



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB**  
**CAMPUS I – CAMPINA GRANDE / PB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**RAFAELLA DE SOUSA PONTES**

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES  
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA  
UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

**Campina Grande - PB**

**2022**

**RAFAELLA DE SOUSA PONTES**

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES  
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA  
UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Área de concentração:** Ciências da Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

**Campina Grande**

**2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P814a Pontes, Rafaella de Sousa.

Análise do perfil epidemiológico e clínico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero em uma unidade de alta complexidade oncológica [manuscrito] / Rafaella de Sousa Pontes. - 2022.

34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Epidemiologia. 3. Registros hospitalares. 4. Câncer do Colo do Útero. I. Título

21. ed. CDD 616.994 66

**RAFAELLA DE SOUSA PONTES**

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES  
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA  
UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Área de concentração:** Ciências da Saúde

Aprovada em: .11/04/2022

**BANCA EXAMINADORA**

*Railda Shelsea T. R. do Nascimento*

---

Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Rosalba Maria dos Santos*

---

Profa. Dra. Rosalba Maria dos Santos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Francisco Ramos de Brito*

---

Prof. Esp. Francisco Ramos de Brito  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À minha família, por ser minha base e por ter me permitido chegar até onde cheguei, DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me conceder força e fé em sempre enfrentar desafios e não desistir diante as adversidades.

A meus pais, Luciene e Edson, que sempre me incentivaram e colocaram a educação como base e prioridade de minha formação como pessoa e sempre foram meus maiores torcedores de minhas conquistas e que não mediram esforços para essa conquista, em especial a minha mãe que por vezes adiou seus planos para que eu pudesse dar seguimento ao meu e ao meu pai por estar sempre ao meu lado dando todo suporte a seu alcance para que esse sonho fosse concretizado. A minha irmã que sempre está ao meu lado contribuindo, vivenciando e comemorando com minhas conquistas.

Ao meu esposo, Anderson, que sempre está ao meu lado dando todo apoio e pela compreensão, disponibilidade nos momentos de tensão e por ser meu maior entusiasta. Meus filhos, Miguel e Guilherme, que fizeram parte de todo processo e foram minha força motriz, minha paz e tranquilidade para chegar nesse momento. Minha prima e amiga de profissão, Carla, por todo carinho e parceria.

A orientadora, professora Railda por toda paciência e compreensão nesse período de construção profissional, pelo compartilhamento de conhecimento e toda disponibilidade e estímulo de buscar mais conhecimento, a família LCTS, por todo acolhimento, troca de saber, e crescimento pessoal e profissional.

A minha amiga e dupla, Carol, que acompanhou e compartilhou da minha caminhada, por toda parceria nesses anos,

## RESUMO

O câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, sendo a segunda neoplasia maligna mais prevalente entre as mulheres no mundo. Evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Este tipo de câncer apresenta bom prognóstico, o que resulta em uma taxa de 65% na sobrevivência de cinco anos. Diante do exposto esse estudo visa analisar o perfil epidemiológico e clínico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero (CID-O C53.9), em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade Oncológica na Paraíba, trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, descritivo. A amostra foi composta por 68 mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero e cadastradas no Sistema de Registro de Câncer (RHC) do hospital da FAP, em 2011. Como resultado foi possível observar que diante os aspectos epidemiológicos, teve destaque para os casos das pacientes com idade entre 50 e 69 anos, de cor branca nas mulheres casadas, com influência de fator genético, hábito de consumo etílico e tabagista. Das mulheres analisadas, a maioria são oriundas de outras cidades circunvizinhas e o tipo histológico mais prevalente é o Carcinoma de células escamosas e tratamento mais utilizado é o de Radioterapia combinada e/ou isolada e quimioterapia dos casos registrados na base de dados do RHC. Os dados permitiram obter uma análise das características epidemiológicas e clínicas específicas das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero, colaborando para o planejamento e ações direcionadas à prevenção e gestão da doença, com consequente elaboração e efetivação de políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero; Epidemiologia; Registros Hospitalares de Câncer.

## **ABSTRACT**

Cervical cancer is the third most common cancer in the Brazilian female population, being the second most prevalent malignant neoplasm among women worldwide. It is evident in the age group of 20 to 29 years and the risk increases rapidly until it reaches its peak, usually in the age group of 45 to 49 years. This type of cancer has a good prognosis, resulting in a 65% five-year survival rate. Given the above, this study aims to analyze the epidemiological and clinical profile of women diagnosed with cervical cancer (CID-O C53.9), in a High Complexity Oncology Care Unit in Paraíba, it is a retrospective epidemiological study, transversal, descriptive. The sample consisted of 68 women diagnosed with cervical cancer and registered in the Cancer Registry System (RHC) of the FAP hospital in 2011. As a result, it was possible to observe that, given the epidemiological aspects, the cases of patients aged between 50 and 69 years, white in married women, influenced by a genetic factor, alcohol consumption and smoking habits. Of the women analyzed, most are from other surrounding cities and the most prevalent histological type is squamous cell carcinoma and the most used treatment is combined and/or isolated radiotherapy and chemotherapy of cases registered in the RHC database. The data made it possible to obtain an analysis of the specific epidemiological and clinical characteristics of patients diagnosed with cervical cancer, contributing to the planning and actions aimed at the prevention and management of the disease, with the consequent elaboration and implementation of public health policies.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms; Epidemiology, Hospital Cancer Records.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero (CID-O C53.9), cadastradas na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2011(N=68).....	<b>23</b>
<b>Tabela 2</b> - Quantitativo dos casos de câncer de colo de útero (C53.9), distribuídos por região de saúde da Paraíba e sua divisão de acordo como local de residência (N=68).....	<b>24</b>
<b>Tabela 3</b> - Perfil clínico, terapêutico e sobrevida de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, CID-O C53.9; cadastradas na base de dados do RHC do Hospital da FAP, ano 2011(N=68).....	<b>25</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
3.1 O CÂNCER .....	12
3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.....	16
3.3 REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER.....	16
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	18
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	18
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	18
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	19
4.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	19
4.7 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	19
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	19
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>21</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer, ou neoplasma, é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é excessivo e não coordenado diferentemente dos tecidos normais, e persiste da mesma maneira excessiva após a interrupção do estímulo que originou as alterações. Sabe-se que a persistência dos tumores, mesmo depois do estímulo iniciador ter encerrado, é resultado de alterações genéticas que são passadas adiante para a prole das células tumorais. Essas alterações genéticas permitem a proliferação excessiva e desregulada que se torna independente do estímulo fisiológico de crescimento, mesmo que os tumores geralmente permaneçam dependentes do hospedeiro para sua nutrição, através da angiogênese e suprimento sanguíneo. (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2018)

