

Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária

Profile of the Patients with Cervical Cancer in Brazil, 2000-2009: Secondary Base Study

Perfil de las Pacientes con Cáncer del Cuello del Útero en Brasil, 2000-2009: Base Secundaria de Estudio

Luiz Claudio Santos Thuler¹; Anke Bergmann²; Letícia Casado³

Resumo

Introdução: O controle do câncer do colo do útero foi definido como prioridade nas políticas públicas de saúde no Brasil, devido à sua alta incidência, morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Descrever as características demográficas e clínicas da população com câncer do colo do útero no país, diagnosticada no período de 2000 a 2009. **Método:** Estudo observacional dos casos analíticos de câncer do colo do útero inseridos no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer e no Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo. Foi realizada análise descritiva das variáveis. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA sob o número 128/11. **Resultados:** Foram incluídos 77.317 casos. O número de casos e a distribuição proporcional dos estadiamentos foram semelhantes nos dois quinquênios analisados (2000-2004 *versus* 2005-2009). A média de idade ao diagnóstico foi de 49,2 anos (55,3% tinham menos de 50 anos), com predomínio de mulheres de cor parda (47,9%), com ensino fundamental incompleto (49,0%) e casadas (51,5%). O estadiamento III foi o mais frequente (29,0%) e na maioria dos casos o tipo histológico foi carcinoma (91,3%). Ao final do primeiro tratamento, 48,9% encontravam-se sem evidência de doença ou em remissão completa. **Conclusão:** No Brasil, mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero diagnosticadas entre 2000 e 2009 eram em sua maioria jovens, de cor parda, com baixa escolaridade, casadas, apresentaram estadiamento avançado ao diagnóstico e evoluíram sem evidência de doença ou para remissão completa ao final do primeiro tratamento. **Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero/epidemiologia; Neoplasias do Colo do Útero/prevenção & controle; Registros Hospitalares; Epidemiologia Descritiva; Estudos Observacionais; Brasil/epidemiologia

Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Tecnologista e Docente do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do INCA; Professor Associado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Endereço para correspondência:* lthuler@inca.gov.br

² Chefe da Divisão de Ensino do INCA; Professora Adjunta do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Chefe do Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica do INCA. Doutoranda em Oncologia do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas causaram importantes mudanças no perfil de morbimortalidade da população brasileira, tornando as doenças crônicas não transmissíveis um grave problema de saúde pública. Entre essas doenças, o câncer assume papel de destaque devido ao aumento de sua incidência, morbidade e mortalidade¹.

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), foram previstos, para ocorrer no ano de 2012, 518.510 casos novos de câncer, sendo 260.640 no sexo feminino. No que diz respeito aos casos de câncer do colo do útero, são esperados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17,49 casos a cada 100 mil mulheres. Ao analisarmos e compararmos a estimativa de incidência de câncer na população feminina de acordo com as regiões brasileiras, o câncer do colo do útero se destaca como o mais incidente na Região Norte com 1.860 casos. Nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste, ocupa a segunda posição, onde são esperados 2.020 e 5.050 casos, respectivamente. Na Região Sudeste, é o terceiro colocado, com 6.610 casos novos e, na Região Sul, ocupa a quarta colocação, com 2.000 casos para o período².

O câncer do colo do útero tem desenvolvimento lento e silencioso na sua fase inicial, sendo precedido por doença pré-invasiva (neoplasia intraepitelial cervical)³. Apresenta como principal fator de risco a infecção persistente por tipos oncogênicos do *Papilomavírus humano* (HPV). Entretanto, mesmo sendo uma condição necessária, a infecção pelo HPV não representa uma causa suficiente para o surgimento desse câncer. Outros fatores interferem na progressão desse tumor, entre eles, a idade e o tabagismo. Nas mulheres abaixo de 30 anos, a maioria das infecções por HPV regride espontaneamente; entretanto, nas que têm mais idade, essa infecção pode se tornar persistente. Nos fumantes, o risco é aumentado quando seu início se dá precocemente, além de ser proporcional à dependência química, ou seja, o número de cigarros fumados por dia².

Excluindo o câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o tumor que apresenta maior probabilidade de prevenção. Além das ações educativas dirigidas à sua prevenção, a estratégia de rastreamento preconizada pelo Ministério da Saúde é a realização do exame citopatológico, prioritariamente, em mulheres de 25 a 64 anos. No ano de 2011, o Sistema Único de Saúde brasileiro realizou cerca de 12 milhões de exames citopatológicos⁴.

