

Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso*

Cervical carcinoma: survival rate and prognostic factors in women in the state of Mato Grosso

Carcinoma de cuello de útero: tasa de sobrevida y factores pronósticos en mujeres en el Estado de Mato Grosso

Janete Tomiyoshi Nakagawa¹, Mariano Martínez Espinosa², Márcia Barbieri³, Janine Schirmer⁴

RESUMO

Objetivos: Analisar a taxa de sobrevida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso e identificar os fatores prognósticos que mais influenciaram no tempo de sobrevida. **Métodos:** Estudo tipo coorte, realizado por meio da análise dos prontuários clínicos, e dados do Sistema de Informação do Colo do Útero, Sistema de Informação sobre Mortalidade, Sistema de Informação Autorização de Procedimentos Alta Complexidade. A população correspondeu a 55 mulheres que apresentaram esse tipo de carcinoma e tiveram seguimento clínico entre 2002 e 2007. **Resultados:** A taxa de sobrevida global foi de 66,7%. Os fatores prognósticos que influenciaram na taxa de sobrevida foram: idade, presença de sintomatologia sugestiva de câncer cervical e estágio tardio da doença no momento do diagnóstico. **Conclusão:** Apesar da taxa de sobrevida global encontrada assemelhar-se às taxas de países desenvolvidos, foi menor em mulheres com condições sociais desfavoráveis.

Descritores: Taxa de sobrevida; Neoplasias do colo do útero; Análise multivariada; Prognóstico

ABSTRACT

Objectives: To analyze the survival rate of women undergoing treatment for cervical cancer in the state of Mato Grosso and identify the prognostic factors that most influenced the survival time. **Methods:** A cohort study, conducted by analysis of medical records, among others. The population included 55 women who experienced this type of carcinoma and had clinical follow-up between 2002 and 2007. **Results:** The overall survival rate was 66.7%. The prognostic factors that influenced survival rate were: age, presence of symptoms suggestive of cervical cancer, and late stage of disease at diagnosis. **Conclusion:** Although the overall survival rate was similar to the rates of developed countries, it was lower in women with unfavorable social conditions.

Descriptors: Survival rate; Uterine cervical neoplasms; Multivariate analysis; Prognosis

RESUMEN

Objetivos: Analizar la tasa de sobrevida de mujeres sometidas al tratamiento de cáncer de cuello de útero en el Estado de Mato Grosso e identificar los factores pronósticos que más influyeron en el tiempo de sobrevida. **Métodos:** Estudio de tipo cohorte, realizado por medio del análisis de las historias clínicas, entre otros. La población correspondió a 55 mujeres que presentaron ese tipo de carcinoma y tuvieron seguimento clínico entre 2002 y 2007. **Resultados:** La tasa de sobrevida global fue del 66,7%. Los factores pronósticos que influyeron en la tasa de sobrevida fueron: edad, presencia de sintomatología sugestiva de cáncer cervical y estadio tardío de la enfermedad en el momento del diagnóstico. **Conclusión:** A pesar de que la tasa de sobrevida global encontrada se asemeje a las tasas de países desarrollados, fue menor en mujeres con condiciones sociales desfavorables.

Descriptores: Tasa de supervivencia; Neoplasias del cuello uterino; Análisis multivariante; Prognóstico

* Artigo extraído da Tese de Doutorado "Avaliação do Programa Nacional de controle do câncer do colo de útero no Estado do Mato Grosso: impacto sobre o perfil da doença", apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil (2009).

¹ Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT - Cuiabá, (MT), Brasil.

² Professor Adjunto do Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Exatas da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT - Cuiabá, (MT), Brasil.

³ Professora Associada da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professora Titular da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

Autor Correspondente: **Janete Tomiyoshi Nakagawa**

R. 4 Quadro 21, casa 18 - Recanto dos Pássaros - Cuiabá - MT - Brasil

CEP. 78075-240 E-mail: tominaka2003@hotmail.com

Artigo recebido em 15/07/2010 e aprovado em 17/04/2011

INTRODUÇÃO

O carcinoma ou câncer do colo do útero representa a neoplasia mais comum em mulheres que residem em áreas menos desenvolvidas, sobretudo na região Norte do País, incluindo uma parte do Norte do Estado de Mato Grosso. É o segundo tipo de câncer mais frequente entre a população feminina do Estado e também a segunda causa de mortalidade por neoplasia, com taxa ajustada por idade de 7,74/100.000 mulheres em 2007⁽¹⁾.

