir dos fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero identificados no modelo multivariado, construiu-se um escore capaz de prever este risco. Tal escore é de fácil aplicação e permite avaliar o risco que uma mulher tem de apresentar diagnóstico tardio de lesão no colo do útero. Sabendo-se a idade da mulher e realizando-se três perguntas simples relacionadas aos seus antecedentes pessoais (sintomas ginecológicos, laqueadura e doença sexualmente transmissível) e mais duas sobre o conhecimento acerca do exame de Papanicolaou (importância do exame e diferença entre exame ginecológico e exame de citologia cervical) é possível identificar de forma rápida e objetiva aquelas mulheres com risco aumentado para o diagnóstico tardio de lesão cervical. Uma vez identificadas, estas mulheres deveriam ser amplamente orientadas quanto à importância da prevenção do câncer do colo do útero, estimuladas à realização do exame de Papanicolaou e seguidas ativamente pelos serviços de saúde.

A deficiência do programa de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil e em outros países em desenvolvimento não é simplesmente uma questão de melhor oferta de exame de Papanicolaou, ou ainda, campanhas de conscientização das

mulheres acerca do HPV e câncer do colo do útero. Os dados do governo brasileiro são claros em mostrar que, a despeito de todos os esforços e investimentos realizados até o momento, a redução nos coeficientes de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero foi muito modesta nas últimas décadas no país (Ministério da Saúde 2006a). Trata-se, sobretudo, de um sério problema educacional, como apontam os resultados do presente estudo. Faz-se necessário que os recursos do governo sejam investidos não somente na área da saúde, mas também na esfera da educação. A adequada conscientização da população sobre os conceitos básicos de prevenção de doenças ocorrerá a longo prazo e somente após considerável investimento na área da educação.

Em resumo, os fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero foram: idade igual ou superior a 35 anos, não achar importante o exame de Papanicolaou, não saber a diferença entre o exame ginecológico e o exame de Papanicolaou, histórico de laqueadura e ausência de sintomas. O antecedente de tratamento para doença sexualmente transmissível constituiu um fator protetor. Mulheres com lesão precursora no colo do útero apresentaram maior conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e HPV e apontaram menor número de barreiras à realização do exame preventivo em comparação àquelas com lesão invasora. O escore permitiu definir quatro grupos de risco para o diagnóstico tardio de lesão do colo do útero.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram concluir que:

- 1) Os fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero foram: idade igual ou superior a 35 anos, não saber a diferença entre exame ginecológico e exame de Papanicolaou, não achar importante o exame de Papanicolaou, antecedente de laqueadura, apontar como motivo para não realizar exame de Papanicolaou o fato de “não sentir nada” (estar assintomática). O antecedente de tratamento de doença sexualmente transmissível constituiu um fator protetor.
- 2) O grupo de mulheres com lesão precursora no colo do útero apresentou na grande maioria das vezes conhecimento maior sobre o exame de Papanicolaou e HPV em comparação àquelas com lesão invasora.
- 3) Os obstáculos para a não realização do exame de Papanicolaou foram apontados em maior proporção no grupo de mulheres com lesão invasora, destacando-se os seguintes: não ter sintomas, desconhecer a necessidade do exame de Papanicolaou, nunca ter tido orientação para fazê-lo, falta de tempo, falta de dinheiro, desconhecer a importância do exame, ter vergonha, achar que não tem idade para realização do exame e medo de contrair doença durante exame médico;
- 4) O escore construído a partir dos fatores de risco para o diagnóstico tardio de lesão no colo do útero identificados na análise multivariada conseguiu discriminar quatro grupos. As taxas de prevalência de lesão invasora

conforme os grupos de risco foram: baixo risco (0%), risco intermediário (21,4%), alto risco (48,7%) e muito alto risco (95,5%).

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2009; 25(Suppl 2):301-9.

Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for Human Papillomavirus Exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. **Vaccine** 2008; 26S:L16-36.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:2329-38.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. Disponível em: <URL:http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf> [2008 set 10].

Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. **J Clin Virol** 2005; 32(Suppl 1):16-24.

Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev Bras Enferm** 2007; 60:387-90.

Campos RR, Melo VH, Castilho DM, Nogueira CPF. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2005; 27: 248-56.

Carvalho JJM, Oyakawa N. **I Consenso Brasileiro de HPV**. São Paulo:BG Cultural; 2000. 142 p.

Cesar JA, Horta BL, Gomes G, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:1365-72.

Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. **Br J Cancer** 2003; 88:63-73.

Coelho FR, Fregnani JH. Fatores prognósticos no câncer do colo do útero. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, et al. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd; 2007. p.467-86.

Coltro RS, Mizutani BM, Mutti A, et al. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Rev Assoc Med Bras** 2009; 55:606-10.

Cox JT. Epidemiology and natural history of HPV. **J Fam Practice** 2006a; 55(Suppl 11):3-7.

Cox JT. Epidemiology of cervical intraepithelial neoplasia: the role of human papillomavirus. **Baillieres Clin Obstet Gynaecol** 1995; 9:1-37.

Creasman WT. Preinvasive disease of the cervix. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editors. **Clinical gynecologic oncology**. Philadelphia: Elsevier; 2007. p.1-36.

Cullati S, Charvet-Bérard, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. **BMC Public Health** 2009; 9:118.

Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39:296-302.

Decker K, Demers A, Chateau D, et al. Papanicolaou test utilization and frequency of screening opportunities among women diagnosed with cervical cancer. **Open Medicine** 2009; 3:140-7.

Dias-da-Costa JS, D'Elia PB, Manzolli P, Moreira MR. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 1998; 3:308-13.

Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:191-97.

Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciêñ Saúde Coletiva** 2007; 12:733-42.

Fernandes JV, Meissner RV, Carvalho MGF, et al. Prevalence of HPV infection by cervical cytologic status in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet** 2009a; 105:21-4.

Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2009b; 43:851-8.

Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000: A Rising Tide. **Hypertension** 2004; 44: 398-404.

Freitas RAP, Carvasan GAF, Morais SS, Zeferino LC. Prevalência das lesões neoplásicas do colo de útero: resultados de rastreamento citológico realizado em Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev Ciênc Med** 2006; 15:307-314.

Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol** 1994; 63:473-9.

Gander S, Scholten V, Osswald I, Sutton M, Wylick RN, Wylick R. Cervical dysplasia and associated risk factors in a juvenile detainee population. **J Pediatr Adolesc Gynecol** 2009; 22:351-55.

Gustafsson L, Pontén J, Zack M, Adami HO. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. **Cancer Causes Control** 1997; 8:755-63.

Head SK, Crosby RA, Moore GR. Pap Smear Knowledge Among Young Women Following the Introduction of the HPV Vaccine. **J Pediatr Adolesc Gynecol** 2009; 22:251-56.

Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. **Br J Cancer** 2001; 84:1219–1226.

Hoory T, Monie A, Gravitt P, Wu TC. Molecular epidemiology of human papillomavirus. **J Formosan Med Assoc** 2008; 107:198-217.

Illades-Aguilar B, Cortés- Malagón EM, Antonio-Véjar V, et al. Cervical carcinoma in Southern Mexico: Human papillomavirus and cofactors. **Cancer Detect Prev** 2009; 32:300-7.

Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH. Epidemiologic natural history and clinical management of Human Papillomavirus (HPV) disease: a critical and systematic review of the literature in the development of an HPV dynamic transmission model. **BMC Infect Dis** 2009; 9:119.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde**. 2005. Disponível em: <URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>> [2010 jul 12].

[IARC] International Agency for Research on Cancer. **Cervical cancer screening**. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10. 2005. Disponível em: <URL:<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>> [2008 ago 12].

[IARC] International Agency for Research on Cancer. **Human Papillomaviruses**. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 90. 2007. Disponível em: <URL:<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/index.php>> [2009 dez 15].

