

Série de casos de mulheres com câncer de colo uterino em hospital público de Brasília**Series of cases of women with cervical cancer in a public hospital in Brasília**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-002

Recebimento dos originais:01/04/2020

Aceitação para publicação: 02/05/2020

Aline Lamounier Gonçalves *

Acadêmica de medicina no Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Publica Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: alinelamogoncalves@gmail.com

Gabriel Xavier Ramalho *

Acadêmico de medicina no Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Publica Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: gxrmalho@hotmail.com

***Ambos os autores contribuíram igualmente para essa pesquisa**

Gabriel Guimarães Muniz

Médico formado pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Publica Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: gabriel.gmuniz@gmail.com

Henry Maia Peixoto

Doutor em Medicina Tropical.

Professor da Faculdade de Medicina da UnB

Instituição: Universidade de Brasília - UnB

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, UNB Área 1 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: henrymaiap9@gmail.com

Flávia Alves Neves Mascarenhas

Médica Ginecologista, mestre em Ciências da Saúde.

Professora e Coordenadora do módulo Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Publica Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: flavia_neves@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas, clínicas, citológicas e histopatológicas das mulheres com câncer de colo uterino acompanhadas em um centro de referência do Distrito Federal entre 2012-2015. **Métodos:** O estudo é uma série de casos das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero, diagnosticadas entre 2012 e 2015, sendo então feito seu seguimento por cinco anos. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 61 pacientes com câncer de colo, idade média foi de 48 anos. Apenas 19,67% fazia uso regular de preservativo. A realização periódica do exame colpocitológico foi relatada por 6,55% das pacientes, sendo que 40% das pacientes foram em busca do serviço de saúde por estarem sintomáticas. Mais da metade das pacientes apresentaram ao diagnóstico histológico estágio II ou superior. A mediana do tempo demandado entre a primeira consulta e o início do tratamento foi de 194 dias. Em mais de 60% das mulheres excedeu-se o tempo legal de 60 dias entre o diagnóstico e início do tratamento. Vinte e um por cento das pacientes foram a óbito. **Conclusão:** O trabalho em questão é de grande relevância clínica, uma vez que evidencia possíveis lacunas no programa brasileiro de prevenção e tratamento do câncer de colo uterino. Notou-se baixa regularidade na realização de citologias oncóticas assim como busca tardia ao serviço de saúde, fato denunciado pelo alto número de mulheres com estágios avançados e já sintomáticas no momento do diagnóstico inicial do câncer.

Palavras chave: neoplasias de colo do útero; Papanicolau; citologia oncótica; série de casos.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic, clinical, cytological and histopathological characteristics of women with cervical cancer treated at a referral center in the Federal District between 2012-2015. **Methods:** The study is a serie of cases of women diagnosed with cervical cancer between 2012 and 2015, and then followed up for five years. **Results:** 61 patients with cervical cancer were included in the study, the mean age was 48 years. Only 19.67% used condoms regularly. Periodic Papanicolau examination was reported by 6.55% of the patients, 40% of the patients searched for the health service because they were symptomatic. More than half of the patients had II or higher histological stage at the diagnosis. The median time required between the first medical appointment and the start of treatment was 194 days. In more than 60% of the sample, the legal time of 60 days between diagnosis and start of treatment was exceeded. Twenty-one percent of the patients died. **Conclusion:** This study has high clinical relevance, since it highlights possible gaps in the Brasília program of prevention and treatment of cervical cancer. Low regularity was observed in the performance of oncotic cytologies as well as late search for health services, pointed by the high number of women with advanced stages and already symptomatic at the time of the initial diagnosis of cancer.

Key Words: cervical cancer; Papanicolau; oncotic cytology; serie of cases.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero figura atualmente como um desafio global para a saúde pública. Ele corresponde ao quarto tipo câncer mais comum no mundo entre as mulheres,

com mais de 569 mil novos casos diagnosticados em 2018, além de ser responsável por mais de 311 mil mortes [1]. No Brasil, corresponde a terceira neoplasia mais frequente, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, representando a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras. Para cada ano do triênio 2020-2022, foram estimados em média 16.590 novos casos [2].

