


Avaliação dos atendimentos a idosas com alterações de colpocitologia oncológica em uma unidade de referência

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.018-057>

Adna Sandrielle Oliveira de Lima Medeiros

Médica, residente em Ginecologia e Obstetrícia pela FEPECS/DF
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
E-mail: adnasandrielle@yahoo.com.br

Vanessa Caroline Pinheiro Martins Resende

Médica, residente em Ginecologia e Obstetrícia pela FEPECS/DF
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF

Caio Medeiros de Oliveira

Médico Ginecologista
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF

Nádia Martins de Paula Souza

Médica Ginecologista
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF

Sádia Martins de Paula Souza

Médica Ginecologista
Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF

RESUMO

A infecção genital pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a mais frequente infecção sexualmente transmissível na mulher e sua prevalência está associada a fatores de risco como: início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros sexuais e não uso de métodos de barreira. Estudos mostram que apesar da diminuição do risco da infecção em relação à faixa etária geral, um pico é registrado nas mulheres com 65 anos, com aumento da prevalência do HPV. Tal fato está associado ao aumento da longevidade e melhores condições da população, que a tornam mais ativa, com melhor qualidade de vida, interesses e expressões sexuais. Os estudos que abordam a infecção pelo HPV em idosas são ínfimos, embora algumas vertentes corroborem a ocorrência de um pico na prevalência do HPV aos 65 anos. Portanto, investigações que embasem tal fundamento são necessárias para aumentar a abrangência das informações disponíveis sobre o HPV neste grupo populacional.

Palavras-chave: Idosas, Colpocitologia oncológica, Papilomavírus Humano (HPV).



1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada atualmente como a infecção sexualmente transmissível mais incidente no mundo. Estima-se que cerca de 600 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HPV e que pelo menos 80% da população sexualmente ativa apresente algum contato com o vírus ao longo da vida (CARDIAL et al, 2017).

Especialmente na população feminina, é possível perceber que no Brasil estas estimativas variam entre 13,7% a 54,3% das mulheres, o que faz do país um dos líderes mundiais em incidência para esta infecção (TAMAYO-ACEVEDO et al, 2014; COSER et al, 2012; GASPAR et al, 2015).

A infecção pelo HPV começou a chamar atenção da comunidade científica por volta da década de 1980, quando houve a correlação entre o câncer do colo uterino e as lesões causadas pela presença do vírus (NEGRÃO et al, 2018). Atualmente, o HPV é considerado como o causador virtual de cerca de 100% dos casos, pois às análises nos permitem encontrar a presença do DNA viral em 99,7% dos eventos de câncer de colo uterino, sendo por isso considerada a maior relação de causa e efeito entre um agente e câncer em humanos (CARDIAL et al, 2017; WHO, 2016).

O câncer de colo do útero apresenta-se hoje como quarto tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo, com cerca de 530 mil casos novos e 265 mil óbitos por ano, ocupando assim, também a quarta posição entre as causas de morte por câncer na população feminina (INCA, 2020).

No Brasil, a estimativa final para cada ano do triênio 2020-2022, era de 16.590 casos novos de câncer de colo do útero, com risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, sendo assim, o terceiro câncer mais incidente estimado para 2020, ficando atrás somente do câncer de mama e de pele não melanoma (INCA, 2020).

O Papilomavírus Humano apresenta mais de 200 tipos de variações, contudo os mais frequentes relacionados a lesões cancerígenas são os tipos HPV-16 e HPV-18, eles estão presentes em 70% dos cânceres de colo de útero e são também os mais frequentes dentre os cânceres relacionados ao HPV de outros sítios, como em vagina, vulva, ânus, pênis e orofaringe (CARDIAL et al, 2017; WHO, 2016).

No que concerne as infecções de alto grau, é possível perceber ainda um destaque para o HPV tipo 16, ele se apresenta como o mais prevalente dentre as infecções do trato genital, chegando até 66%, seguido dos tipos 18 (15%), 45 (9%) e 31 (6%), contudo somando-se esse 4 tipo de HPV, eles podem corresponder a até 80% de todos os casos de câncer de colo uterino (TSUCHIYA et al, 2017).

