

Association between demographic variables and cervical cancer staging in elderly women: a retrospective study

Associação entre variáveis demográficas e estadiamento de câncer cervical em idosas: estudo retrospectivo

Asociación entre variables demográficas y estadificación del cáncer de cuello uterino en mujeres ancianas: un estudio retrospectivo

Ana Hélia de Lima Sardinha¹

ORCID: 0000-0002-8720-6348

Pabline Medeiros Verzaro¹

ORCID: 0000-0003-1449-1990

Nívyá Carla de Oliveira Pereira Rolim¹

ORCID: 0000-0001-6701-5213

Sara Maria Ferreira de Sousa¹

ORCID: 0000-0003-4183-3861

Aida Patricia da Fonseca Dias Silva¹

ORCID: 0000-0003-0138-8505

Alyne Radoyk Silva Lopes¹

ORCID: 0000-0002-6661-1555

¹ Federal University of Maranhão

Editor: Ana Carla Dantas Cavalcanti

ORCID:0000-0003-3531-4694

Submission: 12/20/2020

Approved: 04/14/2021

ABSTRACT

Objective: To associate the sociodemographic variables of elderly women with cervical cancer and staging of an oncology reference hospital. **Method:** An observational, retrospective analytical study of 559 elderly women. **Results:** The variables that presented a statistically significant correlation with cervical cancer staging were: married elderly women, histopathological squamous cell carcinoma, radiotherapy + chemotherapy as the first treatment received in the hospital, complete remission of the disease at the end of the first treatment, without deaths from cancer and never having smoked. **Conclusion:** Although some characteristics are related to higher prevalence, they were not associated with staging, such as older ages. Early treatment was also an aspect associated with less late staging. Thus, the study reaffirms the importance of knowing the epidemiological characteristics of these women, as it favors the planning and evaluation of effective programs in the control of cervical cancer.

KEYWORDS: Cancers of the cervix; Aging; Women's health.

RESUMO

Objetivo: Associar as variáveis sociodemográficas de idosas com câncer cervical e estadiamento de um hospital de referência oncológica. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo e analítico de 559 idosas. **Resultados:** As variáveis que apresentaram correlação estatística significativa com o estadiamento do câncer do colo do útero foram: idosas casadas, o tipo histopatológico carcinoma de células escamosas, radioterapia + quimioterapia como primeiro tratamento recebido no hospital, remissão completa da doença ao final do primeiro tratamento, sem óbitos por câncer e nunca haver fumado. **Conclusão:** Embora algumas características estejam relacionadas à maior prevalência, não estavam associadas ao estadiamento, como idades mais avançadas. Tratamento precoce também foi um aspecto associado a estádios menos tardios. Desta forma o estudo reafirma a importância em conhecer as características epidemiológicas dessas idosas, pois favorece o planejamento e avaliação de programas efetivos no controle do câncer do colo do útero.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias do colo do útero; Envelhecimento; Saúde da mulher.

RESUMEN

Objetivo: Asociar las variables sociodemográficas de mujeres ancianas con cáncer de cuello uterino y la estadificación de un hospital oncológico de referencia. **Método:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico de 559 mujeres mayores. **Resultados:** Las variables que mostraron correlación estadísticamente significativa con la estadificación del cáncer de cuello uterino fueron: ancianas casadas, tipo histopatológico de carcinoma epidermoide, radioterapia + quimioterapia como primer tratamiento recibido en el hospital, remisión completa de la enfermedad al finalizar el primer tratamiento, sin muertes por cáncer y sin haber fumado nunca. **Conclusión:** Aunque algunas características están relacionadas con una mayor prevalencia, no se asociaron con la estadificación, como la edad avanzada. El tratamiento temprano también fue un aspecto asociado con etapas menos tardías. Así, el estudio reafirma la importancia de conocer las características epidemiológicas de estas ancianas, ya que favorece la planificación y evaluación de programas efectivos en el control del cáncer cervicouterino.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias cervicales; Envejecimiento; La salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional está se acelerando rapidamente em todo o mundo, é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade, contudo, o processo de envelhecimento, na maioria das vezes vem acompanhado do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como as neoplasias. Pessoas idosas representam a maioria dos casos novos e dos óbitos pela doença, indicando a necessidade de uma atenção específica a este grupo e suas particularidades⁽¹⁾. Com o favorecimento da sexualidade dessa faixa etária devido a descobertas modernas que aumentam o desejo sexual houve mudanças na antiga concepção de que idosos eram pessoas assexuadas, no entanto, algumas idosas desconhecem informações sobre sexo seguro, desconsiderando o uso de preservativos pelo fato de não poder mais engravidar, cabendo ao profissional de saúde identificar essa lacuna tendo em vista o risco para o desenvolvimento de neoplasias⁽²⁾.