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020) atualmente, a sociedade têm disponível diversos recursos frente à prevenção e tratamento do câncer, mas ainda é elevado o número de casos registrados decorrentes dessa doença. O câncer de colo de útero se apresenta de forma lenta e silenciosa, mas seu diagnóstico precoce está diretamente relacionado com um bom prognóstico, vale ressaltar que o principal agente causador do carcinoma de colo de útero é o Papilomavírus Humano (HPV) quando associado a outros fatores como multiparidade, tabagismo e baixa ingestão de vitaminas. (MENEZES et al., 2017, SERRANO et al., 2018 )

O câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, sendo a segunda neoplasia maligna mais prevalente entre as mulheres no mundo. Sendo a faixa etária de adulto jovens, em que há possibilidade de cura da infecção pelo HPV. (PRA et al., 2021)

Diversos fatores de risco são identificados para o câncer de colo uterino, e a grande maioria está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Alguns tratamentos disponíveis, característicos do câncer de colo de útero são a histerectomia radical (HR) e dissecação dos linfonodos pélvicos, quimioterapia e radioterapia. (ROSA et al. 2021)

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.710, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. (INCA, 2020)

Com o crescimento importante dos casos de câncer de colo de útero aumentou simultaneamente a morbimortalidade da população brasileira, e que em sua grande maioria podem ser curados caso sejam diagnosticados precocemente, tendo assim reflexos diretos e indiretos no sistema de saúde em nossa sociedade. Nesse contexto, a disponibilidade de dados confiáveis é de fundamental importância para planejamento, controle e a avaliação das linhas de cuidado, como de rede de atenção ao paciente oncológico. (RIZZI, 2017)

A base de dados como os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) está entre as fontes mais utilizadas para o planejamento, o controle e a avaliação da assistência oncológica no Brasil; bem como dar suporte ao desenvolvimento de trabalhos científicos e pesquisa oncológica. (DRUMOND; SALLES; MACHADO, 2021)

Esta pesquisa torna-se relevante pelos dados epidemiológicos a respeito do câncer de colo de útero (CID 53.9), tendo em vista a compreensão da associação dos fatores de riscos ao desenvolvimento dessas neoplasias, e como esses dados estão associados ao estilo de vida refletindo o aspecto social e identificando os dados essenciais para o planejamento e consequentemente elaboração de políticas públicas e execução das ações de prevenção e controle da doença, nas redes de atenção básica, além de apontar achados clínicos importantes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o perfil epidemiológico e clínico de mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade na Paraíba.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Quantificar os casos de câncer de colo uterino cadastrados no RHC do Hospital da FAP.
- Caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino cadastradas no RHC do Hospital da FAP.
- Caracterizar o perfil clínico das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino cadastradas no RHC do Hospital da FAP.
- Gerar dados para o planejamento e execução das ações de prevenção e tratamento da doença.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 O Câncer

Segundo KUMAR; ABBAS; FAUSTO, (2018) o câncer, ou neoplasma, é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é excessivo e não coordenado quando comparado aos tecidos normais, e continua da mesma maneira excessiva após a interrupção do estímulo que originou as alterações. Sabe-se que a persistência dos tumores, mesmo depois que o estímulo se encerra, resulta de alterações genéticas que são passadas adiante para a prole das células tumorais.

O câncer de colo do útero trata-se da progressão de lesões precursoras na porção que conecta o útero e a vagina, podendo evoluir ao estágio de câncer cervical invasivo. (INCA, 2020; Tekalegn et al. 2022; WHO, 2008)

Considerado um problema de saúde pública mundial, o câncer de colo de útero é mais comum em países menos desenvolvidos. Enquanto o de endométrio é mais comum em países desenvolvidos como os países da Europa Ocidental e América do Norte; devido o consumo de gordura ser elevado e, à medida que a prevalência da síndrome metabólica aumenta, se torna mais comum esse tipo de câncer. (WHO, 2020)

O câncer de colo de útero têm risco aumentado na faixa etária de 20 a 29 anos, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos, que está diretamente relacionada a persistência da infecção, onde nas mulheres com menos de 30 anos a infecção tende a regredir espontaneamente após os 30 anos a persistência é mais frequente (RIZZI, 2017).

O câncer do endométrio afeta principalmente as mulheres na pós-menopausa. A idade média das pacientes no momento do diagnóstico é 61 anos. Sendo que o diagnóstico na maioria dos casos ocorre aos 50 a 60 anos de idade; 92% dos casos ocorrem em mulheres > 50 anos. O principal fator de risco associado ao câncer do corpo uterino é obesidade, principalmente em mulheres acima dos 50 anos (INCA, 2019)

A infecção pelo HPV, é o fator diretamente associado ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, percebe-se que é considerada uma infecção comum, e têm pouca probabilidade de evoluir para câncer. Porém é importante destacar que se trata de uma infecção frequente em pessoas sexualmente ativas, onde temos cerca de 100 tipos de HPV identificados, sendo 40 tipos infecciosos no trato genital inferior e temos de 12 a 18 tipos considerados oncogênicos. (RIZZI, 2017)

Estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir a infecção pelo HPV, sendo que 32% das mulheres portadoras do HPV, estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos os quais são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer de colo de útero apesar de ser também causada por outros tipos, entre eles o 31,33,45 e 56, quando comparados ao quantitativo de casos de câncer de colo de útero anual, considerasse o câncer um desfecho raro; apesar da infecção pelo HPV ser um fator necessário, mas não o é suficiente para o desenvolvimento do câncer cervical uterino. Diferentemente do câncer de corpo de útero que têm como fator de risco principal a presença da síndrome metabólica. (INCA, 2019)