Desde 1998, diante da alta mortalidade por câncer do colo do útero, a redução da doença passou a ser uma das prioridades da Política de Saúde do Estado de Mato Grosso, quando se implantou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU). Em razão da prioridade do problema, em 2002, houve a segunda fase de intensificação do programa, com rastreamento de, pelo menos, 92.000 mulheres em todo o território do Estado, que resultou em 1.109 citologias alteradas entre lesões precursoras e carcinomas *in situ* e invasivos.

Com o objetivo de analisar os resultados obtidos pelo PNCCU no Estado de Mato Grosso, foi feito um estudo de análise de sobrevida dos casos de carcinoma invasivo do colo do útero detectados em 2002 e que foram submetidos a tratamento e seguimento clínico, entre 2002 e 2007, norteado pela seguinte pergunta: qual o impacto do PNCCU no Estado de Mato Grosso?

Ressalta-se que o estudo de sobrevida é um importante indicador de acompanhamento e controle do câncer. Com frequência é usado para avaliar a eficácia do tratamento, a disponibilidade e acessibilidade dos recursos disponíveis, sendo útil na avaliação de resultados dos programas de saúde. Além disso, estudos dessa natureza permitem detectar os fatores que mais influenciam na taxa de sobrevida dos casos de cânceres.

Com base nos estudos em diversos países, diferentes taxas de sobrevida vêm sendo registradas nos casos de carcinoma do colo do útero. Nos Estados Unidos da América, estudos mais recentes detectaram taxa de sobrevida de 70,1%⁽²⁾. Na Austrália, França e Inglaterra, as taxas encontradas, foram de 72%, 67% e 60%, respectivamente, enquanto as mais baixas encontram-se na Índia (40%) e Filipinas com 29%⁽³⁾. Estes dados mostram que existe uma relevante diferença na taxa de sobrevida nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento⁽²⁾. Vários fatores contribuem para a existência dessa diferença, dentre eles a detecção precoce, pois, conforme estudos realizados há uma menor proporção de carcinoma *in situ*, ou seja, tumor localizado em países em desenvolvimento do que nos EUA, indicando que, naqueles em desenvolvimento, a doença está sendo detectada somente na fase avançada.

Estudos realizados no Brasil verificaram taxas de sobrevida diferenciadas, de acordo com o tratamento

realizado. A taxa das mulheres que havia recebido quimioterapia foi de 62,6%⁽⁴⁾, 65,3% das que realizaram braquiterapia⁽⁵⁾ e de 64,3% das que se submeteram à exenteração pélvica pós-tratamento primário com radioterapia⁽⁶⁾. Possivelmente, estas diferenças estejam relacionadas muito mais com a extensão da doença, que determina o tipo de tratamento. Por isso, maior grau de invasão é considerado um dos mais importantes indicadores de prognóstico.

As condições sócio-demográficas também têm variado as taxas de sobrevida. Em especial, a idade tem influenciado, consideravelmente, nas taxas de sobrevida nos casos de cânceres, em geral⁽⁷⁾.

Frente ao exposto, os objetivos do estudo foram analisar a taxa de sobrevida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer do colo de útero no Estado do Mato Grosso e identificar os fatores prognósticos que mais influenciaram nessa taxa entre as mulheres que apresentaram carcinoma invasivo, em 2002, e que se submeteram ao tratamento no Estado de Mato Grosso, no período de 2002 e 2007.

