

Prevalência do câncer de endométrio em mulheres entre 45 e 79 anos com histórico de tabagismo e etilismo no município de Cascavel/PR

Prevalence of endometrial cancer in women between 45 and 79 years old with a history of smoking and etilism in the municipality of Cascavel/PR

DOI:10.34119/bjhrv6n2-217

Recebimento dos originais: 07/03/2023

Aceitação para publicação: 10/04/2023

Isabella Freitag

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Instituição: Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Endereço: Av. das Torres, 500, Loteamento FAG, Cascavel - PR, CEP: 85806-095

E-mail: isabella_freitag@hotmail.com

Marina Lira

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Instituição: Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Endereço: Av. das Torres, 500, Loteamento FAG, Cascavel - PR, CEP: 85806-095

E-mail: marina.liraa@hotmail.com

Luiza Orth

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Instituição: Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Endereço: Av. das Torres, 500, Loteamento FAG, Cascavel - PR, CEP: 85806-095

E-mail: luizaorth@hotmail.com

Ana Paula Sakr Hubie

Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdade Pequeno Príncipe de Curitiba - PR

Instituição: Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Endereço: Av. das Torres, 500, Loteamento FAG, Cascavel - PR, CEP: 85806-095

E-mail: anahubie@gmail.com

RESUMO

O câncer do corpo do útero ocupa a oitava posição do tipo de câncer mais frequente no Brasil, desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma, e é o sexto câncer prevalente entre as mulheres no mundo. Dentre os tipos de câncer do corpo do útero, o que se destaca é o carcinoma endometriode. Trata-se de um câncer que predomina na faixa etária de mulheres com idade superior a 55 anos e é mais raro em mulheres abaixo dos 45 anos. A detecção precoce aumenta as chances de cura, porém o diagnóstico precoce é difícil e não existe exame de rastreamento para mulheres assintomáticas. A maioria dos casos de câncer de endométrio não pode ser evitada, mas existem algumas maneiras de reduzir o risco de desenvolver a doença através do controle dos fatores de risco modificáveis, além de atentar-se aos sinais de alerta que auxiliam no diagnóstico precoce da doença, a qual possui chance de cura em 90% dos casos quando realizado com antecedência. Diante desse cenário, essa pesquisa tem como objetivo analisar a prevalência do câncer de endométrio em mulheres entre 45 e 79 anos de idade no município de Cascavel/PR com histórico de tabagismo e etilismo e compará-la à prevalência no Estado do Paraná, a fim de auxiliar na prevenção do desenvolvimento deste câncer através da mudança de

hábitos de vida e dos fatores modificáveis, da promoção de saúde e do possível diagnóstico precoce.

Palavras-chave: carcinoma endometriode, neoplasias do endométrio, fatores de risco.

ABSTRACT

Cancer of the body of the uterus occupies the eighth position of the most frequent type of cancer in Brazil, not including non-melanoma skin tumors, and is the sixth most prevalent cancer among women in the world. Among the types of cancer of the body of the uterus, endometrioid carcinoma stands out. It is a cancer that predominates in the age group of women over 55 years of age and is rarer in women under 45 years of age. Early detection increases the chances of cure, but early diagnosis is difficult and there is no screening test for asymptomatic women. Most cases of endometrial cancer cannot be prevented, but there are ways to reduce the risk of developing the disease by controlling modifiable risk factors, in addition to paying attention to warning signs that help in the early diagnosis of the disease, which has a chance of cure in 90% of cases when realized early. Given this scenario, this research aims to analyze the prevalence of endometrial cancer in women between 45 and 79 years of age in the city of Cascavel/PR with a history of smoking and alcohol consumption and to compare it to the prevalence in the State of Paraná, in order to help to prevent the development of this cancer through the change of life habits and modifiable factors, health promotion and possible early diagnosis.

Keywords: endometrioid carcinoma, endometrial neoplasms, risk factors.

1 INTRODUÇÃO

O câncer do corpo do útero é o sexto tipo de câncer prevalente entre as mulheres no mundo e pode iniciar-se em diferentes partes do órgão. O tipo mais comum se origina no endométrio, camada de revestimento interno do útero, e os principais tipos de câncer de endométrio são os carcinomas, que atingem as células glandulares (INCA, 2021).

Cerca de 90% das pacientes diagnosticadas com o câncer têm sangramento uterino anormal. Outros sintomas são: dor pélvica, massa anormal na pelve, perda de peso e corrimento vaginal branco ou amarelado na pós-menopausa. De maneira geral, o exame clínico revela a doença já nos estágios avançados, sendo difícil o diagnóstico precoce quando não há presença de sinais e sintomas. Somado a isso, não existe exame de rastreamento para o câncer de endométrio em mulheres assintomáticas. O diagnóstico é feito com base no exame ginecológico, no histórico clínico e familiar da paciente e nos hábitos de vida que a mesma possui para detectar-se possíveis fatores de risco, como obesidade, hiperestrogenismo, hipertensão arterial, diabetes, nuliparidade e síndrome dos ovários policísticos. Sabe-se que a maioria dos casos de câncer de endométrio não podem ser evitados, mas existem fatores de proteção que podem contribuir em impedir as mulheres de desenvolverem a doença, como manter uma dieta saudável, praticar atividade física e gravidez. Além disso, sabe-se que quando

diagnosticado precocemente, o câncer de endométrio tem chances de cura em 90% dos casos, assim muda-se o prognóstico e a expectativa de vida da paciente (INCA, 2021; DA SILVA CL, 2019; FARIA FR e FERNANDES ES, 2018).

Portanto, saber a prevalência desse tipo de câncer em mulheres que apresentam fatores de risco, pode auxiliar o profissional de saúde em sua abordagem e conduta na investigação do câncer e na promoção de saúde entre as mulheres em uma determinada região. Com isso, faz-se necessário ressaltar a importância de estar atento aos fatores de risco, sinais e sintomas da doença, assim como possivelmente prevenir o surgimento da mesma por meio dos fatores de proteção. O objetivo da presente pesquisa é analisar a prevalência do câncer de endométrio em mulheres entre 45 e 79 anos de idade no município de Cascavel/PR com histórico de consumo de álcool e tabaco e compará-la à prevalência no Estado do Paraná.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Pesquisas mostram que a prevalência do câncer de endométrio ocorre em mulheres na pós-menopausa e que apenas 20% das mulheres estão na pré-menopausa, sendo que cerca de 5% estão abaixo dos 40 anos de idade e a maior parte com idade em torno dos 60 anos. Os carcinomas (80%) e os sarcomas (20%) são os dois tipos histológicos mais comuns do câncer de endométrio, sendo que o adenocarcinoma é responsável por cerca de 75 a 80% dos casos (INCA, 2021; DA SILVA CL, 2019).

O câncer endometrial é uma patologia que vem sendo estudada há pouco tempo quando comparada a outros tipos de cânceres ginecológicos, como o câncer de colo de útero. Sua incidência vem aumentando rapidamente em todo o mundo, assim como a expectativa de vida das mulheres e o número de mulheres na pós-menopausa, as quais são grupo de risco para o carcinoma endometrial (SILVA AS et al., 2020). Em geral, além do envelhecimento, há outros fatores que colaboram para o aumento da incidência dos variados tipos de câncer em todo o mundo, como o crescimento populacional, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Estudos mostram que o câncer de endométrio está relacionado a exposição de fatores de risco modificáveis, sendo o tabagismo o principal carcinógeno evitável (SIVARAM S et al., 2014). Outros fatores listados foram sedentarismo e hábitos de vida não saudáveis, como dieta inadequada. Sendo assim, medidas de conscientização e de promoção de saúde para a população são essenciais para prevenir o surgimento de câncer (DA SILVA CL, 2019).