Entretanto, apesar da possibilidade de prevenção, observa-se ainda que, em cerca de 50% dos casos, a doença é diagnosticada em estádios avançados (III e IV), tornando o seu tratamento mais agressivo e diminuindo, portanto, as possibilidades de cura⁵. Como consequência,

o país tem registrado elevadas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, com a manutenção de índices praticamente intocados ao longo das últimas três décadas. De acordo com o INCA, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, por 100.000 mulheres, ajustadas por idade, pela população mundial, passaram de 4,99 em 1979 para 4,78 em 2009⁶.

Preocupado com esse cenário, o Ministério da Saúde lançou um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, para o período 2011-2022, no qual o controle dessa neoplasia é uma de suas prioridades. Entretanto, seu adequado controle requer a utilização de recursos diagnósticos, terapêuticos e de informação cada vez mais complexos. O Plano define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral⁷. Além disso, em março de 2011, foi apresentado um "Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e da Mama", cujo objetivo é ampliar, em todo o país, a oferta das ações dirigidas a esses cânceres.

Este estudo tem como objetivo descrever as características demográficas e clínicas da população com câncer do colo do útero no país no período de 2000 a 2009.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional a partir de dados provenientes de Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Os RHC coletam dados de forma sistemática sobre a incidência, a mortalidade e a qualidade da assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes com câncer e são utilizados para: apoiar à formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer; planejamento da assistência oncológica, em âmbito nacional e regional; auxiliar o processo administrativo hospitalar; e elaboração de trabalhos científicos. São, portanto, importantes fontes de informações dos casos diagnosticados e tratados nos hospitais nos quais estão instalados, traduzindo o perfil dos pacientes atendidos na rede e a qualidade de assistência prestada em cada unidade hospitalar⁸⁻¹⁰.

Como parte das estratégias de vigilância, informação, avaliação e monitoramento dos casos de câncer no país, foi desenvolvido pelo INCA um sistema Web, o Integrador RHC, com o objetivo de consolidar as informações hospitalares provenientes dos RHC de todo o Brasil, além de divulga-las à comunidade científica de forma sistemática e contínua. Essa ferramenta tem permitido o acesso democrático e igualitário ao perfil da população com câncer registrada pelos RHC participantes⁸.

Para este estudo, foram analisados dados provenientes de duas fontes distintas: dados digitados no Sistema para

Informatização dos dados de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC), disponibilizados no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC) e publicados no endereço eletrônico <https://irhc.inca.gov.br>⁸ e dados do Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, coordenados pela Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP)¹¹. O acesso aos dados se deu por meio do TabNet, tecnologia desenvolvida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)/MS, em ambas as fontes.

Em março de 2012, estavam disponíveis no Integrador RHC para consulta na Internet informações referentes a 736.050 casos de câncer, atendidos em 168 unidades hospitalares, de 24 Unidades da Federação. Já na base de dados do Estado de São Paulo havia informações referentes a 432.192 casos de câncer atendidos em 71 hospitais do Estado. O acesso às bases de dados se deu entre os dias 2 e 9 de abril de 2012. Foram incluídos casos de câncer do colo do útero (categoria C53 da Classificação Internacional de Doenças – CID10) referentes ao período de dez anos compreendido entre 2000 e 2009. Somente foram considerados os casos analíticos, cujo planejamento, tratamento e acompanhamento da evolução da doença foram realizados no próprio hospital. Os casos analíticos, alvo principal dos RHC, são aqueles que chegam ao hospital sem diagnóstico de câncer ou com diagnóstico, mas sem tratamento prévio da doença. Foram excluídos os casos com idade inferior a 15 anos de idade.

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- **Faixa Etária:** refere-se aos seguintes agrupamentos de idade: 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 64 anos; 65 a 74 anos; 75 ou mais; sem informação.
- **Raça/Cor:** refere-se aos dados de identificação conforme atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que classificam raça/cor nas seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena e sem informação.
- **Estado Conjugal:** refere-se ao estado conjugal atual do paciente. As categorias disponíveis são: casado; solteiro; desquitado/separado/divorciado; viúvo e sem informação.
- **Grau de Instrução:** refere-se à escolaridade do paciente: analfabeto; 1º grau incompleto; 1º grau; 2º grau, superior e sem informação.
- **Ano do Diagnóstico:** ano em que foi realizada a confirmação do diagnóstico de câncer do paciente. Para análise estatística, foi categorizada, arbitrariamente, em 2000 a 2004 e 2005 a 2009.
- **Tipo Histológico:** refere-se à caracterização da estrutura celular do tumor (morfologia do tumor) através de exame microscópico. A codificação do tipo histológico foi feita utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, sendo

os tipos histológicos agrupados em carcinomas, adenocarcinomas e outros.

