

Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial

Socio-demographic and Clinical Profile of Women with Cervical Cancer Associated with Initial Staging

Perfil Sociodemográfico y Clínico de Mujeres con Cáncer del Cuello del Útero, interconectado al Estadiamento Inicial

Keila Cristina Mascarello¹; Nayara Fazolo Silva²; Marieli Thomazini Piske³; Kátia Girlene Gomes Viana⁴; Eliana Zandonade⁵; Maria Helena Costa Amorim⁶

Resumo

Introdução: O câncer do colo do útero apresenta-se como importante problema de saúde pública mundial, principalmente nas regiões menos desenvolvidas. **Objetivo:** Descrever os perfis sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC) entre 2000 e 2005, associados ao estadiamento inicial. **Método:** Trata-se de um estudo analítico de dados secundários. Foram estudadas 964 mulheres. **Resultados:** Houve predominância de casos na faixa etária de 40 a 59 anos (49,3%), cor não branca (76,8%), com até primeiro grau incompleto (70,9%), casadas (48,3%), com encaminhamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (84,2%). O estadiamento III esteve presente em 44% dos casos, seguido do II (31,4%). A maioria das pacientes realizou radioterapia exclusiva (52,1%), 133 (28,2%) tiveram recidiva local e 218 (43,4%) metástases a distância. As variáveis significantes com o estadiamento inicial foram faixa etária, escolaridade, tipo histológico, recidiva, presença de metástase, número de metástases e desfecho ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os resultados apontam para a necessidade de novas estratégias na implementação das políticas de saúde no que diz respeito à prevenção primária e secundária, tendo em vista o grande número de mulheres diagnosticadas com a doença. Maiores investimentos em educação também são necessários visando a uma mudança no perfil de morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Saúde da Mulher; Perfil de Saúde

Este trabalho foi patrocinado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. *E-mail:* Keilamascarello@gmail.com.

² Enfermeira. *E-mail:* naya_fazolo@hotmail.com.

³ Enfermeira. *E-mail:* marielipiske@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Registradora Hospitalar de Câncer. *E-mail:* rhc@santarita.org.br.

⁵ Estatística. Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). *E-mail:* elianazandonade@uol.com.br.

⁶ Enfermeira. Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES. *E-mail:* mhcamorim@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Keila Cristina Mascarello. Centro de Ciências da Saúde, Campus Maruípe /UFES. Avenida Marechal Campos, 1468. Vitória (ES), Brasil. CEP: 29.040-090.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino apresenta-se como importante problema de saúde pública mundial, principalmente nas regiões menos desenvolvidas, as quais apresentam 83% dos coeficientes totais de incidência e 86% da mortalidade¹. Para o ano de 2015, são esperados em todo o mundo 320.000 novos casos, saltando para 435.000 em 2030².

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2012 é de 17.540, com um risco estimado de 17 casos a cada 100.000 mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (24/100.000), seguido pelas Regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000) onde ocupa a segunda posição, e pelas Regiões Sudeste (15/100.000) e Sul (14/100.000) onde aparece na terceira e quarta posição, respectivamente³, acompanhando o perfil socioeconômico de cada região. As estatísticas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o Estado do Espírito Santo estimam, para o ano de 2012, 340 novos casos, o que representa uma taxa de incidência de 18,65 casos para cada 100.000 mulheres³.

Desde 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a persistência da infecção pelo *Papilomavírus humano* (HPV) como principal fator de risco para o desenvolvimento da doença; mas, embora a infecção pelo HPV seja necessária, não é suficiente para a evolução do câncer. Portanto são considerados ainda como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero: início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados); baixa condição socioeconômica, imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais⁴.

Entre todas as neoplasias, a do colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, além de bom prognóstico quando diagnosticado precocemente, entretanto o diagnóstico realizado tardiamente pode ser o principal responsável pela manutenção das altas taxas de mortalidade².