Apesar desses números, trata-se de uma entidade cuja fisiopatologia e história natural já foram detalhadas pela ciência, tendo a infecção pelo vírus HPV um papel preponderante. Situações que favoreçam o contágio do vírus precocemente na vida são conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento futuro dessa neoplasia, a citar: sexarca precoce, múltiplos parceiros sexuais, multiparidade e sexo desprotegido. Aspectos relacionados ao portador também são descritos como imunodeficiência, tabagismo e uso de contracepcionais orais [3]. Discute-se, ainda, o câncer de colo como doença mais frequente em países de baixa renda, acometendo, especialmente, grupos mais pobres, que não consolidaram efetivas medidas de prevenção primária, como a vacina contra o HPV, e de prevenção secundária, por meio da realização periódica da citopatologia [4, 5].

Entre os fatores de risco e prognósticos suscitados ao tecido social e suas consequências, têm-se: reduzido acesso os serviços de saúde ou atenção dos programas de vacinação, de rastreio como a colpocitologia oncótica e tratamento precoce. Esses fatores estão peremptoriamente ligados a maiores incidências e mortalidade devido a esse câncer [6, 7].

O panorama em questão promulga uma mácula do câncer cervical como uma doença de terceiro mundo, e sua alta taxa de mortalidade como um indicador de subdesenvolvimento [6, 8, 9]. Tal cenário se evidencia ao observar que em 2015, foram observadas 270.000 mil mortes por câncer uterino no mundo, sendo que desses 90% ocorreram em países com baixa e média renda, onde a taxa de mortalidade é 18 vezes superior à observada em países desenvolvidos [10].

Com o intuito de prevenção da doença, o Ministério da Saúde (MS) preconiza o rastreamento de todas as mulheres sexualmente ativas dos 25 aos 64 anos, periodicamente, no Brasil. Tal iniciativa é endossada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que já demonstrou que países com cobertura maior que 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentaram taxas de mortalidade menores que 3/100.000 mulheres por ano [4].

Além disso, no Brasil, a vacina contra o vírus HPV está disponível no Calendário Nacional de Vacinação desde 2014 e atualmente inclui meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Trata-se de uma iniciativa que visa reduzir os casos da doença num futuro próximo. Mas, apesar desses esforços do MS, o Brasil ainda apresenta uma diminuta redução da mortalidade por câncer cervical, especialmente quando comparado a países vizinhos [7].

Nesse sentido, este estudo objetivou descrever as características sociodemográficas, clínicas, citológicas e histopatológicas das mulheres com câncer de colo uterino acompanhadas em um centro de referência do Distrito Federal entre 2012-2015.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo série de casos que coletou dados secundários provenientes de prontuários de um hospital público, referência para o diagnóstico e o tratamento do câncer de colo de útero no Distrito Federal. Foram avaliadas mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero entre 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, sendo então feito seu seguimento a partir do diagnóstico por cinco anos.

As pacientes passíveis de inclusão no estudo foram selecionadas a partir do livro de biópsias do setor de patologia do mesmo hospital. Inicialmente, coletou-se os dados de todas as pacientes com biópsias alteradas de colo uterino que tinham mais de 18 anos e com prontuários eletrônicos disponíveis, totalizando 632 pacientes.

Dessas, excluiu-se 563 pacientes com diagnóstico de lesões precursoras (NIC I, NIC II, e NIC III) ou de lesões oncológicas sem sinais de invasão (carcinoma *in situ* e adenocarcinoma *in situ*). Sendo assim, foram consideradas apenas as pacientes com câncer de colo invasor totalizando inicialmente 69 pacientes; destas 5 foram excluídas por não disporem no prontuário eletrônico a data do diagnóstico do câncer e outras 3 por não apresentarem o estadiamento; totalizando 61 pacientes analisadas.

