

# FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO DE MULHERES TRATADAS COM RADIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE 1999 E 2006

*Socio-Demographic Factors Of Cervical Cancer (Cervix / Body) Of Women Treated With Radiotherapy In Florianópolis Between 1999 And 2006*  
*Postural and prevalence analysis of nociceptive cases in dentistry students*

*Joana Moreira dos Santos<sup>1</sup>, Fabiana Flores Sperandio<sup>2</sup>, Clarissa Medeiros da Luz<sup>3</sup>,  
Ariana Machado Toriy<sup>4</sup>, Fernando Luiz Cardoso<sup>5</sup>*

## RESUMO

Objetivo: Estudo teve como objetivo descrever os fatores sócio-demográficos de mulheres com câncer de colo de útero em tratamento com radioterapia, num hospital de referência em Florianópolis. Método: Foi realizado o estudo de dados agregados de séries temporais, coletados nos registros e arquivos hospitalares no período entre janeiro de 1999 a dezembro de 2006. Para a análise dos resultados foi usada a estatística descritiva, comparações de médias (teste) e de variáveis categóricas (Teste X<sup>2</sup> e Fischer), a um nível de significância de  $p \leq 0,05$ . Resultados: Foram analisados 8.504 registros e incluídos 891 segundo os critérios aplicados. Os resultados obtidos apontam que as mulheres residiam na Grande Florianópolis (29%), no Oeste (27%) e no Sul (26,3%). A faixa etária predominante foi a de 40 a 59 anos, eram casadas (56%) e trabalhavam em casa (75,4%). O câncer epidermóide de colo de útero, diagnosticado em 63,2% das pacientes. Os atendimentos foram realizados através do Sistema Único de Saúde (SUS) em 91,6% dos casos. Não houve relação do diagnóstico histopatológico com a atividade laboral. Conclusões: A neoplasia mais frequente foi o câncer epidermóide de colo de útero, diagnosticado e tratado em mulheres entre 40 a 59 anos, residentes na Grande Florianópolis, atendidas pelo SUS e casadas. A descrição destes fatores sócio-demográficos pode contribuir para a aplicação de ações preventivas à saúde da mulher no pós radioterapia de câncer de colo.

**Palavras-chave:** Câncer do Colo do Útero, Radioterapia, Saúde da Mulher, Câncer.

## ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the socio-demographic characteristics of women with cervical neck cancer treated with radiotherapy in a referral hospital in Florianópolis. Methods: We conducted the study aggregated time series data, collected records and files hospital between January 1999 and December 2006. For the analysis of the results was used for descriptive statistics, mean comparisons (test) and categorical variables (X<sup>2</sup> test and Fischer), a significance level of  $p \leq 0.05$ . Results: We analyzed 8504 records included 891 seconds and the criteria applied. The results indicate that women living in Florianópolis (29%), West (27%) and South (26.3%). The predominant age group was 40 to 59 years, were married (56%) and working at home (75.4%). The squamous cell cancer of the cervix, diagnosed in 63.2% of patients. The appointments were made through the Unified Health System (SUS) in 91.6% of cases. There was no relationship with the histopathologic diagnosis of labor activity. Conclusions: The most common neoplasm was squamous cell cancer of the cervix, diagnosed and treated in women between 40 and 59 years, residing in Greater Florianópolis, attended by SUS and married. The description of these socio-demographic factors can contribute to the implementation of preventive women's health in post radiotherapy of cervical cancer.

**Keywords:** Cervical Cancer, Radiation Therapy, Women's Health, Cancer.

1.Fisioterapeuta, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, Brasil. joanadossantos2@hotmail.com

2.Fisioterapeuta, Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Docente do Departamento de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, Brasil. fabiana.sperandio@udesc.br

3.Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médico-Sociais pela Universidad de Alcalá (UAH - Espanha), Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, Brasil. clarissa.medeiros@udesc.br

4.Fisioterapeuta, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Tecnóloga em Radiologia pelo Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC), Florianópolis, Brasil. arianatoriy@gmail.com