Para conhecer a real magnitude do câncer do colo do útero, seus determinantes e fatores relacionados, podem ser utilizados os indicadores reunidos no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar do Câncer (SIS-RHC). Trata-se de uma ferramenta que visa a atender às necessidades da administração do hospital, ao programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, ao paciente, sendo valioso recurso para acompanhar e avaliar o trabalho realizado nas instituições, inclusive os resultados finais alcançados, monitorando e avaliando os cuidados prestados aos pacientes, ajudando os profissionais

no acompanhamento dos casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados⁵⁻⁶.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade da realização deste estudo, pois, conhecendo o perfil das mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero, estarão disponíveis novos subsídios visando ao aprimoramento da atenção à mulher nas Estratégias de Saúde da Mulher, assim, o objetivo deste estudo foi descrever os perfis sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC), entre 2000 e 2005, associados ao estadiamento inicial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários. A amostra foi composta por mulheres com câncer do colo do útero atendidas no HSRC/AFECC entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2005.

Os dados da pesquisa foram coletados no setor de Registro Hospitalar de Câncer do HSRC/AFECC, hospital filantrópico, CACON (portaria MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005), situado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil; entre os meses de maio e setembro de 2011. As fontes de dados foram as Fichas de Registro de Tumor e os prontuários, para dados não preenchidos ou não contemplados. Para a consulta dos prontuários, foi desenvolvido um instrumento específico contendo as variáveis: tratamentos, recidivas, metástases, estadiamento inicial (estadiamento clínico no momento do diagnóstico), data óbito e causa básica do óbito. As variáveis relativas ao óbito foram verificadas, caso a caso, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Espírito Santo, fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Os critérios de inclusão foram: mulheres virgens de tratamento anterior, com ou sem diagnóstico prévio. Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico de neoplasia *in situ*, diagnóstico de recidiva, que iniciaram tratamento em outra instituição ou que residiam em outros Estados da Federação.

Analisou-se as variáveis faixa etária, raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, procedência, origem do encaminhamento, diagnóstico e tratamento anteriores, mais de um tipo de tumor primário, tipo histológico, localização de metástase a distância, recidiva, desfecho e tratamentos realizados, relacionando-as com o estadiamento inicial. As variáveis de fatores de risco (coitarca, idade no primeiro Papanicolaou, tabagismo e histórico familiar) não puderam ser avaliadas devido à baixa completude dos dados. As variáveis recidiva e metástase, apesar de terem sido incluídas no estudo, também apresentaram baixa completude, 48,9% e 52,1%,

respectivamente. Todas as outras variáveis estudadas apresentaram completude superior a 90%.

Na análise dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas (%) para as variáveis qualitativas e médias, medianas e desvios-padrão para as variáveis quantitativas.

Em seguida foram formados dois grupos tendo como parâmetro a variável estadiamento inicial, sendo os estádios I e II considerados “estadiamento precoce” e estádios III e IV “estadiamento tardio”⁷. Procedeu-se a uma análise bivariada para medir a associação entre o estadiamento inicial e as demais variáveis do estudo (sociodemográficas e clínicas) utilizando-se o teste qui-quadrado de associação. Foram calculados os *odds ratios* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis que apresentaram p-valor menor que 10% no teste qui-quadrado. O nível de significância adotado para o modelo final foi de 5%. Os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e posteriormente trabalhados no programa do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a Resolução n° 196 de 16 de outubro de 1996 sob o n° 218/10.

RESULTADOS

Entre os anos de 2000 e 2005, 1.266 mulheres foram atendidas no HSRC/AFECC para tratamento do câncer do colo do útero invasor, porém foram excluídas do estudo 65 (5,1%) que não tinham o estadiamento nos prontuários, 191 (15,08%) que foram encaminhadas à instituição já tendo iniciado a terapêutica e 46 (3,6%) que eram de outros Estados. A amostra final foi composta por 964 mulheres.

A idade média no momento do diagnóstico foi de 53,8 anos, desvio-padrão de 14,1 e mediana de 53 anos. Quanto ao perfil sociodemográfico, apresentado na Tabela 1, houve predominância de mulheres na faixa etária entre 40 a 59 anos (49,3%), de cor não branca (76,8%), com até primeiro grau incompleto (70,9%), casadas (48,3%), com encaminhamento oriundo do SUS (84,2%) e procedentes da Grande Vitória (59,6%).

