

Perfil epidemiológico de mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia: estudo transversal

Epidemiological profile of women with gynecological cancer in brachytherapy: a cross-sectional study

Perfil epidemiológico de las mujeres con cáncer ginecológico em braquiterapia: um estudo transversal

Luciana Martins da Rosa^I

ORCID: 0000-0002-1884-5330

Maria Eduarda Hames^I

ORCID: 0000-0001-9584-5388

Mirella Dias^{II}

ORCID: 0000-0002-2109-3563

Gisele Martins Miranda^I

ORCID: 0000-0002-3107-9984

Camila Beltrame Bagio^I

ORCID: 0000-0002-3887-6994

Maristela Jeci dos Santos^I

ORCID: 0000-0003-1717-3410

Luciana Puchalski Kalinke^{III}

ORCID: 0000-0003-4868-8193

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Rosa LM, Hames ME, Dias M, Miranda GM, Bagio CB, Santos MJ, et al. Epidemiological profile of women with gynecological cancer in brachytherapy: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20200695. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0695>

Autor Correspondente:

Luciana Martins da Rosa
E-mail: Luciana.m.rosa@ufsc.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 21-07-2020

Aprovação: 06-12-2020

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia. **Método:** estudo transversal incluindo registros de 1.930 atendimentos de mulheres em braquiterapia assistidas entre 2006-2016 em Santa Catarina (Brasil). Coleta foi realizada em 2019, em banco institucional, submetida às medidas de frequência, Teste Qui-Quadrado, intervalos de 95% de confiança, nível de significância de 0,05. **Resultados:** predominaram as mulheres entre 40-59 anos (47,2%), brancas (93,3%); com ensino fundamental (65%); câncer do colo do útero (78,5%); nos estádios II-III (73,3%). Na comparação das proporções dos estadiamentos na variável topografia, encontrou-se uma maior proporção da neoplasia maligna do colo do útero não especificada nos estadiamentos III-IV agrupados (84,6%). **Conclusão:** a análise do perfil mostra a necessidade do rastreamento e educação em saúde para prevenção e/ou detecção precoce dos cânceres ginecológicos e a formação de enfermeiros especialistas em radioterapia para atendimento da saúde da mulher. **Descritores:** Câncer Ginecológico; Perfil Epidemiológico; Enfermagem; Braquiterapia; Radioterapia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic and clinical profile of women with gynecological cancer in brachytherapy. **Method:** a cross-sectional study including records of 1,930 visits of women in brachytherapy assisted between 2006-2016 in Santa Catarina (Brazil). Collection was performed in 2019, in an institutional bank, submitted to frequency measurements, chi-square test, 95% confidence intervals, significance level of 0.05. **Results:** women aged 40-59 years (47.2%), white (93.3%); with elementary school (65%); cervical cancer (78.5%); stages II-III (73.3%) figured prominently. In the comparison of staging proportions in the topography variable, a higher proportion of malignant neoplasm of cervix uteri unspecified in the grouped III-IV staging (84.6%). **Conclusion:** the profile analysis shows the need for screening and health education for prevention and/or early detection of gynecological cancers and training of nurses specialized in radiotherapy to care for women's health. **Descriptors:** Genital Neoplasms, Female; Epidemiology; Nursing; Brachytherapy; Radiotherapy.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil sociodemográfico y clínico de mujeres con cáncer ginecológico en braquiterapia. **Método:** estudio transversal que incluyó registros de 1.930 visitas de mujeres en braquiterapia asistidas entre 2006-2016 en Santa Catarina (Brasil). La recolección se realizó en 2019, en un banco institucional, sometida a medidas de frecuencia, prueba qui-cuadrado, intervalos de confianza al 95%, nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** predominaron las mujeres entre 40-59 años (47,2%), blancas (93,3%); con educación primaria (65%); cáncer de cuello uterino (78,5%); en estadios II-III (73,3%). Al comparar las proporciones de estadificación en la variable topografía, encontramos una mayor proporción de malignidad cervical no especificada la estadificación agrupada III-IV (84,6%). **Conclusión:** el análisis del perfil muestra la necesidad de cribado y educación sanitaria para la prevención y/o detección temprana de cánceres ginecológicos y la formación de enfermeras especializadas en radioterapia para el cuidado de la salud de la mujer. **Descriptor:** Neoplasias de los Genitales Femeninos; Perfil de Salud; Enfermería; Braquiterapia; Radioterapia.

Descritores: Neoplasias de los Genitales Femeninos; Perfil de Salud; Enfermería; Braquiterapia; Radioterapia.