Kjaer SK, Chackerian B, van den Brule AJ, et al. High-risk human papillomavirus is sexually transmitted: evidence from a follow-up study of virgins starting sexual activity (intercourse). **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2001;10:101-6.

Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Najera P, Alonso-de-Ruiz PA, Hernandez-Avila M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. **J Women's Health** 1999; 8:399-408.

Longatto Filho A, Syrjänen KJ. Citologia cervical. In: Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, et al. Editores. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd; 2008. p.128-29.

Lorenzato FRB. Organização do rastreamento do câncer do colo do útero em países desenvolvidos. . In: Coelho FR, Soares FA, Focchi J, Fregnani JH, Zeferino LC, Villa LL, et al., editores. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd; 2007. p.114-25.

Lucarini ACBS, Campos CJG. A procura pela realização do exame preventivo de citologia oncológica: um estudo clínico-qualitativo. **Braz J Nurs** [periódico on line] 2007, 6(0). Disponível em: <URL:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/671/156>> [2008 ago 12]

Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27:485-92.

Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Rev Saúde Pública** 2009; 43:318-25.

Mauad EC, Nicolau SM, Gomes UA, et al. Can Mobile Units Improve the Strategies for Cervical Cancer Prevention? **Diagn Cytopathol** 2009; Published Online: 14 Dec.

Menzo S, Marinelli K, Bagnarelli P, Rolla S, Clementi M. Human papillomavirus infections: new perspectives for prevention and treatment. **New Microbiol** 2007; 30:189-212.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e recomendações do INCA. Prevenção do câncer do colo do útero. **Rev Bras Cancerol** 2000, 46:351-4.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro –**

Situação e Desafios Atuais. 2005. Disponível em: <URL:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>> [2008 ago 25].

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis:** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. 2004. Disponível em: <URL:http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/0/1/410-inquerito_comportamentos.pdf> [2008 jul 30].

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 13. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2006a. Disponível em: <URL:http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php> [2008 ago 05].

Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS.** 2006b. Disponível em: <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf> [2008 ago 25].

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Atenção Oncológica. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis, DST.** 4 ed. Brasília: 2006d. Disponível em: <URL:http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B43F95B4B-CD35-4B62-981A-60A62945E318%7D/manual_dst_tratamento.pdf> [2010 jul 17].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa/2010 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Monk BJ, Tewari KS. Invasive cervical cancer. In: Creasman WT, DiSaia PJ, editors. **Clinical gynecologic oncology**. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2007. p.55-124.

Monson J. The new challenges in the prevention of cervical cancer. **Vaccine** 2008; 26(Suppl 1):4-6.

Monteiro DLM, Trajano AJB, Silva KS, Russomano FB. Incidence of cervical intraepithelial lesions in a population of adolescents treated in public health services in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública** 2009; 25:1113-22.

Munoz N, Franceschi S, Bosetti C et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. **Lancet** 2002; 359: 1093-101.

[NCI] National Cancer Institute. Cancer Advances in Focus. **Cervical cancer**. 2006. Available from: <URL:<http://www.cancer.gov/Templates/doc.aspx?viewid=CA5EF6E5-F688-4D1C-A64E-E999866BA508> > [2008 ago 07].

[NCI] National Cancer Institute. Office of Women's Health. Office of Science Planning and Assessment. National Cancer Institute. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. **Women's health report, fiscal years 2005-2006. 2007.** Available from: <URL:<http://women.cancer.gov/planning/reports.shtml> > [2008 ago 02].

Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol** 2006; 9:325-34.

[OPAS] Organización Panamericana de la Salud. **Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe**. Lista de Temas. Cáncer cervicouterino. 2004. Available from: <URL:<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm>> [2008 jul 29].

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **Eur J Cancer** 2001; 37(Suppl 8):4-66.

Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Mater Infant** 2003; 3:95-112.

Pinho AA, França-Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira ANPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública** 2003; 19 (Supl 2):303-13.

