

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO TRATADAS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

EPIDEMIOLOGY OF WOMEN WITH CERVICAL CANCER TREATED IN A TERTIARY HOSPITAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO TRATADAS EN HOSPITAL TERCIARIO

Caroline Ribeiro Pereira Favaro¹, Lais Corsino Durant², Tatiane da Silva Vaz Paterra³, Marislei Sanches Panobianco⁴, Thais de Oliveira Gozzo⁵.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres com câncer de colo uterino atendidas em um hospital de referência em oncologia. **Método:** Analisaram-se 906 casos de câncer de colo de útero, atendidos no período de 2000 a 2013. Foram utilizados os testes Qui-quadrado e Kruskal-Wallis, para a comparação das variáveis; para a análise dos tempos, foi utilizado o teste de Mann – Whitney e, para sobrevida, foram construídas curvas de Kaplan-Meier e comparadas via teste Log- Rank. **Resultados:** Das 906 mulheres analisadas, 68,6% possuíam ensino fundamental; 39,6% foram diagnosticadas em estágio clínico 0. O cruzamento entre escolaridade e estadiamento apontou que, no estágio 0 34,8%, possuíam ensino fundamental ou médio. A sobrevida global em cinco anos foi 56,5% e os casos diagnosticados em estádios avançados foram responsáveis pelo maior número de óbitos. **Conclusão:** A escolaridade influenciou no diagnóstico precoce, e o diagnóstico, em estágio avançado, ocasionou maior número de mortes.

Descritores: Neoplasias do Colo do útero; Perfil de Saúde; Enfermagem Oncológica; Sobrevivência; Prognóstico.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology. **Method:** 906 cases of cervical cancer attended between 2000 and 2013 were used. Chi-square and Kruskal-Wallis tests were used to compare the variables; the Mann - Whitney test was used for the analysis of the times and Kaplan - Meier curves were constructed for survival and compared using the Log - Rank test. **Results:** Of the 906 women analyzed, 68.6% had primary education; and 39.6% were diagnosed in clinical stage 0. The cross-study between schooling and staging showed that, in stage 0 and in 39.6% of the cases, 34.8% had elementary or middle school education. Overall 5-year survival was 56.5% and cases diagnosed in advanced stages were responsible for the highest number of deaths. **Conclusion:** The schooling influenced the early diagnosis and the diagnosis at an advanced stage caused a greater number of deaths.

Descriptors: Uterine Cervical Neoplasms; Health Profile; Oncology; Survivorship; Prognosis.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico de las mujeres con cáncer de cuello uterino atendidas en un hospital de referencia en oncología. **Método:** Se analizaron 906 casos de cáncer de cuello uterino, atendidos en el período de 2000 a 2013. Se utilizaron las pruebas Qui-cuadrado y Kruskal-Wallis para la comparación de las variables; para el análisis de los tiempos se utilizó la prueba de Mann-Whitney y para la supervivencia fueron construidas curvas de Kaplan-Meier y comparadas vía test Log-Rank. **Resultados:** De las 906 mujeres analizadas, el 68,6% poseía educación básica; El 39,6% fue diagnosticado en estadio clínico 0. El cruce entre escolaridad y estadificación apuntó que, en el estadio 0, el 39,6% de los casos, el 34,8% poseía educación básica o media. La supervivencia global en 5 años fue 56,5% y los casos diagnosticados en estadios avanzados fueron responsables del mayor número de muertes. **Conclusión:** La escolaridad influyó en el diagnóstico precoz y el diagnóstico en estadio avanzado ocasionó mayor número de muertes.

Descriptores: Neoplasias del Cuello Uterino; Perfil de Salud; Enfermería Oncológica; Supervivencia; Pronóstico.

¹Enfermeira, Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. ²Enfermeira, Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. ³Enfermeira, Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. ⁴Enfermeira, Professor Associado do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. ⁵Enfermeira, Professor Associado do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Como citar este artigo:

Favaro CRP, Durant LC, Paterra TSV, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero tratadas em hospital terciário. Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro. 2019;9:e3253. [Access ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3253>

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública mundial, por exercer papel importante na morbimortalidade das mulheres, sendo um desafio às políticas públicas de países em desenvolvimento⁽¹⁾.

