

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO MARANHÃO

Andreza Silva Sales¹;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/5313039903640002>

Daniella Patrícia Brandão Silveira²;

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

<http://lattes.cnpq.br/8089527149187407>

Elayne Costa da Silva³;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2212924159691872>

Elton Jonh Freitas Santos⁴;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/1277334405729752>

Maria Tereza Beckman Pereira Gomes⁵;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7705474159215023>

Neudimar Chagas Carvalho⁶.

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7745411699779323>

RESUMO: O câncer de colo de útero é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O estudo objetivou determinar o perfil clínico-epidemiológico das mulheres acometidas por esse câncer atendidas em um hospital público de oncologia em São Luís-Maranhão. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com uma abordagem quantitativa, realizada

com 39 pacientes do setor de quimioterapia. Foram coletados dados sobre aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos dos pacientes, por meio de entrevista e coleta de dados nos prontuários. As variáveis categóricas apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as quantitativas por meio de média e desvio padrão (média \pm DP). Testou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk. A faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos, sendo 5,13% dos casos em mulheres até os 30 anos, cor não-branca, estado civil solteira, ensino fundamental incompleto, renda mensal menor que um salário mínimo, a maior parte residiam no interior do Estado e referiram serem trabalhadoras rurais. O tipo histológico mais identificado foi carcinoma, estadiamento IVA. A idade de realização do primeiro exame de Papanicolau foi $32 \pm 14,1$ anos e o início da vida sexual $17,4 \pm 3,63$ anos. O tratamento com quimioterapia foi o mais evidenciado e 62% das mulheres fizeram uso de anticoncepcionais em algum momento da vida. Eram ex-tabagistas, tiveram três ou mais filhos, o principal protocolo de quimioterapia foi carboplatina + paclitaxel e as reações adversas mais autorrelatadas: alopecia, náuseas e vômitos, dores musculares e fadiga. Os resultados alcançados corroboram as produções científicas atuais, demonstrando a necessidade de novas estratégias das políticas de saúde relacionadas a prevenção, sobretudo ações de educação em saúde e a importância do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero no Estado do Maranhão.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero. Epidemiologia. Carboplatina.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH CERVICAL CANCER IN MARANHÃO

ABSTRACT: Cervical cancer is the third most common malignant tumor in the female population and the fourth cause of death of women from cancer in Brazil. The study aimed to determine the clinical-epidemiological profile of women affected by this cancer treated at a public oncology hospital in São Luís-Maranhão. This is a descriptive, cross-sectional research, with a quantitative approach, carried out with 39 patients in the chemotherapy sector. Data on sociodemographic and clinical-epidemiological aspects of patients were collected through interviews and data collection from medical records. Categorical variables presented as frequencies and percentages and quantitative variables as means and standard deviations (mean \pm SD). The normality of the variables was tested using the Shapiro-Wilk test. The predominant age group was 50 to 59 years old, with 5.13% of cases in women up to 30 years old, non-white, single marital status, incomplete primary education, monthly income lower than the minimum wage, most of them lived in the interior of the State and reported being rural workers. The most identified histological type was carcinoma, stage IVA. The age at which the first Pap smear was performed was 32 ± 14.1 years and the age at which sexual life began was 17.4 ± 3.63 years. Treatment with chemotherapy was the most common and 62% of women used contraceptives at some point in their lives. They

were former smokers, had three or more children, the main chemotherapy protocol was carboplatin + paclitaxel and the most self-reported adverse reactions were: alopecia, nausea and vomiting, muscle pain and fatigue. The results achieved corroborate current scientific production, demonstrating the need for new health policy strategies related to prevention, especially health education actions and the importance of screening and early diagnosis of cervical cancer in the State of Maranhão.

KEY-WORDS: Neoplasms of the Cervix. Epidemiology. Carboplatin.

INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro é marcado por uma transição no perfil de morbimortalidade que surge com o declínio progressivo de mortes por Doenças Transmissíveis (DT) e ascensão – ao topo do ranking – das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), destacando-se as doenças cardiovasculares e, em seguida, o câncer (SOUZA et. al., 2018), definido como um grupo de doenças caracterizada pela proliferação desordenada e descontrolada de células com capacidade de invadir outros tecidos (INCA, 2020).

Estima-se que em 2018 ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos em nível mundial. Para o Brasil no triênio 2020-2022 são esperados 625 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma acontecerão 450 mil casos novos de câncer. A distribuição da incidência por Região no Brasil mostra o Nordeste (27,8%) ficando apenas atrás da Região Sudeste (60%), tendo o câncer de colo de útero impacto importante entre os novos casos (INCA, 2019).

Globalmente a incidência dessa neoplasia é de 570 mil casos anualmente, ocorrendo aproximadamente 311 mil mortes a cada ano (IARC, 2020). No Brasil, com exceção do câncer de pele não melanoma, é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte, responsável por 6.596 óbitos em 2019 e com estimativa de 16.710 de novos casos em 2020, com 890 no estado do Maranhão. Na análise regional, a região Nordeste ocupa a segunda posição tanto de incidência como de mortalidade, atrás da região Norte (INCA, 2019).

