

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

**RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE
PREVENÇÃO PARA O
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO
BRASIL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aline Daniele Schuster

Picada Café

2015

**RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO
BRASIL**
SCHUSTER, Aline Daniele
Especialista 2015

RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL

Aline Daniele Schuster

Trabalho de conclusão de curso do Programa de Pós Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria/ Universidade Aberta do Brasil (UAB), como requisito parcial para obtenção de grau de **Especialista de Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof^a. Me. Maria da Graça Porciúncula Soler

**Picada Café, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Universidade Aberta do Brasil
Programa de Pós Graduação em Gestão de Organização Pública
em Saúde**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de
Conclusão de Curso**

**RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL**

elaborado por
Aline Daniele Schuster

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista de Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Maria da Graça Porciúncula Soler, Me.
Orientadora

Jussara Mendes Lipinski, Dra.

Susane Flores Cosentino, Dra.

Picada Café, 05 de Dezembro de 2015.

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso
Programa de Pós Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria /Universidade Aberta do Brasil (UAB)

RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL

AUTOR: Aline Daniele Schuster
ORIENTADORA: Maria da Graça Porciúncula Soler
Data e Local da Defesa: Picada Café, 05 de Dezembro de 2015.

RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU) é o segundo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo. Têm como principal agente causador o Papiloma Vírus Humano (HPV), que é transmitido principalmente por via sexual e sua vinculação com o desenvolvimento do câncer cervical já é bem conhecida. O rastreamento é realizado através da citologia oncótica, caracterizada como estratégia de prevenção secundária para detecção precoce e tratamento de lesões pré-cancerosas. Já a estratégia de prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV através da vacinação. O presente trabalho é uma análise histórica de dados sobre o câncer cervical provenientes de indicadores disponíveis no DATASUS - SISCOLO, com base em programas de rastreamento do Brasil de 2006 a 2014, além da análise de dados da cobertura da campanha nacional de vacinação para HPV na região Sul do Brasil, realizado através de um estudo retrospectivo, descritivo. Ao analisar os dados obtidos, observa-se que 88,15% dos exames realizados pertencem a faixa etária de 25 a 64 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A prevalência de alterações no exame citopatológico predomina nas mulheres entre 20 e 29 anos (27,8%) no sul do Brasil. Conclui-se desta forma que a realização do exame citopatológico é uma ferramenta imprescindível na detecção precoce de alterações que possam levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. É uma medida simples, rápida, eficaz e de baixo custo, que deve a cada dia ser mais estimulada tanto pela gestão como também pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Se realizados exames de diagnóstico e tratamento precoce os riscos da lesão evoluir para uma neoplasia serão raros e a qualidade de vida dessas usuárias melhora de forma acentuada.

Palavras chave: câncer cervical, citologia, HPV, prevenção, Siscolo, vacinação

ABSTRACT

The cervical cancer (CC) is the second most common cancer in women worldwide. Their main causative agent the Human Papilloma Virus (HPV), which is mainly transmitted through sex and their relationship to the development of cervical cancer is well known. The tracking is accomplished by cytology, labeled as a secondary prevention strategy for early detection and treatment of precancerous lesions. Since primary prevention strategy is related to decreased risk of infection by HPV vaccination. This work is a historical analysis of data on cervical cancer from

indicators available in DATASUS - SISCOLO, based on 2006 Brazil's tracking programs to 2014, in addition to the national campaign coverage data analysis vaccination for HPV in South region of Brazil, carried out a retrospective, descriptive study. By analyzing the data obtained, it is observed that 88.15% of the examinations belong to the age group 25-64 years of age, as recommended by the Ministry of Health. The prevalence of alterations in Pap smear prevails in women between 20 and 29 years (27.8%) in southern Brazil. It follows therefore that the Pap smear testing is an essential tool in the early detection of changes that may lead to the development of cervical cancer. It is a easy, fast, effective and low cost, which must be stimulated both by the management but also by the professionals of Family Health Teams. If performed diagnostic tests and early treatment risks of injury develop into a malignancy are rare and the quality of life of these users improved markedly.

Key words: cervical cancer, cytology, HPV, prevention, SISCOLO vaccination

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL	01
FIGURA 1- PANORAMA DAS INTERVENÇÕES PROGRAMÁTICAS NO CURSO DE VIDA PARA PREVENIR A INFECÇÃO PELO HPV E O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.....	13
TABELA 1.....	16
TABELA 2.....	17
TABELA 3.....	18
TABELA 4	19
TABELA 5	20
TABELA 6.....	20
TABELA 7.....	20

SUMÁRIO

RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL	01
RESUMO	05
ABSTRACT	05
INTRODUÇÃO	09
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	21
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, sendo dividido em corpo e colo. O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher (1-3).

O câncer do colo do útero (CCU) é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos adjacentes ou a distância. Há dois principais grupos de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular. O CCU, também conhecido como câncer cervical, é o segundo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo (4). Para o ano de 2014, no Brasil, eram esperados 15.590 novos casos de CCU, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que na região Sul, é o quinto tipo de câncer mais frequente (15,87/100 mil) (5).