- **Estadiamento (TNM):** refere-se à avaliação da extensão da neoplasia maligna antes do tratamento, para planejamento da terapêutica e elaboração de prognóstico de evolução de doença, conforme a Classificação de Tumores Malignos (TNM) da União Internacional Contra o Câncer (UICC).
- **Estado da Doença ao Final do 1º Tratamento:** refere-se ao estado da doença ao final do primeiro tratamento antineoplásico proposto. Está relacionada à evolução da doença. As categorias disponíveis são: sem evidência da doença (remissão completa); remissão parcial; doença estável; doença em progressão; fora de possibilidade terapêutica; óbito; não se aplica e sem informação. Para análise estatística, será classificada em três categorias: sem evidência da doença; remissão parcial e doença estável; doença em progressão, fora de possibilidade terapêutica e óbito.

Foi realizada análise descritiva da população estudada por meio da frequência absoluta e relativa das variáveis selecionadas. Os percentuais foram calculados sobre o total de respostas válidas, desconsiderando-se os casos "sem informação" e "não se aplica". A média da variável idade foi calculada a partir dos dados agregados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA sob o número 128/11.

RESULTADOS

Foram incluídos 77.317 casos, sendo 55.635 provenientes do Integrador RHC e 21.682 da FOSP. A média de idade ao diagnóstico do câncer do colo do útero foi de 49,2 anos, sendo que 55,3% das pacientes encontravam-se abaixo dos 50 anos de idade no momento do diagnóstico (Figura 1, Tabela 1).

O número de casos por ano variou entre 5.146 e 9.078, com um quantitativo semelhante nos dois quinquênios analisados (2000-2004 *versus* 2005-2009). Em relação às características demográficas, observou-se predomínio de mulheres de cor parda (47,9%), com ensino fundamental incompleto (49,0%) e casadas (51,5%) (Tabela 1).

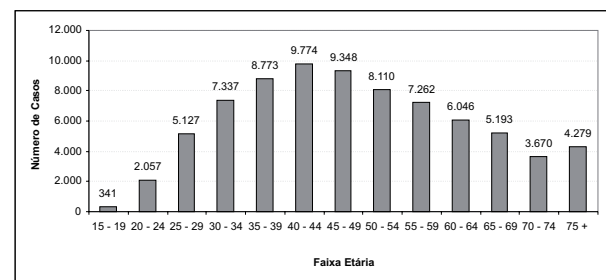


Figura 1. Distribuição das pacientes com câncer do colo do útero conforme a faixa etária. Brasil, 2000-2009

Tabela 1. Características demográficas das pacientes com câncer do colo do útero. Brasil, 2000-2009

Variável	Número de casos	%
Faixa etária		
15 - 49	42.757	55,3
50 e +	34.560	44,7
Ano de diagnóstico		
2000-2004	38.032	49,2
2005-2009	39.285	50,8
Raça/cor da pele *		
Parda	26.632	47,9
Branca	19.138	34,4
Preta	3.133	5,6
Amarela / indígena	342	0,4
Escolaridade **		
Nenhuma / analfabeto	11.790	20,9
Fundamental incompleto	27.633	49,0
Fundamental completo	9.653	17,1
Nível medio	6.173	10,9
Nível superior incompleto / completo	1.191	2,1
Estado civil ***		
Casado	26.579	51,5
Solteiro	14.627	28,3
Viúvo	7.463	14,5
Separado judicialmente	2.964	5,7
Total	77.317	100,0

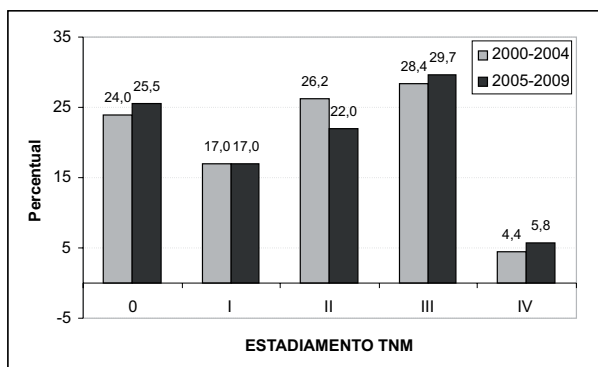
* A variável foi classificada como "sem informação" em 36,3% (n=28.072) dos casos (essa informação não está disponível para os 21.682 casos de São Paulo)