O câncer do colo do útero ou câncer cervical é um tumor que se desenvolve a partir de alterações no epitélio de revestimento do órgão, na qual o principal fator de risco é a infecção incessante pelo Papiloma Vírus Humano – HPV, principalmente os tipos 16 e 18. Todavia, ainda que a infecção por HPV seja necessária, outros fatores são imprescindíveis para o surgimento dessa neoplasia: sua oncogenicidade, estado imunológico, paridade e idade prematura por ocasião do primeiro parto, tabagismo, coinfeção por outros agentes sexualmente transmissíveis e uso de contraceptivos orais por mais de cinco anos (OPAS, 2016).

Quando diagnosticada precocemente e tratada adequadamente as lesões precursoras desse câncer são curáveis em quase 100% dos casos, devido a isso, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Atenção Primária desenvolve ações educativas de prevenção, vacinação de grupos indicados e o rastreamento do câncer, como estratégia preconizada, por meio do exame citopatológico Papanicolau em mulheres de 25 a 64 anos (INCA, 2016).

Por meio da vacinação, países como a Austrália – que há uma década começaram a vacinar suas crianças – conseguiram reduzir a prevalência do HPV na população para cerca de 1% e estão perto de erradicar o câncer de colo de útero (BRASIL, 2018b).

O seu estadiamento é realizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em estágios I, II, III e IV com respectivas subdivisões (BHATLA, 2019) e existem diversas formas usadas para tratá-lo, sendo estas, a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, nesta ordem, e o uso de imunoterápicos, podendo ainda haver a junção destas modalidades. A escolha depende de fatores como estágio da doença, condições clínicas, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos (INCA, 2021a).

A quimioterapia é realizada primariamente com compostos de platina, derivados da camptotecina e taxanos que apresentam no rol de reações adversas, entre outras, auditivas: ototoxicidade; dermatológicas: alopecia leve; gastrointestinais: náusea e vômito; hematológicas: mielossupressão; renais: nefrotoxicidade (insuficiência renal aguda e crônica); SNC: neurotoxicidade e, dependendo da dose e duração do tratamento pode ocorrer a neuropatia periférica (NETO et al., 2013).

Diferentes modelos conceituais interligam os fatores sociais aos níveis de saúde sendo o perfil de morbimortalidade mais elevado entre os grupos com maior vulnerabilidade social devido ao obstáculo do acesso aos serviços de saúde e tratamento correto. O baixo nível de socioeconômico, grau de instrução, baixa escolaridade, menor renda, assim como barreiras culturais e geográficas estão relacionado a não realização do exame Papanicolau o que se relaciona a um pior prognóstico e menor sobrevida de câncer potencialmente curáveis como o de colo de útero (ACOSTA et al., 2017).

Devido ao fato de ser passível de cura na sua quase totalidade, as medidas preventivas e educativas do câncer de colo de útero são de fato necessárias, devendo ser cada vez mais intensificadas. Para isso, conhecer a relação entre determinada variável e sua distribuição espacial em uma dada localidade permite a identificação, acompanhamento e monitoramento de populações, além de mapear fatores de riscos e auxiliar o planejamento de ações educativas e preventivas, uma vez que, só conhecendo o espaço e percebendo as relações existentes se torna possível agir sobre ele (PEREIRA, 2018).

Assim, o estudo justifica-se pelo fato de que o conhecimento do perfil das mulheres acometidas por câncer de colo de útero em tratamento num hospital de referência em oncologia no Maranhão leve a aquisição de conhecimentos para nortear o planejamento de ações e direcionar a atuação mais incisiva nas situações associadas a um maior risco, otimizando, assim, a alocação de recursos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descrita, do tipo transversal, com uma abordagem quantitativa, amostragem não probabilística, por conveniência. A pesquisa foi realizada no setor de quimioterapia de um hospital público na cidade de São Luís, Maranhão. Foram incluídas pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero, com idade superior a 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa. Foi utilizado como critério de exclusão a retirada do consentimento de participação da pesquisa. Dessa forma, participaram da pesquisa 39 pacientes.

O período de coleta dos dados se deu entre os meses de setembro de 2020 e fevereiro de 2021. Para a coleta de dados os pacientes foram abordados individualmente no local de coleta de dados, em que foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e esclarecimento de possíveis dúvidas. De acordo com a concordância em participar foi solicitada a assinatura em duas cópias do TCLE, uma para o participante e a outra para o pesquisador, e depois realizada a aplicação do instrumento de pesquisa.

A coleta de dados aconteceu em apenas um momento onde foi aplicado o instrumento por meio de entrevista para o levantamento de dados sobre aspectos sociodemográficos e clínicos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário elaborado pelos pesquisadores com as variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, renda familiar, cor, estado civil, procedência e profissão.

As variáveis clínicas coletadas foram: estadiamento, início da vida sexual, idade ao realizar o primeiro exame de Papanicolau, presença ou não de HPV, realização anual do exame Papanicolau, idade do diagnóstico, tempo de tratamento, tratamentos prévios realizados, número de filhos, tabagismo, protocolo de quimioterapia utilizado e reações adversas apresentadas, estas, autorrelatadas.