O tipo 16, além de ser o tipo mais comum detectado no carcinoma cervical invasor em quase todas as partes do mundo, é considerado também o mais persistente. Esse tipo apresenta uma infecção de duração de 12 meses ou mais, enquanto infecções por outros tipos de HPV duram cerca de 6-8 meses. Portanto, mulheres com HPV 16 têm risco aumentado de desenvolver câncer cervical quando comparadas com as que têm outros tipos do vírus (UK National Screening Committee, 2016).



No que tange as características da população acometida, é possível perceber que o primeiro pico de incidência ocorre por volta da segunda década de vida e um segundo pico se apresenta entre a quinta e sexta década de vida (CARDIAL et al, 2017). Na América Latina, a exemplo, os estudos observaram que o segundo pico na prevalência do HPV apresenta maior efeito em mulheres com idade acima de 55 anos (FRANCESCHI, 2006).

De forma global, Guedes (2020) afirma que a maior incidência do câncer de colo do útero se encontra em mulheres com idades entre 40 e 60 anos e aponta uma menor frequência antes dos 30 anos, e relaciona tal achado ao fato do longo período de evolução da infecção pelo HPV, até o aparecimento do câncer.

A Organização Mundial de Saúde entende a subsistência da infecção pelo HPV como fator responsável pelo câncer de colo do útero, contudo, não fator único para evolução da doença. Desta forma, aponta a associação com outros fatores de risco, como início precoce da atividade sexual, paridade elevada, multiplicidade de parceiros sexuais, além de tabagismo, baixa condição socioeconômica e uso prolongado de contraceptivos orais (CARVALHO et al, 2017; SIMÕES & ZANUSSO, 2019; FERLAY, 2018).

Por ser um vírus de transmissão sexual, sua prevalência vem aumentando consideravelmente em todo o mundo decorrente de inúmeros fatores, dentre eles, as mudanças comportamentais, longevidade e mudança nos padrões sexuais da população geral em vistas a terceira idade (NEGRÃO et al, 2018).

A maioria das mulheres sexualmente ativas terá contato com o vírus durante algum momento da vida. Entretanto, mais de 90% dessas novas infecções sofrerão regressão espontânea por volta de 6 a 18 meses, muitas delas desencadeadas pela resposta imunológica do próprio hospedeiro (NEGRÃO et al, 2018; INCA, 2016). Contudo, a literatura aponta que o risco de adquirir um novo tipo de HPV parece ser independente de infecções prévias por outros tipos, assim como a co-infecção com múltiplos tipos de HPV e a infecção sequencial com novos tipos é bastante comum (GUEDES, 2020; INCA, 2020). No que versa em relação aos picos de incidências e fatores de risco associados anteriormente citados, a exemplo, é possível prever que o primeiro pico pode estar relacionado ao início da atividade sexual e outros mecanismos biológicos, incluindo imaturidade cervical, produção inadequada de muco e aumento de ectopia cervical podendo fazer as mulheres jovens e adolescentes serem suscetíveis a esse tipo de infecção (CARDIAL et al, 2017; GUEDES 2020, Zhang, 2020), enquanto o segundo pico pode ser explicado por nova exposição ou perda de imunidade prévia, a imunidade da mulher climatérica ser fragilizada por vários fatores relacionados à idade, entre eles a deficiência hormonal sistêmica e local (SASAGAWA, 2012; WHO, 2016).

O câncer de colo do útero (CCU) é uma doença de natureza crônica, que pode ter origem em alterações intraepiteliais do epitélio escamoso da ectocérvice (carcinoma de células escamosas – CCE)

ou do epitélio escamoso colunar do canal cervical (adenocarcinoma cervical – ACC), e que podem se transformar em um processo invasor [World Health Organization (WHO), 2014]. Os tipos histológicos mais frequentes são o carcinoma espinocelular (80% dos casos) e o adenocarcinoma/carcinoma adenoescamoso (cerca de 20%) (CARDIAL 2017).