Diversos fatores de risco são identificados para o câncer de colo de útero, e a grande maioria está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida, mas precisamos destacar alguns fatores que estão relacionados com o surgimento desse câncer; como o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais por longos períodos, multiparidade, tabagismo, imunossupressão e fatores genéticos, estes fatores implicam na influência nos mecanismos considerados ainda incertos que determinam na regressão ou a persistência da infecção para progressão de lesões precursoras ou câncer. (Baiocchi, 2021)

Segundo Pra et al. (2021), o principal fator de risco para o câncer de corpo de útero é a exposição contínua do endométrio ao hormônio estrogênio sem a oposição da progesterona, além de outros fatores como a obesidade, menopausa tardia, menarca precoce, o uso do estrógeno sem a contrapartida da progesterona, o diabetes, a síndrome dos ovários policísticos, a nuliparidade e o uso de tamoxifeno.

Como proposta para prevenção do câncer de colo de útero as quais se complementam, vamos ter uma prevenção primária, a qual têm a proposta de evitar o contágio pelo vírus, que se dá pela orientação em saúde no uso de preservativos e à

necessidade de vacinação contra o HPV. (MEDEIROS; DAVIES; LACERDA, 2022; WHO, 2020)

RIZZI (2017) em seu estudo, mostra que o uso do preservativo é considerado uma proteção parcial, pelo fato do contágio também ocorrer através do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal, sendo que o preservativo pode barrar cerca de 70 a 80% a transmissão do HPV enquanto a camisinha feminina pode evitar o contágio com maior eficácia, pois cobre também a vulva

O câncer do colo do útero é considerado totalmente evitável por meio da vacinação contra os tipos de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) com maior probabilidade de causar câncer do colo do útero, triagem de todas as mulheres e tratamento de lesões pré-cancerosas. (KORN et al., 2022) e também pode-se destacar a progressão geralmente lenta da doença (TEKALEGN et al., 2022), existem dois tipos disponíveis atualmente a bivalente e a tetravalente.

A vacina tetravalente é disponibilizada pelo SUS no Brasil na faixa etária entre 9 a 13 anos, pelo fato da vacina ter uma maior eficácia quando administrada antes do início da atividade sexual, contudo mesmo que a menina já tenha sido diagnosticada com o HPV a mesma pode ser vacinada pois de acordo com estudos promissores que a vacina previne uma reinfecção ou reativação da doença. Fatores como duração de eficácia e possível dose de reforço ainda estão sendo estudados. (RIZZI, 2017)

A estratégia de eliminação do câncer de colo de útero da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu metas ambiciosas para todos os países alcançarem até 2030: ter 90% de todas as meninas vacinadas contra o HPV antes dos 15 anos, 70% de todas as mulheres adultas rastreadas aos 35 anos e novamente aos 45 anos, e 90% das mulheres identificadas com lesões pré-cancerosas tratadas. (KORN et al., 2022)

O Ministério da saúde estabelece como meta a longo prazo, a partir de 20 anos, de início da implementação da campanha de vacinação como irá se comportar a incidência de câncer de colo de útero e a mortalidade associada a esse tipo de câncer e a prevalência de genótipos de HPV em câncer invasor. (RIZZI, 2017)

A Prevenção Secundária têm como intuito complementar a primária, e se dá com o diagnóstico precoce das lesões ocasionadas pela persistência do vírus, como o câncer de colo de útero é precedido por uma fase considerada pré invasiva de evolução lenta denominada neoplasia intraepitelial (NIC), sendo elas diferenciadas em graus I, II, III onde a II e III são consideradas alto grau, e caso não tratadas são



consideradas como lesões precursoras, por ter uma maior possibilidade de evoluírem para o câncer. (MEDEIROS; DAVIES; LACERDA, 2021)

O exame Papanicolau é capaz de detectar atipias e lesões precursoras e de acordo com a classificação Bethesda, sendo a realização periódica desse exame a estratégia de rastreamento mais utilizada, já que nesse exame pode-se identificar lesão intraepitelial de baixo grau, de alto grau e câncer entre outras identificações, a alta cobertura desse exame se dá nas equipes de atenção básica como proposta de rastreamento do câncer de colo de útero. (RIZZI, 2017)

Este tipo de câncer apresenta bom prognóstico, o que resulta em uma taxa de 65% na sobrevida de cinco anos. Para o International Federation of Obstetrics and Gynecology - FIGO, (2018), os estágios da doença IA, IB e pequenos tumores IIA são tratados principalmente por histerectomia radical (HR) e dissecação dos linfonodos pélvicos, com taxas de sobrevida entre 70% e próximas a 100%. Os estágios de tumores mais avançados, IIB para IV, são tratados principalmente por quimioterapia e radioterapia, com sobrevida que varia entre 5 e 70%.

Quando se trata do câncer de endométrio de acordo Gil *et al.* (2019) a profundidade da invasão miometrial representa a característica morfológica de maior valor prognóstico, o qual correlaciona com o grau do tumor, metástases linfonodais e sobrevida global da paciente. A invasão tumoral acima de 50% da espessura de miométrio traduz-se em risco seis a sete vezes maior de metástases linfonodais pélvicas e para-aórticas, e conseqüentemente os pacientes devem ser considerados candidatos a uma abordagem cirúrgica mais agressiva.

Dados de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, nas últimas 5 décadas, o percentual de mulheres > 20 anos com sobrepeso ou obesidade aumentou de 29 para 48% e de 8 para 17%, respectivamente. Essas tendências irão agravar com o tempo, pois o IBGE prevê que 38,2% das mulheres brasileiras serão obesas até 2022.