A análise descritiva dos dados foi realizada para caracterização das pacientes. As variáveis categóricas apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as quantitativas por meio de média e desvio padrão (média±DP). Foi testada a normalidade das variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk. Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2016, para melhor entendimento e visualização da situação estudada, elaborando-se gráficos e/ou tabelas, distribuídos ao longo do trabalho.

Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA/EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES), obtendo aprovação sob o número CAAE: 29381520.3.0000.5086 e parecer: 4.042.459.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa um total de 39 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e manifestaram interesse. A idade média no momento da entrevista foi de 53,4 anos, desvio-padrão de 14,6 e mediana de 56 anos. A mais jovem tinha 23 e a mais velha 78 anos. Conforme a tabela 1, ocorreu predomínio da faixa etária de 50 a 59 anos de idade (n=39; 35,90%), sendo 5,13% (n=39) dos casos em mulheres até os 30 anos, cor não-branca (n=39; 93,31%), estado civil solteira (n=39; 48,72%), ensino fundamental incompleto (n=39; 35,90%), renda mensal menor que um salário mínimo (n=39; 87,18%), a maior parte residiam no interior do Estado (n=39; 84,62%) e referiram serem trabalhadoras rurais (n=39; 48,72%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes com câncer de colo do útero atendidas em um hospital público de oncologia em São Luís – MA, Brasil, 2023.

Variável	Categoria	N	%
Idade (Anos)	≤ 29 anos	2	5,13
	30 a 39 anos	4	10,26
	40 a 49 anos	7	17,95
	50 a 59 anos	14	35,90
	60 a 69 anos	5	12,82
	70 a 79 anos	7	17,95
Cor	Branca	3	7,69
	Não-branca	36	92,31
Estado civil	Solteira	19	48,72
	Casada	11	28,21
	Divorciada	3	7,69
	Viúva	6	15,38
Escolaridade	Não estudou	5	12,82
	Fundamental incompleto	14	35,90
	Fundamental completo	2	5,13
	Ensino médio incompleto	4	10,26
	Ensino médio completo	11	28,21
Renda familiar	Ensino superior completo	3	7,69
	< 1 salário mínimo	34	87,18
	1 e 3 salários mínimos	5	12,82
Procedência	São Luís	6	15,38
	Interior	33	84,62
Profissão	Aposentado	5	12,82
	Trabalhador rural	19	48,72
	Assalariado	4	10,26
	Autônomo	3	7,69
	Desempregado	8	20,51

Fonte: elaborado pelos autores.

Segundo consta na tabela 2, o tipo histológico mais identificado entre as mulheres analisadas foi carcinoma (n=39; 69,25%) e com uma incidência menor o adenocarcinoma com 5,12% dos casos. O estadiamento mais observado foi o IVA (n=39; 17,95%) e em 33,33% dos prontuários essa informação estava ausente.

Tabela 2 – Tipo histológico e estadiamento identificado entre as pacientes com câncer de colo do útero atendidas em um hospital público de oncologia em São Luís – MA, Brasil, 2023.

Variável	Categoria	N	%
Tipo histológico	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	8	20,51
	Ausente	7	17,95
	Carcinoma epidermoide invasor	5	12,82
	Carcinoma espinocelular invasivo	4	10,30
	Carcinoma espinocelular	3	7,70
	Carcinoma espinocelular queratinizante, moderadamente diferenciado	2	5,12
	Adenocarcinoma	2	5,12
	Outros	8	20,48
	Estadiamento	Ausente	13
IA		0	-
IB1		0	-
IB2		0	-
IIA		4	10,26
IIB		6	15,38
IIIA		4	10,26
IIIB		4	10,26
IVA		7	17,95
IVB		1	2,56

Fonte: elaborado pelos autores.

A idade média das mulheres no momento do diagnóstico foi de 52,6±13,6 anos e de início da vida sexual 17,4±3,6 anos. A idade de realização do primeiro exame de Papanicolau foi 32±14,1 anos, onde 17 anos foi a idade mínima e 72 anos a máxima.

O tempo médio de tratamento no momento da coleta dos dados foi de 19,6 meses, sendo que 25,60% das pacientes estavam iniciando o tratamento nesse momento. No que tange aos tratamentos prévios realizados, no momento da coleta dos dados, 41,02% (n=39) das pacientes estavam fazendo somente quimioterapia e dessas, mais da metade (n=39; 56,25%) estavam com o agendamento feito para as sessões de radioterapia, 23,08% realizaram ou estavam realizando sessões de radioterapia, 17,95% (n=39) realizaram somente cirurgia e 17,95% (n=39) já tinham feito cirurgia e radioterapia.

No que se refere ao uso de anticoncepcionais, 62% (n=39) das mulheres relataram seu uso em algum momento da vida. Pode-se perceber na tabela 3 que 59% (n=39) das mulheres tiveram três ou mais filhos, eram ex-tabagistas (n=39; 46,20%), o protocolo de quimioterapia mais utilizado foi carboplatina/paclitaxel (n=39; 71,80%) e as reações adversas mais autorrelatadas: alopecia (n=39; 64,1%), náuseas e vômitos (n=39; 53,84%), dores musculares (n=39; 28,2%) e fadiga (n=39; 20,51). Além disso, a sensação de gosto amargo na boca, apesar de não descrita nas bulas dos quimioterápicos, foi relatada por 5,12% (n=39) das pacientes. Não houve relato de reações renais, hepáticas e auditivas.