No Brasil, as políticas de prevenção de câncer de colo uterino do Ministério da Saúde preconizam, desde 1998, a realização do exame de colpocitologia oncótica para detecção precoce do câncer do colo uterino em todas as mulheres sexualmente ativas, com idade entre 25 e 64 anos. No contexto discutido anteriormente, que versa sobre as mudanças nos padrões comportamentais da população geral, com destaque para a terceira idade, e diante do segundo pico já apontado na literatura atual, percebemos que a orientação quanto ao grupo foco não abrange a população de 65 anos ou mais, que também estariam dentro do grupo de risco para a patologia.

Tal fato merece reflexão dentro do contexto de que, o câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, que chega perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Sua detecção ainda, pode ser realizada por meio do exame citopatológico, um exame simples, de fácil execução e de baixo custo, que permite a descoberta das lesões precursoras da doença em estágios iniciais, antes do aparecimento de sintomas.

Entretanto, apesar de todos os esforços e políticas de saúde já implementadas, segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil existem cerca de 6 milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero, o que nos leva a reflexão sobre a eficiência e o impacto das políticas de educação em saúde atuais.

2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo demonstrar as alterações em colpocitologias oncóticas (CCO) ditas alteradas, em mulheres com mais de 60 anos, encaminhadas das Unidades de Atenção Primária à Saúde para o serviço de onco-ginecologia de um hospital terciário e, através do perfil dessa população, estratificar as principais alterações encontradas - atipias graves - lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), adenocarcinoma (AIS) e carcinoma (CA), além de analisar a abordagem terapêutica proposta para as mulheres nessa faixa etária.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, transversal e descritivo desenvolvido em um hospital da rede pública referência em onco-ginecologia.

A amostra utilizada pelo estudo foi constituída por prontuários de mulheres acima de 60 anos, atendidas no serviço de onco-ginecologia de um hospital de referência com alteração no exame de colpocitologia oncótica, no período compreendido entre maio de 2017 à maio de 2019. Dentre os

critérios de inclusão, foram incluídos prontuários de mulheres que apresentassem idade igual ou superior a 60 anos com alteração no CCO, associados a informações completas registradas em prontuário acerca de diagnóstico e abordagem terapêutica, além de seguimento regular.

Excluiu-se casos que não se encaixem nos critérios de inclusão anteriormente citados, ou que possuam dados de difícil compreensão/interpretação, além de laudos provenientes de outros serviços de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado, aplicado de forma direta nos prontuários médicos dos sujeitos e no Livro de Registros da unidade de onco-ginecologia. O instrumento estruturado foi composto por questões fechadas, dividido em duas partes. A primeira parte do instrumento contemplando dados sociodemográficos, e na segunda parte, foram contemplados os aspectos referentes ao diagnóstico, proposta terapêutica e seguimento clínico/cirúrgico da paciente.

Os dados foram tratados através de agrupamento em banco de dados e analisados por meio de análise estatística simples em números relativos e absolutos.

A construção do banco de dados foi feita utilizando a plataforma Excel do pacote Office 365 e a análise dos dados realizada utilizando o programa estatístico SPSS, versão 20.0.

A análise, teve formato descritivo e exploratório dos dados obtidos, considerando a apresentação de tabelas de frequência para descrever a população do estudo, caracterizando inicialmente o perfil das idosas segundo faixa etária, estado civil, escolaridade seguido da análise de tipos histológicos mais incidentes e abordagens propostas a população em estudo.

4 RESULTADOS

A amostra inicial, após aplicação de critérios de inclusão, foi composta por prontuários de 245 mulheres, contudo, após aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se um N final de 202 prontuários de paciente.

O perfil da população analisada apresentou uma média de idade de 67,6 anos com a mediana de 67 anos; a moda de 65 anos e o desvio-padrão de 4,59.