O câncer cervical é considerado um problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser passível de prevenção quando identificadas precocemente lesões de baixo grau, ainda assim possui alta mortalidade, contribuindo de forma importante para a carga da doença em mulheres, sendo considerado o quarto tipo de câncer mais comum nessa população⁽³⁾.

Cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos⁽⁴⁾, estando associado a pobreza e ao baixo nível de estudo. A infecção recorrente pelo vírus Papiloma vírus humano (HPV) é considerada a causa principal para a o

desenvolvimento dessa neoplasia^(5,6), transmitida, principalmente, através de contato sexual desprotegido.

A identificação e tratamento precoce das lesões em estágio inicial contribuem para o bom prognóstico da doença. As estratégias para a detecção precoce/rastreamento do CCU (Câncer de Colo Uterino) é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cérvico-vaginal, sendo preconizado para mulheres entre 25 e 64 anos de idade, que já iniciaram sua vida sexual, com periodicidade anual, inicialmente, e após dois exames negativos consecutivos, a periodicidade deve ser a cada três anos⁽⁴⁾.

Diante do exposto, conhecer o estadiamento mais prevalente desse tumor e as variáveis que apresentam correlação significativa com o mesmo, contribui com informações para o fortalecimento de práticas e políticas para melhoria das ações de controle da neoplasia cervical, visando minimizar a incidência de casos. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é associar as variáveis sociodemográficas de idosas com câncer cervical e o estadiamento em um hospital de referência oncológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e analítico. Os dados foram provenientes do Hospital do Câncer Aldenora Bello, instituição filantrópica e de referência para o tratamento oncológico, localizado em São Luís, capital do Maranhão. Como fonte de dados utilizou-se o Sistema de Informação em Saúde dos Registros Hospitalares de Câncer (SIS-RHC) da instituição, através das Fichas de Registro do Tumor. Foram amostradas 553

idosas, correspondendo a 100% dos casos de câncer cervical em idosas atendidas pela instituição no período de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2013, o corte temporal desses dados refere-se aqueles que estavam disponíveis na época em que foram coletados, devido a uma defasagem no registro do hospital, justificado pela carência de profissionais responsáveis por esse trabalho.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de neoplasia do cervical, ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrada e realizar tratamento na referida instituição. Foram excluídas aquelas que iniciaram tratamento em outra instituição ou que residiam em outros Estados da Federação.

Analisaram-se as variáveis demográficas: idade, raça, instrução, ocupação, procedência, bairro, cidade, estado conjugal, alcoolismo, tabagismo, histórico familiar; características clínicas e de tratamento, como a localização do tumor primário, tipo histopatológico, TNM, estadiamento, localização da metástase a distância, clínica do início do tratamento, principal razão para não realização do tratamento, primeiro tratamento recebido no hospital, estágio da doença ao final do primeiro tratamento e óbito por câncer. As variáveis de fatores de risco (coitarca, idade no primeiro Papanicolaou, tabagismo e histórico familiar) não puderam ser avaliadas devido à baixa completude dos dados.

Os dados foram digitalizados em Excel e expostos em tabelas descritivas para melhor visualização dos mesmos. Para o cálculo estatístico, utilizou-se o programa estatístico SPSS v. 19, considerando um nível de significância de 0,05. Para realizar as análises

do estadiamento foram formados dois grupos tendo como parâmetro a variável estadiamento, onde os casos diagnosticados em estágio 0, I, e II formaram o "Grupo Estádio Precoce" e os casos diagnosticados em estadiamento III e IV formaram o "Grupo Estádio Tardio".