O CCU é causado pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que é um agente infeccioso transmitido principalmente por via sexual e sua vinculação com o desenvolvimento do câncer cervical já é bem conhecida (6). Sabe-se que existe uma estreita relação entre o surgimento do câncer do colo do útero e a presença de infecção pelo HPV. Cerca de 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA do HPV oncogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18 (7-9). Praticamente todas as pessoas com vida sexual ativa serão infectadas pelo HPV em algum momento da vida e algumas destas pessoas serão infectadas repetidas vezes. O ponto máximo para infecção é logo após o início da vida sexual. A maioria das infecções pelo HPV se resolve espontaneamente e não causa

sintomas nem doença. Porém, a infecção persistente por tipos específicos de HPV (de alto risco oncogênico) pode trazer como consequência lesões pré-cancerosas. Se não forem tratadas, essas lesões podem evoluir até o câncer do colo do útero. Porém há outros fatores que contribuem para o desenvolvimento deste tumor, como: tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais e infecção por doenças sexualmente transmissíveis (10).

As manifestações clínicas das lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. Quando no estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (11).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a prevenção de CCU é o rastreamento (aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento) e o diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença) (12).

O rastreamento é realizado através da citologia oncótica, caracterizada como estratégia de prevenção secundária para detecção precoce e tratamento de lesões pré-cancerosas sendo tradicionalmente usada há mais de 60 anos no país. A coleta de material para exame citopatológico cérvico-uterino também conhecido como: Exame Preventivo do Colo do Útero, Exame de Papanicolaou ou Citologia Oncótica que é capaz de detectá-lo em fase pré-maligna ou incipiente, quando é curável com medidas relativamente simples. Ainda que seja um exame rápido, de baixo custo e efetivo para detecção precoce, sua técnica de realização possui limitações inerentes e é vulnerável a erros de coleta e de preparação da lâmina e a subjetividade na interpretação dos resultados (13, 14).

O exame de Papanicolaou é realizado de acordo com a nomenclatura mundialmente estabelecida e revisada de Bethesda, 2014, com o objetivo de padronizar a terminologia dos laudos citológicos (15). O Ministério da Saúde do Brasil porém, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em parceria com os diversos segmentos da sociedade científica, publicou, em 2006, a *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais* (16). A aplicação dessa nomenclatura é obrigatória em todo o país, devendo-se utilizar o formulário padronizado (Anexo B) para o Sisco. Os resultados dos exames citopatológicos devem ser expressos nesses formulários apropriados e expedidos de acordo com a procedência.

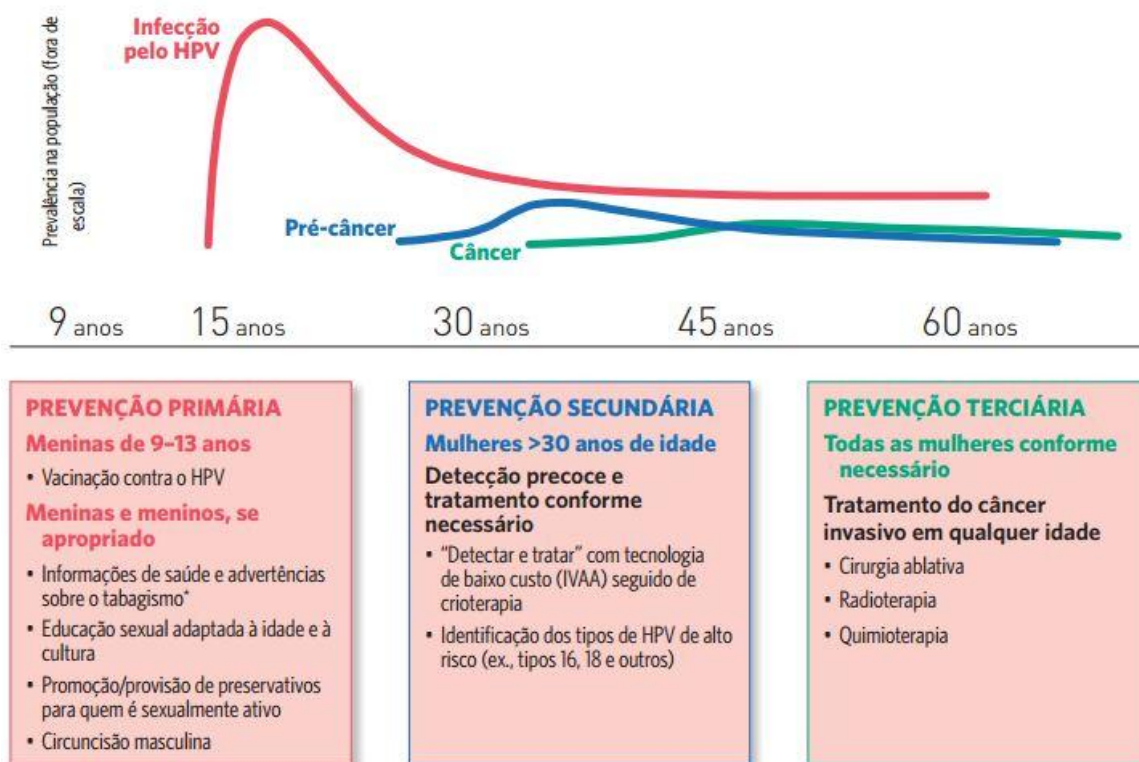
A Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais permitem a identificação de um conjunto de alterações classificadas de acordo com a presença e o grau das atipias celulares. Desta forma, as alterações dividem-se em alterações com critérios citológicos definidos (inflamatórias, lesão intra-epitelial de baixo grau, lesão intra-epitelial de alto grau, carcinoma invasor) e alterações indeterminadas, que são aquelas que não apresentam critérios morfológicos para serem classificadas definitivamente como reativas ou como neoplásicas, denominadas atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS).

