

ARTIGO ORIGINAL

Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero

Sociodemographic and clinical aspects of the elderly woman with cervical cancer

José Francisco Ribeiro,¹ Kleiton Richard da Silva Araújo,¹ Viriato Campelo,² Maria Do Livramento Fortes Figueredo,² Ana Roberta Vilarouca da Silva²

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil.

Recebido em: 22/07/2015

Aceito em: 01/03/2016

Disponível online: 04/04/2016

jotafribeiro@yahoo.com.br

DESCRIPTORES

Câncer do colo do útero;
Saúde da pessoa idosa;
Epidemiologia.

KEYWORDS

Uterine Cervical Neoplasms;
Health of the Elderly;
Epidemiology.

RESUMO

Justificativa e Objetivos: A elevação da esperança de vida trouxe como resposta o aumento da população idosa, principalmente de mulheres, por conseguinte as doenças crônico-degenerativas, em especial o câncer de colo do útero. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil sócio-demográfico, clínico e tratamento da mulher idosa com câncer do colo do útero cadastrada na base de dados de um hospital de referência em oncologia para o Piauí no período de 2008 a 2012. **Métodos:** estudo retrospectivo e descritivo constituído de 226 prontuários eletrônicos de idosas com câncer de colo do útero compreendidos no período de primeiro de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2012. **Resultados:** predominou a faixa etária acima de 70 anos ou mais idade (61,5%); etnia parda (47,5%); casadas (51%); analfabetas (43%) e aposentadas (87,9%). Quanto às características clínicas e tratamento realizado houve destaque para neoplasia intra-epitelial cervical II (35,4%), seguido de neoplasia intra-epitelial cervical III (26,1%). Para o tipo histológico predominou o carcinoma de células escamosas (59,2%), seguindo de adenomas (24,7%). Quanto ao tratamento houve maior prevalência da associação entre quimioterapia e radioterapia (55,7%). **Conclusão:** os resultados evidenciam que o aumento da idade, a cor parda, a baixa escolaridade são fatores intimamente associados ao baixo nível socioeconômico que de forma direta ou indireta expõe a mulher mais susceptível às doenças crônicas degenerativas, principalmente o câncer de colo do útero.

ABSTRACT

Background and Objectives: The rise in life expectancy brought as a consequence the increase in the elderly population, especially women and therefore, of chronic degenerative diseases, especially cervical cancer. The aim of this study was to analyze the sociodemographic and clinical profile, as well as the treatment of elderly women with cervical cancer recorded in the database of a major Oncology Hospital in Piaui, from 2008 to 2012. **Methods:** This was a retrospective study consisting of 226 electronic medical records of elderly women with cervical cancer, included in the period from January 1, 2008 to December 31, 2012. **Results:** the group aged 70 years or older was predominant (61.5%); as well as mixed-race ethnicity (47.5%); married (51%); illiterate (43%) and retired (87.9%). As for the clinical characteristics and treatment, the most often found type of cancer was cervical intraepithelial neoplasia II (35.4%), followed by cervical intraepithelial neoplasia III (26.1%). As for the histological type, the predominant type was squamous cell carcinoma (59.2%), followed by adenoma (24.7%). As for treatment, there was a higher prevalence of the association between chemotherapy and radiotherapy (55.7%). **Conclusion:** the results show that older age, mixed-race ethnicity, low level of schooling are factors closely associated with low socioeconomic status, which directly or indirectly makes the woman more susceptible to chronic degenerative diseases, especially cervical cancer.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é uma neoplasia evidenciada das demais por exibir evolução muito lenta com lesões precursoras que pode ser descoberta em fase inicial, o que oportuniza elevado potencial de prevenção e cura dentre os demais tipos de câncer.¹ No âmbito mundial, o CCU destaca-se entre as mulheres como a segunda neoplasia com maior incidência e a terceira causa de morte entre as neoplasias, antecedido apenas pelo câncer de mama e de pulmão, com taxas de 16,2 e 9,0 por 100 000 mulheres, respectivamente, na década de 2002.²