5.Educador Físico, Doutor em Sexologia, Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, Brasil. fernando.cardoso@udesc.br

## AUTOR CORRESPONDENTE:

Autor responsável: Ariana Machado Toriy, Laboratório de Saúde da Mulher, Endereço: Rua Pascoal Simone, 358 – Coqueiros – Florianópolis – SC, Brasil. CEP: 88080-350  
Telefone: (48) 3321- 8608 – FAX: (48) 3321-8607  
arianatoriy@gmail.com

**INTRODUÇÃO**

O câncer do útero, embora passível de prevenção, está entre os maiores problemas de saúde pública mundial, devido à alta incidência nos países desenvolvidos<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são diagnosticados aproximadamente 500 mil novos casos de câncer do útero (corpo/colo) ao ano, o que pode levar a cerca de 260 mil mortes, dependendo do nível socioeconômico da população avaliada<sup>2</sup>. Para o ano de 2012, as estatísticas da Sociedade Americana de Câncer estimara cerca de 47.130 novos diagnósticos de câncer de corpo de útero nos Estados Unidos, sendo que destas, 8.010 mulheres morrerão. Em 2010, as chances de diagnóstico com esse tipo de câncer durante a vida eram de 1/40<sup>3</sup>.

No Brasil, o câncer de útero representa o segundo câncer mais comum na população feminina e a quarta causa de mortalidade entre as acometidas, à exceção da Região Norte, desconsiderando, neste caso, os tumores de pele. Para 2012, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) prevê cerca de 17.530 novos casos de câncer de colo do útero, cerca de 4.520 novos casos<sup>4</sup>. No Estado de Santa Catarina, a estimativa do câncer de colo de útero e corpo de útero para este mesmo ano chegará, respectivamente, a 14 novos casos para cada 100 mil mulheres com 5 novos casos para 100 mil mulheres<sup>5</sup>.

A frequência do câncer de colo do útero está relacionada a fatores como faixa etária reprodutiva, menarca precoce, reposição hormonal, hábitos de vida, genética e exposição ao vírus Papillomavírus Humano (HPV)<sup>6,7</sup>. Outros fatores como a classe social, o nível de escolaridade, a origem étnica, o comportamento sexual e de higiene, o número de gestações e sua precocidade, o alcoolismo e o tabagismo, também influenciam no aparecimento do câncer de colo do útero<sup>8,9</sup>. Neste contexto, em 2002, foi realizada uma avaliação no programa de controle do câncer de colo uterino no estado, que constatou a carência de serviços assistenciais pelo impacto da morbimortalidade no interior e, essencialmente, pela falta do nível terciário de saúde, devido à centralização dos serviços de saúde na capital<sup>10</sup>.

Dentre as terapêuticas utilizadas no tratamento, a radioterapia é a mais utilizada, subdividindo-se em duas modalidades: a Teleterapia e Braquiterapia, sendo esta última a mais preconizada, pois prioriza pontos de maior atividade neoplásica, uma vez que o tratamento é realizado internamente<sup>11</sup>.

Diante deste contexto, é indispensável que haja a procura de informações concisas e substanciais sobre a prevalência da doença nas diferentes regiões brasileiras<sup>12</sup>, possibilitando as práticas de ações efetivas de políticas públicas, permitindo a detecção e redução dos danos do câncer precocemente. Sendo assim, o objetivo do estudo é descrever os fatores sócio-demográficos de mulheres com câncer de colo de útero em tratamento radioterápico, num hospital de referência em Florianópolis, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006.

**MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado no Setor de Radioterapia, em um hospital de referência, no município de Florianópolis, SC. Trata-se de uma unidade hospitalar filantrópica, sendo a maior e o mais antigo do Estado de Santa Catarina, com capacidade para 237 leitos (apartamentos e en-

fermaria). A demanda do hospital é de acordo com a patologia, não tendo um número limite para os atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou particular.

Foi realizado um estudo de dados agregados de séries temporais de mulheres em tratamento com radioterapia nos períodos de janeiro de 1999 a dezembro de 2006, coletados em registros e arquivos do setor supracitado. A escolha justifica-se por ser este o serviço que centralizava e comportava o maior número de atendimentos em pacientes com diagnóstico de câncer, no Estado de Santa Catarina.