Observa-se na Tabela 2 as frequências absolutas e percentuais das variáveis clínicas, onde o tipo histológico predominante foi o carcinoma de células escamosas (87,0%). O estadiamento inicial III esteve presente em 44% dos casos, seguido do II com 31,4%. A maioria das mulheres realizou somente a radioterapia como tratamento (52,1%), 133 (28,2%) apresentaram recidiva local, 218 (43,4%) tiveram metástases a distância e 27 (2,8%) tiveram mais de um tumor primário.

Tabela 1. Frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis sociodemográficas das mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), no período de 1° de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005

Variável	n	%
Variáveis sociodemográficas		
Idade ao diagnóstico		
Igual ou menor que 29 anos	23	2,4%
30 a 39 anos	134	13,9%
40 a 49 anos	246	25,5%
50 a 59 anos	229	23,8%
60 a 69 anos	182	18,9%
70 a 79 anos	118	12,2%
80 anos ou mais	32	3,3%
Raça/cor		
Branca	220	23,2%
Não branca	730	76,8%
Grau de instrução		
Analfabeta	299	32,3%
Ensino fundamental incompleto	357	38,6%
Ensino fundamental completo	201	21,7%
Ensino médio completo	60	6,5%
Ensino superior	8	0,9%
Estado conjugal		
Casada	465	48,4%
Solteira	221	23,0%
Desquitada/separada/divorciada	61	6,3%
Viúva	214	22,3%
Procedência		
Grande Vitória	575	59,6%
Região Norte do ES	302	31,3%
Região Sul do ES	64	6,6%
Região Serrana do ES	23	2,4%
Origem do encaminhamento		
SUS	738	84,2%
Não SUS	138	15,8%

Foi realizada a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial agrupado em precoce (I e II) e tardio (III e IV). Na associação das variáveis sociodemográficas com o estadiamento inicial, apresentada na Tabela 3, houve significância estatística para as variáveis faixa etária (p=0,001) e escolaridade (p=0,016).

Tabela 2. Frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis clínicas das mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005

Variável	n	%
Variáveis clínicas		
Tipo histológico		
Carcinoma de células escamosas	839	87,0%
Adenocarcinoma	107	11,1%
Outros	18	1,9%
Estadiamento inicial		
I	187	19,4%
II	303	31,4%
III	424	44%
IV	50	5,2%
Tratamentos realizados		
Nenhum	1	0,0%
Cirurgia	54	5,6%
Quimioterapia	2	0,2%
Radioterapia	502	52,1%
Cirurgia e quimioterapia	2	0,2%
Cirurgia e radioterapia	154	16,0%
Radioterapia e quimioterapia	188	19,5%
Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	25	2,6%
Outras combinações	36	3,7%
Recidiva		
Sim	133	28,2%
Não	338	71,8%
Metástase		
Sim	218	43,4%
Não	284	56,6%
Mais de um tumor primário		
Sim	27	2,8%
Não	937	97,2%

As variáveis clínicas que foram significantes quando associadas ao estadiamento inicial foram: tipo histológico ($p=0,017$), recidiva ($p=0,0062$), presença de metástase ($p=0,0001$), número de metástases ($p=0,0001$) e desfecho ($p=0,0001$), apresentadas na Tabela 4.

A Tabela 5 apresenta os valores dos *odds ratios* brutos e ajustados pelo modelo de Regressão Logística. As categorias de variáveis que apresentam valor igual a 1 foram consideradas de referência. O *odds* ajustado demonstrou maior risco de desfecho óbito para as mulheres com estadiamento tardio (2,5 vezes, IC: 1,245-5,031), além disso, mulheres com idade de 50 anos ou

mais apresentaram maior risco de serem diagnosticadas nos estádios III e IV (1,6 vezes, IC: 1,038-2,475).

DISCUSSÃO

A média de idade de 53,8 anos e mediana de 53 corroboram as atuais recomendações para a realização do exame preventivo que preconiza sua realização em mulheres entre 25 e 64 anos de idade⁷, entretanto apesar da recente ampliação da faixa etária coberta pelo exame que, até o ano de 2010, era preconizado para mulheres com até 59 anos, muitas dessas não são contempladas pelos programas de rastreamento. Neste estudo, 15,5% delas estavam fora da faixa etária recomendada para a realização do exame preventivo no momento do diagnóstico.