Essas premissas revelam um grave problema de saúde pública, principalmente nas regiões subdesenvolvidas, as quais convergem percentuais acima de 80% dos coeficientes mundiais de incidência (83%) e de mortalidade (86%), apresentando a incidência do CCU associado a fatores socioeconômicos, políticos e regionais.³

O câncer de colo do útero tem assumido lugar de destaque entre os demais tipos de cânceres, alguns autores referem como o segundo mais frequente entre as mulheres, e que anualmente ocorrem cerca de 530 mil casos novos e 275 mil mortes por ano no mundo.^{3,4} No Brasil o CCU é tido como o principal motivo de aproximadamente 48000 óbitos por ano. Este cálculo de valor aproximado apresenta perfil conforme região geográfica: Norte (23,62/100.000); Centro-Oeste (27,71/100.000); Nordeste (17,96/100.000); Sul (13,88/100.000) e sudeste (15,53/100.000).^{4,5}

Estudos epidemiológicos sobre o perfil do CCU têm associado o aumento do número de casos ao comportamento sexual de risco na transmissão de agentes infecciosos. Acrescenta que a incidência do CCU é resultante da exposição a fatores de risco e da eficácia dos programas de rastreamento. Em 99,7% dos diagnósticos o HPV (Papilomavirus Humano) está atrelado ao CCU. A infecção duradoura pelos subtipos oncológicos HPV-16 e HPV-18 são responsáveis por aproximadamente 70% de mulheres com diagnóstico de câncer cervical invasor.^{6,7}

O CCU apresenta desenvolvimento demorado, assumindo uma extensa fase para a sua progressão neoplásica. As células atípicas que podem arremetê-los são descobertas com grande precisão através do teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero), razão pela qual se orienta a realização periódica do mencionado exame. O CCU é um tipo de câncer ginecológico que apresenta maior possibilidade de prevenção, tratamento e cura, quando descoberto precocemente. O Ministério da Saúde recentemente estabeleceu um protocolo de ações para o rastreamento do CCU por meio do exame citopatológico com maior abrangência todas as mulheres em especial na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, tendo em vista que até o ano de 2010 o exame era extensivo até os 59 anos de idade.^{5,6}

Frente a essa nova realidade observa-se o aparecimento de valorosas alterações nos aspectos sociais, econômicos demandada pelas políticas vigentes anunciadas no Brasil nos últimos 100 anos, merece destaque a evolução demográfica. Nos primórdios do século XX, a expectativa de vida no País não atingiu os 33,5 anos. Para

o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida atingiu mais de 73 anos em 2009, em que o percentual de idosos superou 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009, totalizando atualmente uma população superior a 22 milhões de pessoas, superando o número de idosos em vários países europeus em destaque a França e Inglaterra. O aumento da perspectiva de vida tem sido mais avantajado entre idosos acima de 80 anos.^{8,9}

Estudos demográficos realizados no Brasil apontam que as mulheres idosas são o segmento mais representativo e com expansão crescente e acelerada em relação aos homens, que apresentam uma expectativa de vida de 76,8 anos e 69,3 anos, respectivamente; portanto vivendo, em média, mais de sete anos que os homens. O desafio é conseguir anos a mais, vividos com um perfil de elevada qualidade de vida, pois a transição demográfica levou claramente a uma modificação do perfil de morbimortalidade.^{9,10}

De acordo com essas premissas, a longevidade feminina evidencia elevado percentual de idosas com progressiva fragilidade biológica do organismo, situações de agravos à saúde e ocorrência de doenças crônico-degenerativas, tais como o CCU. Pesquisas revelam que, a tendência atual é um número crescente de idosas que, apesar de viverem mais, podem encontrar-se funcionalmente incapacitadas, ou com estado de saúde precária, e quase sempre isso é resultado de doenças preveníveis, como o CCU.^{9,10}

Esse contexto mostra a preocupação, a mulher idosa com CCU, tendo em vista que a política nacional de atenção integral a saúde da mulher, ainda está muito voltada para a mulher envolvida no ciclo gravídico puerperal, com poucas definições para a saúde gineco-obstetra da mulher idosa.

Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar o perfil sócio-demográfico, clínico e tratamento da mulher idosa com câncer do colo do útero cadastrada na base de dados de um hospital de referência em oncologia para o Piauí no período de 2008 a 2012.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório e retrospectivo, de abordagem quantitativa. Teve como cenário um hospital filantrópico de referência em oncologia para o estado do Piauí (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON), situado no município de Teresina, Piauí. Todos os anos, Teresina recebe pacientes do Piauí e parte do Maranhão para diversos tipos de procedimentos oncológicos. O processo de marcação de consultas e posterior tratamento são conduzidos em parceria entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede privada, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A população da pesquisa foi constituída por 266 mulheres idosas (60 anos ou mais) com CCU cadastradas na base de dados do hospital em estudo no período de 2008 a 2012, residentes em Teresina. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2013, utilizando-se

de um formulário previamente elaborado contendo informações sobre a caracterização sócio-demográfica de mulheres idosas com câncer de colo do útero levando-se em consideração as seguintes variáveis: faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação. Para característica clínica e tratamento das mulheres idosas com câncer de colo do útero foi trabalhado os dados sobre estágio da doença em: 0, I, II, III, IV, tipo histológico em: carcinoma de células escamosas, adenomas, carcinoma/adenoma, outros, sem informação. Quanto ao tratamento levou-se em consideração as variáveis: radioterapia, quimioterapia e radioterapia coadjuvante, quimioterapia e cirurgia coadjuvante à radioterapia e quimioterapia. Após a coleta dos dados, estes foram submetidos a estatística descritiva utilizando o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, apresentados em tabelas de frequência e porcentagens. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Marcos/ Associação Piauiense de combate ao Câncer - HSM/APCC sob o nº 12160513-30000.5584.

RESULTADOS

Quanto a caracterização sócio-demográfica, houve maior frequência de casos na faixa etária de 70 anos ou mais idade (61,5%), etnia parda (47,5%), casadas (51%), analfabetas (43%) e aposentadas (87,9%) conforme a tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica de mulheres idosas com câncer de colo do útero. Teresina/Piauí, 2015.

Variável	N	%
Faixa etária		
60 a 69	87	38,5
70 anos e +	139	61,5
Etnia		
Branca	26	11,6
Parda	107	47,5
Negra	90	40,0
Amarela/índigena	03	0,9
Estado civil		
Solteira	31	14,0
Casada	115	51,0
Viúva	70	31,0
Separada	10	4,0
Escolaridade		
Analfabeta	97	43,0
Ens. Fund. Incompleto	70	31,0
Ens. Fund. completo	42	19,0
Ens. Médio completo/incomp.	17	7,0
Profissão/ocupação		
Aposentada	199	87,9
Não aposentada	27	12,1

Em se tratando das características clínicas e tratamento realizado, foi observado que para o estágio da doença prevaleceu o II (35,4%), seguido de III (26,1%). Quanto o tipo histológico houve destaque para o carcinoma de células escamosas (59,2%), seguido de adenomas (24,7%). Para o tratamento foi verificado que a quimioterapia coadjuvante à radioterapia (55,7%) e a cirurgia coadjuvante à radioterapia e quimioterapia (38%) foram os tratamentos mais evidenciados (Tabela 2).

Tabela 2. Característica clínica e tratamento das mulheres idosas com câncer de colo do útero. Teresina/Piauí, 2015.