A qualidade do exame de Papanicolaou depende de fatores ligados a execução e interpretação do esfregaço citopatológico (2). Desta forma, muitos pesquisadores foram instigados a buscar técnicas alternativas ou suplementares para atrelar ao arsenal diagnóstico disponível, para melhor desempenho e/ou eficácia na detecção precoce desse tipo de neoplasia, entre as principais técnicas moleculares empregadas estão: a Captura Híbrida (CH) e a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), além da elaboração de vacinas contra os genótipos mais carcinogênicos do HPV (17). Os testes para detecção do HPV têm sido propostos como estratégia complementar ou substitutiva da citologia oncológica na detecção precoce do CCU e de suas lesões precursoras, na triagem mais imediata de pacientes com alterações indeterminadas ou em mulheres de mais de 35 anos com neoplasia intraepitelial escamosa de baixo grau, porém um elevado valor está associado à sua implementação (12, 18) .

No Brasil, o programa de rastreamento através da citologia oncológica, está estabelecido no Sistema Único de Saúde (SUS) desde os anos 90, prioritariamente para mulheres com idade entre 25 a 64 anos, contudo, não se verificou uma redução significativa na mortalidade por este câncer desde sua implementação. O prognóstico CCU depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e em fases avançadas. Assim, atualmente no Brasil, o princípio básico para prevenção e controle do CCU é atuar ao longo do curso de vida da mulher, baseando-se na história natural da doença para identificar as oportunidades de se realizar intervenções eficazes nas respectivas faixas etárias, podendo ser elas prevenções primárias, secundárias ou terciárias (Figura 1) (11, 14).

Entretanto, o exame de Papanicolaou não é um teste diagnóstico, mas sim é melhor considerado um teste de rastreamento que filtra aqueles que necessitam de avaliação posterior. Um exame de Papanicolaou anormal deve ser seguido ou confirmado por outros métodos diagnósticos(19). Para o tratamento precoce das lesões pré-cancerígenas, o procedimento de escolha é a cirurgia de alta frequência (CAF). Entretanto, nos locais com poucos recursos ou quando a CAF não puder ser realizada, recomenda-se a realização de crioterapia como tratamento alternativo, indicado para lesões positivas na inspeção visual com ácido acético. Nos locais com recursos, técnicas como a conização a frio podem ser utilizadas (9). Por fim, a prevenção terciária diz respeito ao diagnóstico e tratamento do câncer invasivo. O tratamento consiste na cirurgia ablativa, na radioterapia e, por vezes, na quimioterapia. Em mulheres com câncer avançado, os cuidados paliativos podem ser prestados a fim de aliviar tanto quanto possível os sintomas (3).

FIGURA 1: Panorama das intervenções programáticas no curso de vida para prevenir a infecção pelo HPV e o câncer do colo do útero.



* O tabagismo é um fator de risco adicional para câncer do colo do útero.

FONTE: Organização Mundial de Saúde - WHO

A estratégia de prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV através da vacinação, pois sabe-se que é um método eficaz e de relevante custo-benefício para se combater uma doença de etiologia infecciosa. Assim, em 2006, a *Food and Drug Administration* (FDA), aprovou a vacina quadrivalente como agente imunizador contra o HPV. Nesse mesmo ano a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA) regulamentou a comercialização dessa vacina. E em 2008, a vacina bivalente também foi aprovada (20-22). O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) possibilita aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. A partir deste, é possível avaliar o Programa vacinal pois ele registra, por faixa etária, as doses de

imunobiológicas aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Este sistema está disponível ao público em http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_selecao.php.

Já a prevenção terciária, é caracterizada pelo tratamento do câncer invasivo do colo do útero através de cirurgia e/ou radioterapia. Pode-se complementar o esquema de tratamento com quimioterapia nos estágios mais avançados. Diversos países não têm infraestrutura suficiente para prestar serviços ou a maioria das mulheres afetadas não tem acesso ou condições financeiras para usar estes serviços. Os principais desafios para instituir sistemas de tratamento que funcionam bem são: Instituir e manter uma rede de referência de tratamento; Adesão ao tratamento; Cuidados paliativos (14).

O desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, DATASUS e o INCA, decorreu da importância dessa ferramenta como componente fundamental para organização das ações de rastreamento. O Siscolo foi implantado em 1999 por meio da Portaria SAS nº 408/99, como subsistema do SIA/SUS para provisão de informações gerenciais sobre o rastreamento e faturamento do exame citopatológico. Siscolo aprimorou-se ao longo dos anos, sendo que a partir da Portaria MS/SAS nº 287, de 24/04/2006 houveram modificações nas nomenclaturas utilizadas e, atualmente, consiste numa ferramenta fundamental para organização das ações de rastreamento, informações gerenciais e faturamento dos exames, sendo que é acessível ao público em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. O sistema permite avaliar por meio de indicadores se a população-alvo está sendo atingida e qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas. Também armazena dados sobre a qualidade da coleta de material em exames para os diagnósticos laboratoriais, além de apontar qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas após a realização do diagnóstico, sendo assim é possível coletar dados para construção de indicadores (1). Porém o banco de dados Siscolo, inclui apenas as mulheres atendidas pelo SUS. Portanto, as estimativas de cobertura do exame citopatológico estão subestimadas, pois uma parcela das mulheres não realiza este

exame pelo SUS. Além disso, as diferenças observadas nas coberturas podem ser em parte decorrentes de eventuais diferenças na proporção da população que utiliza o SUS para a realização deste exame (23).