Tabela 3 - Aspectos clínicos das pacientes com câncer de colo do útero atendidas em um hospital público de oncologia em São Luís – MA, Brasil, 2023.

Variável	Categoria	N	%
Tabagismo	Não	21	53,84
	Ex-fumante	18	46,16
Número de filhos	Nenhum	2	5,12
	1 a 3	14	35,88
	4 ou mais	23	59,00
Protocolo de quimioterapia	Carboplatina + Paclitaxel	28	71,80
	Carboplatina + Paclitaxel + Bevacizumabe	7	17,96
	Carboplatina semanal	1	
	Cisplatina	1	2,56
	Bevacizumabe	1	2,56
	Irinotecano	1	2,56
Reação adversa a quimioterapia	Dermatológica	25	64,10
	Trato gastrointestinal	21	53,84
	Osteomuscular	11	28,20
	Distúrbio do estado geral	8	20,51
	Hematológica	3	7,69
	Outras: amargo na boca	2	5,12
	Reação infusional	1	2,56
	Renal	0	-
	Hepática	0	-
Auditiva	0	-	

Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Considerando que as lesões precursoras do câncer de colo de útero, quando diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente, são curáveis em quase 100% dos casos, essa neoplasia ainda apresenta altos índices de incidência e mortalidade,

demonstrando a necessidade de traçar o perfil de pacientes acometidas associando fatores de riscos e variáveis geográficas como forma de subsidiar ações locais que intensifiquem o seu rastreamento e contribua para a redução desses dados estatísticos.

Em relação as características sociodemográficas, Ribeiro et al.¹², em seu estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com esse câncer em uma cidade do Nordeste obteve resultados semelhantes com predomínio na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, o equivalente a 21,50% do total de 699 prontuários utilizados. Esse predomínio de idade também foi observado por Guedes et al.¹³ correspondendo a 24,50% das participantes, sugerindo que essa predominância superior a 50 anos encontrada possa estar relacionada ao diagnóstico tardio da população em estudo.

Quanto a cor o presente estudo observou um predomínio de 93,31% (n=39) como não branca e 7,69% branca. Houve uma predominância de mulheres não brancas (67,40%) no estudo de Rozario et al.¹⁴, e de 76,8% no de Mascarello et al.¹⁵. Já o de Bornadi et al.¹⁶, evidenciou que 77,3% das mulheres se autodeclararam brancas. O estudo de Verزارo & Sardinha¹⁷ deu pouca atenção à relação entre raça e câncer de colo do útero, não porque a raça parda seja um fator de risco, mas porque mais da metade da população brasileira se declara pessoa de cor/raça negra ou parda.

Em relação ao estado civil um total de 48,72% (n=39) das participantes deste estudo eram solteiras no momento da entrevista, seguidas por casadas, divorciadas e viúvas com 28,21%, 15,38% e 7,69% respectivamente. Um estudo¹⁸ que analisou o perfil epidemiológico de óbitos por câncer de colo de útero no Brasil no período de 2007 a 2017 observou que, com exceção da região Sul, o estado civil solteira representou a maioria dos casos. Uma hipótese para esse fato pode ser a relação entre o estado civil e quantidade de parceiros sexuais, além de comportamento sexual de risco.

O nível de escolaridade é fator decisivo para a ocorrência de certos tipos de câncer, entre eles o do colo do útero. Mulheres com baixa escolaridade correm maior risco de desenvolver câncer de colo do útero, e quanto menor a escolaridade, maior o risco de diagnóstico tardio desses tumores¹⁵. Das mulheres analisadas 35,90% (n=39) possuíam o ensino fundamental incompleto e 12,82% (n=39) não estudaram. Silva et al.¹⁹ verificou no seu estudo que mulheres analfabetas e com até ensino fundamental incompleto representaram 70,9% da amostra estudada.

Observa-se que apenas 7,69% (n=39) concluíram o ensino superior. Um estudo realizado com pacientes com câncer atendidos na unidade de alta complexidade em oncologia Dr. Vitor Moutinho no Município de Tucuruí-PA verificou que os pacientes acometidos pelo câncer apresentam um nível de escolaridade baixo, pois apenas 4,6% apresentaram nível superior completo²⁰. No estudo observacional com 77.317 mulheres realizado por Thuler e colaboradores, 70% das pacientes tinham baixa escolaridade, isto é, fundamental incompleto ou menos²¹.

Além disso, o alto nível de escolaridade das mulheres está associado a um maior nível de entendimento sobre os fatores de risco e de proteção. De acordo com um estudo realizado com 205 mulheres no Nepal, isso teve impacto positivo significativo tanto no conhecimento sobre o câncer de colo do útero como na prática do exame de Papanicolau²².

Pessoas com menor renda e escolaridade, por serem as mais vulneráveis aos fatores de risco e tem menos acesso a informações e serviços de saúde, são consideradas as mais suscetíveis às DCNT, como o câncer. É provável que esta associação seja baseada na realidade sociodemográfica do Brasil, especialmente entre mulheres que procuram atendimento no serviço público de saúde²³.