** A variável foi classificada como "sem informação" em 27,0% (n=20.877) dos casos

*** A variável foi classificada como "sem informação" em 33,2% (n=25.684) dos casos

Observa-se que a distribuição proporcional dos estadiamentos conhecidos dos casos de câncer do colo do útero se manteve relativamente estável nos dois quinquênios analisados (2000 a 2004 *versus* 2005 a 2009) (Figura 2). Entretanto, houve um grande aumento no percentual de casos com estadiamento ignorado ou nos quais esse procedimento não se aplicava (19,9% entre 2000 a 2004 para 35,0% entre 2005 e 2009).

As características clínicas são apresentadas na Tabela 2. Observa-se predomínio de casos em estágio III (29,0%). O tipo histológico predominante foi o carcinoma tanto nas lesões *in situ* (98,7%) como nas invasivas (88,0%). Considerando todos os tipos de câncer diagnosticados no período, 31,0% foram lesões iniciais (*in situ*). Ao final do primeiro tratamento, 48,9% encontravam-se sem evidência de doença ou em remissão completa.

**Figura 2.** Distribuição dos estadiamentos dos casos de câncer do colo do útero por quinquênio. Brasil, 2000-2009**Tabela 2.** Características clínicas das pacientes com câncer do colo do útero. Brasil, 2000-2009

Variável	Número de casos	%
Estádio (TNM) *		
0	13.807	24,7
I	9.526	17,0
II	13.593	24,3
III	16.252	29,0
IV	2.813	5,0
Tipo de doença		
Lesão <i>in situ</i>		
- Carcinoma	23.311	98,7
- Adenocarcinoma	303	1,3
Doença invasiva		
- Carcinoma	47.195	88,0
- Adenocarcinoma	5.712	10,6
- Outros tipos histológicos	740	1,4
Estado da doença ao final do primeiro tratamento **		
Sem evidência de doença / Remissão completa	28.111	48,9
Remissão parcial	3.829	6,7
Doença estável	16.623	28,9
Doença em progressão	2.819	4,9
Fora de possibilidade terapêutica	465	0,8
Óbito	5.588	9,7
Total	77.317	100,0

* O estadiamento foi considerado "sem informação" ou "não se aplica" em 27,5% (n=21.326) dos casos

** O estado da doença ao final do primeiro tratamento foi classificado como "sem informação" ou "não se aplica" em 24,6% (n= 19.002) dos casos

DISCUSSÃO

Os 77.317 casos de câncer do colo do útero incluídos nesta pesquisa são provenientes das bases de RHC de todo o Brasil, sendo 72,0% obtido pelo sistema Integrador RHC e 28,0% dos registros do Estado de São Paulo (FOSP). A utilização de dados desta natureza, entre outros objetivos, tem como propósito auxiliar na formulação de políticas públicas de saúde, no planejamento das ações de prevenção e nos estudos epidemiológicos que buscam traçar o perfil da assistência prestada aos pacientes com câncer⁸.

Visando à atenção integral em saúde e proporcionar o controle do câncer do colo do útero na população brasileira, diversas estratégias vêm sendo implementadas. O rastreamento para detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero e o diagnóstico do câncer em sua fase inicial é possível por meio da realização periódica do exame citopatológico. Segundo dados do VIGITEL¹², no Brasil o cumprimento às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero, medido pelo indicador "realização de citologia oncológica nos últimos três anos (mulheres 25 a 59 anos)", ocorreu em 80,5% das mulheres entrevistadas. Entretanto, foi também observado que quanto maior a escolaridade maior a frequência de realização do exame, ou seja, entre aquelas com até oito anos de estudo, a frequência foi de 76,9% e, entre as com 12 anos ou mais de estudo, 89,6% tinham realizado o exame preventivo nos últimos três anos. Também houve diferença na frequência de acordo com a capital estudada, variando de 68% (Maceió) a 90% (Curitiba e São Paulo).

No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde indicam os 25 anos como idade para início do exame de mulheres que já iniciaram a atividade sexual, devendo ser realizado até os 64 anos e, após esse período, podendo ser interrompido quando tiverem dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos^{3,13}. Neste estudo, a média de idade das mulheres ao diagnóstico de câncer do colo do útero foi de 49 anos, entretanto, observou-se 3% de mulheres com diagnóstico abaixo de 25 anos e 17% acima de 64 anos, indicando que uma em cada cinco mulheres diagnosticadas no período estudado encontrava-se fora da faixa etária prioritária do programa. Entretanto, é importante destacar que o estágio 0, comum em mulheres jovens, não é considerado câncer, mas lesão precursora, o que confere limitação na interpretação dos resultados apresentados. Uma vez que o *modus operandi* dos RHC inclui o estágio 0 entre os casos de câncer, optou-se por manter essa categoria na análise.