Variável	N	%
Estádio da doença		
0	15	6,6
I	55	24,4
II	79	35,4
III	59	26,1
IV	18	7,5
Tipo histológico		
Carcinoma de células escamosas	134	59,2
Adenomas	056	24,7
Carcinoma/adenoma	020	8,8
Outros	012	5,3
Sem informação	04	2,0
Tratamento realizado		
Radioterapia	9	4,0
Quimioterapia+radioterapia	126	55,7
Quimioterapia	05	2,3
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	86	38,0

DISCUSSÃO

Em um estudo realizado em Teresina, no período de 2013, composto por 699 mulheres entre 29 e 80 anos e mais idades diagnosticadas com CCU os autores detectaram que 31% deste total eram representados por mulheres idosas, corroborando com os achados desta pesquisa.¹² Em estudo realizado no Brasil em 2012, pesquisadores justificam o alto índice de mulheres idosas com CCU acrescentando que estas realizam menos o teste de Papanicolaou aumentando as chances de diagnóstico em fase avançada do CCU, o que torna mais difícil a caracterização exata da topografia da neoplasia.¹³

Em uma pesquisa realizada no Brasil com informações referentes a 2000 - 2009 os autores detectaram que foram predominantes os seguintes dados: mulheres de cor parda (47,9%) e casada (51,5%), achados semelhantes aos encontrados neste estudo.¹⁴ No município de Vitória, Espírito Santo, os pesquisadores encontraram um percentual de 70,9% do total da amostra entre as mulheres idosas analfabetas e ensino fundamental incompleto, como justificativa os autores acrescentaram que detectaram em uma revisão bibliográfica que a baixa cobertura do exame de Papanicolaou e o não tratamento das lesões precursoras estão associados à baixa ou alta idade, baixa

escolaridade, baixo nível socioeconômico e cor parda.¹⁵ Etnicamente, a população piauiense é composta por: pardos (63%), brancos (33%), negros (3%).⁹ Outro fato que deve ser levado em consideração a esse aspecto da raça é que, para o IBGE, a definição de cor ou raça é descrita como a característica autodeclarada de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. Entretanto, por não se tratar de uma classificação biológica ou física com base no genótipo do indivíduo e sim de uma percepção de cada um, sempre há muitas controvérsias nos resultados apresentados.⁹

Quanto ao estado conjugal, estudos pertinentes a esta temática relatam que, frente ao comportamento sexual, mulheres casadas ou com união estável estão intrinsecamente relacionadas à infecção pelo vírus HPV, fator de risco diretamente relacionado ao CCU, uma vez que, mulheres solteiras e sem parceiros fixos, mesmo com maior número de parceiros sexuais quando comparados às casadas apresentam baixa relação com o Papilomavirus humano por conta do uso de preservativos de barreira, fato não comum entre as mulheres com parceiros fixos.^{2,12,16}

Quanto à ocupação e/ou profissão este estudo mostra que a maioria das idosas é aposentada, ou seja, passam maior tempo do dia no lar. Atualmente estudos revelam que mulheres que trabalham fora de casa apresentam proporções mais elevadas de atitudes adequadas em relação a exames ginecológicos. Citando que mulheres que trabalham exclusivamente em casa tenham menos autonomia em tomar decisões relativas à saúde. Outra possibilidade é que as mulheres que trabalham fora de casa têm maior acesso à informação nos contatos com outras trabalhadoras, o que pode estimular práticas preventivas de saúde.¹⁵

Quanto à caracterização clínica do CCU foi observado em um estudo realizado em um centro de alta complexidade em oncologia do Centro-Oeste de Minas Gerais, que incluiu análise de 167 prontuários de mulheres diagnosticadas entre 1999 e 2010, concluiu que 29,85% das mulheres eram estágio III e 28,36% estágio II, 80,6% tinham na patologia carcinoma de células escamosas e 13,43% adenomas, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo.¹⁷ Em Vitória (ES) com dados de 2000 a 2005 os autores também encontraram o carcinoma de células escamosas em 87% das participantes e o estadiamento mais comum foi o III representando 44% das mulheres.¹⁵ Uma das hipóteses relativas ao alto percentual de casos com estadiamento II e III pode estar relacionado ao baixo nível socioeconômico, da comunidade estudada e descompromisso na qualidade do rastreamento e tratamento do CCU em populações mais pobres.¹⁸