As informações foram coletadas por meio do sistema de prontuários eletrônico (*TrakCare*®) da SES-DF. Foram extraídos dados sobre as características epidemiológicas, de rastreamento, aspectos clínicos e de seguimento das pacientes incluídas. Os dados coletados foram então avaliados de forma estratificada segundo o estadiamento dessas pacientes. A análise e tabulação se deu com o auxílio do software Microsoft Office Excel® versão 2018, em que se calculou média, mediana, desvio padrão e porcentagem dos dados. Posteriormente os resultados foram comparados com a literatura nacional e internacional

obtidas com revisão bibliográfica, utilizando-se de bases de dados como Scielo, EBSCO, Pubmed e Lilacs.

Os dados foram coletados após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS), do Governo do Distrito Federal, sob número de protocolo 74422417.3.3001.5553.

3 RESULTADOS

Quanto a análise epidemiológica (Tabela 1) têm-se que a média das idades das pacientes foi de 48 anos ($n=61$). Apenas 3 mulheres eram HIV+ (4,91%). O uso regular de preservativo ($n=61$) foi relatado por apenas 12 pacientes (19,67%). Quanto a regularidade de coleta colpocitológica ($n=59$), somente 4 mulheres (6,55%) referiram ter realizado a coleta de 3 em 3 anos, periodicidade indicada pelo Ministério de Saúde para o efetivo rastreamento do câncer uterino[4].

tabela 1. Características epidemiológicas de mulheres com câncer de colo uterino, Distrito Federal, 2012-2015

Característica	n	%
Idade média, em anos (desvio padrão) $n=61$	48,26	($\pm 13,52$)
Mediana em anos (Q1 - Q3)	46	(23 -77)
Idade média da menarca, em anos (desvio padrão) $n=25$	13,76	($\pm 1,69$)
Idade média da sexarca, em anos (desvio padrão) $n=40$	17,32	($\pm 3,64$)
Número médio de parceiros (desvio padrão) $n=34$	4,03	($\pm 3,36$)
Uso de preservativos regularmente $n=61$	12	19,67%
Regularidade Colpocitológica $n=59$	4	6,55%

Fez-se a análise dos dados clínicos e epidemiológicos das pacientes por estadiamento do câncer de colo uterino, conforme demonstrado nas tabelas 2 e 3. Quarenta por cento das mulheres que procuraram atendimento estavam sintomáticas, as principais queixas relatadas foram sinusorragia (20%) e sangramento vaginal intermitente de pequena monta (44%). Observou-se maior frequência de sintomas nos estádios mais avançados da doença, IIIa/b e IVb, em 50% e 100% respectivamente.

Tabela 2. características clínicas e epidemiológicas de mulheres com câncer de colo uterino, de acordo com os estádios Ia1, Ia2, Ib1, Ib2, Distrito Federal, 2012-2015

	Ia1 (n=10)		Ia2 (n=4)		Ib1 (n=12)		Ib2 (n=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade média, em anos (desvio padrão)	40 (±15,65)	-	54 (±4,78)	--	48 (±12,58)	-	50 (±5,08)	-
Uso regular de condom	0	0	2	50	3	25	0	0
HIV+	1	10	1	25	1	8	0	0
CCO regular	0	0	0	0	3	25	0	0
Biópsia no 1º atendimento	1	10	0	0	1	9	0	0
Rastreio por CCO, resultados	TOTAL: 9 4 LIEAG 2 ASC-H 1 LIEBG 2 CEI	90 40 20 10 20	TOTAL: 4 3 LIEAG 1 ASGUS	100 75 25	TOTAL: 11 4 LIEAG 1 AGC 1 AIS 2 Adenocarcinoma 3 CEI	91 28 8 8 16 24	TOTAL: 3 1 LIEAG 1 ASC-H 1 CEI	100 33 33 33
Paciente sintomática	1 Leucorréia	10	1 Sinusorragia	25	TOTAL: 6 2 Sinusorragia 1 Leucorréia 2 Sinusorragia e dor em BV 1 Sinusorragia, dispareunia	50 16 8 16 8	1 Dor pélvica	33
Resultado Histopatológico	CEI: 9 Adeno: 1	90 10	2 CEI 2 Adeno	50 50	7 CEI 1 Adeno de céls claras 1 Carc adenoescamoso 3 Adeno viloglandular	58 8 8 25	2 CEI 1 Carc neuroendocrino	66 33