O presente trabalho é uma análise histórica de dados sobre o câncer cervical provenientes de indicadores disponíveis no DATASUS - SISCOLO, com base em programas de rastreamento do Brasil de 2006 a 2014, pois o SISCOLO por meio da Portaria SAS/MS nº 287/2006, teve a implantação de uma nova versão, atualizada de acordo com a Nomenclatura Brasileira de Laudos Citopatológicos. Além da análise de dados da cobertura da campanha nacional de vacinação para HPV na região Sul do Brasil, que é composta pelos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

2. METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, baseado em dados do Siscolo, no período de janeiro de 2006 a junho de 2014, na região Sul do Brasil. Os três eixos de análise foram: ano de competência, faixa etária, quantidade de exames totais e alterados. Os dados foram prioritariamente analisados na faixa etária do programa de saúde pública que abrange mulheres de 25 a 64 anos. Foram analisados dados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, para avaliar a cobertura da campanha nacional de vacinação.

3. RESULTADOS

Ao aferir sobre a demanda por prevenção do câncer de colo de útero das mulheres brasileiras, 12.825,859 testes de Papanicolaou foram realizados no sul do país no período de 2006 a 2014. Sendo que destes, 88,15% dos exames realizados pertencem a faixa etária de 25 a 64 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (14).

A tabela 1 demonstra a razão de exames cérvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nas regiões Sul e no país no período de 2006 a 2012, onde a razão de exames dos estados (0,16) se mantêm próxima da razão do país (0,16), exceto pelo estado do Paraná (0,18).

A tabela 2, evidencia a quantidade de exames por Ano de Competência e Faixa Etária nas regiões Sul no período de 2006 a 2014, onde é possível observar que 11,6% dos exames são realizados na faixa etária entre 40 a 44 anos em toda a região Sul do Brasil. Sendo que, o estado do Paraná forneceu em torno de 41,78%, Rio Grande do Sul, 37,05% e Santa Catarina, 21,17% dos exames através de citologia oncótica realizados na região Sul do Brasil.

Já a tabela 3 apresenta o número de exames alterados na região Sul nos anos 2006 a 2014, classificados de acordo com a faixa etária, onde a prevalência de alterações predomina nas mulheres entre 20 e 29 anos (27,8%). Desta forma, o estado do Paraná possui 41% de exames alterados, Rio Grande do Sul, 36,12% e Santa Catarina, 22,88% dos exames alterados neste período.

A tabela 4 traz a relação da Quantidade de Exames por Citopatologia Anterior e Escolaridade no período de 2006 a 2014, sendo que a maioria das mulheres que possuem exame citopatológico anterior, possuem Ensino Fundamental Incompleto (82,1%).

Sobre as estratégias de prevenção, foi demonstrada nas tabelas 5, 6 e 7 a avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2014, na 1ª, 2ª e 3ª dose.

Tabela 1 - Razão de exames cérvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nas regiões sul e país. Brasil, 2006 a 2012

Região/UF	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Paraná	0,19	0,20	0,18	0,20	0,19	0,20	0,18
Rio Grande do Sul	0,18	0,14	0,12	0,17	0,15	0,17	0,16
Santa Catarina	0,18	0,13	0,19	0,22	0,19	0,12	0,16
Brasil	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,16	0,16

Dados atualizados em 28/05/2015

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – INCA/Siscolo (dados tabulados pelos autores)

Tabela 2 - Quantidade de exames por Ano de Competência e Faixa Etária nas regiões sul. Brasil, 2006 a 2014.