INTRODUÇÃO

Os cânceres ginecológicos abrangem o colo do útero, corpo do útero, ovário, vulva, vagina e trompas uterinas. Dentre eles, destaca-se o câncer de colo do útero, por sua incidência mundial e 569.847 casos novos em 2018 (o quarto tipo de câncer que mais afeta as mulheres)⁽¹⁾.

No Brasil, em 2018, sua incidência foi de aproximadamente 16.298 (taxa bruta 15,2) e a mortalidade acometeu 8.079 mulheres (taxa bruta 7,5). Essa epidemiologia tende a diminuir com a implantação das medidas preventivas e detecção precoce das lesões neoplásicas não malignas, tendo em vista que a doença está ligada à infecção por repetição pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que pode ser prevenida pelos programas de rastreamento e de vacinação⁽¹⁻⁴⁾.

Para o estado de Santa Catarina, em 2020, estima-se que 970 mulheres (taxa bruta 26,67) poderão ter câncer do colo do útero, 300 mulheres (taxa bruta 8,22), câncer do corpo uterino, e 260 mulheres, (taxa bruta 7,29) câncer de ovário⁽⁵⁾.

Em países desenvolvidos, o número de casos do câncer do colo uterino apresenta redução significativa, como nos Estados Unidos, que conta com uma incidência de 14.065 e uma mortalidade de 5.266. Essa redução teve influência direta na imunização de meninos e meninas antes de iniciarem sua vida sexual, pois 75% das pessoas que possuem uma vida sexual ativa serão infectadas com esse vírus em algum momento. A vacina previne a infecção por HPV 6 e 11 (relacionados às verrugas anogenitais) e 16 e 18 (relacionados ao câncer do colo do útero)^(1,4).

O tratamento varia de acordo com o grau do estadiamento da doença, podendo englobar a radioterapia (braquiterapia, teleterapia), a quimioterapia e a cirurgia, que podem ser combinadas entre si, proporcionando um melhor prognóstico para a paciente^(3,6-7). A intervenção mais utilizada quando a doença não pode ser controlada no estágio inicial abrange a aplicação de radioterapia externa por feixe na pelve (teleterapia) juntamente com a quimioterapia. A cisplatina é a medicação preferida; sequencialmente, a paciente é encaminhada para a braquiterapia pélvica^(4,8).

No presente estudo, destaca-se a braquiterapia, que consiste em uma terapêutica de radiação intrauterina adaptável e guiada por imagem. Atualmente, a braquiterapia de alta taxa de dose vem sendo a mais utilizada, considerando suas vantagens quando comparada com as de baixa taxa de dose. Ressaltam-se como principais vantagens a forma de administração da radiação, três a quatro aplicações de radiação por cerca de 12 minutos e os menores efeitos colaterais⁽⁷⁾.

Cabe ainda salientar que a braquiterapia é considerada uma técnica segura para pacientes com câncer de colo uterino e endometrial, as topografias mais prevalentes dentre os cânceres ginecológico, e com resultados muito satisfatórios de regressão e até cicatrização de tumores e com menor toxicidade para tecidos normais adjacentes⁽⁹⁾.

O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), referência na atenção oncológica no estado de Santa Catarina (Brasil) e cenário desta investigação, foi a única instituição a ofertar braquiterapia pélvica de alta taxa de dose entre 2006 e 2016 às mulheres com cânceres ginecológicos residentes no estado. Assim, todas as

mulheres catarinenses que necessitaram de braquiterapia pélvica foram assistidas no CEPON no referido recorte de tempo. A disponibilização dos dados deste recorte de tempo somente ocorreu no ano de 2019, após conclusão da coleta e armazenamento das informações pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do CEPON. O perfil sociodemográfico e o perfil clínico dessas mulheres ainda não foram investigados, e esse tipo de estudo contribui para a gestão e planejamento de enfermagem e em saúde com vistas à promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

OBJETIVO

Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo seguiu as determinações legais para pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾. Foi apreciado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da proponente e coparticipante do estudo. Considerando o universo da investigação, a isenção da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi autorizada.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo observacional em epidemiologia do tipo transversal, documental, com dados secundários dos anos 2006-2016, norteado pela ferramenta STROBE *Statement-checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies*⁽¹¹⁾, com coleta de dados realizada entre agosto e dezembro de 2019, tendo como cenário o CEPON.

