



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

**FATORES PROGNÓSTICOS EM PACIENTES COM CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO, ESTADIO IA -IVA DE ACORDO COM
A MODALIDADE TERAPÊUTICA INICIAL: CIRURGIA OU
RADIOTERAPIA**

NILTON HELIBRANDO CAETANO DA ROSA

**Construção de um trabalho, para o Mestrado Profissional no
programa de Pós-graduação na área de Oncologia da
Fundação Antônio Prudente para obtenção do título de
Mestre**

Orientador: Dr. Genival Barbosa de Carvalho

São Paulo

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Rosa, Nilton Helibrando Caetano.

Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: cirurgia ou radioterapia. / Nilton Helibrando Caetano Rosa. São Paulo, 2024.

23f.

Trabalho aplicado (Mestrado Profissional) - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Genival Barbosa de Carvalho.

1. Neoplasias de colo uterino, 2. Fatores prognósticos, 3. Sobrevida

CDU 616

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

NILTON HELIBRANDO CAETANO DA ROSA

**FATORES PROGNÓSTICOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO, ESTADIO IA -IVA DE ACORDO COM A MODALIDADE TERAPÊUTICA
INICIAL: CIRURGIA OU RADIOTERAPIA**

Aprovado em 26 /06/ 2024

Banca Examinadora

Orientador: Dr. Genival Barbosa de Carvalho

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da Banca: Dra. Maria Paula Curado

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da Banca: Dr. André Lopes

Instituição: Fundação Antônio Prudente

AGRADECIMENTOS

Deus todo-poderoso por ter permitido!

A minha mãe Carolina Caetano pelo alento e arrimo indefetíveis durante esta jornada;

A Nazaré e a Nailah pelos momentos em que lhes faltei durante as minhas ausências;

Ao exímio Orientador, Doutor Genival Barbosa pela honra e benefícios do seu precioso tempo e saber;

Ao distinto, Professor Doutor Fernando Miguel, pela presença e tutoria constantes;

À direção do Instituto Angolano de Controle do Cancro pelo apoio e consentimento na utilização da base de dados da instituição;

A Suely Francisco pela disponibilidade e apoio técnico ao longo do percurso; e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo epidemiológico.

RESUMO

Rosa NHC. **Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA - IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: cirurgia ou radioterapia.** [Mestrado Profissional]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

INTRODUÇÃO: O câncer ainda é um grande problema de saúde pública, não só em países em desenvolvimento, como é o caso de Angola, mas também em países desenvolvidos assim como Estados Unidos e países da Europa, devido à sua crescente incidência e elevada taxa de mortalidade. A ausência de registo nacional de câncer em Angola originou uma falta de conhecimento em relação à epidemiologia da doença, limitando o desenvolvimento de uma eficaz política nacional de combate ao câncer. É considerada a primeira causa de morte feminina relacionada com o câncer em Angola. **OBJETIVOS:** Avaliar retrospectivamente os fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo uterino admitidos para tratamento no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, no Instituto Angolano de Controle de Câncer (IACC). **MATERIAL E MÉTODOS:** Este é um estudo coorte retrospectivo de uma série de pacientes portadores de câncer de colo uterino, em estadios IA - IVa tratados entre 2015 à 2016 no Instituto Angolano de Controle do Câncer (IACC). Os dados coletados foram armazenados em Excel e analisados na ferramenta IBM SPSS statistics versão 29.0. O tempo de sobrevida calculado entre a data do início do tratamento e o óbito por qualquer causa, para a sobrevida global (SG), data do início do tratamento e morte por câncer, para a sobrevida câncer específica (SCE) e data do início do tratamento. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados, para as variáveis qualitativas foi apresentada a distribuição de frequências absolutas (n), relativas (%) e as principais medidas resumo, como as medidas de posição e de dispersão para as variáveis quantitativas. **RESULTADOS:** Das 176 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, a idade variou entre 35 e os 66 anos, com media de 50 anos, 151 (85,8%) pacientes não tinham registo de vacina para HPV, quanto ao tabagismo 81 (46,02%) não eram. 113 (60,59%) foram diagnosticadas em estadio III. Verificamos que a sobrevivência mediana da serie na análise de sobrevida global, foi de 50% em 12 meses e 20% em 60 meses. **CONCLUSÃO:** A sobrevida de pacientes com câncer cervical tratadas no Instituto Angolano de Controle de Câncer entre 2015 – 2016 foi baixa por causa da apresentação em estágio avançado, tratamentos não ideais (falta de braquiterapia) e progressão da doença enquanto se aguarda a radioterapia.

Descritores: Neoplasias de colo uterino. Fatores Prognóstico. Sobrevida

ABSTRACT

Rosa NHC. [Prognostic factors in patients with cervical cancer, stage IA -IVA according to the initial therapeutic modality: surgery or radiotherapy]. [Mestrado Profissional]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2024.

INTRODUCTION: Cancer is still a major public health problem, not only in developing countries, such as Angola, but also in developed countries such as the United States and European countries, due to its increasing incidence and high mortality rate. The absence of a national cancer registry in Angola has led to a lack of knowledge regarding the epidemiology of the disease, limiting the development of an effective national policy to combat cancer. It is considered the leading cause of cancer-related female death in Angola. **OBJECTIVES:** To retrospectively evaluate the prognostic factors in patients with cervical cancer admitted for treatment from January 2015 to December 2016 at the Angolan Institute for Cancer Control (IACC). **MATERIAL AND METHODS:** This is a retrospective cohort study of a series of patients with cervical cancer in stages IA - IVa treated between 2015 and 2016 at the Angolan Institute for Cancer Control (IACC). The collected data were stored in Excel and analyzed using the IBM SPSS statistics tool, version 29.0. The survival time calculated between the date of initiation of treatment and death from any cause, for overall survival (OS), date of initiation of treatment and death from cancer, for cancer-specific survival (SCE), and date of initiation of treatment. Initially, a descriptive analysis of the data was performed, for the qualitative variables, the distribution of absolute frequencies (n), relative frequencies (%) and the main summary measures, such as position and dispersion measures for the quantitative variables, were presented. **RESULTS:** Of the 176 patients who met the inclusion criteria, their ages ranged from 35 to 66 years, with a mean age of 50 years, 151 (85.8%) patients had no record of HPV vaccination, and 81 (46.02%) were not smokers. 113 (60.59%) were diagnosed as stage III. We found that the median survival of the series in the overall survival analysis was 50% at 12 months and 20% at 60 months. **CONCLUSION:** The survival of cervical cancer patients treated at the Angolan Institute for Cancer Control between 2015 and 2016 was low due to advanced stage presentation, suboptimal treatments (lack of brachytherapy) and disease progression while awaiting radiotherapy

Keywords: Cervical Neoplasms. Prognostic Factors. Survival.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Número de prontuários revistos para o estudo e seleção dos casos elegíveis.....	10
Figura 2	Sobrevida Global.....	13
Figura 3	Sobrevida Câncer Específica.....	13
Figura 4	Sobrevida Relacionada a HIV e Câncer.....	14
Figura 5	Sobrevida por tratamento	14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis demográficas	6
Tabela 2	Variáveis clínicas	7
Tabela 3	Variáveis relacionadas as modalidades de tratamento	8
Tabela 4	Variáveis relacionadas ao tratamento cirúrgico	8
Tabela 5	Variáveis relacionadas a radioterapia.....	8
Tabela 6	Variáveis relacionadas a quimioterapia.....	9
Tabela 7	Variáveis demográficas e clínicas por categorias e frequências	11

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
CEC	Carcinoma epidermóide
EC	Estadio clínico
ESGO	<i>European Society of Gynaecological Oncology</i>
ESTRO	<i>European Society of Radiotherapy and Oncology</i>
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IACC	Instituto Angolano de Controle do Câncer
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
RMN	Ressonância nuclear magnética
RT	Radioterapia
SCE	Sobrevida câncer específica
SEER	<i>Surveillance, Epidemiology, and End Results</i>
SLR	Sobrevida livre de recorrência local
SG	Sobrevida global
TC	Tomografia computadorizada
TNM	Tumor Nodes Metastase