Foram incluídos no estudo todos os prontuários de mulheres atendidas no referido Setor de Radioterapia, com diagnóstico inicial de câncer no colo/corpo do útero, no período de análise da pesquisa. Foram excluídas as mulheres que os prontuários encontravam-se incompletos ou com registros de óbito. Para a classificação das neoplasias, foi utilizado o sistema de classificação tumoral da International Federation International of gynecology and Obstetrics (FIGO) baseado originalmente no exame clínico e na extensão anatômica da doença. São quatro estágios de acordo com a gravidade da doença, ainda existem os subestágios que refletem o prognóstico da doença. A divisão do câncer em estadiamentos é importante para a seleção da terapia e avaliação mais adequados<sup>13</sup>. Para a classificação das profissões, utilizou-se como base a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)<sup>14</sup> que tem por finalidade identificar as ocupações no mercado de trabalho para fins de classificação diante de registros administrativos e domiciliares. Foram consideradas: atividades domésticas, sendo qualquer ocupação doméstica remunerada ou não; atividades religiosas, qualquer atividade de auxílio religioso ou por própria conta e atividades manuais, considerando todo o tipo de serviço com objetos de cerâmica, couro, madeira, metal e/ou similar. Para as diferentes regiões do estado, foi utilizada a classificação das mesorregiões, oferecida pelo Governo do Estado de Santa Catarina, através do Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>15</sup>. A Figura 1 representa o processo de composição da amostra para o estudo.

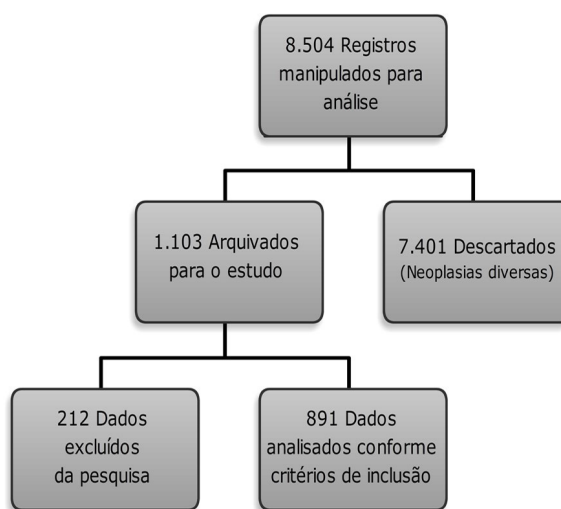


Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados realizada no setor de radioterapia no tratamento do câncer de útero (Colo/Corpo), concluídos entre 1999 a 2006, em Florianópolis, SC.

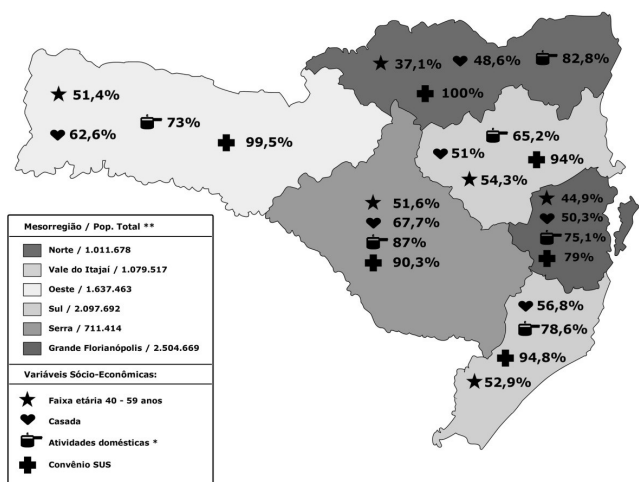
Dos dados coletados no setor de radioterapia, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, tipo de