Em relação ao Brasil, o câncer do corpo do útero é o oitavo tipo de câncer mais frequente, desconsiderando os tumores de pele não melanoma. As estimativas atualizadas mostraram que o número de casos novos de câncer do corpo do útero esperados para cada ano

do triênio 2020-2022 no Brasil será de 6.540 casos novos em mulheres. Esse valor corresponde a um risco estimado de 6,07 casos novos a cada 100 mil mulheres. Quanto à distribuição geográfica, ocupa a sexta posição na Região Sudeste (7,45/100 mil), a sétima na Região Centro-Oeste (5,27/100 mil), oitava na Região Nordeste (5,10/100 mil), décima na Região Norte (2,41/100 mil) e décima primeira na Região Sul (6,53/100 mil) (INCA, 2021).

Em 2018, foram esperados 370 mil casos novos com um risco estimado de 9,9/100 mil mulheres. A maior concentração de casos novos, dois terços, ocorreu em países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). As maiores taxas de incidência estimadas foram observadas na América do Norte, na Europa (Central e Oriental) e no Norte, e as menores taxas encontram-se no continente Africano e no Centro-Sul da Ásia (INCA, 2021).

Em relação à mortalidade, no Brasil, em 2017, ocorreram 1.827 óbitos e a taxa bruta de mortalidade por câncer do corpo do útero foi de 1,77/100 mil (INCA, 2021). A American Cancer Society, em um estudo de 2019, estimou que 70% dos casos de câncer do corpo uterino estão associados ao excesso do peso corporal e à falta de atividade física. Ademais, uma publicação da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), concluiu que o excesso de gordura corporal estava associado ao aumento do risco de 13 tipos de câncer, dentre eles, o câncer do corpo uterino (BRAY F et al., 2014; ISLAMI F et al., 2018; LEE JM et al., 2010; SONG M et al., 2016).

2.1 FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

A causa da maioria dos casos de câncer de endométrio é desconhecida, mas sabe-se que existem determinados fatores de risco (SILVA AS et al., 2020). Aproximadamente 35% das causas de câncer em geral são atribuídas à exposição de fatores de risco modificáveis. Dentre os fatores de risco que predis põem o desenvolvimento do câncer de endométrio e que impactam diretamente no estadiamento e no tratamento da doença, estão bem estabelecidos na literatura: sobrepeso ou obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), idade superior a 40 anos, predisposição genética, menarca precoce, menopausa tardia (> 55 anos), nuliparidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hiperplasia endometrial, terapia hormonal estrogênica sem oposição progestagênica, condições associadas à exposição prolongada ao estrogênio com anovulação crônica, colelitíase, Síndrome do Ovário Policístico (SOP), infertilidade, Síndrome de Lynch e uso de radiação anterior para tratamento de tumores de ovário secretores de estrógeno (SILVA AS et al., 2020; WHO, 2007; FARIA FR e FERNANDES ES, 2018).

O excesso de gordura corporal tem sido associado ao aumento dos níveis de estrogênio biodisponíveis (hiperestrogenismo), que aumentam a proliferação do tecido endometrial e,

dessa forma, promove a carcinogênese, tendo uma forte relação com o desenvolvimento não apenas do câncer de endométrio, mas de outros cânceres também. Ademais, o excesso de gordura promove um estado crônico de inflamação corporal de baixo grau, com produção de citonas pró-inflamatórias, como Fator de Necrose Tumoral (TNF-alfa), Interleucina-6 (IL-6) e Proteína C Reativa (PCR), além do aumento dos níveis de insulina, o que acarreta no crescimento do tumor no endométrio por dois mecanismos: ligação direta à insulina ou aos receptores do Fator de Crescimento Semelhante à Insulina I (IGF-I), ou pela inibição da síntese da globulina de ligação a hormônios sexuais, aumentando a biodisponibilidade do estrogênio. A obesidade potencializa a recorrência e morte pelo câncer endometrial (SILVA AS et al., 2020; MCDONALD ME e BENDER DP, 2019; DA SILVA CL, 2019).

Manter uma dieta inadequada e com alta carga glicêmica, com consumo de produtos processados e ultraprocessados, aumenta as chances de desenvolver câncer de endométrio por promover o desenvolvimento de resistência à insulina, diabetes e obesidade. Por outro lado, praticar atividade física e ser fisicamente ativo reduz as chances de desenvolver câncer de endométrio, sendo um fator de proteção e ajudando a manter o peso corporal adequado e a reduzir a inflamação e os níveis de estrogênio circulante, melhorando a resistência à insulina e regulando o balanço entre proliferação celular e apoptose (INCA, 2021; DA SILVA CL, 2019).

Somado a isso, eventos que envolvem o ciclo reprodutivo também podem colaborar para o desenvolvimento do câncer de endométrio, visto que na pré-menopausa ocorre uma produção contínua de estrogênio, o qual desencadeia o aumento do endométrio e na pós-menopausa, o tecido adiposo periférico é considerado o principal local de produção de estrogênio. Ademais, hipertensão e diabetes estão associados a um risco aumentado no desenvolvimento deste tipo de câncer devido a conversão periférica de andrógenos em estrona (hormônio estrogênico) no tecido adiposo com aumento da circulação sistêmica desse hormônio. A colelitíase também está relacionada ao desenvolvimento do câncer pela semelhança dos fatores de risco hormonais (YOSHIDA A et al., 2019; FARIA FR e FERNANDES ES, 2018).

Contraceptivos orais de progesterona isolados ou quando associados ao estrogênio exibem efeitos protetores, porém, o Tamoxifeno, modulador seletivo do receptor de estrogênio bastante usado como terapia hormonal contra câncer de mama, apresenta função agonista no endométrio, aumentando o risco de desenvolver câncer de endométrio (tanto da linhagem epitelial como o adenocarcinoma, quanto tumores mistos, como o adenossarcoma), pólipos endometrial e hiperplasia endometrial. Pacientes que fazem uso de terapia hormonal com Tamoxifeno devem ser alertadas sobre o risco de câncer endometrial e serem encorajadas a relatar qualquer sangramento vaginal anormal (DA SILVA CL, 2019; PASSOS EP et al., 2017).

Em 2015, o câncer de endométrio foi considerado como o câncer sentinela mais frequente em mulheres com câncer colorretal hereditário não-polipose (síndrome de Lynch), ocorrendo câncer de endométrio em 62% das mulheres afetadas. Um estudo de 2013 demonstrou que nos carcinomas endometrioides restritos ao útero e considerados como tumores de baixo risco de recidivas, a expressão da molécula de adesão L1CAM (*L1 cell adhesion molecule*) tornava a paciente candidata a tratamento adjuvantes por apresentar alto risco de recidivas pela presença dessa molécula (SILVA AS et al., 2020).

2.2 RASTREAMENTO

O rastreamento dos variados tipos de cânceres é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico no qual há mais benefícios em relação aos riscos dessa prática, com maior impacto na redução da mortalidade e da incidência, nos casos de existência de lesões precursoras. O rastreamento promove como benefício um melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Já os riscos ou malefícios incluem: resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; resultados falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para o paciente; e o sobrediagnóstico e sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente, que são diagnosticados e tratados sem apresentarem ameaça à vida (INCA, 2019). Entretanto, em relação ao câncer do corpo do útero, não há evidência científica de que o rastreamento desse tipo de câncer traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, o rastreamento não é recomendado (NHS, 2021).