Possíveis associações entre o Estadiamento e as variáveis sociodemográficas e clínicas foram testadas através do teste do Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram valores de probabilidades menores que 0,05 foram utilizadas no modelo de Regressão Logística Binária, calculando-se os valores de razão de chance (odds ratio) para cada categoria dentro das variáveis. Para o ajuste do modelo de regressão, adotou-se o estadiamento do tipo tardio como referência em todas as possíveis associações.

A pesquisa faz parte de um projeto intitulado: "Homens e mulheres com câncer: significados, percepções e implicações", aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) com parecer nº 1.749.940. A pesquisa obedeceu a todas as recomendações da resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos.

RESULTADOS

De acordo com os valores de p apresentados na Tabela 1 das variáveis sociodemográficas correlacionadas com o estadiamento foi encontrado diferença estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na variável raça. Entretanto, de acordo com o modelo de

regressão, a "raça" e o "tabagismo" não se associaram independentemente com o estadiamento ($p > 0,05$), conforme apresentado na Tabela 3.

A faixa etária de 65 a 70 anos foi mais prevalente na população total ($n=167$; 30,2%) e no grupo estágio tardio ($n=77$;

32,1%). Para o "Estado conjugal", as casadas foram prevalentes tanto no estadiamento precoce quanto no tardio ($n = 236$; 42,7% do total). Na variável ocupação as idosas lavradoras foram as mais frequentes nos dois grupos.

Tabela 1 – Associação entre Estadiamento e variáveis sociodemográficas de idosas com câncer do colo do útero, no período de 2009 a 2013 em um hospital de referência oncológica.

Variável	Estadiamento			p-valor*	
	Precoce N = 313; 56,6%	Tardio N = 240; 43,4%	Total N = 553; 100%		
Faixa etária n (%)	60 - 64	95 (30,4)	67 (27,9)	162 (29,3)	0,289
	65 - 70	90 (28,8)	77 (32,1)	167 (30,2)	
	71 - 74	58 (18,5)	42 (17,5)	100 (18,1)	
	76 - 79	32 (10,2)	23 (9,6)	55 (9,9)	
	80 - 84	30 (9,6)	16 (6,7)	46 (8,3)	
	85 - 89	4 (1,3)	10 (4,2)	14 (2,5)	
	≥ 90	4 (1,3)	5 (2,1)	9 (1,6)	
Raça n (%)	Branca	44 (14,1)	46 (19,2)	90 (16,3)	0,030
	Preta	19 (6,1)	16 (6,7)	35 (6,3)	
	Amarela	72 (23,0)	39 (16,3)	111 (20,1)	
	Parda	151 (48,2)	104 (43,3)	255 (46,1)	
	Indígena	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,4)	
	Sem informação	27 (8,6)	33 (13,8)	60 (10,8)	
Instrução n (%)	Nenhuma	61 (19,5)	54 (22,5)	115 (20,8)	0,123
	Fundamental incompleto	140 (44,7)	96 (40,0)	236 (42,7)	
	Fundamental completo	39 (12,5)	20 (8,3)	59 (10,7)	
	Nível médio	38 (12,1)	26 (10,8)	64 (11,6)	
	Nível superior completo	3 (1,0)	3 (1,3)	6 (1,1)	
Sem informação	32 (10,2)	41 (17,1)	73 (13,2)		