Região/UF	Ano de Competência	Ate 11 anos	Entre 12 a 14 anos	Entre 15 a 19 anos	Entre 20 a 24 anos	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Entre 60 a 64 anos	Acima de 64 anos	Total
Paraná	2006	28	1528	35727	68407	74859	74240	73771	68740	57514	44963	30761	19944	23098	573580
	2007	43	2011	42672	78460	88475	87306	87810	82818	71655	57229	40297	26566	31418	696760
	2008	107	1876	37174	66599	77075	76761	76959	74247	65451	53310	38247	24960	28880	621646
	2009	82	2235	42212	73757	84892	85173	84866	85069	76127	62927	47171	31555	36269	712335
	2010	29	2031	38623	66338	74515	77180	77136	79355	73110	63073	47960	31986	36717	668053
	2011	23	2125	41001	67981	75942	79005	79433	82942	78934	67694	52335	35884	40610	703909
	2012	11	1932	38076	61201	67082	72657	73195	77784	74905	64540	50744	35781	39475	657383
	2013	9	1922	39039	60003	64603	71654	72319	77347	76157	67361	54001	38360	42013	664788
	2014	-	190	3647	5415	5577	6385	6551	6740	7145	6220	5013	3590	4011	60484
	TOTAL PR		332	15850	318171	548161	613020	630361	632040	635042	580998	487317	366529	248626	282491
Rio Grande do Sul	2006	882	1455	37468	71849	73414	72581	74698	77369	70110	57862	41677	27402	32801	639568
	2007	1589	1309	31576	57045	60581	58396	59127	62306	57238	47811	34629	26505	37309	535421
	2008	990	1144	25391	44094	48773	46781	47641	50283	48652	41494	31338	20787	22964	430332
	2009	1333	1725	37947	64850	73281	70253	71088	76110	74607	64002	48965	32629	34945	651735
	2010	1098	1460	32059	54184	61262	60710	60903	65910	66523	58051	44944	30665	32662	570431
	2011	830	1584	34581	56937	64969	65384	65604	71839	74794	66380	53828	37691	38496	632917
	2012	776	1440	32533	52575	58818	62940	61219	67499	71387	64781	53413	37782	38560	603723
	2013	346	1374	30738	47628	51862	57666	55880	61190	64762	61030	50965	36897	36932	557270
	2014	11	311	7010	11096	12034	13503	13422	14244	14902	14440	11545	8607	8388	129513
	TOTAL RS		7855	11802	269303	460258	504994	508214	509582	546750	542975	475851	371304	258965	283057
Santa Catarina	2006	440	637	19692	38651	39980	38886	38754	38874	32327	25333	18126	19819	30462	341981
	2007	432	583	15244	28200	29973	28854	28807	28699	24831	19404	14023	17551	28054	264655
	2008	422	922	23980	44433	48202	44620	45001	46197	40526	32376	23909	15096	15974	381658
	2009	472	1137	29508	54018	57794	54387	53807	55332	51254	40439	30487	19659	20814	469108
	2010	270	1007	25117	45704	49195	47322	47022	49215	47608	38740	29045	19593	20566	420404
	2011	247	699	16655	29451	31066	31149	30371	31392	30903	25671	19183	12807	13130	272724
	2012	105	850	20239	35877	37904	39262	37727	39854	39585	34045	25761	18129	18141	347479
	2013	24	390	11067	19634	20493	22185	21220	22559	22966	20473	15820	11382	11572	199785
	2014	-	50	946	1680	1820	2002	1988	2021	2061	1959	1589	1116	985	18217
	TOTAL SC		2412	6275	162448	297648	316427	308667	304697	314143	292061	238440	177943	135152	159698
SUL	TOTAL SUL	10599	33927	749922	1306067	1434441	1447242	1446319	1495935	1416034	1201608	915776	642743	725246	12825859

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – INCA/Siscolo (dados tabulados pelos autores)

Tabela 3 - Exames Alterados por Ano de Competência e Faixa Etária nas regiões sul. Brasil, 2006 a 2014.

Região/UF	Ano de Competência	Ate 11 anos	Entre 12 a 14 anos	Entre 15 a 19 anos	Entre 20 a 24 anos	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Entre 60 a 64 anos	Acima de 64 anos	Total
Paraná	2006	2	58	1311	1852	1793	1486	1334	1102	922	582	376	273	358	11449
	2007	1	94	1332	1931	1892	1652	1412	1185	1007	725	449	298	459	12437
	2008	4	69	1268	1733	1852	1547	1429	1261	1000	704	451	288	413	12019
	2009	7	86	1531	2113	2231	1868	1541	1439	1206	800	565	334	455	14176
	2010	3	109	1546	1949	2066	1874	1596	1522	1268	870	622	373	508	14306
	2011	-	118	1753	2229	2279	2038	1826	1710	1414	1037	716	465	607	16192
	2012	1	100	1509	2062	1979	1965	1703	1622	1298	966	592	415	556	14768
	2013	-	81	1367	1662	1673	1778	1515	1409	1173	854	607	414	540	13073
	2014	-	7	134	132	173	149	143	117	100	75	56	46	62	1194
	TOTAL PR	18	722	11751	15663	15938	14357	12499	11367	9388	6613	4434	2906	3958	109614
Rio Grande do Sul	2006	26	55	1302	2193	2076	1762	1637	1618	1281	830	467	419	730	14396
	2007	37	43	930	1341	1408	1227	1115	999	813	544	337	599	1069	10462
	2008	29	33	790	1172	1255	1065	1008	938	797	583	355	205	287	8517
	2009	43	63	1079	1619	1819	1614	1386	1337	1239	888	534	327	412	12360
	2010	24	59	850	1376	1616	1466	1286	1267	1193	767	540	323	385	11152
	2011	19	42	1053	1649	1773	1728	1435	1561	1461	992	694	426	509	13342
	2012	6	35	917	1344	1455	1521	1294	1292	1205	822	619	401	447	11358
	2013	3	60	979	1392	1475	1619	1417	1298	1182	902	584	376	404	11691
	2014	-	17	263	399	426	427	404	358	361	260	171	113	115	3314
	TOTAL RS	187	407	8163	12485	13303	12429	10982	10668	9532	6588	4301	3189	4358	96592
Santa Catarina	2006	8	23	634	1082	968	785	743	728	551	397	284	996	1438	8637
	2007	6	18	431	657	657	580	427	457	369	268	160	1048	1415	6493
	2008	6	36	993	1438	1240	1101	977	1034	831	577	367	223	253	9076
	2009	7	45	1003	1625	1448	1214	1021	1030	905	576	431	251	272	9828
	2010	6	48	926	1332	1285	1036	874	957	764	584	423	284	249	8768
	2011	3	22	595	849	775	661	565	621	538	357	255	134	157	5532
	2012	1	27	761	1065	1097	1014	866	793	742	525	328	222	241	7682
	2013	2	14	420	582	608	567	484	504	413	339	207	150	140	4430
	2014	-	3	78	102	83	87	80	74	83	58	35	25	35	743
	TOTAL SC	39	236	5841	8732	8161	7045	6037	6198	5196	3681	2490	3333	4200	61189
SUL	TOTAL SUL	244	1365	25755	36880	37402	33831	29518	28233	24116	16882	11225	9428	12516	267395

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – INCA/Siscolo (dados tabulados pelos autores)

Tabela 4 - Quantidade de Exames por Citopatologia Anterior e Escolaridade no período de 2006 a 2014 na região Sul do Brasil.