A forma mais conhecida para tratamento de câncer ginecológico é a cirurgia, histerectomia radical (HR), a qual deve ser realizada por oncologistas ginecologistas especializados porque os resultados oncológicos melhoram quando procedimentos cirúrgicos de câncer de corpo de útero são realizados por cirurgiões qualificados. (PAULINO *et al.*, 2018)

### **3.2 Aspectos epidemiológicos**

Segundo o GLOBOCAN (2020) o câncer de colo de útero é o 6<sup>o</sup> mais incidente no mundo, enquanto na população brasileira é o 3<sup>o</sup> mais incidente segundo o INCA (2020), quando se trata do câncer de corpo de útero ocupa o 8<sup>o</sup> lugar de câncer mais incidente nas mulheres brasileiras.

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.710, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Esse valor corresponde à um risco estimado de 6,07 casos novos a cada 100 mil mulheres. (INCA, 2020)

No Brasil, os dados de mortalidade de câncer de colo de útero apontam queda na incidência de maneira focalizada, notadamente nas capitais e regiões com maior concentração de renda, devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade do exame citopatológico. (BARBOSA et al., 2016; BARCELOS et al., 2017).

Quanto à distribuição geográfica regional, segundo o INCA, (2020), o câncer do colo de útero é o primeiro mais incidente na Região Norte. Sendo o segundo no Nordeste Centro-Oeste. Já na Região Sul, ocupa a quarta posição e, na Região Sudeste, a quinta posição.

No cenário do Nordeste brasileiro, altas coberturas de Atenção Primária à Saúde (APS) e a oferta regular de rastreamento do câncer de colo de útero não se mostram suficientes para adesão das mulheres aos programas de prevenção. Nesse sentido, diversos fatores são apontados como obstáculos ao cuidado integral e oportuno: como representações socioculturais, baixa condição socioeconômica, qualidade do rastreamento, bem como o tempo entre diagnóstico e início de tratamento (BALDOINO; VERAS, 2016; FERNANDES et al., 2021; GALVÃO et al., 2019).

### **3.3 Registros Hospitalares de Câncer**

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, que têm

como objetivo a coleta de dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições, sejam elas públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias, onde através dessas informações nos permite o monitoramento da assistência prestada ao paciente. (INCA, 2010)

Tendo como sua principal função clínica, por ser um recurso desenvolvido para acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado nos hospitais, e evolução no tratamento do câncer e sua efetividade, podendo através dessas informações já consolidadas ter respaldo na implementação de políticas públicas de prevenção. Para consolidação dessas informações, a maioria dos RHC utilizam o SisRHC, sistema para informatização dos dados, desenvolvido e disponibilizado pelo INCA. (BARROS *et al.*, 2022)

O funcionamento do RHC é obrigatório em instituições, hospitais, que já são habilitados na Atenção Especializada em Oncologia do SUS, sendo facultativo para os hospitais não habilitados. (FERREIRA *et al.*, 2021)

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo (HOCHMAN et.al., 2005). Têm caráter retrospectivo por se tratar de uma análise de dados já registrados e coletados, transversal por conter fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, quantitativo pois têm o intuito de quantificar os casos existentes no ano estudado e descritivo por descrever aspectos epidemiológicos do câncer de colo de útero.

### **4.2 Local de realização da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS) que funciona nas dependências do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), que disponibilizou sua base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

### **4.3 População e amostra**

A amostra é constituída por mulheres atendidas no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), onde obteve uma amostra de 68 prontuários de mulheres cadastradas, dentro de uma população de 932 prontuários do ano de 2011.

### **4.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídos nesta pesquisa prontuários de mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero, sem distinção de idade, que foram submetidas a algum tipo de tratamento para a doença no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no ano de 2011.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Teve com critério de exclusão os prontuários das pacientes com diagnóstico de neoplasias benignas, e outros tipos de câncer de útero cadastradas no RHC do Centro de Cancerologia da FAP, no ano de 2011, foram excluídos por não atender os pré-requisitos estabelecidos nos objetivos da pesquisa.

#### **4.6 Instrumento de coleta de dados**

Com um instrumento próprio preparado especificamente para a coleta dos dados, o qual contém variáveis fixas, adequado de acordo com o formulário padrão do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

#### **4.7 Procedimentos de coleta de dados**

No primeiro momento foram identificados os prontuários das pacientes com diagnósticos de câncer de útero, enfocando o câncer de colo de útero (CID-O C53.9) no ano de 2011, no Arquivo do RHC do Hospital da FAP, e em seguida foi realizada a coleta dos dados.

#### **4.8 Processamento e análise dos dados**

Com os prontuários identificados foi realizada a triagem, foram coletados os dados de 68 mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero cadastradas com o CID-O C53.9. Com a triagem dos prontuários

Foram coletados os dados de 68 pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero cadastradas com o C53.9, na triagem dos prontuários numa população de 932 prontuários na base de dados do RHC. Os dados foram tabulados utilizando as variáveis epidemiológicas e clínicas a seguir: faixa etária, etnia, escolaridade, estado civil, histórico familiar, hábitos sociais como alcoolismo e tabagismo, óbito, tipo histológico e tratamento clínico realizado. Em seguida, estes foram registrados em

uma planilha específica do Programa Excel, logo após revisados por pares, com o objetivo de fazer uma análise comparativa, revisão de prontuários e consequente quantificação.

#### **4.9 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética envolvendo Seres Humanos da Universidade de Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), CAEE: 53245415.1.0000.5187, atendendo Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador responsável assinou a Declaração de Concordância com o Projeto e Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, em que se responsabiliza em preservar a privacidade dos usuários de quem os dados foram coletados, garantindo que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para a realização da pesquisa e esses dados serão divulgados de forma anônima, impossibilitando a identificação de qualquer indivíduo da pesquisa, tendo o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivo devidamente assinado.

O Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) disponibilizou a Autorização Institucional para Uso e Coleta de Dados em Arquivos na sua base de dados, tendo conhecimento da realização da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Serão apresentados os resultados dos aspectos epidemiológicos e clínicos dos casos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo das mulheres cadastradas no RHC do Hospital da FAP no ano de 2011.

Na tabela 1, pode-se observar os aspectos epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero (C53.9), cadastradas na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2011, distribuído por faixa etária, etnia/cor, escolaridade, estado civil, histórico familiar, uso de álcool, tabagismo e procedência.

Tabela 1 - Perfil epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero (CID-O C53.9), cadastradas na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2011(N=68).