Estado conjugal		Solteiro	75 (24,0)	56 (23,3)	131 (23,7)	
		Casado	151 (48,2)	101 (42,1)	252 (45,6)	
		Viúvo	73 (23,3)	70 (29,2)	143 (25,9)	
		Separado judicialmente	8 (2,6)	11 (4,6)	19 (3,4)	0,232
		União consensual	1 (0,3)	1 (0,4)	2 (0,4)	
		Sem informação	5 (1,6)	1 (0,4)	6 (1,1)	
		Médico (61)	1 (0,3)	1 (0,4)	2 (0,4)	
		Prof. Ens. Superior (139)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
		Prof. Ens. pré-escolar (143)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
		Professor (149)	5 (1,6)	2 (0,8)	7 (1,3)	
Ocupação		Agentes adm. (319)	1 (0,3)	4 (1,7)	5 (0,9)	
		Vendedores (451)	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,4)	
		Domésticos (540)	12 (3,8)	5 (2,1)	17 (3,1)	
		Serv. de cons./limp. (552)	1 (0,3)	3 (1,3)	4 (0,7)	0,512
		Lavadeira (560)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
		Lavrador (621)	99 (31,6)	74 (30,8)	173 (31,3)	
		Agricultor (639)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
		Extrativistas (654)	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,4)	
		Pescadores (669)	1 (0,3)	2 (0,8)	3 (0,5)	
		Costureiro (795)	2 (0,6)	4 (1,7)	6 (1,1)	
		Operário (969)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,2)	
		Sem classificação (999)	68 (21,7)	51 (21,3)	119 (21,5)	
		Não se aplica (888)	59 (18,8)	40 (16,7)	99 (17,9)	
		Sem informação (9999)	63 (20,1)	46 (19,2)	109 (19,7)	

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador, São Luís, 2018.

Em relação aos valores de p apresentados na Tabela 2 de associação entre estadiamento e variáveis clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas seguintes variáveis ($p < 0,05$): tipo histológico, primeiro tratamento recebido no

hospital, estágio da doença ao final do primeiro tratamento. Nas demais variáveis não foram detectadas associações com o estadiamento.

Em se tratando da variável Tipo Histopatológico o carcinoma de células

escamosas foi o mais prevalente nos dois grupos, representando 80,8% (n=447), foi considerado a categoria "outros" como valor de referência, sendo que pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical grau 3 (NIC 3)

detêm 0,06 vezes menor chance de estarem associados ao estadiamento tardio quando comparados aos pacientes de outros tipos (OR = 0,06; p = 0,02).

Tabela 2 – Associação entre Estadiamento e variáveis clínicas de idosas com câncer do colo do útero, no período de 2009 a 2013 em um hospital de referência oncológica.

Variável	Estadiamento			p-valor*	
	Precoce	Tardio	Total		
	N = 313 56,6%	N = 240 43,4%	N = 553 100%		
Tipo histopatológico	Carcinoma de células escamosas	239 (76,4)	208 (86,7)	447 (80,8)	0,024
N (%)	Neoplasia intra-epitelial cervical grau 3 - NIC 3	37 (11,8)	1 (0,4)	38 (6,9)	
	Adenocarcinoma	27 (8,6)	22 (9,2)	49 (8,9)	
	Outros	10 (3,2)	9 (3,8)	19 (3,4)	
Histórico familiar de câncer n(%)	Sim	68 (21,7)	54 (22,5)	122 (22,1)	0,335
	Não	82 (26,2)	75 (31,3)	157 (28,4)	
	Sem informação	163 (52,1)	111 (46,3)	274 (49,5)	
	Nunca	184 (58,8)	141 (58,8)	325 (58,8)	
Alcoolismo n(%)	Ex-consumidor	14 (4,5)	10 (4,2)	24 (4,3)	0,089
	Sim	11 (3,5)	20 (8,3)	31 (5,6)	
	Não avaliado	104 (33,2)	69 (28,7)	173 (25,5)	
	Nunca	117 (37,4)	103 (42,9)	220 (39,8)	
Tabagismo n(%)	Ex-consumidor	76 (24,3)	42 (17,5)	118	0,021