convênio, profissão, cidade de origem e diagnóstico histopatológico. Os mesmos foram filtrados e categorizados da seguinte forma: 1) idade, em quatro grandes grupos (20 – 39 anos; 40 – 59 anos; 60 – 79 anos; acima de 80 anos); 2) profissão, de acordo com suas funções (Área da saúde; Aposentadas; Funções educacionais; Atividades rurais; Funções administrativas; Área comercial; Atividades domésticas e alimentares; Atividades manuais; Atividades religiosas); 3) cidade de origem de acordo com a classificação em mesorregiões, quais sejam: Grande Florianópolis; Norte Catarinense; Oeste Catarinense; Serrana; Sul Catarinense; Vale do Itajaí; 4) estadiamento, designado em: IIA (tumor envolvendo vagina até 2/3 craniais, sem envolvimento parametrial), IIB (tumor com envolvimento parametrial sem acometer parede óssea) e IIIB (tumor que se estende à parede óssea (paramétrio) ou 1/3 distal da vagina).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, - CEPESH, da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob protocolo N° 129/2010. Os dados foram digitados pelas mesmas pesquisadoras, armazenados e processados no programa SPSS 20. Para a análise dos resultados foi usada a estatística descritiva e observadas às distribuições de frequência, realizaram-se as comparações de médias (teste) e de variáveis categóricas (Teste X<sup>2</sup> e Fischer), a um nível de significância de p≤0,05.

## RESULTADOS

Foi avaliado 8504 registros médicos do Serviço de Radioterapia, dos quais 891 (10,47%) incluídos na pesquisa (Figura 1). Posteriormente, divididos de acordo com o local de residência: 258 na Mesorregião da Grande Florianópolis (29%); 241 no Oeste Catarinense (27%); 234 no Sul Catarinense (26,3%); 92 no Vale do Itajaí (10,3%); 35 no Norte Catarinense (3,9%) e 31 destas mulheres eram residentes na Serrana (3,5%) (Figura 2).



\*Atividades domésticas: Incluos neste grupo profissionais remuneradas ou não, com o mesmo perfil de trabalho (do lar, domésticas, faxineiras e cozinheiras).

\*\* Dados populacionais coletados em <http://ibge.com.br>

Figura 2 – Caracterização das mulheres que realizaram o tratamento radioterapêutico, entre 1999 a 2006 em Florianópolis, quanto as variável sócio-demográficos (idade,

estado civil, profissão e tipo de atendimento) em cada Mesorregião do Estado de Santa Catarina.

Variável	Frequência	%	
<b>Idade (anos)</b>			<b>p= 0,0001</b>
20 – 39	165	18,6	
40 – 59	443	49,9	
60 – 79	261	29,4	
Acima de 80	18	2	
<b>TOTAL</b>	<b>887</b>	<b>100</b>	<b>IP*: 4</b>
<b>Estado Civil</b>			<b>p= 0,01</b>
Solteira	138	15,5	
Divorciada	75	8,4	
Viúva	177	19,9	
Casada	499	56,1	
<b>TOTAL</b>	<b>889</b>	<b>100</b>	<b>IP*: 2</b>
<b>Status de Atendimento</b>			<b>p= 0,001</b>
SUS	816	91,6	
Convênio Médico	71	8	
Particular	4	0,4	
<b>TOTAL</b>	<b>891</b>	<b>100</b>	<b>IP*: 0</b>
<b>Profissão</b>			<b>p= 0,194</b>
Área da Saúde	10	1,1	
Aposentadas	3	0,3	
Funções Educacionais	22	2,5	
Atividades Rurais	83	9,4	
Funções Administrativas	30	3,4	
Área Comercial	33	3,7	
Atividades Domésticas	668	75,4	
Atividades Manuais	36	4,1	
Atividades Religiosas	1	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>886</b>	<b>100</b>	<b>IP*: 5</b>
<b>Total Analisados</b>	<b>891</b>	<b>100,0</b>	

\*I.P: Informações perdidas devido aos registros incompletos

Quanto à classificação histopatológica do câncer de colo/ corpo subdividiu-se em: estadiamento IIB (63,2%). Os demais apresentaram as seguintes proporções IIA (11,6%) e IIIB (25,2) totalizando 36,8% da amostra estudada.

