



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**IOHANNA DE SOUSA SOARES
MARINA BARROS E SOUSA**

**FATORES DE RISCOS EPIDEMIOLÓGICOS E DE SOBREVIDA DE PACIENTES
COM CÂNCER DE COLO UTERINO**

**TERESINA-PI
2025**

**IOHANNA DE SOUSA SOARES
MARINA BARROS E SOUSA**

**FATORES DE RISCOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOBREVIDA DE PACIENTES
COM CÂNCER DE COLO UTERINO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Curso de Bacharelado em Medicina como requisito
à obtenção do título do grau em Medicina pela
Universidade Estadual do Piauí.

Orientadora: Profa. Dra. Suilane Coelho Ribeiro
Oliveira

TERESINA-PI

2025

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

**IOHANNA SOUSA SOARES
MARINA BARROS E SOUSA**

**FATORES DE RISCOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOBREVIDA DE PACIENTES
COM CÂNCER DE COLO UTERINO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Curso de Bacharelado em Medicina como requisito
à obtenção do título do grau em Medicina pela
Universidade Estadual do Piauí.

Banca Examinadora

Dra. Suilane Coelho Ribeiro Oliveira

Dra. Luciana Tolstenko Nogueira

Dra. Cíntia Maria de Melo Mendes

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, em primeiro lugar, a Deus, por nos conceder força, sabedoria e saúde ao longo dessa jornada. Às nossas famílias, nosso mais profundo reconhecimento e carinho, por todo o apoio, incentivo e amor incondicional que sempre tornaram nossos sonhos possíveis.

Estendemos nossa gratidão aos amigos que estiveram ao nosso lado durante os anos de curso, pelos momentos compartilhados, pelas risadas, pelo companheirismo e por contribuírem para tornar essa caminhada mais leve e memorável.

Agradecemos, ainda, a todos os professores que contribuíram de forma significativa para nossa formação acadêmica e pessoal, em especial àqueles que hoje compõem esta banca examinadora, incluindo nossa orientadora Dra. Suilane Coelho. Suas contribuições foram fundamentais para o nosso crescimento.

Muito obrigada a todos que, de alguma forma, fizeram parte desta conquista.

RESUMO

O câncer de colo do útero é uma neoplasia de elevada incidência no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde ocupa a segunda posição entre os tumores mais frequentes em mulheres. Estimativas do INCA apontam mais de 17 mil novos casos entre 2023 e 2025 no Brasil. A principal causa é a infecção persistente pelo HPV, especialmente pelos subtipos 16 e 18. Fatores como início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, tabagismo, HIV, baixa escolaridade e acesso limitado à saúde aumentam o risco da doença. Embora o exame de Papanicolau seja eficaz no rastreamento, a baixa adesão, principalmente entre mulheres de baixa renda, contribui para diagnósticos tardios e maior mortalidade. No Piauí, a incidência é estimada entre 13,5 e 16,98 por 100 mil mulheres. Este estudo objetiva investigar os fatores de risco epidemiológicos e prognósticos relacionados à sobrevida de pacientes tratadas para câncer cervical em uma clínica privada de Teresina-PI com atendimento pelo SUS. Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo com análise de 159 prontuários de pacientes atendidos entre 2019 e 2023, das quais 66 atenderam aos critérios de inclusão definidos. Foram avaliados dados clínicos, sociodemográficos e de tratamento, com uso do Sistema operacional SPSS para análise estatística e construção de curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. Os resultados demonstraram que o grande número de diagnósticos em estádios muito avançados, associado aos fatores epidemiológicos e clínicos há equívocos no acesso ao diagnóstico com brevidade e, portanto, na qualidade do sistema de saúde.

Palavras-chave: câncer de colo uterino, fatores de risco, HPV, sobrevida, saúde da mulher.

ABSTRACT

Cervical cancer is a highly prevalent neoplasm in Brazil, especially in the North and Northeast regions, where it ranks as the second most common cancer among women. Estimates from INCA (Brazilian National Cancer Institute) project over 17,000 new cases between 2023 and 2025. The main cause is persistent infection by HPV, particularly subtypes 16 and 18. Factors such as early onset of sexual activity, multiple sexual partners, smoking, HIV infection, low educational level, and limited access to healthcare increase the risk of developing the disease. Although the Pap smear is effective for screening, low adherence, especially among low-income women, contributes to late diagnoses and higher mortality rates. In the state of Piauí, the incidence is estimated at between 13.5 and 16.98 per 100,000 women. This study aims to investigate the epidemiological and prognostic risk factors associated with the survival of patients treated for cervical cancer at a private clinic in Teresina, Piauí, that provides services through the Brazilian Unified Health System (SUS). This is a retrospective cohort study analyzing 159 medical records of patients treated between 2019 and 2023, of which 66 met the defined inclusion criteria. Clinical, sociodemographic, and treatment data were evaluated using SPSS for statistical analysis and the construction of Kaplan-Meier survival curves. The results demonstrated that the high number of diagnoses at very advanced stages, associated with epidemiological and clinical factors, indicates short comings in timely access to diagnosis and, consequently, in the quality of the healthcare system.

Keywords: cervical cancer, risk factors, HPV, survival, women's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escala de estadiamento FIGO.....	13
Tabela 2 - Características epidemiológicas das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023 em clínica privada de Teresina-PI.	17
Tabela 3 - Perfil clínico das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.....	18

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Curva de Kaplan-Meier das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.....	20
Gráfico 2 - Sobrevida das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.....	23
Gráfico 3- . Distribuição por intervalo de início do tratamento em pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI	23

LISTA DE ABREVIATURAS

HPv	Papiloma Vírus Humano
HIV	Vírus de Imunodeficiência Adquirida
ISTs	Infecções Sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
ECOG	Eastern Cooperative Oncologic Group
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
SPSS	Statistical Package for Social Sciences for Windows
CNS	Conselho Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	29
7 REFERÊNCIAS	30
8 ANEXO	31

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero trata-se de uma neoplasia maligna associada a uma elevada incidência e impacto considerável sobre a qualidade de vida e a mortalidade feminina. Caracteriza-se como grave transtorno de saúde pública especialmente em populações de maior vulnerabilidade social e econômica, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde os recursos destinados à prevenção, rastreamento e tratamento são limitados. De acordo com estimativas divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Câncer (INCA), o câncer de colo de útero foi referenciado como a quarta maior causa de óbitos entre mulheres em 2021 no Brasil, ao representar uma taxa de 6% dos casos documentados. Nesse contexto, mais de 17 mil novos casos da doença são previstos para o triênio 2023–2025 em território brasileiro, o que a posiciona como o terceiro câncer mais incidente entre as mulheres brasileiras, se excluídos os tumores de pele não melanoma (BRASIL, 2023).

