
**PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UM LABORATÓRIO
PARTICULAR NA CIDADE DE CASCAVEL-PR**

CASCAVEL

2021

JULLYARA VALLÉRIA CORBARI ULH

**PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UM LABORATÓRIO
PARTICULAR NA CIDADE DE CASCAVEL-PR.**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário da
Fundação Assis Gurgacz, Curso de Farmácia

Prof. Orientador: Claudinei Mesquita da Silva.

CASCAVEL

2021

AGRADECIMENTOS

Gratidão.

Gratidão a todas as pessoas que fizeram parte desta caminhada desde o início até o momento de agora;

Gratidão a todos que acreditaram em mim em algum momento, a todos que me deram apoio e que estavam ao meu lado;

Gratidão aos meus amigos, familiares, por terem me dado todo apoio necessário para que eu continuasse seguindo em frente de cabeça erguida mesmo com obstáculos;

Gratidão ao meu professor orientador Claudinei Mesquita da Silva, por ter aceitado fazer parte da minha história, por me incentivar, pelo apoio e dedicação;

Gratidão a todos os professores que fizeram parte da minha história nesses 5 anos.

SUMÁRIO

1- REVISÃO DE LITERATURA	5
REFERÊNCIAS.....	19
2- ARTIGO.....	22
REFERÊNCIAS.....	35
3- NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	49

REVISÃO LITERÁRIA

1. CONCEITO ÚTERO

O útero é um órgão muscular do aparelho reprodutor feminino de paredes densas, e está situado na cavidade pélvica, apresenta três porções: o corpo, istmo e o colo. O corpo é a porção superior, o istmo é a porção que liga o corpo e o colo e o colo uterino é localizado no final da vagina, tendo formato cilíndrico, com tamanho que varia de 2,5 a 3 cm. (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2020)

O útero, órgão reprodutor feminino é dividido em três camadas, que compreende o perimétrio, revestimento epitelial do útero, que ligam –se à cavidade pélvica pelo chamados ligamentos largos que sustentam as artérias uterinas; camada média ou miométrio, que é a camada mais larga, constituídas de musculatura lisa e separados por tecido conjuntivo distribuídos em camadas e o endométrio, ou camada interna, constituída por tecido epitelial e conjuntivo também chamado de estroma epitelial, onde se encontram as glândulas tubulares. O endométrio é irrigado por dois tipos de artérias, sendo que, uma delas é espiralada e sofre alterações durante o ciclo menstrual. (BIOLOGIA NET, 2021)

Dentro do conceito de partes do útero, ainda constam três partes, Corpo do útero, que é a porção dilatada do útero; o fundo do útero que é a parte superior, acima da parte dilatada; é a Cérvix ou colo uterino que compreende a porção mais estreita e mais baixa do útero, abrindo- na vagina. (BIOLOGIA NET, 2021)

O colo do útero ou cérvix, tem formato circular, medindo entre 2,5 e 3 cm, suas características anatômicas, funcionais e patológicas, e nele encontra-se o que se denomina canal cervical, ou canal do colo do útero, com formato cilíndrico que liga o canal endometrial com a vagina. (ONCOGUIA, apud, AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020)

A cérvix, ou colo do útero é revestido por dois principais tipos de células: espinocelulares e glandulares, situadas no endocervice e ectocervice, respectivamente, bem como denominados zona de transição, onde acontece a maioria dos casos de câncer de colo de útero, e com isso sendo de extrema importância para a saúde da mulher. (ONCOGUIA, apud, AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020)

2. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer é uma doença que apresenta células que crescem de forma desordenada e rápida, podendo invadir órgãos e tecidos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019) É causado pelas mutações de células, onde ocorre mudanças no DNA celular, pode ocorrer em qualquer região do corpo e diferentes tipos de tumores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Existem dois tipos de câncer que acometem o órgão reprodutor feminino, o câncer de útero, que por sua vez corresponde a uma menor parcela dos diagnósticos, e, por sua vez acontece, principalmente a parte mais superior do útero, e o câncer de colo de útero, que acomete a porção inferior do útero, no endométrio, também denominado câncer de colo de útero (INCA, 2018)

O colo do útero, por sua vez e, é revestido por diversas camadas de células epiteliais, que assim como as características gerais de células cancerígenas passam por transformações internas e progressivas, e evoluem vagarosamente, por anos, para uma lesão invasiva. (FERES E RODRIGUES, et. al. , 2018)

O epitélio de revestimento do útero sofre uma replicação desordenada, comprometendo o tecido interno (estroma) podendo alcançar órgãos próximos ou a distância. Existem dois tipos de carcinomas: o carcinoma epidermóide, que compromete a região do epitélio mais escamosa, e o adenocarcinoma que acontece comprometendo o epitélio glandular, assim sendo o carcinoma epidermóide representa a maior incidência de casos. (INCA, 2020)

O câncer de colo uterino é causado pela persistente infecção de alguns tipos do Papilomavirus humano, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, onde em determinados casos ocorre mutação celular que evolui para o câncer. Segundo estatísticas é o terceiro câncer mais frequente em mulheres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020)

É uma doença que se desenvolve lentamente, que pode acontecer se sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020)

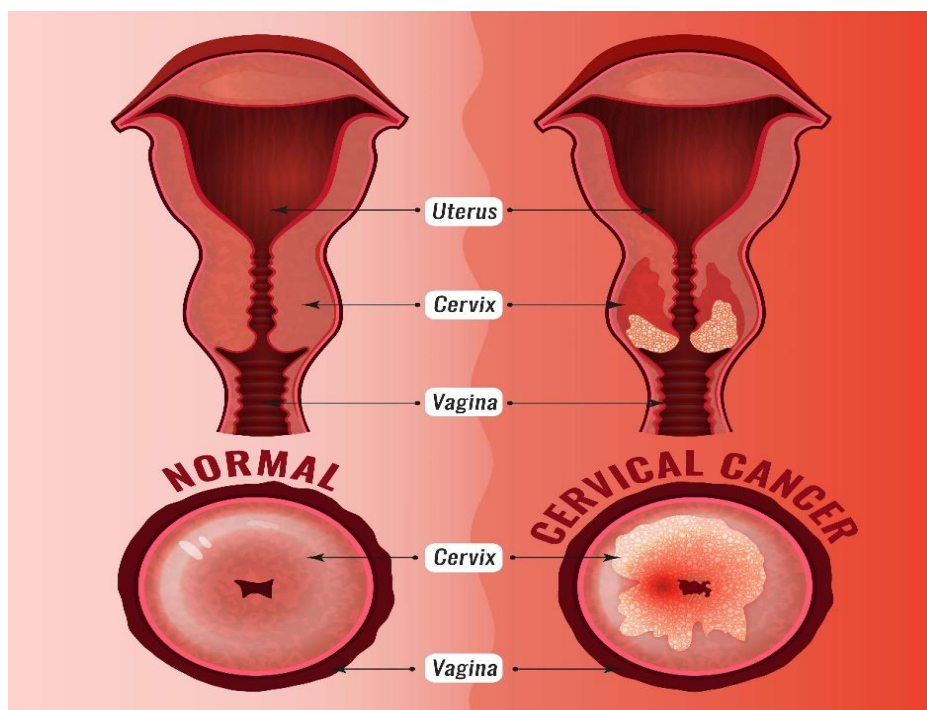


Imagem: Colo uterino normal e colo uterino com câncer; Fonte: Gineco.com.br

3. PAPILOMAVÍRUS HUMANO

Conhecido com o nome genérico de papiloma vírus, o HPV, compreende uma categoria de vírus com mais de 100 subtipos, que vivem na pele e na mucosa dos seres humanos, manifestados em forma de lesões ou verrugas, considera-se uma infecção sexualmente transmissível, (IST), também podendo ser transmitida de mãe para filho durante o parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

O HPV classifica-se em baixo e alto risco de desenvolver câncer, sendo eles doze tipos com alto risco (HPV tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) são mais suscetíveis a aparecimento e persistir podendo gerar lesões pré-cancerígenas, sendo os subtipos 16 e 18 estando relacionado à 90% dos casos de câncer de colo de útero, ainda segundo dados do ministério de saúde, correlacionam em 70% dos casos de câncer de Ânus, e cerca de 60% dos casos de câncer de vagina e vulva, os HPV tipo 6 e 11 responsáveis pelo

aparecimento de verrugas genitais e papilomas laríngeos, nem sempre evoluindo para carcinomas.. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

É o agente que apresenta maior importância para o desenvolvimento de câncer em cervical, os estudos mostram que o HPV de alto risco é detectado em cerca de 92,9 a 99,7 % dos casos de câncer de colo uterino. O papiloma vírus pertence à família Papilomaviridae, seu genoma é composto por DNA circular de dupla fita, é um vírus do tipo não envelopado. (NETO, 2020)

O diagnóstico do HPV, Consiste em: exames ginecológicos e laboratoriais como Papanicolau, colposcopia, peniscopia e anuscopia; e diagnóstico diferencial com outras lesões papilomatoses, incluindo variações anatômicas (glândulas sebáceas, pápulas perláceas do pênis), outras doenças infecciosas e neoplasias. (VARELLA, 2018)

De acordo com a cartilha nacional de imunização, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018); os exames para diagnóstico e confirmação de infecção pelo vírus HPV é compreendem o exame papanicolau, sendo o exame preventivo que detecta alterações que a presença do HPV pode causar nas células e um possível câncer, porém não detecta a presença do vírus, sendo realizado preventivamente e periodicamente, em mulheres ao longo da vida adulta; já o exame denominando colposcopia é realizado com aparelho conhecido como colposcópio, aumentando a visão de 10 a 40 vezes, podendo detectar alterações na vulva, vagina e colo do útero, podendo indicar a origem exata da lesão, isso em casos em que o exame papanicolau apresente alterações.

Assim sendo, temos também a detecção molecular da presença do vírus HPV, feita através de análise qualitativa denominada captura híbrida, para identificar a presença dos tipos de alto risco mesmo antes de ele se manifestar; por fim, o PCR, essa modalidade é realizada a partir de testes molecular que podem apresentar ou não a presença do genoma do HPV Através de fluidos corporais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

São 13 tipos de vírus HPV, potencialmente oncológicos, que podem se manifestar de forma recorrente causando lesões e neoplasias podendo potencialmente evoluir para um câncer, sendo que os tipos de HPV, 16 e 18, estão presente na maioria dos casos de câncer de colo de útero, por isso a importância de um trabalho preventivo, que se dá através da realização periódica do Papanicolau. (INCA, 2021) .

4. ESTADIAMENTO

Segundo o AMERICAN CÂNCER SOCIETY (2020), O câncer de colo uterino utiliza o sistema de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) que tem por finalidade classificar a doença em estágios que varia de acordo com a extensão do câncer.

O estadiamento do câncer determina em que grau a doença se encontra, ou seja, se disseminou, se atingiu órgãos próximos, sua localização, auxiliando a encontrar o melhor tipo de tratamento, podendo prever um prognóstico geral da doença. Para diagnóstico de câncer de útero e de colo de útero, o médico utiliza de exames físico e de imagem, através destes pode determinar se o câncer sofreu metástase, ou seja, se atingiu outros órgãos, se tem linfonodos, se atingiu tecidos do órgão, onde se localiza e sua extensão. (ONCOGUIA, 2020)

A classificação desenvolvida pela FIGO, é a mais utilizada para determinar, através de exames físicos, de imagem e biópsias canceres no órgão reprodutor feminino, dentre eles câncer de colo de útero, e os parâmetros para determinar o grau em que o câncer/tumor se encontra, definidos em 4 estágios, sendo que o último, definido como grau 4 é o mais avançado.

