

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**GABRIELLE DE OLIVEIRA PIRES
JÚLIA PRADO SÃO THIAGO
LARISSA RIBEIRO BASTOS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO ATENDIDAS NO HOSPITAL HINJA EM VOLTA
REDONDA, RJ: ANÁLISE DE PRONTUÁRIO**

**VOLTA REDONDA
2023**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE MEDICINA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO ATENDIDAS NO HOSPITAL HINJA EM VOLTA
REDONDA, RJ: ANÁLISE DE PRONTUÁRIO**

Trabalho de conclusão de Módulo apresentado ao curso de Medicina, da Universidade Fundação Oswaldo Aranha, como requisito parcial à obtenção do título de médico.

Alunos:
Gabrielle de Oliveira Pires
Júlia Prado São Thiago
Larisse Ribeiro Bastos

Professor Orientador:
Daniel Escorsim Machado

VOLTA REDONDA
2023

RESUMO

Introdução: O câncer do colo de útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tumor maligno mais incidente na população feminina mundial e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer. É considerada uma doença evitável devido ao seu longo estado pré-invasivo, a disponibilidade de triagem citológica, programas de saúde da mulher e tratamento eficaz de lesões pré-invasivas. Neste aspecto, as mulheres devem começar a fazer o exame preventivo a partir dos 25 anos, visto que é uma doença silenciosa e muitas vezes assintomática, e quando diagnosticada de forma precoce, os índices de cura são altos. **Objetivo:** analisar e descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de colo de útero atendidas no hospital HINJA em Volta Redonda, RJ. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada a partir da análise de prontuários de pacientes portadoras de neoplasias malignas de colo de útero, tratadas no Hospital HINJA, em Volta Redonda-RJ. **Resultados:** Este estudo revelou que a faixa etária de 51-60 anos, metrorragia, carcinoma espinocelular e grau histológico III estavam entre as características mais relacionadas às pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero atendidas no Hospital HINJA. **Conclusão:** O estudo demonstrou que diversas variáveis influenciam no diagnóstico, prognóstico e no tratamento do câncer de colo de útero, o que pode ser usado para uma melhora nas estratégias de controle da doença.

Palavras-chave: câncer; útero; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer, is the fourth most common malignant tumor in the world's female population and the fourth leading cause of death in women with cancer in Brazil, according to the National Cancer Institute. It is considered a preventable disease due to its long pre-invasive state, availability of cytologic screening programs, and effective treatment of pre-invasive lesions. In this regard, women should start taking the preventive exam from the age of 25, since it is a silent and often asymptomatic disease, and when diagnosed early, cure rates are high. **Objective:** the study aimed to analyze and describe the epidemiological profile of patients with cervical cancer treated at the HINJA hospital in Volta Redonda, RJ. **Methodology:** The research was carried out based on the analysis of medical records of patients with malignant neoplasms of the cervix, treated at the HINJA Hospital, in Volta Redonda-RJ. **Results:** This study revealed that the age group of 51-60 years, metrorrhagia, squamous cell carcinoma and histological grade III were among the characteristics most related to patients diagnosed with cervical cancer treated at HINJA Hospital. **Conclusion:** The study demonstrated that several variables influence the diagnosis, prognosis and treatment of cervical cancer, which can be used to improve disease control strategies

Keywords: cancer; uterus; epidemiology.

LISTA DE ABREVIATURAS

INCA – Instituto Nacional do Câncer

HPV – Papilomavírus Humano

SUS – Sistema Único de Saúde

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

RJ – Rio de Janeiro

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

JEC – Junção Escamocolunar

OMS – Organização Mundial de Saúde

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

CEC – Carcinoma Espinocelular

EUA – Estados Unidos da América

GII – Grau II

TCLE – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

AP – Anatomopatológico

PET-CT – Positron Emission Tomography - Computed Tomography

Nº – Número

CTI – Centro de Terapia Intensiva

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Análise de idade..... | 12 |
| Figura 2 – Análise dos sintomas..... | 13 |
| Figura 3 – Análise da correlação entre idade e sintoma..... | 14 |
| Figura 4 – Análise do tipo histológico..... | 15 |
| Figura 5 – Análise do grau histológico..... | 16 |
| Figura 6 – Análise da correlação entre tipo histológico e grau histológico..... | 16 |
| Figura 7 – Análise da correlação entre idade e tipo histológico..... | 17 |
| Figura 8 – Análise da correlação entre idade e grau histológico..... | 18 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 METODOLOGIA | 6 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 7 |
| 3.1 Colo do útero ou cérvix | 7 |
| 3.2 História e classificação..... | 7 |
| 3.3 Câncer de colo de útero | 8 |
| 3.3.1 <i>Lesões mucosas malignas</i> | 8 |
| 3.3.2 <i>Epidemiologia do câncer de colo de útero</i> | 9 |
| 3.3.3 <i>Fatores de risco</i> | 9 |
| 3.4 Rastreio diagnóstico..... | 10 |
| 3.4.1 <i>Rastreio</i> | 10 |
| 3.4.2 <i>Diagnóstico</i> | 11 |
| 3.5 Tratamento..... | 11 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 12 |
| 4. 1 Idade | 12 |
| 4.2 Sintomas | 12 |
| 4.3 Correlação entre idade e sintoma. | 13 |
| 4.4 Tipo Histológico..... | 14 |
| 4.5 Grau Histológico..... | 15 |
| 4.6 Correlação entre tipo histológico e grau histológico..... | 16 |
| 4.7 Correlação entre idade e tipo histológico | 17 |
| 4.8 Correlação entre idade e grau histológico..... | 17 |
| 5 CONCLUSÃO | 19 |
| 6 FICHA DE AVALIAÇÃO | 20 |
| REFERÊNCIAS..... | 25 |
| ANEXO A – Comprovante do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa | 28 |

| | |
|---|-----------|
| ANEXO B – Texto da Plataforma Brasil discriminado a exigência para a aprovação | 31 |
|---|-----------|

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo de útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tumor maligno mais incidente na população feminina mundial e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021a). É causado pela infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por 70% dos casos (INCA, 2021c).

Estima-se que cerca de 80% das mulheres em idade sexualmente ativa irão adquirir o HPV ao longo de suas vidas. No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo de útero foi 5,33 óbitos/100 mil mulheres, em 2019. Na análise regional, o Norte constitui a região com a maior causa de óbito por câncer feminino (26,24/100 mil) e a região Sudeste (8,61/100 mil) ocupa a quinta posição (INCA, 2021a). A neoplasia do colo do útero é a terceira causa mais comum de câncer entre mulheres de países subdesenvolvidos, sendo mais comum em grupos com menor nível socioeconômico, nas mulheres com atividade sexual precoce e/ou múltiplos parceiros, além disso, o tabagismo também é um cofator de relevância. (KASPER *et al*, 2021)

O colo do útero é a parte inferior do útero e tem a forma aproximadamente cilíndrica, projeta-se através da parede vaginal súpero-anterior e comunica-se com a vagina através do canal endocervical, que termina no orifício externo localizado na parte superior da vagina. Este câncer pode originar-se da mucosa da superfície do colo ou de dentro do canal e pode se espalhar para os linfonodos regionais e, posteriormente, se metastatizar para estruturas distantes. Todos os tumores devem ser verificados microscopicamente e os casos são classificados como carcinomas do colo do útero se o crescimento primário for na cérvix (BERMUDEZ *et al*, 2015). Os tipos histopatológicos são: carcinoma de células escamosas (queratinizante; não queratinizante; verrucoso), adenocarcinoma endometriode, adenocarcinoma de células claras, carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenóide cístico, carcinoma de pequenas células e carcinoma indiferenciado (THOMPSON, 1990). Existem três categorias de lesões cervicais macroscópicas: endofíticas, que são localizadas dentro do canal endocervical, exofíticas e escavadas ou lesões ulcerativas, que são as mais comuns e são lesões fungosas semelhantes à couve-flor que são friáveis e sangram com bastante facilidade. (BERMUDEZ *et al*, 2015).

