

O perfil do câncer do colo de útero em hospital terciário

The profile of cervical câncer in tertiary hospital

Maria de Lourdes Guerra de Araujo Silva Filha¹, Julianna de Carvalho Pereira¹, Paula Eduarda de Albuquerque Miranda¹, Maria Júlia Gonçalves de Mello², Carla Rameri A. S. de Azevedo³

1- Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

2- Docente e Pesquisadora da Pós-Graduação do IMIP e da Faculdade Pernambucana de Saúde

3- Especialista em oncologia clínica e membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Preceptora da residência médica do IMIP. Doutoranda em oncologia pelo INCA.

Recife, Agosto de 2014.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de colo de útero. **Método:** Foram analisados os prontuários de 105 pacientes atendidos no ambulatório de Oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP portadoras de câncer de colo de útero. Foram obtidos os dados sócio demográficos, gineco-obstétricos e sobre os sintomas iniciais, estadiamento na ocasião do diagnóstico, tratamento e histologia do câncer. **Resultados:** A maioria das pacientes é parda, casada, procedente da Região metropolitana de Recife, com doença localmente avançada, com mediana de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. A sobrevida mediana das pacientes com estágio III e IV foi de 36 meses, e 25,7% evoluíram para o óbito. **Conclusões:** Nossos dados demonstram o acometimento de uma população de mulheres ainda em idade produtiva, em sua maioria procedente da região metropolitana de Recife, e com doença localmente avançada já ao diagnóstico, o que nos faz questionar a eficiência do programa de rastreamento de câncer de colo de útero na região. O tempo decorrido para iniciar o tratamento não parece ter efeito deletério na sobrevida dessas pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias do colo de útero; quimioterapia; radioterapia; braquiterapia, papillomavirus humano 18; HPV 16; epidemiologia

ABSTRACT

Objective: To delineate an epidemiologic profile of cervical cancer women treated at Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Methods:** We analysed retrospective data from 105 cervical cancer patients treated at the department of Clinical Oncology of IMIP. Demographic, social, and clinical data were evaluated. **Results:** Median age was 47 years. Most of patients were from Recife, were married, and presented with locally advanced disease at diagnoses. We observed a median time of 70 days from diagnoses and first Oncological treatment. The median survival of the patients affected with the following stages III and IV was 36 months and 25,7% of them progressed to death. **Conclusion:** We demonstrate that cervical cancer affects women in social-economic active age, most of them were from metropolitan region of Recife, and presented with locally advanced disease at first, which brings into question the efficiency of cervical cancer screening program in this region. The waiting time to begin oncological treatment has not a detrimental effect on survival.

Key-words: Cervical cancer, chemotherapy, radiotherapy, brachytherapy, human papilloma 18, HPV 16, epidemiology.

AGRADECIMENTO

A minha orientadora Maria Júlia pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões, pelo estímulo à pesquisa na tarefa de multiplicar conhecimentos.

A minha coorientadora Carla pelo exemplo de bondade, coragem, dedicação, ética, força e por estar sempre presente, mesmo no momento mais difícil de sua vida.

As minhas colaboradoras pela paciência e contribuição na construção deste.

A equipe do arquivo, especialmente Eliene e Sidney, pela disponibilidade nos dias de coleta de dados.

A minha família por sempre me apoiar.

Ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPQ) pelo apoio financeiro e educacional.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho e conquista.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorrerão mais de 15 milhões de casos de câncer em todo o mundo até o ano de 2020, desses casos 60% ocorrerão em países em desenvolvimento, como o Brasil¹. O Câncer de colo de útero representa o terceiro câncer mais comum no Brasil entre as mulheres, antecedido do câncer de mama e o de cólon². Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a estimativa de novos casos da doença é de 15.590 para 2014, e o número de mortos esperados no ano de 2011 era de 5.160². Nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), essa neoplasia é a segunda mais frequente. Ainda segundo o INCA, para os estados do Nordeste em 2014 serão esperados 5.370 novos casos; e em Pernambuco serão 970, sendo 180 apenas na cidade do Recife².

O principal fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia de colo de útero é a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV, sigla em inglês Human Papilloma Virus). Os tipos de HPV 16 e 18 são os mais oncogênicos e são responsáveis por até 70% dos casos². O aumento de casos em pacientes jovens é justificado pela alta paridade, multiplicidade de parceiros sexuais e promiscuidade sexual, baixo nível socioeconômico, iniciação sexual precoce e tabagismo³. Entende-se que a infecção pelo HPV é condição necessária, porém não suficiente para o desenvolvimento do câncer, visto que apenas uma pequena proporção das pacientes infectadas irão desenvolver lesões invasivas e as que desenvolvem estão associadas aos outros fatores de risco⁴.