Ao analisarmos as estatísticas nacionais, o câncer cervical apresenta-se como o segundo que mais acomete o grupo populacional feminino nas regiões Norte e Nordeste e o terceiro na região Centro-Oeste, ocupando ainda a quarta posição na região Sul e quinta na região Sudeste. Em 2020, o índice de mortalidade por essa modalidade de neoplasia, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020, sendo que a região Norte demonstra as maiores taxas (BRASIL, 2022). No estado do Piauí, especificamente, a taxa de incidência do câncer de colo uterino oscila entre 13,5 e 16,98 casos por 100 mil mulheres, revelando a persistência de um quadro alarmante e que exige ações coordenadas e eficazes (INCA, 2022).

Nessa perspectiva, o câncer cervical é causado por uma infecção persistente pelo Papilomavírus Humano(HPV), em especial os subtipos HPV-16 e HPV-18, considerados oncogênicos (SILVA; PINTO; FIGUEIREDO, 2022). Contudo, a infecção viral por si só não é suficiente para o desenvolvimento da neoplasia, de modo que, a associação com fatores comportamentais, reprodutivos e socioeconômicos têm contribuído para o aumento da incidência e para o elevado o risco de progressão para lesões intraepiteliais e, consequentemente, para a disseminação do câncer invasivo (LAGO et al., 2022). Dentre os principais fatores de risco associados ao HPV, destacam-se: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso irregular de preservativos, histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), imunossupressão (particularmente em pacientes com HIV) e multiparidade.

Adicionalmente, fatores não diretamente relacionados ao HPV, baixo nível socioeconômico, pelo acesso limitado aos serviços de saúde; uso de anticoncepcionais orais, com o tempo de uso sendo proporcional ao risco; tabagismo, associado apenas ao carcinoma de células escamosas; e genética agravam o cenário da doença (FRUMOVITZ, 2022a).

As duas variedades histológicas de câncer cervical mais prevalentes na população são o carcinoma epidermoide, que atinge o epitélio escamoso e apresentando-se como o mais frequente ao estar presente em 70% dos casos documentados, e adenocarcinoma, o mais raro é caracterizado pelo acometimento do epitélio glandular (FRUMOVITZ, 2022b).

O desenvolvimento dessa enfermidade ocorre de forma lenta e muitas vezes silenciosa, apresentando-se frequentemente, em estágios iniciais, de forma clinicamente assintomática, podendo evoluir para sangramentos vaginais após a relação sexual, dores abdominais intensas e queixas urinárias(LEITE, 2018). No entanto o diagnóstico pode ser feito através do exame citopatológico preventivo, também denominado de Papanicolau, que detecta lesões intraepiteliais que precedem a neoplasia direcionando a um diagnóstico precoce e elevando as taxas de cura para até 100% (SILVA *et al.*, 2018). É importante ressaltar que durante a realização do exame pode-se visualizar e identificar outras anormalidades que podem ser indicativas de alteração patológica como secreções e coloração alteradas, além de lesões e sinais sugestivos do HPV e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (LAGO *et al.*, 2022).

Diante desses dados, o Ministério da Saúde - MS - apresenta como indicação essencial a periodicidade de exames preventivos em mulheres sexualmente ativas, em especial na faixa etária de 25 a 64 anos, visando reduzir as taxas de mortalidade relacionadas à enfermidade analisada (BRASIL, 2016). Entretanto, o que se observa é uma relativamente baixa adesão da população aos procedimentos implementados para rastreio e posterior tratamento, por diversas causas, entre elas a falta de informação por parte da população (SILVA *et al.*, 2018). Segundo a Pesquisa Nacional em Saúde - PNS - cerca de 6,1% do público-alvo nunca realizou o exame preventivo e dentre os motivos apresentados não achar necessário, não ter recebido orientação para a realização e ter vergonha foram os mais apontados. Esse dado revela uma lacuna significativa entre a oferta de serviços e sua efetiva utilização, o que

compromete o diagnóstico precoce e, por consequência, o prognóstico das pacientes (IBGE, 2019).

Diante dessas informações é evidente que as ações relacionadas ao controle do câncer cervical devem ser monitoradas e avaliadas, e isso deve ocorrer de maneira constante com o objetivo de identificar os avanços e os obstáculos a serem superados para determinações de uma linha de cuidado eficiente. Entretanto, além desses fatores, a qualidade de vida relacionada à saúde também deve ser levada em consideração, estando associada ao bem-estar físico, mental e social que, invariavelmente, são abalados pela enfermidade, de modo que esse conhecimento pode interferir nos resultados de tratamentos e intervenções (LOFRANO; COURA; SILVA, 2016).

Após o diagnóstico, realiza-se o estadiamento clínico da doença, a partir do qual será definido o plano terapêutico e sobrevida de acordo com o estadiamento. Nesse contexto, o sistema de estadiamento FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) tem sido uma ferramenta essencial na avaliação e categorização do câncer de colo uterino, fornecendo uma base sólida para a compreensão da extensão da doença e auxiliando na definição do melhor tratamento para as pacientes. O estadiamento FIGO leva em consideração informações clínicas, patológicas e de imagem para determinar o tamanho do tumor, o envolvimento de estruturas adjacentes, a presença de metástases regionais ou à distância, e outros fatores relevantes para a evolução da doença. A sua utilização padronizada possibilita a comparação de resultados de diferentes estudos e promove uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde, contribuindo assim para uma abordagem mais precisa e eficaz no combate ao câncer cervical (BHATLA *et al.*, 2018).