Adeno: Adenocarcinoma; BV: Baixo ventre; Céls: células; Carc: Carcinoma

Onze pacientes (18,03%) não fizeram colposcopia e biópsia devido a uma CCO alterada num primeiro atendimento. Nessas pacientes houve a indicação de realização imediata de colposcopia e biópsia dirigida, “bypassando” o rastreio citológico – possivelmente eram casos de lesões macroscópicas e fortemente sugestivas de neoplasia. Ressalta-se que esse fenômeno também se deu em maior frequência nos estádios IIb, IIIa/b e IVb com 75%, 38% e 100% respectivamente.

Tabela 3. características clínicas e epidemiológicas de mulheres com câncer de colo uterino, de acordo com os estadios IIa, IIb, IIIa/b, IVb, Distrito Federal, 2012-2015.

	IIA (n=4)		IIB (N=8)		IIIA/B (n=18)		IVB (n=2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade média, em anos (desvio padrão)	55 (±15,77)	-	45 (±9,06)	-	49 (±12,50)	-	60 (±22,07)	-
Uso regular de condom	0	0	3	37	3	16	1	50
HIV+	0	0	0	0	0	-	1	50
CCO regular	0	0	0	0	1	5	0	0
Biópsia no 1º atendimento	0	0	6	75	7	38	2	100
Rastreio por CCO, resultados	TOTAL: 4 3 LIEAG 1 ASC-H	75 25	TOTAL: 6 3 LIEAG 1 ASCUS 1 CEI 1 LIEBG	50 16 16 16	TOTAL: 11 3 LIEAG 4 ASC-H 1 Adeno invasor 1 normal 2 Sem informação	27 36 9 9 18	0	0
Paciente sintomática	1 leucorréia	10	TOTAL: 3 1 Sinusorragia 1 Sinusorragia, dor em BV 1 Sgm pós menopausa	37	TOTAL: 9 4 Sangramento 3 Sinusorragia 3 Sgm e dor em BV 1 Leucorréia	50 22 16 16 5	TOTAL: 2 1 Sgm pós menopausa 1 Sgm frequente	100 50 50
Resultado Histopatológico	3 CEI 1 Adeno	75 25	8 CEI	100	14 CEI 4 Adeno	77 22	1 CEI 1 Adeno	50 50

Adeno: adenocarcinoma; Carc: carcinoma; Sgm: sangramento

Apenas dez pacientes do total de 61 casos avaliados apresentaram citologias com suspeita de neoplasia maligna no rastreio. As demais 51 pacientes apresentaram resultados citológicos que variavam de normalidade a lesões precursoras. Nota-se ainda que, somente duas pacientes pertencentes ao grupo com estadiamentos mais avançados apresentaram citologias alteradas no rastreamento compatíveis com o laudo histopatológico.

Quanto aos dados referentes ao seguimento das pacientes, assim como o tratamento adotado e o desfecho clínico observado estão dispostos nas tabelas 4 e 5. No que tange, ao seguimento das pacientes no serviço secundário, notou-se que não houve prosseguimento clínico até a alta médica ou óbito em mais de 50% das pacientes a não ser no estágio IV, no qual todas as pacientes foram à óbito.