O carcinoma espino-celular representa 85% a 90% dos carcinomas invasivos do colo, seguidos pelo adenocarcinoma, carcinoma adeno-escamoso e mais raramente os sarcomas³. O carcinoma tem um grande potencial de invadir tecidos vizinhos e se disseminar por via linfática. O estadiamento é clínico e de acordo com as normas da

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)⁵. Os estágios Ib (<4cm) e IIa são estágios iniciais e podem ser tratados por cirurgia ou radioterapia⁶. Os estágios IB2 (>4cm) a IVa são considerados tumores localmente avançados e tem como tratamento a radioterapia associada à quimioterapia e braquiterapia⁶. Pacientes com doença disseminada (EC IVb) não têm proposta de tratamento curativo e são tratadas com quimioterapia paliativa⁶. A droga recomendada para associação com a radioterapia é a cisplatina que oferece vantagens sobre a radioterapia exclusiva nos estágios IIb a IV^{3,6}.

Para diminuir o impacto dessa doença na população feminina foi criado, em 1998, o Programa Nacional de Controle do Câncer Cervical e de Mama, que tem por objetivo formar uma rede nacional integrada e facilitadora de acesso aos serviços de saúde, visto que é uma doença de fácil prevenção e altas chances de cura quando diagnosticada precocemente^{2,7}. O exame de Papanicolaou demonstrou ser eficiente no rastreamento da doença, pois a fase pré-clínica do câncer de colo de útero tem lenta evolução. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano⁸. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado⁷. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos⁸. Entretanto, a cobertura e efetividade desse programa de rastreamento parecem não ser uniformes entre as regiões, e mesmo entre regiões metropolitanas e interior⁹. Essa deficiência faz com que as lesões sejam detectadas em estágios mais avançados, prejudicando o prognóstico reduzindo significativamente o impacto na morbimortalidade da doença.

A vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta na prevenção do câncer do colo do útero. Em 2014, o Ministério da Saúde implementou no Sistema Único de Saúde (SUS) a vacinação gratuita de meninas de 9 a 13 anos, com a vacina tetravalente, que protege contra os dois principais tipos oncogênicos de HPV (16 e 18)². A vacinação, contudo, não exclui as ações de prevenção e de detecção precoce pelo rastreamento, que busca lesões precursoras e câncer em mulheres sem sintomas².

Em se tratando de um verdadeiro problema de saúde pública, em especial no Nordeste brasileiro, o conhecimento detalhado de nossa população é um dos primeiros passos na tentativa de entender as falhas da assistência. Sendo assim, o estudo justifica-se pela investigação epidemiológica de todas as pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero atendidas em um hospital terciário de Recife que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde. Este estudo tem como objetivo descrever a população e a sobrevida de pacientes atendidas no serviço de oncologia do IMIP, estabelecer o intervalo de tempo entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica entre o diagnóstico e o início do tratamento visando estabelecer melhorias no atendimento.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo coorte não concorrente, no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, localizado na cidade do Recife-PE. Uma lista das pacientes com o CID (Código internacional de Doenças) de câncer de colo de útero foi obtida do sistema informatizado de atendimentos do IMIP. Foram incluídas no estudo pacientes com diagnóstico por biópsia e tratadas no serviço de Oncologia do IMIP, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. A partir da revisão dos prontuários obtidos no Serviço de Arquivo Médico foi preenchido formulário construído especificamente para este estudo. Foram coletadas variáveis sócio demográficas (idade, procedência, raça, estado civil), gineco-obstétricas (idade da coitarca, número de parceiros, de gesta, paridade, aborto), comorbidades e tabagismo; variáveis relacionadas ao sinais e sintomas iniciais e características (citologia, histologia e estadiamento) do câncer de colo de útero por ocasião do diagnóstico e dados relacionados ao tratamento (intervalo para início e tipo de tratamento, dados de progressão da doença, internamentos) e evolução.

Para a análise de sobrevida foi considerado o óbito registrado no prontuário e/ou verificado no sistema de notificação da Oncologia que fornece dados para o SIM (Sistema Informação de Mortalidade). Considerou-se como censura a última consulta da paciente. O tempo para o evento ou a censura foi calculado em meses a partir da data da biópsia até o óbito ou até a censura.