Ainda assim, quando a mulher apresenta sangramento pós-menopausa, metrorragia (sangramento uterino anormal, não relacionado com a menstruação) ou menorragia (sangramento uterino excessivo durante a menstruação), o método de rastreio mais utilizado para avaliação inicial do endométrio é a ultrassonografia transvaginal. A mensuração ecográfica endometrial é realizada em corte sagital do útero, medindo na dimensão ântero-posterior sua camada dupla e excluindo qualquer fluido no interior da cavidade. Esse método auxilia a determinar quais pacientes sintomáticas devem ser submetidas à biópsia a partir da identificação de lesão endometrial focal, como pólipos ou outra anormalidade na parede uterina. A biópsia é indicada quando o espessamento endometrial é maior ou igual a 5mm em pacientes sintomáticas, já em pacientes assintomáticas, essa prática ainda é questionada (DA SILVA CL, 2019; FARIA FR e FERNANDES ES, 2018).

2.3 DIAGNÓSTICO

As estratégias adotadas atualmente para a detecção precoce do câncer são o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce consiste na abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença; já o rastreamento consiste na aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de pré-câncer e câncer e, assim, encaminhar os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (INCA, 2021).

Mulheres com câncer de endométrio possuem como característica, em geral, o sangramento anovulatório, infertilidade na pré-menopausa, obesidade, distúrbios metabólicos, dor pélvica, fadiga, anorexia e perda de peso (INCA, 2021; NICE, 2015). O sangramento uterino na pós-menopausa está presente em 75 a 90% das mulheres, sendo que 5 a 10% destas têm câncer de endométrio (DA SILVA CL, 2019).

Além disso, é possível classificar o diagnóstico de câncer endometrial em dois tipos, de acordo com a causa e prognóstico, sendo eles, o tipo 1 e tipo 2. Tumor do tipo 1, quando diagnosticado, possui um bom prognóstico e geralmente está relacionado com o hiperestrogenismo ou pode surgir em decorrência de uma hiperplasia atípica. Corresponde a cerca de 80% dos casos e abrange tumores grau 1 e grau 2, também chamados de baixo grau, como o adenocarcinoma endometriode, sendo que o grau 1 consiste em tumores com 95% ou mais de tecido cancerígeno que forma glândulas e o grau 2 tumores com 50 a 94% de tecido cancerígeno que também formam glândulas. São menos agressivos e com disseminação lenta (DA SILVA CL, 2019).

Já os tumores do tipo 2 estão mais relacionados com o endométrio atrófico e apresentam um prognóstico desfavorável, pois além de possuírem uma má diferenciação histológica também são profundamente invasivos e com rápida disseminação extrauterina, por isso são tratados de forma mais agressiva. Correspondem entre 10 a 20% dos casos e abrangem todos os tipos de tumores que não são do tipo 1, de alto grau, como o carcinoma de células claras, carcinoma papilar seroso, carcinoma indiferenciado, carcinosarcoma uterino (também chamado de carcinoma mesodérmico maligno misto ou tumor mulleriano misto maligno) e carcinoma endometrial grau 3 (trata-se de um tumor com menos da metade do tecido cancerígeno formando glândulas) (DA SILVA CL, 2019; FARIA FR e FERNANDES ES, 2018).

O diagnóstico de câncer de endométrio é feito por meio da análise histológica do tecido endometrial. Geralmente, as mulheres que estão no período pós-menopausa irão apresentar sangramento. Já as mulheres que estão no período que antecede a menopausa, poderão

apresentar uma menstruação com maior tempo de duração e também com possíveis sangramentos entre os ciclos (YOSHIDA A et al., 2019). Os exames e procedimentos que auxiliam no diagnóstico do câncer do corpo do útero são: história clínica e exame físico; ultrassonografia transvaginal; histeroscopia com biópsia e biópsia do endométrio por curetagem (INCA, 2021).

2.4 ESTADIAMENTO

Os exames que auxiliam no estadiamento do câncer de endométrio são: exame pélvico (com espécuro, toque vaginal e retal) e exames de imagem, como radiografia de tórax, ultrassonografia abdômen total, tomografia de abdome e pelve e ressonância nuclear magnética da pelve (INCA, 2021). A Ressonância Magnética (RM) possui boa acurácia e é preconizada por protocolos internacionais para a realização do estadiamento locorregional em mulheres com câncer de endométrio, além de também permitir uma melhor avaliação da invasão tumoral do miométrio, colo uterino e anexos para o planejamento cirúrgico (BOAVENTURA CS, 2019).

2.5 TRATAMENTO

Em 1961, houve o primeiro estudo que descreveu a possibilidade de tratar o câncer de endométrio com agentes progestágenos. Em 1979, foi introduzida a quimioterapia e anos depois, em 1983, o câncer de endométrio, que antes era considerado apenas um único tipo, foi subdividido ao longo da história até chegar na classificação usada atualmente, a qual consiste em quatro subgrupos moleculares, com características, comportamentos e história natural distintos (SILVA AS et al., 2020).

Atualmente, o tratamento do câncer do endométrio na grande maioria das vezes é cirúrgico, por cirurgia convencional, videolaparoscopia e cirurgia robótica assistida por laparoscopia. Ainda há discrepância na literatura em relação a extensão da cirurgia, mas em geral retira-se todo o útero e os ovários e, em seguida, avalia-se a necessidade de ressecção dos linfonodos próximos ao útero (pélvicos, retroperitoneais e para-aórticos) (SILVA AS et al., 2020; INCA, 2020). Em alguns casos específicos, é preciso realizar um tratamento complementar com radioterapia, quimioterapia ou terapia hormonal, isolados ou de forma combinada, dependendo do estadiamento da doença (INCA, 2020).

A conduta cirúrgica geralmente está relacionada com o estadiamento. Quando o tumor está limitado ao corpo uterino (estágio I) a histerectomia total é o tratamento de escolha. Contudo, algumas pacientes ainda precisarão de um tratamento conjunto associado devido ao grau histológico acometido ou visando interromper a recorrência do tumor. Já as mulheres com

tumores no estágio II serão sujeitas a linfonodectomia pélvica e para-aórtica (YOSHIDA A et al., 2019).

Além disso, ainda está em pauta a discussão sobre a efetividade, segurança, vantagens, desvantagens, custos e riscos dos procedimentos cirúrgicos existentes. Sabe-se que a dissecação linfonodal torna-se muitas vezes impossibilitada pelas técnicas tradicionais em mulheres com câncer do endométrio obesas e com diversas comorbidades, assim, o avanço com a cirurgia robótica possibilitou uma técnica mais precisa e adequada nessas pacientes. Dentre os variados benefícios que a cirurgia robótica trouxe para as cirurgias, pode-se destacar a visão óptica tridimensional, capacidade de movimentos variados e precisos e aumento da autonomia do cirurgião (SILVA AS et al., 2020).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, sem interação com a população amostral, no qual foram utilizados dados presentes no tabulador dos registros hospitalares de câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão auxiliar do Ministério da Saúde do Brasil. Foi realizada uma pesquisa com os dados elencados no período de 2012 a 2020, aplicando-se os filtros sexo feminino, faixa etária entre 45 e 79 anos, município da unidade hospitalar ora foi “Cascavel” ora foi “todas as categorias” dentro do Estado do Paraná com o intuito de comparação entre os dois, e “todas as categorias” para os seguintes dados: unidade hospitalar, local de nascimento, procedência, escolaridade, ocupação, estado conjugal, ora presença ora ausência de fatores de risco presentes no tabulador (tabagismo, etilismo, histórico familiar de câncer) a fim de comparação, clínica de entrada e de início do tratamento, origem do encaminhamento, ano do diagnóstico e da triagem, ano do primeiro tratamento, base do diagnóstico, exames relevantes, ocorrência de mais um tumor, lateralidade, estadiamento TNM e grupo, tipo histológico, razão para não tratar e estado da doença final no primeiro tratamento. Na localização primária foi selecionado corpo do útero (CID 10 - C54) e localização primária detalhada foi selecionado endométrio (CID 10 - C54.1).