A predominância da raça não branca (76,8%) diverge de outro estudo que encontrou maior proporção de casos de câncer do colo do útero em mulheres brancas⁸, porém confirma a proporcionalidade da raça/cor para a população geral do Espírito Santo⁹. Além disso, vale destacar que a variável raça/cor deste estudo não é autodeclarada. Estudo demonstrou que a variável raça/cor pode ser usada como marcador demográfico de desigualdades em saúde às quais grupos sociais estão expostos¹⁰, sendo assim essa variável deve ser utilizada como um marcador social mais relacionado aos fatores ambientais a que a mulher está exposta que aos fatores genéticos.

Verificou-se que mulheres analfabetas e com até ensino fundamental incompleto representaram 70,9% da amostra estudada. Segundo uma revisão sistemática sobre os determinantes e cobertura do exame Papanicolaou, a não realização do exame, e conseqüentemente o não tratamento das lesões precursoras, esteve associada à baixa ou alta idade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e cor parda¹¹. A incidência do câncer do colo do útero é mais frequente em mulheres de classes sociais mais baixas e com menor nível de escolaridade¹², confirmando os achados deste estudo.

Mulheres com baixo grau de instrução têm maior risco de desenvolver câncer do colo uterino¹³⁻¹⁴ e, quanto menor o grau de instrução, maior o risco do diagnóstico avançado desses tumores¹⁵. Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que, independente do nível de instrução, a maioria das mulheres foi diagnosticada em estágio II e III; embora as pacientes com segundo grau completo ou mais apresentassem uma proporção menor de casos em estádios avançados em relação aquelas com menor nível de instrução¹⁶. A grande proporção de mulheres com até ensino fundamental incompleto pode colaborar para o grande número destas com diagnóstico tardio (estádios III e IV) da doença e, conseqüentemente, para o grande número de recidivas, metástases e óbitos encontrados.

Tabela 3. Frequência absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas segundo estadiamento inicial e o respectivo p-valor do teste qui-quadrado de associação de mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005

Variável	Categoria	Estadiamento				p-valor
		Precoce (I e II)		Tardio (III e IV)		
		N	%	N	%	
Faixa etária						
	Até 49 anos	237	48%	166	35%	0,001
	50 anos e mais	253	52%	308	65%	
	Total	490	100%	474	100%	
Raça/cor						
	Branca	118	25%	102	22%	0,3293
	Não branca	362	75%	368	78%	
	Total	480	100%	470	100%	
Grau de instrução						
	Até ensino fundamental	424	91%	433	95%	0,016
	Ensino médio e superior	44	9%	24	5%	
	Total	468	100%	457	100%	
Estado conjugal						
	Casada	244	50%	221	47%	0,2554
	Solteira	116	24%	105	22%	
	Desquitada/separada/divorciada	33	7%	28	6%	
	Viúva	96	20%	118	25%	
	Total	489	100%	472	100%	
Procedência						
	Norte	149	30%	153	32%	0,8531
	Sul	35	7%	29	6%	
	Serrana	11	2%	12	3%	
	Grande Vitória	295	60%	280	59%	
	Total	490	50,8	474	49,2	
Origem do encaminhamento						
	SUS	370	83%	368	85%	0,2345
	Não SUS	74	17%	64	14%	
	Total	444	100%	432	100%	

Um estudo desenvolvido na mesma instituição no período de 2000 a 2006 com mulheres com câncer da mama apontou risco crescente de diagnóstico tardio de tumores da mama da ordem de 4,27 vezes maior nas mulheres analfabetas, 3 vezes nas com ensino fundamental incompleto, 2,59 vezes maior naquelas com ensino fundamental completo e 2,06 vezes maior nas mulheres com nível médio completo¹⁷.

Observou-se, neste estudo, a predominância de mulheres oriundas da Grande Vitória (59,6%). Entretanto o percentual de mulheres de outras regiões do estado pode ser considerado grande, o que faz da instituição uma referência regional para o tratamento do câncer. Este

dado é importante para a instituição e para os gestores do Sistema de Saúde Estadual e Municipal que devem se planejar para fornecer à mulher, além do transporte para o tratamento fora do domicílio, as condições necessárias para o tratamento em tempo oportuno, aumentando suas possibilidades de recuperação e cura.