A transmissão da infecção por HPV ocorre através do contato sexual, por meio de escoriações microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Com isso, uso de preservativos durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer pelo contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal. É considerada uma doença evitável devido ao seu longo estado pré-invasivo, a disponibilidade de triagem citológica, programas, e tratamento eficaz de lesões pré-invasivas. Neste aspecto, as mulheres devem começar a fazer exame preventivo a partir dos 25 anos, visto que é uma doença silenciosa e muitas vezes assintomática, e quando diagnosticada de forma precoce, os índices de cura são altos. Além disso, o Ministério da Saúde implementou no calendário vacinal, em 2014, a vacina quadrivalente contra o HPV, e atualmente está disponível pelo SUS para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, tendo em vista que durante essa faixa etária esses indivíduos foram menos expostos ao vírus através de relações sexuais, estabelecendo assim maior capacidade de produção de anticorpos induzida pela vacina (INCA, 2021b).

Diversos aspectos influenciam a regressão ou persistência da infecção por HPV e a progressão para lesões precursoras ou câncer, como carga viral, imunidade do hospedeiro, genética e o comportamento sexual. Além disso, a precocidade da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, frequência sexual, tabagismo e a presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são considerados fatores de risco para se infectar pelo HPV. A idade e alterações no metabolismo também são fatores que podem influenciar nas modificações. (SOUZA *et al.*, 2015).

Portanto, diante da alta incidência dessa doença, letalidade, riscos e consequências expostos anteriormente, torna-se explícita a necessidade de elaboração de trabalhos que se proponham a estudar o perfil epidemiológico e clínico das mulheres diagnosticadas com câncer cervical, para que através do resultado seja possível detectá-la precocemente, realizar prevenção, comparar com resultados de outros estudos, promover estratégias no controle da neoplasia e educação em saúde a respeito do tema. Com isso, o objetivo deste trabalho é realizar um estudo que busca descrever o perfil epidemiológico e clínico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero atendidas no Hospital HINJA, em Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil.

2 METODOLOGIA

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo CEP (CAAE 58876321.6.0000.5237). A pesquisa foi realizada a partir da análise de prontuários de pacientes portadoras de neoplasias malignas de colo de útero, tratadas no Hospital HINJA, em Volta Redonda-RJ. Trata-se de um estudo retrospectivo transversal descritivo, no qual foram abordadas variáveis clínicas e epidemiológicas, como: sexo, idade, raça, classificação citológica e histopatológica, estágio clínico e patológico da doença, subtipo molecular viral e tratamento realizado. Os dados foram coletados por meio de análise guiada por ficha de coleta do Registro Hospitalar, baseadas no formato padrão do Hospital HINJA. As informações foram colhidas semanalmente, com auxílio de funcionário do setor de radioterapia do hospital. O cruzamento de dados e análise estática foi realizado com auxílio do programa Excel, sendo transformados em gráficos. O estadiamento foi realizado com base nas definições e critérios do sistema de Bethesda 2ª Edição Springer. Os critérios de inclusão foram: constar no prontuário informações sobre o diagnóstico inicial; subtipo viral; estadiamento clínico e/ou patológico. Como critérios de exclusão, foram usados: abandono do seguimento clínico por mais de doze meses e pacientes que estiverem em vigência de complicações agudas da doença e/ou tratamento. O estadiamento das lesões seguirá a classificação do sistema de Bethesda (lesões de baixo grau NIC 1, lesões de alto grau NIC 2 e 3, e carcinoma invasivo).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Colo do útero ou cérvix

O colo do útero é uma estrutura de formato cilíndrico e com uma leve dilatação do terço médio, medindo 2 a 4 cm de comprimento, tendo em todo seu contorno e nos dois terços superior e junto com o terço inferior da inserção à vagina, um anel medindo 0,5 a 0,8 cm de altura, disposto de modo oblíquo para baixo e para frente, estando o eixo maior do colo orientado obliquamente para baixo e para trás, atravessando perpendicularmente a parede anterior da vagina. Possui mucosa rica em grandes glândulas tubulares ramificadas chamadas de glândulas cervicais. É dividido em uma porção exterior que se projeta na vagina, a ectocérvice, e uma interior, a endocérvice. (ROSS et al., 2021).

A ectocérvice: é formada por um epitélio escamoso estratificado não queratinizado; enquanto a endocérvice: é formada por uma camada de mucosa, formada por um epitélio colunar simples mucossecretor, que é responsável pela produção do muco cervical. (ROSS et al., 2021).

À ligação da ectocérvice e da endocérvice dá-se o nome de junção escamocolunar (JEC), podendo ter sua localização modificada de acordo com o estado hormonal, gestacional, parto vaginal ou trauma. Na JEC ocorre o início da infecção pelo HPV (ROSS et al., 2021).

3.2 História e classificação

Em 1943, Papanicolau deu início ao sistema de classes para o diagnóstico citológico, e foram listadas de I a V, onde a classe III é sinalizadora de malignidade, porém inconclusiva. Tendo a classe IV fortemente sugestiva de malignidade e a classe V específica de malignidade. No ano de 1973 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a classificação feita anteriormente por Reagan et al, 1953, em que o termo displasia indicaria as lesões pré-cancerosas e as dividiu em: displasia leve, displasia moderada, displasia acentuada/carcinoma in situ. Richart em 1967, após um estudo sobre a história natural do câncer do colo de útero determinou o conceito de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para as lesões precursoras do carcinoma escamoso-invasor do colo de útero, fundamentando-as como um fenômeno único, contínuo e

progressivo. Sendo assim, as neoplasias intraepiteliais cervicais foram divididas em três graus, NIC 1, NIC 2 e NIC 3, correspondendo respectivamente à displasia leve, displasia moderada e displasia acentuada/carcinoma *in situ*. No ano de 1988, foi incluído o Sistema Bethesda de terminologia e classificação diagnóstica para amostras citológicas cervicovaginais. Em 1991 e 2001 sofreu atualizações. No Sistema Bethesda, as lesões pré-cancerosas do colo de útero, são classificadas como lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (corresponde às alterações citopáticas pelo HPV e a displasia leve NIC 1) e lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (corresponde à displasia moderada NIC 2 e carcinoma *in situ* NIC 3). (BARROS et al., 2012).

3.3 Câncer de colo de útero

O processo que inicia o câncer de colo de útero é a infecção por HPV. Já é conhecida a existência de mais de 100 tipos diferentes de HPV, entre os quais, 14 são de alto risco. Os tipos 16 e 18 os mais encontrados em carcinomas de colo de útero.

O HPV afeta o crescimento e a diferenciação celular por meio de interações das proteínas virais E6 e E7 com os genes supressores tumorais p53 e Rb. A oncoproteína E7 se liga à proteína supressora de tumor Rb e a inativa, interrompendo o fator de transcrição E2F, resultando na proliferação celular descontrolada, já a E6 se liga à proteína supressora de tumor p53, impedindo a interrupção do ciclo celular e a apoptose celular, o que normalmente ocorre quando há lesão no DNA. Ambas as etapas são essenciais para a transformação maligna das células epiteliais do colo do útero.

3.3.1 Lesões mucosas malignas

O carcinoma *in situ* está associado com HPVs de alto risco, principalmente o HPV 16 (BONVICINI et al., 2005). Clinicamente, se apresenta como uma placa única, que não regrada espontaneamente, por ter um grande potencial de evolução para Carcinoma Espinocelular (CEC). As lesões têm características como placas eritematosas, aveludadas, brilhantes com ou sem infiltração e podem afetar a glândula, prepúcio, uretra, vulva, mucosa oral, língua e conjuntiva. O HPV 16 é o mais encontrado e o HPV 8 também tem sido visto (WIELAND et al., 2000).

O HPV afeta o crescimento e a diferenciação celular por meio de interações das proteínas virais E6 e E7 com os genes supressores tumorais p53 e Rb. A oncoproteína E7 se liga à proteína supressora de tumor Rb e a inativa, interrompendo o fator de transcrição E2F, resultando na proliferação celular descontrolada, já a E6 se liga à proteína supressora de tumor p53, impedindo a interrupção do ciclo celular e a apoptose celular, o que normalmente ocorre quando há lesão no DNA. Ambas as etapas são essenciais para a transformação maligna das células epiteliais do colo do útero (MUÑOZ et al., 2003).