A pesquisa buscou avaliar a prevalência de câncer de endométrio e a sua relação com o histórico de consumo de tabaco e bebida alcoólica. Posteriormente, foi feita uma análise descritiva e quantitativa dos dados tabulados, com o objetivo de verificar essa relação e analisar a prevalência do câncer, comparando os dados do município de Cascavel, do Estado do Paraná e do Brasil. Realizou-se uma correlação dos dados obtidos com dados de outras pesquisas nacionais e internacionais nas bases de dados indexadas: PubMed, SciELO, LILACS e

MEDLINE. Além disso, realizou-se a análise dos dados por meio de gráficos e tabelas do programa estatístico Microsoft Excel®.

Foram excluídas da pesquisa mulheres que não abrangem a faixa etária entre 45 e 79 anos de idade e cujo registro pelo banco de dados do INCA não se encontra no período de 2012 a 2020. Também foram excluídos os dados que atrapalhariam a confiabilidade da pesquisa e sua veracidade, constando “não avaliado”, “sem informações” e “não se aplica” no consumo de tabaco, álcool e histórico familiar de câncer.

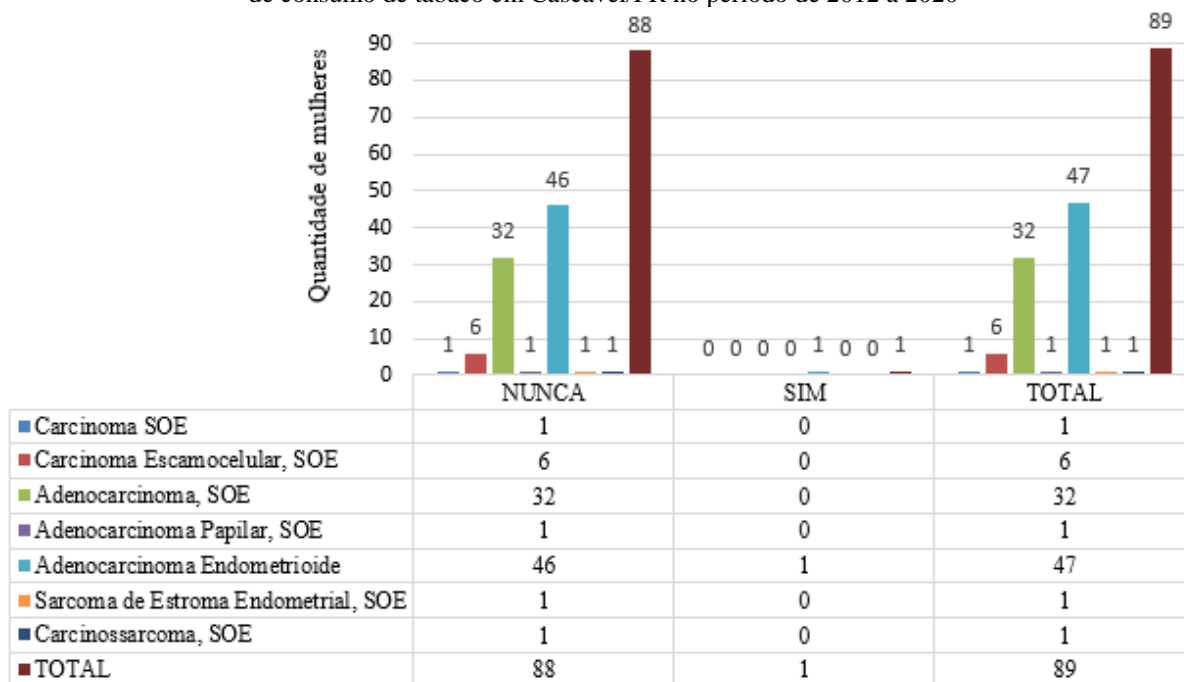
4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por meio da análise dos dados coletados, foi observado que os dois tipos histológicos de CE (Câncer de Endométrio) prevalentes tanto no município de Cascavel, quanto no Estado do Paraná e no Brasil, foram os mesmos no período de 2012 a 2020, ficando em primeiro lugar o adenocarcinoma endometriode e em segundo o adenocarcinoma SOE (Sem Outras Especificações). A incidência dos demais tipos histológicos variaram conforme o histórico de consumo de bebida alcoólica e/ou de tabaco no mesmo período pesquisado.

A fim de aumentar a fidedignidade dos dados da pesquisa, foram excluídas as variáveis “não avaliado”, “sem informações” e “não se aplica” no histórico de consumo de tabaco, álcool e histórico familiar de câncer na base de dados do tabulador hospitalar do INCA. Os mesmos filtros foram utilizados para a pesquisa no Estado do Paraná e no Brasil, a fim de comparação de dados e análise das incidências dos tipos histológicos de câncer de endométrio.

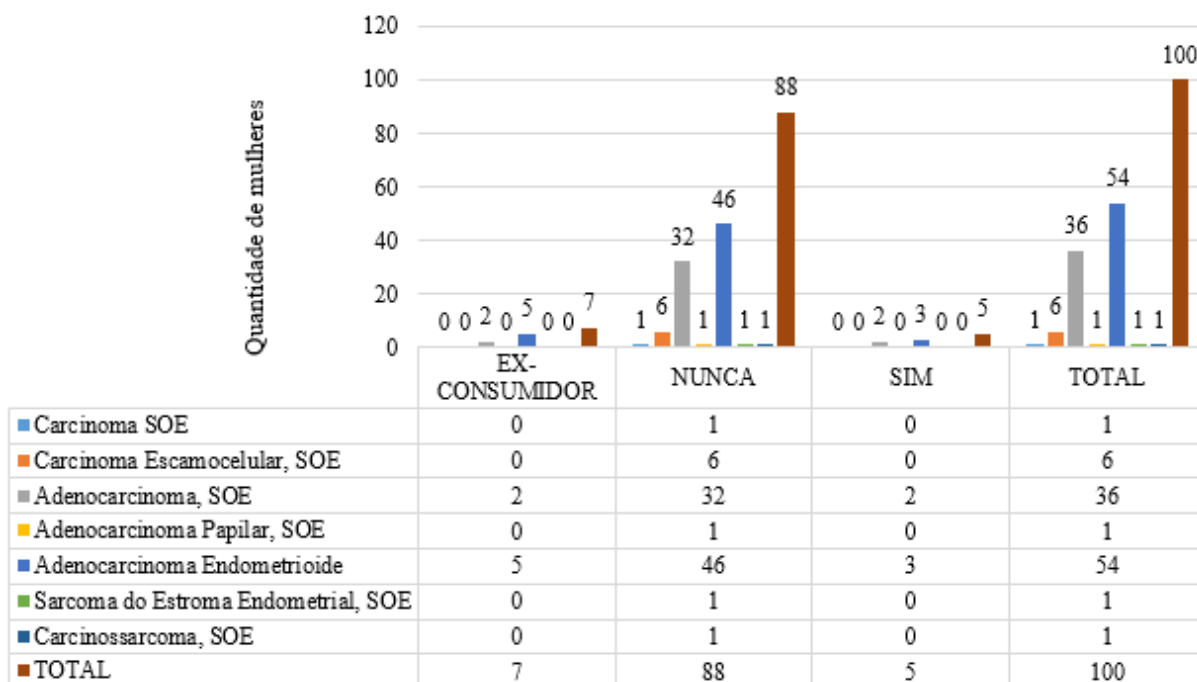
Em Cascavel, durante o período de 2012 a 2020, foi registrado apenas 1 caso de CE, abrangendo a faixa etária dos 45 a 79 anos, cuja mulher tinha histórico de consumo de álcool e sem histórico de tabagismo, como consta na Tabela 1. Já em relação às mulheres com CE com histórico de consumo de tabaco e sem histórico de consumo de bebida alcoólica, 12 eram consumidoras ou ex-consumidoras e 88 relataram não fumar, como consta na Tabela 2.