O carcinoma de células escamosas foi o mais presente, estando em 87% das mulheres. Sabe-se que o carcinoma de células escamosas é o mais comum dos cânceres do colo do útero, além de ter um melhor prognóstico quando comparado ao adenocarcinoma e ao sarcoma⁴.

O estadiamento inicial mais comum foi o III representando 44% das mulheres. Entretanto a proporção

Tabela 4. Frequência absoluta e percentual das variáveis clínicas segundo estadiamento inicial e o respectivo p-valor do teste qui-quadrado de associação de mulheres com câncer do colo do útero atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005

Variável	Categoria	Estadiamento				p-valor
		Precoce (I e II)		Tardio (III e IV)		
		N	%	N	%	
Tipo histológico						
	Carcinoma de células escamosas	414	84%	425	90%	0,017
	Outros	76	16%	49	10%	
	Total	490	100%	474	100%	
Recidiva						
	Sim	68	24%	65	35%	0,0062
	Não	219	76%	119	65%	
	Total	287	100%	184	100%	
Metástase						
	Sim	99	33%	119	59%	0,0001
	Não	200	67%	84	41%	
	Total	299	100%	203	100%	
Número de metástases						
	Múltiplas metástases	32	11%	36	18%	0,0001
	Nenhuma	200	68%	84	43%	
	Uma	63	21%	75	38%	
	Total	295	100%	195	100%	
Diagnóstico anterior						
	Sem diagnóstico/sem tratamento	82	17%	98	21%	0,1165
	Com diagnóstico/sem tratamento	408	83%	376	79%	
	Total	490	100%	474	100%	
Desfecho						
	Óbito	151	31%	270	57%	0,0001
	Não óbito	339	69%	204	43%	
	Total	490	100%	474	100%	

destas com estadiamento inicial precoce (I e II) e tardio (III e IV) foi semelhante, com 50,8% e 49,2%, respectivamente. Estudo realizado com 96 instituições de tratamento oncológico no país demonstrou que apesar de ainda ser considerado grande o número de mulheres que chegam às instituições com câncer do colo do útero em estadiamento avançado este número vem diminuindo nos últimos anos, porém ainda está longe de alcançar os parâmetros de países desenvolvidos⁶. Na Inglaterra, somente 23,8% de 382 casos registrados são detectados nos estádios III e IV¹⁸. Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou apenas 7% de casos avançados com metástases a distância¹⁹. O grande percentual de estadiamentos avançados (III e IV) pode ser considerado um fator determinante para o alto índice de metástases e recidivas locais encontradas neste estudo, contribuindo, ainda, para a manutenção das elevadas taxas de mortalidade observadas no estado, já que somente o

diagnóstico precoce pode interferir na morbimortalidade por câncer do colo uterino.

A variável faixa etária foi estatisticamente significante quando associada com o estadiamento inicial: quanto mais avançada a idade maior o número de mulheres com estadiamento tardio (III e IV). A variável escolaridade também foi estatisticamente significante; as mulheres com até ensino fundamental incompleto representaram 76% das com estadiamento tardio (III e IV), enquanto as mulheres com ensino médio completo representaram apenas 5% destas.

Vale ressaltar que as variáveis raça/cor e origem do encaminhamento (SUS ou não SUS) não foram significantes para o estadiamento inicial. Quanto às variáveis clínicas, foram significantes as variáveis tipo histológico, recidiva, presença de metástase, número de metástases e desfecho, evidenciando que mulheres com estadiamento tardio (III e IV) apresentam maior número

Tabela 5. Odds ratios brutos (Modelo Univariado) e ajustados pelo modelo de Regressão Logística com os respectivos p-valores e limites inferiores (LI) e superiores (LS) de significância das variáveis sociodemográficas e clínicas estatisticamente significantes ao nível de 10%