População, critérios de inclusão e exclusão

Mulheres (1.968 registros de atendimento) com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia entre dezembro de 2006 e dezembro de 2016, com ou sem outras terapêuticas associadas, participaram do estudo. Foram incluídos os registros de mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia no período de 2006-2016. Foram excluídos os registros de topografias do trato genital de sarcomas e neoplasias onco-hematológicas. Após aplicação destes critérios, obtiveram-se, como amostra final, 1.930 registros, analisados neste estudo.

Protocolo do estudo

A coleta de dados ocorreu em dois momentos consecutivos. Primeiramente, no Livro de Registros das Braquiterapias do Setor de Física-Médica, foram coletadas como variáveis o número dos prontuários das pacientes e o número de sessões de braquiterapia prescritas. Essa coleta foi necessária porque a teleterapia e a braquiterapia são registradas com o mesmo código (RT) no RHC do CEPON. Esse tipo de registro impedia a identificação das mulheres submetidas à braquiterapia, considerando que

algumas mulheres com câncer ginecológico realizam apenas teleterapia ou braquiterapia, e outras mulheres necessitam de teleterapia seguida de braquiterapia. O número de sessões de braquiterapia não é registrado no RHC, por isso foi coletado no referido livro de registros.

Os números dos registros dos prontuários após a coleta foram digitados em planilha construída no programa *Excel* da *Microsoft* e enviada ao RHC do CEPON, quando foram agrupadas e investigadas as variáveis: idade (primeira consulta no CEPON e no diagnóstico); raça/cor da pele; estado conjugal; grau de instrução; procedência; ano da primeira consulta na instituição; tratamento e diagnóstico anterior à primeira consulta no CEPON; estadiamento clínico; tratamentos realizados no CEPON; topografias das doenças segundo a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O): vulva (C51.0; C51.1; C51.2; C51.8; C51.9); vagina (C52.9); colo do útero (C53.0; C53.1; C53.8; C53.9); corpo do útero (C54.0; C54.1; C54.2; C54.3; C54.8; C54.9); útero (C55.9); ovário (C56.9). A disponibilização dos dados às pesquisadoras ocorreu em planilhas do *Excel*. Assim, a coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras e profissionais do RHC do CEPON.

Análise dos resultados e estatística

Os dados disponibilizados pelo RHC do CEPON foram organizados e codificados para submissão à análise estatística descritiva e inferencial, realizada por profissional estatístico.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta, relativa e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Uma ou mais formas de tratamentos foram indicadas às mulheres incluídas neste estudo, sendo essa variável analisada descritivamente por meio de estatística de múltiplas respostas. As proporções das variáveis estudadas foram comparadas entre os estadiamentos pelo Teste Qui-Quadrado. Os estadiamentos foram reclassificados em três grupos: *in situ*, I e II agrupados e III e IV agrupados. Quando significativa, a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, enfatizando-se as categorias com valores maiores ou iguais a 1,96. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no *software SPSS Statistics*, versão 25. A discussão dos resultados foi sustentada por publicações científicas vinculadas à temática da investigação.

RESULTADOS

Maior predominância foi encontrada dentre as mulheres com cor da pele branca, 1.801 (93,3%); com ensino fundamental (incompleto/completo), 1.255 (65%); com companheiro, 1.053 (54,5%) (Tabela 1).

O maior percentual das idades das mulheres foi encontrado na faixa dos 50-59 anos, 469 (24,3%), seguida da faixa dos 40-49 anos, 442 (22,9%); dentre as que receberam quatro sessões de braquiterapia, 1.304 (67,6%) e com diagnóstico e tratamento anterior a primeira consulta no CEPON, 1.492 (77,3%). Quanto à classificação do estadiamento, as proporções foram muito semelhantes e próximas a 36% nos estádios II e III, 1.328 (73,3%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Raça, grau de instrução e estado conjugal da população do estudo, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020 (N=1930)

	n	% [IC95%]*
Raça/cor da pele		
Branca	1801	93,3 [92,1; 94,4]
Preta	43	2,2 [1,6; 3]
Amarela	2	0,1 [0; 0,3]
Parda	77	4 [3,2; 4,9]
Sem informação	7	0,4 [0,2; 0,7]
Grau de instrução		
Nenhuma	79	4,1 [3,3; 5]
Fundamental incompleto	504	26,1 [24,2; 28,1]
Fundamental completo	751	38,9 [36,8; 41,1]
Nível médio	306	15,9 [14,3; 17,5]
Superior incompleto	25	1,3 [0,9; 1,9]
Superior completo	108	5,6 [4,6; 6,7]
Sem informação	157	8,1 [7; 9,4]
Estado conjugal		
Solteira	315	16,3 [14,7; 18]
Casada	952	49,3 [47,1; 51,6]
Viúva	273	14,1 [12,6; 15,8]
Separada judicialmente	210	10,9 [9,6; 12,3]
União consensual	101	5,2 [4,3; 6,3]
Sem informação	79	4,1 [3,3; 5]

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil).
 Nota: *Análise descritiva; IC - intervalo de 95% de confiança.