O estágio 1: O câncer está limitado ao colo uterino, não se encontra espalhado para outros órgãos e nem para linfonodos.

O estágio 2: O câncer já invadiu o útero, parte da vagina, mas não se espalhou para outros órgãos nem para linfonodos.

O estágio 3: O câncer já invadiu parte inferior da vagina, pelve, ureter e pode ter invasão de linfonodos pélvicos ou linfonodos para- aórtico, porém não há invasão de outros órgãos.

O estágio 4: O câncer já invadiu pelve, bexiga, reto e até órgãos distantes como pulmão.

Estadiamento FIGO		Descrição
I		As células cancerígenas cresceram da superfície do colo do útero para os tecidos mais profundos. O tumor não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IA	Existe uma quantidade muito pequena de doença que pode ser visualizada apenas sob um microscópio. O tumor não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IA1	O tumor só pode ser visualizado sob um microscópio e tem menos de 3 mm de profundidade, não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IA2	O tumor só pode ser visualizado com microscópio, tem entre 3 e 5 mm de profundidade, não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IB	Isso inclui o tumor em estágio I, que se espalhou até 5 mm, mas ainda está limitado ao colo do útero. Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IB1	O tumor tem entre 5 mm e 2 cm de tamanho, mas não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IB2	O tumor tem entre 2 e 4 cm de tamanho, mas não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IB3	O tumor tem pelo menos 4 cm de tamanho e está limitado ao colo do útero. Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.

II		O tumor cresceu além do colo do útero e do útero, mas não invadiu as paredes da pelve ou a parte inferior da vagina. Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IIA	O tumor cresceu além do colo do útero e do útero, mas não se espalhou para os tecidos próximos ao colo do útero (parametria) Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IIA1	O tumor não é maior que 4 cm. Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IIA2	O tumor tem 4 cm ou mais. Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
	IIB	O tumor câncer cresceu além do colo do útero e se espalhou para os tecidos próximos ao colo do útero (os paramétricos) Não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.
III		O tumor invadiu a parte inferior da vagina ou as paredes da pelve. Pode estar bloqueando os ureteres (tubos que transportam a urina dos rins para a bexiga) Pode (ou não) ter se espalhado para os linfonodos próximos, mas não se disseminou para outros órgãos.
	IIIA	O tumor se espalhou para a parte inferior da vagina, mas não para as paredes da pelve. Mas não se espalhou para os linfonodos próximos, nem para outros órgãos.

	IIIB	O tumor cresceu nas paredes da pelve e/ou está bloqueando um ou ambos os ureteres, causando problemas nos rins (hidronefrose) Mas não se espalhou para os linfonodos próximos, nem se espalhou para outros órgãos.
	IIIC	O tumor pode ser de qualquer tamanho. Os exames de imagem ou uma biópsia mostram que se espalhou para os linfonodos pélvicos próximos (IIIC1) ou linfonodos para-aórticos (IIIC2) Mas não se espalhou para outros órgãos.
IV		O tumor invadiu a bexiga ou reto ou se disseminou para outros órgãos, como pulmões ou ossos.
	IVA	O câncer se espalhou para a bexiga ou reto ou está crescendo além da pelve.
	IVB	O tumor se espalhou para outros órgãos além da área pélvica, como linfonodos distantes, pulmões ou ossos.

Fonte: American Câncer Society (03/01/2020)

Tabela 1: Classificação FIGO

5. EXAME PAPANICOLAU

O exame Papanicolau é um exame ginecológico que tem por finalidade o rastreamento do câncer de colo uterino, é realizado por meio convencional com esfregaço em lâmina, ou citologia em meio líquido. A citologia é um exame que detecta precocemente as lesões no colo uterino onde permite tratamento adequado e precoce. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

A coleta se inicia por meio da introdução de um espéculo na vagina, para melhor visualização de todo o colo do útero e interior da vagina, após é promovido a escamação da superfície externa e interna do colo uterino com uma espátula e uma escovinha, a escova que é introduzida é rodada no orifício externo do colo do útero, o material é passado em uma lâmina onde é realizado um esfregaço, ou colocado em um frasco de meio líquido, o

exame é enviado para um laboratório para posterior análise do material. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021)

Foi elaborado em 1988 um sistema de classificação citopatológica e patologia cervical denominado Bethesda System. (CARVALHO, 2000) As células pré-câncer podem ser classificadas em Células escamosas atípicas (ASC), e Lesões intraepiteliais (SIL) As células escamosas atípicas são classificadas em: ASC-US que representa baixa suspeita de alteração e ASC-H que apresenta suspeita de alteração, ambos os resultados é necessário realização de uma colposcopia. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2019)

O ASC-US ou Células Escamosas Atípicas de significado indeterminado, ocorre em cerca de 2% a 3% dos exames com resultados anormais, indica presença de atípias, pode apresentar alterações celulares tanto benignas quanto lesões malignas, são interpretadas como resultado sendo indefinido, pode ser provocado por inflamações, infecções, atrofia vaginal durante a menopausa, entre outros fatores. (PINHEIRO, 2021) De acordo com o Sistema Bethesda, 2001, o ASC-US representa de 4% a 6% do total dos esfregaços e tem uma definição negativa.

O ASC-H representa presença de células escamosas atípicas, que podem ter características mistas, não é possível descartar presença de lesões malignas, tendo um maior risco de apresentar lesões de alto grau. (PINHEIRO, 2021) Segundo o Sistema de Bethesda, 2001, o ASC-H representa menos de 10% dos esfregaços, os casos de ASC-H estão associados a um risco maior de lesão intraepitelial NIC II e NIC III.

A Lesão Escamosa Intraepitelial é caracterizada como condiloma plano, podendo ser de alto grau ou baixo grau, apresentam alterações associadas com o HPV, caracterizado como displasia leve (NIC I) A Lesão Intra Escamosa de Alto Grau é associada ao HPV, caracterizado como displasia moderada (NIC II) e Displasia Acentuada (NIC III), ambas apresentam o mesmo tipo de células, porem o NIC III mais acentuado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

A LSIL ou Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau, indica a presença de uma displasia branda, pode ser causada por qualquer tipo de HPV e apresenta alta taxa de regressão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016)

O HSIL ou Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, representa células anormais que possuem alteração em tamanho e formato, indica alta taxa de risco de lesões pré-malignas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

6. COLPOSCOPIA

A colposcopia é um procedimento que é realizado com um aparelho chamado colposcópio que tem por finalidade permitir o médico examinar todo trato vaginal, sendo vulva, vagina e colo uterino. O colposcópio permite a identificação de lesões que ao olho nú não é possível visualizar. A colposcopia deve ser realizada por pacientes que tiveram resultados alterados com sugestão de lesões, ou quando o ginecologista observa alguma lesão suspeita durante o Papanicolau, onde ao observar a lesão o ginecologista irá retirar uma amostra de biópsia para analisar a lesão. (PINHEIRO, 2021)

7. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DO COLO UTERINO

Segundo AMERICAN CÂNCER SOCIETY (2020), as neoplasias são identificadas após análise do material pelo laboratório, elas são classificadas de acordo com o grau de 1 a 3.

O NIC I ou Lesão neoplásica intraepitelial cervical grau 1, é uma lesão do epitélio escamoso e é considerado displasia de baixo grau, há presença de pouco tecido anormal, cerca de 1/3 de anormalidades. (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2020) No NIC I apresenta boa maturação com anomalias nucleares mínimas e pouca mitose, apresenta células indiferenciadas que ficam limitadas em camadas mais profundas do epitélio, apresenta alterações devidas à infecção pelo HPV. (J.W. SELLORS & R. SANKARANARAYANAN (2003)

NIC II é considerado displasia moderada ou grave de alto grau, apresenta cerca de 2/3 de anormalidade. (American Câncer Society (2020) O NIC II é caracterizado por mudanças celulares displásicas, principalmente restritas a metade inferior ou dois terços inferiores do epitélio, apresentam anomalias nucleares mais acentuadas que o NIC I. (J.W. SELLORS & R. SANKARANARAYANAN (2003)

NIC III é considerado displasia de alto grau, é a lesão mais grave, ela se encontra em toda extensão do colo uterino, porém não rompe a membrana basal. (American Câncer Society, 2020) O NIC III apresenta diferenciação e estratificação estão ausentes ou presentes somente no quarto superficial do epitélio com presença de mitose, apresenta anomalias nucleares que se estende em toda espessura do epitélio. (J.W. SELLORS & R. SANKARANARAYANAN (2003)

8. CARCINOMAS

O carcinoma é um tipo de câncer comum, que pode surgir de tecidos do corpo, ele se origina de um tecido epitelial. O carcinoma de colo uterino varia de acordo com a célula que o originou, sendo os mais comuns o carcinoma de células escamosas, carcinoma adenoescamoso e adenocarcinoma. (PINHEIRO, 2020)

9. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

É originado de células planas que revestem o colo do útero, representa 85% dos casos. O carcinoma de células escamosas pode se manifestar em três formas, sendo vegetante, ulcerativo ou infiltrativo. (REICHERT, 2011) O carcinoma de células escamosas é originado de células semelhantes a pele que recobrem a superfície externa do colo uterino, sendo o ectocérvix. (CANCER RESEARCH UK, 2020)

10. CARCINOMA ADENOESCAMOSO

Apresenta dois tipos de células malignas, as escamosas e glandulares, é o tipo mais raro. (PINTO e MAIA, 2007)

11. ADENOCARCINOMA

É originado de células glandulares que produz muco, representa 20% dos casos, e apresenta rápida evolução. (TEIXEIRA, 2012) O adenocarcinoma começa em células glandulares que produzem o muco, o colo uterino apresenta essas células espalhadas do interior da passagem que vai do colo uterino até o útero. (CANCER RESEARCH UK, 2020)

12. CARCINOMA EPIDERMÓIDE

É originado em células da ectocérvice, representa 80% dos casos e apresenta as classificações: carcinoma de células grandes queratinizado, células grandes não queratinizados e células pequenas não queratinizados. (CORREA, 2005)

13. CERVICITE CRÔNICA E AGUDA

O processo de inflamação é resposta a algum agente agressor, a cervicite é uma inflamação infecciosa ou não, que ocorre no colo uterino provocada por infecções bacterianas ou doenças sexualmente transmissíveis, os sintomas mais comuns são sangramento vaginal, eritema e secreção. (GOJE, OLUWATOSIN, 2018)

14. PÓLIPOS

É uma neoplasia benigna, causada por inflamação crônica, podem ser classificados em ectocervicais e endocervicais dependendo do local que está posicionado. (FRANTZ, 2019)

15. FATORES DE RISCO

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019) aponta que alguns fatores apresentam um importante papel para o desenvolvimento do câncer de colo uterino sendo eles:

- Atividade sexual sem preservativos, com vários parceiros e precocemente.
- Histórico de doenças sexualmente transmissíveis.
- Tabagismo.
- Uso prolongado de pílulas anticoncepcionais.
- Má higiene.
- Imunodeficiência

16. SINAIS E SINTOMAS

O câncer de colo uterino pode não apresentar sintomas em sua fase inicial, em casos mais avançados pode ocorrer sangramento vaginal, corrimento, secreções, dor vaginal após relações sexuais e dor pélvica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) As neoplasias que estão mais disseminadas podem ocorrer dores na lombar, edema nas pernas, uropatia obstrutiva, dor pélvica, corrimento vaginal fétido. (RAMIREZ, 2019)

17. DETECÇÃO PRECOCE

A fase pré clínica não apresenta sintomas. As lesões são detectadas através de exames, que por sua vez, se realizados e apresentar diagnóstico em fase inicial, tem mais possibilidade de se obter cura. Toda mulher que tem, ou teve vida sexual ativa, ou apresenta idade entre 25 e 64 anos devem realizar os exames. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020)

A detecção precoce é uma forma de prevenir um câncer, detectando a doença em fase inicial, ela poder feita através de observação de exames laboratoriais, exames clínicos e radiologias. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2020)

18. DIAGNÓSTICO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para se diagnosticar o câncer de colo de útero podem ser utilizados os seguintes exames:

Exame pélvico: análise de toque vaginal, examinação da vagina, colo uterino, útero, ovário e reto.