Sawaya GF, Brown AD, Washington AE, Garber AM. Current approaches to cervical-cancer screening. **N Engl J Med** 2001; 344:1603-7.

Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology and prevention. **Int J Gynecol Cancer** 2005; 15:727-46.

Stark A, Gregoire L, Pilarski R, Zarbo A, Gaba A, Lancaster WD. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. **Cancer Detect Prev** 2008; 32:15-22.

Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. **Gynecol Oncol** 2007; 107(2 Suppl 1):2-5.

Telles MAF, Alencar LCE, Prazeres MLD, Araújo EC. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolaou. **Rev Enferm UFPE On Line** 2008; 2:103-11.

Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Vaccine** 2006; 24(Suppl 1):1-15.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olineto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol.** 1997; 26:224-27.

Villela W, Barbosa R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** 1996; 30:452-9.

Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol** 1999; 189:12-9.

Winkler HA, Anderson PS, Fields AL, et al. Compliance with Papanicolaou Smear Screening Following Tubal Ligation in Women with Cervical Cancer. **J Women's Health** 1999; 8:103-7.

[WHO] World Health Organization. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice.** Geneve: WHO Press; 2006. Available from: <URL:http://www.who.org/files/WHO_CC_control_2006.pdf>[2008 ago 15].

[WHO] World Health Organization. **Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals.** Geneve: WHO Press; 2007a. Available from: <URL:http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_IVB_07.05_eng.pdf> [2010 jul14].

[WHO] World Health Organization/Institut Català d'Oncologia. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). **Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Brazil.** 2007b. [updated 2007; cited 2009 21/02/2009]; Available from: <URL:www.who.int/hpvcentre> [2010 mai 12]

[WHO] World Health Organization. **Cancer**. Programmes and projects. Media Centre. Fact sheet n° 297, july 2008. Available from: <URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>> [2008 ago 10].

Wright TC, Bosch FX, Franco EL et al. Chapter 30: HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer; conclusions from a 2006 workshop of international experts. **Vaccine** 2006; 24(Suppl 3):251-61.

Anexo 1 - Formulário de Coleta de Dados

Estudo: “Fatores implicados no atraso do diagnóstico do câncer do colo do útero”

Pesquisadores: Andrezza Viviany Lourenço / José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

❖ Marcar “999” para dados ignorados.

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Data da entrevista: ____ - ____ - ____	Número da ficha: _____
Nome: _____	Prontuário: _____
Endereço: _____	Cidade: _____ Estado _____
Naturalidade: _____ UF: ____	Telefone : (____) _____
Atividade / Ocupação: _____	

2) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

▪ Idade atual: _____	Idade	[]
▪ Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Separada / Divorciada (4) Amasiada (5) Viúva	Est_civil	[]
▪ Cor de pele: (1) Branca (2) Negra (3) Parda Amarela	Pele	[]
▪ Posse de itens:		
Televisão em cores: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	TV	[]
Rádio: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Rádio	[]
Banheiro: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Banho	[]
Automóvel: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Autom	[]
Empregada mensalista: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Empreg	[]
Máquina de lavar: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Maq_lav	[]
Videocassete e/ou DVD: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	DVD	[]
Geladeira: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Geladeira	[]
Freezer: (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +	Freezer	[]
Moradia própria (0) 0 (1) 1 (2) 2 ou mais	Moradia	[]
▪ Instrução: (1) Analfabeto / 1º incompleto – Até 3ª série fundamental (2) 1º completo / Ginásial incompleto – Até 4ª série fundamental (3) Ginásial completo / Colegial incompleto – Fundamental completo (4) Colegial completo / Superior incompleto – Médio completo (5) Superior completo	Escola	[]
▪ Moradores: Quantas pessoas moram com você? _____	Num_mor	[]
▪ Religião: (0) Sem religião (1) Católica (2) Protestante (3) Espírita (4) Afro-brasileira (5) Outras	Religião	[]
▪ Seguro-saúde: (1) Público – SUS (2) Privado / Convênio	Convênio	[]

3) HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

▪ Preservativo:	(0) Nunca usei (3) Quase sempre	(1) Quase nunca (4) Sempre	(2) Às vezes	Preserva	[]
▪ Contraceptivo oral:	(0) Nunca usei	(1) Usei no passado (2) Uso atualmente		Aco	[]
▪ Consumo de tabaco:	(0) Não (2) Parei ≤ 6 meses	(1) Fumo atualmente (3) Parei > 6 meses		Tabaco	[]
▪ Consumo de bebida alcoólica:	(0) Nunca	(1) Esporadicamente (2) Frequentemente		Álcool	[]
▪ Consumo de drogas ilícitas:	(0) Não (2) Parei ≤ 6 meses	(1) Uso atualmente (3) Parei > 6 meses		Drogas	[]

4) DADOS CLÍNICOS

▪ Peso: _____ kg				Peso	[]
▪ Altura: _____ m				Altura	[]
▪ Antecedentes ginecológicos e obstétricos:					
Idade da menarca: _____				Menarca	[]
Idade da menopausa (9 = não se aplica): _____				Menop	[]
Idade do início da atividade sexual: _____				Id_sexo	[]
Número de parceiros sexuais até hoje: _____				Num_parc	[]
Número de filhos: _____				Filhos	[]
Número de abortos: _____				Abortos	[]
Idade do primeiro parto: _____				Id_parto	[]
Já fez laqueadura / “ligadura das trompas”: (0) Não (1) Sim (2) Não sei				Laquead	[]
Já realizou parto cesariano? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				Cesaria	[]
Já fez acompanhamento pré-natal? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				Prenatal	[]
Já fez mamografia alguma vez? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				Mamog	[]
Já fez ultrassom ginecológico alguma vez? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				USG	[]
Já fez colposcopia alguma vez? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				Colpo	[]
Tratou doença sexualmente transmissível? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_DST	[]
Já fez cauterização de “ferida” no colo? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_caut	[]
Já fez conização? (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_cone	[]
▪ Doenças crônicas:					
Diabetes (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_dm	[]
Hipertensão arterial (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_has	[]
Doença respiratória (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_pneum	[]
Doença cardíaca (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_cardio	[]
Doença da tireóide (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_tireo	[]
AIDS (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_aids	[]
Depressão (0) Não (1) Sim (2) Não sei				AP_depres	[]
Outra doença Quais				Pato_outras	[]

▪ Tratamentos realizados:					
Já fez alguma cirurgia (exceto parto)?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AP_cirurg	[]
Já ficou internada (exceto parto)?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AP_interna	[]
▪ Antecedentes pessoais:					
Câncer ginecológico ?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AP_ginec	[]
Câncer de mama ?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AP_mama	[]
Câncer em outra localização/desconhecida	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AP_outro	[]
Onde ? _____				AP_onde	[]
▪ Antecedentes familiares:					
Câncer ginecológico ?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AF_ginec	[]
Câncer de mama ?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AF_mama	[]
Câncer em outra localização/desconhecida	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AF_outro	[]
Onde ? _____				AF_onde	[]
Algum parente de 1º grau já teve câncer?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AF_prime	[]
Algum parente morreu por câncer?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não sei	AF_morte	[]