Tabela 2 – Idade na primeira consulta, diagnóstico e tratamento anterior, estadiamento da doença e número de sessões de braquiterapia da população do estudo, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020 (N=1930)

	n	% [IC95%]*
Idade 1ª consulta		
18 --- 20	1	0,1 [0; 0,2]
20 --- 30	80	4,1 [3,3; 5,1]
30 --- 40	346	17,9 [16,3; 19,7]
40 --- 50	442	22,9 [21,1; 24,8]
50 --- 60	469	24,3 [22,4; 26,3]
60 --- 70	364	18,9 [17,2; 20,7]
70 --- 95	227	11,8 [10,4; 13,3]
Sem informação	1	0,1 [0; 0,2]
Diagnóstico e tratamento anterior		
Sem diagnósticos/sem tratamento	22	1,1 [0,7; 1,7]
Com diagnósticos/sem tratamento	413	21,4 [19,6; 23,3]
Com diagnóstico/com tratamento	1492	77,3 [75,4; 79,1]
Outros	1	0,1 [0; 0,2]
Sem informação	2	0,1 [0; 0,3]
Estadiamento		
In situ	15	0,8 [0,5; 1,3]
I	377	20,8 [19; 22,7]
II	648	35,8 [33,6; 38]
III	680	37,5 [35,3; 39,8]
IV	92	5,1 [4,1; 6,2]
Sem informação	118	6,1 [5,1; 7,2]
Braquiterapia prescrita		
2 sessões	90	4,7 [3,8; 5,7]
3 sessões	500	25,9 [24; 27,9]
4 sessões	1304	67,6 [65,5; 69,6]
5 sessões	35	1,8 [1,3; 2,5]
6 sessões	1	0,1 [0; 0,2]

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil).
 Nota: *Análise descritiva; IC - intervalo de 95% de confiança.

Na comparação das proporções dos estadiamentos entre as variáveis estudadas, não foi encontrado efeito nas variáveis idade na primeira consulta, grau de instrução ou procedência ($p \geq 0,05$), ou seja, fixando uma categoria de uma variável, as proporções não foram diferentes entre os estadiamentos. Já na variável topografia, houve diferença nas proporções dos estadiamentos; encontrou-se

uma maior proporção da neoplasia maligna do colo do útero não especificada nos estadiamentos III e IV agrupados (84,6%) e uma maior proporção de neoplasia maligna do endométrio com grau I e II agrupados (24,2%) quando comparada com a proporção das outras categorias de estadiamentos. Outras proporções maiores, comparadas com o estadiamento, identificadas no Teste Qui-Quadrado, foram a idade ao diagnóstico dos 60-69 anos (20,6%) e neoplasia maligna da vagina no estágio *in situ* (46,7%). Na Tabela 3, apresenta-se a totalidade dos achados (dados sem informações não foram incluídos nos cálculos).

Maior predominância também foi encontrada entre as mulheres procedentes da Grande Florianópolis, 628 (34,1%) e com diagnóstico de neoplasias maligna acometendo o colo do útero (C53.0, C53.8, C53.9), 1.421 (78,5%) (Tabela 3).

Aplicando a análise de múltipla resposta, identificou-se que foram prescritos 2.870 tipos de tratamentos a partir da primeira consulta no CEPON. A radioterapia (braquiterapia associada ou não a teleterapia) foi encontrada em 2.309 registros (80,5%), seguida da quimioterapia, com 503 registros (17,5%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Tratamentos realizados pela população do estudo segundo análise de múltipla resposta. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020, (N=1930)

Tipos de tratamento	n	% [IC95%]
Cirurgia	55	1,9 [1,5; 2,5]
Radioterapia (braquiterapia e/ou teleterapia)	2309	80,5 [79,0; 81,9]
Quimioterapia	503	17,5 [16,2; 18,9]
Hormonioterapia	3	0,104 [0,03; 0,28]
Total	2870	100

Fonte: Registro Hospitalar do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil).

Dentre as terapêuticas realizadas no CEPON, a realização exclusiva da braquiterapia foi a mais prevalente. 1.337 mulheres (69,3%) foram submetidas à terapêutica. A associação da teleterapia com a quimioterapia, seguida da braquiterapia, foi a segunda mais prevalente, sendo indicada a 294 mulheres (15,2%); 176 mulheres (9,1%) foram submetidas à cirurgia e braquiterapia; outras associações terapêuticas oscilaram entre 1 e 59 indicações.