A partir das informações, os dados foram digitados em banco de dados específico em Excel e analisados no programa Epi-Info 3.5.4. As incoerências foram corrigidas. Para as variáveis contínuas foram feitas medidas de dispersão e tendência

central e para as categóricas foram realizadas distribuição de frequência. A curva de Kaplan- Meier foi utilizada para a análise de sobrevida.

RESULTADOS

Obteve-se uma lista com 682 nomes e registro de pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino. Nesta lista 90 nomes eram duplicados e 197 foram excluídos por não possuírem número de SAME (número de arquivo médico) impossibilitando localizar o prontuário. Foram solicitados 508 prontuários, desses 186 (36,6%) não foram encontrados, apesar de possuírem SAME e 217 foram excluídos por não preencherem os critérios de elegibilidade. Apesar da coleta de dados se estender durante sete meses, devido a limitação do número de solicitações no arquivo médico não foi possível requerer 84 prontuários. Foram considerados como perdas 17,5 % (n=38) por não apresentarem dados suficientes, sendo a amostra constituída de 105 pacientes.

O perfil sócio demográfico e antecedentes gineco-obstétricos das pacientes está apresentado na tabela 1. Os extremos de idade das pacientes tratadas foi 23 e 95 anos com mediana de 47, a maioria procedia da região metropolitana do Recife. Apenas 53 prontuários apresentavam informação a respeito da coitarca, e a mediana observada foi 16 anos. Quanto ao número de parceiros sexuais durante a vida, 24,8% (26) das pacientes analisadas apresentavam 3 ou mais parceiros. Dos 77,1% dos prontuários com informações sobre o hábito de fumar, observamos que 31,4% (33) são tabagistas ou ex-tabagistas. As comorbidades mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica (35,4%) e diabetes melittus (5,1%).

Os dados sobre o diagnóstico e tratamento inicial da neoplasia foram agrupados na tabela 2. A duração dos sinais e sintomas iniciais obtidos em 73 prontuários foi de 5 meses com intervalo interquartil de 3 a 8 e foram principalmente o sangramento vaginal (53,1%), a dor (20%) e o corrimento anormal (9,2%), porém 6,9% referiram ser assintomáticas.

No que se refere à realização do exame Papanicolaou, verificamos que 49,5% (49,5%) dos prontuários não tinham esta informação. Entre as 53 pacientes cujos prontuários constavam que haviam feito Papanicolaou 56,6% delas realizaram citologia oncológica. Das 23 pacientes que nunca realizaram o exame de Papanicolaou, 52,2% tiveram estadiamento inicial T3 e 30,4% sendo T2. Destas 23,8% tiveram progressão de doença, sendo uma local e sete sistêmicas. Entre as pacientes que realizaram biópsia, o tipo histológico tumoral foi principalmente carcinoma de células escamosas (CEC) em 80% dos casos e adenocarcinoma em 16,2%. Quanto ao estadiamento da FIGO, foram encontrados que T1a correspondia a 1%, T1b a 6,66%, T2 a 27,6%, T3 a 43,8%, T4 a 20% e não foi possível fazer o estadiamento em 1% das pacientes. Metástase a distância já estava presente ao diagnóstico em 16,7% das pacientes. Os principais sítios de acometimento metastático foram osso, linfonodo paraórtico e pulmão. A creatinina foi avaliada antes do tratamento inicial com uma mediana de 0,8 e variação de 0,7 a 0,9.

Foi analisado o tempo entre a citologia e a biópsia em dias e encontrado um tempo mediano de 70 dias. Analisamos o tempo em dias entre o diagnóstico e o início do tratamento e encontrado que a mediana de dias foi de 60 e o intervalo de 35-101.

Quimioterapia concomitante com radioterapia foi realizada em 73,3% das pacientes como tratamento inicial. Entre as pacientes que realizaram radioterapia independente do tratamento inicial, a dose aplicada foi maior que 4500 cGy em 57,1% e menor em 16,1%. Quanto à droga quimioterápica utilizada a principal foi a Cisplatina em 65,7% (69). Entre as pacientes que realizaram braquiterapia, 61% receberam tratamento completo (4 aplicações).

Das pacientes em que foi possível analisar a progressão de doença apresentavam progressão local 28% e progressão sistêmica 72%. Quanto ao sítio de progressão

sistêmica foram encontrados linfonodos de outros sítios 28,6%, pulmão 23,8%, osso 14,3%, fígado 14,3%, linfonodos paraaortico 9,5% e outros sítios 9,5%.