MÉTODOS

O tipo de estudo foi coorte retrospectivo. A população estudada totalizou 55 mulheres e correspondeu às que se apresentaram nos serviços de atenção secundária/terciária de Referência Estadual em Oncologia, localizados no Município de Cuiabá, Mato Grosso, com diagnóstico confirmado de carcinoma invasivo do colo do útero na segunda fase de intensificação do PNCCU e que se submeteram ao seguimento clínico entre 2002 e 2007.

Os critérios de inclusão foram mulheres com diagnóstico de carcinoma invasivo do colo do útero, residentes em Mato Grosso, em 2002 e com acompanhamento clínico nos Serviços de Referência Estadual de Mato Grosso. Já os critérios de exclusão foram os casos de carcinomas *in situ*, ou mulheres que, embora tivessem realizado o tratamento no Estado de Mato Grosso, procederam de outros Estados, sobretudo do Norte do País.

Os dados foram coletados em 2008, cujas fontes foram os prontuários clínicos e dados do Sistema de Informação do Colo do Útero, Sistema de Informação sobre Mortalidade, Sistema de Informação Autorização de Procedimentos Alta Complexidade.

A variável dependente foi o óbito por câncer do colo do útero e as variáveis independentes sócio-demográficas foram: idade, raça/cor e ocupação. A idade foi categorizada em duas faixas etárias: menos de 50 anos e 50 anos ou mais. A cor/raça foi categorizada em branca e não branca, e a ocupação categorizada em atividade remunerada ou não.

As variáveis clínicas foram: presença, ou não, de sintomatologias sugestivas da doença, tempo decorrido entre

diagnóstico e tratamento e, por último, a extensão da doença.

A presença de manifestação da doença foi dicotomizada em presente ou ausente. O tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento foi dividido em: um mês ou menos, um a três meses, mais de três meses. O estadiamento da doença no momento do diagnóstico foi analisado e categorizado em graus I a IV, conforme a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria⁽²⁾. Por último, foi analisada a presença ou não de metástase. Para estimar a probabilidade de sobrevivência a cada tempo, foi usado o estimador de Kaplan-Meier⁽⁸⁻¹⁰⁾, analisado, primeiramente, de forma global, ou seja, sem estratificação; no segundo momento, com estratificação pelas covariáveis determinadas no estudo. Para analisar as diversas curvas, foi usado o teste de Logrank, a fim de obter a proporcionalidade de risco.

Com o propósito de estimar o efeito das covariáveis na sobrevivida das participantes, ajustou-se o modelo de Cox e com base na significância dos riscos relativos aos tempos, definidos pelo exponencial dos parâmetros, decidiu-se quais as covariáveis que entrariam no modelo multivariado⁽⁸⁾.

Na análise multivariada inicial, todas as variáveis foram incluídas no modelo, sendo retiradas e recolocadas, uma a uma, conforme o nível de significância estatística de 0,05 estabelecida para os coeficientes, de acordo com os resultados dos testes de Wald e da razão da verossimilhança entre os modelos ajustados. Além disso, foram testadas todas as possíveis interações entre variáveis. As que permaneceram no modelo final foram aquelas se mostraram estatística e epidemiologicamente significantes, depois de controladas pelas demais no modelo de Cox. O pressuposto da proporcionalidade necessária ao modelo de Cox foi testado com o método gráfico e com o teste da covariável dependente no tempo.

O tempo de sobrevivida foi calculado em meses e compreendeu da data da cirurgia/início do tratamento à ocorrência de óbito ou da última consulta, considerando o último dia de 2007 ou quando completasse os 60 meses, como data término do estudo. Os casos de óbitos por câncer do colo do útero que ocorreram durante o período de estudo, foram denominadas "falhas". Já os casos em que houve a sobrevivência até o término do estudo, foram classificados como censura. Cada caso teve seu tempo de acompanhamento incluído na composição do grupo de risco. Para os casos de perda do seguimento, considerou-se a data referente ao último acompanhamento registrado no prontuário médico como a data da censura.

Para a coleta de dados, foi usado o programa EPI INFO versão 3.5 com digitação dupla. Para as análises estatísticas descritivas e inferenciais, foram empregados os programas SPSS 15.0 e EPI INFO versão 3.5.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob registro nº 0961/07 em 6 de julho de 2007 e

pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, sob registro nº 297/2006, em 13 de dezembro de 2006, sendo assegurado o anonimato das mulheres que participaram do estudo.