Tabela 3 - Comparação das proporções dos estadiamentos das doenças entre as variáveis estudadas, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020

	Total	Estadiamento**	p
	n	<i>in situ</i> n (%)	
	% [IC95%]*	I+II n (%)	III+IV n (%)
Idade ao diagnóstico (N=1807)			0,040
min --- 20	2	0(0)	1(0,1)
20 --- 30	86	0(0)	42(4,1)
30 --- 40	340	4(26,7)	192(18,8)
40 --- 50	414	2(13,3)	221(21,6)
50 --- 60	444	1(6,7)	258(25,3)
60 --- 70	334	5(33,3)	210(20,6)
70 --- Max	187	3(20)	97(9,5)
Grau de instrução (N=1661)			0,542
Nenhuma	75	1(7,7)	34(3,6)
Fundamental incompleto	486	5(38,5)	266(28,4)
Fundamental completo	689	5(38,5)	393(41,9)
Nível médio	286	2(15,4)	170(18,1)
Superior incompleto	25	0(0)	18(1,9)
Superior completo	100	0(0)	57(6,1)
Procedência (N=1812)			0,343
Grande Florianópolis	628	4(26,7)	364(35,5)
Nordeste	203	4(26,7)	117(11,4)
Vale do Itajaí	32	0(0)	16(1,6)
Planalto Norte	60	0(0)	32(3,1)
Foz do Rio Itajaí	7	0(0)	2(0,2)
Sul	289	6(40)	158(15,4)
Extremo Oeste	268	0(0)	152(14,8)
Meio-Oeste	222	1(6,7)	120(11,7)
Planalto Serrano	103	0(0)	64(6,2)
Topografia CID-10*** (N=1812)			<0,001
C51.9	1	0(0)	0(0)
C52.9	24	7(46,7)	11(1,1)
C53.0	16	0(0)	8(0,8)
C53.8	1	0(0)	1(0,1)
C53.9	1404	8(53,3)	743(72,5)
C54.1	342	0(0)	248(24,2)
C54.2	1	0(0)	1(0,1)
C54.3	1	0(0)	1(0,1)
C54.8	1	0(0)	0(0)
C54.9	18	0(0)	11(1,1)
C55.9	2	0(0)	1(0,1)
C56.9	1	0(0)	1(0,1)

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil).

Nota: *Análise descritiva; **Teste Qui-Quadrado. Em destaque as caselas com análise de resíduo ajustado padronizado maiores que 1,96; ***C51.9 - Neoplasia maligna da vulva, não especificada; C52.9 - Neoplasia maligna da vagina; C53.0 - Neoplasia maligna do endocérvis; C53.8 - Neoplasia maligna do colo do útero com lesão invasiva; C53.9 - Neoplasia maligna do colo do útero não especificada; C54.1 - Neoplasia maligna do endométrio; C54.2 - Neoplasia maligna do miométrio; C54.3 - Neoplasia maligna do fundo do útero; C54.8 - Neoplasia maligna do corpo do útero com lesão invasiva; C54.9 - Neoplasia maligna do corpo do útero não especificada; C55.9 - Neoplasia maligna do útero não especificada; C56.9 - Neoplasia maligna inespecífica do ovário.

A maioria das mulheres era procedente da Grande Florianópolis (22 municípios próximos a Florianópolis), 628(34,7%); porém, a soma das outras procedências equivaliu a 1.184 (65,3%), o que mostra que a maioria das mulheres atendidas no CEPON realizou o tratamento fora do domicílio.

O ano de 2014 correspondeu ao ano com maior número de consultas de primeira vez realizadas pelo CEPON às mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia, quando 248 mulheres (12,8%) foram assistidas (Figura 1).