Em relação à primeira linha de tratamento após progressão, o principal esquema quimioterápico utilizado foi Carboplatina associada ao Paclitaxel em 69,2% dos casos. Quanto à segunda linha de tratamento após progressão a Gencitabina foi a droga de escolha em 75% das pacientes.

As pacientes foram avaliadas quanto a possíveis internações e 45,7% (48) necessitaram ser internadas. Os principais motivos de internações foram sangramento em 27,7% das pacientes, seguido por dor em 20%, queda do estado geral em 10,8%, infecção em 7,7% e insuficiência renal em 9,2%.

Com relação ao tipo histológico e a data do último seguimento, observamos que das 84 pacientes com CEC 29,8% evoluíram com óbito, 26,2% estavam vivas sem doença e 17,9% vivas com doença. Nas 17 com adenocarcinoma 11,8% evoluíram a óbito, 26,2% estavam vivas sem doença e 41,2% estavam vivas com doença.

De acordo com a data do último seguimento, independente da histologia apresentada, houve perda de seguimento em 26,7% das pacientes, estavam vivas sem doença em 26,7%, vivas com doença 21% e foram a óbito por câncer 25,7%. Utilizando a curva de Kaplan Meier, a sobrevida global e de acordo com o estadiamento clinico (gráficos 1 e 2). A mediana da sobrevida foi 36 meses para os estágios 3 e 4.

DISCUSSÃO

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública. Em países em desenvolvimento como o Brasil, o ônus social dessa neoplasia é expressivo, não somente pela alta incidência da doença, como também por tratar-se de uma neoplasia que acomete mulheres jovens. Nosso estudo faz um retrato detalhado da população com câncer de colo de útero atendida em um hospital terciário, referência em oncologia, na cidade do Recife.

No momento do diagnóstico, a mediana da idade foi 47 anos, correspondendo ao pico de incidência, que vai de 45 a 50 anos⁷. Esta faixa etária é economicamente ativa e fração produtiva da sociedade. Nesta população, dentre as pacientes com informações a respeito do Papanicolaou, 43,3% nunca realizaram o exame na vida. Esse dado é alarmante, mas ainda inferior ao encontrado em cidades do estado da Paraíba, onde se observou taxa de 68%, mas já superior ao encontrado na capital de Santa Catarina que foi de 34%^{10,11}. É de se destacar a baixa cobertura do programa entre as pacientes portadoras da neoplasia, assim como a heterogeneidade dessa cobertura entre as regiões Sul e Nordeste, e mesmo dentro da mesma região Nordeste. Tendo em vista que Pernambuco é o quinto estado no Brasil, com maior estimativa para novos casos em 2014, esse número deveria ser maior com o objetivo de melhorar a efetividade do programa de rastreamento da doença².

Das pacientes que realizaram a citologia oncológica, a mediana foi 70 dias para realização da biópsia. Entretanto, o tempo entre a biópsia e a primeira consulta com especialista clínico ou cirúrgico teve uma mediana de 37 dias. Em alguns casos o próprio oncologista cirúrgico foi quem solicitou a biópsia, pois as pacientes encontravam-se internadas no serviço onde a doença foi diagnosticada, visto que

chegaram ao IMIP com doença em estágio avançado e sintomatologia característica com sangramento, corrimento anormal e dor em região pélvica ou lombar. O intervalo de tempo entre a realização da biópsia e o início do tratamento teve uma mediana de 60 dias, ou seja apenas metade delas iniciam o tratamento do tempo preconizado pelo MS, que fixa o prazo de até 60 dias para início de tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico do paciente no Sistema Único de Saúde, contado a partir do registro do diagnóstico no prontuário da paciente de acordo com a Portaria 876 de 16 de maio de 2013¹². Desta forma, demonstramos que metade de nossas pacientes não tem acesso ao tratamento no tempo mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde.

Na maior parte das vezes, as pacientes foram diagnosticadas com tumores em estágios avançados. Além disso, 20% das pacientes chegaram com estadiamento T4, percentual superior ao encontrado em Santa Catarina (9,5%)¹⁰. Esses dados são extremamente preocupantes, pois demonstram que as pacientes estão chegando com diagnóstico tardio e novamente questionamos a eficácia do programa de rastreio, já que a evolução da doença se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis¹³.