Foi observado neste estudo que 87,18% (n=39) das mulheres acometidas e atendidas em um hospital público de oncologia em São Luís, Maranhão vivem com até um salário mínimo. No estudo transversal de Melo et al. ²⁴ com mulheres cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V, do município de Recife-PE, verificou-se que 43,1% das mulheres vivia com renda familiar de um salário mínimo. O trabalho de Fonseca e et al.²⁵ que caracterizou o perfil das pacientes com câncer de colo de útero no Estado de Roraima evidenciou que tratavam-se de mulheres, em sua maioria, solteiras, socialmente desfavorecidas e com baixa escolaridade.

A estimativa para o Estado do Maranhão e a capital, São Luís, para o ano de 2020 de novos casos dessa neoplasia foram de 890 e 160 casos por 100 mil habitantes, respectivamente³. No presente estudo, 84,62% (n=39) das mulheres eram do interior do Maranhão enquanto 15,38% era da capital São Luís, em maior parte (n=39; 48,72%) trabalhadoras rurais.

O estudo que caracterizou esse câncer, anterior à implantação do calendário vacinal para o HPV no Estado do Maranhão, mostrou que em todas as oito macrorregiões do estado existe uma correlação negativa entre o número de casos diagnosticados e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ou seja, uma relação inversa, pois à medida que o índice diminui, o número de casos aumenta e vice-versa²⁶.

No Brasil, o diagnóstico de câncer de colo do útero ocorre tardiamente em mais da metade dos casos analisados por Renna Junior & Silva²⁷, na qual mulheres com menor nível socioeconômico apresentaram maior probabilidade de serem diagnosticadas com essa doença avançada. De acordo com esse estudo as mulheres tratadas na região Sudeste apresentaram chances significativamente menores de terem diagnóstico tardio, na comparação com as demais macrorregiões do país.

Corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa, carcinoma também foi o tipo histológico mais encontrado por Thuler et al.²¹, Lofrano et al.²⁸, Medeiros-Verzaro e Sardinha¹⁷ e Silva et al.¹⁹, representando 90,3%, 65%, 80,8%, 56,25% dos casos, respectivamente. O estudo realizado por Cunha et al.²⁹ assim como o encontrado neste estudo identificou estadiamentos clínicos avançados, sendo os mais prevalentes naquele IIB e IIIB e neste IVA (17,95%) e IIB (15,35%). No estudo de Mascarello et al.¹⁵, o estadiamento

III esteve presente em 44% dos casos, seguido do II (31,4%).

A idade média das mulheres no momento do diagnóstico foi de $52,6 \pm 13,6$ – mínima de 23 e máxima de 75 anos –, sendo que 58,9% das pacientes encontravam-se com 50 anos ou mais no momento do diagnóstico. Thuler et al.²¹ em estudo observacional com 77.317 casos de pacientes com câncer de colo de útero no Brasil de 2002 a 2009 encontraram resultado semelhante onde a média de idade do diagnóstico foi de 49,2 anos. No trabalho de Silva et al.¹⁹ a idade média no momento do diagnóstico foi de 50,65 anos ($DP \pm 5,65$).

A iniciação sexual antes do 18 anos é considerada precoce, devido a cérvix ainda não está completamente formada e os níveis hormonais estabilizados. A idade média de iniciação encontrada neste trabalho foi de $17,4 \pm 3,63$ anos, sendo 11 anos a idade mínima e 23 anos a idade máxima relatada.

O resultado encontrado por Roteli-Martins et al.³⁰ corrobora o encontrado neste trabalho ($18,5 \pm 4,0$ anos). A média encontrada por Fonseca et al.²⁵ foi de 13,8 anos e por Passos et al.³¹ foi de 16 a 20 anos. O resultado do trabalho de Murta et al.³² mostra que a maioria das mulheres que desenvolveram o câncer de colo de útero iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos de idade.

A idade de realização do primeiro exame de Papanicolau foi $32 \pm 14,1$ anos, sendo 17 anos foi a idade mínima e 72 anos a máxima. Das 39 mulheres participantes, 4 relataram não lembrar a idade do primeiro exame e 4 nunca tinham realizado o exame até a data anterior ao diagnóstico e no momento da coleta dos dados estavam com 56, 57, 68 e 70 anos. Quando perguntadas sobre a realização anual desse exame 82,05% ($n=39$) responderam não realizá-lo com tal periodicidade.

De fato, existe uma grande resistência da população feminina a submeter-se ao exame. Conforme Franks & Clancy³³ esse preconceito é muito bem evidenciado se a pessoa que vai fazer a coleta do material é do sexo masculino. Outro fator limitante é a falta de profissionais aptos para coleta e leitura do material.

A maioria dos casos de câncer de colo de útero apresentaram infecção pelo HPV, dado que reafirma inúmeras pesquisas e salienta a ação protagonista do vírus no desenvolvimento do câncer de colo uterino. No entanto, em apenas 2 (5,12%) dos 39 prontuários analisados continham o exame HPV. No estudo de Batista et al.³⁴, também não foi possível descrever o índice desse vírus, visto que muitas mulheres não sabiam nem ao que se referia, e não havia informações nos prontuários confirmando a infecção, o que pode ser uma das limitações para não haver a significância estatística esperada.