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	2
2.1	Estadiamento de Câncer de Colo Uterino.....	2
2.2	Tratamento de Câncer de Colo Uterino	2
2.2.1	Estadio Clínico IA1	2
2.2.2	Estadio Clínico IA2, IB1, IB2	3
2.2.3	Estadio Clínico IB3 E IIA.....	3
2.2.4	Estadio Clínico IIB, III E IVA.....	3
2.2.5	Tratamento Adjuvante	3
3	OBJETIVOS	4
3.1	Objetivo Geral	4
3.2	Objetivos Específicos	4
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	5
4.1	Casuística.....	5
4.1.1	Critérios de inclusão	5
4.1.2	Critérios de exclusão.....	5
4.1.3	Critérios diagnósticos e estadiamento	5
4.2	Métodos	6
4.2.1	Variáveis demográficas	6
4.2.2	Variáveis clínicas.....	6
4.2.3	Variáveis relacionadas as modalidades de tratamento.....	8
4.2.4	Situação na última informação objetiva de seguimento	9
4.2.5	Análise estatística	9
5	RESULTADOS	10
5.1	Resultados Gerais	10
5.2	Sobrevida Global	13

6	DISCUSSÃO	15
7	CONCLUSÃO.....	17
8	IMPACTO	18
9	APLICABILIDADE	19
10	INOVAÇÃO	20
11	REFERÊNCIA	21

ANEXOS

Anexo 1 Termo de Compromisso do Pesquisador

Anexo 2 Declaração de Ciência e Comprometimento

Anexo 4 Termo de Compromisso do Pesquisador

Anexo 3 Termo de Anuência de Instituição

APÊNDICES

Apêndice 1 Ficha de Recolha de dados

Apêndice 2 Formulário para Submissão do Projeto de Pesquisa ao CEP

1 INTRODUÇÃO

O câncer ainda é um grande problema de saúde pública, não só em países em desenvolvimento, como é o caso de Angola, mas também em países desenvolvidos assim como Estados Unidos e países da Europa, devido à sua crescente incidência e elevada taxa de mortalidade ¹.

Angola, tem cerca de 36,7 milhões de habitantes com renda (PIB per capita) de 6.45 usd ². A pirâmide de distribuição etária mostra uma base larga denotando uma população jovem que deveria receber atendimento de prevenção secundária ¹⁻⁵.

A ausência de registo nacional de câncer em Angola originou uma falta de conhecimento em relação à epidemiologia da doença, limitando o desenvolvimento de uma eficaz política nacional de combate ao câncer ¹. Nesta situação, os registos hospitalares das grandes unidades oncológicas podem fornecer informações importantes, apresentando uma estimativa razoável do perfil epidemiológico do câncer na população ¹. Existem 3 unidades para tratamento de câncer, sendo o Instituto Angolano de Controle do Câncer (IACC), o único centro de tratamento público de câncer no país ⁵⁻⁶.

Com aproximadamente 660 mil casos novos e 350 mil óbitos no mundo em 2022, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres ⁷⁻⁸. Em Angola um total de 2.949 novos casos de câncer cervical foram diagnosticados em 2018. É considerada a primeira causa de morte feminina relacionada com o câncer em Angola ⁸.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

O estadiamento Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia-FIGO foi modificado em 2018 para permitir achados de imagem e patológicos, quando disponíveis, para definição do estadiamento⁹⁻¹¹. Antes o estadiamento da FIGO era baseado predominantemente no exame clínico (Exame pélvico ginecológico e retal sob anestesia a ser realizado por ginecologista especializado em oncologia com adição de certos procedimentos permitidos para mudança no estágio. A avaliação com ressonância magnética (RM) de abdome e pelve com contraste para avaliar ureteres, linfonodos pélvicos e retroperitoneais a partir do estágio IB. Tomografia computadorizada por emissão de pósitron (PET-TC) nas pacientes em estágio > IB2, principalmente na suspeita de envolvimento linfonodal. Naquelas que apresentem sinais sugestivos de invasão de bexiga ou reto pelos exames de imagem, realizar cistoscopia e retossigmoidoscopia, respectivamente⁹⁻¹¹.

2.2 TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

A cirurgia é reservada para estádios iniciais com uma taxa de cura em torno de 95%. O tratamento de rotina deve ser a histerectomia radical associada à técnica do linfonodo sentinela ou linfadenectomia pélvica bilateral. A quimiorradioterapia além de seu benefício em estádios localmente avançados, pode ser usada nas pacientes não candidatas a cirurgia⁹⁻¹¹.

2.2.1 Estádio clínico IA1

Histerectomia total ou histerectomia radical ou traquelectomia via vaginal ou conização, estes dois últimos em particular para pacientes que desejam preservar a fertilidade. Para mulheres sem condições cirúrgicas, RT externa e/ou braquiterapia isolada. Realizar a pesquisa do linfonodo sentinela (LNS), se disponível, ou linfadenectomia pélvica bilateral nos casos de invasão linfovascular. A sobrevida global com a cirurgia em estágio I é em torno de 95%⁹⁻¹¹.

2.2.2 Estádios clínicos IA2, IB1 e IB2

Histerectomia radical com pesquisa do LNS, se disponível, ou linfadenectomia pélvica bilateral. Para pacientes não candidatas a cirurgia, tratamento definitivo com RT externa seguido de braquiterapia. Para aquelas em estádios IA2 e IB1 (tumores < 2 cm sem comprometimento linfonodal) e que desejam manter a fertilidade, considerar conização (IA2) ou traquelectomia com pesquisa do LNS ou linfadenectomia pélvica. A sobrevida global para as pacientes nesses estádios é em torno de 85 a 90% ⁹⁻¹¹.

2.2.3 Estádios clínicos IB3 e IIA

RT externa preferencialmente de intensidade modulada (IMRT) concomitante à QT com cisplatina, 40 mg/m²/semana EV, por 6 semanas, seguida de braquiterapia se condições anatômicas favoráveis. Como alternativa, principalmente em histologia não epidermoide, histerectomia total com linfadenectomia pélvica bilateral com ou sem linfadenectomia para-aórtica e tratamento adjuvante a depender da presença de critérios de risco intermediário ou alto (ver estágio patológico) ⁹⁻¹¹.

2.2.4 Estádios clínicos IIB, III e IVA

RT externa (preferencialmente IMRT) na dose de 50,4 Gy concomitante à QT baseada em cisplatina, 40 mg/m²/semana EV, por 6 semanas (iniciando no D1 da RT externa), seguida de braquiterapia (30-35 Gy) ⁹⁻¹¹.

2.2.5 Tratamento adjuvante

A terapia adjuvante é baseada nos critérios de estratificação de risco. A radioterapia adjuvante é indicada:

- Se Risco intermediário: 2 ou mais critérios de estratificação de risco;
- Presença de invasão angiolinfática;
- Invasão estromal profunda (terço profundo/maior que 10mm);
- Tumor maior que 4 cm.

A radioquimioterapia adjuvante: Nos pacientes de alto risco: linfonodos comprometidos / margem comprometida / parâmetro comprometido.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Avaliar retrospectivamente os fatores prognósticos relacionados ao acesso e tratamento em pacientes com câncer de colo uterino admitidos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, no Instituto Angolano de Controle de Câncer (IACC)

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento e taxa de perda de seguimento por modalidade terapêutica;
- Avaliar a taxa de sobrevida global e câncer específica de acordo com estadiamento clínico e modalidade de tratamento;
- Avaliar pontos críticos relacionados ao acesso dos doentes ao tratamento

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

Este é um estudo coorte retrospectivo de uma série de pacientes portadores de câncer de colo uterino, em estádios IA - IVa tratados entre 2015 à 2016 no IACC. Esse período foi escolhido para que tivéssemos pelo menos 5 anos de seguimento e avaliar toda a jornada, desde o diagnóstico, tratamento, reabilitação e seguimento de longo prazo e observarmos quais os pontos mais críticos para melhorias. O projeto de pesquisa do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IACC.