Atualmente, o tratamento considerado padrão para as pacientes com neoplasia localmente avançada proporciona sobrevida que varia de 20 a menos de 70%, a depender do estadiamento. Há pelo menos uma década, nenhuma nova terapia foi incorporada de forma inequívoca ao arsenal terapêutico desta doença¹⁴. O tratamento inicial de escolha aqui observado foi a associação entre quimioterapia baseada em platina e radioterapia. A radioterapia foi oferecida em algum momento a 97,1% das pacientes. O INCA recomenda que a dose seja de 5000 cGy quando radioterapia pré ou pós-operatória e quando radioterapia exclusiva recomenda a mesma dosagem, porém com mais 5 frações de 1000 cGy como dose de reforço³. Chama a atenção que mesmo

pacientes com metástase à distância receberam radioterapia com objetivo de melhorar o controle locorregional em algum momento de sua evolução.

A sobrevida mediana das pacientes com estágio III e IV foi de 36 meses, quando avaliadas em conjunto. Esse resultado é ligeiramente superior ao encontrado na literatura⁵. Mesmo que o bom controle locorregional conseguido com radioterapia no subgrupo de doença metastática possa ter contribuído de forma significativa na melhor sobrevida destas doentes, a falha de nosso trabalho é a baixa qualidade dos dados de prontuário e mesmo do acesso aos prontuários. Dessa maneira, acreditamos que a indisponibilidade integral das informações tenha proporcionado um viés de seleção, e desta forma esta sobrevida observada deve ser interpretada com cautela.

A linha de tratamento após a progressão de doença deve ser individualizada. Tendo em vista os resultados observados com a adição de gencitabina no contexto da doença localmente avançada¹⁵, acreditamos que a combinação dessa droga à platina seja uma alternativa interessante a ser inserida no cenário da doença localmente avançada.

Ainda que o Ministério da Saúde tenha aprovado a vacinação contra o HPV entre as meninas brasileiras, os frutos desta conduta só serão colhidos a médio e longo prazo, e o rastreamento e diagnóstico precoce da doença permanecem sendo o pilar no adequado controle dessa enfermidade. O perfil de pacientes atendidas aqui no IMIP com diagnóstico de câncer de colo de útero se caracterize por mulheres em idade economicamente ativas, procedente em sua maioria da região metropolitana do Recife e se apresentando ao diagnóstico, com doença localmente avançada na maior parte das vezes. A cobertura do exame de Papanicolau entre elas é baixa e o acesso a rede de saúde é demorado, o que nos faz levantar a hipótese de que o programa de rastreamento desse tumor tenha pouca eficiência em nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. *World Health Statistics 2006*. (WHO Press, ed.). Geneva; 2006.
2. INCA Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer No Brasil*. (INCA, ed.). Rio de Janeiro; 2014.
3. INCA. Câncer de colo do útero. *Rev Bras Cancerol*. 2000;46(4): 351-54.
4. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of Human Papillomavirus Types associated with cervical cancer. *NEJM*. 2003;348:518-527.
5. Edge S, Byrd D, Compton C, Fritz A, Greene F, Trotti A. *AJCC CANCER STAGING MANUAL*. 7th ed. (Springer, ed.). London; 2010.
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Sociedade Brasileira de Cancerologia. Câncer do colo uterino: tratamento. *Proj Diretrizes*. 2011.
7. INCA. *Programa Nacional de Controle Do Câncer Do Colo Do Útero.*; 2011.
8. INCA. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1): 13-15.
9. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2005;27(8):485-92.
10. Papp KM. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de colo do útero atendidas no Hospital Universitário: análise de 116 casos. [trabalho de conclusão de curso]. *Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina*. 2004.
11. Lima MEA, Oliveira ASM, Cabral CN, Costa JS, Hóstio LMM, Barbosa GAAL. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de colo uterino atendidas no Serviço de Cancerologia da Fundação

Assistencial da Paraíba em Campina Grande. Universidade Federal de Campina Grande, ed. *Rev Saúde Ciência* 2011;2(1)89-93.

12. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União; Poder executivo, Brasília, DF, 17 mai. 2013, Seção 1, p.135-136.*
13. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). *Falando Sobre Câncer Do Colo Do Útero.* (INCA, ed.). Rio de Janeiro; 2002.
14. Meta-Analysis Group. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *J Clin Oncol.* 2008;26(35):5802-12.
15. Dueñas-González A, Zarbá JJ, Patel F, et al. Phase III, open-label, randomized study comparing concurrent gemcitabine plus cisplatin and radiation followed by adjuvant gemcitabine and cisplatin versus concurrent cisplatin and radiation in patients with stage IIB to IVA carcinoma of the cervix. *J Clin Oncol.* 2011;29(13):1678-85.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 Perfil sócio demográfico, hábito de tabagismo, antecedentes gineco obstétricos, comorbidades e intervalos de tempo decorridos para o diagnóstico e tratamento das pacientes portadoras de câncer do colo uterino tratadas no IMIP, no período de 2008 a 2012.