Estatísticas apontam a ocorrência de 530 mil casos novos e 270 mil mortes por ano, no mundo, em decorrência do câncer de colo de útero⁽²⁾ e estima-se que, em 2030, essa neoplasia seja responsável pela morte de 474 mil mulheres, sendo que 95% ocorrerão em países de média e baixa renda⁽¹⁾. Na América Latina, a incidência do câncer de colo de útero é considerada uma das maiores do mundo, correspondendo a até 25% de todos os tipos de câncer em mulheres⁽⁴⁾.

No Brasil, o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e estão previstos, para 2018-2019, 16.370 casos novos. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o número de mortes pelo câncer de colo de útero, em 2013, foi de 5.430 mulheres⁽⁵⁾.

O câncer de colo de útero, diagnosticado em estágio inicial, tem bom prognóstico. Entretanto países de média e baixa renda apresentam variação geográfica na incidência e na mortalidade por essa neoplasia. Essas diferenças podem ser atribuídas a níveis socioeconômicos, baixo acesso a exames de rastreamento e a programas de prevenção, condições de saúde precárias, entre outros⁽⁶⁾.

Aproximadamente 85% dos casos de CCU acontecem, nos países menos desenvolvidos da América Latina e, sobretudo, naqueles das regiões mais pobres da África, que apresentam taxas elevadas de incidência, enquanto os Estados Unidos, o Canadá, a Austrália, o Japão e países europeus apresentam as menores taxas. A mortalidade, por causa desse câncer, varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de dois por 100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental⁽³⁾.

Identificar as características comuns e a sobrevida das mulheres tratadas com câncer de colo de útero, em nossos serviços, irá auxiliar no planejamento e controle dessa neoplasia em nossa população. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres com câncer de colo uterino atendidas em um hospital de referência em oncologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um único hospital, com a utilização de dados de fonte secundária. O referido hospital é uma instituição de nível terciário, que se caracteriza como de grande porte, de alta complexidade, sendo referência para a região Nordeste do Estado de São Paulo, composta por quatro milhões de habitantes. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) representam 97% dos atendimentos.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que fornece informações, para o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), que constitui um importante instrumento de apoio à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, ao planejamento de saúde, à avaliação da qualidade da atividade assistencial e como recurso para a elaboração de pesquisas clínicas e trabalhos científicos⁽⁷⁾. Todos os dados que constam no RHC são provenientes dos prontuários de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de colo de útero.

Mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2013, foram consideradas para este estudo. Os casos de câncer de colo de útero foram identificados, no banco de dados, por meio do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), sendo o C53 (C53:0–C53:1, C53:8–C53:9) referente à essa neoplasia. Foram identificadas 909 mulheres diagnosticadas com o câncer de colo de útero, no período estudado, e três foram excluídas, pois apresentavam idade inferior a 18 anos, sendo o número final de casos analisados de 906 mulheres.

Este estudo foi organizado, de acordo com o Sistema TMN, para a classificação de tumores malignos e o tratamento foi categorizado em cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Os casos foram avaliados, de acordo com a média de idade e grupos etários, estágio no diagnóstico e tratamentos recebidos.

A sobrevida global, em cinco anos, foi estimada, com base na data do primeiro diagnóstico (foi utilizada a data do resultado do exame anatomo-patológico). Para a última data de seguimento da mulher, foram consideradas: data do óbito registrada no banco de dados ou no prontuário hospitalar da mulher ou ainda de seu último atendimento no serviço.