4.1.2 Critérios de Inclusão

- Pacientes portadores de câncer de colo uterino em estádios IA – IVA no IACC;
- Ausência de tratamento prévio;
- Presença de registo de informações relevantes (fatores prognósticos) para o estudo nos prontuários médicos.

4.1.3 Critérios de Exclusão

- Pacientes submetidos a tratamentos paliativos, por intercorrência de comorbidades ou por doença metastática;
- Processo clínico com inconformidade de preenchimento;
- Pacientes com tratamento prévio em outras instituições no exterior do país.

4.1.4 Critérios diagnósticos e estadiamento

- Pacientes com história e exame físico regional que incluía exame ginecológico, resultado de biópsia realizada para confirmação diagnóstica de câncer de colo uterino;
- Tumores classificados de acordo estadiamento da FIGO 2018, com uso de exames de imagem nomeadamente TC, RMN ⁹.

4.2 MÉTODOS

A busca pelos prontuários dos pacientes tratados no período do estudo foi realizada no Registro Hospitalar de Câncer e em bancos de dados institucionais, utilizado os termos *carcinoma epidermóide, neoplasia de colo uterino ou CID C53*. As variáveis foram separadas em demográficas, hábitos de vida, clínicas relacionadas ao paciente e ao tumor e variáveis relacionadas ao tratamento.

4.2.1 Variáveis demográficas

Os pacientes foram agrupados conforme a idade em anos, relato ou não de tabagismo. (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis demográficas

Variáveis	Categorias
Idade	≤ 35 ANOS 36 – 45 ANOS 46 – 55 ANOS 56 – 65 ANOS ≥ 66 ANOS
Estado civil	Solteira Casada Viúvo Desconhecido
Tabagismo	Sim Não Desconhecido

4.2.2 Variáveis clínicas

Os pacientes foram agrupados de acordo com data da biopsia, tipo de diagnóstico, tipo histológico o estágio clínico e a localização do tumor (cervical ou endocervical). (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis clínicas

Variáveis	Categorias
Data da Biópsia	
Comorbidades	Sim Não
Data de óbito	
Tipo de diagnóstico	Histologia Citologia
Tipo histológico	Carcinoma Espinocelular Adenocarcinoma Adenoescamoso Outro
Grau histológico	1 2 3
Sítio primário	Cérvix Endo cérvix
Imunohistoquímica	Sim Não
ESTADIAMENTO	IA1 IA2 IB1 IB2 IB3 IIA1 IIA2 IIB IIIA IIIB IIIC1 IIIC2 IVA IVB

4.2.3 Variáveis relacionadas as modalidades de tratamento

Os pacientes foram agrupados de acordo com o tratamento realizado. Para cada um dos grupos foi avaliado o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, segundo tumor primário, tratamento realizado de acordo ao estadiamento, morte por câncer, mortes por quaisquer causas e se, na última avaliação. (Tabela 3).

Tabela 3 - Variáveis relacionadas as modalidades de tratamento

Variáveis	Categorias
Tratamento	Cirurgia Quimioterapia Radioterapia

Além disso, nos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foram analisados o tipo de cirurgia realizada e a data (Tabela 4).

Tabela 4 - Variáveis relacionadas ao tratamento cirúrgico

Variáveis	Categorias
Cirurgia	Sim Não
Data do diagnóstico	DD/MM/AA
Data da Cirurgia	DD/MM/AA

Nas pacientes submetidas a radioterapia, foram avaliadas as datas de início e término do tratamento. (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis relacionadas a radioterapia

Variáveis	Categorias
Data do início de tratamento	DD/MM/AA
Data do fim do tratamento	DD/MM/AA

Nas pacientes submetidas a quimioterapia, foram avaliadas as datas de início e término do tratamento, a indicação (neoadjuvante e/ou adjuvante) (Tabela 6).

Tabela 6 - Variáveis relacionadas a quimioterapia

Variáveis	Categorias
Data de Início de tratamento	DD/MM/AA
Data de Fim de Tratamento	DD/MM/AA
Indicação da Quimioterapia	Neoadjuvante Adjuvante

4.2.4 Situação na última informação objetiva de seguimento

A data da última consulta ou óbito foi utilizada para definir a situação do último contato. Os pacientes foram agrupados como vivos sem doença, vivos com doença, mortos por câncer ou mortos por outras causas. Foi considerado morte pós-operatória quando ocorrida nos trinta dias seguintes a cirurgia e que teve como causa base algum evento diretamente relacionado com a morte. Os pacientes que na última consulta estavam com doença intratável e que depois perdeu-se o seguimento foram considerados mortos pela doença. A falta de dados nos prontuários superior a três vezes o período estipulado para retorno pela equipe médica, e quando nestes casos, não foi possível o contato telefônico ou por outros meios foi caracterizado como perda de seguimento.

4.2.5 Análise Estatística

Os dados coletados foram armazenados em Excel e analisados na ferramenta IBM SPSS statistics versão 29.0. O tempo de sobrevida calculado entre a data do início do tratamento e o óbito por qualquer causa, para a sobrevida global (SG), data do início do tratamento e morte por câncer, para a sobrevida câncer específica (SCE) e data do início do tratamento. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados, para as variáveis qualitativas foi apresentada a distribuição de frequências absolutas (n), relativas (%) e as principais medidas resumo, como as medidas de posição e de dispersão para as variáveis quantitativas. Foi usada regressão logística para calcular o risco de óbito conforme as variáveis estudadas

5 RESULTADOS

Foram revisados 230 prontuários, dos quais 48 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão e 176 preencheram os critérios de inclusão para o estudo (Figura 1). Entre os pacientes excluídos, 10,41% EC IB, 36% EC IIb, 44% EC IIIb, 12% EC IVa, 8% EC IVb. A idade variou entre 43 e os 77 anos, com média de 52 anos, sem registo de vacinação para HPV, sem registo de teste de HIV nos prontuários. 18,75% tiveram alteração de diagnóstico inicial de outras instituições, tendo se confirmado após tratamento cirúrgico inicial, serem neoplasias malignas de endométrio.