Variáveis	Frequência absoluta n	Frequência relativa %
Idade em anos	47 (38-59)*	
Procedência		
• Recife	27	25,7
• Região metropolitana	35	33,3
• Interior	43	41,0
Estado civil		
• Casada	34	32,4
• Solteira	21	20,0
• Divorciada	7	6,7
• Viúva	10	9,5
• Não informado	33	31,4
Antecedentes gineco-obstétricos		
• Gestações (sem informação =24)	4 (2-7)*	
• Partos (sem informação =24)	3 (2-6)*	
• Abortos	0 (0-1)*	
• Coitarcas (sem informação =52)	16(14-19)*	
Número de parceiros		
• 1	13	12,4
• 2	13	12,4
• Maior ou igual a 3	26	24,8
• Não informado	53	50,5
Tabagismo		
• Nunca	48	45,7
• Ex-tabagista	14	13,3
• Tabagista	19	18,1
• Não informado	24	22,9
Comorbidades		
• Sem comorbidades	52	44,4
• HAS	42	35,4
• DM	6	5,1
• Outras	17	15,1

*Mediana com intervalo interquartil

Tabela 2 - Duração e sinais/sintomas iniciais, ECOG, características tumorais no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de colo de útero tratadas no IMIP no período de 2008 a 2012.

Variáveis	Frequência absoluta n	Frequência relativa %	Variáveis	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Sinais e Sintomas iniciais			Sítio da metástase		
• Sangramento	69	53,1	• LND paraortico	7	6,0
• Corrimento anormal	12	9,2	• LDN outros sítios	2	1,7
• Dor	26	20,0	• Osso	10	8,6
• Insuficiência Renal	2	1,5	• Fígado	1	0,9
• Assintomática	9	6,9	• Pulmão	3	2,6
• Não informado	12	9,2	• Outros	5	4,3
ECOG			Tipo de tratamento inicial		
• 0	24	22,9	• Químio e radioterapia	77	73,3
• 1	29	27,6	• Radioterapia	15	14,3
• 2	4	3,8	• Cirurgia	11	10,5
• 3	4	3,8	• Quimioterapia	2	1,9
• Não informado	44	41,9	Cirurgia		
Tumor			• Sim	13	12,4
• EC I	8	7,66	• Não	92	87,6
• EC II	29	27,6	Tipo de cirurgia (total de 13)		
• EC III	46	43,8	• HTA simples	3	23,1
• EC IV	21	20,0	• HTA+SOB+Linfadenectomi	10	76,9
• Não fez estadiamento	1	1,0	Radioterapia		
Citologia			• Sim	102	97,1
• Sim	30	28,6	• Não	3	2,9
• Não	23	21,9	Braquiterapia		
• Não informado	52	49,5	• Sim	73	69,5
Biópsia - histologia			• Não	21	20
• Adenocarcinoma	17	16,2	• Não informado	11	10,5
• CEC	84	80	Intervalo de tempo em dias entre:		
• Outros	4	3,8	citologia oncológica e da biópsia	70 (20-168)*	
Metástase			biópsia e 1ª consulta com oncologista	37 (17-75)*	
• M0	87	82,9	biópsia e início do tratamento	60 (35-101)*	
• M1	17	16,7			
• Não estadiado	1	1,0			

*Mediana com intervalo interquartil

Tabela 3 – Aspectos do tratamento quimioterápico e da braquiterapia instituídos, da progressão da doença e evolução das pacientes com câncer do colo do útero tratadas no IMIP no período de 2008 a 2012.

Variáveis	Frequência absoluta N	Frequência relativa %	Variáveis	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Droga quimioterápica			Primeira linha de tratamento		
• Cisplatina	69	65,7	• Cisplatina	1	3,8
• Carboplatina	5	4,8	• Cisplatina + Paclitaxel	1	3,8
• 5fu	1	1,0	• Cisplatina + Gencitabina	1	3,8
• Cisplatina + Gencitabina	3	2,9	• Carboplatina + Paclitaxel	18	69,2
• Cisplatina + 5FU	1	1,0	• Paclitaxel + Gencitabina	1	3,8
• Carboplatina + Paclitaxel	2	1,9	• Outros (radioterapia)	4	15,4
Número de aplicações de braquiterapia			Progressão após 1ª linha	12	11,4%
• Zero	21	20,0	Segunda linha de tratamento (total de 8)		
• Duas	3	2,9	• Carboplatina + Paclitaxel	2	25,0
• Quatro	64	61,0	• Gencitabina	6	75,0
Progressão			Internações		
• Local	7	6,7	• Não	57	54,3
• Sistêmica	18	17,1	• Sim	48	45,7
Sítio de progressão sistêmica			Motivo de internamento		
• LND paraortico	2	8,7	• Infecção	5	7,7
• LDN outros sítios	6	26,1	• Dor	13	20,0
• Osso	3	13,0	• Sangramento	18	27,7
• Fígado	3	13,0	• Insuficiência Renal	6	9,2
• Pulmão	5	21,7	• Outros	15	23,1
• Outros	4	17,4	• Não informado	1	1,5