Quanto ao tratamento estabelecido foi observado no presente estudo e em outros descritos na literatura que o tratamento de escolha para as idosas é, com maior frequência, a radioterapia adjuvante a quimioterapia.¹⁹ Quando submetidas à quimioterapia associada à radioterapia e braquiterapia, as pacientes idosas revelam taxas de sobrevida e de complicações similar às das pacientes não idosas, achados que alertam que a idade não deve

revelar-se em contraindicação para tratamentos mais radicais em pacientes idosas.^{17,20}

O presente estudo revelou que a idade constitui em empecilho ao rastreamento do câncer do colo do útero considerando que a idade de rastreamento limita-se de 25 a 64 anos de idade, por outro lado a cultura feminina revela que estas procuram os serviços de saúde na maioria das vezes durante o período fértil e essa cultura é legitimada por vários profissionais de saúde. A pesquisa revela um ganho bastante importante com relação ao tratamento tendo em vista que a maioria das pacientes realizaram os mesmos tratamentos a que foram submetidas às pacientes mais jovens. Confirmado o que alguns estudos advertem que as mulheres idosas com CCU respondem muito bem e de forma igual às mulheres jovens a radioterapia associada à quimioterapia e a cirurgia adjuvante a radioterapia e quimioterapia. Pesquisas mostram que pacientes idosas suportam consideravelmente terapias mais agressivas para o CCU, não devendo a idade ser destacada como motivo de indicação de tratamentos convencionais.

REFERÊNCIAS

1. Moore DH. Cervical cancer. *ObstetGynecol.* 2006; 107(5): 1152–61.
2. Gamarra CJ, Valente JGU, Azevedo e Silva G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na região nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. *Rev Panam Salud Publica [Internet]* 2010 [citado 2015 jul 30];28(2):100-106. doi: 10.1590/S1020-49892010000800005.
3. Stat bite: worldwide cervical and uterine cancer incidence and mortality, 2002. *J Natl Cancer Inst* 2006;98(15):1031.
4. Santana CKLSL, Rezende SRF, Manrique EJC. Tendência de mortalidade por câncer do colo do útero no estado de Goiás no período de 1989 a 2009. *Rev bras de cancerol* 2013;59(1):9-16.
5. Freitas HG, Silva MA, Thuler LCS. Câncer do Colo do Útero no Estado de Mato Grosso do Sul: Detecção Precoce, Incidência e Mortalidade. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):399-408.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
7. World Health Organization (WHO). ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. Human papillomavirus and related cancers in Brazil 2010. [citado 2015 Jul 30]. Available from: www.who.int/hpvcentre
8. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública* 2012;28(2):208-210. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200001.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de Indicadores Sociais de 2009. Departamento de populações e indicadores sociais, 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
10. Basílio DV, Mattos IE. Câncer em mulheres idosas das regiões sul e sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980-2005. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(2):204-214. doi: 10.1590/

- S1415-790X2008000200003.
11. Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. *Rev Gestão & Saúde* 2015;6(2):1367-81.
 12. Meira KC, Gama SGN, Silva CMFP. Perfil de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de Janeiro no Período 1999-2006. *Rev Bras Cancerol* 2011;57(1):7-14.
 13. Thuler LCS, Bermann N, Casado L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do útero no Brasil: estudo de base secundária. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):351-357.
 14. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):417-426.
 15. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. *Esc Anna Nery (impr.)* 2010;14(3):617-624.
 16. Vilaça MN, Martins Júnior HL, Scherrer LR, et al. Diferença nos padrões de tratamento entre pacientes idosas e adultas portadoras de câncer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):497-505.
 17. Prado PR, Koifman RJ, Santana ALM, et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográfico, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco-AC, Brasil. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):471-479.
 18. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(8):486-504. doi: 10.1590/S0100-72032012000600002.
 19. Kurman RJ, Henson DE, Herbst AL, et al. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. The 1992 national cancer Institute Workshop. *JAMA* 1994;271:1866-9.
 20. Ribeiro JF, Sousa FMG de, Carvalho NMA, Luz VLS, Coêlho DMM, Sales JCS. study about the mortality for cervical câncer. *Rev enferm UFPE on line* 2015;9(12):321-7. <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6804>.