5) ACESSO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO

▪ Você tem facilidade para marcar consulta médica?	(0) Não	(1) Sim	Mar_cons	[]
▪ Há posto de saúde próximo da sua casa?	(0) Não	(1) Sim	UBS	[]
▪ Você costuma ir a médico não ginecologista?	(0) Não	(1) Sim, regularmente	Med_reg	[]
	(2) Sim, quando preciso			
▪ Você costuma ir à ginecologista?	(0) Não	(1) Sim, regularmente	Med_gine	[]
	(2) Sim, quando preciso			
▪ O ginecologista fica próximo da sua casa ou trabalho?	(0) Não	(1) Sim	Gin_facil	[]
▪ Em virtude do problema atual:				
Por quantos médicos você passou antes da consulta de hoje ? _____			Num_med	[]
Por quantos ginecologistas você passou antes da consulta de hoje ? _____			Num_gine	[]
Quanto tempo aguardou desde a marcação até a consulta de hoje _____ (dias)			Ag_cons	[]
Quanto tempo levou para procurar um médico após início dos sintomas? _____ (dias)			Num_proc	[]
Quais sintomas a levaram a procurar assistência médica?				
Dor abdominal / pélvica	(0) Não	(1) Sim	Dor	[]
Corrimento vaginal	(0) Não	(1) Sim	Corrim	[]
Odor vaginal	(0) Não	(1) Sim	Odor	[]
Sangramento vaginal	(0) Não	(1) Sim	Sangue	[]
Dor à relação sexual	(0) Não	(1) Sim	Dispareun	[]
Prurido vulvar / vaginal	(0) Não	(1) Sim	Prurido	[]
Outro sintoma	(0) Não	(1) Sim	Outro_sinto	[]
Qual?			Qual_sinto	[]

6) EXAME DE PAPANICOLAOU

▪ Você sabe o que é exame de Papanicolaou? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_sabe []
▪ Você acha que os homens devem fazer exame de Papanicolaou? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_man []
▪ Você sabe o que é exame Preventivo do colo do útero? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Prev_sabe []
▪ Existe diferença entre Papanicolaou e exame Preventivo? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_prev []
▪ Existe diferença entre Papanicolaou e exame ginecológico? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_ginec []
▪ Você acha que o exame de Papanicolaou / Preventivo é importante? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_imp []
▪ De qual parte do corpo coleta-se o Papanicolaou / Preventivo? (1) Útero (2) Não sei (3) Outros Qual outros? _____	Pap_corpo [] Org_outro []
▪ Você acha que o exame de Papanicolaou ou / Preventivo do colo serve para:	
Detectar o câncer do colo do útero? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_de_ca []
Detectar DST ? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_dst []
Tratar infecções e corrimentos? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_leuco []
Tratar sangramentos? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_sang []
Tratar o câncer? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_tt_ca []
Identificar o HPV (papilomavírus)? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Hpv []
Identificar o vírus da AIDS? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Aids []
Diagnosticar gravidez? (0) Não (1) Sim (2) Não sei	Pap_gest []
▪ Quando se deve colher o exame de Papanicolaou / Preventivo ? (0) Nunca (1) Só quando há doença (2) Periodicamente (3) Não sei	Pap_qdo []
▪ Com que frequência você faz o Papanicolaou / Preventivo ? (0) Nunca fiz (1) Irregular (2) Pelo menos 1x por ano (3) Pelo menos 1x a cada 3 anos	Pap_freq []
▪ Em que ano você fez o último Papanicolaou / Preventivo? Ano _____	Pap_ano []
▪ Você alguma vez deixou de pegar o resultado do exame Preventivo / Papanicolaou? (0) Não (1) Sim	Peg_resul []
▪ Já aconteceu do seu exame preventivo / Papanicolaou estar com alteração e você não ser informada? (0) Não (1) Sim	Pap_inf []
▪ Você já recebeu algum exame preventivo / Papanicolaou (0) Não (1) Sim	Pap_alt_tt []

alterado e não fez o tratamento?				
▪ Você já abandonou algum tratamento para alteração do colo do útero?	(0) Não	(1) Sim	Aban_tt_ut	[]
▪ Que motivos você <u>apontaria</u> para não realizar periodicamente o exame?				
Não sinto nada	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_1	[]
Não sabia que era preciso colher o exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_2	[]
Nunca me mandaram fazer o exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_3	[]
Acho que o exame não serve para nada	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_4	[]
Não tenho tempo para fazer o exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_5	[]
Não tenho dinheiro para fazer o exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_6	[]
O exame vai me machucar (vou sentir dor)	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_7	[]
Meu marido / companheiro não deixa	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_8	[]
Sinto vergonha	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_9	[]
Não tenho relação sexual	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_10	[]
Na minha idade não precisa	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_11	[]
Não consigo marcar consulta com o médico	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_12	[]
O posto de saúde / consultório fica longe	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_13	[]
Não me tratam bem no posto / consultório	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_14	[]
Não confio no(s) médico(s)	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_15	[]
O resultado do exame demora muito	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_16	[]
Não confio no resultado do exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_17	[]
Medo de o resultado mostrar algo ruim	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_18	[]
Vou pegar doença se for ao médico	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_19	[]
Recomendaram que eu não fizesse o exame	(0) Não aponto	(1) Aponto	Mot_20	[]