A análise dos dados foi realizada, por meio do programa *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS 23.0) e incluiu análise descritiva e análise de sobrevida. Para a análise descritiva, foram utilizadas médias e desvios-padrões, para as variáveis quantitativas, e frequências absoluta e percentual, para as variáveis categóricas. Para a comparação de variáveis categóricas, em dois ou mais grupos, foi utilizado o teste *Qui-quadrado*. Para a comparação das médias de idade, foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, que comparou as médias entre todos os estadiamentos. Para a análise dos tempos de espera, diagnóstico e tratamento, foi utilizado o teste de Mann – Whitney. Para a análise de sobrevida, foram construídas as curvas de Kaplan-Meier e comparadas via teste Log- Rank. O teste foi realizado a 95% intervalo de confiança (IC95%), e $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 39451714.0.0000.5393) sob o parecer de número 1.266.933 atendendo às

diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regulamentadas pela Resolução CNS 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 906 casos analisados, os resultados apontam que a faixa etária variou de 18 a 95 anos, e a predominante foi de 31 a 60 anos, correspondendo a 534 (58,9%) mulheres, e a média foi de 48,8 anos (DP=16,4 anos). Foi analisada a faixa etária, fora da recomendação do MS, a qual demonstrou que 47 (5,2%) da população do estudo com diagnóstico do câncer de colo de útero estava na faixa de 18 a 24 anos e 170 (18,8%) foram diagnosticadas acima dos 65 anos, somando um total de 217 (24%) de mulheres diagnosticadas, fora do período recomendado pelo programa.

Das mulheres analisadas, 374 (41,3%) possuíam ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero, segundo idade e escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Idade		
≤ 24	47	5,2
De 25 a 30	98	10,8
De 31 a 40	177	19,5
De 41 a 50	174	19,2
De 51 a 60	183	20,2
De 61 a 64	57	6,3
≥ 65	170	18,8
Escolaridade		
Analfabeto	98	10,8
Ensino Fundamental Completo	374	41,3
Ensino Fundamental Incompleto	245	27,0
Ensino Médio	140	15,5
Superior	28	3,1
Ignorado	21	2,3

Fonte: RHC.

Média de idade semelhante à observada foi encontrada, em estudo que traçou o perfil epidemiológico de 77.317 mulheres com câncer de colo de útero, no Brasil de 2000 a 2009. Obteve-se a média de 49,2 anos e 55,3% delas encontravam-se abaixo dos 50 anos de idade no momento do diagnóstico⁽⁸⁾. Semelhante também

aos dados encontrados, em estudo realizado em Vitória-Espírito Santo, que analisou mulheres com estadiamento inicial, no período de 2000 a 2005, identificando a predominância da faixa etária entre 40 a 59 anos (49,3%)⁽⁹⁾.

Vale destacar que o câncer de colo de útero é raro, em mulheres até 30 anos, e sua

incidência eleva-se, progressivamente, até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos⁽⁸⁾, o que aponta o aumento da idade, como um importante fator de risco para essa neoplasia⁽¹⁰⁾.

O estágio clínico mais observado foi o estágio 0, diagnosticado em 359 (39,6%) mulheres, mas, mesmo assim, destaca-se que 225 (24,8%) delas foram diagnosticadas em estágios avançados (III e IV). O tipo celular mais incidente,

nas mulheres analisadas, foi o Carcinoma Escamocelular Sem Outra Especificação (SOE), (Tabela 2).

Entre as modalidades de tratamento, a mais observada foi a cirurgia com 635 (70,1%), e a mesma mulher pode ter sido submetida a mais de um tratamento no decorrer do seguimento no serviço (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero, segundo estágio clínico, tipo celular, CID e tratamento. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Estádio clínico agrupado		
0	359	39,6
I	137	15,1
II	169	18,7
III	145	16,0
IV	80	8,8
X	5	0,6
Y	11	1,2
Tipo celular		
Adenocarcinoma	28	3,1
Adenocarcinoma, SOE*	50	5,5
Carcinoma Escamocelular in situ, SOE	56	6,2
Carcinoma	93	10,3
Carcinoma in situ, SOE	80	8,8
Carcinoma Escamocelular, SOE	370	40,8
Neoplasia intraepitelial escamosa grau III	218	24,1
Outros	11	1,21
Tratamentos[†]		
Nenhum	35	3,9
Cirurgia	635	70,1
Radioterapia	347	38,3
Quimioterapia	325	35,9
Hormonioterapia	13	1,4
CID de metástases[§]		
C67 (neoplasia maligna de bexiga)	17	20,5
C34 (neoplasia maligna dos brônquios e pulmões)	13	15,7
C22 (neoplasia maligna do fígado e vias biliares)	11	13,3
C48 (neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e peritônio)	6	7,2
C41 (neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares)	5	6,0
Outros [‡]	31	37,4