<b>Faixa etária</b>	<b>Colo de útero</b>	<b>%</b>
20 --  29	2	3%
30 --  49	17	25%
50 --  69	30	44,1%
70 --  88	19	27,9%
<b>Etnia/cor</b>		
Branca	41	60,3%
Preta	1	1,47%
Parda	5	7,35%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	12	17,65%
Ensino Fundamental	18	26,5%
Ensino Médio	2	3%
Ensino Superior	1	1,47%
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	7	10,3%
Casada	10	14,7%
Viúva	7	10,3%
Divorciada	2	3%
União Estável	1	1,47%
<b>Histórico Familiar</b>		
Sim	8	11,8%
Não	11	16,2%
<b>Etilismo</b>		
Nunca	7	10,3%
Sim*	16	23,5%
<b>Tabagismo</b>		
Nunca	11	16,2%
Sim*	13	19,1%
<b>Procedência</b>		
Campina Grande	19	27,9%

---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022

\*Sim: Referente a dados de consumidor e/ou ex-consumidor

\*\* Diferença nos dados é em decorrência a falta de informação na base de dados consultada

Observa-se que a faixa etária que predomina o câncer de colo de útero foi a de pacientes que apresentaram idade entre 50 a 69 anos, seguida pela faixa etária de 70 a 89 anos de idade. A paciente de menor idade foi diagnosticada aos 25 anos e a de maior idade aos 85, vê-se um aumento significativo nos casos com idade acima dos 50 anos corroborando com os autores.

A idade é um fator de risco destacado pelos autores, onde geralmente é identificado na faixa etária de 45 a 49 anos, pelo fato da persistência da infecção pelo HPV continuar após os 30 anos em algumas mulheres e essa infecção ser fator determinante para desenvolvimento do câncer de colo de útero. (FITZ et al., 2011; INCA, 2019, MENEZES et al., 2017).

O câncer do colo do útero é incomum em mulheres de até 30 anos de idade e o auge da sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos, trazendo um aumento progressivo na mortalidade a partir da quarta década de vida (INCA, 2019).

Segundo Rosa *et al.* (2021), de acordo com um estudo americano o qual mostra que a maioria das mulheres com câncer do colo do útero têm diagnóstico com menos de 50 anos, seguida das mulheres entre 50-69 anos e com doenças localizada. A chance de adoecimento com piores estadiamentos e prognósticos prevalece nas mulheres com idade mais avançada; entretanto, números elevados foram identificados desde os 30 anos, o que retrata a relevância da detecção precoce desde a faixa etária anterior aos 30 anos até os 70 anos.

Enquanto Murillo et al., (2016) corrobora com os autores quanto aos índices da incidência do câncer do colo do útero desenvolver com o avançar da idade com um rápido crescimento a partir dos 30, com um pico na faixa etária dos 40, mas destaca que há uma súbita elevação nas idades superiores reforçando os dados obtidos na pesquisa.

Referente a cor de pele, destaca-se a cor branca nas mulheres diagnosticadas, discordando com estudos que mostra mulheres afrodescendentes e hispânicas têm



risco aumentado quando comparado ao risco de mulheres brancas/mestiças. (RAMOS-JARABA; CARRILHO-PINEDA, 2018)

Segundo Rosa *et al.* (2021), coloca que um estudo americano aponta que as mulheres negras têm maiores taxas de incidência e mortalidade e menor sobrevivência do que as mulheres brancas e outro estudo brasileiro aponta que as mulheres não brancas equivalem a mais de 90% de incidência de diagnósticos, o que difere dos dados da pesquisa. As cidades onde a maioria são negros (pretos e pardos) possui as piores condições de vida e saúde, os piores índices de desenvolvimento humano e menor esperança de vida de seus moradores; tal condição favorece o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Assim, pode-se dizer que a condição de vida se sobrepõe ao aspecto raça como fator de risco para a doença.

Sendo importante destacar que a classificação da cor utilizada nos prontuários está de acordo com o IBGE, a auto declaração, como o usuário, mulheres, se consideram com relação a sua cor de pele/etnia.

Diante a escolaridade, a mais predominante na pesquisa foi de ensino fundamental, seguido das pacientes analfabetas, esse dado está de acordo o que os autores mostram que o nível de instrução está diretamente associado ao acesso aos serviços de saúde, já que existem evidências que associam diretamente a escolaridade, o nível sócio econômico e o acesso aos serviços de saúde, é importante destacar que a escolaridade geralmente é utilizado como indicador substituto do nível sócio econômico e conseqüentemente associado ao risco de câncer de colo uterino, sugerindo que mulheres podem não reconhecer a importância da prevenção como a realização do exame ou até mesmo não ter acesso ao conhecimento necessário para buscar o atendimento para o rastreamento e tratamento, o que reflete a falta de acesso ao serviço de saúde. A alta escolaridade e uma maior renda anual foram fatores protetores para esta infecção. (Yang *et al.*, 2020)

Nos países que têm um programa de rastreamento organizado com ações e serviços de saúde disponíveis de forma universal para toda a população há um menor impacto das desigualdades socioeconômicas nos resultados das estratégias de rastreamento. O Brasil no qual as ações de detecção precoce devem ser realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família presentes em todo território nacional, o que se observa é o predomínio do rastreamento oportunista, sem busca ativa e

convocação das mulheres na faixa etária, ações de educação em saúde e seguimento das mulheres, o que acaba por reproduzir o padrão de maior cobertura de exames em mulheres com maior escolaridade. (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021)

Apenas 11,8% das pacientes têm influência do fator genético em algum parente, o baixo percentual corrobora com o desenvolvimento do câncer como prerrogativa a infecção pelo HPV, e são raros os casos que há o câncer de colo de útero decorrente de fatores genéticos associados esses são conhecidos como Adenocarcinomas do colo do útero não HPV-associados (NHPVA), tendo relação direta com fatores genéticos hereditários. (CARVALHO et al., 2021)