Conforme esperado, a quimiorradioterapia supera o tratamento cirúrgico, devido aos estadiamentos clínicos encontrados no estudo (IIA em diante). Diferente mas em consonância desse resultado, Favaro³⁵ traçando o perfil epidemiológico das mulheres com câncer de colo uterino atendidas em um hospital de referência em oncologia a partir dos dados de 906 mulheres o estágio clínico mais observado foi o 0 (39,6%) e 70,1% foram

submetidas a cirurgia, o que corrobora com a classificação da FIGO que correlaciona o estadiamento ao tratamento.

Devido a interferência no metabolismo celular e indução a exposição do epitélio glandular aos agentes agressores, os anticoncepcionais são associados a oncogênese⁶. Neste estudo, 62% (n=39) das mulheres fizeram uso de anticoncepcionais em algum momento. O estudo de coorte de Roura et al.³⁶ que estudou a influência dos fatores hormonais no risco de desenvolver câncer do colo do útero destacou associações fortes e positivas entre o uso de contraceptivos orais e o risco desse câncer e de lesões precursoras.

O estudo realizado por Lobatón et al.³⁷ com 1.217 mulheres realizado no México, local onde o câncer do colo do útero é o mais comum e letal, mostrou que a maioria delas apresentou fatores de risco para esta doença, sendo a multiparidade um deles. Neste trabalho, 59% das mulheres tiveram três ou mais filhos, o que corrobora o estudo mexicano representado por 63% das mulheres e o de Silva et al.¹⁹ na qual 55,5% das mulheres eram multíparas.

Sabe-se que mulheres fumantes tem o risco aumentado de desenvolver esse câncer quando seu início se dá precocemente, além de ser proporcional ao número de cigarros fumados por dia³⁸. Neste estudo, 46,20% (n=39) das mulheres eram ex-tabagistas e nenhuma, no momento da coleta dos dados, respondeu ser fumante, sendo relatado pelas mulheres que fumavam ter deixado de praticar o ato depois do diagnóstico do câncer. O restante delas, 43,8%, nunca fumou.

Corroborando Dias et al.³⁹ onde grande parte das mulheres eram tabagistas ou ex-tabagistas (46,2%) no estudo que traçou o perfil epidemiológico das mulheres com câncer ginecológico no sul do Brasil e Lodi et al.⁴⁰ na qual o percentual de mulheres fumantes portadoras de lesões precursoras do câncer de colo do útero era de 55%. Logo, percebe-se que a relação do tabagismo como importante fator causal para o câncer do colo uterino existe e já é bem conhecida pela ciência.

Pinheiro et al.⁴¹ em seu estudo que traçou o perfil clínico-epidemiológico de 2664 mulheres com câncer de colo do útero no Norte do Estado do Tocantins - período de 2000 a 2015 evidenciou um total de 70,7% de ex-fumantes e concluiu que o tabagismo um fator de risco bem envolvido na incidência desse câncer, principalmente no estadiamento tardio.

Sabe-se que mulheres infectadas por HIV apresentam maior probabilidade de desenvolverem HPV, fator de risco mais comum para o câncer de colo de útero. Em estudos de revisão de Fedrizzi et al.⁴², foi observada prevalência de 73,2% de HPV em pacientes HIV-positiva e 23,7% nas HIV negativos. Campos, Rocha e Melo⁴³ encontraram 73,2% de prevalência de HPV em mulheres com HIV e 23,8% em mulheres HIV negativo. Entre as 39 pacientes deste estudo uma delas era HIV-positiva. No entanto, a falta de informações nos prontuários, principalmente em relação ao HPV, tornou-se um fator limitante deste estudo.

O padrão atual de tratamento do câncer de colo uterino em estágios iniciais consiste em procedimentos cirúrgicos e em casos de doença localmente avançado na combinação de quimioterapia baseada em platina e radioterapia, uma vez que nesses casos não existe papel para o tratamento cirúrgico⁶.

Dessa forma, observa-se que o tratamento quimioterápico realizado em um hospital público de oncologia em São Luís-MA está em conformidade com o preconizado na literatura, na qual 94,88% (n=39) das pacientes utilizam algum agente da classe das platinas, primariamente a carboplatina. Além disso, o esquema contendo duas drogas quando comparados a regimes com única droga apresentam maiores taxas de resposta. Nesse sentido, verifica-se que 89,76% (n=39) das mulheres em tratamento faz uso de esquema contendo duas ou mais drogas, sendo uma delas a carboplatina.

Observamos que em 17,96% (n=39) das pacientes foi adicionado o bevacizumabe ao esquema de carboplatina-paclitaxel. Atualmente é bem estabelecido que a adição de bevacizumabe a esse esquema melhora significativamente a sobrevida geral e livre de progressão⁴⁴, sendo recomendada mediante uma relação custo-efetividade incremental considerada aceitável. Contudo, a adição desse anticorpo monoclonal é responsável pelo incremento de mais reações adversas como fístulas gastrointestinais, hipertensão, neutropenia e tromboembolismo.