Um grande número de lesões da região cervical está associado à presença do HPV, desde anormalidades citológicas iniciais a displasias de diferentes graus, levando ao câncer cervical. Observa-se relação eventual do HPV e câncer de colo do útero em cerca de 90% a 100% dos casos (MUÑOZ et al., 2003). A infecção cervical por alguns tipos de HPV é o iniciador na gênese da neoplasia cervical, ainda que outros cofatores atuem para que ocorra o desenvolvimento da neoplasia. Os HPVs 16 e 18 são os tipos carcinogênicos mais importantes e responsáveis por cerca de 70% dos carcinomas cervicais e 50% das neoplasias intraepiteliais de grau III. Os HPVs 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 e 58 também têm sido detectados nas lesões de câncer cervical. (ZUR HAUSEN, 2002).

3.3.2 Epidemiologia do câncer de colo de útero

Em todo o mundo, são diagnosticadas cerca de 471 mil mulheres por ano com câncer cervical, tendo uma estimativa de aproximadamente 233 mil óbitos/ano. É considerada a neoplasia genital mais frequente na mulher brasileira, tendo seu início em idade precoce e com uma evolução lenta, o que permite um melhor prognóstico. Porém, no Brasil, diferentemente de países desenvolvidos, houve um considerável aumento entre 1979 e 2000 com relação a novos casos de 31%, sendo desses, 70% já foram diagnosticados em estágios avançados (THOMPSON, 1990).

3.3.3 Fatores de risco

Os fatores de risco são aqueles que estão associados ao aumento da probabilidade de se desenvolver uma doença. Um fator de risco para câncer de colo de útero é a idade, com início de incidência do câncer cervical na faixa etária entre 20 e 29 anos e havendo um acréscimo significativo a partir dessa idade e tendo o seu

pico entre 45 e 50 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, 2009). Outro fator é o tabagismo, visto que a nicotina e a cotinina, presentes no cigarro, apresentam efeitos carcinogênicos e são detectadas no muco cervical. Além do tabagismo, o início precoce da atividade sexual, diversidade de parceiros e o uso de pílulas anticoncepcionais também são fatores controversos de associação com o câncer de colo de útero, visto que grande parte das mulheres que fazem uso desse método contraceptivo abandonam os outros métodos, como o uso da camisinha, que é método que previne contra a infecção do HPV (BEREK, 2008). Ressalta-se também que mulheres com outras infecções sexualmente transmissíveis também são fatores de risco para câncer cervical (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, 2009).

3.4 Rastreio diagnóstico

3.4.1 Rastreio

O rastreio é realizado através da aplicação de exames em população assintomática e saudável, tendo o objetivo de reconhecer lesões que sejam sugestivas de câncer de colo de útero, podendo assim, fazer o encaminhamento, a investigação e o tratamento o mais precoce possível. O benefício do rastreio é ter o melhor prognóstico, o tratamento mais efetivo e tendo a menor morbidade associada (INCA, 2021c).

O principal método e mais utilizado para detecção e rastreamento do câncer de colo de útero é o exame Preventivo, também conhecido como Papanicolau, que é o exame citopatológico do útero. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), havendo uma boa cobertura da população alvo é possível se ter uma redução de 60 a 90% da incidência de câncer cervical invasivo com o exame preventivo (INCA, 2021c).

A rotina recomendada para rastreamento no Brasil é a realização de 2 exames com intervalo de um ano entre eles, após esses 2 resultados negativos, realizar os demais exames com um intervalo de 3 anos entre eles. A repetição após um ano do primeiro exame é feita para descartar falso negativo. Já em mulheres imunodeprimidas, é recomendado que seja feito o rastreio anualmente (INCA, 2021c).

3.4.2 Diagnóstico

Para o diagnóstico do câncer cervical, alguns exames de rastreio podem ser utilizados, sendo o Papanicolau considerado o padrão-ouro. São realizados o exame pélvico em que se examina a vagina, o colo do útero, útero, ovário e útero através de espéculo, toque vaginal e toque retal, o exame preventivo, também conhecido como Papanicolau é realizado introduzindo o espéculo na vagina, inspecionar visualmente o interior da vagina e do colo do útero, o material colhido é colocado em uma lâmina que é analisada pelo método citopatológico, a colposcopia que detecta lesões anormais na vagina e no colo do útero e a biópsia que é realizada quando células anormais são detectadas no exame preventivo. Além disso, é de suma importância para a hipótese diagnóstica final o raciocínio guiado pela história clínica da paciente (FREITAS et. al., 2017).

3.5 Tratamento

Entre os tratamentos para o câncer de colo do útero estão a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade do paciente e desejo de ter filhos. Caso seja confirmada a presença de lesão precursora, ela poderá ser tratada a nível ambulatorial, por meio de uma eletrocirurgia. É importante ressaltar que o tratamento deve ser avaliado individualmente e orientado por um médico (INCA, 2021c).

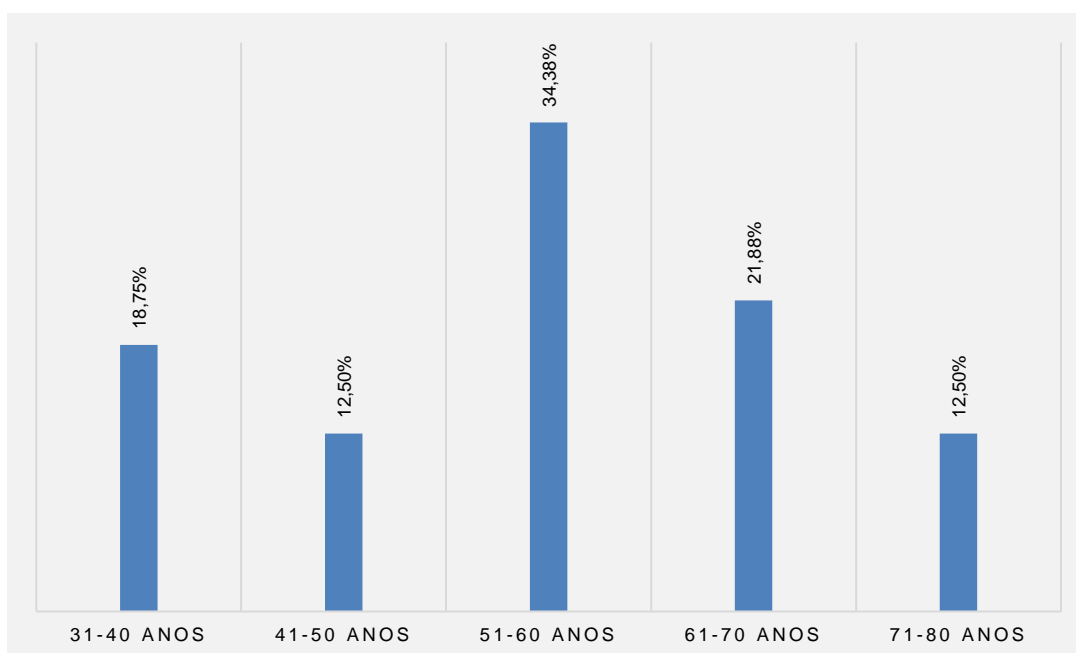
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 54 prontuários e, respeitados os critérios de elegibilidade, 32 foram incluídos. Todas as pacientes analisadas foram atendidas no Hospital HINJA, por meio de convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde), e tiveram a primeira consulta entre o período de 2019 a 2021.

4.1 Idade

Com relação à idade, houve variação de 31 a 80 anos, com média de 58 anos. Do total, 31,2% das pacientes tinham entre 31 e 50 anos, enquanto pacientes com mais de 50 anos correspondem a 68,7% (Figura 1). Esses resultados estão de acordo com a literatura, pois sabe-se que a idade média no momento do diagnóstico é de 50 anos (ONCOGUIA, 2020). Em contrapartida, em um estudo realizado no estado do Paraná, houve predomínio da faixa etária de 30 a 39 anos (KOLLER et al, 2016).