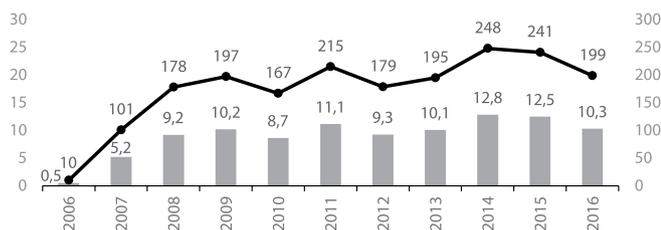


Figura 1 - Frequência da primeira consulta das mulheres em braquiterapia pélvica no Centro de Pesquisas Oncológicas entre 2006-2016, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020 (N=1930)

DISCUSSÃO

A maior incidência dos casos de cânceres ginecológico ter ocorrido na topografia colo do útero reafirma a epidemiologia mundial que aponta esse tipo de câncer como o mais incidente⁽¹²⁾. No entanto, cabe destacar que o câncer endometrial é a neoplasia ginecológica mais comum nos países desenvolvidos, com uma incidência crescente, diferindo do câncer do colo do útero que é mais incidente nos países com menor renda⁽²⁾. Assim, este estudo evidencia que a prevenção do câncer do colo do útero em Santa Catarina ainda necessita de maior atenção do sistema de saúde.

A *International Agency for Research on Cancer* afirma que em 2018 ocorreram cerca de 570 mil novos casos de câncer do colo do útero, com incidência cumulativa (1/100) de 1,36%. As maiores incidências cumulativas dentre os cânceres ginecológicos foram encontradas na África Oriental, com 52.633 casos novos de câncer do colo do útero (4,34%); na América do Norte, com 380 mil casos novos de câncer do corpo uterino (2,55%); na Europa Oriental e Central, com 295 mil casos novos de câncer de ovário (1,31%); na África Oriental, com 44.000 casos novos de câncer de vulva (0,56); no Caribe, com 17 mil casos novos de câncer de vagina (0,15%)⁽¹²⁾.

A idade para os diagnósticos das doenças se aproximou aos achados de outros estudos. Um estudo de revisão aponta que as mulheres com câncer de endométrio são diagnosticadas aos 60 anos (média idade) com câncer no ovário entre 55-65 anos, na vagina, >60 anos e na vulva, entre 75-84 anos⁽¹³⁾. Um estudo americano mostra que 54% das mulheres com câncer do colo do útero têm diagnóstico com menos de 50 anos, seguida das mulheres entre 50-69 anos (33%) e com doenças localizadas⁽¹⁴⁾. Em um estudo ecológico de série temporal realizado no Brasil, observou-se que o risco de morte por câncer do colo do útero cresce em mulheres a partir dos 60 anos⁽¹⁵⁾.

Diante desses achados e os encontrados por este estudo, evidencia-se a importância da atenção às mulheres em todas as faixas etárias para prevenção e/ou detecção precoce dos

cânceres ginecológicos. 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.

A cor da pele das mulheres neste estudo foi predominante branca, diferindo de outros estudos que apontam número mais elevado dentre as mulheres de cor preta ou não branca⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Um estudo americano aponta que as mulheres negras têm maiores taxas de incidência e mortalidade e menor sobrevida do que as mulheres brancas. Um estudo brasileiro aponta que as mulheres não brancas equivalem a 91,75%⁽¹⁶⁾. No que se refere à diferença encontrada, a colonização em Santa Catarina é fortemente relacionada aos países europeus. Mais de 5 milhões de catarinenses são brancos, seguidos por 800 mil pardos e 183 mil pretos, 26 mil amarelos e cerca 16 mil indígenas⁽¹⁸⁾. Logo, os achados deste estudo não poderiam ser semelhantes aos dos outros estudos, pois o número de mulheres negras no estado é inferior às populações dos outros estudos.

Um estudo aponta que 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⁽¹⁹⁾; tal condição favorece o desenvolvimento do câncer do colo do útero, topografia mais incidente dentre todos os tipos de cânceres ginecológicos. Assim, pode-se dizer que a condição de vida se sobrepõe ao aspecto raça como fator de risco para a doença.

Em relação ao grau de instrução, ocorreu outra semelhança, pois um estudo aponta que 55,6% das mulheres com câncer de colo do útero têm até sete anos de escolaridade, que mulheres com baixo nível de escolaridade (OR=4,07; IC95%=2,06-8,16) e de raça/cor não branca (OR=2,22; IC95%=1,05-4,65) apresentam associação para o acometimento de lesões de alto grau⁽²⁰⁾. Em outro estudo, o percentual de escolaridade até o ensino fundamental (incompleto/completo) foi igual a 61,37%⁽¹⁶⁾. O estado conjugal nesse estudo e em outros não mostrou diferença significativa, pois cerca da metade ou mais dos casos ocorrem em mulheres casadas/união consensual^(17,20-21).