					(21,3)	
	Sim	32 (10,2)	42 (17,5)	74 (13,4)		
	Não avaliado	88 (28,1)	53 (22,1)	141		
					(25,5)	
	Nenhum	14 (4,5)	29 (12,1)	43 (7,8)		
	Cirurgia	65 (20,8)	9 (3,8)	74 (13,4)		
	Cirurgia + Radioterapia	19 (6,1)	1 (0,4)	20 (3,6)		
Primeiro tratamento recebido no hospital	Cirurgia + Radioterapia +	12 (3,8)	14 (5,8)			
n(%)	Quimioterapia			26 (4,7)		
	Cirurgia + Quimioterapia	3 (1,0)	4 (1,7)	7 (1,3)	0,000	
	Cirurgia + Quimioterapia +	1 (0,3)	0 (0,0)			
	Hormonioterapia			1 (0,2)		
	Radioterapia	27 (8,6)	42 (17,5)	69 (12,5)		
	Radioterapia +	162 (51,8)	134	296		
	Quimioterapia		(55,8)	(53,5)		
	Quimioterapia	7 (2,2)	6 (2,5)	13 (2,4)		
	Hormonioterapia +	1 (0,3)	0 (0,0)			
	Radioterapia			1 (0,2)		
	Outros	2 (0,6)	1 (0,4)	3 (0,5)		
	Sem evidência da doença	188 (60,1)	56 (23,3)	244		
Estado da doença ao final do primeiro tratamento	(remissão completa)				(44,1)	
n(%)	Remissão parcial	22 (7,0)	29 (12,1)	51 (9,2)		
	Doença estável	42 (13,4)	47 (19,6)	89 (16,1)	0,000	
	Doença em progressão	9 (2,9)	25 (10,4)	34 (6,1)		
	Suporte terapêutico oncológico	2 (0,6)	10 (4,2)			
	Óbito	12 (3,8)	28 (11,7)	40 (7,2)		
	Não se aplica	38 (12,1)	45 (18,8)	83 (15,0)		
	Exame clínico e patologia clínica + Anatomia patológica	50 (16,0)	33 (13,8)			
					83 (15,0)	

Exames relevantes n(%)	Exame clínico e patologia	0 (0,0)	1 (0,4)	
	clínica + Exames por			0,508
	imagem + Marcadores			
	tumorais			1 (0,2)
	Exame clínico e patologia	262 (83,7)	206	
	clínica + Exames por		(85,8)	
imagem + Anatomia			468	
patológica			(84,6)	
Exame clínico e patologia	1 (0,3)	0 (0,0)		
clínica + Exames por				
imagem + Endoscopia e				
cirurgia exploratória +				
Anatomia patológica				1 (0,2)

*Teste do Qui-Quadrado; Fonte: Dados coletados pelo pesquisador, São Luís, 2018.

A variável "Primeiro tratamento recebido no hospital", a Radioterapia + Quimioterapia foi a mais frequente nos dois grupos 53,5% (n=296), porém pacientes que realizaram "cirurgia" e "cirurgia + radioterapia" e "quimioterapia" apresentaram menos chances de associação ao estadiamento tardio quando comparadas às que não realizaram nenhum tipo de tratamento (OR = 0,13; p = 0,001/ OR = 0,04; p = 0,005/ OR = 0,14; p = 0,013; respectivamente) , a variável "nenhum" foi a de referência, conforme apresentado na tabela 3.

A variável "Estado da doença ao final do primeiro tratamento" apresentou maior prevalência de remissão completa nos dois

grupos 44,1% (n=244). Foi a categoria de referência. Os grupos de "remissão parcial" (OR = 3,27; p = 0,001), "doença estável" (OR = 3,62; p = 0,000), "doença em progressão" (OR = 8,69; p = 0,000), "suporte terapêutico oncológico" (OR = 15,04; p = 0,001), "óbito" (OR = 8,22; p = 0,000) e "não se aplica" (OR = 2,28; p = 0,046) apresentaram maiores chances de associação ao estadiamento tardio em relação às pacientes com remissão completa. O suporte terapêutico oncológico foi a categoria que mais demonstrou chances de relações com o estadiamento tardio (OR = 15,04), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Fatores preditores de estadiamento tardio de idosas com câncer do colo do útero, no período de 2009 a 2013 em um hospital de referência oncológica.