Considerando o estadiamento ao diagnóstico do câncer do colo do útero, não houve alteração segundo o período analisado (2000-2004 *versus* 2005-2009), porém ressaltamos um grande aumento no percentual de casos com estadiamento ignorado ou nos quais esse

procedimento não se aplicava (19,9% entre 2000 e 2004 para 35,0% entre 2005 e 2009). O preenchimento do estadiamento no prontuário médico do paciente com câncer é item obrigatório e este dado é essencial na seleção e avaliação do tratamento a ser realizado¹⁴. Desta maneira, faz-se necessário conscientizar os médicos da importância de registrar adequadamente essa informação.

Em relação ao momento do diagnóstico do câncer do colo do útero, estudo realizado nos Estados Unidos da América, com dados de sete planos de saúde, mostrou que, no momento do diagnóstico, das 833 pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero entre 1995 e 2000, 65% apresentavam doença localizada, 25% apresentavam doença regional e somente em 7% foram observadas metástases a distância¹⁵. Outro estudo, realizado na Inglaterra, mostrou que 23,8% dos 382 casos de câncer do colo do útero registrados entre 1985 e 1996 foram detectados nos estádios III e IV¹⁶. Pesquisa envolvendo 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados a um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) mostrou que, a partir da análise de 29.263 casos de câncer do colo do útero, atendidos entre 1995 a 2002, 45,5% das mulheres apresentavam o câncer do colo do útero nos estádios III ou IV quando do diagnóstico⁵. Já em estudo envolvendo 4.877 pacientes diagnosticados entre 1999 e 2004 em uma única instituição no Rio de Janeiro, Calazan et al.¹⁷ observaram que 28,0% dos casos de câncer invasor encontravam-se em estágio avançado (estádios III e IV) no momento do diagnóstico. Neste estudo, o percentual de diagnósticos em estágio avançado (III e IV) passou de 32,8% entre 2000 e 2004 para 35,5% entre 2005 e 2009. Esses dados apontam para um cenário preocupante, com percentuais elevados de casos em estágio avançado, sobretudo se comparados àqueles descritos em países desenvolvidos.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é tema recorrente e pode justificar a alta incidência, o diagnóstico em estádios avançados e a elevada taxa de mortalidade por câncer do colo do útero no país. No presente estudo, 70% das pacientes tinham baixa escolaridade (fundamental incompleto ou menos) e 53,5% eram negras ou pardas. Segundo o IBGE¹⁸, a definição de cor ou raça é descrita como a "característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena". Entretanto, por não se tratar de uma classificação biológica ou física com base no genótipo do indivíduo e sim de uma percepção de cada entrevistado, sempre há muitas controvérsias nos resultados apresentados. Esse fato pode corroborar a teoria que propõe que, embora o número de exames preventivos tenha aumentado nos últimos anos, pode haver diferenças no acesso aos serviços de saúde em função do nível socioeconômico, considerando-se como *proxy* a escolaridade e a cor da pele¹⁹.

CONCLUSÃO

Foram avaliados 77.317 casos de câncer do colo do útero diagnosticados no período de 2000 a 2009, cadastrados nos registros de base hospitalar de câncer. Apresentavam média de idade 49 anos, com predomínio de mulheres de cor parda (47,9%), com ensino fundamental incompleto (40,0%) e casadas (51,5%). O estadiamento III foi o mais frequente (29,0%), com 31% dos casos de doença *in situ*, e a maioria com tipo histológico classificado como carcinoma (91,3%). Ao final do primeiro tratamento, 48,9% encontravam-se sem evidência de doença ou em remissão completa.