Região/UF	Citopatol. Anterior	Ignorado/ em branco	Analfabeta	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino superior completo	Total
Paraná	Não	343080	3600	30094	19457	27661	3604	427496
	Não sabe	776140	5234	32087	12158	14406	2397	842422
	Sim	2850487	41897	401468	149183	204041	38613	3685689
	Não informado	282478	2426	15365	6668	10528	1658	319123
	Total	4252185	53157	479014	187466	256636	46272	5274730
Rio Grande do Sul	Não	297730	1645	30732	13715	15332	1174	360328
	Não sabe	239754	1507	27588	5562	5900	599	280910
	Sim	3136858	14157	404958	105667	123387	12486	3797513
	Não informado	132457	13550	51988	2135	21070	2536	223736
	Total	3806799	30859	515266	127079	165689	16795	4662487
Santa Catarina	Não	276922	1049	16288	13106	17485	2516	327366
	Não sabe	102367	859	9640	4312	4116	935	122229
	Sim	1652822	19211	181261	119619	116965	23711	2113589
	Não informado	121514	128	1563	797	1095	267	125364
	Total	2153625	21247	208752	137834	139661	27429	2688548
TOTAL SUL		10212609	105263	1203032	452379	561986	90496	12625765

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – INCA/Siscolo (dados tabulados pelos autores)

Tabela 5 - Avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2014, na primeira dose.

Região/UF	Doses aplicadas (1ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo
SUL	641,434	98,72%
Paraná	249,286	96,77%
Rio Grande do Sul	239,648	98,37%
Santa Catarina	152,500	102,65%
BRASIL	5,017,706	101,27%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS /SI-PNI

Tabela 6 - Avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2014, na segunda dose.

Região/UF	Doses aplicadas (2ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo
SUL	417,051	63,63%
Paraná	137,909	53,09%
Rio Grande do Sul	169,800	69,16%
Santa Catarina	109,342	72,84%
BRASIL	2,975,572	59,82%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS /SI-PNI

Tabela 7 - Avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2015, na terceira dose.

Região/UF	Doses aplicadas (3ª dose)	Porcentagem atingida da população alvo
SUL	-	0%
Paraná	-	0%
Rio Grande do Sul	-	0%
Santa Catarina	-	0%
BRASIL	22,844	0,47%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS /SI-PNI

4. DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a importância e necessidade da existência de uma base de dados sobre o exame citopatológico do câncer de colo uterino. A disponibilidade de dados de boa qualidade nesta base, torna possível a avaliação da tendência na cobertura do exame, como também a análise de aspectos relacionados aos resultados e a sua qualidade, facilitando, assim a monitoração das ações programáticas, como também da avaliação de estratégias de intervenção. Porém, identificou-se algumas limitações na base de dados, que prejudicam a sua ampla utilização no acompanhamento de indicadores relacionados aos programas de saúde da mulher.

Conforme os dados obtidos, 88,15% dos exames realizados pertencem a faixa etária de 25 a 64 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (14). De acordo com a tabela 1, que demonstra a razão de exames cérvico-vaginais e população em mulheres de 25 a 59 anos nas regiões Sul e no país no período de 2006 a 2012, onde a razão de exames dos estados (0,16) se mantém próxima da razão do país (0,16), exceto pelo estado do Paraná (0,18). Em 2012, essa razão, no país, foi de 0,16 exame/mulher/ano, valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3. Ressaltando que estes dados são obtidos do SISCOLO, não incluindo dados da rede privada de saúde.

A quantidade de exames por Ano de Competência e Faixa Etária nas regiões Sul no período de 2006 a 2014, de acordo com a tabela 2, é possível analisar que 11,6% dos exames foram realizados na faixa etária entre 40 a 44 anos em toda a região Sul do Brasil. Sendo que, o estado do Paraná forneceu em torno de 41,78%, Rio Grande do Sul, 37,05% e Santa Catarina, 21,17% dos exames através de citologia oncológica realizados na região Sul do Brasil. Considerando que o CCU para se tornar invasivo apresenta uma evolução estimada de três a trinta anos, com uma média de evolução subclínica de 18,2 anos (24), pode se perceber que a doença invasiva está ocorrendo em decorrência de falha dos serviços de saúde em identificar e examinar as mulheres com atraso na realização do exame citopatológico. Pois poucos exames de rastreamento são realizados nesta região de acordo com estes dados, mas é necessário ressaltar para que um programa de

rastreamento populacional tenha um bom desempenho é necessário considerar as disparidades entre os grupos sociais, garantindo o acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados às comunidades com piores condições de vida, além da população que é atendida através do SUS e registrado no SISCOLO.