Tabela 1. Escala de estadiamento FIGO

Estádio		
I		Carcinoma estreitamente confinado ao colo(a extensão para o corpo uterino não é considerada)
IA		Carcinoma invasor diagnosticado somente pela microscopia, com profundidade de invasão máxima $\leq 5\text{ mm}^a$
	IA1	Invasão do estroma $\leq 3\text{mm}$ de profundidade

	IA2	Invasão do estroma > 3mm de profundidade
IB		Carcinoma invasor com invasão de profundidade > 5mm(maior que estádio IA), lesão limitada ao colo com o tamanho mensurado no maior diâmetro do tumor ^b
	IB1	Carcinoma invasor > 5mm de invasão estromal e ≤ 2 cm na maior dimensão
	IB2	Carcinoma invasor > 2CM e ≤ 4 cm na maior dimensão
	IB3	Carcinoma invasor >4 cm na maior dimensão
II		O carcinoma se estende além do colo uterino, mas não até o terço inferior de vagina ou parede pélvica
IIA		Envolvimento até dois terços superiores de vagina, sem invasão parametrial
	IIA1	Carcinoma invasor ≤ 4cm na maior dimensão
	IIA2	Carcinoma invasor > 4cm na maior dimensão
IIB		Envolvimento parametrial que não atinge a parede óssea
III		O carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou atinge a parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionante e/ou envolve linfonodos pélvicos e/ou paraórticos
IIIA		Envolvimento da parede inferior da vagina, sem extensão à parede óssea
IIIB		Envolvimento até a parede óssea e/ou hidronefrose ou rim não funcionante(a menos que seja de outra causa)
IIIC		Metástases linfonodais pélvicas e/ou paraórticas(incluindo micrometástase ^c) independentemente do tamanho do tumor e da extensão(com anotações r e p) ^d
	IIIC1	Metástases linfonodais pélvicas apenas
	IIIC2	Metástases linfonodais paraórticas
IV		O carcinoma se estende além da pelve verdadeira ou envolve(com biópsia confirmando) a mucosa da bexiga ou do reto. Um edema bolhoso, por exemplo, não permite

		alocar o caso no estádio IV
IVA		Propagação para órgãos adjacentes
IVB		Metástases a distância

a) Imagem e avaliação patológica podem ser utilizadas quando disponíveis para suplementar achados clínicos em relação ao tamanho do tumor e sua extensão, em todos os estádios. A avaliação patológica supera as imagens e os achados clínicos. b) O envolvimento do espaço vascular/linfático não muda o estádio. A extensão lateral do tumor não é mais considerada c) Células tumorais isoladas não mudam o estádio, mas devem ser referidas no laudo. d) Adicionar anotações para r (imagem) e p (patologia), para indicar o método que foi utilizado para alocar o caso em estádio IIIC. Por exemplo, se for a imagem que detectou a metástase em linfonodo pélvico, estádio será IIIC 1r; se a metástase for confirmada pela patologia, será estádio IIIC1p. O tipo de imagem e a técnica patológica utilizadas deverão sempre ser documentadas. Quando houver dúvida, o menor estádio deverá ser atribuído.(BHATLA et al., 2018).

A partir do estadiamento, é possível estimar a sobrevida global e livre de doença das pacientes, além de determinar o tipo de intervenção mais apropriada. A ferramenta estatística mais comum para avaliar a evolução clínica e a sobrevida ao longo do tempo é a curva de Kaplan-Meier, utilizada em estudos retrospectivos e prospectivos para visualizar de forma objetiva os desfechos dos pacientes (LIRA; ANTUNES-FOSCHINI; ROCHA, 2020).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar os fatores de risco epidemiológicos e os fatores prognósticos que contribuem na sobrevida de pacientes tratadas para câncer de colo uterino em uma clínica privada de Teresina-PI.

2.2. Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes;
- ✓ Identificar os principais fatores de riscos que contribuem para a sobrevida global e sobrevida livre de doença dos pacientes;
- ✓ Avaliar a sobrevida das pacientes tratadas com câncer de colo uterino neste serviço.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho compõe-se de um estudo de coorte retrospectivo, pautado na revisão e análise de prontuários de pacientes tratadas para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI com prestação de serviço a pacientes do SUS. Foram analisados prontuários de mulheres atendidas no setor de radioterapia entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023.

Durante o processo de seleção, foram identificadas 159 pacientes com diagnóstico de câncer cervical. Destas, apenas 66 atenderam aos critérios de inclusão definidos, sendo, portanto, alocadas no estudo. Os critérios de inclusão consideraram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com câncer de colo de útero e que realizaram tratamento no setor de radioterapia da clínica de oncologia exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram excluídas da amostra as pacientes que realizaram o tratamento de forma particular ou por meio de outros convênios de saúde.

A coleta de dados foi realizada a partir da triagem dos prontuários eletrônicos da clínica, previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí(HU-UFPI), confirmado com parecer consubstanciado número 7.310.401. Foram extraídas informações sociodemográficas e clínicas das pacientes, como idade, escolaridade, história de tabagismo e etilismo, obesidade, data da menarca, sexarca e menopausa, estadiamento do tumor, tipo histológico, exames laboratoriais e radiológicos, data da primeira e da última consulta, intervalo até a recidiva (quando presente) e condição de vida ao término do tratamento. A coleta de dados foi sistematizada por meio de ficha de coleta padronizada (Anexo A), e todas as informações foram armazenadas em formulários individuais, anônimos, para posterior análise.

Os dados foram inicialmente organizados no software Microsoft Excel 2019 e posteriormente exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25.0, para realização das análises estatísticas.

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para assegurar a confidencialidade, os prontuários foram identificados,anonymamente, por códigos numéricos e não houve coleta de nomes ou quaisquer informações capazes de identificar as pacientes. A coleta de dados ocorreu sem contato direto com as pacientes, e, portanto, foi

solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme normativa vigente para pesquisas que utilizam dados secundários. Os riscos foram minimizados por meio do cuidado com o armazenamento dos dados e acesso restrito apenas aos pesquisadores autorizados. Como benefício, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a compreensão dos fatores que impactam a sobrevida no câncer de colo do útero, favorecendo o aprimoramento de práticas assistenciais, políticas públicas e estratégias de prevenção.