Papanicolau ou preventivo: É a principal forma de diagnosticar um câncer, realizado com o auxílio de um espécule, uma espátula de madeira e uma escova de coleta, é analisado o interior da vagina e colo uterino, e coletado a amostra para ser encaminhado para análise. Esse exame deve ser realizado anualmente a com o intuito de prevenir o câncer.

Colposcopia: Realizado através de um aparelho chamado colposcópio, o mesmo observa o colo uterino, a vulva e a vagina a fim de detectar lesões.

Biópsia: É a retirada de uma amostra, com o auxílio de um colposcópio, realizado caso detecção de lesões, utilizado para verificar se a lesão é um câncer, caso necessário, é realizado a remoção de um tecido maior para análise.

Tomografia e ressonância magnética: utilizado para verificar se há metástases do câncer para outras partes do corpo.

19. TRATAMENTO

Os métodos utilizados podem variar de acordo com o estadiamento da doença, podendo ser realizado cirurgias, radioterapia, quimioterapia, podendo ser utilizadas de forma individual ou em conjunto. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020)

O tratamento é realizado de acordo com o tamanho da lesão, a cirurgia muitas vezes leva a cura, deve ser avaliado para verificar o tamanho do tumor e se o mesmo não infiltra outros tecidos. A radioterapia é indicada para tumores pequenos, a braquiterapia é utilizado produtos radioativos que são colocados próximo ao tumor. A quimioterapia usada de forma isolada ou em conjunto a outros métodos, é utilizada para evitar a metástase do câncer. (INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA, 2019)

20. VACINA CONTRA HPV

A vacina contra o HPV foi implantada em 2014 para meninas e meninos de 9 a 13 anos, a mesma confere proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, tendo assim por finalidade prevenir a infecção pelo vírus e reduzir o câncer de colo uterino. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

21. PREVENÇÃO

O câncer de colo uterino tem por sua causa a infecção pelo HPV, sua transmissão é feita por contato sexual, vaginal, oral ou anal. A prevenção é realizada e pelo uso de camisinha durante relações sexuais e realização do exame ginecológico anualmente. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019)

REFERÊNCIAS

- ALBERT EINSTEIN. **Câncer de colo útero**. Disponível em: > <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/cancer-colo-utero> > Acesso em 01/09/2020.
- CARVALHO, J. P. **Câncer do colo do útero: quadro clínico e diagnóstico**. In: HALBE, H. W. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Carcinoma do colo do útero**. Disponível em: >https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/carcinoma-do-colo-do-utero.pdf > Acesso em 26/08/2020.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANES. **Colo de útero**. Disponível em: > <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/centro-oncologia/colo-de-utero/Paginas/diagnosticos.aspx> <. Acesso em 20/08/2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: ><https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero> < Acesso em 02/09/2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. **Câncer de colo de útero**. Disponível em: > <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/390-cancer-colo-utero> < Acesso em 24/08/2020.
- INSTITUTO ONCOGUIA. **O colo do útero**. Disponível em: > <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-colo-do-utero/765/128/>> Acesso em 02/09/2020.
- INSTITUTO VENCER O CÂNCER. **Câncer do colo uterino**. Disponível em: > <https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-uterino/cancer-de-colo-do-utero-o-que-e/>< Acesso em 20/08/2020.
- INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA. **Câncer de colo de útero**. Disponível em: > <https://www.ladoaladopelavida.org.br/cancer-de-colo-de-utero> > Acesso em 01/09/2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Condiloma acuminado**. Disponível em :> <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/condiloma-acuminado-papilomavirus-humano-hpv>> Acesso em 21/08/2020.
- _____. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Disponível em: > http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf; > Acesso em 25/08/2020.

OLUWATOSIN, Goje. **Cervicite**. Disponível em: > <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/vaginite,-cervicite-e-doen%C3%A7a-inflamat%C3%B3ria-p%C3%A9lvica-dip/cervicite> < Acesso em 20/08/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Câncer de colo do útero**. Disponível em:>https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839 > Acesso em 20/08/2020.

PFIZER. **Câncer de colo de útero**. Disponível em: > <https://www.pfizer.com.br/sua-saude/oncologia/cancer-de-colo-de-utero> < Acesso em 02/09/2020.

PINTO, Álvaro Piazzeta, MAIA, Luiz Roberto. **Adenosquamous carcinoma of the cervix mimicking adenoid basal carcinoma: case report and review of the literature**. Disponível em: > <https://www.scielo.br/pdf/jbpml/v43n1/a09v43n1.pdf> / < Acesso em 06/09/2020.

RAMIREZ, Pedro. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: > <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/c%C3%A2ncer-do-sistema-reprodutor-feminino/c%C3%A2ncer-do-colo-do-%C3%BAtero> < Acesso em 25/08/2020

TEIXEIRA, Júlio César, CARVALHO Newton Sérgio, ESTEVES, Sérgio Carlos Barros, ZEFERINO, Luiz Carlos. **Particularization of cervix adenocarcinoma according to current knowledge**. Disponível em: > <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3417.pdf> /< Acesso em 06/09/20

ARTIGO

**PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UM LABORATÓRIO
PARTICULAR NA CIDADE DE CASCAVEL-PR**

**PREVALENCE OF CERVICAL CANCER IN A PRIVATE LABORATORY IN THE
CITY OF CASCAVEL-PR**

**JULLYARA VALLÉRIA CORBARI ULH¹, CLAUDINEI MESQUITA DA
SILVA¹.**

¹Curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel –
Paraná

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz

Autor correspondente: Jullyara Valléria Corbari Ulh

Endereço: Rua Silvino Casagrande, 752. Telefone: 45-99828-5898, Cascavel,
Paraná

E-mail: Jullyara-ulh@hotmail.com

Resumo

Introdução: O câncer de colo uterino é uma das causas que mais mata mulheres no Brasil. As taxas de prevalência de mortalidade no Brasil demonstram que por falta de informações básicas, mulheres não realizam os exames de rotina. **Objetivo:** Analisar a prevalência do câncer de colo uterino no ano de 2020, realizados por um laboratório particular localizado na cidade de Cascavel-PR. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo transversal, através de coleta e análise de exames de citologia preventiva e anatomopatológicos de colo uterino, no período de janeiro a dezembro de 2020. **Resultados:** Foram coletados 11219 exames com 3300 com resultado alterado, resultando em uma prevalência de 29,41%. Mulheres entre 20-39 anos foram as principais acometidas (67%), e em sua maioria lesões pré-cancerosas (NIC I, NIC II e NIC III). **Conclusão:** O estudo demonstrou alta prevalência de lesões pré cancerosas. São necessários mais estudos na região para detectar e identificar o perfil das pacientes atingidas e o perfil de morbimortalidade.

Palavra-chave: Neoplasias, Neoplasias do Colo do Útero, HPV.

Summary

Introduction: Cervical cancer is one of the causes that most kills women in Brazil. The mortality prevalence rates in Brazil show that, due to lack of basic information, women do not undergo routine exams. **Objective:** To analyze the prevalence of cervical cancer in 2020, performed by a private laboratory located in the city of Cascavel-PR. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study, through the collection and analysis of preventive cytology and uterine cervix anatomopathological exams, from January to December 2020. **Results:** 11219 exams were collected with 3300 with altered results, resulting in a prevalence of 29.41%. Women aged 20-39 years were the most affected (67%), and mostly precancerous lesions (CIN I, CIN II and CIN III). **Conclusion:** The study demonstrated a high prevalence of precancerous lesions. More studies are needed in the region to detect and identify the profile of affected patients and the profile of morbidity and mortality.

Keyword: Neoplasms, Cervical Neoplasms, HPV.

**PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UM LABORATÓRIO
PARTICULAR NA CIDADE DE CASCAVEL-PR
PREVALENCE OF CERVICAL CANCER IN A PRIVATE LABORATORY IN
THE CITY OF CASCAVEL-PR**

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino, ainda se configura um problema de saúde pública, por estar em quarto lugar dentre as doenças que mais acometem mulheres no mundo (570 mil casos novos por ano no mundo), causando em média 370 mil mortes. No Brasil, em 2019, ocorreram 6596 óbitos devido ao câncer de colo de útero, alcançando uma taxa de mortalidade de 5,33 para cada 100 mil mulheres. Já em no 2020, são esperados 16710 casos novos, uma estimativa de risco de 5,38/100.000 mulheres. (INCA, 2021)

De acordo com o Ministério Da Saúde (2018), a alta incidência de casos diagnosticados e/ou avançados de Câncer de colo uterino, apontam que o tabagismo, a diversidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, baixa escolaridade, falta de informação, falta de acesso a saúde preventiva pública ou privada, e a Infecção Pelo Vírus da Imunodeficiência humana (HIV), constituem fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia. Além disso, cerca de 93% dos casos o Papilomavírus humano (HPV) e o Herpes vírus Tipo II estão presentes, por terem uma ação significativa no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células neoplásicas. (NETO, 2020) O câncer cervical, como também é chamado, é raro em mulheres de até 30 anos, sendo o pico de sua incidência na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a taxa de mortalidade pode ser reduzida em 80% através do rastreamento das idades entre 25 a 60 anos por meio do exame Papanicolau e o tratamento adequado das lesões. (SILVA, et.al.,2018)

As estatísticas de mortalidade têm sido utilizadas com frequência para a construção de estudos epidemiológicos, sendo indispensáveis para apontar os

indicadores de saúde da população. (THULER, 2018) Assim, esse estudo tem por objetivo, analisar a prevalência do câncer de colo uterino, bem como seu estadiamento em exames realizados em um laboratório particular, no ano de 2020, na cidade de Cascavel- PR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo transversal, através coleta e análise de dados em um laboratório particular na cidade de Cascavel-PR, referentes a exames de citologia preventiva e biópsias de colo uterino realizados no período de 01/01/2020 à 31/12/2020. A investigação dos dados foi realizada através de uma abordagem descritiva, utilizando-se para os procedimentos de análise, a coletas referentes a prevalência do câncer de colo uterino, sua classificação e ordenação.

Para viabilizar o estudo foram catalogados resultados de exames de Citologia Preventiva e Anatomopatológicos de colo uterino de pacientes com lesões do colo uterino, ou seja, as variáveis para análise estatística foram divididas em 3 grupos: aqueles que possuíam a presença de alterações nos exames Papanicolau; alterações Anatomopatológicos; e os que não possuíam alterações. As variáveis de interesse incluídas na análise foram: idade e resultados laboratoriais. As amostras foram provenientes de pacientes atendidos em consultórios médicos situados no município de Cascavel.

Além disso, aplicou-se questionário padronizado sobre informações sociodemográficas, comportamentais e reprodutivas para as mulheres com idade entre 18 à 64 anos, residentes na cidade de Cascavel-PR. Foram selecionadas as variáveis referentes à idade, grau de escolaridade, uso de métodos contraceptivos, informações sobre a realização do exame Papanicolau. As idades foram categorizadas priorizando-se a faixa de 25 a 64 anos conforme recomendação do Ministério da Saúde (SANTOS, 2018).