TABELA 1 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de bebida alcoólica, sem histórico de consumo de tabaco em Cascavel/PR no período de 2012 a 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

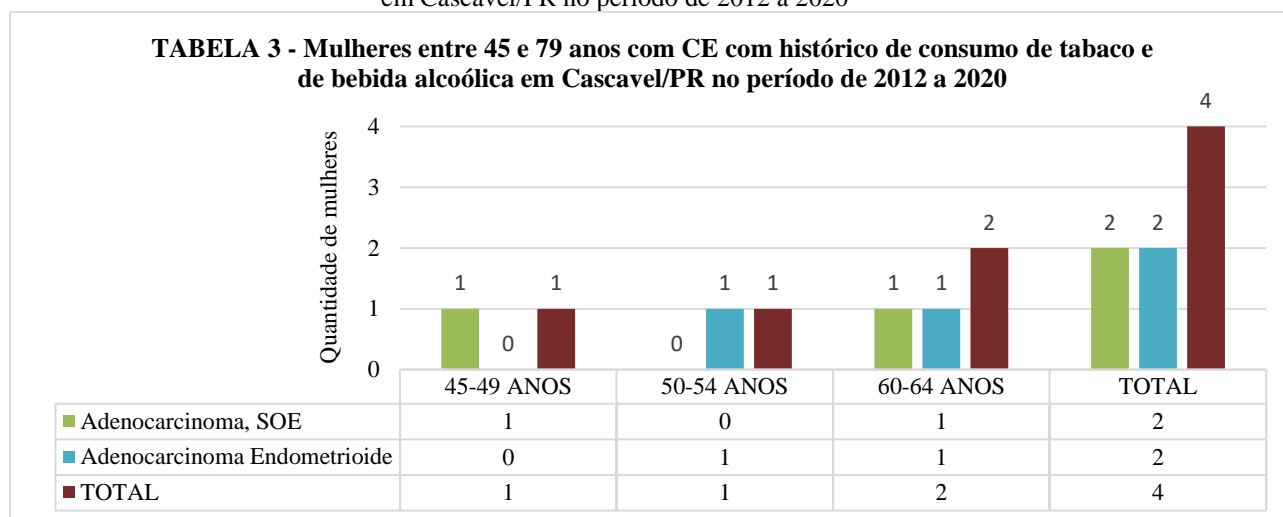
TABELA 2 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de tabaco, sem histórico de consumo de bebida alcoólica em Cascavel/PR no período de 2012 a 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

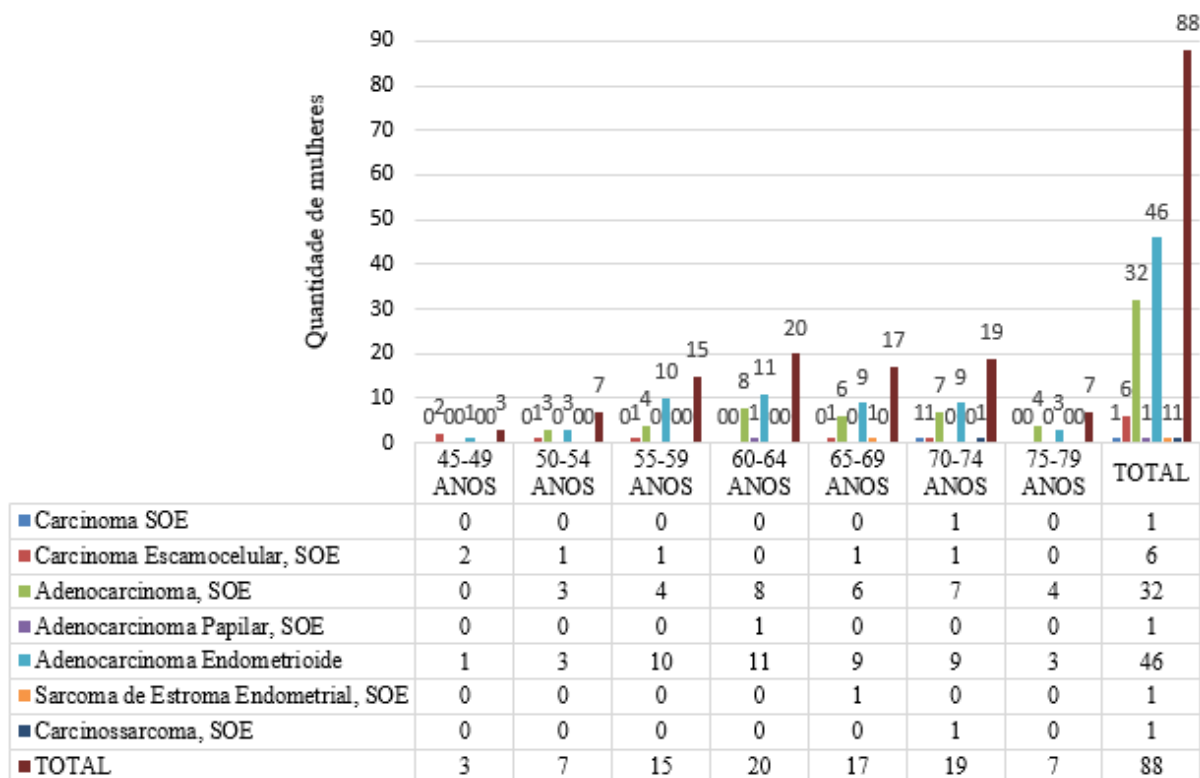
Ainda em relação à Cascavel, foram registrados 4 casos de CE em pacientes que possuíam histórico de consumo de álcool e tabaco (Tabela 3). Já nas mulheres que não tinham histórico de consumo de álcool e tabaco (Tabela 4), foram registrados 88 casos de CE, sendo prevalente na faixa etária dos 60 a 64 anos (20 casos), seguido de 70 a 74 anos (19 casos).