Fonte: RHC. *SOE: Sem outra especificação. † A mesma mulher pode ter realizado mais de um tratamento. ‡ Outros sítios de metástases: ovário, vagina, vulva, pelve renal, cólon, reto, rim, encéfalo, medula, tireoide, gânglios linfáticos. § A mesma mulher pode ter apresentado mais de um sítio de metástase.

Observou-se que 46 (5%) mulheres apresentaram metástase, sendo que, dentre elas, 28 (60,9%) apresentaram pelo menos um sítio. Os principais sítios foram: bexiga 17 (20,5%); pulmões 13 (15,7%); fígado 11 (13,3%); retroperitônio e peritônio seis (7,2%) e ossos cinco (6%). Segundo as normas da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), os sítios de órgãos vizinhos, acometidos pelo câncer, não são classificados como invasão tumoral, mas sim como metástases⁽⁷⁾.

Um estudo que utilizou os dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de quatro capitais brasileiras, no período de 1990 a 2004, mostrou uma tendência, para o decréscimo no câncer invasor, e o crescimento do carcinoma *in situ* entre grupos de mulheres estudadas que podem indicar resultados positivos das ações de rastreamento, para o câncer de colo de útero, nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo⁽¹¹⁾. No presente estudo, o carcinoma *in situ* (estádio 0) e o estágio I foram diagnosticados em 54,7% das mulheres, dado semelhante ao que se refere a esse tipo de lesão relatado pelo INCA, em que se afirma que, atualmente, 44% dos casos diagnosticados são de câncer *in situ*⁽⁵⁾.

O estágio clínico 0, o mais frequente entre as mulheres analisadas, pode demonstrar que a

rede de saúde que assiste os municípios, aos quais o serviço em estudo é referência, tem implementado ações adequadas em relação ao rastreamento. No entanto necessitam revisar suas condutas e melhorar a abordagem dessas mulheres, pois o diagnóstico, em fase avançada, infelizmente, ainda persiste e apresenta alto índice de mortalidade por câncer de colo de útero em mulheres.

Tendo em vista que das 906 pacientes 280 morreram, em decorrência do câncer, ou seja, 30,9% da população do estudo, 24,8% estão relacionadas a estádios avançados, o que evidenciou a alta mortalidade associada a esses estádios. Representam dados que sugerem rastreamento oportunístico, que se caracteriza pela realização do exame, quando a mulher procura o serviço de saúde e, além disso, o diagnóstico tardio, também, sugere insuficiência na qualidade dos serviços oferecidos⁽¹²⁾, o que poderia ser minimizado se, no país, houvesse programa de rastreamento organizado para o câncer de colo de útero.

A análise dos casos, segundo o estágio clínico e a escolaridade, demonstrou que, no estadiamento 0, encontravam-se 359 (39,6%) das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, sendo que 41% apresentavam ensino fundamental completo (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de câncer de colo de útero, segundo estadiamento clínico e escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

EC/Escolaridade	Analfabeto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio	Superior	Ignorado
0	21	103	144	68	15	8
I	14	35	57	21	6	4
II	26	42	66	31	2	2
III	22	38	63	13	3	4
IV	10	25	35	7	2	1
X	3	0	2	0	0	0
Y	2	2	7	0	0	0

Fonte: RHC.