4. RESULTADOS

Para análise dos dados foram utilizados os procedimentos usuais da estatística descritiva, tais como distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%), médias e desvio padrão (DP). Para testar a associação entre as variáveis com desfecho foi realizada a análise bivariada por meio do teste Qui-quadrado de Wald.

O tempo de sobrevida em meses foi calculado pelo intervalo entre a data do início do tratamento e a última consulta. As curvas de sobrevida foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier, com estratificação. Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel e analisados no IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

Tabela 1. Características epidemiológicas das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023 em clínica privada de Teresina-PI.

Variáveis	n	%	Média ± DP
Faixa etária			50,98 ± 11,91
Até 40 anos	17	25,8	
De 41 a 50 anos	16	24,2	
De 51 a 60 anos	16	24,2	
Mais de 60 anos	17	25,8	
Menarca (em anos)			13,11 ± 1,97
Sexarca (em anos)			18,22 ± 3,80
Menopausa (em anos)			46,82 ± 6,59
Etilismo			
Não	36	54,5	
Sim	16	24,3	
Sem informação/Ausente	14	21,2	
Tabagismo			
Não	39	59,1	
Sim	15	22,7	
Sem informação/Ausente	12	18,2	
Obesidade			

Abaixo do normal	2	3,0
Normal	11	16,7
Sobrepeso	5	7,6
Obesidade grau I	4	6,1
Obesidade grau II	2	3,0
Sem informação/Ausente	42	63,6

LEGENDA: DP = Desvio padrão

Fonte: Autor

A Tabela 1 descreve as características epidemiológicas de pacientes, apresentando uma média de idade de 50,98 anos. A maior parte das pacientes teve menarca aos 13,11 anos, a média de início da vida sexual aos 18,22 anos e apresentaram média de menopausa aos 46,82 anos. No que refere aos hábitos, 24,3% informaram não fazer consumo de álcool e 22,7% afirmaram ser fumantes. Em relação ao estado nutricional, predominou a ausência de informações (63,6%), contudo entre os dados disponíveis, prevaleceram pacientes com peso normal (16,7%) e sobrepeso (7,6%).

Tabela 2. Perfil clínico das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.

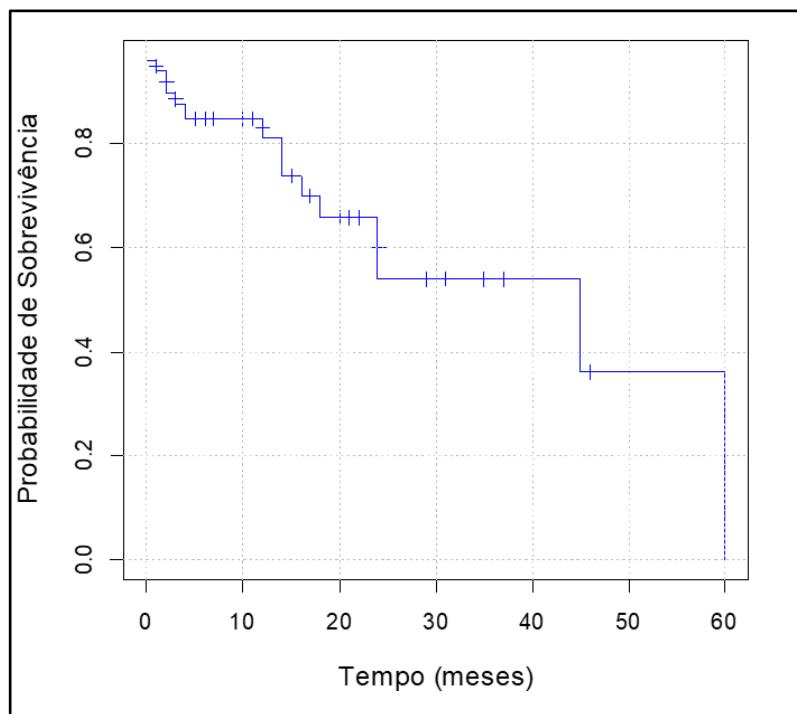
Variáveis	n	%
Estadiamento		
IB1	1	1,5
IIA	1	1,5
IIA2	1	1,5
IIB	7	10,6
III	1	1,5
IIIB	11	16,7
IIIC	9	13,6
IIIC1	7	10,6
IV	2	3,0
IVA	7	10,6
IVB	4	6,1

Sem informação/Ausente	15	22,7
Histopatológico		
Carcinoma in Situ	3	4,5
Carcinoma de Células Escamosas	58	87,9
Carcinoma Adenoescamoso	3	4,5
Adenocarcinoma	2	3,0
Grau de diferenciação histológica		
Grau I	2	3,0
Grau II	23	34,8
Grau III	29	43,9
Sem informação/Ausente	12	18,2
Achado de metástase ao exame radiológico		
Sem metástase	33	50,0
Somente um sítio	9	13,6
Dois sítios	7	10,6
Múltiplos sítios	11	16,7
Sem informação/Ausente	6	9,1

Fonte: Autor

A Tabela 2 mostra que a maioria das pacientes estava em estágios clínicos avançados de câncer de colo do útero, com predomínio do estágio IIIB (16,7%) e tipo histopatológico mais comum sendo o carcinoma de células escamosas (87,9%). O grau de diferenciação histológica mais frequente foi o grau III (43,9%), indicando maior agressividade tumoral. Exames radiológicos mostraram ausência de metástases em 45,5% dos casos, todavia 13,6% apresentaram múltiplos sítios acometidos.

Gráfico 1. Curva de sobrevida de Kaplan-Meier das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.