TABELA 3 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de tabaco e de bebida alcoólica em Cascavel/PR no período de 2012 a 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

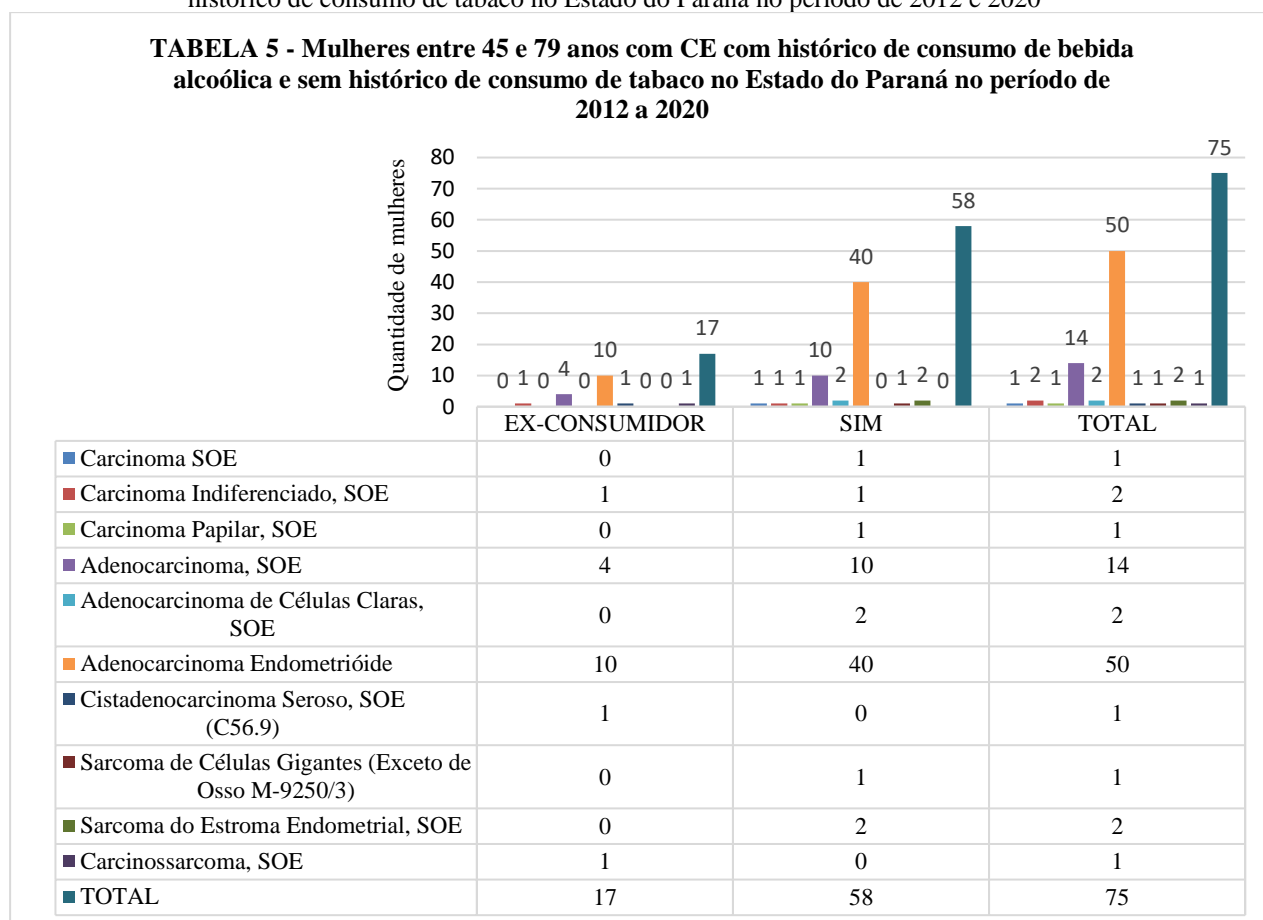
TABELA 4 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE sem histórico de consumo de bebida alcoólica e de tabaco em Cascavel/PR no período de 2012 e 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

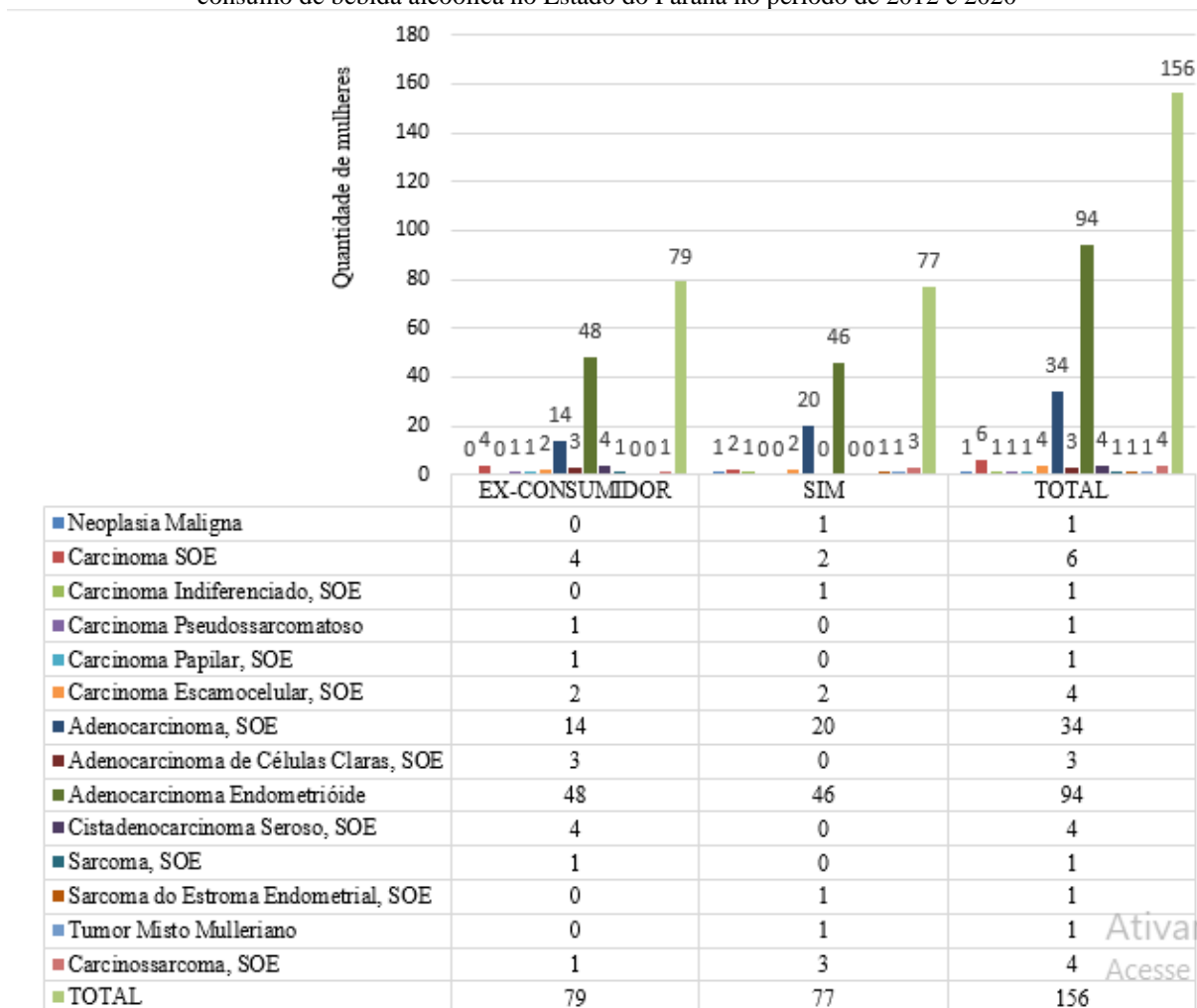
No Estado do Paraná, foram registrados 75 casos de CE em mulheres entre 45 e 75 anos no período de 2012 a 2020 com histórico de consumo de bebida alcoólica e sem histórico de consumo de tabaco, sendo que 58 ainda faziam uso de álcool e 17 eram ex-consumidoras, como consta na Tabela 5. Já em relação às mulheres com CE com histórico de consumo de tabaco e sem histórico de consumo de bebida alcoólica, 79 eram ex-tabagistas e 77 ainda faziam uso de tabaco, totalizando 156 casos, como consta na Tabela 6.