RESULTADOS

O tempo de seguimento variou de 2 a 60 meses, o tempo médio foi de 47 meses e o tempo mediano de 60 meses.

Ao final do seguimento, foram observados os seguintes resultados nas 55 mulheres que apresentaram carcinoma invasivo:

- 36 mulheres (65,5%) estavam vivas e foram observadas por 60 meses, estes casos foram considerados censuras;
- 18 casos (32,7%) foram considerados falhas, cuja causa básica da morte foi o câncer do colo do útero;
- 1 caso (1,8%) de morte ocorreu por outra causa e, portanto, considerado censura.

A taxa de sobrevivida global, ou seja, a taxa sem estratificação, em 60 meses, estimada pelo método de Kaplan-Meier foi de 66,7%. O tempo médio de sobrevivida foi de 23,5 meses, e o tempo mediano de sobrevivida foi de 18,5 meses. Não houve perda de seguimento.

Os dados da Tabela 1 mostram o número e a proporção de mulheres que tiveram carcinoma, o número e a proporção de casos que faleceram, a taxa de sobrevivida e seu respectivo valor-*p* obtidos por meio da curva de Logrank (Mantel-Cox) estratificada, conforme as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

A taxa de sobrevivida global, em 60 meses, foi de 63,6% nas mulheres com idade inferior a 50 anos e de 71,4% naquelas na faixa etária dos 50 anos ou mais, com *p* = 0,524. O RR de óbito por neoplasia cervical das mulheres com idade superior a 50 anos foi de 1,12, com *p* = 0,83.

A taxa de sobrevivida das mulheres de raça/cor branca foi de 75,9% e das não brancas foi de 56%, com *p* = 0,183. O Risco Relativo (RR) de óbito das não brancas foi de 3,41 em relação às brancas. O resultado mostrou ser estatisticamente significativo (*p* = 0,028).

As mulheres com ocupação remunerada apresentaram taxa de sobrevivida de 70% e as sem ocupação remunerada (donas de casa) apresentaram taxa de sobrevivida menor, de 65,9%.

Quanto às variáveis clínicas, observou-se que as mulheres que apresentaram queixas/sintomas sugestivos da doença, tiveram um prognóstico pior, apresentando taxa de sobrevivida de 53,1%, e aquelas sem sintomas/queixas tiveram taxa de sobrevivida de 86,4%, cuja diferença foi estatisticamente significativa (*p* = 0,012). Entre elas, houve um maior número de mulheres que chegaram aos serviços de saúde com sintomas clínicos

Tabela 1 - Análise univariada estratificada da sobrevida, conforme as variáveis sociodemográficas e clínicas. Mato Grosso, 2002-2007

Variáveis	nº decasos	(%)*	nº óbitos	(%**)	Sobrevida 60 meses (%)***	Valor de p****
n=55						
Faixa etária						
< 50 anos	33	60,0	12	66,7	63,6	0,524
≥ 50 anos	22	40,0	6	33,3	71,4	
Raça						
Branca	30	54,5	7	28,9	75,9	0,183
Não branca	25	45,5	11	61,1	56,0	
Ocupação						
Remunerada	11	20,0	3	16,7	70,0	0,731
Não remunerada	44	80,0	15	83,3	65,9	
Queixa						
Sem sintomas	23	41,8	3	16,7	86,4	0,012
Sintomas sugestivos	32	58,2	15	83,3	53,1	
Início do tratamento						
1 mês ou menos	17	31,0	6	33,3	62,5	0,563
1 a 3 meses	31	56,3	11	61,1	64,5	
Mais de 3 meses	7	12,7	1	5,6	85,7	
Estadiamento						
I	8	14,5	-	-	100,0	0,000
II	12	21,8	-	-	100,0	
III	21	38,2	8	44,5	61,9	
IV	14	25,5	10	55,5	28,6	
Metástase à distância						
Não	41	74,5	8	44,5	80,0	0,000
Sim	14	25,5	10	55,5	28,6	

*nº total de casos = 55; ** nº total de óbitos = 18; ***Método Kaplan-Meier; **** Logrank (Mantel-Cox)

Tabela 2 - Análise multivariada entre risco de óbito e fatores prognósticos das mulheres com carcinoma invasivo, Risco Relativo (RR) entre as categorias e seus respectivos níveis de significância estatística (valor de p). Mato Grosso, 2002-2007.