O número de exames alterados na região Sul nos anos 2006 a 2014, classificados de acordo com a faixa etária, onde a prevalência de alterações predomina nas mulheres entre 20 e 29 anos (27,8%). Desta forma, o estado do Paraná possui 41% de exames alterados, Rio Grande do Sul, 36,12% e Santa Catarina, 22,88% dos exames alterados neste período. A tabela 4 traz a relação da Quantidade de Exames por Citopatologia Anterior e Escolaridade no período de 2006 a 2014, sendo que a maioria das mulheres que possuem exame citopatológico anterior, possuem Ensino Fundamental Incompleto (82,1%). Ao se examinar a cobertura do Papanicolaou de acordo com a escolaridade, encontrou-se prevalência elevada para realização na vida inclusive entre as mulheres com menos anos de estudo. Contudo, estas apresentaram a maior proporção de exames em atraso, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. Achados semelhantes foram descritos em estudos nacionais e internacionais (25-27).

O número de mulheres que realizaram um exame nos últimos três anos aumentou nos últimos períodos de acordo com a tabela 4, o que demonstra uma tendência que pode trazer benefícios no futuro, com redução da incidência da doença invasiva. Para que isso ocorra é essencial que a cobertura seja universalizada, atingindo as mulheres com maior risco de desenvolver a doença.

Embora a diversidade interestadual seja uma marca do país e torne imprescindível a avaliação com foco nos sistemas locais de saúde, a análise nacional possibilita uma visão panorâmica e a sinalização de questões a serem compreendidas e enfrentadas por todos os níveis de gestão. Na Região Sul, no município de Pelotas, estudo de base populacional, realizado em 2002, com amostra de 1.198 mulheres entre 25 a 59 anos, evidenciou que 78,7% das entrevistadas haviam realizado o exame alguma vez na vida e 68,8% nos últimos três anos (28). Em 2006, em Londrina, Paraná, estudo transversal realizado em microáreas de cinco Unidades Básicas de Saúde incluindo 513 mulheres entre 20 a 59 anos mostrou cobertura geral do Papanicolaou de 80,7% variando de 71,5 a 88,4% nas

cinco áreas. Um estudo realizado em 2006, no município de Maringá, encontraram uma cobertura de 87,6% do exame de Papanicolaou realizado nos três anos anteriores à pesquisa. Em Florianópolis, estudo transversal de base populacional conduzido em 2009, com mulheres entre 20 a 59 anos, constatou cobertura de 93% do exame realizado pelo menos uma vez na vida e 86% nos últimos três anos (23, 29).

Em São Leopoldo (RS), um estudo de base populacional realizado com 867 mulheres na faixa etária entre 20 e 60 anos, realizado entre março e novembro de 2003, mostrou que 85,5% das mulheres tinham realizado o exame de Papanicolaou nos últimos três anos. Apesar das diferenças na faixa etária avaliada, que dificultam as comparações, evidências sugerem que a cobertura no Brasil é heterogênea (30). Estudos realizados têm mostrado que mulheres mais vulneráveis socialmente têm menor chance de realizar o exame enquanto que as mulheres socialmente privilegiadas apresentam utilização excessiva, levando a uma inversão do foco de atenção (28, 29). Por exemplo, estudo realizado na cidade de Pelotas (RS) no ano de 2002 mostrou que a proporção de mulheres que não tinham feito o exame citopatológico nos últimos três anos, foi cerca de cinco vezes maior entre as mulheres de nível sócio econômico E, em comparação com as da classe A (26). Esta variação se dá pela oportunidade de conhecimento acerca da necessidade do rastreamento, e quebra de estigmas como: medo, vergonha, evitar atendimento de médicos do sexo masculino.

Se incluirmos todas as mulheres na faixa etária avaliada, a cobertura estimada pelos dados do SISCOLO para a população feminina na faixa etária de risco é baixa, heterogênea, muito aquém do recomendado pelo Programa Viva Mulher (80%). Onde apenas três municípios se aproximam desta meta no final do período estudado, Osório, Santa Cruz do Sul e Santa Rosa e municípios com populações maiores como: Caxias do Sul, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre e Santa Maria estão muito aquém desta meta. Estudos de base populacional conduzidos em diferentes momentos em uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul encontraram prevalências de exames de Papanicolaou em atraso, variando de 35% para mulheres com idade de 20 a 69 anos, em 1992, a 19% para uma amostra de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, em 2003. Também em 2003,

em outra cidade deste estado, uma pesquisa realizada com uma amostra de mulheres sexualmente ativas, na faixa de 20 a 60 anos de idade, registrou 14,5% de exames nunca realizados ou realizados há mais de três anos (26, 30, 31).

Sobre as estratégias de prevenção, foi demonstrada nas tabelas 5, 6 e 7 a avaliação do Programa de Imunizações para HPV no Brasil no ano de 2014, na 1ª, 2ª e 3ª dose. A vacinação contra o HPV, está relacionada à diminuição do risco de contágio e não substituirá a detecção precoce do câncer do colo do útero (4). Pois de acordo com Murta, é muito prematuro associar esta vacina a prevenção do câncer do colo uterino no estágio em que se encontra (32, 33).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se desta forma que a realização do exame citopatológico é uma ferramenta imprescindível na detecção precoce de alterações que possam levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. É uma medida simples, rápida, eficaz e de baixo custo, que deve a cada dia ser mais estimulada tanto pela gestão como também pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Se realizados exames de diagnóstico e tratamento precoce os riscos da lesão evoluir para uma neoplasia serão raros e a qualidade de vida dessas usuárias melhora de forma acentuada.