Variável	Estadiamento		RC	IC (95%)	p-valor	
	Precoce N = 313	Tardio N = 240				
Tipo histopatológico	Carcinoma de células escamosas	239	208	0,61	0,22 - 1,74	0,358
n(%)	Neoplasia intra-epitelial cervical grau 3 - NIC 3	37	1	0,06	0,01	0,020*
	Adenocarcinoma	27	22	0,78	0,23 - 2,66	0,685
	Outros	10	9	REF	-	-
	Nenhum	14	29	REF	-	-
Primeiro tratamento recebido no hospital	Cirurgia	65	9	0,13	0,04	0,001*
n(%)	Cirurgia + Radioterapia	19	1	0,04	0,004	0,005*
	Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	12	14	0,56	0,15 - 2,14	0,395
	Cirurgia + Quimioterapia	3	4	0,33	0,04 - 2,53	0,287
	Cirurgia + Quimioterapia + Hormonioterapia	1	0	0	0	1,000
	Radioterapia	27	42	0,79	0,27 - 2,35	0,671
	Radioterapia + Quimioterapia	162	134	0,36	0,13 - 1,02	0,054
	Quimioterapia	7	6	0,14	0,03 - 0,66	0,013*
	Hormonioterapia + Radioterapia	1	0	0	0	1,000
	Outros	2	1	0,13	0,01	0,126

						1,78	
	Sem evidência da doença	188	56			-	-
Estado da doença ao final do primeiro tratamento	(remissão completa)				REF		
n(%)	Remissão parcial	22	29			1,68	- 0,001*
					3,27	6,39	
	Doença estável	42	47			2,08	- 0,000*
n(%)					3,62	6,30	
	Doença em progressão	9	25			3,54	- 0,000*
					8,69	21,30	
	Suporte terapêutico oncológico	2	10			2,84	- 0,001*
					15,04	79,56	
	Óbito	12	28			3,63	- 0,000*
					8,22	18,60	
	Não se aplica	38	45			1,02	- 0,046*
					2,28	5,11	
Raça	Branca	44	46		REF	-	-
n(%)	Preta	19	16			0,28	- 0,453
					0,70	1,78	
	Amarela	72	39			0,49	- 0,875
					0,95	1,84	
	Parda	151	104			0,45	- 0,392
					0,79	1,37	
	Indígena	0	2		9,94	-	0,999
	Sem informação	27	33			0,66	- 0,372
					1,41	3,02	
Tabagismo	Nunca	117	103		REF	-	-
n(%)	Ex-consumidor	76	42			0,42	- 0,194
					0,71	1,20	
	Sim	32	42			0,65	- 0,568
					1,19	2,19	
	Não avaliado	88	53		0,98	0,55	- 0,945

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador, São Luís, 2018.

DISCUSSÃO

Os resultados conferem maior prevalência à faixa etária de 65 a 70 anos (30,2%). A idade não se mostrou associada ao estágio tardio, apesar disso, a literatura aponta que nos países desenvolvidos, mulheres com mais idade são diagnosticadas com mais frequência em estágio avançado do que aquelas mais jovens, onde a cada ano adicional na idade a chance de se ter o diagnóstico no estágio tardio aumenta em 3 %⁽⁷⁾.

Nesse estudo, o baixo nível de escolaridade foi mais prevalente, o que corrobora com outros estudos realizados^(8,4). Idosas com baixo grau de instrução tem maior risco de desenvolver o câncer cervical e maior chance de serem diagnosticadas nos estágios avançados III e IV⁽⁹⁾, sugerindo que essas idosas podem não ter o conhecimento necessário para buscar rastreamento/tratamento e não reconhecer a importância da realização do exame preventivo⁽⁴⁾.

Quando ao estado civil, as idosas casadas formaram o grupo com maior prevalência embora não associada ao estadiamento tardio assim como outras pesquisas na literatura ⁽¹⁰⁾. Pressupõe-se que as mulheres casadas tenham apenas um parceiro sexual, diminuindo a exposição a infecções sexualmente transmissíveis, enquanto que as solteiras podem ter um número maior de parceiros tendo mais contato com carcinogênicos sexuais, como o HPV, Human Immunodeficiency Virus (HIV), clamídia, dentre outros⁽¹¹⁾. Apesar de a multiplicidade de parceiros ser fator de risco importante para

o desenvolvimento do CCU, o matrimônio não configura imunidade, portanto a relação entre e a doença e o estado civil estão mais relacionados ao comportamento sexual⁽¹⁰⁾.