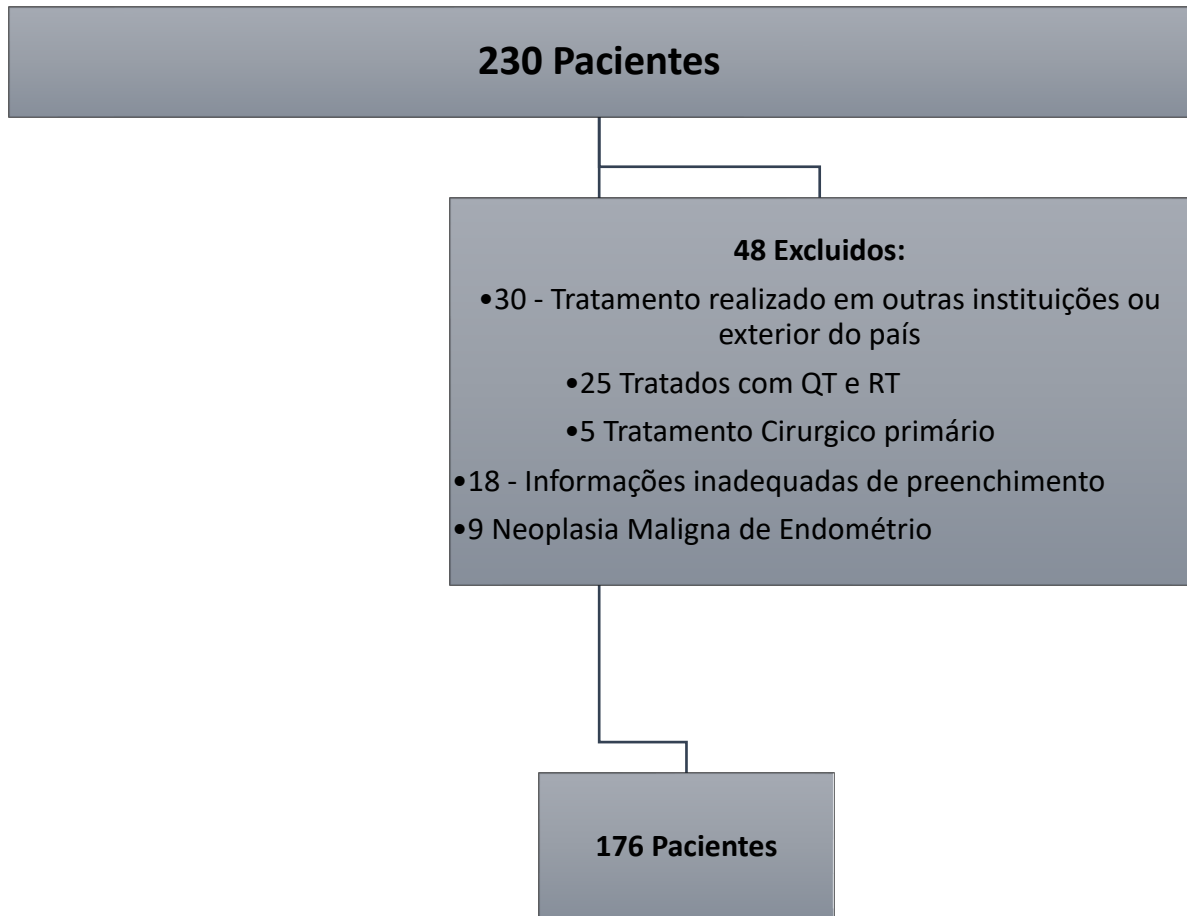


Figura 1 - Número de prontuários revistos para o estudo e seleção dos casos elegíveis

5.1 RESULTADOS GERAIS

Das 176 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, a idade variou entre 35 e os 66 anos, com media de 50 anos, 122 (69,32%) das pacientes eram solteiras, 151 (85,8%) pacientes não tinham registo de vacina para HPV, quanto ao tabagismo 81 (46,02%) não eram. Oitenta e oito pacientes (50%) não tinham comorbidades diagnosticadas. Cento e treze pacientes (60,59%) foram diagnosticadas em estadio III.

Tabela 7 - Variáveis demográficas e clínicas por categorias e frequências.

	VARIAVEIS	FREQUENCIA	%
IDADE	menor ou igual a 35 ANOS	14	7,95
	36 - 45 ANOS	57	32,39
	46 - 55 ANOS	54	30,68
	56 - 65 ANOS	26	14,77
	maior ou igual 66 ANOS	25	14,20
COMORBIDADE	SIM	31	17,61
	NÃO	57	32,39
	DESCONHECIDO	88	50,00
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	122	69,32
	CASADO	10	5,68
	VIUVO	4	2,27
	DESCONHECIDO	40	22,73
VACINA	SIM	2	1,14
	NÃO	23	13,07
	DESCONHECIDO	151	85,80
TABAGISMO	SIM	12	6,82
	NÃO	81	46,02
	DESCONHECIDO	83	47,16
HIV	POSITIVO	21	11,93
	NEGATIVO	31	17,61
	DESCONHECIDO	124	70,45
TIPO DE DIAGNOSTICO	HISTOLOGIA	161	92,00
	CITOLOGIA	14	8,00
TIPO HISTOLOGICO	CEC	165	94,29
	ADENOCARCINOM	8	4,57
	ADENOESCAMOSO	1	0,57
	OUTRO	1	0,57

GRAU HISTOLOGICO	1	89	50,57
	2	40	22,73
	3	13	7,39
	DESCONHECIDO	34	19,32

Cont/Tabela 7

	VARIAVEIS	FREQUENCIA	%
SÍTIO PRIMARIO	CERVIX	172	97,73
	ENDOCERVIX	4	2,27
IMUNOHISTOQUIMICA (P16INK4a)	SIM	0	0,00
	NÃO	176	100,00
ESTADIAMENTO	IA1	1	0,59
	IA2	0	0,00
	IB1	1	0,59
	IB2	0	0,00
	IB3	0	0,00
	IIA1	0	0,00
	IIA2	0	0,00
	IIB	23	13,53
	IIIA	7	4,12
	IIIB	103	60,59
	IIIC1	0	0,00
	IIIC2	2	1,18
	IVA	15	8,82
	IVB	18	10,59
QT NEOADJUVANTE	SIM	91	51,70
	NÃO	70	39,77
	DESCONHECIDO	15	8,52
QT ADJUVANTE	SIM	19	10,80
	NÃO	33	18,75
	DESCONHECIDO	124	70,45
CIRURGIA	SIM	4	2,27
	NÃO	124	70,45
	DESCONHECIDO	48	27,27
RADIOTERAPIA EXTERNA	SIM	70	39,77
	NÃO	76	43,18
	DESCONHECIDO	30	17,05

CEC – Carcinoma Espinocelular, QT – Quimioterapia,

Em nosso estudo a ausência de radioterapia (68,4%), cirurgia (99,3%) e quimioterapia adjuvante (93,4%) tiveram significância estatística na análise para o risco de óbito nas pacientes com câncer de colo uterino.

Tabela 8 - Variáveis clínicas relacionadas a mortalidade em pacientes por câncer de colo uterino pelo teste de qui-quadrado

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	N (%)	DESFECHOS		P-VALUE	ANALISE UNIVARIADA	
		VIVOS	OBITOS		OR (95% CI)	P-VALUE
TOTAL	176	40 (22.7)	136 (77.3)			
COMORBIDADES						
NÃO	145 (82.4)	34 (85.0)	111 (81.6)	0.622	1.00	
SIM	31 (17.6)	6 (15.0)	25 (18.4)		1.28 (0.48 – 3.37)	0.622
CIRURGIA						
NÃO	172 (97.7)	37 (92.5)	135 (99.3)	0.012	1.00	
SIM	4 (2.30)	3 (7.50)	1 (0.70)		0.09 (0.01 – 0.90)	0.041
RADIOTERAPIA						
NÃO	106 (60.2)	13 (32.5)	93 (68.4)	< 0.001	1.00	
SIM	70 (39.8)	27 (67.5)	43 (31.6)		0.22 (0.11 – 0.47)	<0.001
QT						
NEOADJUVANTE						
NÃO	85 (48.3)	16 (40.0)	69 (50.7)	0.232	1.00	
SIM	91 (51.7)	24 (60.0)	67 (49.3)		0.65 (0.32 – 1.33)	0.234
QT ADJUVANTE						
NÃO	157 (89.2)	30 (75.0)	127 (93.4)	<0.001	1.00	
SIM	19 (10.8)	10 (25.0)	9 (6.60)		0.21 (0.08 – 0.57)	0.002

5.2 SOBREVIDA GLOBAL

Verificamos que a sobrevivência mediana da serie na análise de sobrevida global, foi de 50% em 12 meses e 20% em 60 meses (Figura 2)

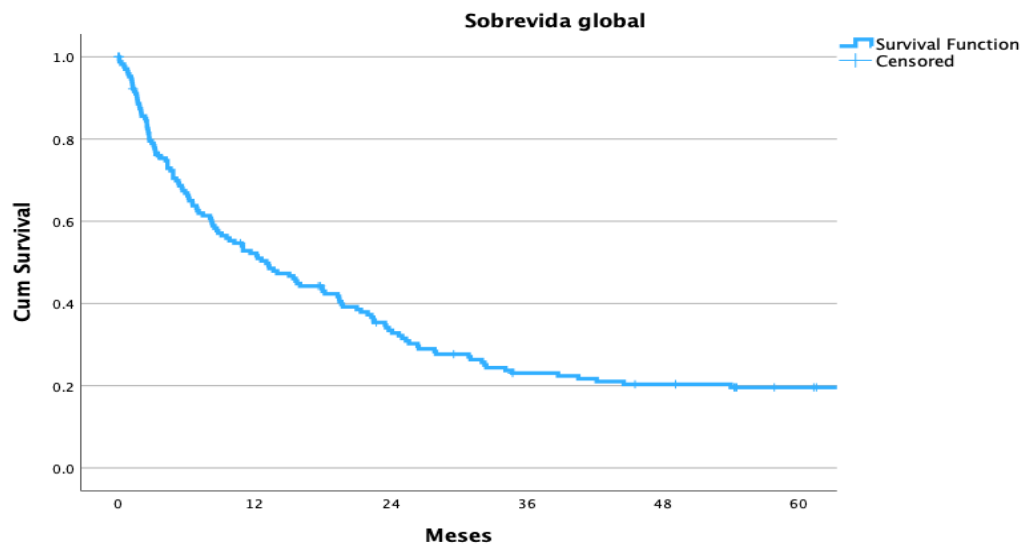


Figura 2 – Sobrevida Global

Quanto a análise de sobrevida câncer específica, observou-se nesta serie uma mediana de, 48% em 12 meses (Figura 3).