Variáveis	Coefficiente	Erro-padrão coeficiente	Teste de Wald (W _i)	Valor de p	RR*	IC - 95%
n=55						
Faixa etária						
< 50 anos					1,0	
≥ 50 anos	0,118	0,558	0,044	0,833	1,125	0,37-3,36
Raça						
Branca					1,0	
Não branca	1,227	0,559	4,816	0,028	3,41	1,14-10,2
Ocupação						
Remunerada					1,0	
Não remunerada	0,571	0,692	0,681	0,409	1,77	0,45-6,87
Queixa						
Sem sintomas					1,0	
Sintomas sugestivos	1,020	0,652	2,447	0,118	2,77	0,773-9,95
Metástase						
Não					1,0	
Sim	1,953	0,585	11,147	0,010	7,05	2,24-22,20

nº total de casos = 55; nº total de óbitos = 18; *Modelo de Cox

da doença, revelando que a procura pela assistência ocorreu, muitas vezes, somente no momento em que apresentavam a manifestação da doença.

Para as mulheres que iniciaram o tratamento mais rapidamente, em menos de um mês, entre o diagnóstico e o início do tratamento com menos de um mês, a taxa de sobrevida foi de 62,5%. Já para as que começaram, após um a três meses, a taxa foi de 64,5% e para as que tiveram tratamento após mais de Três meses, a taxa de sobrevida foi de 85,7% com p de 0,563.

Quanto ao grau da doença, a taxa de sobrevida foi desfavorável para aquelas mulheres que apresentaram metástase, cuja taxa foi de 28,6%. Na ausência de metástase, este índice foi de 80%. Os óbitos ocorreram em mulheres com estadiamento III e IV. Estes dados estão de acordo com a literatura, cujo prognóstico da doença é extremamente favorável quando detectada na fase inicial.

Os dados da Tabela 2 mostram os fatores prognósticos que mais influenciaram no risco de óbito por câncer do colo do útero no Estado.

Tabela 3 - Modelo final da análise multivariada entre risco de óbito e fatores prognósticos de mulheres com carcinoma invasor, com Risco Relativo (RR) de óbito, seus respectivos IC de 95% e níveis de significância estatística (valor de *p*). Mato Grosso, 2002-2007.

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão do coeficiente	Teste de Wald (W _i)	Valor de <i>p</i>	RR*	IC - 95%
Metástase	2,036	0,511	15,875	0,00	7,65	2,81-20,85
Raça/Cor	1,102	0,510	4,657	0,03	3,00	1,10-8,18
Log likelihood = -59,838524			valor de <i>p</i> < 0,001			

Com base nos resultados da análise multivariada, considerou-se que os fatores que mais influenciaram no tempo de sobrevivida de mulheres em Mato Grosso, foram a doença na fase avançada e a raça/cor, conforme mostram os dados da Tabela 3. O risco relativo (RR) nas mulheres que apresentaram a doença na fase avançada foi 7,65 vezes maior do que nas que não apresentaram a doença na mesma fase, com *p* < 0,001. O risco relativo (RR) de óbito foi três vezes maior nas mulheres de raça/cor não branca em relação às mulheres brancas, com *p* < 0,05. O modelo final mostrou ser estatisticamente significativo, com *p*-valor < 0,05, conforme mostram os dados da Tabela 3.