Figura 1 – Análise da idade



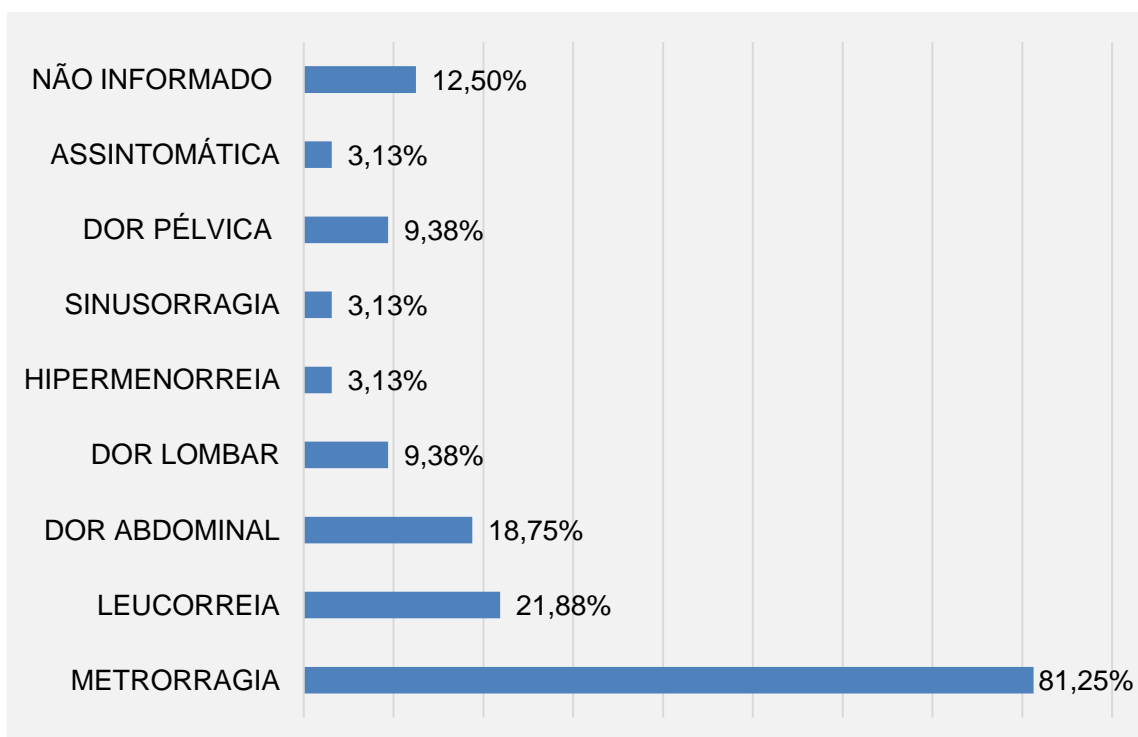
Fontes: Arquivo pessoal, 2023.

4.2 Sintomas

Em relação aos sintomas apresentados pelas pacientes foram relatados a presença de metrorragia, leucorreia, dor abdominal, dor lombar, hipermenorreia, sinusorragia e dor pélvica. Do total, 81,2% das pacientes informaram a ocorrência de

sangramentos fora do período menstrual (metrorragia), sendo o sintoma mais prevalente, estando de acordo com Disaia e Creasman (2007), seguido de corrimento vaginal (leucorreia), correspondendo a 28,8%. Uma única paciente (3,1%) apresentou-se assintomática e outra pequena parcela correspondente a 12,5% do total não havia registro de sintomas nos prontuários (Figura 2). Vale ressaltar que algumas pacientes relataram a ocorrência de mais de um sintoma durante a anamnese, o que explica a porcentagem dessa análise ser superior a 100%.

Figura 2 – Análise dos sintomas

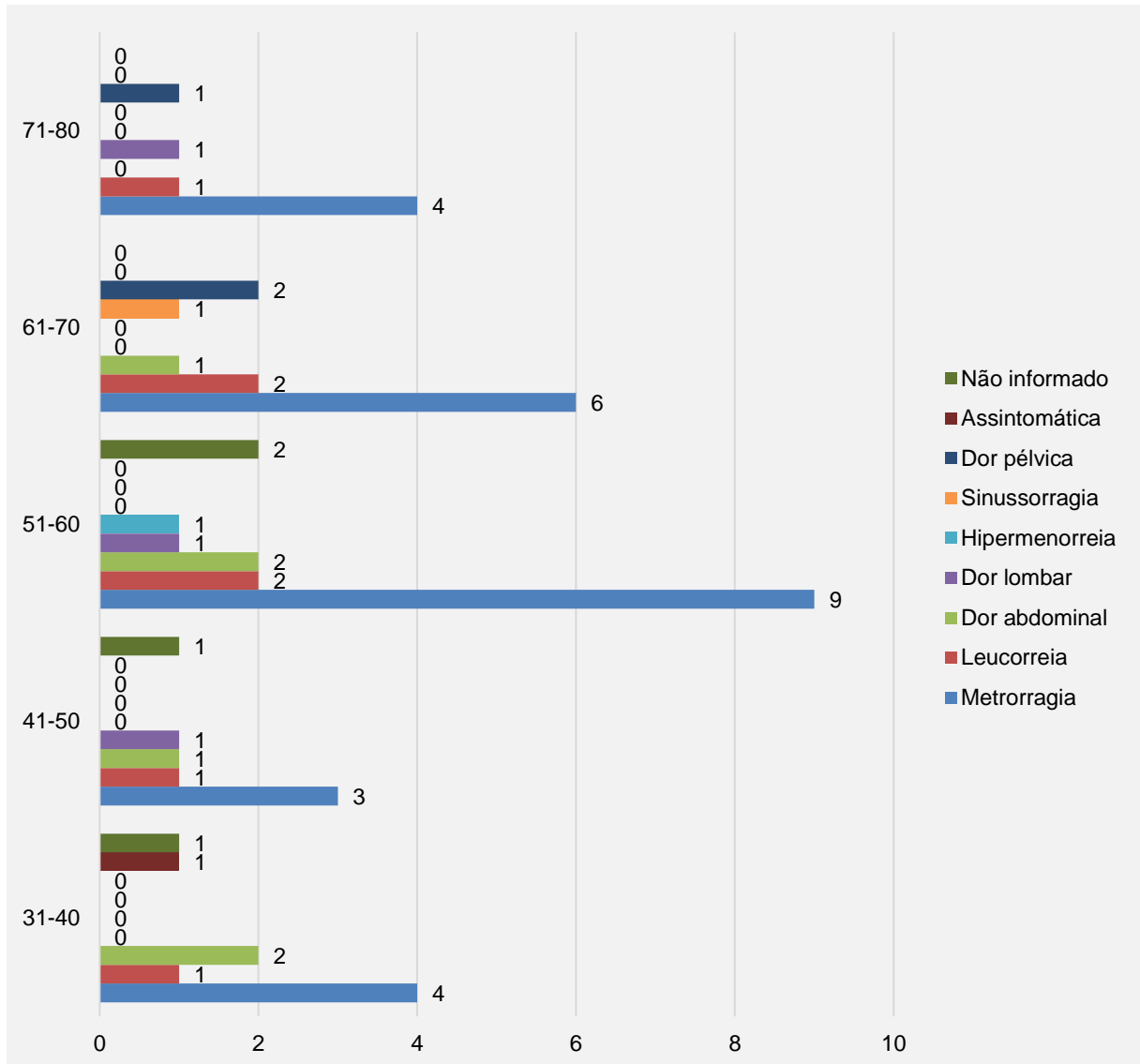


Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.3 Correlação entre idade e sintoma.

Com o intuito de um melhor entendimento e associação entre as variáveis idade e sintoma, a análise desse gráfico resultou predominância de metrorragia na faixa etária de 51-60 anos, enquanto na mesma faixa etária não foi observada a presença de sinussorragia e dor pélvica (Figura 3).