Também se optou pela descrição das faixas etárias em intervalos de cinco anos, para melhor análise. Os dados quantitativos foram transferidos, analisados e representados sob forma de Tabelas e gráficos. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, com parecer número 4.532.946 de 09/02/2021.

RESULTADOS

Foram coletadas informações de todos os laudos no período da pesquisa, totalizando 6750 exames citológicos e 4469 exames anatomopatológicos, realizados em mulheres de 18 a 79 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Coleta de dados em exames anatomopatológicos e citopatológicos

EXAMES PAPANICOLAU	QUANTIDADE	%
Exames com alteração	2000	30%
Exames sem alteração	4750	70%
Total	6750	
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS		
Exames com alteração	1300	29%
Exames sem alteração	3169	71%
Total	4469	
EXAMES POSITIVOS DE PAPANICOLAU		
Indicativo de Lesão Intraepitelial de Alto Grau - "L.I.E.A.G.": HSIL.	640	32%
Indicativo de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau - "L.I.E.B.G.": LSIL.	502	25%
Atipias de significado indeterminado em células epiteliais glandulares, não se pode afastar lesão de alto grau- AG-NEO.	70	4%
Atipias de significado indeterminado em células epiteliais glandulares, possivelmente não neoplásico - AG-SOE.	280	14%
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)	169	8%
Células escamosas atípicas não é possível excluir uma lesão de alto grau (ASC-H)	308	15%
Adenocarcinoma "in situ".	4	0%
Carcinoma espinocelular invasor.	14	1%

Carcinoma invasor.	13	1%
FAIXA ETÁRIA - EXAMES PAPANICOLAU POSITIVOS		
20-29	1290	46%
30-39	596	21%
40-49	434	16%
50-59	275	10%
60-69	139	5%
70-79	53	2%

EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS POSITIVOS		
Lesão Intraepitelial de Baixo Grau - Compatível com NIC I.	404	32%
Lesão Intraepitelial de Baixo Grau - Compatível com NIC II.	50	4%
Lesão Intraepitelial de Baixo Grau - Compatível com NIC III.	293	23%
Carcinoma Epidermoide.	20	2%
Carcinoma de Células Escamosas.	60	5%
Carcinoma Adenoescamoso.	13	1%
Adenocarcinoma "in situ".	32	3%
Cervicite Crônica.	198	16%
Ectocervicite Crônica.	92	7%
Endocervicite Crônica.	86	7%
FAIXA ETÁRIA - EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS POSITIVOS		
20-29	368	28%
30-39	334	26%
40-49	263	20%
50-59	167	13%
60-69	110	8%
70-79	58	4%

O questionário foi aplicado para 750 mulheres, com faixa etária entre 20 e 79 anos, para a verificação de informação relacionada ao câncer de colo uterino pela população feminina. (Tabela 2).

Tabela 2. Características da população que respondeu ao questionário padronizado sobre câncer de colo de útero

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	%
20-39	675	75%
40-59	45	13%
60-79	30	12%
ESTADO CÍVIL		
Casada	125	17%
Solteira	542	72%
Viúva	0	0%
Estável	85	11%
ESCOLARIDADE		
Ensino Superior	525	68%
Ensino Médio	220	31%
Ensino Fundamental	5	1%
Não alfabetizada	0	0%
RENDA FAMILIAR		
1 Salário Mínimo	45	12%
2 Salários Mínimos	340	34%
3 Salários Mínimos	35	21%
4 Salários Mínimos ou mais.	330	33%
INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL		
10 a 15 anos	120	17%
16 a 19 anos	530	69%
20 a 25 anos	85	12%
26 a 29 anos	10	1%
Acima de 30	5	1%
QUANTIDADE DE PARTOS		
0	615	85%

1	75	12%
2	45	1%
3 ou mais	15	2%
TABAGISTA		
Sim	85	11%
Não	670	89%
USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS		
Sim	570	76%
Não	180	24%
MÉTODO CONTRACEPTIVO UTILIZADO		
Preservativo	70	13%
Pílula anticoncepcional	425	74%
Pílula do dia seguinte	0	0%
DIU	30	5%
Injeção anticoncepcional	45	8%
FREQUÊNCIA DO USO DE PRESERVATIVO		
Nunca	300	40%
As vezes	160	21%
Sempre	290	39%
VOCÊ SABE A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU?		
Sim, e sei para que serve	350	87%
Sim, porém não sei para que serve	50	7%
Não	50	7%
CONHECIMENTO DE CANCER DE COLO DE ÚTERO E IST		
Sim	650	87%
Não	100	13%
FREQUÊNCIA DO PAPANICOLAU		
De 6 em 6 meses	16	3%
Anualmente	415	53%
De 2 em 2 anos	95	13%
Raramente	70	9%
Nunca realizou	154	22%
MOTIVO DA NÃO REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU		

Vergonha	90	54%
Medo	20	31%
Não acha necessário	40	14%
NA SUA OPINIÃO, PORQUE ALGUMAS MULHERES SE RECUSAM A REALIZÁ-LO?		
Medo	150	20%
Falta de acessibilidade	125	17%
Vergonha	250	33%
Falta de conhecimento	225	30%
IDADE DA PRIMEIRA COLETA DO PAPANICOLAU		
12 à 15 anos	45	1%
16 à 19 anos	311	47%
19 à 22 anos	200	30%
23 ou mais	40	6%
Não realizei	154	17%
EM SUA OPINIÃO QUAL É O MOMENTO CORRETO PARA REALIZAR O EXAME?		
Antes da primeira relação sexual	190	25%
Após a primeira relação sexual	450	60%
Não existe momento correto	110	15%
HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO		
Não	620	82%
Sim	130	18%
VOCÊ SABIA QUE A VACINA CONTRA O HPV, RECÉM-LIBERADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), PORÉM A MUITO TEMPO UTILIZADA NO SISTEMA PARTICULAR, TEM COMO INTUITO PREVENIR O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO?		
Não	600	80%
Sim	150	20%

DISCUSSÃO

No Brasil, o principal exame para rastreamento de câncer de colo de útero é o citopatológico, realizado através da coleta de células cervicais pelo método Papanicolau, sendo um exame de baixo custo e alta eficiência para reduzir a incidência desse tipo de câncer. (TRINDADE,et.al.,2017) De acordo com TRINDADE, et.al., (2017), mesmo que o exame seja feito com intervalo de 10 anos, tem efeito na redução da incidência de câncer cervical em mulheres de 35 a 64 anos, e se realizado periodicamente em um intervalo de 2/3 anos tem efeito protetor em 93% dos casos.

O estudo realizado em Cascavel-PR analisou a prevalência de casos de câncer de colo de útero em exames de um laboratório particular, onde, foram catalogados no ano de 2020, 11112 exames, dentre esses 3300, cerca de 29,47%, testaram positivo para lesão em células epiteliais, e em sua maioria mulheres de 20 a 39 anos. Em um estudo realizado sobre a epidemiologia de câncer de colo de útero no Paraná, PEIXOTO, et. al. (2016), em 2017 apontou que a projeção de que o câncer de colo de útero pode acometer mulheres a partir da terceira década de vida, aumentando a gravidade até atingir mulheres com mais de 50 anos. No estudo deste laboratório a prevalência de lesões de baixo grau compatíveis com NIC I, NIC II, NICIII, apresentou resultados significativos em mulheres de 20 a 39 anos, e apenas 9% dos casos prevaleceram em possíveis carcinomas.

De acordo com programa nacional de combate ao câncer de colo de útero, não tratar a doença, o tempo entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses, já as displasias compatíveis NIC II o tempo é de 38 meses e, nas displasias graves NIC III, de 12 meses. Estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regride espontaneamente, e cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para o câncer invasor em período de 10 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Atualmente o Instituto Nacional do Câncer é o órgão gestor do rastreamento de todos os tipos de câncer dentre esses o câncer de colo de útero, através do SISCAN (Sistema de informação do câncer) utilizado como

ferramenta de apoio para rastreamento de câncer e é utilizado nas unidades de saúde, laboratórios de Citopatologia e Histopatologia que realizam exames pelo Sistema Único de Saúde e nas coordenações estaduais, regionais, municipais e intermunicipais responsáveis pelo acompanhamento das ações de detecção precoce do câncer. (INCA,2020)

Aprimorar o sistema de rastreamento e detecção precoce de câncer de colo de útero, ou seja, cobrir cerca de 80% dos exames, pode sim ter efeito na redução de morbidade/mortalidade por essa doença. (OMS, 2019) Em um estudo apresentado sobre rastreamento de câncer de colo de útero a nível de Brasil, entre 2012 a 2016, a taxa de mortalidade subiu de 5.264 óbitos, para 5.847 óbitos em 2016. (TALLON, et. al. 2020)

Ainda que nas mulheres abaixo de 25 anos, que não se encontram na idade de rastreio do câncer de colo do útero, segundo as Diretrizes brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), observa-se baixa taxa de incidência e mortalidade. Além disso, ocorreram 8.950 mortes no grupo de mulheres acima de 64 anos, que também estão fora da faixa etária de rastreamento correspondendo a quase um terço do total de óbitos (32,29%). (TALLON, et. al. 2020)

Nossos resultados catalogados com possíveis lesões, observou-se que apenas 7% são positivos para mulheres acima de 59 anos, que de acordo com o programa nacional de rastreamento do câncer de colo de útero, estão fora da faixa etária de risco de morte. (INCA,2020) Apesar do grupo acima de 64 anos concentrar parcela importante da taxa de mortalidade, foi o que apresentou os maiores decréscimos percentuais dos coeficientes entre 2012 e 2016. Além disso, nota-se que o coeficiente de mortalidade calculado para faixa etária entre 30-34 anos, apresentou o maior aumento percentual entre os cinco anos cerca de 28%. (TALLON, et.al. 2020)

Em nosso estudo, a maior prevalência é de mulheres com ensino superior completo, e mulheres solteiras. No entanto, segundo Instituto Nacional do Câncer (2020), o perfil sociodemográfico de uma população pré-estabelecida, que cerca de 70,9% possuem o Ensino Médio Completo e uma porcentagem expressiva de 48,3% de mulheres casadas (INCA, 2020).

Para a OMS, como já mencionado, as lesões de baixo grau acometem mulheres de 30 à 39 anos de idade, alcançando seu pico de gravidade após a sexta década de vida.(INCA,2020) Em contrapartida, em nossas análises, a prevalência de lesões compatíveis ficou em sua maioria abaixo dessa idade, prevalecendo entre 20 a 29 anos idade.

Em nosso estudo, as entrevistadas tem conhecimento acerca dos métodos preventivos para manutenção da saúde da mulher, exceto no que se refere a disponibilidade da vacina contra HPV no sistema único de saúde (SUS) e 40% das entrevistadas não faz uso regular de preservativo, contra outros 39% que fazem uso regular. Ainda assim, não se pode afirmar que esse seja o motivo para o alto índice de prevalência de resultados positivos nos exames. Segundo PELOSSO et.al. (2019), o conhecimento sobre o câncer de colo uterino é muito baixo entre mulheres, onde evidencia uma deficiência nos programas educativos, e demonstra a falta de informação.

De acordo com SILVA, et.al (2018), um estudo realizado no estado de Pernambuco, sobre o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de colo de útero, atendidas em um centro de oncologia, observou-se uma predominância de casos graves entre mulheres de 40 a 59 anos, cerca de 45,4% dos casos, portanto os resultados revelaram que a idade perimenopausa, baixo grau de escolaridade, multiparidade, resultado citopatológico de HSIL e exame histopatológico evidenciando carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, foram as características mais relacionadas ao câncer de colo do útero na população estudada.