Tabela 4. seguimento e desfecho clínico de mulheres com câncer de colo uterino, de acordo com os estadios Ia1, Ia2, Ib1, Ib2, Distrito Federal, 2012-2015

	IA1 (n=10)		IA2 (n=4)		IB1 (n=12)		IB2 (n=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Seguimento	7 Incompletos 2 Não iniciados	70 30	2 Incompletos 2 Não Iniciados	50 50	1 Completo 2 Incompletos 9 Não iniciados	8 16 75	1 Completo 1 Incompleto 1 Não iniciado	33 33 33
Tempo médio de Seguimento (em dias)	95	-	123	-	95	-	42	-
Tratamento utilizado	3 Conização 6 HTA 1 Sem dado	30 60 10	3 HTA 1 RT	75 25	9 HTA 1 QT+RT 1 QT+RT + HTA 1 QT+RT+HTA+BQT	75 8 8 8	3 HTA	100
Média de dias decorridos após CCO alterada e realização da colposcopia	126	-	111	0	97	-	33	-
Média de dias decorridos até início do tratamento	95	-	123	0	95	-	42	-
Número de Óbitos	0	-	0	-	0	-	1	33
Causa	-	-	-	-	-	-	IC obstrutiva, por tumor cardíaco metastático	-
Tempo decorrido do diag ao óbito (em dias)	-	-	-	-	-	-	1233	-

CCO: Colpocitologia oncótica; Diag: Diagnóstico; IC: Insuficiência cardíaca

Em relação ao tempo médio de seguimento das pacientes, observa-se que a média geral foi de 93 dias. Sendo que o grupo Ib2 foi aquele com menor tempo de seguimento, apenas 42 dias e o de maior tempo de seguimento foi o do grupo IVb com 139 dias. O grupo IIa e IIb apresentaram tempo de seguimento similares com 109 e 104 dias respectivamente.

O tratamento dos cânceres com estágio Ia1, Ia2, Ib1, Ib2 foi preferencialmente cirúrgico, sendo a histerectomia a propedêutica de escolha em 60%, 75%, 75% e 100% dos casos respectivamente. Quanto aos cânceres com estágio IIa, IIb, IIIa/b, IVb, nota-se que apenas o primeiro tem a possibilidade cirúrgica (curativa), tendo sido eleita em 50% dos casos. Para os demais estadiamentos a quimioterapia associada ou não a radioterapia e braquiterapia fora a terapia de escolha.

O tempo decorrido entre a colpocitologia alterada e a realização da colposcopia indicada foi em média de 127 dias (n=46), observando que os maiores valores médios 267, 120 e 129 dias, foram obtidos nos estádios IIa, IIB, IIIa/b respectivamente.

Quanto ao período demandado para início tratamento após o diagnóstico histológico foi em média de (n=56) 89,73 dias (mediana de 80 dias). Nota-se que, à exceção, das pacientes com estágio IVb e Ib nenhum outro estadiamento apresentou tempo médio inferior

a noventa dias. Sobre tempo decorrido até o óbito observou-se que foi, em média, de 745 dias (n=13), sendo que 12 deles (92,3%) ocorreram nos estádios IIa, IIb, IIIa/b e IVb.

tabela 5. seguimento e desfecho clínico de mulheres com câncer de colo uterino, de acordo com os estádios IIa, IIb, IIIA/b, IVb, Distrito Federal, 2012-2015

	IIA (n=4)		IIB (N=8)		IIIA/B (n=18)		IVB (n=2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Seguimento	1 Completos 3 Não iniciados	25 75	1 Completos 5 Incompletos 2 Não Iniciados	12,5 62,5 25	8 Completos 6 Incompletos 4 Não iniciados	44 33 22	2 Completo	10 0
Tempo médio de Seguimento (em dias)	109	-	104	-	82	-	139	-
Tratamento utilizado	2 HTA 2QT+ RT + BT	50 50	2 HTA 2 RT 1 QT 2 QT + RT 1 QT+RT+BQT	25 25 12,5 25 12,5	1 QT+RT 2 HTA+ Salp bilateral 1 RT 8 QT+RT + BQT 1 Faleceu antes de iniciar tto proposto	5 11 5 44 5	1 QT+RT 1 Faleceu antes de iniciar tto proposto	50 50
Média de dias decorridos após CCO alterada e realização da colposcopia	267	-	120	-	129	-	Ambas pacientes não foram rastreadas por CCO	-
Média de dias decorridos até início do tratamento	109	-	104	-	75	-	57 (n=1)	-
Número de Óbitos	1	25	1	12,5	8	44	2	10 0
Causa	Choque séptico	-	Metástase Hepática	-	5 Metástase 3 Sepses	27 16	1 Sepse 1 Choque hipovolêmico	50 50
Tempo decorrido do diag ao óbito (em dias)	203	-	106	-	867	-	139	-