Figura 3 – Análise da correlação entre idade e sintoma



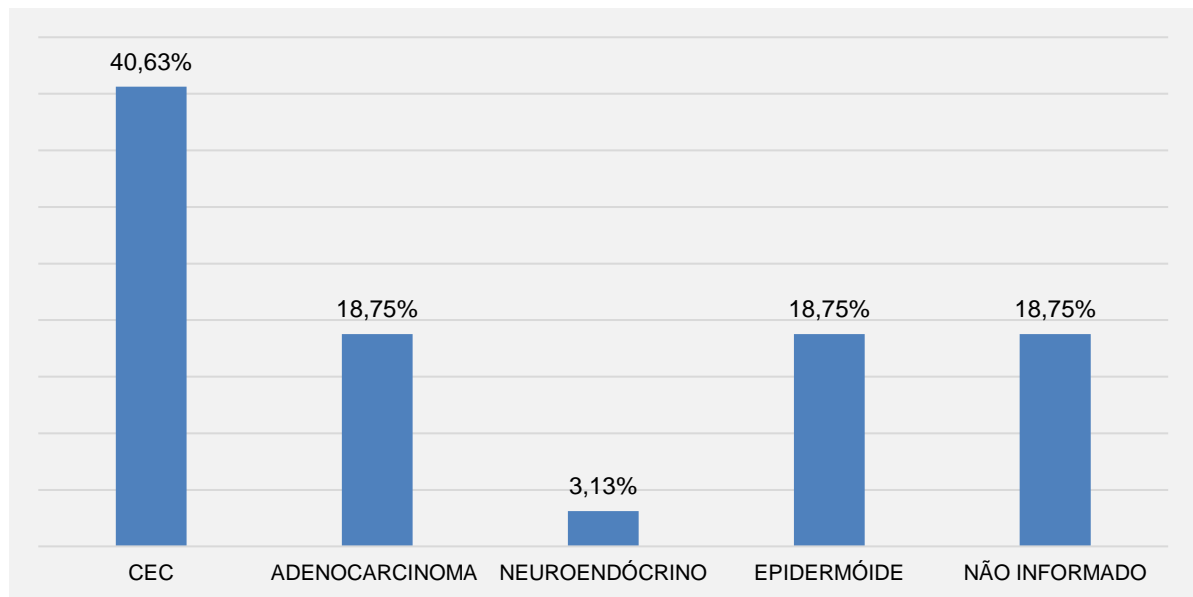
Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.4 Tipo Histológico

Em relação ao tipo histológico dos tumores, 40,6% foram carcinoma espinocelular (CEC), 18,7% adenocarcinoma, 18,7% epidermóide, enquanto apenas uma paciente (3,1%) foi diagnosticada com tumor neuroendócrino e 18,7% não havia anexo do laudo da biópsia no prontuário (Figura 4). A realidade da distribuição dos tipos histológicos nos EUA corrobora com a análise supracitada, uma vez que obteve 75% de CEC, 25% de adenocarcinoma, enquanto o neuroendócrino também foi infrequente (ADEGOKE; VIRNIG, 2012).

Além disso, um estudo que analisou o perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas no Centro de Oncologia de Pernambuco, também obteve o carcinoma escamoso como principal tipo histológico encontrado (correspondendo a 85% da amostra) (SILVA et al, 2018).

Figura 4 – Análise do tipo histológico



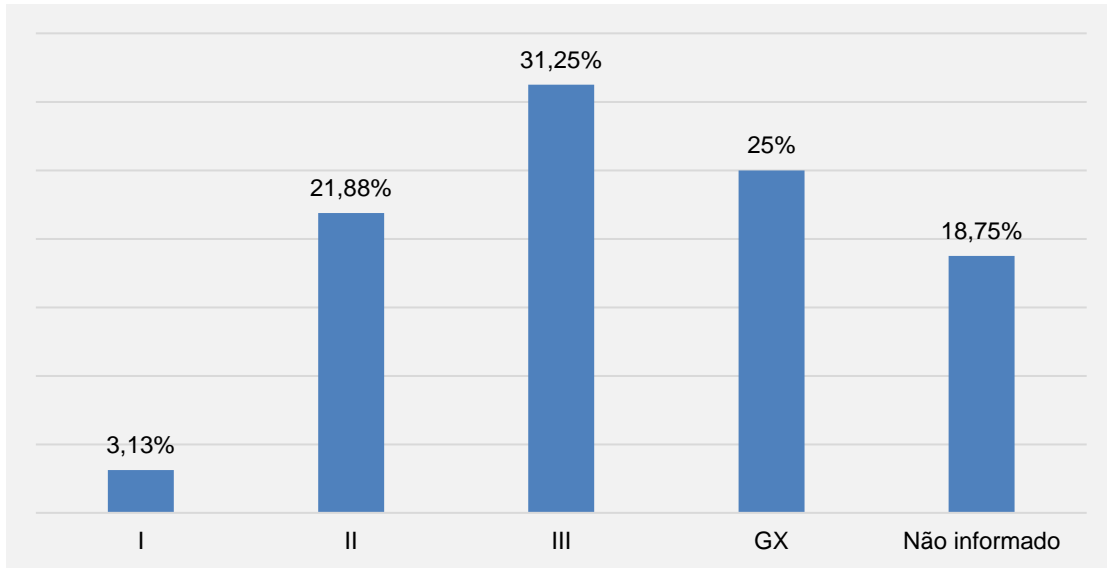
Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.5 Grau Histológico

A identificação do grau histológico (I, II, III ou GX) é importante para o prognóstico e história da doença (INCA, s.d.).

O resultado obtido no presente estudo revelou prevalência do grau III, correspondente a 31,2% das pacientes, enquanto 25% correspondem ao grau I e II. Além disso, 25% da amostra apresentou grau indeterminado (GX), e em 18,75% dos prontuários não havia registro dessa variável (Figura 5). Confrontando com esses resultados, Silva (2018) avaliando o perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas no Centro de Oncologia Pernambucano, verificou prevalência do grau moderadamente diferenciado – GII - (53,41%).

Figura 5 – Análise do grau histológico

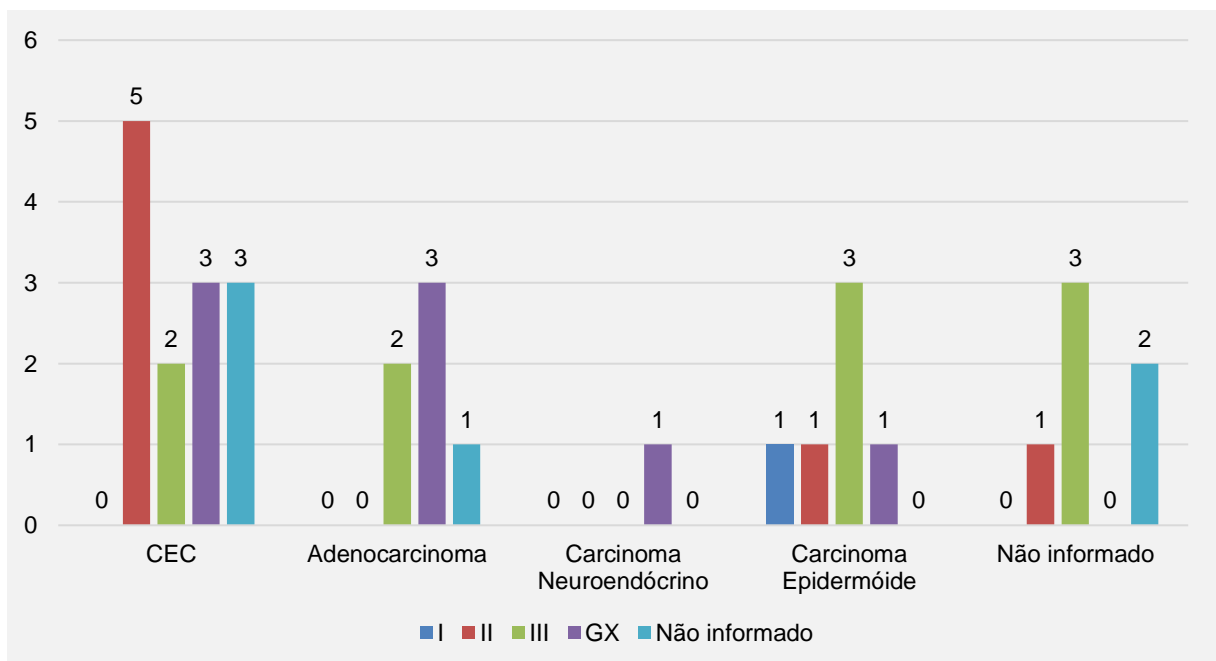


Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.6 Correlação entre tipo histológico e grau histológico

Com o intuito de um melhor entendimento e associação entre as variáveis tipo histológico e grau histológico citadas no estudo, a análise desse gráfico resultou predominância do grau II (moderadamente diferenciado) no Carcinoma Espinocelular (CEC), enquanto o grau I não foi observado nesse tipo histológico (Figura 6).