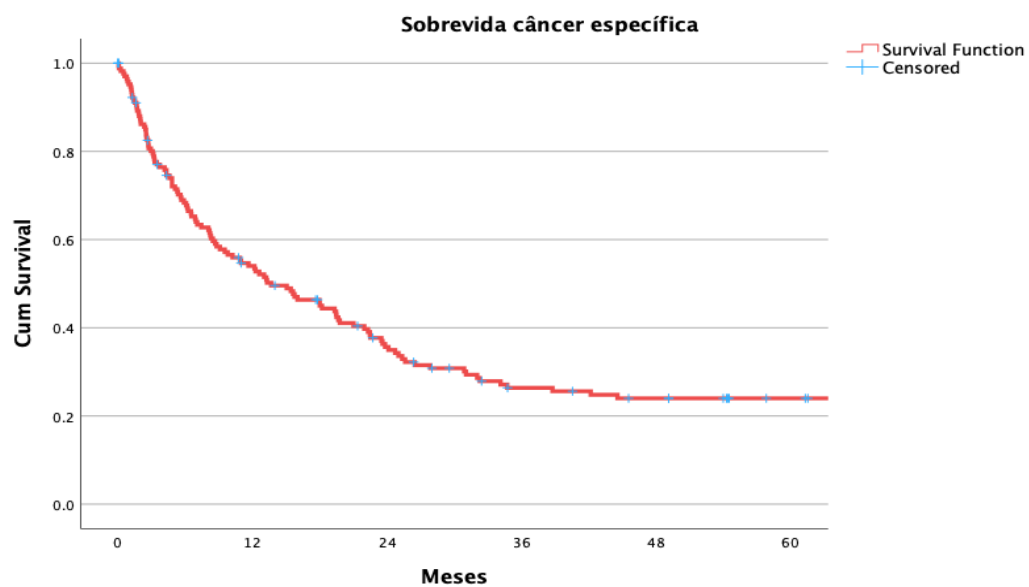


Figura 3 – Sobrevida Câncer Específica

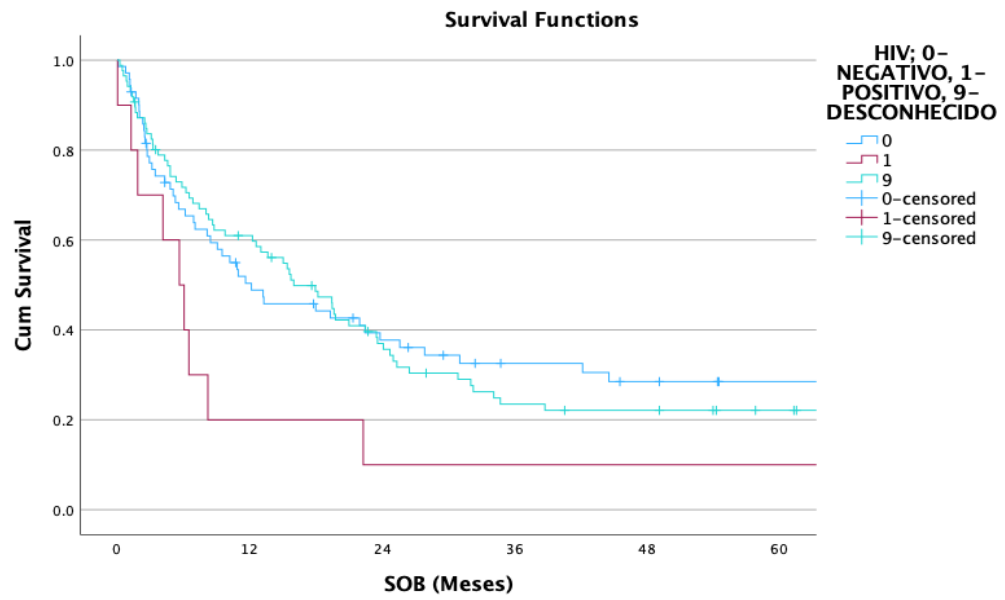


Figura 4 - Sobrevida Relacionada a HIV e Câncer

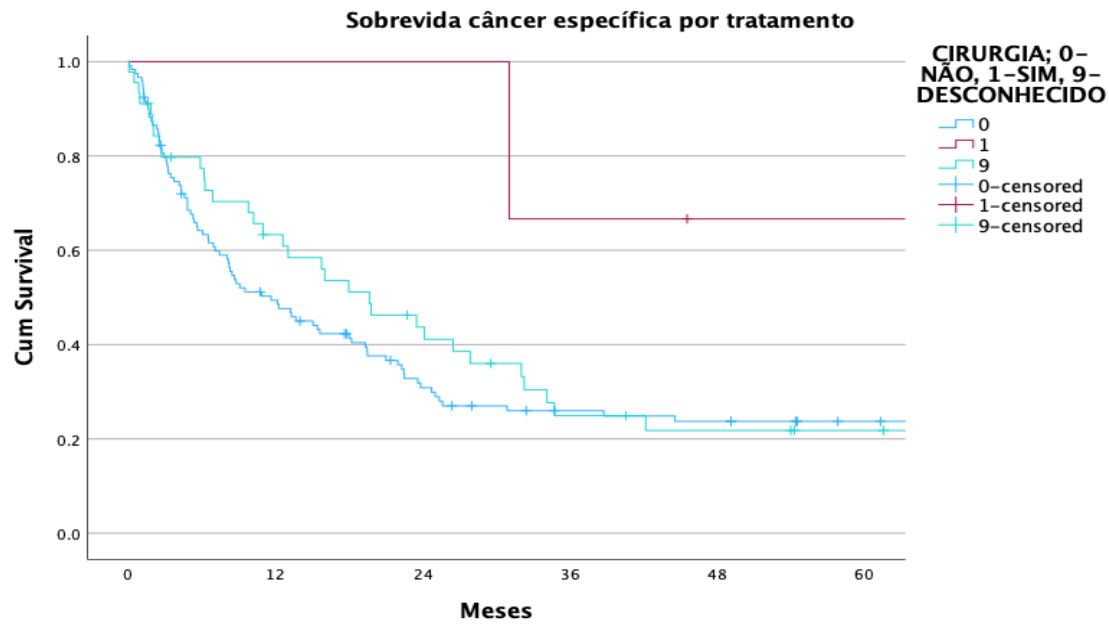


Figura 5 - Sobrevida por tratamento

6 DISCUSSÃO

O presente estudo documenta sobrevida global em pacientes com neoplasia maligna de colo uterino em Angola.

As taxas de sobrevivência global a 1 ano e aos 2 anos foi de 50% e 30% respectivamente, substancialmente menores às relatadas em outros estudos. Kantelhardt et al.¹² relataram taxas de sobrevida em um e dois anos de 90 e 74% (45% na análise dos piores casos). As características clínicas dos pacientes entre nosso estudo e os estudos anteriores são geralmente semelhantes, porém, os padrões de tratamento diferem. No nosso estudo verificamos um tempo superior a 5,6 meses para acesso a radioterapia, nenhum paciente teve acesso a braquiterapia, como relatado em outros estudos.