Na análise das variáveis do diagnóstico histopatológico, apresentou-se a seguinte correlação de significância: idade (p=0,0001), estado civil (p=0,01), status de atendimento (p=0,001) e profissão (p=0,194), sendo que esta última, não apresentou relação significativa na mesma análise (Tabela 1).

Em relação às proporções relacionadas ao diagnóstico histopatológico e às mesorregiões do Estado de Santa Catarina, estas se mantiveram constantes, divergindo apenas quanto ao terceiro câncer mais frequente entre as mesorregiões p = 0,032. Buscou-se, ainda, a caracterização dos fatores sócio-demográficos das mulheres atendidas. Houve relação entre o número de mulheres atendidas em cada mesorregião, com as variáveis de maior número de casos. A categoria “atividades domésticas /do lar” da variável “profissão” destacou-se pela alta frequência de repetição de dados. Vale ressaltar, que foram incluídas nessa variável as seguintes profissões: do lar/doméstica, faxineiras e cozinheiras.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no estudo ressaltaram um acréscimo de aproximadamente 50% no número de casos entre o ano inicial e final, sendo que no ano de 1999 registraram-se



100 casos enquanto que em 2006, 145 casos de mulheres tratadas com radioterapia.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>16</sup>, desde 1979 a 2005, a taxa de mortalidade assentada por idade saltou de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representou um acréscimo de 6,4% em 26 anos. Tulher (2008) mostrou em sua pesquisa com 89 hospitais e outros 7 centros de referência oncológica que nos anos de 1995 a 2002, 45,5% das mulheres com câncer de colo de útero se encontravam nos estágios III e IV da doença no período do diagnóstico<sup>17</sup>.

Quanto à distribuição da faixa etária nas mesorregiões predominou essencialmente entre 40 – 59 anos. A OMS<sup>18</sup> pré-determina que para realizar algum impacto sobre o perfil epidemiológico do Câncer de Útero (colo/corpo) é necessário uma cobertura mínima de 80 a 85% da população entre 25 a 59 anos, ou seja, incluindo mulheres menopausadas. Em complemento, afirmou ser essencial a qualidade na realização do exame citológico e a garantia de um tratamento futuro, se necessário.

Os resultados de um estudo realizado em outra região do Brasil<sup>19</sup>, com características similares a presente pesquisa, mostraram que 56,1% das pacientes acometidas por câncer de útero eram casadas, e se encontravam na faixa etária a partir dos 50 anos.

Deste modo, os resultados de Scusses (2010) também mostraram que 38,1% das mulheres estavam na faixa etária entre 50 – 59 anos<sup>20</sup>. Tais achados corroboram as pesquisas de Casarin; Piccoli<sup>21</sup> e Vale<sup>22</sup> et al em que a mesma faixa etária estaria sendo mais acometida e com maior taxa de mortalidade.

Conforme o presente estudo, 56,1% das mulheres que se encontravam em tratamento eram casadas. De acordo com Muller<sup>23</sup> et al (2008) em sua amostra 73,6% de mulheres também eram casadas, e as mulheres que se encontravam fora do círculo de casamento ou união estável (viúvas, divorciadas ou solteiras) apresentavam os maiores índices de exames atrasados ou nunca realizados. Isto poderia ser associado ao fato da falta de conhecimento da mulher que não possui um parceiro fixo ou atividade sexual ativa. Entretanto, o mesmo estudo adverte que a variável estado civil em nada influencia estatisticamente na realização do exame preventivo.

Por outro lado, Nakagawa<sup>24</sup> et al (2011) afirmaram que as mulheres casadas apresentaram maiores chances de desenvolver a doença na sua forma mais grave. De fato, segundo eles, estas procuram com maior frequência realizar o exame preventivo, ao passo, que as mulheres não casadas realizam esporadicamente, sendo considerada a população mais vulnerável.