O tabagismo, que no estudo equivale a 19,1%, juntamente com os fatores genéticos já vêm sendo relatados como fatores que implicam na influência nos mecanismos considerados ainda incertos que determinam na regressão ou a persistência da infecção para progressão de lesões precursoras ou câncer, isso se dá pelo fato da nicotina estimular o crescimento de células epiteliais em mulheres saudáveis e que também estimula o crescimento de células ectocervicais imortalizadas pelo HPV. (Baiocchi, 2021; ROSARIO et al., 2019; RIZZI, 2017)

A maior exposição a um ambiente de fumo foi ligeiramente associada ao maior risco de infecção por HPV, mas não para desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical grau III (NICII). Os fumantes ativos e passivos tiveram um risco 1,57 vezes maior de infecção por HPV e um risco 1,99 vezes maior de NICII quando comparado a não fumantes (Feng et al., 2017; Du et al., 2020). As fumantes passivas HPV positivas apresentaram 5,28 vezes mais chances de lesões invasivas quando comparados às fumantes passivas HPV negativas. Fumantes passivas que relataram história de exposição na adolescência tiveram 4,04 vezes mais risco da doença do que as não fumantes (Du et al., 2020).

A procedência das pacientes, são de outras cidades da Paraíba distantes de onde se localiza o Hospital da FAP onde é realizado o tratamento e registro de seus prontuários.

Tomazelli (2016) acrescenta que o câncer de colo do útero se mantém com índices elevados em regiões menos desenvolvidas e com acesso restrito aos serviços de saúde. Os fatores sócio-culturais como baixa condição socioeconômica, baixo grau de escolaridade e medo afetam diretamente o acesso a serviços de prevenção,

rastreio, diagnóstico e tratamentos adequados, desse modo, vai prejudicar as mulheres pobres de serem diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno; diante do menor alcance das ações de prevenção ao câncer e pelo acesso dificultado a serviços de diagnóstico e tratamento para a população residentes nos interiores do estado. (SOARES, 2022).

Os dados coletados mostram que em alguns aspectos reforça o que os autores estudados têm colocado, como a idade, o tabagismo e a escolaridade; apesar de que o dado da cor discordar dos autores, porém é relevante ressaltar que trata-se de um recorte de dados e que devido a limitação das informações registradas encontrada nos prontuários alguns aspectos não se têm como desenvolver maiores desdobramentos e realizar uma análise mais aprofundada.

Na Tabela 2, mostra o quantitativo de casos de câncer de colo de útero (C53.9), distribuídos por região de saúde da Paraíba e sua divisão de acordo como local de residência, zona rural ou zona urbana, de acordo com as regiões de Saúde.

Tabela 2 - Quantitativo dos casos de câncer de colo de útero (C53.9), distribuídos por região de saúde da Paraíba e sua divisão de acordo como local de residência (N=68)

Região de Saúde da Paraíba	Colo de útero			
	Zona Urbana	Zona Rural	N	%
2 <sup>a</sup>	2	1	3	3%
3 <sup>a</sup>	7	3	10	15%
4 <sup>a</sup>	5	1	6	9%
5 <sup>a</sup>	7	2	9	13,5%
6 <sup>a</sup>	2		2	3%
12 <sup>a</sup>	1		1	1,5%
15 <sup>a</sup>	7	2	9	13,5%
16 <sup>a</sup>	26	2	28	41,5%
<b>Total</b>	57	11	68	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022

Observa-se que as pacientes diagnosticadas pertencentes à 16<sup>a</sup> região de saúde da Paraíba foram os que se apresentaram em maior quantitativo, com 28 pacientes. Das 68 pacientes da amostra, onde 11 com diagnóstico de colo de útero são advindas da zona rural em detrimento de 57 serem oriundas da zona urbana, que pode associar o acesso ao serviço de saúde de qualidade e especializado.

Tendo em vista a região de saúde que as pacientes são diagnosticadas, observamos um maior quantitativo nas regiões em que os municípios se encontram em localidades mais privilegiadas quando falamos de acesso aos serviços de saúde. Na 16ª Região de Saúde, a que vemos um número significativo de pacientes; há uma discrepância quando analisamos de acordo de qual região esses pacientes vêm, podemos analisar os aspectos dos estudos de estilo vida os quais têm influência diretamente no desenvolvimento do câncer de colo de útero. Para Bray et al., (2018) o câncer de colo de útero é o segundo mais incidente nos países com baixo e médio IDH.

Quando se trata do cuidado com a saúde da mulher , dentro da perspectiva de controle do câncer de colo de útero é necessário uma integração de ações e serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso e resolubilidade em local adequado e tempo oportuno, para se ter o controle adequado existe a dependência de uma Atenção Primária a Saúde qualificada e organizada e que esteja integrada com demais níveis de atenção em uma determinada região de saúde, como o encaminhamento para as unidades de atenção especializadas. (ANJOS et al., 2021)

Na tabela 3, os aspectos clínicos, terapêuticos de casos de câncer de colo de útero (C53.9), e taxa de óbitos registrados na base de dados do RHC; incluindo tipo histológico, primeiro tratamento clínico e/ou locorregional e sobrevida.

Tabela 3: Perfil clínico, terapêutico e sobrevida de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, CID-O C53.9; cadastradas na base de dados do RHC do Hospital da FAP, ano 2011(N=68)

	Colo de útero	%
<b>Tipo Histológico</b>		
Carcinoma de células escamosas, sem outras especificações	43	63,2%
Outros	25	36,8%
<b>Primeiro tratamento clínico e/ou locorregional</b>		
Nenhum	4	5,9%
Cirurgia combinada e/ou isolada	1	1,5%
Radioterapia combinada e/ou isolada	46	67,6%
Quimioterapia combinada e/ou isolada	25	36,8%
Hormonioterapia combinada e/ou isolada	0	
Outras	2	2,9%
<b>Sobrevida</b>		
Vivos		
Óbito	68	100%

---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022

A maior predominância é do tipo histológico Carcinoma de células escamosas, de acordo com os autores essa predominância ocorre por questões de desenvolvimento do país, onde se constata que países desenvolvidos obtêm melhor controle do câncer de colo uterino do tipo Carcinoma de células escamosas, através da detecção de lesões precursoras do Carcinoma de células escamosas tendo como ponto de partida programas de rastreio efetivos. (ROZARIO et al., 2019) Que na Região Nordeste diante aspectos culturais se têm a dificuldade de efetivação dessas políticas .