O estado civil foi representado, predominante por mulheres casadas (29,63%), seguido por viúva (17,28%) e aquelas que se intitulavam solteiras corresponderam a 16,67% da amostra.

Do total de prontuários selecionados, a conduta inicial em 100% da amostra foi a realização de nova análise citológica na unidade de onco-ginecologia, obtendo-se resultado alterado em 138 (68,65%) das pacientes e 64 (31,34%) resultado não apresentaram qualquer alteração significativa.

Dentre as principais alterações encontradas estão, atipias de significado indeterminado em 42,6% das amostras, lesões intraepiteliais escamosa de baixo grau (LSIL) em 24,5% e resultados de atipias graves (lesão intraepitelial de alto grau - HSIL, carcinoma in situ - AIS e carcinoma invasor - CA) foram presentes em 31,7%.

Dentre os resultados de atipias graves (HSIL, AIS e CA) presentes em 64 dos 202 prontuários analisados, é possível perceber que a incidência de lesão intraepitelial de alto grau foi de 16,83% (33/202), carcinoma in situ em 2,97% (5/202) e 13,36% (26/202) de carcinoma invasor.

A análise realizada com as variáveis alteração de CCO e idade média do grupo acometido, foi apreendido que, dentre a parcela da amostra que tiveram como achado o adenocarcinoma in situ, a idade média das idosas acometidas foi de 70,2 anos. Já o carcinoma invasor foi presente principalmente entre as idosas com idade média de 68,4 anos. As lesões HSIL foi presente na média de 65,5 anos dentre as acometidas. Já as alterações LSIL, foi mais prevalente com idade média de 66,5.

Resultados indeterminados compuseram 42,6% da amostra, sendo ASCUS/AGUS presente em 18,1% da amostra analisada com média etária de 66,9 e ASC-H 24,6% com idade de 68 anos em média.

Quando relacionado as variáveis alteração em CCO e estado civil, foi possível perceber que 16,6% das mulheres com laudo alterado se designaram solteiras, seguido por viúvas (17,2%) e 36,4% não definiram estado civil. Dentre as casadas, 29,6% apresentaram alteração em CCO, ficando o valor de p menor que 0,05, podendo ser caracterizado nesse estudo como fator associado à lesão cervical.

No que tange a conduta realizada frente a alteração da colpocitologia oncótica, optou-se realizada conduta ativa frente ao quadro em 71%, dentre essas, sendo a realização de CAF e Conização as abordagens mais realizadas. A conduta conservadora, ou seja, seguimento semestral com colpocitologia, foi realizada em 29% da amostra.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde, a coleta de colpocitologia oncótica deve ser encerrada aos 64 anos, caso a mulher possua uma CCO anterior sem alterações.

Contudo, em nosso estudo, o perfil apresentado pelas mulheres, foi de uma idade média de 67 anos de idade e estado civil predominantemente casadas. Assim, apesar da recomendação do Ministério da Saúde, é possível perceber que tal faixa etária encontra-se propensa a desenvolver câncer de colo de útero. Dessa forma, a maior abrangência do rastreamento do câncer de colo uterino nesse grupo, bem como o trabalho educativo de conscientização da utilização de métodos de barreira independente do estado conjugal comporiam estratégias eficazes contra o câncer de colo de útero, visto que maior parcela de nossa amostra foi composta por mulheres casadas ou em união estável.

Sabemos que a CCO realizada na mulher idosa, deve ser precedido de preparo afim de evitar interpretações e achados errôneos relacionadas a interiorização da junção escamo colunar. Isso é refletido na quantidade de resultados falso-positivos encontrados após uma segunda avaliação citológica.

Tal fator se faz relevante visto que, onera um serviço especializado e muitas vezes retarda a captação de pacientes com reais necessidades de atendimento.