A relação entre estádios clínicos avançados e a escolaridade, também, foi observada em estudo realizado com objetivo de analisar os fatores determinantes do diagnóstico, em estágio avançado, em mulheres com câncer de colo de útero no Brasil; observou-se, como principal fator associado, o tipo histológico “carcinoma de

células escamosas”. Também foi verificado que as disparidades socioeconômicas presentes no país estão associadas ao estágio avançado da doença; mulheres com 50 anos de idade ou mais, vivendo sem companheiro, de raça/cor preta e com baixa escolaridade⁽⁹⁾.

As pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, são consideradas as mais vulneráveis às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer⁽¹³⁾. É provável que essa associação seja uma realidade sociodemográfica brasileira, em especial, em mulheres que buscam atendimento no serviço público de saúde⁽¹⁴⁾.

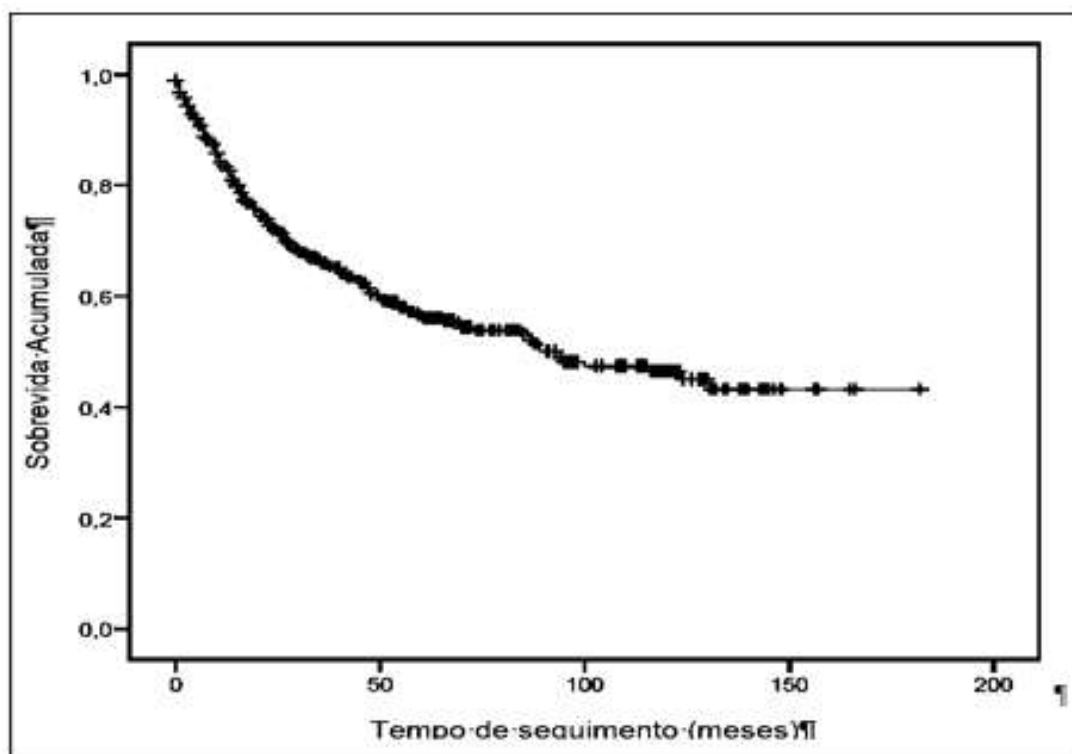
Quando realizado o cruzamento entre o estágio clínico e a ocorrência de óbito, identificou-se que os estágios mais avançados, III e IV, foram responsáveis pelo maior número de morte entre as mulheres estudadas. Das 359 (39,6 %) mulheres diagnosticadas em estágio 0, apenas 14 (3,9%) foram a óbito. Já em relação aos estágios mais avançados, das 145 (16%) mulheres em estágio III, 87 (60%) foram a óbito e das 80 (8,8%) mulheres diagnosticadas em estágio IV, 67 (83,75%) faleceram.