7) CONHECIMENTO SOBRE HPV

▪ Você sabe o que é HPV?	(0) Não	(1) Sim	Hpv_sabe	[]
▪ Você sabe que doença o HPV pode causar?	(0) Não	(1) Sim	Hpv_patol	[]
▪ Você sabia que já existe vacina contra o HPV?	(0) Não	(1) Sim	Hpv_vac	[]

8) DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO E TRATAMENTO

Exame de Papanicolaou na admissão		
Data do exame citológico	_____ - _____ - _____	Pap_date []
Resultado do exame	(0) Normal (1) ASCUS / ASC-H / ASC-microinvasão (2) AGC (3) Baixo grau (NIC 1) (4) Alto grau (NIC 2 / NIC 3 / Carcinoma in situ) (5) Carcinoma invasor / Adenocarcinoma	Pap_resul []
Resultado final (após biópsia e/ou tratamento)		
Data do exame histopatológico	_____ - _____ - _____	Bx_date []
Resultado do exame	(0) Normal / Cervicite (sem neoplasia) (1) NIC 1 (2) NIC 2 / NIC 3 / CA in situ (3) Carcinoma invasor	Bx_resul []
Estadiamento final (FIGO)	(0) Estádio 0 (CA in situ) (1) Estádio 1 (2) Estádio 2 (3) Estádio 3 (4) Estádio 4 (9) Não se aplica	Estádio []
Tratamento realizado		
Conização	(0) Não (1) Sim	Cone []
Histerectomia	(0) Não (1) Sim	Histerec []
Radioterapia	(0) Não (1) Sim	Rxt []
Quimioterapia	(0) Não (1) Sim	Qt []

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar do estudo sobre **Fatores implicados no atraso do diagnóstico do câncer do colo do útero** em que José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani, CRM-SP 87778 é Pesquisador Responsável. O estudo tem por objetivo investigar as causas associadas ao atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero em paciente em tratamento oncológico no Hospital do Câncer AC Camargo – SP. Você não é obrigada a participar do estudo. A decisão para aceitar ou não participar desta pesquisa é única e exclusivamente sua. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento caso sinta algum desconforto durante a entrevista e isso não afetará seus direitos legais ou seu atendimento neste hospital.

No momento de sua visita de rotina ao hospital, você será acompanhada por mim até uma sala do hospital e após ter conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, irei esclarecer suas dúvidas sobre o assunto. Se você aceitar participar desta pesquisa, ficará com uma cópia deste documento e assinará uma via para confirmar sua participação no estudo. Somente então você responderá às perguntas do questionário, que será aplicado por mim e terá duração de aproximadamente 30 minutos. Para completar o estudo, farei também coleta de dados do seu prontuário sobre seu estado de saúde, diagnóstico e tratamento. Você responderá perguntas sobre as dificuldades que sente para realizar exame ginecológico durante consulta médica e sobre seu conhecimento sobre o teste de Papanicolaou. Este estudo não apresenta prejuízo ou riscos à sua integridade física e mental. Todos os seus dados coletados para esta pesquisa sejam da entrevista ou do prontuário, são sigilosos e em momento algum será citado seu nome ou algo que possa identificá-la.

Sua assinatura abaixo significa que você leu este documento, pôde esclarecer suas dúvidas, e que concorda que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa sem identificação de seu nome. Você entende que não há qualquer direito sobre os resultados deste estudo, retorno financeiro ou benefício direto por sua participação nesta pesquisa.