Em geral, nossos achados de sobrevida são menores do que os relatados em países de alta renda, como os Estados Unidos bem como em alguns países de África¹³. Em parte, devido à falta de atendimento em tempo adequado, braquiterapia, tratamento associado a melhor sobrevida do câncer cervical¹⁴⁻¹⁵.

Além dos tratamentos abaixo do que seria o padrão preconizado mundialmente, a baixa taxa de sobrevivência de pacientes com câncer cervical em nosso estudo reflete em parte a apresentação em estágio avançado. A maioria dos nossos pacientes não teve acesso a vacina para HPV por não fazer parte do programa de vacinação na altura do estudo e apresentava doença em estágio III ao diagnóstico, o que é consistente com estudos anteriores no continente¹²⁻¹³.

Dessa forma, para melhorar as ações de prevenção e detecção precoce para um tipo de câncer considerado totalmente evitável, mas ainda detetado em fase muito avançada, a veiculação de informações instrumentalizando a população sobre os sinais e sintomas da doença, a disponibilidade de profissionais e de exames na atenção básica e a importância da adesão ao rastreamento pode otimizar os recursos e captar casos em estádios mais precoces. Isso pode reduzir a demanda por radioterapia¹⁶⁻¹⁷.

A ideia de fluxo de pacientes tem muito a ver com a otimização do processo de tratamento dos pacientes¹⁸⁻²¹:

- **Gestão de capacidade e demanda:** Sincronizar a demanda de pacientes para o serviço (fator externo) com o nível de capacidade de atendimento (fator interno), de modo não

haver ociosidade dos equipamentos de tratamento e longas filas de espera para atendimento;

- **Gestão de Filas:** Minimizar os efeitos da espera, distribuindo pacientes entre o sistema público e privado;
- **Monitoramento em tempo real dos dados.**

Os esforços também devem se concentrar no modelo assistencial que privilegia a organização da rede de serviços e maior disponibilização de recursos tecnológicos, acessibilidade aos hospitais e centros diagnósticos e habilidade de profissionais para lidar com o câncer ²². Diante do panorama atual, avaliações da implementação da braquiterapia, que não foi feita aqui, poderão trazer importantes contribuições na abordagem ²³. Esforços direcionados ao suprimento de recursos usados para o estadiamento e para o restabelecimento das condições clínicas das pacientes podem auxiliar na redução do tempo de espera ²⁴⁻²⁵.

Quanto a sobrevida relacionada à infecção por HIV, observamos a 1 ano e 2 anos taxas de 20 e 15% respectivamente. Em 2020, a UNAIDS estimou a prevalência da infecção pelo VIH em Angola em 1,8% ²⁶. Isso, associado a ausência de vacina contra HPV no Programa Alargado de Vacinação (PAV) na época do estudo, a baixa adesão de mulheres ao exame de prevenção (Citopatológico) verificada pelo número elevado de pacientes diagnosticadas em estágio avançado, pode ter contribuído, para as baixas taxas de sobrevida observadas em nosso estudo, pois permite a maior progressão da doença.

7 CONCLUSÃO

A sobrevida de pacientes com câncer cervical tratadas no Instituto Angolano de Controle de Câncer entre 2015 – 2016 foi baixa por causa da apresentação em estágio avançado, tratamentos abaixo do ideal (falta de braquiterapia) e progressão da doença enquanto se aguarda a radioterapia. Esses achados ressaltam a necessidade de esforços multissetoriais coordenados para melhorar o acesso à detecção precoce, a serviços de radioterapia oportunos e de alta qualidade.

8 IMPACTO

O presente estudo documenta sobrevida global em pacientes com neoplasia maligna de colo uterino tratados no IACC e permitiu através do mestrado profissional o desenvolvimento do profissional.

- Chefe de departamento de Ensino e Pesquisa do IACC;
- Influenciar pessoas;
- Coordenar futuras pesquisas com dados de qualidade.

Com estes dados esperamos contribuir para a actualização do Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Câncer em Angola; discutir ações de Prevenção dos principais cânceres preveníveis dentro do Projeto para a Prevenção e Controlo do Câncer em Angola.

Realizamos em Maio de 2023 visita ao Instituto Nacional de Câncer - Brasil (INCA) e ao Instituto de Oncologia Angel H. Roffo – Argentina, onde após breve discussão sobre a situação do registo hospitalar de câncer no IACC e dos Registos de Câncer de Base Populacional em Angola, foi sugerido uma visita técnica ao IACC para avaliação in loco e elaboração de um plano de qualificação de recursos humanos.

Participamos do Seminário de Intercâmbio de Experiências Entre Brasil e Angola Sobre Políticas e Ações Referentes à Atenção Oncológica nos dias 14 e 15 de Novembro de 2023, dentro da proposta de Cooperação Técnica SUL-SUL Brasil-Angola firmada entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Executivo da República de Angola, com objetivo de discutir ações de Prevenção dos principais cânceres e finalização do novo plano nacional de prevenção e controle do câncer em Angola.

9 APLICABILIDADE

O nosso estudo permitiu o diagnóstico de situação e a criação no IACC de um modelo de navegação de pacientes de modo a melhorar o acesso dos pacientes as modalidades de tratamento espelhadas no nosso estudo, criando protocolos de tratamento.

10 INOVAÇÃO

O nosso estudo permitiu a criação de um plano de formação de registradores e melhoria do prontuário médico.

11 REFERÊNCIAS

- 1 Armando A, Bozzetti MC, de Medeiros Zelmanowicz A, Miguel F. The epidemiology of cancer in Angola-results from the cancer registry of the national oncology centre of Luanda, Angola. *Ecancermedicalscience*. 2015 Feb 17;9:510.
- 2 World population data sheet. Disponível em: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2023/12/2023-World-Population-Data-Sheet-Booklet.pdf>. [2023 nov 12]
- 3 Akinyemiju T, Wiener H, Pisu M. Cancer-related risk factors and incidence of major cancers by race, gender and region; analysis of the NIH-AARP diet and health study. *BMC Cancer*. 2017 Aug 30;17(1):597.
- 4 Miguel F, Bento MJ, de Lacerda GF, Weiderpass E, Santos LL. A hospital-based cancer registry in Luanda, Angola: the Instituto Angolano de Controlo do Cancer (IACC) Cancer registry. *Infect Agent Cancer*. 2019 Nov 8;14:35.
- 5 Miguel F, Conceição AV, Lopes LV, Bernardo D, Monteiro F, Bessa F, et al. Establishing of cancer units in low or middle income African countries: Angolan experience--a preliminary report. *Pan Afr Med J*. 2014 Nov 17;19:291.
- 6 Santos LL, Spencer HB, Miguel F, Tulsidás S, Rodrigues B, Lopes LV. Fight against cancer in Portuguese-speaking African countries: echoes from the last cancer meetings. *Infect Agent Cancer*. 2019 Feb 15;14:6.
- 7 Rocha, JW. Culture and its influence on an increase in cervical cancer cases in Angola. *Braz J Oncol*. 2021;17:e-20200049.
- 8 Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-263.

- 9 NCCN National Comprehensive Cancer Network. Guidelines Version 1. 2022, Cervical Cancer. Disponível em: https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical-poland.pdf. [2023 jan 12]
- 10 British Gynaecological Cancer Society. BGCS framework for care of patients with gynaecological cancer during the COVID-19 Pandemic, 2020. Disponível em: <https://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/BGCS-RCOG-framework-for-care-of-patients-with-gynae-cancer-during-COVID19.pdf>. [2024 jan 13]
- 11 Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023 May 1;33(5):649-666.
- 12 Kantelhardt EJ, Moelle U, Begoihn M, Addissie A, Trocchi P, Yonas B, et al. Cervical cancer in Ethiopia: survival of 1,059 patients who received oncologic therapy. *Oncologist*. 2014 Jul;19(7):727-34.
- 13 Abdalla E, Troy R, Fall S, Elhussin I, Egiebor-Aiwan O, Nganwa D. Racial differences in 5-year relative survival rates of cervical cancer by stage at diagnosis, between African American (black) and white women, living the state of Alabama, USA. *BMC Cancer*. 2020 Sep 1;20(1):830.
- 14 Eifel PJ. Intracavitary brachytherapy in the treatment of gynecologic neoplasms. *J Surg Oncol*. 1997 Oct;66(2):141-7.
- 15 Brizel HE, Fiveash AE, Howington JW. Radiotherapy of carcinoma of the cervix. *J Med Assoc Ga*. 1974 Sep;63(9):357-61.
- 16 Vulpe H, Asamoah FA, Maganti M, Vanderpuye V, Fyles A, Yarney J. External beam radiation therapy and brachytherapy for cervical cancer: the experience of the National Centre for Radiotherapy in Accra, Ghana. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2018 Apr 1;100(5):1246-1253.