De acordo com as análises estatísticas, observou-se que a média, em dias corridos entre a primeira consulta e o diagnóstico de câncer de colo de útero foi de 13,6 dias (DP= 48,3); entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 58,4 dias (DP = 76,7) e da primeira consulta até o último acompanhamento, seja por alta médica, óbito ou abandono do tratamento foi de 999,9 dias, sendo o mínimo de zero e o máximo 5538 dias.

Das 906 pacientes analisadas, 38 (4,2%) chegaram ao serviço com diagnóstico do câncer e 868 (95,8%) sem diagnóstico. Portanto, para a análise dessas variáveis, foi utilizado o N de 868 mulheres.

Para análise de sobrevida, foi realizado o teste de Log-Hank, o qual identificou que, em 60 meses (cinco anos), a probabilidade de desenvolver o evento é 56,5% (Figura 1).

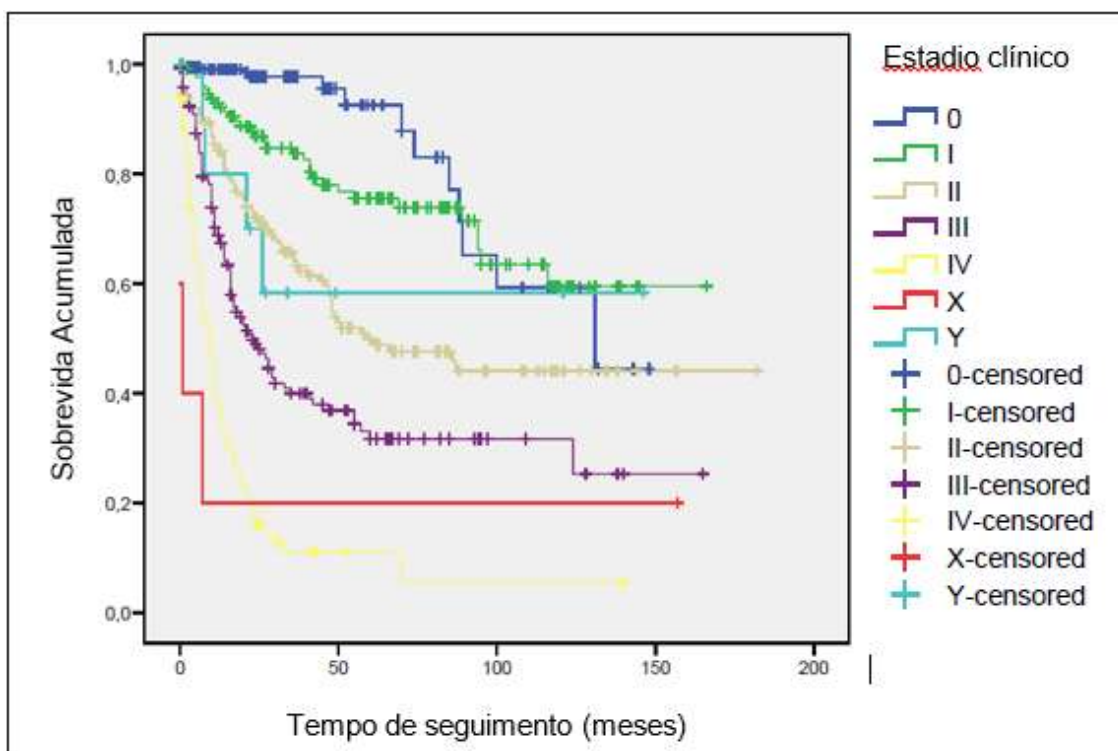
Figura 1 - Curva de Kaplan-Meier demonstrando sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.



De acordo com estágio, a sobrevida foi de 96,1%, para o estágio 0 e de 16,3%, para o

estádio IV, demonstrando que quanto mais avançado o estágio, menor a sobrevida (Figura 2).

Figura 2 - Curva de Kaplan-Meier demonstrando sobrevida geral em cinco anos em relação ao estadiamento do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.



Ao realizar o Teste de Mann-Whitney, para a variável tempo de observação, obteve-se $p = 0,000$, demonstrando que essa variável foi estatisticamente significativa. No entanto, para as variáveis tempo de espera ($p = 0,917$) e tempo de diagnóstico/tratamento ($p = 0,895$), não foram estatisticamente significativas.