As projeções do INCA (2020), para novos diagnósticos de câncer de colo de útero em 2020 no estado do Paraná compreendem uma considerável estimativa de é de 16.89 para cada 100 mil mulheres.

Correlacionando todos esses dados e pesquisas acerca do tema em questão, um importante desafio para o sistema de saúde do Paraná, é otimizar o sistema de rastreamento de câncer de colo de útero, pois de acordo com a estimativa para o biênio 2018-2019 realizada pelo INCA (2020), apresenta que a incidências de câncer de colo de útero é de 8,1%, ocupando a terceira posição mais frequente de câncer no Brasil, sendo o primeiro mais incidente na Região

Norte (25,62/100 mil), segundo nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil) e quarto nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), considerando as taxas brutas. (SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE DO ESTADO DO PARANA, 2020)

Tendo em vista a alta taxa de prevalência apresentada nesse estudo, mesmo que os métodos preventivos de câncer de colo uterino sejam fornecidos gratuitamente nos Serviços de Saúde Pública no Brasil, as altas taxas de câncer de colo de útero ainda representam um desafio para a Saúde Pública, e essas medidas ainda não são suficientes para reduzir de forma expressiva a morbidade/mortalidade por essa doença, entre a população feminina brasileira. (FONTES, et.al.,2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou alta prevalência de lesões pré cancerosas, correspondentes há citar os tipos de maior prevalência; em mulheres que de acordo com as diretrizes do ministério da saúde se encontram fora da área de risco para desenvolvimento de câncer de colo de útero, porém destaca-se a importância de se aprimorar o sistema de rastreamento de câncer de colo de útero, pois, a detecção precoce proporcionará um tratamento adequado, uma vez que as chances de diminuir a prevalência de câncer são maiores nas fases iniciais da doença.

Observou-se que o câncer de colo de útero é uma doença de múltiplos fatores, mas está diretamente ligada a infecção pelo Papiloma vírus, que ações simples de prevenção podem evitar a alta incidência de morbidade por essa doença.

Vale ressaltar que o perfil da população estudada apresentou uma série de fatores que podem ter contribuído para essa alta prevalência de lesões pré cancerosas nesse laboratório particular de Cascavel – PR, com isso, é um desafio para as autoridades de saúde intensificar os programas de saúde pública direcionando-os às população de maior risco e possibilitando uma ação preventiva e maior sucesso no que se refere a diminuir os índices de morbidade

por essa doença, reforçando assim a importância da prevenção e esquematização de programas de rastreamento organizados para a população estudada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.S.; GUIMARÃES. M, M. ARAÚJO, T.M. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>. Acesso em 26/04/2021.
- BHATLA, N.; AOKI, D.; SHARMA D.N.; SANKARANARAYANAN, R.; Cancer of the cervix uteri. 2018. Disponível em: https://colposcopia.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Cancer-of-the-cervix-uteri_-FIGO-2018-.pdf. Acesso em: 24/04/2021.
- CARNIDE, C., Papanicolau. 2020. Disponível em: www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/papanicolau/. Acesso em: 01/06/2021.
- DRAUZIO VARELLA. HPV. 2016. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/hpv-papilomavirus-humano/>. Acesso em : 24/04/2021.
- FERES. T.M. RODRIGUES.L.S.; COSER, E.X.; FERREIRA. G.J; MURER. L.A.M.; CAMPOS, T.G.; ROCH, L.L.V.; Prevalência de câncer de colo uterino: um estudo descritivo. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405_100803.pdf. Acesso em 24/04/2021.
- INCA. Câncer de colo uterino. 2021. Disponível em: www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 01/06/2021.
- INCA. Conceito e Magnitude. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude> acesso em 19/04/2021.
- INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 21/04/2021.

INCA. Tratamento para HPV. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/qual-o-tratamento-para-infeccao-pelo->

hpv#:~:text=N%C3%A3o%20h%C3%A1%20tratamento%20espec%C3%ADfico%20para,sistema%20de%20defesa%20do%20organismo. Acesso em: 24/04/2021.

INCA. Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento clínico. 2020.

Disponível em:

www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//seminario-radioterapia-capitulo-um-cancer-de-colo-uterino-parte-2.pdf. Acesso em: 01/6/2021

INSTITUTO ONCOGUIA. O colo do útero. 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-colo-do-utero/765/128/>. Acesso em: 25/04/2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESERCH ON CÂNCER, Histopatologia do colo uterino. Disponível em: screening.iarc.fr/atlasglossdef.php?lang=4&key=ASC-H&img. Acesso em: 01/06/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil. 2017. Disponível em: www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf. Acesso em 01/06/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HPV. 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/07/guia-perguntas-repostas-MS-HPV-profissionais-saude2.pdf>. Acesso em: 24/04/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf. Acesso em: 01/06/2021.

MUNGOL, T. SANTOS, J.L. PITAN, R.S. DAMIANI, A.S.G.; DIEFENTHALER, V.S. ZANELLA, J.F.P, COSER, J. FELIPPIN, T. Prevalência de atipias cervicais encontradas no arquivo do laboratório escola de Citopatologica da Unicruz. Disponível em :<https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais->

/ude/Mostra%20de%20Iniciacao%20Cientifica%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO/PREVAL%C3%8ANCIA%20DE%20ATIPIAS%20CERVICAIS%20ENCONTRADAS%20NO%20ARQUIVO%20DO%20LABORAT%C3%93RIO%20ESCOLA%20DE%20CITOPATOLOGIA%20DA%20UNICRUZ%20(7307).pdf . Acesso em : 01/05/2021

ONCOGUIA. Estadiamento do Câncer de Colo do Útero. 2020. Disponível em: www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-colo-do-uterio/1286/284/. Acesso em: 01/06/2021.

PEIXOTO, P.H., NOVAK, V..N., CRUZ, G.C.C., LIMA, M., KOLLER, F.J., EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. 2016. Disponível em: revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/9773/6084. Acesso em: 01/06/2021.

PELOSSO, S. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. Disponível em: www.academia.edu/12379291/Conhecimento_das_mulheres_sobre_o_cancer_cervico_uterino. Acesso em 01/06/2021.

PINHEIRO, P. Biópsia de colo uterino. 2019. Disponível em: www.mdsaude.com/ginecologia/colposcopia/. Acesso em: 24/04/2021.

RAMOS, S.P. 2021. Câncer do colo do útero. Disponível em: www.gineco.com.br/saude-feminina/doencas-femininas/cancer-do-colo-do-uterio. Acesso em: 01/06/2021.

REDE DOR SÃO LUIZ. Diferença entre câncer de útero e colo de útero. Disponível em: <https://www.rededorsaoluiz.com.br/noticias/artigo/entenda-a-diferenca-entre-cancer-de-uterio-e-de-colo-de-uterio>. Acesso em: 24/04/2021.

SANTOS, H.S. Útero. 2020. Disponível em: <https://www.biologianet.com/anatomia-fisiologia-animal/uterio.htm>. Acesso em: 25/04/2021.

SELLORS, J.W.; SANKARANARAYANAN, R.; Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes. 2020. Disponível em: screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=4&chap=2. Acesso em: 24/04/2021.

SILVA, A. M.; FREITAS, H. G.; OLIVEIRA, M. N.L; SANCHES, F. C. A.; THULER, L. C. S. Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/124/63> acesso em 22/04/2021.

SILVA, A.M., FONTES, R.O. Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero: revisão integrativa. 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/958/1/TCC%20II%20ALINE%20E%20RAISSA.pdf>. Acesso em: 28/04/2020.

SILVA, M.A., FREITAS, H.G. RIBEIRO, R.L. OLIVEIRA, M.N.L.; SANCHES, F.C.A.; THULER, L.C.S; Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/12-fatores-que-na-visao-da-mulher-interferem-no-diagnostico-precoce-do-cancer-do-colo-do-utero.pdf. Acesso em: 28/04/2021.

SILVA, R.C.G., SILVA, A.C.O., PERES, A.L., OLIVEIRA, S.R., Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. Disponível em: www.scielo.br/j/rbsmi/a/PgGpzdL6HqQTsk8RPLVD9JR/?lang=pt. Acesso em 01/06/2021.

SILVA,R. Influencias culturais na realização do exame preventivo, do câncer de colo, revisão integrativa. 2019. Disponível em:<https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1187/1/TCC-2018>

ROSILENE%20DA%20SILVA.pdf. Acesso em 28/04/2021.

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Cenário epidemiológico da neoplasia maligna da mama e do colo do útero em mulheres residentes no paraná. 2020. Disponível em:

www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/cenariodepidemiologcandecerdemama.pdf. Acesso em: 01/06/2021.

TALLON, B., MONTEIRO, D., SOARES, L., RODRIGES, N. MORGADO, M.; Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016)

2020. Disponível em: www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/#. Acesso em 01/06/2021.

TRINDADE, G.B.; MANENTI, S.A.; SIMÕES, P.W., MADEIRA, K.; Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. 2017. Disponível em: www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/134993/130839. Acesso em: 01/06/2021.

ANEXOS:**DOCXWEB**

Relatório DOCxWEB: <https://www.docxweb.com>

Título: tcc artigo parte 1

Data: 06/06/2021 09:50

Usuário: Jullyara Valleria Corbari Ulh

Email: jullyara-ulh@hotmail.com

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **100 %**

Autenticidade Total: 100 %

Texto Pesquisado**Resumo**

Introdução: O câncer de colo uterino é uma das causas que mais mata mulheres no Brasil. As taxas de prevalência de mortalidade no Brasil demonstram que por falta de informações básicas, mulheres não realizam os exames de rotina. **Objetivo:** Analisar a prevalência do câncer de colo uterino no ano de 2020, realizados por um laboratório particular localizado na cidade de Cascavel-PR. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo transversal, através de coleta e análise de exames de citologia preventiva e anatomopatológicos de colo uterino, no período de janeiro a dezembro de 2020. **Resultados:** Foram coletados 11219 exames com 3300 com resultado alterado, resultando em uma prevalência de 29,41%. Mulheres entre 20-39 anos foram as principais acometidas (67%), e em sua maioria lesões pré-cancerosas (NIC I, NIC II e NIC III). **Conclusão:** O estudo demonstrou alta prevalência de lesões pré cancerosas. São necessários mais estudos na região para detectar e identificar o perfil das pacientes atingidas e o perfil de morbimortalidade.

Palavra-chave: Neoplasias, Neoplasias do Colo do Útero, HPV.

Summary

Introduction: Cervical cancer is one of the causes that most kills women in Brazil. The mortality prevalence rates in Brazil show that, due to lack of basic information, women do not undergo routine exams. **Objective:** To analyze the prevalence of cervical cancer in 2020, performed by a private laboratory located in the city of Cascavel-PR.

Methods: Retrospective, cross-sectional study, through the collection and analysis of preventive cytology and uterine cervix anatomopathological exams, from January to December 2020. Results: 11219 exams were collected with 3300 with altered results, resulting in a prevalence of 29.41%. Women aged 20-39 years were the most affected (67%), and mostly precancerous lesions (CIN I, CIN II and CIN III). Conclusion: The study demonstrated a high prevalence of precancerous lesions. More studies are needed in the region to detect and identify the profile of affected patients and the profile of morbidity and mortality.

Keyword: Neoplasms, Cervical Neoplasms, HPV.

PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UM LABORATÓRIO PARTICULAR NA CIDADE DE CASCAVEL-PR
PREVALENCE OF CERVICAL CANCER IN A PRIVATE LABORATORY IN THE CITY OF CASCAVEL-PR

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino, ainda se configura um problema de saúde pública, por estar em quarto lugar dentre as doenças que mais acometem mulheres no mundo **(570 mil casos novos por ano no mundo)**, causando em média 370 mil mortes. No Brasil, em 2019, ocorreram 6596 óbitos devido ao câncer de colo de útero, alcançando uma taxa de mortalidade de 5,33 para cada 100 mil mulheres. Já em no 2020, são esperados 16710 casos novos, uma estimativa de risco de 5,38/100.000 mulheres. (INCA, 2021) De acordo com o Ministério Da Saúde (2018), a alta incidência de casos diagnosticados e/ou avançados de Câncer de colo uterino, apontam que o tabagismo, a diversidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, baixa escolaridade, falta de informação, falta de acesso a saúde preventiva pública ou privada, e a Infecção Pelo Vírus da Imunodeficiência humana (HIV), constituem fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia. Além disso, cerca de 99% dos casos o Papilomavírus humano (HPV) e o Herpes vírus Tipo II estão presentes, por terem uma ação significativa no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células neoplásicas.

O câncer cervical, como também é chamado, é raro em mulheres de até 30 anos, sendo o pico de sua incidência na **faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta** década de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a taxa de mortalidade pode ser reduzida em 80% através do rastreamento das idades entre 25 a 60 anos por meio do exame Papanicolau e o tratamento adequado das lesões. (SILVA, et.al.,2018)

As estatísticas de mortalidade tem sido utilizadas com frequência para a construção de estudos epidemiológicos, sendo indispensáveis para apontar os indicadores de saúde da população. (THULER, 2018) Assim, esse estudo tem por objetivo, analisar a prevalência do câncer de colo uterino, bem como seu estadiamento em exames realizados em um laboratório particular, no ano de 2020, na cidade de Cascavel- PR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo transversal, através coleta e análise de

dados em um laboratório particular na cidade de Cascavel-PR, referentes a exames de citologia preventiva e biópsias de colo uterino realizados no período de 01/01/2020 à 31/12/2020. A investigação dos dados foi realizada através de uma abordagem descritiva, utilizando-se para os procedimentos de análise, a coletas referentes a prevalência do câncer de colo uterino, sua classificação e ordenação.

Para viabilizar o estudo foram catalogados resultados de exames de Citologia Preventiva e Anatomopatológicos de colo uterino de pacientes com lesões do colo uterino, ou seja, as variáveis para análise estatística foram divididas em 3 grupos: aqueles que possuíam a presença de alterações nos exames Papanicolau; alterações Anatomopatológicos; e os que não possuíam alterações. As variáveis de interesse incluídas na análise foram: idade e resultados laboratoriais. As amostras foram provenientes de pacientes atendidos em consultórios médicos situados no município de Cascavel.

Além disso, aplicou-se questionário padronizado sobre informações sociodemográficas, comportamentais e reprodutivas para as mulheres com idade entre 18 à 64 anos, residentes na cidade de Cascavel-PR. Foram selecionadas as variáveis referentes à idade, grau de escolaridade, uso de métodos contraceptivos, informações sobre a realização do exame Papanicolau. As idades foram categorizadas priorizando-se a faixa de 25 a 64 anos conforme recomendação do Ministério da Saúde. Também se optou pela descrição das faixas etárias em intervalos de cinco anos, para melhor análise. Os dados quantitativos foram transferidos, analisados e representados sob forma de Tabelas e gráficos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, com parecer número 4.532.946 de 09/02/2021.

Links por Ocorrência

Fragmento: (570 mil casos novos por ano no mundo),

URLs:

<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>

Fragmento: faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta

URLs:

<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>

Relatório DOCxWEB: <https://www.docxweb.com>

Relatório DOCxWEB: <https://www.docxweb.com>

Título: tcc artigo parte 2

Data: 06/06/2021 22:00

Usuário: Jullyara Valleria Corbari Ulh
Email: jullyara-ulh@hotmail.com

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **93 %**

Autenticidade Total: 93 %

Ocorrência de Links

Ocorrência Fragmento

3%	https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/
1%	http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=1
1%	http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=1
1%	http://www.portalsbc.com.br/nomeclaturas.pdf
1%	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf
1%	https://aps.bvs.br/aps/em-que-medida-a-demora-no-resultado-do-exame-de-citopatologia-do-colo-uterino-cp-de-30-a-40-dias-pode-determinar-um-prognostico-mais-reservado-para-pacientes-com-lesoes-suspeitas-de-neoplasia-intra/

Texto Pesquisado

RESULTADOS

Foram coletadas informações de todos os laudos no período da pesquisa, totalizando 6750 exames citológicos e 4469 exames anatomopatológicos, realizados em mulheres de 18 a 79 anos (Tabela 1).

O questionário foi aplicado para 750 mulheres, com faixa etária entre 20 e 79 anos, para a verificação de informação relacionada ao câncer de colo uterino pela população feminina. (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No Brasil, o principal exame para rastreamento de câncer de colo de útero é o

citopatológico, realizado através da coleta de células cervicais pelo método Papanicolau, sendo um exame de baixo custo e alta eficiência para reduzir a incidência desse tipo de câncer. (TRINDADE, et.al., 2017) De acordo com TRINDADE, et.al., (2017), mesmo que o exame seja feito com intervalo de 10 anos, tem efeito na redução da incidência de câncer cervical em mulheres de 35 a 64 anos, e se realizado periodicamente em um intervalo de 2/3 anos tem efeito protetor em 93% dos casos. O estudo realizado em Cascavel-PR analisou a prevalência de casos de câncer de colo de útero em exames de um laboratório particular, onde, foram catalogados no ano de 2020, 11112 exames, dentre esses 3300, cerca de 29,47%, testaram positivo para lesão em células epiteliais, e em sua maioria mulheres de 20 a 39 anos. Em um estudo realizado sobre a epidemiologia de câncer de colo de útero no Paraná, PEIXOTO, et. al. (2016), em 2017 apontou que a projeção de que o câncer de colo de útero pode acometer mulheres a partir da terceira década de vida, aumentando a gravidade até atingir mulheres com mais de 50 anos. No estudo deste laboratório **a prevalência de lesões de baixo** grau compatíveis com NIC I, NIC II, NICIII, apresentou resultados significativos em mulheres de 20 a 39 anos, e apenas 9% dos casos prevaleceram em possíveis carcinomas.

De acordo com **programa nacional de combate ao** câncer de colo de útero, não tratar a doença, o tempo entre **a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses,** já as displasias compatíveis NIC II o tempo é **de 38 meses e, nas displasias graves NIC III, de 12 meses.** **Estima-se que a maioria das lesões de baixo grau** regride espontaneamente, e cerca **de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para** o câncer invasor em período de 10 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Atualmente o Instituto Nacional do Câncer é o órgão gestor do rastreamento de todos os tipos de câncer dentre esses o câncer de colo de útero, através do SISCAN (**Sistema de informação do câncer**) utilizado como ferramenta de apoio para rastreamento de câncer e é utilizado nas unidades de saúde, **laboratórios de Citopatologia e Histopatologia** que realizam exames pelo Sistema Único de Saúde e nas coordenações estaduais, regionais, municipais e intermunicipais responsáveis pelo acompanhamento das **ações de detecção precoce do câncer.** (INCA, 2020)

Aprimorar o sistema de rastreamento e detecção precoce de câncer de colo de útero, ou seja, cobrir cerca de 80% dos exames, pode sim ter efeito na redução de morbidade/mortalidade por essa doença. (OMS, 2019) Em um estudo apresentado sobre rastreamento de câncer de colo de útero a nível de Brasil, entre 2012 a 2016, a taxa de mortalidade subiu de 5.264 óbitos, para 5.847 óbitos em 2016. (TALLON, et. al. 2020)

Ainda que nas mulheres **abaixo de 25 anos, que não se encontram na idade de rastreio do câncer de colo do** útero, segundo as Diretrizes brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), observa-se baixa taxa de incidência e mortalidade. Além **disso, ocorreram 8.950 mortes no grupo de mulheres acima de 64 anos, que** também estão fora da faixa etária de rastreamento correspondendo a quase um terço do total de óbitos (32,29%). (TALLON, et. al. 2020)

Nossos resultados catalogados com possíveis lesões, observou-se que apenas 7% são positivos para mulheres acima de 59 anos, que de acordo com o programa nacional de rastreamento do câncer de colo de útero, estão fora da faixa etária de risco de morte. (INCA, 2020) **Apesar do grupo acima de 64 anos concentrar parcela importante da taxa de mortalidade,** foi o que apresentou os maiores decréscimos **percentuais**

dos coeficientes entre 2012 e 2016. Além disso, **nota-se que o coeficiente de mortalidade calculado para faixa etária entre 30-34 anos, apresentou o maior aumento percentual entre os cinco** anos cerca de 28%. (TALLON, et.al. 2020)

Em nosso estudo, a maior prevalência é de mulheres com ensino superior completo, e mulheres solteiras. No entanto, segundo Instituto Nacional do Câncer (2020), o perfil sociodemográfico de uma população pré- estabelecida, que cerca de 70,9% possuem o Ensino Médio Completo e uma porcentagem expressiva de 48,3% de mulheres casadas (INCA, 2020).

Para a OMS, como já mencionado, as lesões de baixo grau acometem mulheres de 30 à 39 anos de idade, alcançando seu pico de gravidade após a sexta década de vida.(INCA,2020) Em contrapartida, em nossas análises, a prevalência de lesões compatíveis ficou em sua maioria abaixo dessa idade, prevalecendo entre 20 a 29 anos idade.

Em nosso estudo, as entrevistadas tem conhecimento acerca dos métodos preventivos para manutenção da saúde da mulher, exceto no que se refere a disponibilidade da vacina contra **HPV no sistema único de saúde (SUS)** e 40% das entrevistadas não faz uso regular de preservativo, contra outros 39% que fazem uso regular. Ainda assim, não se pode afirmar que esse seja o motivo para o alto índice de prevalência de resultados positivos nos exames. Segundo PELOSSO et.al. (2019), o conhecimento sobre o câncer de colo uterino é muito baixo entre mulheres, onde evidencia uma deficiência nos programas educativos, e demonstra a falta de informação.

De acordo com SILVA, et.al (2018), um estudo realizado no estado de Pernambuco, sobre o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de colo de útero, atendidas em um centro de oncologia, observou-se uma predominância de casos graves entre mulheres de 40 a 59 anos, cerca de 45,4% dos casos, portanto os resultados revelaram que a idade perimenopausa, baixo grau de escolaridade, multiparidade, resultado citopatológico de HSIL e exame histopatológico evidenciando carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, foram as características mais relacionadas ao câncer de colo do útero na população estudada.

As projeções do INCA (2020), para novos diagnósticos de câncer de colo de útero em 2020 no estado do Paraná compreendem uma considerável estimativa de é de 16.89 para cada 100 mil mulheres.