A variável nunca fumou em relação aos hábitos tabagistas foi a mais prevalente nos dois grupos, embora ser considerado fator de risco para desenvolvimento de qualquer tipo de câncer. O risco para desenvolver o câncer cervical aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia, principalmente quando esse hábito é iniciado precocemente⁽⁵⁾.

Quanto ao tipo histopatológico este estudo demonstra que mulheres com neoplasia intraepitelial cervical grau 3 - NIC 3, tem 6 vezes menor chance de estar associado ao estágio tardio. Esse dado é justificado, pois o câncer cervical habitualmente inicia-se como lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL), uma condição pré-invasiva limitada ao epitélio cervical, e é menos provável progressão para carcinoma invasivo, diferentemente das lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL). Estas, são predominantemente causadas por tipos de HPV oncogênicos, tendo comportamento de lesão precursora do carcinoma invasivo. Esse dado reforça a necessidade de real prática de controle de qualidade nos programas de rastreamento para o câncer cervical, uma vez que, a curabilidade nessa fase da doença pode chegar a 100%, muitas vezes sendo resolvido ainda em nível ambulatorial ⁽¹²⁾.

As neoplasias invasivas do colo uterino de células escamosas são precedidas por uma longa fase de neoplasia intra-epitelial cervical.

Neste estudo, esse dado é percebido, pela alta prevalência do carcinoma de células escamosas (CEC), corroborando com achados da literatura, que mostra que estes são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto que, os adenocarcinomas representam de 15% a 35% dos casos⁽⁵⁾.

A demora no diagnóstico leva a tratamentos mais agressivos e menos eficazes, além de elevar os custos de internação e a mortalidade⁽¹³⁾ e a sobrevivência é um pouco maior nas mulheres com diagnóstico de CEC⁽¹⁴⁾.

O tratamento "cirurgia" e "cirurgia + radioterapia" e "quimioterapia" apresentaram menos chances de associação ao estadiamento tardio, dado esse plenamente justificável, pois para doença localmente avançada não existe indicação para o tratamento cirúrgico e o tratamento padrão é a associação quimio-radioterapia (teleterapia concomitante à quimioterapia seguida de braquiterapia)⁽¹⁵⁾, embora este fator esteja diretamente relacionado a fatores sociais e econômicos pois muitos pacientes não tem acesso aos recursos básicos para o tratamento do câncer⁽¹⁶⁾.

As idosas desse estudo obtiveram a remissão completa da doença, apesar de essa não ser a realidade na região nordeste que apresenta uma das maiores mortalidades por câncer do colo do útero conforme estudos. Diante disso é necessário manter o acompanhamento dessas idosas mesmo após a remissão completa para a prevenção de recidivas, ou se for o caso o diagnóstico precoce das mesmas⁽¹⁷⁾.

Esse estudo possui limitações como a defasagem do banco de dados, a falta de informações nos prontuários relacionada a variáveis importantes de fatores de risco, bem como a possibilidade de um viés de informação relacionado ao estadiamento clínico dos casos.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo reafirmam a necessidade em melhorar o conhecimento das mulheres, principalmente em se tratando daquelas em idades mais avançadas as quais foram identificadas em maior proporção, demonstrando que essas mulheres ao serem diagnosticadas já estavam em estádios mais avançados. Com os dados também pôde-se inferir que o diagnóstico precoce diminui o alcance dos estádios mais tardios devido ao tratamento ter resultados positivos. A falta de informação da população feminina e a resistência à realização do exame preventivo do câncer do colo do útero são umas das principais causas para evolução da doença. Portanto, conhecer as características epidemiológicas dessas idosas, torna-se significativo, para o fornecimento de subsídios para o planejamento e avaliação de programas efetivos no controle do câncer cervical. Com isso conclui-se que a melhor estratégia a ser utilizada ainda é a educação em saúde a fim de atingir essa população em destaque com estímulo à realização do exame citopatológico. Percebe-se ainda a necessidade de intensificação de campanhas e propostas que visem minimizar a morbidade e mortalidade desse câncer no estado do Maranhão bem como no Brasil, melhorar a