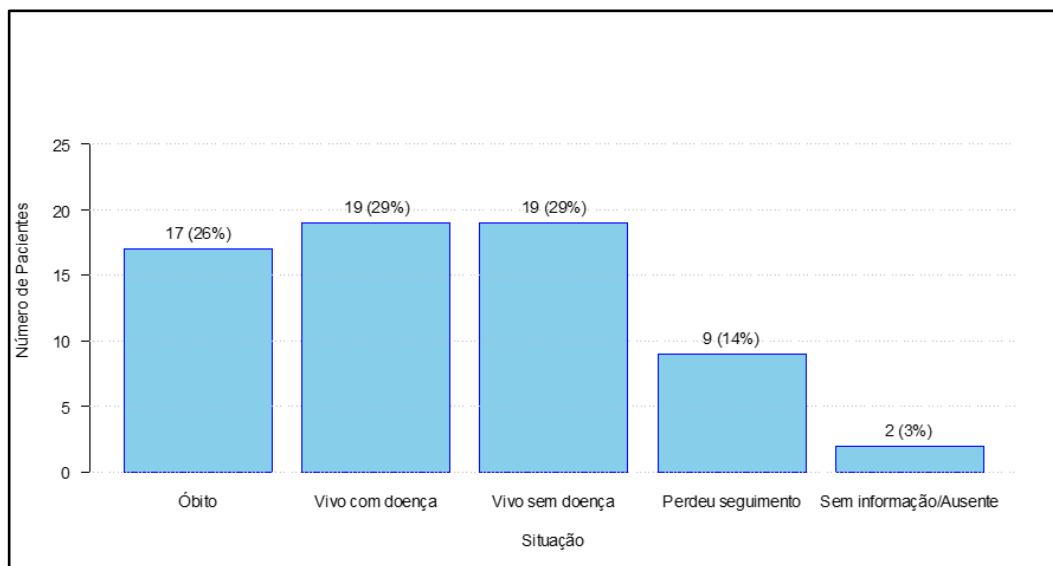


Mediana de sobrevida: 45 meses

Fonte: Autor

O Gráfico 1 apresenta a curva de Kaplan-Meier a qual indica a sobrevida global das pacientes avaliadas neste estudo. Em relação a sobrevida mediana global foi de 45 meses. Esses dados refletem a relevância do seguimento contínuo e da adesão ao tratamento para prolongar a sobrevida das pacientes, mesmo nos casos de estádios mais avançados.

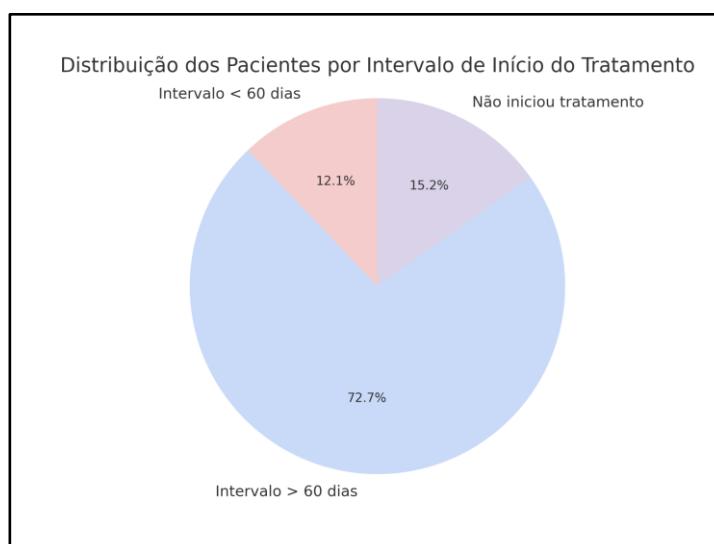
Gráfico 2. Sobrevida das pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.



Fonte: Autor

O Gráfico 2 exibe que, entre as pacientes tratadas para câncer de colo de útero, 28% evoluíram para óbito, 29% estavam vivas com a doença, 29% vivas sem a doença, 14% perderam o seguimento e 3% não tinham informações registradas, indicando uma sobrevida significativa, apesar da elevada porcentagem de óbitos.

Gráfico 3. Distribuição por intervalo de início do tratamento em pacientes que estiveram em tratamento para câncer de colo de útero em clínica privada de Teresina-PI.



Mediana de intervalo: 94,5 dias

Fonte: Autor

O gráfico 3 apresenta uma análise do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, revelando que a maioria dos pacientes (72,7%) iniciou o tratamento após mais de 60 dias do diagnóstico. Do total, apenas 12,1% dos pacientes iniciaram o tratamento em menos de 60 dias, enquanto 15,2% não iniciaram o tratamento durante a fração de corte temporal do estudo. A distribuição representada por meio de um gráfico de pizza permitiu uma visualização comprehensível da predominância do grupo com atraso superior a dois meses no início do tratamento.

5. DISCUSSÃO

Na Tabela 1, observa-se que a maioria das pacientes deste estudo encontrava-se nas faixas etárias de até 40 anos e acima de 60 anos (ambas com 25,8%), com média geral de idade de 50,98. Esses achados são compatíveis com análises que constatam uma maior incidência da doença entre mulheres nesse intervalo de idade, especialmente a partir da quarta década de vida, como relatado por Silva et al. (2021), que observaram média de 52 anos entre mulheres diagnosticadas com câncer cervical (SILVA et al., 2021). A média de idade da menarca (13,11 anos) e da sexarca (18,22 anos) também condiz com dados nacionais, os quais apontam que o início precoce da vida sexual é, inclusive, um fator de risco significativo para o desenvolvimento de câncer cervical (CATARINO et al., 2020).

No que tange aos hábitos de vida, 24,3% das pacientes relataram consumo de álcool e 22,7% relataram tabagismo — fatores sabidamente associados ao aumento do risco de neoplasias cervicais, como demonstrado por Liu et al. (2022), que identificaram risco relativo aumentado entre mulheres tabagistas (LIU et al., 2022). Além disso, 63,6% das informações referentes à obesidade estavam ausentes, o que limita a análise desse fator. Todavia, entre os dados disponíveis, observou-se prevalência de sobrepeso e obesidade em 16,7% das pacientes, o que está em concordância com a literatura, que aponta o excesso de peso como fator de pior prognóstico em neoplasias ginecológicas, dentre elas, o câncer de colo uterino (UNDERWOOD et al., 2019).