CCO: Colpocitologia oncológica; diag: Diagnóstico; Tto: Tratamento; Salp bilateral: Salpingooforectomia bilateral

Quanto a análise não agrupada (Tabela 6), vê-se que a maior parte dos diagnósticos se deu com estadiamento IIIa/IIIb. O seguimento, em média, até a alta, óbito ou evasão das pacientes foi de 24 meses. A média em dias decorridos do diagnóstico até o início do tratamento foi de aproximadamente 90 dias sendo que em apenas 20% dos casos se deu em menos de 60 dias. Mais de 20% da amostra foi a óbito com sobrevida média, nesses casos, de aproximadamente 25 meses.

Tabela 6. seguimento e desfecho clínico de mulheres de mulheres com câncer de colo Uterino, Distrito Federal, 2012-2015

Estadiamentos (n=61)		
IA1	10	16,39%
IA2	4	6,55%
IB1	12	19,67%
IB2	3	4,91%
IIA	4	6,55%
IIB	8	13,11%
IIIA/B	18	29,50%
IVB	2	3,27%
Seguimento, em meses (desvio-padrão)	24,0	(±19,38)
Média de dias decorridos após CCO alterada e realização da colposcopia (desvio-padrão)	129,91	(±130,48)
Média de dias decorridos do diagnóstico até início do tratamento (desvio-padrão)	93,9	(±61,14)
Número de pacientes que iniciaram tratamento <60 dias	20	32,78%
Número de Óbitos	13	21,31%
Tempo decorrido do diagnóstico ao óbito, em dias (desvio-padrão)	24,84	(±14,29)

4 DISCUSSÃO

Analisando os resultados supracitados, é sugestivo a existência de déficits estruturais no que se refere à atuação pública no diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pacientes com câncer de colo uterino no Distrito Federal.

Contudo, ressalta-se que esses resultados representam uma população que não teve acesso a imunização contra o vírus HPV, oferecida pelo MS a um grupo mais jovem de indivíduos, e isso pode ser um fator que corrobore para a diminuição do número de casos dessa patologia no futuro. Também é possível que, com um contingente menor de mulheres acometidas, a rede pública de saúde consiga prestar um melhor atendimento.

Em relação a idade das mulheres diagnosticadas com câncer uterino, houve compatibilidade com a descrita na literatura. Estudo sueco demonstrou maior acometimento de mulheres de 20 a 29 anos com gradual aumento do risco à medida que se atinge a faixa etária de 40 a 50 anos[11]. Outros estudos referem que o ápice da incidência ocorre entre os 45 e 50 anos. No estudo obteve-se média de idade de 48,2 anos e mediana de 46 anos ao diagnóstico [11, 12].

Sobre a utilização do preservativo, nosso estudo apontou que seu uso é regular em uma minoria das pacientes (19,67%). Um estudo realizado com 670 mulheres em mutirões de prevenção, também apontou o uso regular do método em apenas 8,3% da amostra [13]. Em um estudo realizado com portadoras de HIV, observou-se que 100% daquelas que apresentavam neoplasias intraepiteliais do colo, portanto infectadas pelo HPV, negaram o uso regular de preservativo [14], o mesmo foi observado na nossa amostra de pacientes com HIV, em que nenhuma relatou fazer o uso regular.

Ao se considerar que a infecção pelo vírus HPV é condição *sine qua non* para o desenvolvimento do câncer de colo uterino e que o uso regular de preservativo é um dos métodos preconizados pelo MS a fim de evitar essa infecção[3, 4], percebe-se a falta de conscientização da importância de seu uso regular.