Referente ao adenocarcinoma invasivo e suas variantes histológicas, sua incidência têm aumentado nas últimas décadas, especialmente em mulheres mais jovens. Nos últimos 35 anos, houve um aumento no adenocarcinoma e um aumento nas adenoescamosas entre pacientes recém diagnosticadas com câncer de colo de útero, foram encontrados dados diferentes em mulheres entre 20-30 anos, sendo o mais predominante o carcinoma espinocelular e não o adenocarcinoma ou outros tipos histológicos, destacando que nos países desenvolvidos há uma redução no de células escamosas. (ARANGO, 2021)

Os dados da pesquisa referentes aos tratamentos mais utilizadas pelas pacientes são o de radioterapia e quimioterapia reforçando o que os autores têm apresentado, quando mostra que os principais tipos de tratamento utilizados para tumores em estágios avançados, são principalmente os tratamentos de radioterapia e quimioterapia, apesar dos autores citarem o tratamento de Braquiterapia como tratamento diferenciado e atualizado, o qual por não está identificado nos prontuários das pacientes, existe a dificuldade de identificar de forma mais aprofundada a relevância desse tratamento e como se tratar de um tipo de tratamento de radioterapia o mesmo deve ser registrado dentro do espectro da radioterapia, dificultando sua identificação. (MENEZES et al., 2017)

Diante dos dados de taxa de óbitos, 100%, registrados e atualizados, observamos a alta taxa de mortalidade das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero. Onde nos remete a dificuldade de adesão as políticas públicas de prevenção relatada por BALDOINO; VERAS, (2016) que no cenário do Nordeste

brasileiro, altas coberturas de Atenção Primária à Saúde (APS) e a oferta regular de rastreamento do câncer de colo de útero não se mostram suficientes para adesão das mulheres aos programas de prevenção.

É reafirmado por GALVÃO et al., (2019), que mostra diversos fatores os quais são apontados como obstáculos ao cuidado integral e oportuno dessas mulheres como as representações socioculturais, baixa condição socioeconômica, qualidade do rastreamento, bem como o tempo entre diagnóstico e início de tratamento. Percebemos assim a necessidade de reavaliação dessas políticas de forma a adequar a política pública de prevenção e rastreio de acordo com esses aspectos sociais e culturais que provavelmente está criando uma barreira para o acesso dessas mulheres ao serviço de saúde.

Quando avaliam a mortalidade por câncer do colo do útero nas capitais brasileiras e nos municípios dos interiores dos estados, as pesquisas trouxeram como resultado a instabilidade e a ampliação dessa mortalidade nos interiores em comparação as capitais. Que pode ser justificado pelo menor alcance das ações de prevenção ao câncer e pelo difícil acesso a serviços de diagnóstico e tratamento para a população residentes nos interiores do estado. (SILVA et al., 2020)

De acordo com as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, INCA, (2016), uma das dificuldades de efetivação da política de rastreamento do câncer de colo de útero, se observa com o padrão predominante do rastreamento no Brasil ser oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame de Papanicolaou quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Conseqüentemente, 20% a 25% dos exames têm sido realizados fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Assim, há um contingente de mulheres superrastreadas e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero assistidas pela Fundação Assistencial da Paraíba, em 2011, é caracterizado pelo predomínio da faixa etária com idade superior a 50 anos, de cor branca, escolaridade a de ensino fundamental, tendo o fator genético e hábitos de vida o consumo etílico e o tabagismo associados, tendo em sua maioria procedência de outras cidades da Paraíba pertencentes à 16ª região de saúde da Paraíba e residentes na zona urbana. Predominância é do tipo histológico Carcinoma de células escamosas, enquanto o tratamento mais utilizado é o de Radioterapia combinada e/ou isolada dos casos registrados na base de dados do RHC.

Considera-se os aspectos clínicos a alta taxa de mortalidade dessas mulheres nesses dados cadastrados, mostrando a letalidade e o fracasso do acesso as políticas públicas de prevenção existentes, a inadequação das políticas de acordo com o quadro sociocultural existentes na região Nordeste em especial no estado da Paraíba.

Diante dos dados podemos observar as características que contribuem para o desenvolvimento dessas neoplasias, como a prevalência de casos existente na zona urbana que vai de acordo com os fatores de riscos do câncer de colo de útero, contribuindo para o desenvolvimento e mostrando a necessidade de adequação das políticas públicas de acordo com aspectos socioculturais.

Evidencia-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, mas vale ressaltar que os resultados é um recorte temporal, das pacientes atendidas no hospital, pela limitação existente dentro da delimitação do estudo por ter caráter retrospectivo com base em busca de prontuários, que nem sempre têm dados completos. Logo existe a relevância nesse estudo com a complexidade existente na obtenção desses dados, que ficará disponível para a comunidade pela importância na elaboração de políticas públicas e efetivação.

O diagnóstico tardio potencializa a gravidade dos casos tornando o tratamento mais mutilador e aumentando a ocorrência de morbimortalidade de mulheres em uma faixa etária ainda em fase reprodutiva, visto que o rastreamento embora disponível pelo serviço público ainda não consegue dar cobertura a está demanda.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, Eduarda Ferreira dos *et al.* MONITORING OF CERVICAL CANCER CONTROL ACTIONS AND ASSOCIATED FACTORS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-2, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0254>.
- ARANGO, María del Pilar Arango. Tendencias temporales del cáncer de cuello uterino invasivo en mujeres entre 20 y 39 años en Manizales, Colombia. 2003-2018. **Revista Médica de Risaralda**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-2, 13 jun. 2021. Universidad Tecnológica de Pereira - UTP. <http://dx.doi.org/10.22517/25395203.24621>
- BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 17-24, 2016.
- BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016.
- BARCELOS, M. R. B. et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 67, 2017
- BERNARDO BC, Lorenzato FRB, Figueiroa JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007;29(2):85-90.
- BARROS, Angela Maria Melo Sá *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de câncer do colo uterino no estado de Sergipe. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 1-5, 4 abr. 2022. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e10043.2022>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. **Cadernos de Atenção Primária**, n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf).
- CARVALHO, Jesus de Paula, *et al.* Determinantes hereditários do câncer ginecológico e recomendações. **Femina**. 2021;49(8):482-487
- CLARO, Itamar Bento; LIMA, Luciana Dias de; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 4497-4509, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>.