Correlacionando todos esses dados e pesquisas acerca do tema em questão, um importante desafio para o sistema de saúde do Paraná, é otimizar o sistema **de rastreamento de câncer de colo** de útero, pois de acordo com a estimativa para o biênio 2018-2019 realizada pelo INCA (2020), apresenta que a incidências de câncer de colo de útero é de 8,1%, ocupando a terceira posição mais frequente de câncer no Brasil, sendo **o primeiro mais incidente na Região** Norte (25,62/100 mil), segundo nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil) e quarto nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), considerando as taxas brutas. (SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE DO ESTADO DO PARANA, 2020)

Tendo em vista a alta taxa de prevalência apresentada nesse estudo, mesmo que os métodos preventivos de câncer de colo uterino sejam fornecidos gratuitamente nos Serviços de Saúde Pública no Brasil, as altas taxas de câncer de colo de útero ainda representam um desafio para a Saúde Pública, e essas medidas ainda não são suficientes para reduzir de forma expressiva a morbidade/mortalidade por essa doença, entre a população feminina brasileira. (FONTES, et.al.,2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou alta prevalência de lesões pré cancerosas, correspondentes há citar os tipos de maior prevalência; em mulheres que de acordo com as diretrizes do ministério da saúde se encontram fora da área de **risco para desenvolvimento de câncer** de colo de útero, porém destaca-se a importância de se aprimorar o sistema **de rastreamento de câncer de colo** de útero, pois, a detecção precoce proporcionará um tratamento adequado, uma vez que as chances de diminuir a prevalência de câncer são maiores nas fases iniciais da doença.

Observou-se que o câncer de colo de útero é uma doença de múltiplos fatores, mas está diretamente ligada a infecção pelo Papiloma vírus, que ações simples de prevenção podem evitar a alta incidência de morbidade por essa doença.

Vale ressaltar que o perfil da população estudada apresentou uma série de fatores que podem ter contribuído para essa alta prevalência de lesões pré cancerosas nesse laboratório particular de cascavel – PR, com isso, é um desafio para as autoridades de saúde intensificar os programas de saúde pública direcionando-os às população de maior risco e possibilitando uma ação preventiva e maior sucesso no que se refere a diminuir os índices de morbidade por essa doença, reforçando assim a importância da prevenção e esquematização **de programas de rastreamento organizados para a** população estudada.

Links por Ocorrência

Fragmento: a prevalência de lesões de baixo

URLs:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9772/9909>

Fragmento: programa nacional de combate ao

URLs:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_rastreamento_cancer.pdf

Fragmento: a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses,

URLs:

http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=1

http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=1

<http://www.portalsbc.com.br/nomeclaturas.pdf>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf

Fragmento: de 38 meses e, nas displasias graves NIC III, de 12 meses. Estima-se que a maioria das lesões de baixo grau

URLs:

http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=1

http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=1

<http://www.portalsbc.com.br/nomeclaturas.pdf>
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf
<https://aps.bvs.br/aps/em-que-medida-a-demora-no-resultado-do-exame-de-citopatologia-do-colo-uterino-cp-de-30-a-40-dias-pode-determinar-um-prognostico-mais-reservado-para-pacientes-com-lesoes-suspeitas-de-neoplasia-intra/>

Fragmento: de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para URLs:

http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=1
http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=1
<http://www.portalsbc.com.br/nomeclaturas.pdf>
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf

Fragmento: (Sistema de informação do câncer)

URLs:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_rastreamento_cancer.pdf
http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaoras_treatmentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

Fragmento: laboratórios de Citopatologia e

URLs:

http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaoras_treatmentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

Fragmento: ações de detecção precoce do câncer.

URLs:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

Fragmento: abaixo de 25 anos, que não se encontram na idade de rastreio do câncer de colo do

URLs:

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>

Fragmento: disso, ocorreram 8.950 mortes no grupo de mulheres acima de 64 anos, que URLs:

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>

Fragmento: Apesar do grupo acima de 64 anos concentrar parcela importante da taxa de mortalidade,

URLs:

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>

Fragmento: percentuais dos coeficientes entre 2012 e 2016.

URLs:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>

Fragmento: nota-se que o coeficiente de mortalidade calculado para faixa etária entre 30-34 anos, apresentou o maior aumento percentual entre os cinco

URLs:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/362-371/pt/>

Fragmento: de rastreamento de câncer de colo

URLs:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_rastreamento_cancer.pdf

Fragmento: o primeiro mais incidente na Região

URLs:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

Fragmento: risco para desenvolvimento de câncer

URLs:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_rastreamento_cancer.pdf

Fragmento: de programas de rastreamento organizados para a

URLs:

<http://www.rbac.org.br/artigos/lesao-de-alto-grau-e-carcinoma-escamoso-um-estudo-de-prevalencias-em-pacientes-atendidas-pelo-sistema-unico-de-saude-sus-na-cidade-de-anapolis-go-brasil/>

Relatório DOCxWEB: <https://www.docxweb.com>

3. NORMAS DA REVISTA

REVISTA UNINGÁ E REVISTA UNINGÁ REVIEW:

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

A editoração das **Revista UNINGÁ** (<http://revista.uninga.br/index.php/uninga>) e **Revista UNINGÁ REVIEW** (<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews>), é realizada através da plataforma do *Open Journal System (OJS)*

A **Revista UNINGÁ** e **UNINGÁ REVIEW**, apresentam publicação trimestral, em língua portuguesa, destinada à publicação de artigos científicos inéditos (estudo original), artigos de revisão de literatura e relatos de casos. No Quadro 1, observa-se o escopo de ambas as revistas. Os autores devem atentar-se a esta questão para não ocorrer erros na submissão e consequentemente rejeição da submissão.

Quadro 1 – Escopo das Revista UNINGÁ e UNINGÁ REVIEW.

 Ciências da Saúde e Biológicas	Escopo: Ciências da Saúde Abrange: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia ocupacional. Escopo: Ciências Biológicas I, II e III. Abrange: Genética, morfologia, Fisiologia, Bioquímica, Biofísica, Farmacologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia
	1º Seção Escopo: Meio Ambiente e Agrárias Abrange: Biodiversidade, Agronomia, Recursos florestais e engenharia florestal, Engenharia agrícola, Zootecnia, Recursos pesqueiros e engenharia de pesca, Medicina Veterinária, Ciência e Tecnologia dos Alimentos.

	2º Seção Escopo: Ciências Exatas, da Terra e Engenharias Abrange: Engenharia civil, Engenharia Sanitária, Engenharia de Transportes, Engenharia de Minas, Engenharia de matérias e metalúrgica, Engenharia Química, Engenharia nuclear, Engenharia Mecânica, Engenharia de produção, Engenharia naval e oceânica, Engenharia aeroespacial, Engenharia Elétrica, Engenharia Biomédica, Matemática, probabilidade e estatística, Ciência da computação, Astronomia, Física, Química, Geociências.
	3º Seção Escopo: Ciências Sociais e Humanas

Multidisciplinar	Abrange: Direito, Administração, Turismo, Economia, Arquitetura e Urbanismo, Desenho industrial, Planejamento urbano e regional, Demografia, Ciências da informação, Museologia, Comunicação, Serviço Social, Filosofia, Teologia, Sociologia, Antropologia, Arqueologia, História, Geografia, Psicologia, Educação, Ciências Políticas.
------------------	---

Fonte: os autores

Os autores inicialmente deverão realizar o cadastro na revista para o qual desejam submeter o artigo (canto superior direito) Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente.

Após a realização do cadastro, o autor poderá submeter o artigo para avaliação. Caso o autor, deseje enviar, dois artigos, deverá realiza-lo em submissões diferentes. Os artigos submetidos para as revistas da UNINGÁ deverão ser **originais e inéditos**, redigidos em **língua portuguesa**, contendo entre **8 e 20 páginas** (incluindo tabelas, quadros, figuras e referências) Devem apresentar o título e subtítulo, seguidos do resumo e *abstract*, antes do início do texto. Abaixo dos resumos, incluir linearmente a Palavras-chave e Keywords.

O texto deverá ser apresentado em **folha A4**, editado em **Word**, com **espaçamento 1,0 (simples)**, com **margem** direita, esquerda, superior e inferior de **3 cm**, **fonte Arial, tamanho 12**.

Os artigos devem ser enviados pelo website das Revistas, **em dois arquivos**.

- (1) Um arquivo com o Título/Title, Resumo/Abstract e demais elementos textuais e pós textuais (conforme apresentada abaixo)
- (2) Um arquivo “às cegas” com apenas com o Título/Title, nome dos autores e filiações.

Com relação a estrutura dos artigos, os mesmos devem estar adequados as normas da Revista UNINGÁ e Revista UNINGÁ REVIEW (Quadro 2)

Quadro 2 – Elementos estruturais de artigos originais, revisões e relatos.

Elementos	Artigos originais	Artigos de Revisão	Relato de caso /experiências (estudo de caso)
-----------	-------------------	--------------------	---

Pré textuais	TÍTULO / TITLE, NOME DOS AUTORES / FILIAÇÕES*, RESUMO, Palavras-chave, ABSTRACT, Keywords,	TÍTULO / TITLE, NOME DOS AUTORES / FILIAÇÕES*, RESUMO, Palavras-chave, ABSTRACT, Keywords,	TÍTULO / TITLE, NOME DOS AUTORES / FILIAÇÕES*, RESUMO, Palavras-chave, ABSTRACT, Keywords
Textuais	INTRODUÇÃO MATERIAL E MÉTODOS,	INTRODUÇÃO METODOLOGIA, DESENVOLVIMENTO**, CONCLUSÃO.	INTRODUÇÃO O RELATO DE CASO /

	RESULTADO S E DISCUSSÃO, CONCLUSÃO.		EXPERIÊNCIA, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO.
Pós textuais	REFERÊNCIAS.	REFERÊNCIAS.	REFERÊNCIAS.

Notas: * Não deve constar no arquivo às cegas; **no desenvolvimento das revisões, os autores devem realizar a discussão.

Fonte: os autores.

NORMATIZAÇÃO

1) Título

O título de ser escrito em português, disposto em caixa alta, fonte 12, centralizado e negrito.

2) Title

O título em inglês deve estar disposto em caixa alta, fonte 12 e centralizado. Separado do título por um “enter” simples.

3) Nome dos autores e filiação

O nome dos autores de estar disposto em caixa alta, tamanho de fonte 12 e centralizado, com número de identificação de filiação sobrescrito e asterisco (sobrescrito) no autor de correspondência, separado por vírgula.

Na filiação incluir instituição no qual o autor estiver vinculado, seja profissionalmente ou enquanto discente de graduação, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*. Deve apresentar tamanho de fonte 11, justificado

Exemplo:

TITLE

CARLOS ALMEIDA **SILVA**^{1*}, RITA DE CÁSSIA **LITTLE**², SAMUEL **BISMARCKY**³

¹ Universidade Estadual de Maringá – UEM / Maringá / PR.

² Universidade Federal do Paraná – UFPR / Setor Palotina / PR.

³Centro Universitário Ingá – UNINGÁ / Maringá / PR.

·Avenida PR 317, n.º 1700, Jardim Industrial, Maringá / PR. E-mail:

silvaca@gmail.com

4) Resumo

Conforme a NBR 6028:2003. Apresentação concisa dos pontos relevantes do trabalho. Deve ser **justificado, espaço simples (1,0), sem parágrafo** e conter de **100 a 250 palavras**.

5) Palavras-chave

Incluir de **três e cinco palavras-chave** linearmente, em português, em **ordem alfabética e separadas por ponto “.”**.

6) Abstract

Tradução do resumo – em inglês. Após aprovação do manuscrito os autores deverão apresentar declaração de profissional de língua inglesa, certificando a tradução.

7) Keywords

Palavras-chave em inglês, em **ordem alfabética e separadas por ponto “.”**. 8) Citações

As citações seguem a NBR 10520:2002. Todos os autores citados nos textos devem constar nas referências.

Citações Diretas

- a) Citação direta, um autor, até três linhas (literal ou textual) Inseridas entre aspas duplas, no meio do texto.