Mulheres imunossuprimidas, especialmente as portadoras de HIV, devido a resposta imunológica deficiente, possuem maior risco de desenvolvimento e maior velocidade de evolução das lesões precursoras do câncer de colo uterino. Acredita-se que a suscetibilidade aumentada se relaciona com a maior persistência viral, dada a dificuldade imunológica em depurá-la[15]. Nesse cenário, a lesão precursora apresenta maior risco de evolução para a neoplasia propriamente dita.

Logo, o Ministério da Saúde propõe que em pacientes imunossuprimidas, os dois primeiros rastreamentos sejam feitos após o início da atividade sexual em intervalos semestrais, seguindo em intervalo anual, enquanto mantiver o fator imunossupressor. Nas mulheres infectadas pelo HIV com contagem de linfócitos CD4 menor que 200 células/mm³ a periodicidade deve ser semestral até a correção dos níveis de CD4+[4]. Em nossa amostra nenhuma paciente com HIV apresentou rastreio regular, sendo que uma das pacientes buscou o serviço de saúde já com sintomas da doença avançada.

Apenas 6,55% das mulheres do estudo relataram fazer o exame colpocitológico regularmente, de 3 em 3 anos como preconizado pelo Ministério da Saúde. Em nossa amostra 40% mulheres procuraram o serviço apenas quando sintomáticas, ou seja, não foram identificadas previamente por rastreamento, a despeito de tantos conhecimentos sobre a prevenção e interrupção da história natural da doença. Uma baixa cobertura populacional de realização das citologias e uma educação deficitária relacionada à importância do exame preventivo podem estar imbricados a esses desfechos clínicos desfavoráveis.

Uma realidade análoga já foi descrita no Brasil por outras publicações. Um estudo nacional apontou que 17% das mulheres buscam o serviço de saúde de forma irregular e que apenas 4% só buscam o serviço de saúde quando possuem queixa [16].

Em nossa série, assim como em estudo transversal nacional de 12 anos de avaliação, observou-se que mais de 50% das pacientes apresentaram ao diagnóstico estágio II ou superior [17]. Em nossa amostra o estágio I foi aquele com maior número de pacientes representando 47,5% da amostra, algo distinto daquele observado no referido estudo (21,3% era do estágio I) [17]. No entanto, evidencia-se em ambas as amostras grande número de pacientes com diagnóstico tardio do câncer de colo de útero.

Quanto à letalidade observa-se que as pacientes em nosso estudo com estágio IV e III apresentaram valores comparáveis àqueles obtidos em estudo realizado no Brasil há cerca de uma década e meia atrás, 91% e 66% respectivamente [18]. Esses dados sugerem um provável platô quanto à progressão de qualidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino no Brasil, a despeito dos avanços tecnológicos.

Entre os imbrólios que podem explicar nossos resultados têm-se, em contexto assistencial, a baixa cobertura populacional, a demora para ter acesso aos resultados dos exames, assim como para se fazer o diagnóstico e para início do tratamento, além da dificuldade de acesso ao especialista médico, e o grande intervalo entre as consultas. [4, 19, 20]. Nesse escopo, a fim de garantir o tratamento a contento para todos e diminuir as taxas de mortalidade, promulgou-se a lei número 12.732 de 2012 que assegura ao paciente com neoplasia maligna todos os tratamentos necessários e estabelece um prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo, para se submeter ao primeiro tratamento no SUS com a realização de terapia cirúrgica ou radioterapia ou quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica que o caso requerer [21].

O intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento em nossa amostra variou de 28 a 1194 dias (mediana de 194 dias), já o intervalo do diagnóstico até o início do tratamento variou de 17 a 249 dias (mediana de 80 dias). Em outro estudo nacional obteve-se variação da primeira consulta até o início do tratamento de 0 a 182 dias (mediana de 36 dias) e do diagnóstico ao início do tratamento de 0 a 180 dias (mediana de 59 dias) [17]. É possível que a morosidade no tratamento das pacientes resultou num aumento de complicações médicas, ilustradas pelos casos de metástases e morte devido ao câncer cervical.