estruturação do programa de rastreamento do câncer de colo de útero, a fim de garantir além do acesso precoce tanto às consultas quanto ao diagnóstico, proporcionando assim a redução dos percentuais elevados de casos avançados.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca MRC, Pontes AEL, Traldi MC, Morais SS, Galdeano J. Frequency and factors associated with the adeforestation of the cervix. *Health Magazine – UNG* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 20];10(1-2). Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2085>.
2. Paula VM, Rodrigues LS. Sexuality of the old women and nursing contributions. *EnfermBras* [Internet]. 2020;19(4):345-54. [cited 2021 Mar 10] Available from: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4281/html.doi:https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4281>
3. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Studies and research: demographic and socioeconomic information: synthesis of social indicators. Rio de Janeiro: IBGE [Internet]; 2016 [cited 2017 Nov 20]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv98965.pdf>.
4. World health organization. International agency for research on cancer. *Globocan*. Cited: 2020 Ago 20.
5. Ministry of Health (BR). Control of cervical and breast cancers. 2nd ed. Brasília, DF: Ministry of Health; 2013. (Basic Care Book, n 13).
6. Brazilian Society of Cancerology. Gynecological cancer. Cervix [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <http://www.sbcancer.org.br/wpcontent/uploads/2016/10/cancerginecologico.pdf>
7. Rozario S, Silva IF, Koifman RJ, Silva IF. Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by histological type. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2019 [cited 2020 Dez 19];53:88. Epub Oct 03 2019. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100278&lng=en. doi:<https://doi.org/10.11606/s15188787.2019053001218>
8. Melo WA, Peloso SM, Alvarenga A, Carvalho MDB. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 Ago 20];17(4): 637-643. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400637&lng=en. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400002>.
9. Silva RCG, Silva ACO, Peres AL, Oliveira SR. Profile of women with cervical cancer treated for treatment in an oncology center. *Rev Bras Hail Mater Infant* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Aug 20]; 18(4): 695-702. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000400695&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>.
10. Figueiredo T, Souza CQ, Castilho EN, Silva TMR, Silva EP, Siqueira LG et al. Profile analysis of women with precancerous lesions of the cervix. *Health Rev* [internet]. 2015 [cited 2020 Aug 18]; 15(41):3-13. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2728doi:https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n41p3-13>.
11. Almeida AF, Holmes ES, Lacerda CCC, Farias CF, Costa MBS, Santos SR. Methods of detecting cervical cancer among health professionals. *Rev aide UFPE online* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 18];9(1):62-68. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10307/10978>. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201509>.
12. Cervical Intraepithelial Neoplasia. National Cancer Institute [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 21]. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas_2.pdf
13. Padilha Cátia Martins Leite, Araújo Junior Mário Lúcio Cordeiro, Souza Sergio Augusto Lopes de. Cytopathologic evaluation of patients submitted to radiotherapy for uterine cervix cancer. *Rev Assoc Med Bras*

- [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Sep 11]; 63 (4): 379-385. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000400379&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.379>
14. Chandeying N, Hanprasertpong J. The prognostic impact of histological type on lclinical outcomes of early-stage cervical cancer patients whom have been treated with radical surgery. *J Obste Gynaecol*. 2017 [cited 2020 Dez 21]; 37(3):347-354. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28141947/>. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2016.1245279>
15. Frigo L, Zambarda S. Cervical cancer: effects of treatment. *Cinergis* [internet magazine]. 2015 Dec 1; [cited 2020 Aug 21]; 16(3): [approx. 0 p.]. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6211/4554>. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v16i3.6211>.
16. Alfonso DL, Sergio C. Global strategies for the treatment of early-stage and advanced cervical cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dez 19]; 28:11-17 (Issue 1). Available from: https://journals.lww.com/co-obgyn/Fulltext/2016/02000/Global_strategies_for_the_treatment_of_early_stage.4.aspx. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000234>
17. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Regional inequalities in cervical cancer mortality in Brazil: trends and projections until the year 2030. *Science. Collective health* [online]. 2016; 21(1):253-262. ISSN 1678-4561. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100253&lng=pt&nrm=iso. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>.