Variável	Categoria	Modelo univariado		Modelo multivariado	
		p-valor	odds (LI-LS) bruto	p-valor	odds (LI-LS) ajustado*
Faixa etária	Até 49 anos	0,001	1	0,033	1
	50 anos e mais		1,202 (1,103-1,311)		1,603 (1,038-2,475)
Grau de instrução	Até o ensino fundamental	0,017	1	0,569	1
	Ensino médio e superior		1,872 (1,119-3,134)		0,748 (0,276-2,028)
Tipo histológico	Carcinoma de células escamosas	0,018	1,592 (1,085-2,337)	0,110	1,723 (0,884-3,359)
	Outros		1		1
Recidiva	Sim	0,0062	1,759 (1,171-2,642)	0,405	0,774 (0,424-1,415)
	Não		1		1
Metástase	Sim	0,0001	2,862 (1,979-4,138)	0,418	1,343 (0,658-2,742)
	Não		1		1
Desfecho	Óbito	0,0001	2,971 (2,281-3,870)	0,010	2,503 (1,245-5,031)
	Não óbito		1		1

* Total de dados da análise foi de 402 pacientes (42%) por terem muitos dados faltantes em recidiva e metástase

de recidivas, metástases e óbito, quando comparadas com as mulheres em estadiamento precoce (I e II).

Apesar das políticas públicas já implantadas e implementadas pelo governo brasileiro visando à redução do câncer do colo uterino, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa Viva Mulher, e de o SISCOLO ter registrado cerca de 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil em 2009⁷, a redução da incidência do câncer do colo do útero ainda permanece como um desafio. As atuais estratégias de oferta de serviços públicos de saúde à população, com os serviços de atenção primária funcionando como porta de entrada aos demais níveis de atenção, incluindo a prevenção secundária através do diagnóstico precoce das doenças e agravos não transmissíveis, são excludentes para uma grande parte de usuários (provavelmente os que mais precisam desses serviços)¹⁵.

Em 2005, foi instituída a Rede de Atenção Oncológica para tratar o câncer como problema de saúde pública, reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir qualidade de vida às mulheres em tratamento, porém essa Rede no Espírito Santo não funciona de maneira efetiva, o que agrava a situação da saúde no Estado.

O Brasil desponta no cenário mundial como uma das maiores economias do planeta, porém ainda apresenta um perfil de adoecimento semelhante ao de países

subdesenvolvidos levando em consideração o câncer do colo do útero¹. Um sistema de saúde de qualidade está diretamente relacionado à redução da incidência do câncer do colo do útero, pois o longo período de evolução da doença permite a identificação das lesões precursoras e seu eficiente controle, aumentando as possibilidades de recuperação da mulher.

Em razão do avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das políticas de atenção básica, espera-se que as medidas de prevenção da doença sejam efetivamente implementadas, na perspectiva de produzir queda nas taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero, doença que pode ser prevenível ou detectada precocemente. A busca ativa das mulheres deve ser realizada garantindo o acesso aos programas de prevenção, detecção precoce, tratamento e seguimento, diminuindo assim a morbimortalidade por esta doença.

Deve-se considerar que este estudo foi desenvolvido em uma única instituição de diagnóstico e tratamento de câncer da cidade de Vitória. Com a magnitude da incidência da doença, são necessárias outras pesquisas com mulheres com câncer do colo do útero no Estado do Espírito Santo, com a finalidade de proporcionar maiores subsídios às políticas públicas de planejamento para o controle da doença.

CONCLUSÃO

O melhor conhecimento do perfil das mulheres com câncer do colo do útero permite fornecer aos gestores de saúde e às pacientes maiores informações a cerca da doença e sua epidemiologia.

Os resultados deste estudo mostram que a maior parte da amostra foi composta por mulheres de baixa escolaridade, fator de risco já conhecido para a doença quando relacionado à baixa condição socioeconômica⁴. São necessários maiores investimentos em educação, pois isso será capaz de promover inclusão social e produzir resultados favoráveis nos indicadores de saúde mesmo que em médio e longo prazo. Deve-se ainda, ser assumido o compromisso de fornecer de forma equânime a assistência à saúde, principalmente aos mais distantes dos serviços de assistência.

A efetiva educação em saúde, maior cobertura dos programas de rastreamento, investimentos na prevenção primária e secundária, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno devem ser priorizados como importantes estratégias de enfrentamento da doença, reduzindo a incidência, mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas pelo câncer do colo do útero.