CONTRIBUIÇÕES

Luiz Claudio Santos Thuler, Anke Bergmann e Letícia Casado contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e análise dos dados, na redação e revisão crítica do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev bras cancerol.* 2009;55(4):379-88.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 mar 24]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) [Internet]. [citado 2012 mar 26]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>
5. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev bras ginecol obstet.* 2005;27(11):656-60.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas de mortalidade por câncer [Internet]. [Rio de Janeiro: INCA; 2008] [citado 2011 nov 24]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 145 p. (Série B. Textos básicos de saúde).
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. IntegradorRHC [Internet]. [citado 2012 mar 24]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>
9. Kligerman J. Registro hospitalar de câncer no Brasil [editorial]. *Rev bras cancerol.* 2001;47(4):357-9.
10. Souza JRW. Implantação de solução informatizada para a obtenção de informações e monitoramento em tempo real dos custos e resultados da atenção ao paciente oncológico [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
11. Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer [Internet]. [citado 2012 mar 20]. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/epidemiologia/rede_rhc.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 110 p. (Série G. Estatística e informação em saúde).
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 40 p.
14. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2a ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 536 p.
15. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(9):675-83.
16. Herbert A, Singh N, Smith JA. Adenocarcinoma of the uterine cervix compared with squamous cell carcinoma: a 12-year study in Southampton and South-west Hampshire. *Cytopathology.* 2001;12(1):26-36.
17. Calazan C, Luiz RR, Ferreira I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um Centro de Referência Brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. *Rev bras cancerol.* 2008;54(4):325-31.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos: conceitos [Internet]. [citado 2012 mar 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>
19. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Públ.* 2011;45(6):1009-18.

Abstract

Introduction: The control of cervical cancer was defined as priority in the public health policies in Brazil, due to its high incidence, morbidity and mortality. **Objective:** To describe the demographic and clinical characteristics of the population with cervical cancer in the country, diagnosed between 2000 and 2009. **Method:** Observational study of the analytical cases of cervical cancer entered in the Integrator Module of the Hospital-based Cancer Registries and the Hospital-based Cancer Registry of the State of São Paulo. A descriptive analysis of the variables was performed. This study was approved by the INCA Ethics Committee under the number 128/11. **Results:** 77,317 cases were included. The number of cases and the proportional distribution of the stages were similar in the two five-year periods analyzed (2000-2004 *versus* 2005-2009). The average age at diagnosis was 49.2 years old (55.3% were under 50 years old), with predominance of women from a group defined as *pardos* (47.9%), with incomplete elementary school (49.0%) and married (51.5%). Stage III was the most frequent one (29.0%) and in most of the cases the histological type was carcinoma (91.3%). At the end of the first treatment 48.9% presented no evidence of disease or were in complete remission. **Conclusion:** In Brazil, women with cervical cancer diagnosis, diagnosed between 2000 and 2009, were mostly young women, belonging to the *pardos* group, with low school level, married, presented advanced stage at diagnosis and evolved without evidence of disease or to complete remission at the end of the first treatment.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms/epidemiology; Uterine Cervical Neoplasms/prevention & control; Hospital Records; Epidemiology, Descriptive; Observational Studies; Brazil/epidemiology

Resumen

Introducción: El control del cáncer del cuello del útero fue definido como prioridad en las políticas públicas de salud en Brasil, debido a su alta incidencia, morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de la población con cáncer del cuello del útero en el país, diagnosticada en el período de 2000 a 2009. **Método:** Estudio observacional de los casos analíticos del cáncer del cuello del útero inseridos en el Módulo Integrador de los Registros en Hospitales del Cáncer y en el Registro en Hospitales del Cáncer del Estado de São Paulo. Ha sido realizada análisis descriptiva de las variables. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Estudios del INCA bajo el número 128/11. **Resultados:** Han sido incluidos 77.317 casos. El número de casos y la distribución proporcional de los estadiamientos ha sido semejante en los dos lustros analizados (2000-2004 *versus* 2005-2009). El promedio de edad al diagnóstico ha sido de 49,2 años (55,3% tenían menos de 50 años), con predominio de mujeres de color pardo (47,9%), con educación secundaria incompleta (49,0%) y casadas (51,5%). El estadiamiento III fue el más frecuente (29,0%) y en la mayor parte de los casos el tipo histológico fue carcinoma (91,3%). Al final del primero tratamiento 48,9% se encuentran sin evidencia de la enfermedad u en remisión completa. **Conclusión:** En Brasil, mujeres con diagnóstico de cáncer del cuello del útero diagnosticadas entre 2000 e 2009 eran mayormente jóvenes, de color pardo, con pocos estudios, casadas, presentaron estadiamiento avanzado al diagnóstico y evolucionaron sin evidencia de enfermedad o para remisión completa al final del primero tratamiento.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino/epidemiología; Neoplasias del Cuello Uterino/prevenición & control; Registros de Hospitales; Epidemiología Descriptiva; Estudios Observacionales; Brasil/epidemiología