DISCUSSÃO

A taxa de sobrevivida global de 60 meses encontrada no estudo foi de 66,7% e aproxima-se das taxas de países desenvolvidos, que variam entre 51% e 66%⁽¹⁾. Embora tenha havido esta semelhança, o estudo revelou menor tempo de sobrevivida para mulheres com condições sociais desfavoráveis, um perfil que se assemelha mais ao dos países em desenvolvimento e àqueles onde predominam as diferenças sociais, determinadas pelo acesso diferenciado ao diagnóstico precoce e ao tratamento efetivo⁽³⁾.

Dentre os fatores que mais se mostraram associados à taxa de sobrevivida, destacaram-se a extensão da doença e o tratamento oferecido. A taxa de sobrevivida da doença com graus III e IV foi de 61,9% e de 28,6%, respectivamente, e nos graus I e II, a taxa foi de 100%, conforme mostra a Tabela 1. Em um estudo nacional de coorte, com amostra de 278 mulheres com câncer do colo do útero, detectou-se que a taxa de sobrevivida em cinco anos para o estágio I foi de 93,5% e para o estágio IV, de 35,5%⁽¹²⁾. Observa-se que a doença, quando tratada na fase inicial, pode ser curada completamente e elevar potencialmente a taxa de sobrevivida global.

Com o advento da radioterapia, na década de 1920, constatou-se aumento significativo nas taxas de sobrevivência na maioria dos países desenvolvidos⁽²⁾. No entanto, após o advento da radioterapia, não se notou melhora significativa da taxa de sobrevivida com o surgimento de novas terapias. Na Dinamarca, por exemplo, entre 1958 e 1962, constatou-se uma taxa de sobrevivência de cinco anos de 61,3% e de 63,9% entre 1983 e 1987. Nos EUA, a sobrevivida foi de 69,1%, em 1974-76, e 71,3%, em 1992-99. Na Europa, EUA e

Japão, não houve melhora na sobrevivida⁽²⁾.

Já em muitos países em desenvolvimento, como Singapura, houve melhora da taxa de sobrevivência, com registro de 46%, entre 1968 e 1972, que se elevou para 63% entre 1988-1992⁽²⁾, provavelmente, quando os benefícios das tecnologias de tratamento foram estendidos a esses países. Espera-se que, em breve, as tecnologias de diagnósticos e de tratamentos bastante difundidas nos países desenvolvidos estendam-se a populações com limitações desses recursos terapêuticos.

Contudo, a doença na fase adiantada, mesmo em países dotados de altas tecnologias para o diagnóstico e tratamento, limita a efetividade do tratamento, pois a taxa de sobrevivência não tem ultrapassado 70% a 75%. Assim, acredita-se que, para o combate à doença, é preciso bloqueá-la nas fases precursoras, adotando medidas de prevenção e de diagnóstico precoce, de menor custo possível, de maneira a tornar um recurso acessível a todas as camadas populares, e dar ênfase à educação e ao autocuidado da população feminina.

O estudo revelou que as mulheres que iniciaram o tratamento mais rápido tiveram a taxa de sobrevivida reduzida, conforme mostram os dados da Tabela 1. O resultado, apesar de se mostrar contraditório, revela que as mulheres que foram assistidas em menor tempo foram as que apresentaram o quadro mais grave, e, portanto, tiveram prioridade no atendimento.

Outro fator que influencia na taxa de sobrevivência é a idade. Estudo baseado em amostra de 1.815.584 pacientes adultos com câncer, diagnosticados entre 1990 e 1994, com seguimento até o final de 1998, em 22 países da Europa, detectou taxas de sobrevivência de 60 meses de 73% nas mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Naquelas com idade acima de 75 anos, a taxa foi de 38%, com sua redução em mais da metade, mostrando que há uma tendência decrescente de sobrevivida com o aumento da idade⁽⁷⁾. O fato, conforme o International Agency for Research on Cancer, pode estar relacionado a fatores biológicos (tumor de crescimento) ou ser resultado de maior prevalência de doenças coexistentes, tais como a hipertensão e doenças cardiovasculares nos idosos, que podem ser somadas a uma menor possibilidade de receber o tratamento necessário, comprometendo o prognóstico⁽²⁾.