*Mediana com intervalo interquartil

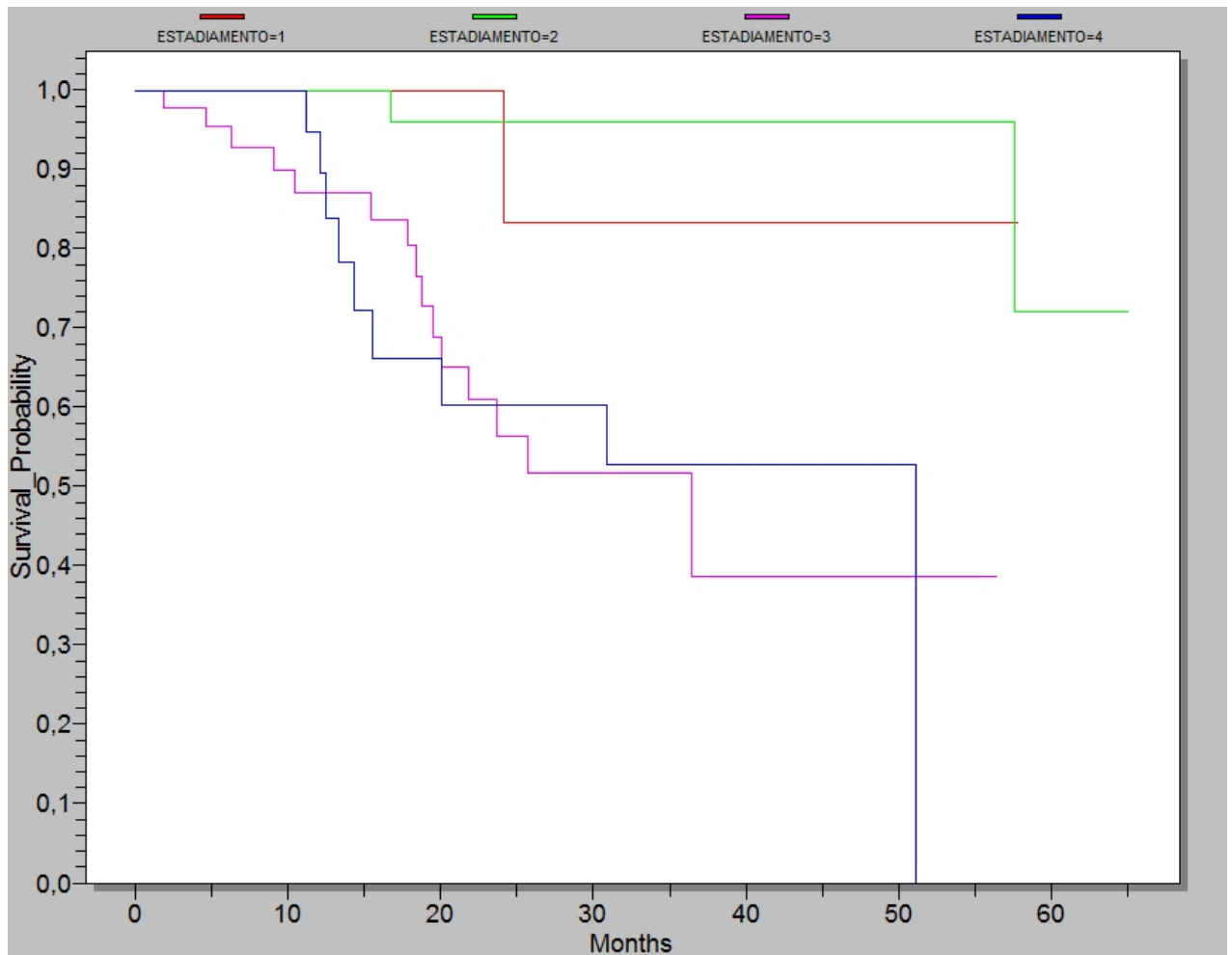


Figura 1 - Sobrevida segundo a curva de Kaplan Meier de acordo com grau de estadiamento da FIGO das pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero tratadas no IMIP no período de 2008 a 2012.