Figura 6 – Análise da correlação entre tipo histológico e grau histológico

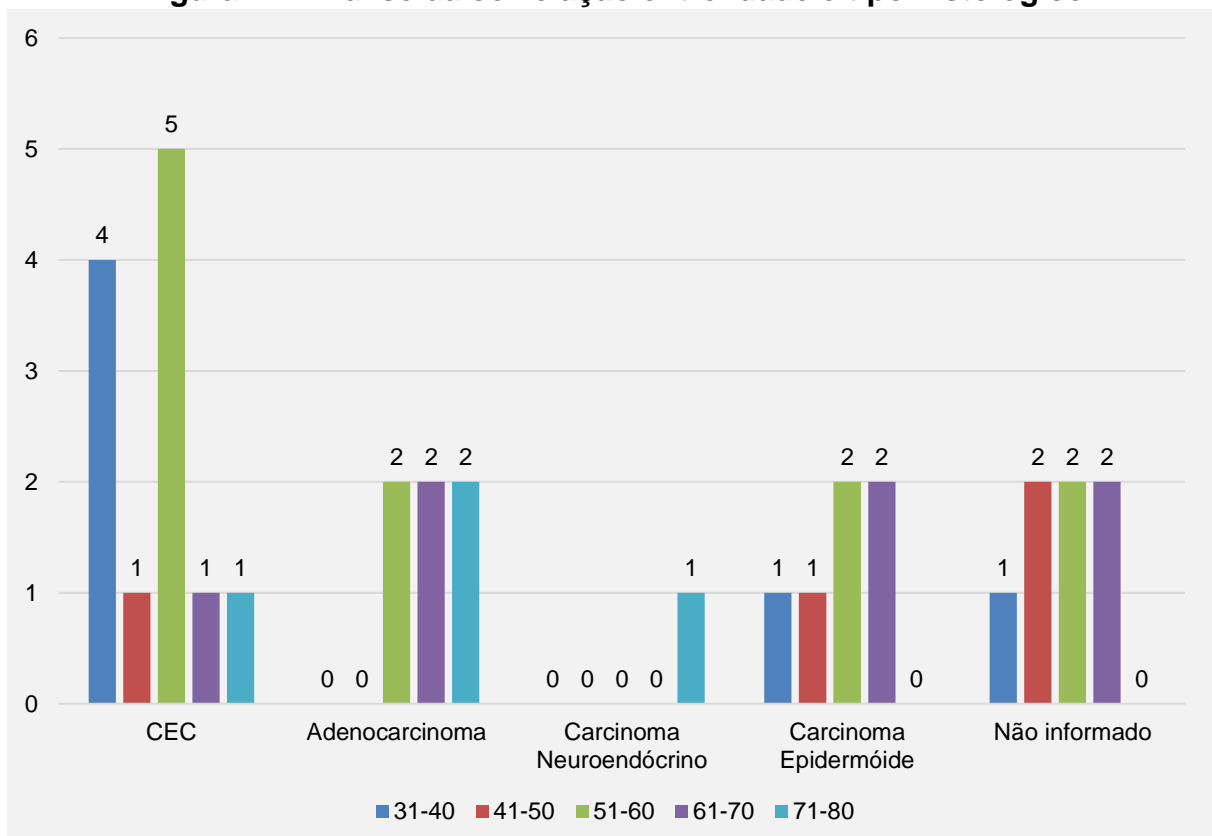


Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.7 Correlação entre idade e tipo histológico

Para um melhor entendimento e associação entre as variáveis idade e tipo histológico citadas no estudo, observa-se que entre os casos de Carcinoma Espinocelular (CEC) houve predominância da faixa etária de 51-60 anos e 31-40 anos, respectivamente. Além disso, o único caso de Carcinoma Neuroendócrino estava na faixa etária de 71-80 anos (Figura 7).

Figura 7 – Análise da correlação entre idade e tipo histológico

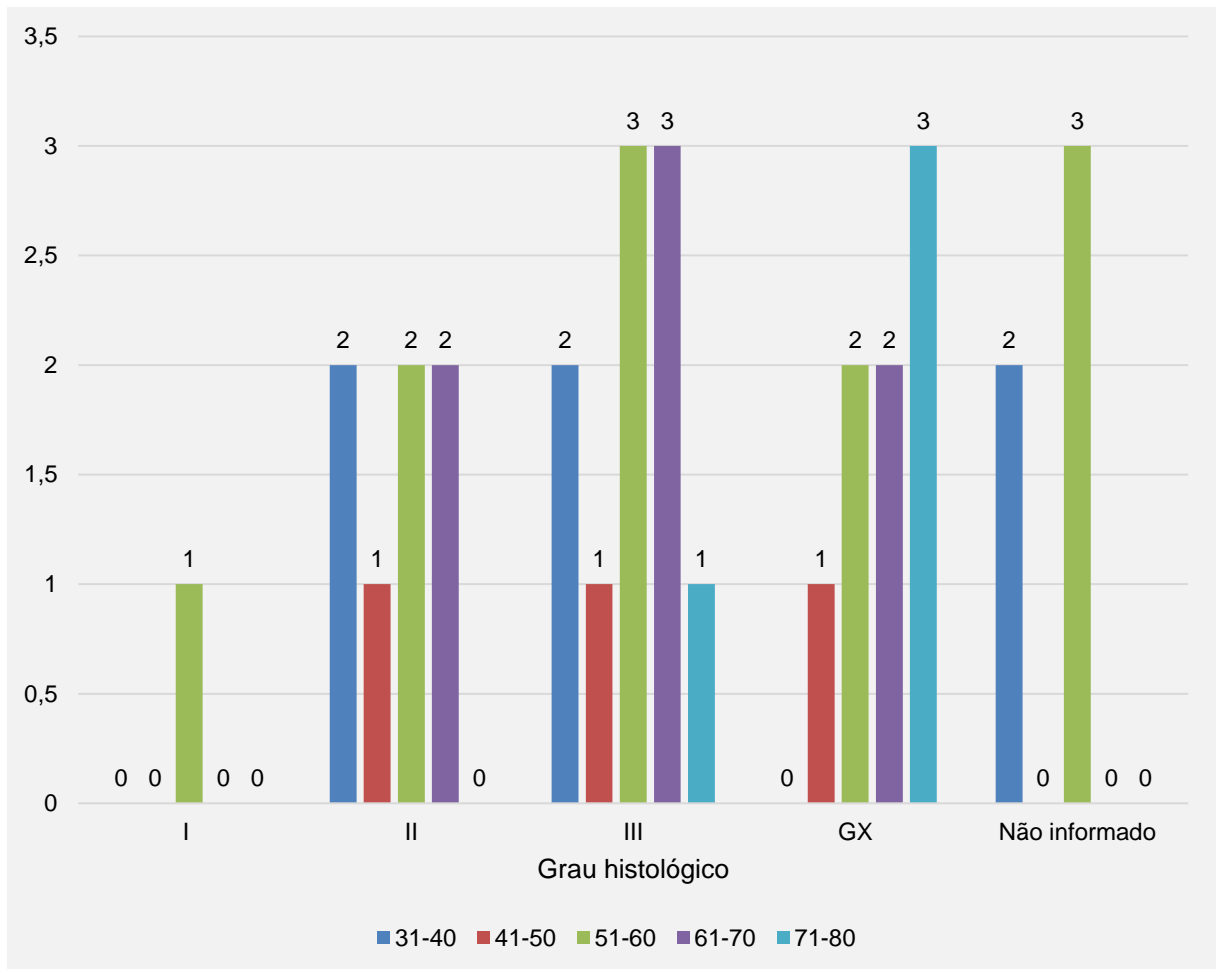


Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

4.8 Correlação entre idade e grau histológico

Para associar as variáveis idade e grau histológico, foi observado que no grau III (pouco diferenciado) houve predominância da faixa etária de 51-70 anos, enquanto no grau I (altamente diferenciado) o único caso estava entre a faixa etária de 51-60 anos (Figura 8).