No estudo, constatou-se que a taxa de sobrevivida em mulheres com menos de 50 anos foi menor (63,6%) em relação às com mais de 50 anos (71,4%). Observou-se também que entre as mulheres com carcinoma

invasivo havia maior número daquelas com idade inferior a 50 anos (33 mulheres – 60,0%) do que as com 50 anos ou mais (22 mulheres – 40,0%), conforme mostram os dados da Tabela 1.

Os dados indicam que uma proporção muito significativa de casos de carcinoma e de óbito ocorreu na faixa etária abaixo de 50 anos no Estado. Estas mortes foram consideradas prematuras, e isto pode ser atribuído à exposição precoce aos fatores de risco, à falta de acesso aos recursos de saúde, à falta de prevenção primária e secundária e de tratamento oportuno, pois conforme mostrou o estudo, muitas mulheres acessaram os serviços de saúde somente na fase avançada da doença, com sintomas instalados, momento em que a possibilidade de cura é mínima.

Em razão das diferenças étnicas, taxas diferenciadas de sobrevida puderam ser constatadas, em países onde as diferenças sociais determinam as condições de saúde, como por exemplo, os EUA que apresentaram a taxa de sobrevida das mulheres brancas de 71% e das negras de 57%, conforme dados da *Surveillance Epidemiology and End Results* de 1986 e 1993.

Neste estudo, a taxa de sobrevida encontrada nas mulheres brancas foi de 75,9% e nas não brancas de 56%. Este resultado pode estar indicando que o acesso oportuno aos meios diagnósticos e aos tipos de tratamentos eficazes foram decisivos para melhorar a sobrevida das mulheres brancas e que, possivelmente, esse acesso foi menos alcançado pelas não brancas.

De fato, a falta de acesso aos exames preventivos entre as mulheres negras pôde ser constatada nos dados do Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2006, pois, entre aquelas com 25 anos ou mais que nunca tinham realizado o exame citológico, a proporção das brancas era de 17%, e das negras, de 25%⁽¹³⁾. A esse fator, associam-se outros que desfavorecem a população negra (composta por pretos e pardos) em nosso País, pois são as com menor nível de escolaridade, com taxas de analfabetismo superiores àquelas de outros grupos raciais⁽¹³⁾. Também são as que têm menor expectativa de vida, mais dependentes do sistema público de saúde, que mais recebem benefícios sociais e, conseqüentemente, as que mais sofrem pelas desigualdades de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o desfecho desfavorável da doença.

Os dados da Tabela 1 mostra ainda que as mulheres sem atividade remunerada (donas de casa) têm uma sobrevida menor que com atividade/ocupação remunerada. O dado revela também que a condição de ser dona de casa pode se associar, direta ou indiretamente, a outras condições sociais desfavoráveis, como por exemplo, o baixo nível de escolaridade, a condição de submissão da mulher, a baixa condição econômica, a desinformação sobre saúde, o preconceito

racial, dentre muitos outros fatores que segregam a mulher dentro de casa, excluindo-a do mercado de trabalho. O Risco Relativo (RR) de morte no presente estudo foi de 1,77 das mulheres donas de casa quando comparadas com as não donas de casa. Estudo realizado no Estado do Ceará tem detectado que um dos principais fatores impeditivos para a não realização do exame preventivo está relacionado ao contexto sociocultural⁽¹⁴⁾.

A taxa de sobrevida das mulheres que se apresentavam sintomáticas, no momento da primeira consulta clínica, foi menor (53,1%) se comparada com as que ainda não apresentavam sintomas (86,4%). Observou-se também que a proporção de mulheres com queixas/sintomas sugestivos foi maior entre as com carcinoma (58%). Este dado reforça que as mulheres procuraram o serviço de saúde somente no momento em que apresentaram sintomas/queixas, cujo diagnóstico, nestes casos, foi a doença em fase avançada. As medidas de prevenção da doença e a utilização de métodos para o rastreamento desta são recursos bem indicados para evitar que a mesma seja detectada só com base na manifestação clínica.