Entre as reações adversas aos esquemas quimioterápicos utilizados no tratamento do câncer de colo de útero, observa-se que a alopecia consiste na reação mais autorrelatada pelas pacientes representando 64,10% (n=39) do total, seguida de náuseas e vômitos (n=39; 53,84%), dores musculares (n=39; 28,20%), fadiga (n=39; 20,51%), neuropatia periférica (n=39; 17,94%) e mielossupressão (n=39; 7,69%).

Apesar de não ser descrito no rol de reações adversas dos quimioterápicos presente na bulas, o gosto amargo na boca foi relatada por duas pacientes (n=39; 5,12%). Não foi relatada pelas pacientes reações adversas renais, hepáticas e auditivas.

CONCLUSÃO

O trabalho demonstrou que a maioria das pacientes tinham entre 50 a 59 anos, não-brancas, solteiras, de baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica e residentes no interior do Estado. O diagnóstico se deu em fases mais avançadas da doença. Em sua maior parte, eram ex-tabagistas, multíparas e usavam anticoncepcional. Em média, tiveram o início da vida sexual aos 17,4±3,63 anos e o primeiro exame de Papanicolau realizado aos 32±14,1 anos. O tratamento com quimioterapia foi o mais evidenciado, destacando-se o protocolo carboplatina/paclitaxel e as reações adversas mais autorrelatadas: alopecia, náuseas e vômitos, dores musculares e fadiga.

Os resultados alcançados corroboram as produções científicas atuais, demonstrando a necessidade de novas estratégias das políticas de saúde relacionadas a prevenção,

sobretudo ações de educação em saúde e a importância do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero no Estado do Maranhão para reduzir a incidência, mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas por esse câncer.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018;23(6):1737-1750. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer – 6. ed. rev. atual. [internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 112 p. [acesso 2023 jun. 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p. [acesso 2023 jun. 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
4. International Agency for Research on Cancer. Cancer today. [internet]. Lyon: WHO, 2020. [acesso 2023 mai. 23]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. [internet]. Washington, DC: OPAS, 2016, 415p. [acesso 2023 fev. 15]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31403>
6. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. [internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114p. [acesso 2023 fev. 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>

7. Bhatla N, Berek JS, Fredes MC, Denny LA. Estadiamento FIGO revisado para carcinoma do colo do útero. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2019 abr;145(1):129-135. doi: 10.1002/ijgo.12749
8. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Câncer do colo do útero. [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021. [acesso 2023 jan. 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
9. Neto MC, Hamerschlak N, Ribeiro AAF, Guendelmann RAK, Santos VA. Guia de protocolos e medicamentos para tratamento em oncologia e hematologia. [internet]. São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2013, 516p. [acesso 2023 fev. 20]. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/Guia_Oncologia_Einstein_2013.pdf
10. Acosta DF, Dantas TDS, Cazeiro CC, Acosta DF, Gomes, VLDO. Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. *Revista de Enfermagem. UFPE online*, 2017;11(8):3031-3038. doi: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201706
11. Pereira AGL, Escosteguy CC, Valencia LIO, Magalhães MDAFM, De Andrade MR. Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*, 2018;26(2):203-210. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020013>
12. Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, Santos SLD, Coelho DMM. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. [internet]. *Gestão e Saúde*, 2015;6(2):1367-1381. [acesso 2023 mar. 11]. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2921>
13. Guedes TG, Pordeus AMJ, Diógenes MAR. Análise epidemiológica do câncer de colo de útero em serviço de atendimento terciário no Ceará-Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2005;15(4):205-210. doi: <https://doi.org/10.5020/945>
14. Rozario S, Silva IF, Koifman RJ, Silva IF. Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo histológico. *Revista de Saúde Pública*, 2019;53:88. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001218>
15. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2012;58(3):417-426. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.594>

16. Bonardi LH, Silva FR, Souza MV, Sombrio SN, Silva BR, Rosa MI. Análise epidemiológica de pacientes com câncer cervical num serviço público de oncologia de Criciúma-SC Epidemiological analysis of patients with Cervical cancer in public service of oncology Criciúma-SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2010;39(3). doi: 0004-2773/10/39-03/34
17. Medeiros-Verzaro P, Sardinha AHL. Caracterização sociodemográfica e clínica de idosas com câncer do colo do útero. *Revista de Salud Pública*, 2020;20:718-724. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.69297>
18. Fonseca ABA, Silva Júnior BB, Oliveira CC, Brasil CA, Ferreira RVR, Jabar RL. Perfil epidemiológico de óbitos por câncer de colo de útero no Brasil no período de 2007 a 2017. In: *Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas*. Ponta Grossa-PR. Atena Editora; 2017. p. 222-235. doi: 10.22533/at.ed.47820130321
19. Silva RCG, Silva ACO, Peres AL, Oliveira SR. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2018 out-dez;18(4):703-710. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>
20. Cantão BCG, Lima AB, Cruz AC, Cantão JLF, Batista Neto JBS, Cunha JF, Garcia CL, Veloso Júnior AA. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia Dr. Vitor Moutinho no município de Tucuruí-PA. *Brazilian Journal of Development*, 2020;6(3):16410-16429. doi: 10.34117/bjdv6n3-494
21. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Revista brasileira de cancerologia*, 2012 jul-set;58(3):351-357. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.583>
22. Thapa M. Conscientização do câncer cervical e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres com problemas ginecológicos. *Jornal da Associação Médica do Nepal*, 2018 mar-abr;56(211):654-657. PMID: 30381758
23. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 2016 mai-jun;19(3):507-519. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
24. Melo EMF, Linhares FMP, Silva TM, Pontes CM, Santos AHS, Oliveira SC. Câncer cervico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019;72(3):30-36. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017->

25. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2010;32(8):386-392. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000800005>
26. Nogueira LM, Costa SS, Costa IZ, Lopes DL, Aguiar DCC, Machado e Silva LC. Caracterização epidemiológica do câncer do colo uterino, anterior à implantação do calendário vacinal para o HPV no estado do Maranhão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021;13(2):e5804-e5804. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e5804.2021>
27. Renna Junior NL, Silva AG. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2018;27(2):e2017285. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200003>
28. Lofrano AD, Morais e Coura CP, Silva MJS. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com carcinoma do colo do útero em quimioterapia paliativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2016;62(3):203-213. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.162>
29. Cunha FF, Pinheiro MCN, Corrêa ARS. Estadiamento do câncer de colo uterino em um hospital de referência. *Enfermagem Brasil*, 2019;18(3):373-381. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.3086>
30. Roteli-Martins CM, Syrjanen KJ. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2007;29(11):580-587. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007001100006>
31. Passos SD, Jardim PT. Perfil epidemiológico das mulheres com câncer invasivo de colo uterino atendidas em serviço de referência de campo grande-ms. 12º Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão. 14 de abril a 27 de setembro de 2018. Campo Grande, Mato Grosso do Sul; 2018.
32. Murta EFCM, Franca HG, Carneiro MC, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Cervical Cancer: Analysis of First Sexual Intercourse and Parity. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1999;21(9):555-559. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72031999000900009>

33. Franks P, Clancy CM. Viés de gênero do médico na tomada de decisão clínica: rastreamento do câncer na atenção primária. *Assistência médica*, 1993; p.213-218.
34. Batista MG, Ramos KS, Costa CBA. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento avançado. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 2017;15(2):77-87.
35. Favaro CRP, Durant LC, Paterra TSV, Panobianco MS, Gozzo TO. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero tratadas em hospital terciário. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2019;9:e3253. [Access 2020 dec 17]; Available in: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3253>
36. Roura E, Travier N, Waterboer T, Sanjosé S, Bosch FX. Correção: a influência dos fatores hormonais no risco de desenvolver câncer cervical e pré-câncer: resultados da coorte EPIC. *PLOS ONE*, 2016;11(1):e0147029. Doi: 10.1371/journal.pone.0147029. eCollection2016. Errata em: *PLoS One*. 2016;11(3):e0151427. PMID: 26808155; PMCID: PMC4726518
37. LobatónAT, Iglesias JIB, RojoAT, Posada JCO, Palomares MAM, Bassaure ER. Câncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. *Seguro Popular. Ginecología y Obstetricia de México*, 2013;81(2):71-76.
38. Teles CCGD, Muniz MCV, Ferrari R. Tabagismo associado às lesões precursoras para o câncer de colo uterino. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 2013;7(9). doi: 10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201309
39. Dias M, Mantovan SGM, Zomkowski K, Roussenq SC, Benetti M, Sperandio FF, Kilian C, Tavares, MGS. Perfil Epidemiológico das Mulheres com Câncer Ginecológico: um estudo multicaseos, no Sul do Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 2021;7(4):37025-37035. Doi: 10.34117/bjdv7n4-254
40. Lodi BN, Neiva GM, Lodi CTC. Avaliação do perfil epidemiológico das mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero em um ambulatório universitário. [internet]. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 2021;5(1):30-35. [acesso 2023 mar. 10]. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/470>
41. Pinheiro ALLP, Coelho ALLP, Simpson S, Soares NA, Santos Filho WP, Zeituni CA, Rostelato MECM. Perfil clínico e epidemiológico de mulheres com câncer de colo uterino no norte do Estado do Tocantins durante o período de 2000 a 2015. *Brazilian Journal of Radiation Sciences*, 2021;9(1A). doi: <https://doi.org/10.15392/bjrs.v9i1A.1546>

42. Fedrizzi EM, Schlup CG, Menezes ME, Ocampos M. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres HIV-Positivo de Florianópolis, Santa Catarina. DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente 59 Transmissíveis, 2011;23(4):205-223. doi: 10.5533/2177-8264-201123410
43. Campos JR, Rocha GA, Melo VH. Lesões Cervicais de baixo e alto grau em adolescente soropositivas para o HIV. Femina, 2011;39(8):413-419. ID: lil-613329
44. Redondo A, Colombo N, McComarck M, Dreosti L. Primary results from CECILIA, a global single-arm phase II study evaluating bevacizumab, carboplatin and paclitaxel for advanced cervical cancer. Gynecologic Oncology, 2020;159(1):142-149. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.07.026.