- 17 Maluf FC, Dal Molin GZ, de Melo AC, Paulino E, Racy D, Ferrigno R, et al. Recommendations for the prevention, screening, diagnosis, staging, and management of cervical cancer in areas with limited resources: Report from the International Gynecological Cancer Society consensus meeting. *Front Oncol.* 2022 Aug 18;12:928560.
- 18 Jensen K, Mayer TA, Welch SJ, Haraden C. Leadership for smooth patient flow: improved outcomes, improved services, improved bottom line. Chicago, IL: Health Administration Press, 2007. 182p.
- 19 Jensen K, Mayer TA. The patient flow advantage: how hardwiring hospital-wide flow drives competitive performance. Pensacola: Fire Starter Publishing, 2015. 333p.
- 20 Brito-Silva K, Bezerra AF, Chaves LD, Tanaka OY. Integrality in cervical cancer care: evaluation of access. *Rev Saude Publica.* 2014 Apr;48(2):240-8.
- 21 Vandborg MP, Christensen RD, Kragstrup J, Edwards K, Vedsted P, Hansen DG, et al. Reasons for diagnostic delay in gynecological malignancies. *Int J Gynecol Cancer.* 2011 Aug;21(6):967-74.
- 22 Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate,* 2018 jul-set; 42(118):687-701.
- 23 LaVigne AW, Triedman SA, Randall TC, Trimble EL, Viswanathan AN. Cervical cancer in low and middle income countries: Addressing barriers to radiotherapy delivery. *Gynecol Oncol Rep.* 2017 Sep 1;22:16-20.
- 24 Ferreira da Silva I, Ferreira da Silva I, Koifman RJ. Cervical Cancer Treatment Delays and Associated Factors in a Cohort of Women From a Developing Country. *J Glob Oncol.* 2019 Jan;5:1-11.

- 25 Gyenwali D, Pariyar J, Onta SR. Factors associated with late diagnosis of cervical cancer in Nepal. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(7):4373-7.
- 26 UNAIDS Country Factsheets Angola. 2020. [(accessed on 10 April 2022)]. Available online : <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/angola>

Anexo 1 - Termo de Compromisso do Pesquisador

Referente à análise do projeto de pesquisa intitulado: Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: Cirurgia ou radioterapia

Eu, Nilton Caetano da Rosa, ORMED 2283, Coordenador(a) do presente Projeto de Pesquisa a ser conduzido no IACC, localizado na Rua Amilcar Cabral, CRM-Luanda, comprometo-me:

- A cumprir todos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, incluindo tornar público os resultados desta pesquisa querem sejam eles favoráveis ou não.
- A preservar a privacidade dos participantes de pesquisa cujos dados serão coletados;
- Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para esta pesquisa;
- Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o participante da pesquisa.

Esperando ter atendido satisfatoriamente às exigências desse Comitê, aguardamos deliberação.

Atenciosamente,

Nilton Caetano da Rosa

Coordenador do Projeto

Data: 24/01/2022

Anexo 2 - Declaração de Ciência e Comprometimento

Declaramos que o Instituto Angolano de Controle do Cancer tem ciência da realização e se compromete a colaborar com o projeto intitulado “Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: Cirurgia ou radioterapia”, cujo coordenar responsável será o Dr. Nilton Caetano da Rosa.

Atenciosamente,

Dr. Fernando Miguel

Director Geral

IACC

Data: 24/01/2022

Anexo 3 – Termo de Anuência de Instituição



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE



IACC
INSTITUTO ANGOLANO DE
CONTROLO DE CÂNCER

TERMO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: **Fatores prognósticos em pacientes com câncer colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: Cirurgia ou radioterapia em Angola**, que visa buscar informações clínicas e epidemiológica de pacientes avaliados em nosso serviço, e, portanto, autorizo sua execução pelo pesquisador: Nilton Helibrando Caetano da Rosa.

Nome da instituição: INSTITUTO ANGOLANO DE CONTROLO DO CANCRO

Nome completo do responsável legal pela instituição: Fernando Miguel

Cargo: Director Geral

Telefone para contato:

+244923319558

Assinatura do responsável da instituição:

Data: 24-01-2022

Av. Amílcar Cabral
Distrito da Maianga – Luanda
Email:
Telef: +244 222 783089
Luanda - Angola



GOVERNO DE
ANGOLA

Instituto Angolano de
Controlo do Câncer (IACC)

Anexo 4 – Termo de Compromisso do Pesquisador

 IACC INSTITUTO ANGOLANO DE CONTROLO DE CÂNCER	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
---	--

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Referente à análise do projeto de pesquisa intitulado: Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: Cirurgia ou radioterapia

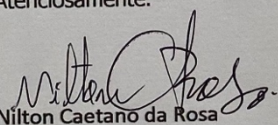
Eu, Nilton Caetano da Rosa, ORMED 2283, Coordenador(a) do presente Projeto de Pesquisa a ser conduzido na **no IACC, localizado na Rua Amílcar Cabral, CRM – Luanda,** comprometo-me:

- A cumprir todos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, incluindo tornar público os resultados desta pesquisa querem sejam eles favoráveis ou não.
- A preservar a privacidade dos participantes de pesquisa cujos dados serão coletados;
- Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para esta pesquisa;
- Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o participante da pesquisa.

Esperando ter atendido satisfatoriamente às exigências desse Comitê, aguardamos deliberação.

Atenciosamente,

Atenciosamente.



Nilton Caetano da Rosa
Coordenador do Projeto
Data: 20/01/2022

Instituto Angolano de Controlo de Câncer - R. Amílcar Cabral nº, Luanda Angola

Apêndice 1 - Ficha de Recolha de dados

Data da Coleta: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

☐ IACC/Angola

Número de identificação hospitalar: _____

Nome do entrevistado (abreviatura apenas): _____

Nome da mãe do entrevistado (abreviatura apenas): _____

Data de nascimento: ____/____/____

Local de nascimento: _____
(cidade) (estado) (país)

Local de residência: : _____
(cidade) (estado) (país)

FATORES SOCIOECONOMICOS

Anos de estudo (anos completos): ☐ Não estudou

☐ Somatório número de anos: _____

Exerce atividade remunerada? ☐ Sim ☐ Não

Renda mensal da família (somando todas as rendas): _____ ☐ Real ☐ Dólar

Número de pessoas que vivem com esta renda: _____ adultos _____ crianças

Água utilizada na casa: ☐ rede geral encanada ☐ Poço ou nascente

☐ Outro meio: _____

Trecho da rua da moradia: ☐ asfaltada / pavimentada ☐ Terra/cascalho

☐ Outro: _____

Raça/etnia: _____ (segundo referência do entrevistado)

Religião referida: _____

Estado marital: ☐ Vive com companheiro(a)/marido/esposo(a) ☐ Solteiro(a)

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E HÁBITOS DE VIDA

Peso: _____ kg ☐ referido . Altura: _____ cm ☐ referido

Fumo: ☐ nunca fumou ☐ ex-fumante ☐ fumante ativo

☐ fumante passivo

Se fumante ativo, fuma há quanto tempo? _____ meses ☐ não aplicável

Quantos maços/ano? _____ (considere 22 cigarros por maço)