Foi possível perceber, uma relação entre as lesões de alto grau, AIS e CI em mulheres de maior idade e casadas, nos levando a inferir que a maior exposição aos mecanismos de contágio do HPV, em idades avançadas estão relacionadas a desenvolvimento de lesões pré-invasivas. No que tange esse ponto, a literatura nos mostra que, após os 56 anos, as mulheres apresentam maior predisposição para desenvolver lesões de alto risco quando comparada a mulheres jovens e, a persistência da exposição ao HPV de alto risco associada ao rastreamento deficiente a esse grupo, aliada ao diagnóstico tardio, pode estar relacionado ao potencial invasivo e maligno da doença.

Assim, ao serem diagnosticadas tardiamente, essas idosas necessitaram de uma conduta ativa, o que foi demonstrado pela alta taxa dessa abordagem no estudo.

Diante dessas análises, é possível concluir que as mudanças nos padrões sexuais da mulher idosa hoje, reflete uma necessidade de readequação desses parâmetros, a compreensão da necessidade de implementação de uma política de rastreio mais ampla, em vista a política de atenção integral, com melhores definições para a saúde ginecológica da mulher idosa.

Reduzir a morbi/mortalidade de idosas por câncer do colo de útero é uma meta de saúde ainda a ser conquistada. Atualmente, o quadro epidemiológico dessas neoplasias continua mantendo posição significativa no grupo feminino, e tem refletido em aumento de incidência na mulher idosa. Esse estudo demonstra o alto índice de atipias graves admitidas tardiamente em um serviço de referência para oncoginecologia, o que pode demonstrar falhas no processo de rastreabilidade do câncer de colo uterino dessa população. É passível com isso, perceber a necessidade de rever as políticas voltadas a essa população não somente para evitar a mortalidade, mas, também, combater a morbidade e garantir uma vida saudável a mulher na terceira idade.



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Estimativa 2020: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA; 2020. [acesso em fev. 2021]. Disponível em: inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios.

Cardial MF, Roteli-Martins CM, Naud P, Fridman FZ. Papilomavírus humano (HPV). In: Programa vacinal para mulheres. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2017. Cap. 4, p. 26-39.

Carvalho RS, Nunes RMV, Oliveira JD, Davim RMB, Rodrigues ESRC, Menezes PCM. Perfil preventivo do câncer de colo uterino em trabalhadoras da enfermagem. Rev Enferm UFPE online. 2017; 11(6):2257-63.

Coser J, Fontoura S, Belmonte C, Vargas VRA. Relação entre fatores de risco e lesão precursora do câncer do colo do útero em mulheres com e sem ectopia cervical. RBAC. 2012;44(1):50-4.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. Eur J Cancer. 2018; 103:356-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005> [Links]

Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gil E. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(1):74-81.

Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa2019: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.

Negrão S, Dias W, Silva D, Nunes E, Brito A, Cardoso B, Dias G. Prevalência da infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) em mulheres do Sudeste do estado do Pará. Revista Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 3, p. 431-440, setembro/dezembro 2018.

Organization (WHO). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice (2nd ed.). Geneva: WHO Press; 2014.

Sasagawa T, Takagi H, Makinoda S. Immune responses against human papillomavirus (HPV) infection and evasion of host defense in cervical cancer. J Infect Chemother. 2012;18(6):807-15.

Simões LP, Zanusso Junior G. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero – uma revisão bibliográfica. Rev UNINGÁ [Internet]. 2019 [cited Mar 30, 2020];56(1):98-107. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2243/1887>

Tamayo-Acevedo LS, Gil-Cano PA, Tamayo-Acevedo, LE. Lo que no se ve, no existe: percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en jóvenes universitarios, Medellín, Colombia, 2014. Aquichan. 2015;15(2):253-70.

Tsuchiya CT, Lawrence T, Klen MS, Fernandes RA, Alves MR. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. J Bras Econ Saúde 2017;9(1): 137-47.

UK National Screening Committee. UK NSC recommendation. 2016. World Health.



World Health Organization (WHO). ICO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human papillomavirus and related cancers in world. Summary Report 2016. Geneva: WHO; 2016.