Quanto à prevenção, a análise de Primo<sup>25</sup> (2008) sobre a trajetória do câncer do colo do útero, ressaltou que o Ministério da Saúde somente conseguiu recolher os dados sobre a realização do exame preventivo em 2003. Esses dados por sua vez, demonstram que 68,7% das mulheres tinham realizado o exame nos últimos três anos e 20% nunca o haviam realizado. Soares<sup>26</sup> et al (2010) propuseram-se avaliar a amplitude da cobertura do teste Papanicolau, entre mulheres na faixa etária de 18 – 69 anos e observaram que a cobertura do teste para esta faixa etária foi de 58,7%, sendo que entre 25-59 anos, concentrou-se em 66,2% dos exames. Pesquisadores do Sul do Brasil<sup>27</sup> realizaram uma pesquisa com 1.304 mulheres e concluíram que em 57% das mulheres nunca haviam realizado tal teste e atribuíram este comportamento, à baixa efetividade de ações preventivas de saúde pública, ao grau de escolaridade, a idade atual e à idade de início da vida sexual.

Outro estudo realizado por Mbamara<sup>28</sup> et al (2011) na Nigéria, procurou descrever o conhecimento, as atitudes e as práticas ginecológicas em um centro de nível terciário de saúde. Foram distribuídos 200 questionários com perguntas sobre câncer, prevenção, testes, dentre outros. Apenas 8% das mulheres que responderam ao questionário apresentavam conhecimento sobre o teste preventivo. Phongsavan<sup>29</sup> et al (2010) realizaram de forma semelhante uma pesquisa na Suécia com 80 mulheres sobre questões relacionadas à percepção do câncer de útero e sua prevenção. Menos de 5% já haviam realizado o teste Papanicolau.

Desta forma, fica evidente que a não efetivação dos exames precursores das lesões neoplásicas é causado pela falta de conhecimento e atitudes preventivas da população de risco<sup>30</sup>.

No que diz respeito ao tipo de neoplasia, estudos anteriores<sup>3, 21</sup> definiram que o câncer epidermóide esteve presente em quase 90% dos casos (não excluindo a presença e a elevada incidência ou gravidade de outros tipos histológicos). Similar ao encontrado na literatura, os estudos de Vieira<sup>31</sup> et al (2009), afirmaram que o carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais frequente.

Com relação às mesorregiões, o presente estudo demonstrou que 29% da população encontravam-se na região mais próxima do centro de referência em radioterapia (com alto nível socioeconômico) e eram, em sua maioria, donas de casa. No estudo de Berraho<sup>32</sup> et al (2012), em Marrocos, o maior risco das mulheres observadas eram aquelas que viviam a mais de 100 km do centro de referência no tratamento do câncer. Isso se deve a dificuldade de deslocamento graças ao baixo nível socioeconômico (88,5%), já que 91% das pesquisadas eram donas de casa.

McCarthy<sup>33</sup> et al (2010) em pesquisa realizada na cidade de Nova York, encontraram dados de que um quarto das mulheres estudadas com diagnóstico de câncer de útero viviam em alto índice de pobreza. Entende-se que a diferença no número de casos apresentados em cada mesorregião catarinense possa ser explicada devido aos deslocamentos regionais (interior para capital) à procura de atendimentos neste centro de excelência do estado, uma vez que um dos equipamentos de radioterapia, neste hospital, era disponibilizado irrestritamente pelo SUS.

Conclui-se que a neoplasia mais frequente é o câncer epidermóide de colo de útero, diagnosticado e tratado em mulheres entre 40 – 59 anos, residentes, em sua maioria, na Grande Florianópolis, atendidas pelo SUS, com tipo histopatológico de câncer epidermóide e casadas. Os dados analisados são pertinentes para tomar conhecimento e alertar os serviços de saúde sobre possíveis formas de intervenção a curto e médio prazo. Julga-se que é preciso observar com tento para a criação de estratégias ou orientações sociopreventivas, ou efetivar as já existentes, com vistas ao controle, rastreamento e a ampliação ao acesso em programas de educação e saúde, nas diferentes localidades identificadas.

O presente estudo apresentou como limitação a falta de padronização quanto aos registros médicos e hospitalares, o que restringiu o número de variáveis analisadas e a impossibilidade de analisar as evoluções médicas e radioterapêuticas, devido ao acesso indireto dessas informações.

É importante ressaltar que estudos transversais, permitem analisar uma determinada população em um determinado momento e são essenciais para planejamentos em saúde.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and Southern African countries. Zimbabwe: World Health Organization; 2001.
2. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control - A guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. American Cancer Society-ACS. Câncer facts & figures 2010. Atlanta (USA): American Cancer Society, 2010.
4. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência do câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
5. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2010.
6. Rositch AF, Silver MI, Burke A, Viscidi R, Chang K, Duke CM, Shen W, Gravitt PE. The Correlation Between Human Papillomavirus Positivity and Abnormal Cervical Cytology Result Differs by Age Among Perimenopausal Women. *J Low Genit Tract Dis.* 2012
7. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
8. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 111-122.
9. Antunes J, Wunsch-Filho V. The effect of perfolting corrections on reported uterine cancer mortality data in the city of São Paulo. *Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas* 2006; 39(8): 1091-1099.
10. Serrano TRG. Avaliação do Programa Estadual de Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama em Santa Catarina [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
11. Vieira SC, Costa DR, Meneses AD, Silva JB, Oliveira AKS, Sousa RB. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(1):22-27.
12. Gamarra C, Valente J, Silva G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. *Rev. Panam Salud Pública* 2010; 28(2): 100-106.
13. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. TNM: Classificação de Tumores Malignos. Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm>> Acesso em: 13 out 2011.
14. Jordan J, Arbyn M, Martin Hirsch-P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, P Nieminen, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology.* 2008; 19(6):342-54.
15. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002. Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição Espacial das SDRs e Mesorregiões do IBGE, 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2006/matriz.htm>
18. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30 (5):2 16-8.
19. World Health Organization. Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines key points for policy-makers and health professionals. Geneva: World Health Organization; 2007.
20. Soares MC, Meincke SMK, Mishima S. Câncer de colo uterino: Caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2010; 14(1): 90-96.
21. Scucces M. Epidemiología del carcinoma de endometrio. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2010;70(1):37-41.
22. Casarin MR, Picooli JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo de Útero em Mulheres do Município de Santo Angelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(9):3925-3932.
23. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AP, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(2):383-390.
24. Muller DK, Dias da Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(11):2511-2520.
25. Nakagawa JT, Espinosa MM, Barbieri M, Schirmer J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevivência e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso\*. *Acta Paul Enferm* 2011;24(5):631-7.
26. Primo WQSP. Câncer de colo do útero: É necessário prevenir. *Brasília Med* 2008; 45(2):83-84.
27. Soares M, Silva S. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev. BrasEnferm* 2010; 62(1): 177-182.
28. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5): 1365-1372.
29. Mbamar SU, Ikpeze OC, Okonkwo JE, Onyiaorah IV, Ukah CO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among women attending gynecology clinics in a tertiary level medical care center in southeastern Nigeria. *J Reprod Med* 2011;56(11-12):491-6.
30. Phongsavan K, Phengsavanh A, Wahlström R, Marions L. Women's perception of cervical cancer and its prevention in rural Laos. *Int J Gynecol Cancer.* 2010; 20(5):821-6.
31. Leite JMS. Vigilância epidemiológica e prognóstico de sobrevivência de pacientes com câncer de colo de útero. *Brasília Med* 2008;45(2):92-106
32. Vieira SB, Costa DR, Meneses AD, Borges e Silva J, Oliveira AKS, Sousa RB. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(1):22-7
33. Berraho M, Obtel M, Bendahhou K, Zidouh A, Errihani H, Benider A, Nejari C. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan African Medical Journal.* 2012; 12(14): 1-8.
34. McCarthy AM, Dumanovsky T, Visvanathan K, Kahn AR, Schymura MJ. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in mortality among women diagnosed with cervical cancer in New York City, 1995-2006. *Cancer Causes Control.* 2010; 21(10):1645-55. Epub 2010 Jun 3.