TABELA 5 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de bebida alcoólica e sem histórico de consumo de tabaco no Estado do Paraná no período de 2012 e 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

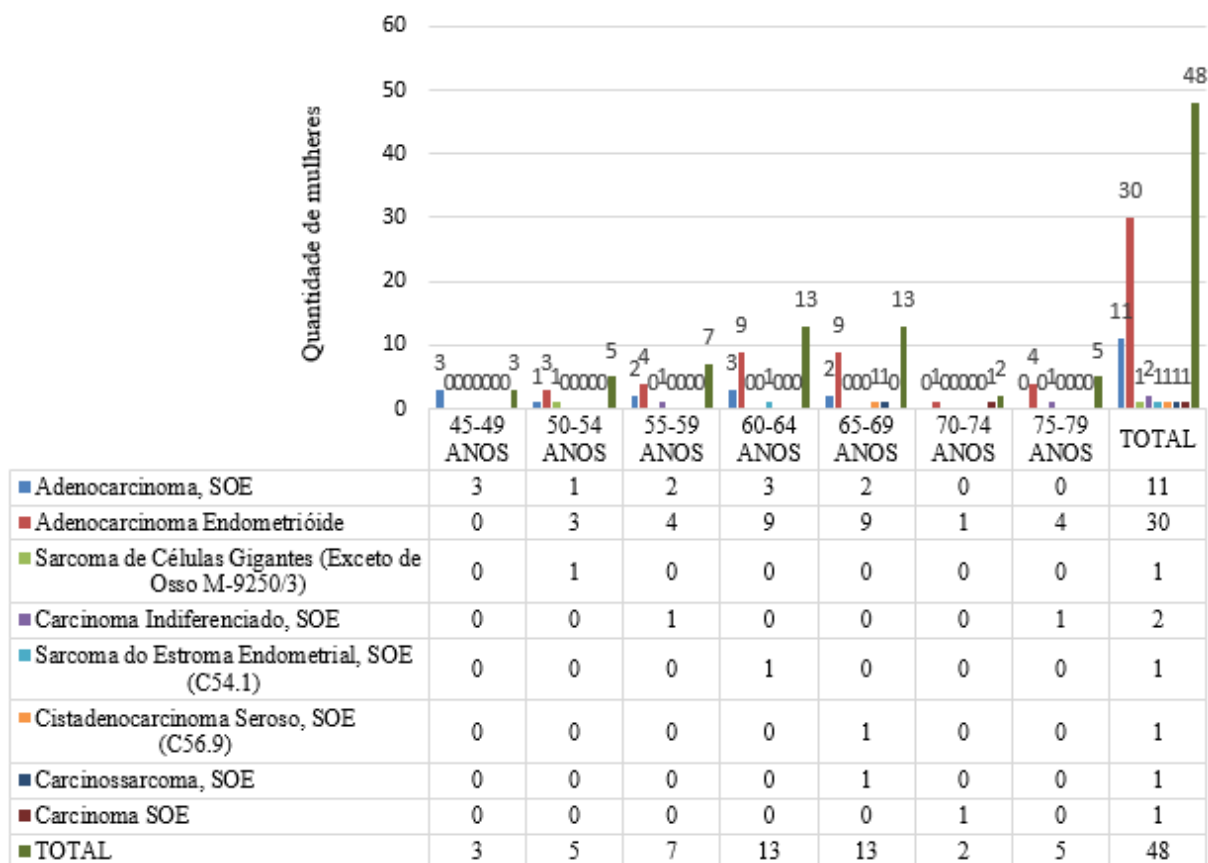
TABELA 6 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de tabaco e sem histórico de consumo de bebida alcoólica no Estado do Paraná no período de 2012 e 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

Ainda em relação ao Estado do Paraná, foram registrados 48 casos de CE em pacientes que possuíam histórico de consumo de álcool e tabaco (Tabela 7). Já nas mulheres que não possuíam histórico de consumo de álcool e tabaco, foram registrados 989 casos de CE, sendo 539 casos de adenocarcinoma endometrióide e 286 casos de adenocarcinoma SOE, ambos prevalentes na faixa etária dos 65 a 69 anos.

TABELA 7 – Mulheres entre 45 e 79 anos com CE com histórico de consumo de bebida alcoólica e de tabaco no Estado do Paraná no período de 2012 a 2020



Fonte: INCA (2022) organizado pelos autores.

Em relação aos dados do Brasil, foram registrados 1336 casos de CE em mulheres entre 45 e 75 anos no período de 2012 a 2020 com histórico de consumo de bebida alcoólica e de tabaco, sendo 666 casos de adenocarcinoma endometrióide, prevalente na faixa etária dos 55 a 59 anos e 60 a 64 anos, 376 casos de adenocarcinoma SOE, prevalente entre os 55 a 59 anos, e 38 casos de carcinoma escamocelular SOE, prevalente entre os 55 a 59 anos.

Em relação às pacientes com CE sem histórico de consumo de álcool e de tabaco, foram registrados 9846 casos, sendo 5225 casos de adenocarcinoma endometrióide e 2682 casos de adenocarcinoma SOE, ambos prevalentes na faixa etária dos 60 a 64 anos, e 337 casos de carcinoma SOE, prevalente na faixa dos 65 a 69 anos. Já nas mulheres que possuíam histórico de consumo de álcool e sem histórico de consumo de tabaco, foram registrados 788 casos de CE, sendo que 217 eram ex-consumidoras e 571 consumidoras de álcool.

Ainda referente aos dados do Brasil, foram registrados 1933 casos de CE em pacientes com histórico de consumo de tabaco e sem histórico de consumo de álcool, no período de 2012 a 2020, sendo que 1194 eram ex-tabagistas e 739 eram tabagistas.

Através da análise dos dados da cidade de Cascavel, do Estado do Paraná e do Brasil, foi observado que houve prevalência de CE em mulheres que não fumavam e não bebiam quando comparado àquelas que fumavam e/ou bebiam. Embora o tabagismo esteja associado a um risco aumentado de vários cânceres não respiratórios, como o de pâncreas, bexiga e colo do útero, estudos mostram que ele está inversamente associado ao câncer de endométrio (TERRY PD et al., 2002). Em contrapartida, a maioria dos estudos não encontrou associação ou efeito protetor do consumo de álcool no desenvolvimento de câncer de endométrio, mas sabe-se que o etilismo aumenta a meia vida do estradiol em mulheres menopausadas em terapia hormonal, aumenta o nível de estrogênio no período ovulatório e o consumo de álcool, mesmo moderado, tem sido associado ao desenvolvimento de endometriose (PURDIE DM e GREEN AC, 2001; CHEDID S e PADILLA FA, 2018).

Pesquisas mostraram que 34% das taxas de incidência de câncer e 42% da taxa de mortalidade pelo mesmo no Brasil são atribuíveis a exposição de fatores de risco modificáveis, sendo o tabagismo o principal fator evitável causador de câncer em países de baixa e média renda (SIVARAM S et al., 2014). Apesar de possuir uma relação inversa de causalidade no câncer de endométrio, o tabagismo foi associado a um maior risco de mortalidade geral em mulheres com esse tipo de câncer, sendo relacionado a um estágio mais avançado no momento do diagnóstico e negativamente associado à sobrevida da doença (LESS B et al., 2021).