CONTRIBUIÇÕES

Keila Cristina Mascarello, Eliana Zandonade e Maria Helena Costa Amorim participaram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e interpretação dos dados; na redação final e revisão crítica. Nayara Fazolo Silva, Marieli Thomazini Piske, Kátia Cirlene Gomes Viana participaram na obtenção e interpretação dos dados.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, editors. *Cancer incidence in five continents*. Lyon: IARC Press; 2005.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. *GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide* [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 [cited 2011 Aug 15]. (IARC CancerBase; n. 10). Available from: <http://globocan.iarc.fr>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta*

- de integração ensino-serviço. 3a ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 628 p.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos*. Rio de Janeiro: INCA; 2000. 158 p.
6. 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.
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
8. Carmo CC, Luiz RR. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. *Rev Saúde Públ*. 2011;45(4):661-7.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse do Censo Demográfico 2010* [Internet]. [citado 2012 fev 5]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
10. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface comun saúde educ*. 2009;13(31):383-94.
11. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev bras ginecol obstet*. 2005;27(8):485-92.
12. Umezulike AC, Tabansi SN, Ewunonu HA, Nwana EJ. Epidemiological characteristics of carcinoma of the cervix in the Federal capital Territory of Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2007;10(2):143-6.
13. Leite FMC, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. *Rev bras pesqui saúde*. 2010;12(1):57-62.
14. Ramos AS, Palha PF, Costa Júnior ML, Sant'Anna SC, Lenza NFB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(2):170-4.
15. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(n spe):786-91.
16. 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.
17. Silva PF. *Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

18. 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.
19. 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.

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a major public health problem worldwide, especially in less developed regions.

Objective: To describe the socio-demographic and clinical profiles of women with cervical cancer treated at the Hospital Santa Rita/Women and Education Association Against Cancer (HSRC/AFECC) between 2000 and 2005, associated with the initial staging. **Method:** This is an analytical study of secondary data. 964 women were studied.

Results: There was a predominance of cases in the age range 40-59 years (49.3%), non-white (76.8%), with up to 8 years of schooling (70.9%), married (48.3%), with SUS referral (84.2%). TStage III was present in 44% of cases, followed by II (31.4%). Most patients underwent radiotherapy alone (52.1%), 133 (28.2%) had local recurrence and 218 (43.4%) distant metastases. The significant variables in the initial stage were age, education, histology, recurrence, metastasis, number of metastases and outcome ($p < 0.05$). **Conclusion:** The results indicate the need for new strategies in the implementation of health policies with respect to primary and secondary prevention, given the large number of women diagnosed with the disease. Major investments in education are also needed in order to change the profile of morbidity and mortality of the disease.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Women's Health; Health Profile

Resumen

Introducción: El cáncer del cuello del útero se presenta como un importante problema de salud pública mundial, sobre todo en las regiones menos desarrolladas. **Objetivo:** Describir los perfiles sociodemográficos y clínico de las mujeres con cáncer del cuello del útero tratadas en el Hospital Santa Rita de Cássia/Asociación Femenina de Educación y Combate al Cáncer (HSRC/AFECC) entre 2000 y 2005, ligada estadio al Estadiamiento inicial. **Método:** Se trata de un estudio analítico de datos secundarios. Han sido estudiadas 964 mujeres. **Resultados:** Hubo un predominio de casos en la franja de edad de 40-59 años (49,3%), color no blanca (76,8%), con bajo nivel de educación (70,9%), casadas (48,3%), con seguimiento del SUS (Sistema Único de Salud) (84,2%). El Estadiamiento III estuvo presente en el 44% de los casos, seguido por el II (31,4%). La mayoría de los pacientes realizo a radioterapia exclusiva (52,1%), 133 (28,2%) presentaron recidiva local y 218 (43,4%) metástasis a distancia. Las variables significativas con el estadiamiento inicial han sido la franja de edad, la escolaridad, la histología, la recidiva, la metástasis, número de metástasis y resultado ($p < 0,05$). **Conclusión:** Los resultados indican la necesidad de nuevas estrategias en la implementación de las políticas de salud con respecto a la prevención primaria y secundaria, teniendo en cuenta el gran número de mujeres diagnosticadas con la enfermedad. Más inversiones en educación también son necesarias con la finalidad de cambiar el perfil de morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Salud de la Mujer; Perfil de Salud