Álcool: ☐ Não bebe mais (bebeu por ____ meses, cerca de ____ doses/mês, parou há ____ meses)

☐ bebe socialmente (bebe desde ____ anos, cerca de ____ doses/mês)

☐ bebe com frequência (bebe desde ____ anos, cerca de ____ doses/mês, tipo de bebida _____)

☐ nunca bebeu

Comorbidades: ☐ diabetes mellitus ☐ hipertensão arterial ☐ dislipidemia ☐

outros (especificar): _____

Medicações em uso: _____

HISTÓRIA REPRODUTIVA

Idade da Menarca: ____ (anos)

Data da última menstruação: ____ / ____ / ____

Número de gravidezes ____ Número de partos ____ Número de abortos ____

Idade da mulher no primeiro parto: ____ (anos)

Nascidos vivos: _____

Amamentação? ☐ Sim ☐ Não Tempo total (considerando todos os filhos): ____ (meses) ☐

Número de parceiros sexuais: _____

HISTÓRIA ATUAL: Exame físico

. Sinais/ sintomas referidos: ☐ Sangramento (Data: ____ / ____ / ____)

☐ Dor abdominal (Data: ____ / ____ / ____)

☐ Leucorreia

(Data: ____ / ____ / ____)

☐ Outras alterações: _____ (Data: ____ / ____ / ____)

Exame físico: Data do exame: ____ / ____ / ____

☐ exame físico normal

☐ Vulva

☐ Especular

☐ Lesão no colo (característica: _____ tamanho: _____ milímetros)

☐ Toque vaginal

☐ Toque retal

HISTÓRIA ATUAL: Diagnóstico

Realizou algum exame para rastreamento nos últimos 24 meses?

☐ não ☐ sim Alteração? ☐ não ☐ sim

Realizou algum exame para rastreamento nos últimos 12 meses?

☐ não ☐ sim Alteração? ☐ não ☐ sim

☐ Outros achados: _____

Ressonância de pelve: ☐ não ☐ sim Data da realização ____/____/____

☐ achados: _____

Biópsia da lesão:

Data da realização ____/____/____

Resultado biópsia: ☐ CEC ☐ Adenocarcinoma ☐ Adenoescamoso

☐ ☐ outro: _____

Retorno ao médico após resultado de exames:

Data da realização ____/____/____

HISTÓRIA ATUAL: Estadiamento inicial

TNM

☐ Tx ☐ T0 ☐ Tis ☐ T1a ☐ T1b ☐ T1c ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4a ☐ T4b

☐ T4c ☐ T4d

☐ Nx ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3 ☐ Mx ☐ M0 ☐ M1

Metástase ao diagnóstico? ☐ não ☐ sim

Localização _____

HISTÓRIA ATUAL: Tratamento proposto

Cirurgia: Data: ____/____/____

Procedimento: ☐ HTA + SOB ☐ conservador (prole não constituída) ☐ linfonodo sentinela

☐ Exenteração

Quimioterapia: ☐ não realizou

☐ neoadjuvante Início: ____/____/____

☐ adjuvante Início: ____/____/____

☐ Paliativa Início: ____/____/____

Radioterapia: ☐ não ☐ sim Início: ____/____/____

Apêndice 2 - Formulário para Submissão do Projeto de Pesquisa ao CEP

Nome do Projeto: Fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo de útero, estadio IA -IVA de acordo com a modalidade terapêutica inicial: Cirurgia ou radioterapia
Instituição Proponente: AC CAMARGO CANCER CENTER – São Paulo - Brasil
Pesquisador responsável: Dr. Genival Barbosa
Co-pesquisador:, Dr. Glauco Baiocchi Neto
Aluno: Nilton Helibrando Caetano da Rosa
Departamento ao qual o pesquisador tem vínculo: Oncologia
Fonte Financiadora (quando aplicável): Nenhuma
Instituição(ões) Coparticipante(s) (quando aplicável): Nenhuma
Classificação do projeto: () Iniciação Científica () Especialização (X) Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Departamental () Outro:

Instituição Participante: Instituto Angolano de Controle de Câncer IACC Luanda - Angola,
Coordenador: Dr. Genival Barbosa, Dr. Glauco Baiocchi Neto Pesquisadores: Dr. Nilton Helibrando Caetano da Rosa

<u>Objeto de estudo:</u> (x) Dados clínicos - Prontuários () Aplicação de Questionário () Amostras do banco de tumores – tecido fresco congelado e/ou sangue, seus componentes e derivados () Acervo da Anatomia Patológica – lâminas e/ou blocos de parafina () Teste de novos fármacos, testes diagnósticos, materiais e/ou técnicas () Outro. Qual?
Justificativa: Compreender a realidade de atendimento ao câncer de colo uterino de acordo a modalidade de tratamento, na tentativa de, observando os problemas e acertos, sugerir modificações dos fluxos de atendimento racionalizando os recursos disponíveis
Objetivos: OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar retrospectivamente os fatores prognósticos em pacientes com câncer de colo uterino admitidos para tratamento no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021, no Instituto Angolano de Controle de Câncer OBJETIVOS SECUNDÁRIOS • Avaliar a taxa de sobrevida global e câncer específica de acordo com estadiamento clínico e tratamento empregado; • Avaliar o acesso das participantes à rede de tratamento em relação agendamento de consultas, rastreamento, tempo de realização de exames diagnósticos, tempo até o início do tratamento e taxa de perda de seguimento por modalidade terapêutica; • Propor estratégias de melhorias dos fluxos de pacientes, onde aplicável.
<u>Descrição de Materiais/Métodos e Análise Estatística:</u> Será realizado um estudo coorte retrospectivo de uma série de pacientes portadores de câncer de colo uterino, em estadios IA - IIB tratados entre 2016 a 2021 no Instituto Angolano de Controle do Câncer (IACC).

Critérios de Inclusão

Pacientes portadores de câncer de colo uterino em estadios IA – IVA.

Ausência de tratamento prévio

Presença de registo de informações relevantes para o estudo nos prontuários médicos

Critérios de Exclusão

Pacientes submetidos a tratamentos paliativos, tanto por comorbidades, quanto por doença metastática.

Presença de informações inadequadas devido a erros de preenchimento.

Critérios diagnósticos e estadiamento

Pacientes com história e exame físico regional que incluía exame ginecológico, resultado de biópsia realizada para confirmação diagnóstica

Tumores classificados de acordo estadiamento da FIGO 2018, com uso de exames de imagem nomeadamente TC, RMN

Data prevista para inicio do estudo (após aprovação Ética): 02/03/2022

Duração prevista: 18 meses

Benefícios/Riscos potenciais da pesquisa para os participantes:

Para os participantes da pesquisa, estes poderão ser beneficiados quando a interpretação dos dados coletados forneça meios para a elaboração e implementação de medidas que melhorem o tratamento e o diagnóstico dos pacientes

Os riscos existentes na realização deste trabalho, para o sujeito da pesquisa, consistem na revelação de sua identidade, a qual poderá causar constrangimento. Com a finalidade de prevenir tal problema, será mantido sigilo de todos os dados coletados, visto que não constarão no protocolo seu nome nem as iniciais dele. Em caso de algum tipo de transtorno de ansiedade gerada pelo estudo em função da quebra do sigilo ou em relação ao seu diagnóstico, a Instituição se compromete a prestar assistência e apoio psicológico pelo período necessário. A pesquisa a ser realizada não acarretará danos físicos aos participantes, assim como não haverá pagamento algum por sua participação.

Departamentos envolvidos no projeto:
Oncologia, Radioterapia, Cirurgia Oncológica

Resultados Pretendidos: Propor melhorias ao fluxo de diagnóstico e atendimento dos pacientes em estudo, para maior rapidez e efetividade.

Custos:
MATERIAL DE CONSUMO
TOTAL GERAL

Há algum ressarcimento previsto para o participante? Qual?

Não.

Declaro que li as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos
CNS 466/12 e suas complementares do Ministério da Saúde e comprometo-me a realizar esta
pesquisa de acordo com as normas.

Assinatura do Pesquisador Responsável