Dúvidas ou informações adicionais sobre este trabalho você pode entrar em contato com a pesquisadora Andrezza Viviany Lourenço, através do telefone (42) 9111-7929. Se a pesquisadora principal não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital A.C. Camargo – SP, pelo Telefone (11) 2189-5020.

Assinatura da paciente / Representante legal*

Data: ____ - ____ - ____

Assinatura da testemunha 1*

Data: ____ - ____ - ____

Assinatura da testemunha 2 *

Data: ____ - ____ - ____

* Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Andrezza Viviany Lourenço
(Pesquisadora executante do projeto)
Data: ____ - ____ - ____

**Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Fundação Antônio Prudente
(Hospital A. C. Camargo)**



**Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP**

São Paulo, 27 de Novembro de 2008.

Ao
Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1137/08
“Fatores implicados com o atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Antonio Prudente - Hospital A.C. Camargo, em sua última reunião de 25/11/2008, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 14/10/2008, aprovaram a realização do estudo em referência, datado de 29 de setembro de 2008, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 02, datado de 27-10-08 e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com resoluções CNS;
- Declaração sobre o Plano de Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Declaração sobre os dados coletados, publicação dos dados e propriedade das informações geradas;
- Orçamento financeiro detalhado;
- Declaração de infra-estrutura e instalações do Departamento de Ginecologia;
- Declaração de infra-estrutura e instalações do Departamento de Oncologia Clínica;
- Declaração de infra-estrutura e instalações do Departamento de Radioterapia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Ginecologia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Oncologia Clínica;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Radioterapia.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 6 meses.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Projeto: 1137/08

Título: "Fatores implicados com o atraso no diagnóstico do câncer do colo do útero".

Pesquisador Responsável: Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Aluna: Andrezza Viviany Lourenço (Mestrado FAP).

Patrocinador: não se aplica.

Comentários gerais:

Trata-se de um estudo prospectivo onde serão entrevistadas pacientes com diagnóstico de câncer do colo uterino e pacientes com lesões benignas ou precursoras de câncer do colo uterino. O objetivo principal é identificar fatores envolvidos no atraso diagnóstico do câncer do colo do útero.

As pacientes responderão a um questionário com múltiplas variáveis. No final serão comparadas as variáveis entre os dois grupos de pacientes.

Pendências apontadas em parecer anterior:

Referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser ajustado em um único ponto: no segundo parágrafo, linha 3 "...você *deverá* assiná-lo.", tem conotação de obrigatoriedade. Esta frase deve ser reformulada para que o eventual participante do estudo não se sinta obrigado a participar da pesquisa. O estudo é explicado detalhadamente ao participante, que assinará o TCLE apenas se concordar em participar.

Comentários finais:

Os autores apresentaram uma nova versão do TCLE que atende a solicitação do CEP. A expressão "...você *deverá* assiná-lo.", foi substituída por "... se você *aceitar* participar desta pesquisa...".

Parecer Final:

Projeto Aprovado.



FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE
Hospital do Câncer A. C. Camargo
Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Dr. Luiz Paulo Kowaleki
Coordenador

Anexo 4 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Fundação Pio XII (Hospital de Câncer de Barretos)



**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Para: José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

De: Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 06/04/2009

Projeto de Pesquisa: 114/2007

Prezado (a) Senhor (a),

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tomou ciência do novo formulário que substituirá o formulário entregue juntamente com o projeto "Fatores relacionados ao atraso de diagnóstico do câncer", aprovando a continuidade da pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

*Recebido
07/04/09
Silvane*



**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Barretos, 13 de novembro de 2007.

Prezado (a) Sr. (a). Investigador (a)

André Lopes Carvalho

Ref. : Projeto de Pesquisa nº. 114/2007

"Fatores relacionados ao atraso de diagnóstico do câncer".

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, analisou as pendências do protocolo citado acima e decidiu pela aprovação do mesmo.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 03 meses.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

recebi 14/11/2007