O estadiamento encontrado teve predomínio dos estádios II e III, resultado similar foi encontrado em outro estudo brasileiro, que apontou que 39,5% das mulheres em radioterapia foram diagnosticadas no estágio II e 45,9%, no estágio III⁽²²⁾. Mas, cabe destacar que os casos de câncer do colo do útero, maioria dos casos nesta investigação, na comparação das proporções com o estadiamento, prevaleceram os estádios mais elevados. Considerando o contexto investigado, que inclui somente mulheres em braquiterapia, indicada nos casos de doenças mais avançadas, tal fato pode ser justificado. Entretanto, evidencia-se a morosidade do sistema de saúde para iniciar o tratamento na alta complexidade em estágio que possa permitir melhores prognósticos e menores complicações.

Nessa perspectiva, reforça-se a importância da implementação das diretrizes brasileiras⁽²³⁾, abrangendo as ações na atenção básica e média complexidade para o rastreamento do câncer do colo do útero, com identificação e tratamento precoce das lesões neoplásicas e detecção e tratamento precoce das lesões neoplásicas malignas. Cuidado similar deve também ser adotado

para os outros tipos de cânceres ginecológicos, considerando a ausência de políticas específicas.

Quanto à comparação das proporções entre a topografia endométrio e o estadiamento, que mostrou os estádios I e II como os mais frequentes, este achado também se assemelha aos achados de estudo coreano (estádio I 34,9%; II 27,9%), que ainda aponta que 52,3% das mulheres foram tratadas somente com cirurgia, 18,6% com cirurgia e radioterapia e 2,3% com cirurgia, quimioterapia e radioterapia⁽²⁴⁾.

Em relação às modalidades terapêuticas encontradas no estudo coreano, não são possíveis comparações com o apresentado neste estudo, pois os resultados na Coreia abrangem a totalidade dos casos da doença e das modalidades terapêuticas indicadas⁽²⁴⁾. Neste estudo, a investigação se limitou às mulheres que necessitaram de braquiterapia. Dessa forma, as mulheres que necessitaram de outras modalidades terapêuticas para o controle da doença e não precisaram realizar tratamento fora de domicílio não foram tratadas no cenário do estudo. Além disto, os registros do RHC somente identificam as mulheres que realizaram tratamentos anteriores à primeira consulta no CEPON, mas não registram que tipo de tratamento foi realizado.

Os três principais cânceres ginecológicos são o do colo do útero, do endométrio e do ovário. O câncer do colo do útero é a quarta neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo, resultando em mais de 300 mil mortes em 2018⁽²⁾. O câncer de ovário ocasionou 184.799 mortes no mesmo ano⁽¹⁾, enquanto o câncer de corpo uterino quase 90 mil mortes em 2018, sendo que os carcinomas endometriais representam o maior número desses casos, pois menos de 10% dos cânceres de corpo uterino são sarcomas. Os carcinomas endometrioides compõem mais de 83% dos cânceres do corpo uterino^(1,24). Essa condição epidemiológica por si só revela a urgência da atenção às mulheres na prevenção e detecção precoce dos cânceres ginecológicos.

Limitações do estudo

Como limitação deste estudo, considera-se a incompletude de alguns dados. Exemplifica-se o estadiamento dos casos, pois 118 mulheres estavam sem esse registro e a ausência dos registros das formas terapêuticas realizadas antes da primeira consulta

no CEPON segundo as normas adotadas pelo RHC do CEPON. Optou-se neste estudo manter a inclusão dos casos com as incompletudes das informações para evidenciar esta realidade, apesar do limite imposto aos cálculos estatísticos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