DRUMOND, Eliane de Freitas; SALLES, Paulo Guilherme de Oliveira; MACHADO, Carla Jorge. O que dizem as informações sobre mortalidade dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) em hospital de referência de Minas Gerais, 2016-2017. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 4, n. 29, p. 585-594, 10 dez. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202129040352>.

DU, X.;LI, M.;ZHOU, Y.;YANG, H.;ISACHENKO,V.;TAKAGI, T.;MENG, Y. Evidence of Passive Smoking as a Risk Factor of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion: A Case-Control Study. *Biol Pharm Bull.* v. 43, n. 7, 1061-1066, 2020

FEBRASCO, Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. -- São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia** (FEBRASGO), 2017

FENG, R. M.;HU, S. Y.;ZHAO, F. H.;ZHANG, R.;ZHANG, X.; WALLACH, A. I.;QIAO, Y. L. Role of active and passive smoking in high-risk human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or worse. *J Gynecol Oncol.* v. 28, n. 5, p. e47, 2017.

FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos *et al.* Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.L.], v. 38, p. 1-27, 21 maio 2021. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. <http://dx.doi.org/10.20947/s0102-3098a0144>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/VQbssGG5M9tfMj7vpnLmDCL/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FERREIRA, Rafaela Cristina Maciel *et al.* Comparação dos aspectos clínicos e mortalidade de mulheres com câncer de colo uterino no Pará e no Brasil. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 370-383, 12 ago. 2021. Convergences Editorial. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v20i3.4853>.

FITZ, Fátima Faní *et al.* Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**, [s. l.], v. 8, n. 39, p. 387-393, ago. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2699.pdf>. Acesso em: 06 out. 2021.

FISCHER, Ana Carolina Pereira; et al. Analysis of the Excess of Papanicolaou Tests in Brazil from 2006 to 2015. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 44, n. 01, p. 040-046, jan. 2022. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1741407>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/GwhYgxRg9Wk5Hz5xfxPYrmn/?lang=en>. Acesso em: 01 mar. 2022.

GIL, Rui Tiago *et al.* The added value of diffusion-weighted imaging in the preoperative assessment of endometrial cancer. **Radiologia Brasileira**, [S.L.], v. 52, n. 4, p. 229-236, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0054>.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de; FERREIRA, Lydia Masako. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgica Brasileira**,

[S.L.], v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-86502005000800002>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tábua Completa de Mortality para o Brasil – 2014: Breve Análise da Evolução da Mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2015 [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2014/notastecnicas.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf)

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2009.

\_\_\_\_\_, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf)

\_\_\_\_\_, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Maria Beatriz Kneipp Dias; Caroline Madalena Ribeiro (organizadores). - Rio de Janeiro: Inca, 2019

\_\_\_\_\_, Instituto Nacional de Câncer. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

KORN, Abigail K. *et al.* Cervical cancer screening and treatment, HIV infection, and age: program implementation in seven regions of namibia. **Plos One**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 0263920, 16 fev. 2022. Public Library of Science (PLoS).  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0263920>.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018

MEDEIROS, Jéssica Mascena de; DAVIES, Vanessa Fernandes; LACERDA, Josimari Telino de. Ações direcionadas ao câncer de colo de útero na atenção primária à saúde: protocolo de revisão de escopo. **Revista Brasileira de Revisão de Sa**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 5267-5279, abr. 2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/45601/pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MENEZES, Even Tainah Tavares *et al.* Avaliação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico consequente ao tratamento de câncer do colo do útero. **Fisioterapia Brasil**, Sp, v. 2, n. 18, p. 189-196, 2017. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapia brasil/article/view/797/1740>. Acesso em: 05 mar. 2022.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002

MURILLO, Raúl et al. Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer epidemiology*, v. 44, p. S121-S130, 2016.

PAULINO, Eduardo *et al.* Endometrial Cancer in Brazil: preparing for the rising incidence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 40, n. 10, p. 577-579, out. 2018. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1673644>.

RAMOS-JARABA, Sara Milena; CARRILLO-PINEDA, Marcela. Significados que constroem mulheres afrodescendentes frente al câncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia. **Universidad y Salud**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 111, 30 abr. 2018. Universidad de Narino. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.115>.

ROSA, Luciana Martins da *et al.* Epidemiological profile of women with gynecological cancer in brachytherapy: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 5, p. 1-2, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0695>.

ROZARIO, Suelem do; SILVA, Iléia Ferreira da; KOIFMAN, Rosalina Jorge; ILVA, Ilce Ferreira da. Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by histological type. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 53, p. 88, 30 set. 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001218>.

SERRANO, Beatriz et al. Epidemiologia e carga da doença relacionada ao HPV . *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 ;47: 14 - 26 .

SOARES, Albenize Azevedo. Mortalidade por câncer do colo do útero e indicadores socioeconômicos: uma análise espacial para o Estado do Rio Grande do Norte. 2022. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2022.

TEKALEGN, Yohannes *et al.* High parity is associated with increased risk of cervical cancer: systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Women'S Health**, [S.L.], v. 18, p. 174550652210759, jan. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/17455065221075904>.

TOMAZELLI, Jeane Glauca et al. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 61-70, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/en\\_2237-9622-ress-S1679\\_49742017000100007.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/en_2237-9622-ress-S1679_49742017000100007.pdf). Acesso em 08 Jan 2022.

YANG, J. et al. Prevalence, genotype distribution and risk factors of cervical HPV infection in Yangqu, China: a population-based survey of 10086 women. *Hum Vaccin Immunother.* v. 16, n. 7, p. 1645-1652, 2020.

WHO. Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. April, 2020 1–35. [https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-updated-11-may2020.pdf?sfvrsn=b8690d1a\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-updated-11-may2020.pdf?sfvrsn=b8690d1a_4)