A Tabela 2 revela que a maioria das pacientes avaliadas neste estudo apresentava estágios clínicos avançados da doença, com predominância dos estádios IIIB (16,7%) e IVA (10,6%), enquanto apenas 1,5% estavam no estádio inicial IB1, achado que reflete o padrão observado em países em desenvolvimento, onde barreiras no acesso ao rastreamento e diagnóstico precoce ainda são prevalentes (ANORLU, 2008). Este perfil clínico está associado a pior prognóstico e diminuição das chances de sobrevida a longo prazo como pode ser observado nos gráficos de sobrevida global subsequentes desta pesquisa em análise (SINGH et al., 2021).

O carcinoma de células escamosas permanece como subtipo histopatológico mais frequente do câncer do colo do útero, cerca de 82,7% dos casos, enquanto o

adenocarcinoma corresponde a aproximadamente 12,2%. Pacientes com adenocarcinoma e carcinoma adenoescamoso tendem a apresentar pior prognóstico, especialmente nos estágios mais avançados da doença (WANG et al., 2024). Quanto ao grau de diferenciação tumoral, houve predominância de tumores moderadamente diferenciados (grau II – 34,8%) e pouco diferenciados (grau III – 43,9%), o que está em acordo com estudos que demonstram associação entre tumores menos diferenciados e maior agressividade e risco de recidiva (INTARAPHET et al., 2013).

Ademais, o achado de metástases em múltiplos sítios (16,7%) e linfonodomegalia em cadeias múltiplas (13,6%) reforça a gravidade clínica da maioria dos casos avaliados, corroborando dados que apontam tais características como marcadores de estágio avançado e prejuízo no desfecho clínico (SINGH et al., 2021). Os dados do Gráfico 2, que apontam uma média de sobrevida de 10 meses entre a primeira consulta e o início efetivo do tratamento para pacientes com câncer de colo do útero em Teresina-PI, refletem um cenário alarmante, sobretudo quando comparados a estudos internacionais e nacionais que analisam o impacto do retardo no início do tratamento sobre a sobrevida.

Em 22 de novembro de 2012, foi instituída no Brasil, uma portaria que estabelece prazo para seu de tratamento para paciente com neoplasia maligna comprovada. Esta lei aborda que um paciente com câncer tem o direito de iniciar o primeiro tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em até 60 dias, a partir da data em que o diagnóstico definitivo for feito em um laudo patológico. Caso a necessidade de tratamento seja maior, esse prazo pode ser menor, conforme a orientação médica registrada no prontuário(BRASIL, 2012).

O gráfico 3 aponta um atraso significativo no início terapêutico, o que impacta diretamente nos desfechos clínicos dos pacientes, evidenciando que, mesmo após mais de 10 anos de instituição da lei, os desfechos clínicos, incluindo a sobrevida das pacientes com diagnóstico de câncer de colo do útero ainda não foram conquistados como o esperado.

Os resultados obtidos corroboram as evidências da literatura que associam atrasos no início do tratamento oncológico a piores desfechos clínicos. Nesse contexto, uma revisão sistemática com meta-análise, realizada com estudos publicados no Medline de 1º de janeiro de 2000 a 10 de abril de 2020, mostrou que

um atraso de apenas quatro semanas no início do tratamento está associado a um aumento significativo na mortalidade em diversos tipos de câncer, incluindo tratamentos cirúrgicos, sistêmicos e radioterápicos (HANNA *et al.*, 2020). Um trabalho observacional retrospectivo realizado em Taiwan de base populacional conduzido entre 2004 e 2010, com 12.020 pacientes que foram diagnosticados com câncer cervical demonstrou que pacientes que iniciaram o tratamento entre 90 e 180 dias após o diagnóstico apresentaram um risco de morte 1,33 vezes maior do que aquelas que começaram o tratamento dentro de 90 dias. Do mesmo modo, um estudo na China de coorte longitudinal retrospectivo, realizado com pacientes que tiveram um novo diagnóstico de câncer cervical entre 2005 e 2010 e tratamento atrasado, acompanhados até o final de 2012 para análise de sobrevida, revelou que atrasos superiores a quatro meses no início do tratamento estavam associados a um aumento de 2,31 vezes no risco de mortalidade (CHEN *et al.*, 2019).

No contexto brasileiro, um estudo retrospectivo de coorte conduzido no Instituto Nacional de Câncer (INCA), acompanhando câncer cervical em estágio IA a IIIB tratado de 2012 a 2014 e acompanhado até 31 de dezembro de 2017 no Rio de Janeiro, observou que, embora o atraso no início do tratamento não tenha mostrado impacto significativo na sobrevida em 36 meses, atrasos na conclusão do tratamento foram associados a um aumento no risco de morte, com pacientes que concluíram o tratamento em mais de 200 dias apresentando um risco 2,11 vezes maior de óbito (SHEN *et al.*, 2016).

Ao correlacionar os resultados deste estudo às pesquisas científicas nacionais, observa-se que os dados locais apresentam semelhanças e diferenças relevantes em relação às evidências disponíveis.

No presente estudo, 28% das pacientes evoluíram para óbito, enquanto 58% estavam vivas ao final do acompanhamento, com ou sem evidência de doença, com uma mediana de sobrevida de meses. Esses resultados são comparáveis aos encontrados em estudos realizados em outras regiões do Brasil.

Nesse sentido, em um estudo retrospectivo realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, com 3.341 mulheres diagnosticadas entre 1999 e 2004, avaliando as variáveis de idade, estadiamento do tumor, tipo histopatológico do tumor, nível de escolaridade, cor da pele e ano de diagnóstico foi encontrada uma

sobrevida mediana de 53,4 meses e a sobrevida geral em 5 anos foi de 48% (CARMO e LUIZ, 2011).