No contexto mundial, de forma geral, a sobrevida, em cinco anos para o câncer de colo de útero, apresentou melhora, ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70%. No Brasil, de 2005 a 2009, a sobrevida ficou em torno de 61%⁽⁵⁾. No presente estudo, a sobrevida global, em cinco anos, foi de 56,5%.

A média, em dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de colo de útero foi de 58,42 dias, com DP=76,72 dias. Esse valor está dentro da Lei dos 60 dias para o tratamento de câncer (Lei 12.732/12). A presente lei entrou em vigor, em 2012 e assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em, no máximo, 60 dias, após a inclusão da doença em seu prontuário, no SUS⁽¹⁵⁾. Visto que o valor variou entre 53,31 dias e 63,53 dias, com intervalo de confiança de 95%, a presente lei não apresentou influência significativa, para a população do estudo, pois os valores em dias já se

enquadravam dentro do período imposto pela lei, mesmo antes de ela entrar em vigor.

Destaca-se que a implementação dos programas de prevenção tem sido a principal responsável pela modificação da taxa de incidência do câncer de colo de útero, na maioria dos países, em processo de transição socioeconômica⁽¹⁶⁾, em que o Brasil se encontra. No entanto, atingir o nível adequado de cobertura da população-alvo continua um desafio, para países em desenvolvimento, sendo o conhecimento dos fatores associados com a realização do Papanicolaou essencial à construção de estratégias, para a redução da incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero⁽¹⁷⁾. Neste sentido, nota-se a necessidade de um olhar voltado à Atenção Primária à Saúde, focado nas ações de rastreamento, ampliação do acesso e direcionamento à população-alvo.

Um estudo que analisou informações relatadas por mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal e comparadas às informações do Sistema Vigilatel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco, para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito

Telefônico), concluiu que a cobertura do exame de Papanicolau está abaixo de 80%⁽¹⁸⁾.

O êxito das ações de rastreamento depende de fatores como a mobilização e informação da população, alcance da meta de cobertura da população-alvo e, além disso, é necessário garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento, monitorando e gerenciando as ações empregadas⁽¹⁹⁾. De acordo com as recomendações europeias, para alcançar esse êxito, é necessário obter uma cobertura da população-alvo de, pelo menos, 95% dessas mulheres, uma cobertura do exame de, pelo menos, 70% (85% é o desejável) e uma taxa de participação de, pelo menos 70% (85% é o desejável)⁽²⁰⁾.

Observou-se, neste estudo, que o perfil epidemiológico e a sobrevida das mulheres com câncer de colo de útero, inserido no RHC em estudo, condiz com o que está descrito na literatura. Entretanto estudo retrospectivo, realizado com banco de dados, apresenta limitações, como o viés de seleção, na inclusão de pacientes, para a análise e possíveis perdas de informações durante o acompanhamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que, mesmo com programas de prevenção e rastreamento precoce do câncer de colo de útero disponível na rede de saúde, o diagnóstico, em estágio avançado, persiste, diminuindo a sobrevida e causando a morte de centenas de mulheres. O grau de escolaridade revelou-se como o principal fator, para o acometimento por câncer de colo de útero, visto que, quanto maior o grau de informação e esclarecimento, menos expostas tornam-se as mulheres aos fatores de risco. O diagnóstico, em estágio inicial, proporciona maior sobrevida; conseqüentemente, menos mulheres morrem por essa neoplasia, o que foi observado neste estudo.

Diante disso, é evidente a necessidade de avaliação da qualidade e gestão do programa de rastreamento do câncer de colo de útero e as políticas públicas relacionadas à essa questão, pois fica evidente a dificuldade, para o diagnóstico precoce desta neoplasia, comprometendo a possibilidade de cura das mulheres afetadas.