Cury (2017, p. 71) argumenta que “as palavras devem expressar os sentimentos”

Segundo Cury (2017, p. 71), “as palavras devem expressar os sentimentos” Sendo que “as palavras devem expressar os sentimentos” (CURY, 2017, p. 71)

- b) Citação direta, um autor, com mais de três linhas (literal ou textual) Recuo de 4 cm, espaçamento entre linhas simples (1,0), fonte 11 e espaçamento entre parágrafos (antes 6 pt e depois 12 pt)

De acordo com Cruz (2010, p. 107):

A primeira vez que uma infecção do aparelho reprodutor foi diagnosticada como sendo produzida por um fungo foi em 1920, quando Teobald Smith isolou *Mucor rhizopodiformis* de uma placentite em vaca.

Ou

A primeira vez que uma infecção do aparelho reprodutor foi diagnosticada como sendo produzida por um fungo foi em 1920, quando Teobald Smith isolou *Mucor rhizopodiformis* de uma placentite em vaca (CRUZ, 2010, p. 107)

c) Citação direta, até três autores, de até três linhas:

Santos, Cruz e Pereira (2014, p. 37) discorrem que “todas as formas de vida devem ser preservadas, sem nenhuma exceção. ”

Segundo Santos, Cruz e Pereira (2014, p. 37), “todas as formas de vida devem ser preservadas, sem nenhuma exceção. ”

Em relação a preservação, “todas as formas de vida devem ser preservadas, sem nenhuma exceção. ” (SANTOS; CRUZ; PEREIRA, 2014, p. 37)

d) Citação direta, até três autores, com **mais** de três linhas:

Santos, Cruz e Pereira (2014, p. 37) discorrem que:

Não há um quadro sintomático no qual podemos nos basear para um diagnóstico de aborto micótico. A suspeita começa a existir quando não conseguimos determinar a causa do aborto através das provas sorológicas para diagnóstico de infecções bacterianas.

Ou

Em relação à sintomatologia:

Não há um quadro sintomático no qual podemos nos basear para um diagnóstico de aborto micótico. A suspeita começa a existir quando não conseguimos determinar a causa do aborto através das provas sorológicas para diagnóstico de infecções bacterianas. (SANTOS; CRUZ; PEREIRA, 2014, p. 37)

e) Citação direta, quatro autores ou mais, de até três linhas:

Firmino *et al.* (2009, p. 116) discorrem que, “a placenta apresenta alterações macroscópicas consideradas patognomônicas.”

Segundo Firmino *et al.* (2009, p. 116), “a placenta apresenta alterações macroscópicas consideradas patognomônicas.”

Por fim, “a placenta apresenta alterações macroscópicas consideradas patognomônicas.” (FIRMINO *et al.*, 2009, p. 116)

f) Citação direta, quatro autores ou mais, com mais três linhas:

Firmino *et al.* (2009, p. 116) argumentam que:

A placenta apresenta alterações macroscópicas consideradas patognomônicas por uns e, por outros, como sendo características, mas não patognomônicas, porque lesões semelhantes também são observadas em infecções por *Brucella abortus*.

Ou

A placenta apresenta alterações macroscópicas consideradas patognomônicas por uns e, por outros, como sendo características, mas não patognomônicas, porque lesões semelhantes também são observadas em infecções por *Brucella abortus* (FIRMINO *et al.*, 2009, p. 116)

Citações Indiretas

Citação indireta – se reproduz as ideias de outros autores, sem transcrição literal. a) Citação indireta, um autor

Cury (2017) argumenta que
Segundo Cury (2017)
Sendo que (CURY, 2017)

b) Citação indireta, até três autores:

Santos, Cruz e Pereira (2014) discorrem
Segundo Santos, Cruz e Pereira (2014) todas
Em relação a preservação(SANTOS; CRUZ; PEREIRA, 2014)

c) Citação indireta, quatro autores ou mais.

Firmino *et al.* (2009) discorrem que
Segundo Firmino *et al.* (2009)
Por fim, (FIRMINO *et al.*, 2009)

9) Equações e Fórmulas

Fórmulas e equações, segue a normatização da NBR 6022:2018. Devem estar evidenciadas no texto para facilitar sua leitura. “Na sequência normal do texto é permitido o uso de uma entrelinha maior que comporte seus elementos (expoente, índices e outros)”. (ABNT, 2018, p.5)

$$x^2 + 2x = 15 \quad (1) \quad x^3 + 3x = 15 \quad (2)$$

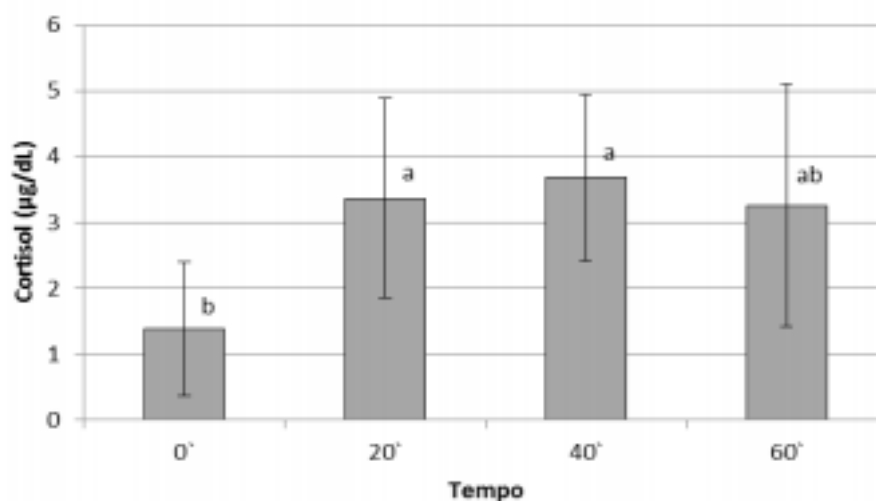
10) Figuras

Figura é a denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. Devem apresentar ótima qualidade e seguir a normatização: Título acima da figura, fonte Arial, tamanho 12 (**Figura 1** - Caracterização....) Notas (uso a critério dos autores) e Fonte devem ser apresentadas abaixo da figura, fonte Arial, tamanho 11 (**Notas:** / **Fonte:**) Caso a figura tenha sido confeccionada ou obtida pelos próprios autores, mencionar: os autores. Caso a figura tenha sido obtida de uma fonte e adaptada, mencionar: Silva (2015), adaptada pelos autores.

Exemplo:

Os valores médios de cortisol nos diferentes tempos experimentais podem ser observados na Figura 1.

Figura 1 - Concentrações de cortisol $\mu\text{g/dL}$ antes e após o treinamento de patrulha/choque em cães.



Notas: Letras diferentes apresentam diferença estatística significativa pelo teste de Tukey ($p < 0,05$)

Fonte: os autores.

11) Tabelas

Uma tabela deve apresentar dados quantitativos de modo resumido e seguro oferecendo uma visão geral. Título da tabela em fonte Arial, tamanho 12 (**Tabela 1** - Caracterização....) Notas (uso a critério dos autores) e Fonte devem ser apresentadas abaixo da tabela, fonte Arial, tamanho 11 (**Notas:** / **Fonte:**) Formatação para os dados do interior da tabela: Fonte Arial, mínimo 10 – máximo 12. Não se utilizam-se linhas verticais nas extremidades laterais da tabela (isso feito, passamos a ter um quadro)

Exemplo

Fêmeas e machos apresentando neoplasias em outras raças também foram observadas e estas informações estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Raças de cães fêmeas e machos acometidos por neoplasias revelado pelos exames citopatológicos realizados no Laboratório de Patologia Clínica - Uningá.

	<u>Raças Fêmeas Machos</u>	
	Boxer 2 (3,27%)	---
	Cocker ---	2 (9,52%)
	Labrador 5 (8,19%)	2 (9,52%)
	Pinscher 2 (3,27%)	---
	Pitbull 5 (8,19%)	---
	Poodle 2 (3,27%)	---
	Rottweiler 2 (3,27%)	---
raça definida (SRD)	30 (49,18%)	9 (42,85%)
Outras*	9 (14,75%)	7 (33,33%)
não informados	4 (6,61%)	1 (4,78%)
Total	61 (100%)	21 (100%)

Notas: *Outros: Fêmeas - Akita, Cani Corso, Chihuahua; Machos - Pequinês, Rottweiler, Pastor Alemão.

Fonte: os autores

12) Quadros

Os quadros são definidos como arranjo predominante de palavras dispostas em linhas e colunas, com ou sem indicação de dados numéricos. Diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

Exemplo

Os relatos utilizados para a realização do estudo encontram-se listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Relatos de alterações crânio-cefálicas em animais de produção.

Estudos País Espécie Alteração Stuart et al. (2013) Canadá Bovinos Dicefalia
Vasquez e Duraez (2012) Espanha Caprinos Dicefalia Nascimento et al. (2009)
Brasil Ovinos Diprosopia Guerra et al. (2008) Brasil Bovinos Diprosopia **Fonte:** os
 autores

REFERÊNCIAS

As referências devem ser apresentadas em ordem alfabética, fonte Arial, tamanho 12, justificada e separadas por um espaço simples.

Livro:

Os elementos são: autor (es), **título**, edição, local, editora, data de publicação e número página.

GOMES, L. G. F. F. **Novela e sociedade no Brasil**. Niterói: EdUFF, 1998. 137 p.

TODESCAN, R.; SILVA, E. E. B.; SILVA, O. J. **Atlas de Prótese**

Parcial Removível. São Paulo: Santos, 2009. 520 p.

ALBERTS, B. *et al.* **Biologia Molecular da Célula**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1464 p.

Capítulo de livro:

Os elementos são: autor (es) do capítulo, título do capítulo. In: autor (es) do livro, **título do livro**, edição, local, editora, data de publicação e número das páginas do capítulo.

FONSECA, M. N. S. Literatura negra, literatura afro-brasileira: como responder a polêmica? In: SOUZA, F.; LIMA, M. N. (Org.) **Literatura Afro-Brasileira. Centro de Estudos Afro-Orientais**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006. p. 9-38.

Artigo de periódico científico (Revista científica):

PEREIRA, M. G. Estrutura do artigo científico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 351-352, 2012.

Artigo de periódico científico (Revista científica acesso *on line*):

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; MEI-CYTED, R. Entre fetichismo e sobrevivência: o artigo científico é uma mercadoria acadêmica? **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3041-3050, 2007. Disponível em: <http://www.anpepp.org.br/old/dir2010/Noticias/castiel%20-%20fetichismo%20e%20sobrevivencia.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

Teses, Dissertações, Monografias etc.:

MONTAGNA, A. P. **Expressões de gênero no desenho infantil**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2001.

VIEIRA, A. C. R. **Relações públicas pessoais**: estudo sobre um novo cenário de atuação para o profissional de relações pública. 2010. 127 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação Social – Relações Públicas) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

Eventos:

ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 27., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ABREPO, 2007. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_TR660482_9513.pdf. Acesso em: 6 nov. 2017.

Artigos Apresentado em Eventos:

BARBASTEFANO, R. G.; SOUZA, C. G. Plágio em trabalhos acadêmicos: uma pesquisa com alunos de graduação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 27., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ABREPO, 2007, p. 8-11. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_TR660482_9513.pdf. Acesso em: 6 nov. 2017.

Legislação:

BRASIL. Casa Civil. **Lei Nº 12.378, de 31 de dezembro de 2010**. Brasília: Casa Civil, 2010.

APÊNDICE E ANEXO

Não incluía anexos e nem apêndices para submissão as revistas da UNINGÁ