A presença da metástase no momento do diagnóstico foi o fator mais fortemente associado ao menor tempo de sobrevivência conforme mostram os dados da Tabela 2. Ao final do estudo, constataram-se que os fatores que mais determinaram a taxa de sobrevida de mulheres, foram: a doença na fase avançada e o fato de pertencer à raça/cor não branca, conforme mostram os dados da Tabela 3. Isto permite concluir que um conjunto de fatores sociais desfavoráveis determinados pela condição de pertencer à raça/cor não branca pode estar contribuindo para a dificuldade do acesso precoce aos serviços de saúde, determinando, assim, o diagnóstico somente na fase avançada da doença. Cabe lembrar que o estudo teve algumas limitações, dentre elas, por ser um estudo de um evento raro, o tamanho da população foi considerado pequeno, apesar de abranger toda a população doente. Esta limitação não permitiu generalizações e limitou as análises estatísticas, pois reduziu o nível de significância (valor de *p*).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, embora a taxa de sobrevida global encontrada tenha se assemelhado às taxas de países desenvolvidos, esta taxa não se distribuiu equitativamente na população feminina de Mato Grosso. A taxa de sobrevida das mulheres mato-grossenses em condições sociais adversas é menor quando comparada à taxa global encontrada no presente estudo. Isto revelou um perfil epidemiológico desfavorável dos grupos populacionais mais empobrecidos em Mato Grosso, assemelhando-se muito ao perfil dos países em desenvolvimento.

Neste sentido, verificou-se a importância de se

manter estratégias políticas semelhantes ao proposto pelo PNCCU, de forma que se mantenham a inclusão de determinados grupos populacionais que se apresentam como demanda reprimida, de forma a garantir a equidade e o acesso facilitado a toda a população usuária do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se também a importância do desenvolvimento de estudos semelhantes

em outros Estados que implantaram o PNCCU para uma avaliação geral da Política Nacional de Oncologia.

AGRADECIMENTO

Agradecemos o apoio financeiro da FAPEMAT/CNPq Processo nº 03710037470 CNPq/2006.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por cancer. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em <http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade>
2. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention: cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf>
3. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ. 2001;164(7):1017-25. Comment in CMAJ. 2001;165(6):739-40.
4. Schünemann Júnior E, Urban CA, Budel VM. Quimioterapia neoadjuvante em câncer localmente avançado do colo do útero. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(10):675-80.
5. Aisen S, Nadalin W. Braquiterapia de alta taxa de dose no tratamento do câncer do colo uterino: resultados de controle local, sobrevivência e complicações. Radiol Bras. 2004;37(2):100.
6. Vieira SC, Costa DR, Meneses AD, Silva JB, Oliveira AK, Sousa RB. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(1):22-7.
7. Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska Lasota M, Carli PM, Faivre J, Grosclaude P, Hédelin G, Matsuda T, Möller H, Möller T, Verdecchia A, Capocaccia R, Gatta G, Micheli A, Santaquilani M, Roazzi P, Lisi D; EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94—results and commentary. Ann Oncol. 2003;14 Suppl.5:v61-118.
8. Colosimo EA, Giolo SR. Modelo de regressão de Cox. In: Colosimo EA, Giolo SR. Análise de sobrevivência aplicada. São Paulo: Edgard Blücher; 2006. p.155-200.
9. Latorre M. Análise de sobrevivência. In: Massad E, Menezes RX, Silveira PP, Ortega NRS, editores. Métodos quantitativos em medicina. Barueri: Manole; 2004. p.351-64.
10. Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Latorre MR. Técnicas de análise de sobrevivência. Cad Saúde Pública. 2002;18(3):579-94.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201>
12. Coelho FR, Kowalski LP, Franco EIF, Contesine H, Zeferino LC. Análise de sobrevivência de uma amostra de 2 mil casos de câncer tratados no Hospital A. C. Camargo de 1980 a 1987. Acta Oncol Bras. 1993;13(1/3):8-16.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Retrato das desigualdades de gênero e raça: análise preliminar dos dados. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 1-15. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf
14. Oliveira MS, Fernandes AF, Galvão MT. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):150-5.