Outro estudo de coorte retrospectivo, de base populacional, com análise de sobrevida em 5 anos em mulheres com idade igual ou maior a 20 anos, com diagnóstico do câncer do colo do útero, nos municípios de Várzea Grande e Cuiabá no estado do Mato Grosso do Sul, revelou um tempo mediano de sobrevida foi de 50,3 meses. Este artigo aponta, ainda, um comparativo literário relevante, revelando dados de outros estudos que mostram que a taxa de sobrevida de mulheres com câncer de colo do útero varia bastante entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (LIMA *et al.*, 2022).

O estudo CONCORD-2 é uma grande pesquisa internacional que acompanhou a sobrevivência ao câncer, analisando dados de mais de 25 milhões de pacientes em 67 países, entre 1995 e 2009. No caso do câncer de colo do útero, percebeu-se grande diferença nas taxas de sobrevivência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, Canadá e países da Europa Ocidental, a taxa de sobrevivência após cinco anos variou entre 60% e 70%, justificada pela presença de sistemas de saúde mais bem estruturados e programas eficientes de prevenção e tratamento. Conquanto, em países da América Latina, África e algumas regiões da Ásia, esses números foram bem menores, muitas vezes abaixo de 40%, sobretudo devido ao diagnóstico tardio e ao acesso limitado a cuidados especializados. Tais resultados evidenciam que ainda há uma grande desigualdade no combate ao câncer do colo do útero ao redor do mundo, incluindo o Brasil

Comparativamente, os dados do presente estudo mostram que 58% das pacientes com câncer de colo do útero estavam vivas ao final do acompanhamento, resultado superior ao observado em países subdesenvolvidos no estudo CONCORD-2, onde a sobrevida em cinco anos era frequentemente inferior a 40%. No entanto, ainda está abaixo dos índices dos países desenvolvidos, que alcançam de 60% a 70%, indicando que ainda persistem desafios como diagnóstico tardio e perdas no seguimento (ALLEMANI *et al.*, 2015).

6. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que os fatores epidemiológicos e clínicos, associados a fatores de acesso à saúde, que se correlacionam ao câncer do colo do útero continuam a exercer impacto significativo na sobrevida das pacientes, sobretudo em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. No presente estudo, o subtipo histológico mais prevalente foi o carcinoma de células escamosas(87,9% das pacientes),sendo que em torno de 40,9% das pacientes eram estados III. O predomínio de diagnósticos realizados em estágios avançados, associado a subtipos histológicos agressivos e ao longo intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento, demonstram falhas no acesso ao diagnóstico precoce e, consequentemente, na efetividade do sistema de saúde. Mostrando,então a gravidade das condições de saúde pública no Brasil. Esses resultados reforçam a necessidade de melhor registro de dados clínicos e comportamentais, com vistas ao aprimoramento das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, a fim de alcançar-se valores mais positivos de sobrevidade e reduzir as altas taxas de mortalidade ainda vigentes. Além disso, o intervalo mediano entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 94,5 dias. A sobrevida mediana em meses do estudo foi de 44 meses. Esses achados sustentam a relevância de que urge a necessidade de estratégias institucionais que garantam o início rápido do tratamento após o diagnóstico oncológico, como forma de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, permitiu observar que o cenário brasileiro apresenta desafios semelhantes aos enfrentados por outros países em desenvolvimento, refletindo diretamente nas taxas de sobrevida. Desse modo, são imprescindíveis e urgentes políticas públicas efetivas voltadas à melhoria no acesso, educação em saúde, capacitação de profissionais e ao fortalecimento da atenção ao paciente oncológico a fim de alterar o cenário vigente, e, assim, transformar os índices de sobrevida das pacientes.

7. REFERÊNCIAS

- ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*, v. 385, n. 9972, p. 977–1010, 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61442-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61442-8/fulltext). Acesso em: 2 maio 2025.
- ANORLU, R. I. Cervical cancer: The sub-Saharan African perspective. *Cancer Epidemiology*, v. 32, n. 1, p. 5–13, 2008. DOI: 10.1016/j.canep.2007.09.002. Acesso em: 02 maio 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19027621/>.
- BHATLA, N. et al. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 143, p. 22–36, out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer/INCA. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colon_uterino_2016_corrigido.pdf. Acesso em 05 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer/INCA. Dados e números sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: Acesso em 18 jan. 2024.
- BRASIL.** Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Determina o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada em no máximo 60 dias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 226, p. 1, 23 nov. 2012. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12732&ano=2012&ato=276cXUq1kMVpWT8c5>. Acesso em 07 de maio de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer/INCA. Estatísticas de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros> Acesso em 18 jan. 2024.
- CARMO, C. C. do; LUIZ, R. R. Sobrevida de mulheres com câncer de colo uterino diagnosticadas em um centro brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 661–667, 2011. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/33000>. Acesso em: 2 maio 2025.
- CATARINO, R. et al. Addressing the cervical cancer burden in low-resource settings: what is the best approach? *Preventive Medicine*, v. 144, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106080>. Acesso em 02 de maio de 2025. Disponível

em: <https://PMC11842523/#:~:text=While%20accessible%20secondary%20screening%20methods,for%20primary%20cervical%20cancer%20prevention>.

CHEN, C. P.; KUNG, P. T.; WANG, Y. H.; TSAI, W. C. Effect of time interval from diagnosis to treatment for cervical cancer on survival: A nationwide cohort study. *PLoS One*, [S.I.], v. 14, n. 9, e0221946, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31483834/>. Acesso em: 2 maio 2025. doi: 10.1371/journal.pone.0221946.

COCHRAN, W. G. (1977). **Sampling Techniques** (3rd ed.). Wiley. Acesso em 25 de dezembro de 2024.

DA CUNHA, F. F.; PINHEIRO, M. DA C. N.; CORRÊA, A. R. D. S. Estadiamento do câncer de colo uterino em um hospital de referência. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 3, p. 373, 16 jul. 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3086/pd>. Acesso em: 08 Jan. 2024.

DALL'OLIO, F. G. et al. ECOG performance status ≥ 2 as a prognostic factor in patients with advanced non small cell lung cancer treated with immune checkpoint inhibitors—A systematic review and meta-analysis of real world data. **Lung Cancer**, v. 145, p. 95–104, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2020.04.027>. Acesso em: 08 jan. 2024.