Assim como a vacinação, que deve ser estimulada e ter sua necessidade esclarecida às adolescentes e aos seus pais, sendo que é uma medida preventiva com nenhum custo para a população alvo e muito eficaz para a prevenção da infecção pelo HPV. Sendo de extrema importância o trabalho realizado pelos profissionais da saúde que atendem, orientam a população alvo e seus familiares.

6. REFERÊNCIAS

1. INCA. Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do útero (SISCOLO): manual gerencial. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer; 2011.
2. Brasil. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. In: Câncer MdS-INd, editor. 3 ed. Rio de Janeiro: Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância; 2012.
3. Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
4. WHO. World Health Organization guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013.
5. BRASIL. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. In: Vigilância INdCCdPe, editor. Rio de Janeiro 2014. p. 124.
6. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of pathology*. 1999;189(1):12-9.
7. Herrero R, Wacholder S, Rodríguez AC, Solomon D, González P, Kreimer AR, et al. Prevention of Persistent Human Papillomavirus Infection by an HPV16/18 Vaccine: A Community-Based Randomized Clinical Trial in Guanacaste, Costa Rica. *Cancer Discov*. 2011;1(5):408-19.
8. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Longatto-Filho A, Gontijo RC, Sarian LOZ, et al. Prevalence of genital HPV infection among women screened for cervical cancer. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(1):123-30.
9. WHO. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013.
10. Vargas S, Gelatti LC, Buffon A. AVALIAÇÃO DO PERFIL CITOPATOLÓGICO DE MULHERES ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE PORTO ALEGRE. *Fasem Ciências*. 2014;4(2):24-33.
11. WHO. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women: World Health Organization; 2013.
12. WHO. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: World Health Organization; 2007.
13. WHO. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. World Health Organization. Switzerland 2013.
14. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. In: *Oncológica CGdAEDdAàRdA*, editor. Brasil 2011.
15. Nayar R, Wilbur DC. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes*: Springer; 2015.
16. Brasil. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA; 2006.
17. Bringhenti MEZ, Dozza TG, Dozza TG, Martins TR, Bazzo ML. Prevenção do câncer cervical: associação da citologia oncótica a novas técnicas de biologia molecular na detecção do papilomavírus humano (HPV). *DST-J Bras Doenças Sex Transm*. 2010;22(3):135-40.

18. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *Jama*. 2002;287(16):2114-9.
19. Bassal R, Schejter E, Bachar R, Shapira H, Sandbank J, Rosin LS, et al. Cervical Pap screening among Israeli women, 2005–2010. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2014;289(3):615-22.
20. Skinner SR, Szarewski A, Romanowski B, Garland SM, Lazcano-Ponce E, Salmerón J, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 4-year interim follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study. *The Lancet*. 2015;384(9961):2213-27.
21. Castle PE, Schmeler KM. HPV vaccination: for women of all ages? *The Lancet*. 2015;384(9961):2178-80.
22. Zardo GP, Farah FP, Mendes FG, Franco CAGdS, Molina GVM, Melo GNd, et al. Vaccines as an agent for immunization against HPV. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(9):3799-808.
23. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(7):1312-22.
24. Zeferino LC, Bedone AJ, Faúndes A, Oyakawa N. Duração da neoplasia intra-epitelial e do carcinoma invasor do colo uterino: estudo epidemiológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1998;20:565-9.
25. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(2):318-25.
26. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. 2006.
27. Lockwood-Rayermann S. Characteristics of participation in cervical cancer screening. *Cancer nursing*. 2004;27(5):353-63.
28. Quadros CATd, Victora CG, Costa JSDd. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004;16(4):223-32.
29. Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, de Borba AT, da Motta GLS, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil Pap test coverage in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):191-7.
30. Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz A, Olinto M. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil [Coverage of Pap smear tests in the city of São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2511-20.
31. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cadernos de saúde pública*. 2003;19(5):1365-72.
32. Murta EFC. Vacina contra o HPV ou contra o câncer de colo uterino? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29(10):548-.

33. Villa LL, Perez G, Kjaer SK, Paavonen J, Lehtinen M, Munoz N, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(19):1915-27.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Biblioteca Central

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO *ON-LINE* DE TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Monografia

Artigo

Eu, **ALINE DANIELE SCHUSTER**, nacionalidade Brasileira, CPF nº 019.355.780-06, RG nº 1080763343, aluno do Curso de PG-E Gestão de Organização Pública em Saúde/EAD/Picada Café/RS, **AUTORIZO** a Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, a disponibilizar *on-line* meu trabalho final intitulado "RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUL DO BRASIL", podendo também ser acessado mundialmente na Web, sem qualquer ônus para a UFSM, respeitados os direitos autorais.

Especificações para liberação do documento *on-line*:

- 1) Liberação imediata ()
- 2) Liberação a partir de 1 ano ()
- 3) Liberação a partir de 2 anos ()

Dados complementares obrigatórios:

E-mail do autor: schuster.alined@gmail.com

Orientador: MARIA DA GRACA PORCIUNCULA SOLER

CPF: 358.666.240-87

Participante da Banca: JUSSARA MENDES LIPINSKI

CPF: 258.042.000-20

Participante da Banca: SUSANE FLORES COSENTINO

CPF: 241.079.770-77

Santa Maria, 14 de Dezembro de 2015.

Aline Daniele Schuster

Assinatura do aluno