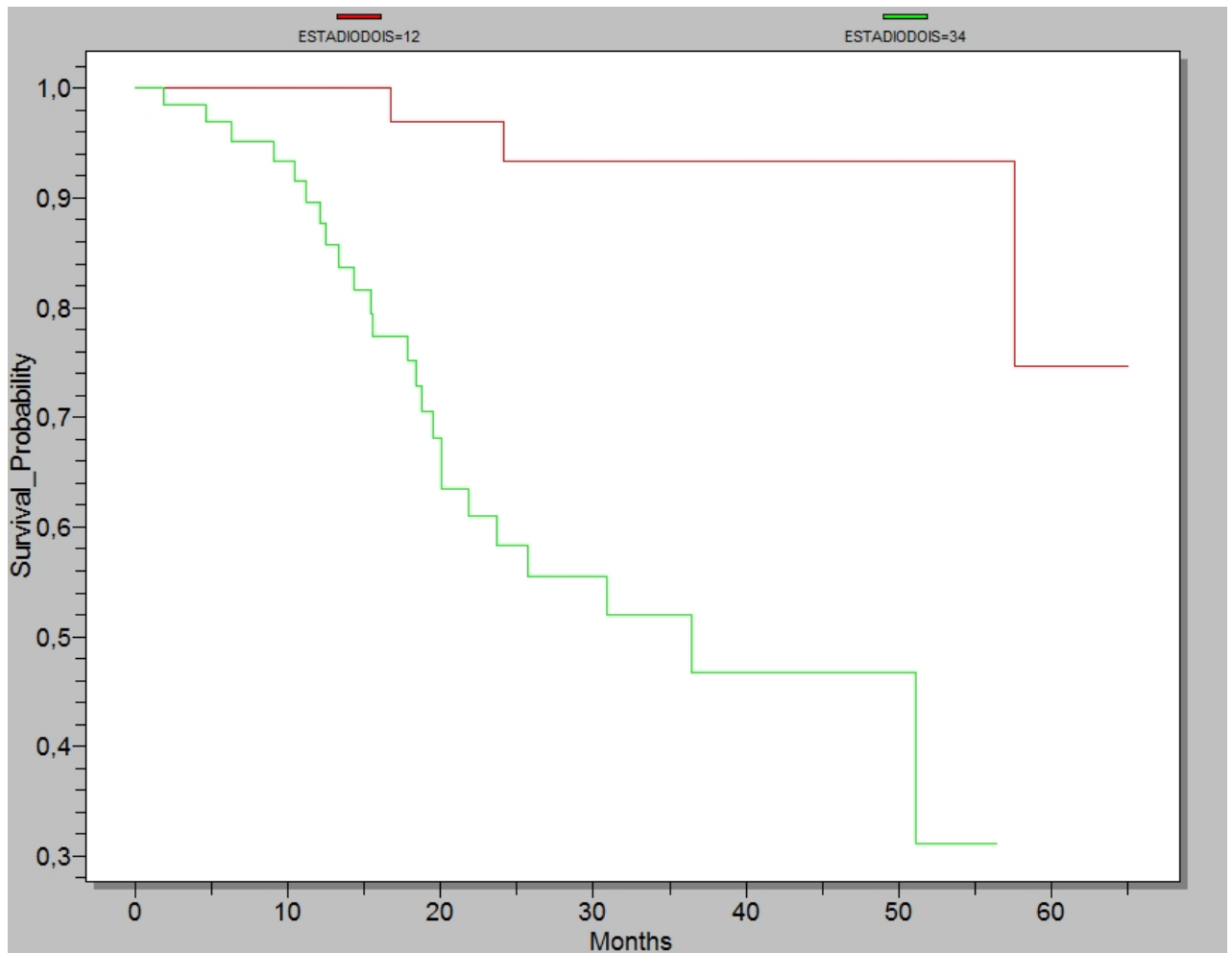


Figura 2 – Sobrevida segundo a curva de Kaplan Meier de acordo com o estadiamento da FIGO dividindo-se em grupo 1 (estádios 1 e 2) e grupo 2 (estádios 3 e 4) das pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero tratadas no IMIP no período de 2008 a 2012.