FRUMOVITZ, M. Câncer cervical invasivo: epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e diagnóstico. **UpToDate**. 2022a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis?csi=4dc26a4e-262f-4559-9425-69dc6c097523&source=contentShare>. Acesso em: 3 Jan. 2024.

FRUMOVITZ, M. Câncer de colo uterino: rastreamento, diagnóstico e estadiamento. **UpToDate**. 2022b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-staging-and-evaluation-of-lymph-nodes?csi=27318867-48b8-492c-9608-169a05473292&source=contentShare>. Acesso em: 08 jan. 2024.

HANNA, Timothy P. et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **The BMJ**, [S.I.], v. 371, n. m4087, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>. Disponível em: <https://www.bmjjournals.org/content/371/bmj.m4087>. Acesso em: 06 maio 2025.

IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101846>. Acesso em: 7 fev 2024.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro:

INTARAPHET, S. et al. Histological type-specific prognostic factors of cervical small cell neuroendocrine carcinoma, adenocarcinoma, and squamous cell carcinoma.

OncoTargets and Therapy, v. 7, p. 1205–1214, 2014. DOI: 10.2147/OTT.S64714. Acesso em: 2 maio 2025. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/4e3514f4-0f47-3ba6-8a73-56675e246c12>

KAPLAN, E. L., & Meier, P. (1958). Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. **Journal of the American Statistical Association**, 53(282), 457–481. Acesso em 25 de dezembro de 2024.

LAGO, K. DOS S. et al. Perfil dos exames citopatológicos do colo do útero de mulheres residentes no estado de Minas Gerais. **HU Revista**, v. 48, p. 1–9, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/35591/24374>. Acesso em: 04 jan. 2024.

LEITE, K. N. S. et al. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 15, 20 jul. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046441/a3.pdf>. Acesso em: 07. jan. 2024.

LIMA, F. C. da S. de; SOUZA, B. da S. N. de; OLIVEIRA, J. F. P.; GALVÃO, N. D.; SOUZA, P. C. F. de. Sobrevida específica do câncer do colo do útero na Grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **SciELO Preprints**, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3953>. Acesso em: 2 maio 2025.

LIRA, R. P. C.; ANTUNES-FOSCHINI, R.; ROCHA, E. M. Survival analysis (Kaplan-Meier curves): a method to predict the future. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 83, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/mfTTkN37LxJYjGNStmgZHGs/>. Acesso em: 20. jan 2025

LIU, Y. et al. Cigarette smoking and risk of cervical cancer: A pooled analysis of prospective cohort studies. **Cancer Causes & Control**, v. 33, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10552-021-01481-4>. Acesso em 02 de maio de 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14682438/#:~:text=Results%3A%20There%20was%20an%20excess,%25CI%200.95%2D3.44>.

LOFRANO, A. D.; COURAS, C. P. DE M. E; SILVA, M. J. S. DA. Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Carcinoma do Colo do Útero em Quimioterapia Paliativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 203–213, 30 set. 2016. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/162/90>. Acesso em: 07 jan. 2024.

OKEN, M. M. et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY**, v. 5, n. 6, p. 649–656, dez. 1982. Disponível em: https://journals.lww.com/amjclinicaloncology/Abstract/1982/12000/Toxicity_and_resp_onse_criteria_of_the_Eastern.14.aspx. Acesso em: 08 Jan. 2024.

SHEN, S. C. *et al.* Factors involved in the delay of treatment initiation for cervical cancer patients: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*, [S.I.], v. 95, n. 33, e4568, ago. 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5370809>. Acesso em: 2 maio 2025.

SILVA, D. S.; PINTO, M. C.; FIGUEIREDO, M. A. A. Fatores associados ao início do tratamento especializado em tempo inoportuno após diagnóstico do câncer do colo do útero no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT022421>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SILVA, L. A. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com câncer do colo uterino em hospital público. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210050. Acesso em 02 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/DL6MnXmT35SkKwSySgdqxpL/?lang=en>.

SILVA, M. L. et al. Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 7263–7275, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12566/10545>. Acesso em: 04 jan. 2024.

SILVA, R. C. G. DA et al. Profile of women with cervical cancer attended for treatment in oncology center. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, n. 4, p. 695–702, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>. Acesso em: 04 jan. 2024.

SINGH, K. *et al.* Patterns of care, prognostic factors, and survival outcomes for patients of cervical carcinoma: a study from North India. *Cureus*, v. 15, n. 8, e43836, 2023. DOI: 10.7759/cureus.43836. Acesso em: 2 maio 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11570804>.

UNDERWOOD, J. M. et al. Cancer and obesity: Epidemiology, mechanisms, and interventions. *Gynecologic Oncology*, v. 154, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.07.013>. Acesso em 02 de maio de 2025. Disponível em: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(19\)31402-7/abstract](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(19)31402-7/abstract).

WANG, M., Huang, K., Wong, MCS *et al.* Incidência global de câncer cervical por subtipo histológico e implicações para métodos de triagem. *J Epidemiol Glob Health* 14 , 94–101 (2024). <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00172-7>. Acesso em 02 de maio de 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44197-023-00172-7#citeas>.

ANEXO**ANEXO A - FICHA DE COLETA DE DADOS**

FICHA DE COLETA DE DADOS		
Idade		
Sexo		
MARCOS GINECOLÓGICOS		
Data da menarca		
Data da sexarca		
Data da menopausa		
FATORES DE RISCO		
Etilismo		
Tabagismo		
Obesidade		
Escolaridade		
DADOS SOBRE A DOENÇA		
Data do diagnóstico		
Data da primeira consulta		
Estadiamento		
Histologia		
Início do tratamento		
Exames	LABORATORIAIS (data/exame/resultado)	RADIOLÓGICOS (data/exame/resultado)
Data da última consulta		
Intervalo da recidiva (no caso de doença metastática)		
DADOS A RESPEITO DA SOBREVIDA		
Viva sem doença		
Viva com doença		
Óbito		