Um estudo prospectivo realizado por Al-Zoughool et al. (2007) mostrou que houve um aumento significativo no risco de desenvolvimento de câncer de endométrio em mulheres fumantes na pré-menopausa quando comparado àquelas que nunca fumaram, sendo que tabagistas de longa data (30-39 anos) e intensidade (mais de 15 cigarros por dia) tiveram o dobro do risco de desenvolverem a doença. Além disso, mulheres tabagistas na pré-menopausa são candidatas a terem um risco aumentado de disfunção e insuficiência ovariana e deficiência de progesterona (AL-ZOUGHOOOL M et al., 2007; TEERY PD et al., 2002).

Sabe-se que o tabaco aumenta em 60% o risco de infertilidade em relação a não fumantes, diminui a fecundidade, aumenta o tempo de concepção e interfere na homeostase de outros hormônios, dentre eles o estradiol, principal hormônio sexual feminino. Mulheres na menopausa que fazem terapia de reposição hormonal e mulheres que usam contraceptivo oral apresentam níveis séricos baixos de estradiol quando comparado a mulheres não tabagistas. Ademais, algumas substâncias presentes no cigarro, como a nicotina, interferem na produção do estrogênio através da inibição da enzima aromatase nas células da granulosa (CHEDID S e PADILLA FA, 2018).

Ainda que as análises de randomização mendelianas não suportem uma relação causal, estudos observacionais adicionais são necessários para entender melhor a associação inversa estimada do tabagismo com o desenvolvimento do câncer de endométrio. Até agora, os mecanismos precisos pelos quais essa associação pode ser conduzida permanecem obscuros (DIMOUN et al., 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se nesse trabalho a importância do registro de informações referentes ao consumo de álcool e de tabaco nos pacientes oncológicos, a fim de tornar os dados mais fidedignos à realidade e melhorar as estatísticas e aprimorar os indicadores de saúde. Durante a coleta dos dados, muitas pacientes estavam classificadas como “não avaliado”, “não se aplica” ou “sem informações” nas categorias de consumo de tabaco e de álcool.

Os achados podem conduzir os médicos, principalmente os especialistas em oncologia, a aconselharem as pacientes em seguimento com câncer de endométrio tabagistas, obesas e diabéticas a respeito dos riscos cardiovasculares, já que se trata de fatores de risco potencialmente modificáveis da doença, sendo uma oportunidade de impactar positivamente na sobrevivência das pacientes com câncer de endométrio (LESSB et al., 2021).

Além disso, o desenvolvimento de estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado são essenciais, visto que a maior parte dos fatores de risco para desenvolver câncer de endométrio são modificáveis. Cerca de 52% dos casos de câncer de endométrio podem ser evitados por meio de dieta balanceada, atividade física e peso corporal adequado (DA SILVA, 2019). A mudança no estilo de vida é necessária e deve ser alvo na promoção de saúde na prevenção primária da população vulnerável e mais exposta. É importante ter a população e os profissionais aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O diagnóstico precoce continua sendo uma estratégia essencial que contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer e possíveis complicações posteriores mais graves (INCA, 2021).

REFERÊNCIAS

1. INCA (Brasil). Tipos de câncer: câncer do corpo do útero. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer, 2021.
2. DA SILVA, Caroline Laranjeira. Consumo de alimentos ultraprocessados por mulheres com câncer de endométrio. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2019.
3. FARIA, Flávia Rodrigues; FERNANDES, Eduardo Siqueira. Perfil das pacientes investigadas por sangramento pós-menopausa no Hospital Júlia Kubitschek nos anos de 2010 a 2014. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies*, v. 10, n. Único, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/27456>
4. SILVA, Alexandre Silva; CARVALHO, Filomena Marino; CARVALHO, Jesus Paula. A história contemporânea do carcinoma do endométrio. *Femina*, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052438>
5. SIVARAM, Sudha et al. Implementation science in cancer prevention and control: a framework for research and programs in low-and middle-income countries. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, v. 23, n. 11, p. 2273-2284, 2014. Disponível em: <https://aacrjournals.org/cebpa/article/23/11/2273/14665/Implementation-Science-in-Cancer-Prevention-and>
6. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2019. Atlanta: American Cancer Society, 2019a.
7. BRAY, F. et al. Planning and developing populations-based cancer registration in low-and middle-income settings. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, IARC technical publication, n. 43. 2014. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/33502836>
8. ISLAMI, F. et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 1, p. 31-54, Jan. 2018. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21440>
9. LEE, J. M. et al. Getting heavier, younger: trajectories of obesity over the life course. *International journal of obesity: journal of the International Association for the Study of Obesity*, London, v. 34, n. 4, p. 614-623, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijo2009235>
10. SONG, M. et al. Trajectory of body shape across the lifespan and cancer risk. *International journal of cancer*, New York, v. 138, n. 10, p. 2383-2395, May 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29981>
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3.

12. MCDONALD, M. E.; BENDER, D. P. Endometrial cancer: obesity, genetics, and targeted agents. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, v. 46, n. 1, p. 89-105, 2019. Disponível em: [https://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545\(18\)30094-9/fulltext](https://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545(18)30094-9/fulltext)
13. YOSHIDA, A; SARIAN, L. O. Z.; ANDRADE, L. A. L. A. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. *Femina*, v. 47, n. 2, p. 105-9, 2019.
14. PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. *Rotinas em Ginecologia*. Artmed Editora, 2017.
15. INCA (Brasil). *Tipos de câncer: câncer do corpo do útero*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2019.
16. NATIONAL HEALTH SERVICE. *Uterine Cancer - Health Professional Version*. 2021.
17. NICE. *Guideline Suspected cancer: recognition and referral*. National Institute For Health And Care Excellence: 23 June 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26180880/>
18. BOAVENTURA, Camila Silva. *Estadiamento do câncer de endométrio: acurácia diagnóstica da ressonância magnética*. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222862>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Integrador RHC. Registro Hospitalar de Câncer. Tabular dados. [Internet]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>
20. TERRY, Paul D. et al. Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer. *The lancet oncology*, v. 3, n. 8, p. 470-480, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470204502008161>
21. PURDIE, David M.; GREEN, Adèle C. Epidemiology of endometrial cancer. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, v. 15, n. 3, p. 341-354, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693400901809>
22. CHEDID, SILVANA; PADILLA, FÁBIO AIELLO. A influência do álcool e do tabagismo sobre a fertilidade. *Rev. Medicina Reprodutiva – SBRH (Sociedade Brasileira de Reprodução Humana)*, cap. 17. 2018.
23. LEES, Brittany et al. A population-based study of causes of death after endometrial cancer according to major risk factors. *Gynecologic Oncology*, v. 160, n. 3, p. 655-659, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0090825820342232>
24. AL-ZOUGHLOOL, Mustafa et al. Risk of endometrial cancer in relationship to cigarette smoking: results from the EPIC study. *International journal of cancer*, v. 121, n. 12, p. 2741-2747, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.22990>
25. DIMOU, Niki et al. Cigarette smoking and endometrial cancer risk: observational and Mendelian randomization analyses. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, v. 31, n. 9, p. 1839-1848, 2022. Disponível em: <https://aacrjournals.org/cebp/article/31/9/1839/708745/Cigarette-Smoking-and-Endometrial-Cancer-Risk>