As implicações para a enfermagem diante do perfil aqui revelado abrangem a relevância das práticas de educação em saúde, enquanto as taxas de escolaridade mais baixas permanecerem no território nacional; a avaliação em saúde periódica prioritária de mulheres entre os 25 e 70 anos, de forma a garantir a prevenção e a detecção precoce dos cânceres ginecológicos, destacando-se o câncer do colo de útero; a desmistificação da vacina contra o HPV, considerando seu fator de proteção às meninas/mulheres. Cabe destacar a importância da formação especializada de enfermeiros para atuação no contexto da radioterapia/braquiterapia, pois o número reduzido destes profissionais ainda é encontrado nos diversos cenários institucionais. Desta forma, considera-se que os resultados apontados pelo estudo possam contribuir para melhor gestão em saúde e dos cuidados de enfermagem no CEPON e na Atenção Primária à Saúde no estado de Santa Catarina.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico de mulheres catarinenses em braquiterapia entre 2006-2016 evidencia a idade entre os 40-59 anos, com a cor da pele branca, com menores graus de instrução, com companheiros e procedentes da Grande Florianópolis como o grupo mais acometido pelos cânceres ginecológicos. Quanto ao perfil clínico, predominam as mulheres com neoplasias malignas acometendo o colo do útero no estadiamento II e III. Na comparação da proporção dos estadiamentos entre as variáveis estudadas, não foi encontrado efeito nas variáveis idade na primeira consulta e grau de instrução ou procedência ($p \geq 0,05$). Na variável topografia CID-O, encontrou-se diferença ($p < 0,001$), uma maior proporção de neoplasia maligna do colo do útero não especificada nos estadiamentos III e IV agrupados e de neoplasia maligna do endométrio com grau I e II agrupados.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-24. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Lee SY, Kim E, Kim HS, Koo YJ, Lee DH. Clinical and histopathologic analysis of gynecological cancer: a single institute experience over 7 years. *Yeungnam Univ J Med.* 2020;yujm.2019.00451. <https://doi.org/10.12701/yujm.2019.00451>
3. Cheung T, Lau Joseph JTF, Wang JZ, Mo P, Siu CK, Chan RTH, Ho JYS. The acceptability of HPV vaccines and perceptions of vaccination against HPV among physicians and nurses in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(10):e1700. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101700>
4. Bakker RM, Mens JWM, Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, Braat C, Hompus WCP et al. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Support Care Cancer.* 2017;25:729-37. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3453-2>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
6. Valakh V, Coopey BC. Factors Associated with duration of overall treatment time for cervical cancer treated with definitive chemoradiotherapy. *Cureus.* 2019;11(10):e5951. <https://doi.org/10.7759/cureus.5951>

7. Nurkic SR, Ocampo AI, Gadea MJP, Greenwalt J, Vicente MJ, Velasquez AL, et al. Implementation of high dose-rate brachytherapy for cervix cancer in a low-income country. *Ann Glob Health*. 2018;84(4):679-82. <https://doi.org/10.29024/aogh.2377>
8. Zhang Daguang, Yang Zhiyong, Jiang Shan, Zhou Lin, Zhou Zeyang, Wang Wei. Individualized and inverse optimized needle configuration for combined intracavitary-interstitial brachytherapy in locally advanced cervical cancer. *J Can Res Ther*. 2019;15:1589-96 https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_292_19
9. Uyeda M, Friedrich F, Pellizzon ACA. High dose rate (HDR) brachytherapy in gynecologic cancer regression: a review of the literature. *Appl Cancer Res*. 2018;38(19). <https://doi.org/10.1186/s41241-018-0070-z>
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, Diário Oficial da União, 2012 Dec 12. Brasília; 2012[cited 2020 May 12]. Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Equator Network. STROBE Statement-Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies [Internet]. United Kingdom: Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDOORMS, University of Oxford [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_checklist_v4_case-control.pdf
12. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2018 [cited 2020 May 19]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
13. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA, Whitlock EP. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: A Systematic review for the U.S. preventive services task force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017[cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442155/table/ch1.t1/>
14. Quinn BA, Deng X, Colton A, Bandyopadhyay D, Carter JS, Fields EC. Increasing age predicts poor cervical cancer prognosis with subsequent effect on treatment and overall survival. *Brachytherapy*. 2019;18(1):29-37. <https://doi.org/10.1016/j.brachy.2018.08.016>
15. Nascimento SG, Carvalho CPAL, Silva RS, Oliveira CM, Bonfim CV. Decline of mortality from cervical cancer. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl-1):585-90. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0530>
16. Benard VB, Watson M, Saraiya M, Harewood R, Townsend JS, Stroup AM, et al. Cervical cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): findings from the CONCORD-2 study. *Cancer*. 2017;123(24):5119-37. <https://doi.org/10.1002/cncr.30906>
17. Silva RCG, Silva ACO, Peres AL, Oliveira SR. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(4):695-702. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2020 May 19]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
19. Oliveira BLCA, Luiz RR. Racial density and the socioeconomic, demographic and health context in Brazilian cities in 2000 and 2010. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190036. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190036>
20. Melo WA, Pelloso SM, Alvarenga A, Carvalho MDB. Factors associated with abnormalities of the cytopathological uterine cervix test in South of Brazil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2017;17(4):637-43. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400002>
21. Silva AAL, Rosa LM, Schoeller SD, Radünz V, Martins MM, Martins HIV, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer no trato genital submetidas à radioterapia. *Cogitare Enferm*. 2019;24. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58467>
22. Nascimento MI, Silva, GA. Waiting time for radiotherapy in women with cervical cancer. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:92. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005953>
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). 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.
24. Casey MJ, Summers GK, Crotzer D. *Cancer, Endometrial* [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2020 Jan [cited 2020 May 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525981/>