Figura 8 – Análise da correlação entre idade e grau histológico.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

5 CONCLUSÃO

O estudo do perfil das pacientes constitui uma relevante ferramenta que viabiliza o conhecimento dos fatores associados ao agravo em uma determinada localidade e subsidia as ações no campo da saúde. Este estudo revelou que a faixa etária de 51-60 anos, metrorragia, carcinoma espinocelular e grau histológico III estavam entre as características mais relacionadas às pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero atendidas no Hospital HINJA, em Volta Redonda/RJ.

A ausência da variável raça, cor, estado civil, profissão e a subnotificação do quesito escolaridade sinalizam a desvalorização da epidemiologia descritiva para a análise da problemática e, sobretudo, tomada de decisão acerca dos fatores associados a incidência de câncer de colo de útero. Uma outra fragilidade no estudo foi a falta de registro do histórico vacinal referente ao vírus HPV nos prontuários analisados, bem como os registros dos resultados anteriores do Exame de Papanicolaou, uma importante ferramenta para se prevenir o desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Por fim, essas observações demonstraram que diversas variáveis influenciam no diagnóstico, prognóstico e no tratamento do câncer de colo de útero, o que pode ser usado para uma melhora nas estratégias de controle da doença.

6 FICHA DE AVALIAÇÃO



FICHA DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

REGISTRO HOSPITALAR: _____ NOME DA PACIENTE (INICIAIS): _____ PACIENTE Nº: _____ ÚLTIMO FOLLOW-UP: __/__/____

| CRITÉRIO DE INCLUSÃO | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| 1. Capacidade de ler e entender o TCLE? Não se aplica. | | |
| 2. TCLE assinado após discussão das dúvidas e esclarecimentos com o pesquisador? Não se aplica. | | |
| 3. Diagnóstico confirmado de câncer de colo de útero há pelo menos 6 meses por exame anatomopatológico ou citológico? | | |
| 4. Estadiamento inicial documentado no prontuário? | | |
| 5. Todo seguimento médico do câncer de colo de útero nessa instituição? | | |
| CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | | |
| 1. Abandono do seguimento clínico > 12 meses? | | |
| 2. Problemas psiquiátricos graves? | | |
| 3. Em vigência de complicações aguda da doença e/ou tratamento? | | |

ELEGIBILIDADE

Paciente é elegível?

Sim Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: __/__/____

Estado civil: Casada Separada Viúva Solteira

Raça/cor: Branca Negra Amarela Parda Indígena

Cidade: _____ Estado: _____

Profissão/ocupação: _____

SITUAÇÃO ATUAL DA PACIENTE

- SEGUIMENTO CLÍNICO SEM DOENÇA EM ATIVIDADE
- EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO
- EM PRÉ OPERATÓRIO
- EM PÓS-OPERATÓRIO (ATÉ 60 DIAS)
- SUPORTE CLÍNICO

AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL E MANEJO DOS ESTÁDIOS ZERO A III

1. Tempo de acompanhamento da instituição (data de início – 1ª consulta): __/__/____
2. História familiar de câncer de colo de útero (pais, filhos, irmãs, avós): SIM NÃO
Quantos? ____
3. Data da biopsia diagnóstica: __/__/____
4. AP: _____
5. Grau histológico: I II III não disponível/incerto
6. Oncoproteína E6/E7: positivo negativo
7. Estadiamento inicial clínico - T____ N____ M____
 - a. estadiamento IA1 IA2 IB1 IB2 IB3 IIA1 IIA2 IIB
 - IIIA IIIB IIIC IVA IVB
8. Estadiamento inicial patológico - T____ N____ M____
 - a. estadiamento IA1 IA2 IB1 IB2 IB3 IIA1 IIA2 IIB
 - IIIA IIIB IIIC IVA IVB

SINAIS E SINTOMAS SISTÊMICOS DA DOENÇA NO DIAGNÓSTICO

9. A paciente apresentava algum dos sinais/sintomas no diagnóstico?
 - Assintomática e/ou metrorragia leucorreia dispareunia dor abdominal hiperemia
 - Outros: _____/_____/_____
10. Há quanto tempo? _____

EXAMES DE ESTADIAMENTO INICIAL

11. Foi realizado exames de citologia para paciente assintomática?

Sim Não

12. Foi realizado exames de estadiamento?

Se sim, marque os exames abaixo solicitados:

Quais?

- colposcopia radiografia de tórax ressonância magnética pélvica
 biópsia urografia intravenosa PET-CT
 biópsia tomografia da pelve

TRATAMENTO INICIAL – CIRURGIA

13. Cirurgia para retirada do tumor? Sim Não

Data da cirurgia: _____ tipo: criocirurgia cirurgia a laser conização

hysterectomia tipo: _____
 traquelectomia exanteração pélvica

TRATAMENTO INICIAL – QUIMIOTERAPIA

14. Quimioterapia? Não Sim ⇒ neoadjuvante adjuvante paliativa

Protocolo I: _____

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº de ciclos: ____

Internações hospitalares: Não Sim ⇒ Quantas? ____

Internação 1 – nº dias: ____

Internação 2 – nº dias: ____

Internação CTI/UTI: Não Sim ⇒

Internação 1 – nº dias: ____

Internação 2 – nº dias: ____

Protocolo II: _____

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº de ciclos: ____

Internações hospitalares: Não Sim ⇒ Quantas? ____

Internação 1 – nº dias: ____

Internação 2 – nº dias: ____

Internação CTI/UTI: Não Sim ⇒

Internação 1 – nº dias: ____

Internação 2 – nº dias: ____

TRATAMENTO INICIAL – RADIOTERAPIA

15. Radioterapia adjuvante? Sim Não

16. Radioterapia concomitante a quimioterapia? Sim Não

Serviço:

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº frações: ____ Dose: ____

Foi realizado boost em área tumoral? Sim Não

Campos: Interno Externo

TRATAMENTO – QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

14. Quimioterapia? Não Sim ⇨ neoadjuvante adjuvante paliativa

Protocolo I: _____

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº de ciclos: ____

TRATAMENTO – RADIOTERAPIA ADJUVANTE

16. Radioterapia concomitante a quimioterapia? Sim Não

Serviço:

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº frações: ____ Dose: ____

Foi realizado boost em área tumoral? Sim Não

Campos: Interno Externo

TRATAMENTO – BRAQUITERAPIA

Data de início: __/__/____

Data de término: __/__/____

Nº frações: ____ Dose: ____

VACINAÇÃO

17. Paciente apresenta comprovante de vacinação contra HPV? Sim Não

Quantas doses? ____ profilática terapêutica

REFERÊNCIAS

ADEGOKE, Olusola; KULASINGAM, Shalini; VIRNIG, Beth. Cervical cancer trends in the United States: a 35-year population-based analysis. **Journal of women's health**, v. 21, n. 10, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22816437/>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35715166/>>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BEREK, Jonathan S. **Tratado de Ginecologia Berek & Novak**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BERMUDEZ, Adriana et al. **Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 2015. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2015.06.004>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

BERNARDES, António. **Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. Manual de Ginecologia. Permanyer Portugal**. 2011. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_01.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

BONVICINI, F. et al. **Presence and type of oncogenic human papillomavirus in classic and in differentiated vulvar intraepithelial neoplasia and keratinizing vulvar squamous cell carcinoma**. Journal of medical virology, v. 77, n. 1, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16032717/>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

DE VUYST, Hugo et al. **Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis**. International journal of cancer, v. 124, n. 7, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19115209/>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

DISAIA, Philip J.; CREASMAN. **Clinical Gynecologic Oncology**. 7 ed. Mosby Elsevier, Philadelphia 2007.

INCA. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acesso em: 24 out. 2021.

INCA. **Câncer do colo uterino**. s.d. Disponível em: <<https://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: 20 abr. 2023.

INCA. **Causas e prevenção: prevenção e fatores de risco**. 2021b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>>. Acesso em: 24 out. 2021.

INCA. **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-mama-feminina-e-colo-do-utero>. Acesso em: 24 out. 2021.

INCA. **Tipos de câncer:** câncer do colo do útero. 2021c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 24 out. 2021.

KASPER, Dennis L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 20 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2021.