Observou-se, portanto, evidente desrespeito à legislação vigente uma vez que mais de 60,7% das mulheres não recebeu tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, fato também observado no estudo nacional em que 49,2% dos casos o tempo de espera superou 60 dias [17]. Nesse mesmo estudo 9,39% das mulheres com câncer foram à óbito, algo significativamente menor quando comparada a taxa de 21,3% encontrada em nosso estudo[17].

5 CONCLUSÃO

O trabalho em questão é de grande relevância clínica e epidemiológica, uma vez que evidencia possíveis lacunas no programa brasileiro de prevenção e tratamento do câncer

de colo uterino. Fica evidente a necessidade de intervenção em áreas por vezes tidas como superadas, à exemplo do incentivo ao uso do preservativo. Faz-se jus, ainda, discutir sobre as possíveis causas para a baixa regularidade na realização de citologias oncóticas assim como para a busca tardia ao serviço de saúde, fato denunciado pelo alto número de mulheres com estágios avançados e já sintomáticas no momento do diagnóstico inicial do câncer.

Problemas conjunturais são, portanto, evidenciados quando se observa limitado acesso a políticas de rastreamento, diagnóstico e tratamento conforme revelado, nesse trabalho, pelos largos tempos demandados para atendimento especializado e início de tratamento.

Nesse sentido, evidencia-se que o rastreamento organizado do câncer do colo do útero é ainda um desafio a ser vencido, várias foram as intempéries observadas diante o seguimento a longo prazo das pacientes rastreadas. A vacinação contra o vírus HPV pode ser uma alternativa para a melhoria desse cenário no futuro, diminuindo o contingente de mulheres acometidas pela doença. Sugere-se a realização de estudos maiores, incluindo outras instituições, e a longo prazo para acompanhar e entender esse panorama no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 68:394–424
2. INCA (2019) Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
3. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L (2019) Cervical cancer. *The Lancet* 393:169–182
4. BRASIL (2016) Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)
5. Vaccarella S (2019) Reducing Social Inequalities in Cancer: Evidence and Priorities for Research.
6. Negrin LGC, Capote Negrin LG (2015) Epidemiology of cervical cancer in Latin America. *ecancermedicalscience*. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.577>
7. Murillo R, Herrero R, Sierra MS, Forman D (2016) Cervical cancer in Central and

South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol* 44 Suppl 1:S121–S130

8. (1997) Social inequalities and cancer. *IARC Sci Publ* 1–15
9. Segnan N (1997) Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 369–376
10. Cervical cancer. World Health Organization: Geneva, 2018. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>. Jan 2020
11. Andersson S, Mints M, Wilander E (2013) Results of cytology and high-risk human papillomavirus testing in females with cervical adenocarcinoma in situ. *Oncology Letters* 6:215–219
12. (2018) Conceito e Magnitude. In: INCA - Instituto Nacional de Câncer. <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>. Accessed 21 Mar 2020
13. Carvalho JRA, Durães SA, Gusmão ACM, Soares PBM, Ferreira SJ. (2019) Prevalência do câncer de colo uterino e lesões intraepiteliais: população assistida em mutirões de prevenção ao câncer. *Revista Unimontes Científica*
14. Rodrigues BG, Holzmann APF, Santos AGP, De Almeida Lima C, Gonçalves RPF, dos Santos SP (2016) Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres portadoras de HIV/AIDS. *Enfermería Global* 15:1
15. Ferenczy A (1977) Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Pathology of the Female Genital Tract* 143–165
16. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MD de B, Previdelli ITS (2010) Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 44:940–946
17. Renna Junior NL, Silva GA e. (2018) Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200003>
18. Carmo CC do, Luiz RR (2011) Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. *Rev Saúde Pública* 45:661–667
19. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, Lazcano-Ponce E (2008) Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 26 Suppl 11:L37–48

20. Weller D, Vedsted P, Rubin G, et al (2012) The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer* 106:1262–1267
21. BRASIL (2012) Lei no 12.732 de 22 de novembro de 2012.