Sugere-se que estudos futuros avaliem a adesão aos programas de rastreamento do câncer de colo de útero, a qualidade do cuidado prestado e da acessibilidade ao sistema de saúde,

assim como avaliem os avanços diagnósticos e terapêuticos, além de comparações entre o serviço público e a saúde suplementar no atendimento a essas mulheres.

AGRADECIMENTOS

Registro Hospitalar de Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- 1- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-424. DOI: [10.3322/caac.21492](https://doi.org/10.3322/caac.21492)
- 2- Wang SM, Qiao YL. Implementation of cervical cancer screening and prevention in China: Challenges and reality. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(1):7-11. DOI: [10.1093/jjco/hyu188](https://doi.org/10.1093/jjco/hyu188)
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de detecção precoce e apoio à organização de rede: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2a ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
- 4- Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *Hist Ciênc Saúde* 2015;22(1):221-39. DOI: [10.1590/S0104-59702015000100013](https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013)
- 5- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Controle do câncer do colo do útero: Detecção precoce. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
- 7- Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Registro hospitalar de câncer: Conceitos, rotinas e instruções de preenchimento. São Paulo: FOSP; 2013.
- 8- Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de base secundária. *Rev Bras Cancerol* 2012 [citado em 12 out 2018]; 58(3):351-7. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/04_artigo_perfil_pacientes_cancer_colo_uterio_brasil_2000_2009_estudo_base_secundaria.pdf
- 9- Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHA. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer

do colo do útero associado ao estadiamento inicial. Rev Bras Cancerol 2012 [citado em 31 out 2018]; 58(3):417-26. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf

10- Katari AC, Sharma JD, Krishnatreya M, Baishya N, Barmon D, Deka P, et al. A survival study of uterine cervical patients in the North East India: Hospital-cancer registry-based analysis. J Cancer Res Ther 2018;14(5): 1089-93. DOI: [10.4103/0973-1482](https://doi.org/10.4103/0973-1482)

11- Ayres ARG, Silva GA, Guimarães RM. Tendência da incidência de câncer do colo do útero invasor em quatro capitais brasileiras: Dados dos registros de câncer de base populacional, 1990-2004. Cad Saúde Colet. 2013; 21(3):289-95. DOI: [10.1590/S1414-462X2013000300009](https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300009)

12- Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colí uterino. Saúde Debate 2018;42(118):687-701. DOI: [10.1590/0103-110420181181](https://doi.org/10.1590/0103-110420181181)

13- Ansari F. Different socioeconomic factors associated with cervical cancer. Int J Eng Appl Sci. 2016 [citado em 31 out 2018];3(1):36-8. Disponível em:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VKGyP98bRgJ:https://www.ijeas.org/download_data/IJEAS0301021.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

14- Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: Uma revisão. Epidemiol Serv Saúde 2013;22(1):151-64. DOI: [10.5123/S1679-49742013000100016](https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016)

15- Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

16- Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha Informativa – Câncer. Brasília: OMS; 2018.

17- Musa J, Achenbach C, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. PLoS One

2017;12(9):e0183924.

DOI:

[10.1371/journal.pone.0183924](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183924)

18- Oliveira MM, Andrade SSCA, Oliveira PPV, Silva GA, Silva MMA, Malta DC. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21:1-11. DOI: [10.1590/1980-549720180014](https://doi.org/10.1590/1980-549720180014)

19- Pimple AS, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. Minerva Ginecol. 2019;71(4):313-20. DOI: [10.23736/S0026-4784.19.04397-1](https://doi.org/10.23736/S0026-4784.19.04397-1).

20- Derchain S, Teixeira JC, Zeferino LC. Organized, population-based cervical cancer screening program: It would be a good time for Brazil now. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(4):161-3. DOI: [10.1055/s-0036-1582399](https://doi.org/10.1055/s-0036-1582399)

Nota: Artigo resultante de pesquisa de dissertação.

Recebido em: 10/01/2019

Aprovado em: 13/09/2019

Endereço de correspondência:

Thais de Oliveira Gozzo

Av. Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto/MG - Brasil

E-mail: thaisog@eerp.usp.br