KOLLER, Francisco José et al. Epidemiologia do câncer de colo de útero: uma realidade da saúde pública do paraná. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 182-186, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v22i2.9773>>. Acesso em: 29 abr. 2023.

LIMA, Daisy Nunes de Oliveira. Atlas de citopatologia ginecológica. Brasília: Ministério da Saúde: Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/356754227/atlas-citopatologia-ginecologica-1-pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MAJEWSKI, Slawomir; JABLONSKA, Stefania. **Human papillomavirus-associated tumors of the skin and mucosa**. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 36, n. 5, p. 659-685, 1997. Disponível em: <https://www.academia.edu/20121580/Human_papillomavirus_associated_tumors_of_the_skin_and_mucosa?auto=download>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MUÑOZ, Nubia et al. **Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer**. New England journal of medicine, v. 348, n. 6, 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12571259/>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ONCOGUIA. **Estatística para câncer de colo de útero**. 2020. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/mobile/conteudo/estatistica-para-cancer-de-colo-do-utero/6717/283/>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. **Rotinas em ginecologia**. Artmed Editora, 2017.

ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wojciech. **Histologia - Texto e Atlas - Correlações com Biologia Celular e Molecular**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8 ed., 2021.

SILVA, Ruan Carlos Gomes da et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PgGpzdL6HqQTsk8RPLVD9JR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **Câncer de colo de útero é o segundo tipo que mais mata**. 2009. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/1466-sp-592020436>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SOUZA, Gláucia da Conceição Silva et al. **Papilomavírus humano: biologia virale carcinogênese**. Belo Horizonte: Revista Femina. n° 4, v. 43, 2015. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n4/a5313.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

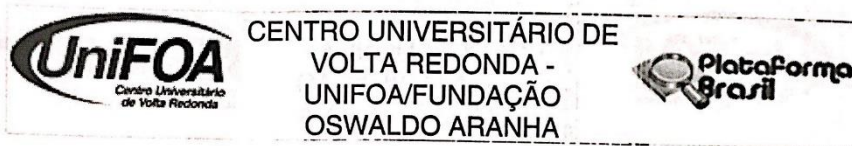
THOMPSON, Leslee J. **Cancer of the Cervix**. Seminars in Oncology Nursing, n° 3, v. 6, 1990. Disponível em: <<https://sci-hub.se/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074920819090003N?via%3Dihub>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

VIANA, Luiz Carlos; GEBER, Selmo. Ginecologia. Rio de Janeiro: Medbook, 3 ed., 2011.

WIELAND, Ulrike et al. **Erythroplasia of queyrat: coinfection with cutaneous carcinogenic human papillomavirus type 8 and genital papillomaviruses in a carcinoma in situ**. Journal of investigative dermatology, v. 115, n. 3, 2000. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10951274/>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ZUR HAUSEN, Harald. **Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application**. Nature reviews cancer, v. 2, n. 5, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12044010/>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ANEXO A – Comprovante do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ATENDIDAS NO HOSPITAL HINJA EM VOLTA REDONDA, RJ: ANÁLISE DE PRONTUÁRIO.

Pesquisador: Daniel Escorsim Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58876321.6.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.469.229

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada a partir da análise de prontuários de pacientes portadoras de neoplasias malignas de colo de útero, tratadas no Hospital HINJA, em Volta Redonda-RJ. Trata-se de um estudo retrospectivo transversal descritivo, no qual foram abordadas variáveis clínicas e epidemiológicas, como: sexo, idade, raça, classificação citológica e histopatológica, estágio clínico e patológico da doença, subtipo molecular viral e

tratamento realizado. Os dados irão ser coletados por meio de análise guiada por ficha de coleta do Registro Hospitalar, baseadas no formato padrão do Hospital HINJA. As informações serão colhidas semanalmente, com auxílio de funcionário do setor de radioterapia do hospital. O cruzamento de dados e análise estatística serão realizados com auxílio do programa Excel, sendo transformados em gráficos. O estadiamento prognóstico será realizado com base nas definições e critérios do sistema de Bethesda 2ª Edição Springer. Os critérios de inclusão serão: constar no prontuário informações sobre o diagnóstico inicial; subtipo viral; estadiamento clínico e/ou patológico. Como critérios de exclusão, serão usados: abandono do seguimento clínico por mais de doze meses e pacientes que estiverem em vigência de complicações agudas da doença e/ou tratamento. O estadiamento das lesões seguirá a classificação do sistema de Bethesda (lesões de baixo grau NIC 1, lesões de alto grau NIC 2 e 3, e carcinoma invasivo).

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** csp@foa.org.br

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 5.469.229

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse trabalho é realizar um estudo que busca descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero atendidas no Hospital HINJA, em Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não gera nenhum tipo de risco, uma vez que trata-se de análise de prontuário, não tendo contato direto com a paciente.

Benefícios:

Contribuir no estabelecimento de estratégias para o controle do câncer de colo de útero na população de estudo, e comparar com dados de outros estudos. Buscamos também fazer com que profissionais da saúde tenham um olhar diferenciado no cuidado das pacientes para que se discuta estratégias de prevenção secundária direcionadas para essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada através da coleta de dados em prontuários, no Hospital HINJA/VR.

Foram apresentados: projeto detalhado, carta de anuência e ficha de avaliação dos prontuários. Não apresentou TCLE, pois trata-se de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos documentos de acordo com o CEP.

Recomendações:

Sugiro publicação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

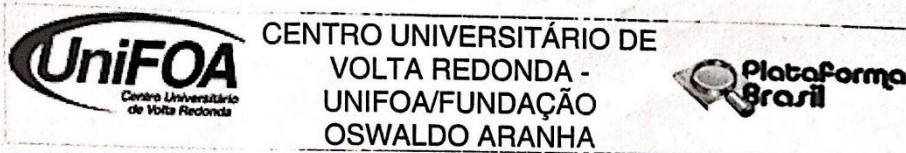
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1856435.pdf | 14/05/2022 14:29:35 | | Aceito |
| Solicitação | CARTA_DE_ANUENCIA.pdf | 14/05/2022 | JULIA PRADO SAO | Aceito |

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.469.229

| | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------|
| registrada pelo CEP | CARTA_DE_ANUENCIA.pdf | 14:28:12 | THIAGO | Aceito |
| Outros | FICHA_DE_AVALIACAO_DE_PRONTUARIOS.pdf | 14/05/2022 14:27:21 | JULIA PRADO SAO THIAGO | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 10/11/2021 10:44:14 | JULIA PRADO SAO THIAGO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.docx | 10/11/2021 10:31:15 | JULIA PRADO SAO THIAGO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Erel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br

ANEXO B – Texto da Plataforma Brasil discriminado a exigência para a aprovação

| - LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES | | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------|--|--|--|
| Apreciação | CAAE | Pesquisador Responsável | Comitê de Ética | Instituição | Situação | Tipo | R.C |
| - HISTÓRICO DE TRÂMITES | | | | | | | |
| Apreciação | Data/Hora | Tipo Trâmite | Versão | Perfil | Origem | Destino | Informações |
| PO | 14/06/2022 15:29:39 | Parecer liberado | 1 | Coordenador | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | PESQUISADOR | |
| PO | 14/06/2022 15:29:05 | Parecer do colegiado emitido | 1 | Coordenador | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 05/06/2022 20:19:48 | Parecer do relator emitido | 1 | Membro do CEP | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 05/06/2022 19:55:38 | Aceitação de Elaboração de Relatório | 1 | Membro do CEP | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 31/05/2022 15:18:11 | Confirmação de Indicação de Relatoria | 1 | Coordenador | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 31/05/2022 13:50:44 | Indicação de Relatoria | 1 | Secretária | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 20/05/2022 11:04:03 | Aceitação do PP | 1 | Secretária | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 14/05/2022 14:29:34 | Submetido para avaliação do CEP | 1 | Assistente da Pesquisa | PESQUISADOR | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |
| PO | 23/11/2021 16:06:59 | Rejeição do PP | 1 | Secretária | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | PESQUISADOR | Prezado Pesquisador, solicitamos atentar-se às per Ver mais >> |
| PO | 10/11/2021 11:01:54 | Submetido para avaliação do CEP | 1 | Assistente da Pesquisa | PESQUISADOR | Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha | |