

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER EM IDOSOS NO TERRITÓRIO NACIONAL BRASILEIRO

PROFILE OF CANCER MORBIMORTALITY IN ELDERLY PEOPLE IN BRAZILIAN NATIONAL TERRITORY

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER EM IDOSOS NO TERRITÓRIO NACIONAL BRASILEIRO

Ana Tereza Crisóstomo da Silva¹; Rômulo Magnus de Castro Sena²; Ellany Gurgel Cosme do Nascimento³

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil de morbimortalidade por neoplasia em idosos residentes no território brasileiro. Método: Pesquisa de cunho quantitativo, descritivo, transversal e de caráter retrospectivo. Utilizou-se os dados do DATASUS/MS. Os participantes foram os idosos maiores de 60 anos, registrados na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e no Sistema de Internação Hospitalar, no período de 2004 a 2014. Para o processo de análise dos dados utilizou-se o programa Excel/2013. Resultado: Observou-se um aumento significativo da incidência do câncer de mama, próstata, traquéia, brônquios e pulmões, lábio, cavidade oral e faringe, pele, estômago entre outros. Dentre os principais tipos de câncer que acometeram essa população foram a Neoplasia Maligna da Próstata, Mama, Pele e Cólon, perfil semelhante também foi encontrado na análise sobre a mortalidade que apresentou as mesmas causas porém em menor proporção de casos. Em análise sobre as faixas etárias, a de maior predominância para a morbidade e mortalidade foi a de 60 a 69 anos. Entre os sexos masculino e feminino observa-se a formação de um perfil de adoecimento e morte pelas mesmas causas, com exceção dos cânceres de mama, próstata e colo do útero que se encontram distintos entre os mesmos. Destaca-se maior proporção de casos de morbidade e mortalidade por neoplasia nos idosos do sexo masculino. Conclusão: Deste modo, acreditasse que esses achados fornecem subsídios para tomadas de decisões, auxiliando assim no desenvolvimento de políticas ou ações voltadas para a ênfase no cuidado à pessoa idosa.

DESCRITORES: Morbidade; Mortalidade; Idoso; Neoplasia; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the profile of morbidity and mortality due to cancer in elderly people living in the Brazilian territory. Method: Quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective research. Data from DATASUS / MS was used. The participants were the elderly over 60 years old, registered in the database of the Mortality Information System and in the Hospitalization System, from 2004 to 2014. For the data analysis process, the Excel / 2013 program was used. Result: There was a significant increase in the incidence of cancer of the breast, prostate, trachea, bronchi and lungs, lip, oral cavity and pharynx, skin, stomach, among others. Among the main types of cancer that affected this population were Malignant Neoplasm of the Prostate, Breast, Skin and Colon, a similar profile was also found in the analysis of mortality that presented the same causes but in a smaller proportion of cases. In an analysis on age groups, the most prevalent for morbidity and mortality was 60 to 69 years old. Among the male and female sexes, a profile of illness and death from the same causes is observed, with the exception of breast, prostate and cervical cancers, which are different from each other. A higher proportion of cases of morbidity and mortality due to neoplasia in the elderly is highlighted. Conclusion: Thus, it was believed that these findings provide support for decision making, thus assisting in the development of policies or actions aimed at emphasizing care for the elderly.

DESCRIPTORS: Morbidity; Mortality; Old man; Neoplasia; Health promotion.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas diversas localidades do mundo estão vivenciando um processo de transição demográfica no qual populações majoritariamente jovens e adultas estão tornando-se gradualmente envelhecidas (SILVA et al, 2011), em virtude da influência de fatores como redução nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil associado ao aumento da longevidade e da expectativa de vida.

A quantidade de idosos de no Brasil tem aumentando significativamente nos últimos anos, representando segundo o último senso demográfico um representativo acima de 22 milhões de pessoas. Quantidade maior do que a evidenciada em muitos outros países (MINAYO, 2009). É importante ressaltar que embora as pessoas estejam vivendo mais, elas não necessariamente estão mais saudáveis. Nos últimos anos, tanto em países considerados

desenvolvidos como em subdesenvolvidos, os padrões de mortalidade da população idosa se assemelham, sendo a primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares e a segunda, as neoplasias (VASCONCELOS, 2004).

Dentre as doenças crônicas identificou-se que a incidência do câncer cresce no Brasil e no mundo num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida e câncer cresce anualmente. Em 2011, a estimativa do INCA correspondeu à ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no Brasil, corroborando com as estimativas de mortalidade por neoplasias, que vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, sendo considerada segunda causa de óbito na população representando mais de 14,6% do total de mortes ocorridas no país. (INCA, 2011).

No tocante ao número total de internações hospitalares na população idosa por neoplasias no Brasil no período de Janeiro de 2008 a Julho de 2016, observa-se que este teve um representativo geral de 2.056.709 registros de internação, em que destas, a Região Sudeste foi a com maior número de internações (1.005.439), seguido da Região Sul do Brasil (481.452) e posteriormente as Regiões Nordeste (401.131), Centro-Oeste (115.137) e Norte (53.550) (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS-SIH/SUS, 2016).

Quanto ao perfil de mortalidade por tipos de câncer em idosos no Brasil nos últimos 18 anos, estudos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde/DATASUS apontam que nesse grupo populacional foram notificados cerca de 1.842.890 óbitos em decorrência de neoplasias, representando grande expressividade e alerta aos serviços e políticas públicas de saúde para o delineamento de uma assistência integral a estes usuários (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2016).

Observa-se que as neoplasias de modo geral repercutem de maneira significativa na vida do indivíduo e as restrições físicas e psíquicas decorrentes da doença implicam mudanças significativas, levando a pessoa a afastar-se do convívio pessoal ou interromper projetos de vida (SILVA et al., 2011). Implicando assim, em completas mudanças em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo (ARAÚJO; SILVA; BONFIM, 2010).

Diante do supracitado, decidimos analisar o perfil de morbimortalidade por câncer em idosos residentes no território brasileiro.

METODO

Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo, descritivo, comparativo, longitudinal e de caráter retrospectivo. Usamos fonte secundária selecionada para esta pesquisa foi a base de dados DATASUS pertencente ao Ministério da Saúde, em que está disposto o sistema TABNET

contendo os dados referentes as estatísticas vitais (Mortalidade) e internamentos através das Epidemiológicas e Morbidade.

Captamos as informações sobre os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que apresentavam algum tipo de neoplasia e estavam registrados na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e no Sistema de Internação Hospitalar pertencentes ao DATASUS, no período de 2004 a 2014.

As variáveis selecionadas para a pesquisa foram: causa CID -10, lista de morbidade CID-10, sexo; faixa etária, ano/período disponível; internações e óbitos por ocorrência.

Para o processo de disposição dos dados/resultados da pesquisa foi utilizado o programa Excel versão 2013. Nesta pesquisa, a análise foi realizada por meio de análise descritiva e comparativa. A exposição dos dados da pesquisa, foi realizada mediante o desenvolvimento de gráficos e tabelas.

Referente ao presente estudo, destaca-se a inadequação dos registros contidos no DATASUS/TABNET no que concerne aos tópicos das “Neoplasia maligna de outras localidades mal definidas e não especificadas” e “Outras neoplasias in situ benignas e de comportamento incerto e desconhecido” do capítulo CID-10 BR das quais apresentam representatividade significativa, impossibilitando a interpretação fidedigna dos dados por não esclarecerem precisamente quais os tipos de neoplasias que estão inclusos nos respectivos tópicos, podendo dessa forma comprometer os resultados encontrados. Por esse motivo, os resultados contidos nos tópicos enfatizados acima foram desconsiderados para a análise dos dados desta pesquisa.

Além disso, como forma de auxiliar na análise e discussão dos dados, foram considerados para esta pesquisa somente as três principais neoplasias que foram fonte de maior destaque entre os âmbitos elencados para serem analisados neste estudo. Tendo em vista que se fossem consideradas todos desfechos identificados para ambos os perfis de morbidade e mortalidade, a discussão dos resultados tornar-se-ia demasiadamente densa, possibilitando o desenvolvimento de vieses importantes sobre o estudo.

Quanto as limitações do estudo destacamos a inadequação dos registros contidos no DATASUS/TABNET no que concerne ao tópico das “Causas mal definida e não identificadas” do capítulo CID-10 BR o qual apresenta representatividade significativa, impossibilitando a interpretação fidedigna dos dados por não esclarecer precisamente quais os tipos de neoplasias estão inclusos nestas categorias devido a erros ou imprecisão diagnóstica, além dos problemas relacionados a subnotificação desses dados, podendo dessa forma comprometer os resultados encontrados, por esse motivo, os resultados contidos no referido tópico foram desconsiderados

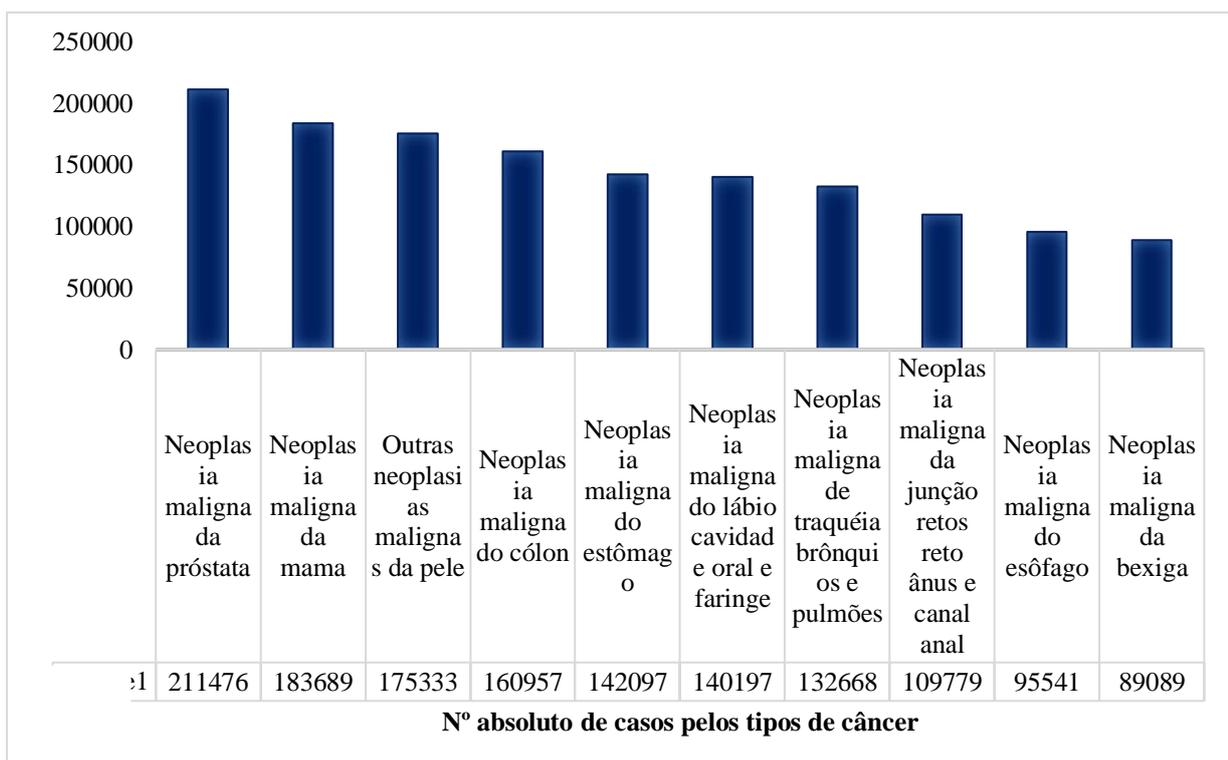
para a análise dos dados desta pesquisa.

Além destas, outra limitação refere-se a questão da incompatibilidade de informações entre os dois programas SIHD E SIM, e indisponibilidade de dados recentes para os anos de 2015 e 2016. E a ausência de um sistema de notificação do câncer específico, tendo em vista que neste estudo a análise de morbidade teve como referências apenas as internações por câncer em serviços de saúde hospitalares públicos, e sabe-se que alguns dos casos de câncer são acompanhados em tratamento ambulatorial.

RESULTADOS

Identifica-se que os principais cânceres que acometem essa população foram: Neoplasia Maligna da Próstata, Mama, Pele e Cólon. (Gráfico 01).

Gráfico 01: Número absoluto de Internações por tipo de neoplasia na população acima de 60 anos, no período de 2004 a 2014, Brasil.

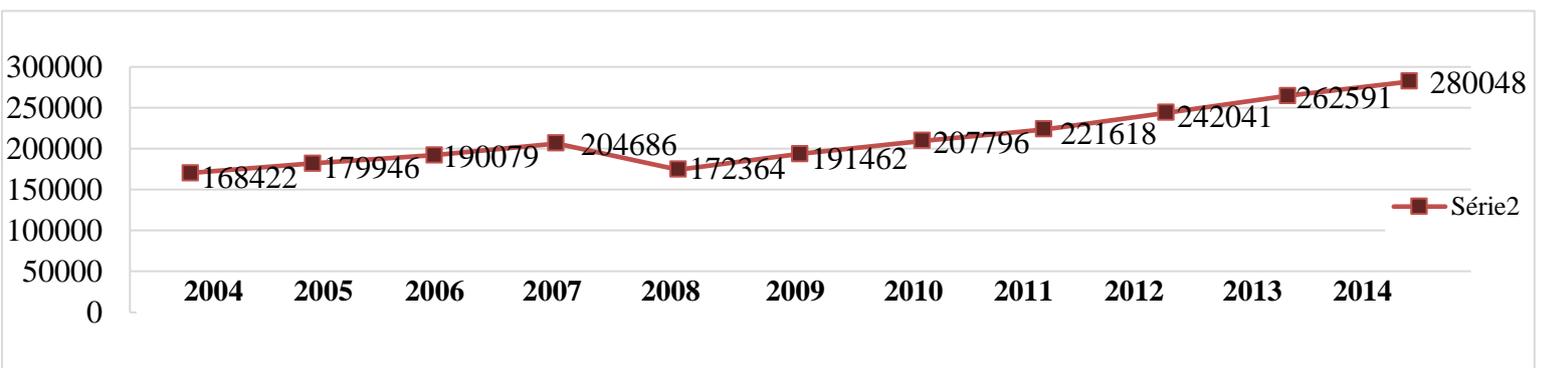


Fonte: DATASUS (2016)

Realizando análise sobre o período de 2004 a 2014, de forma geral, pode-se observar que em todos os anos selecionados ocorre constante ascensão de casos, com exceção do ano de 2008 em que houve um breve declínio no número de diagnósticos, porém voltando a representar-se como crescente nos anos posteriores (Gráfico 02).

Gráfico 02: Morbidade Por Neoplasia No Brasil Em Idosos No Período De 2004 – 2014.

Fonte: DATASUS (2016)

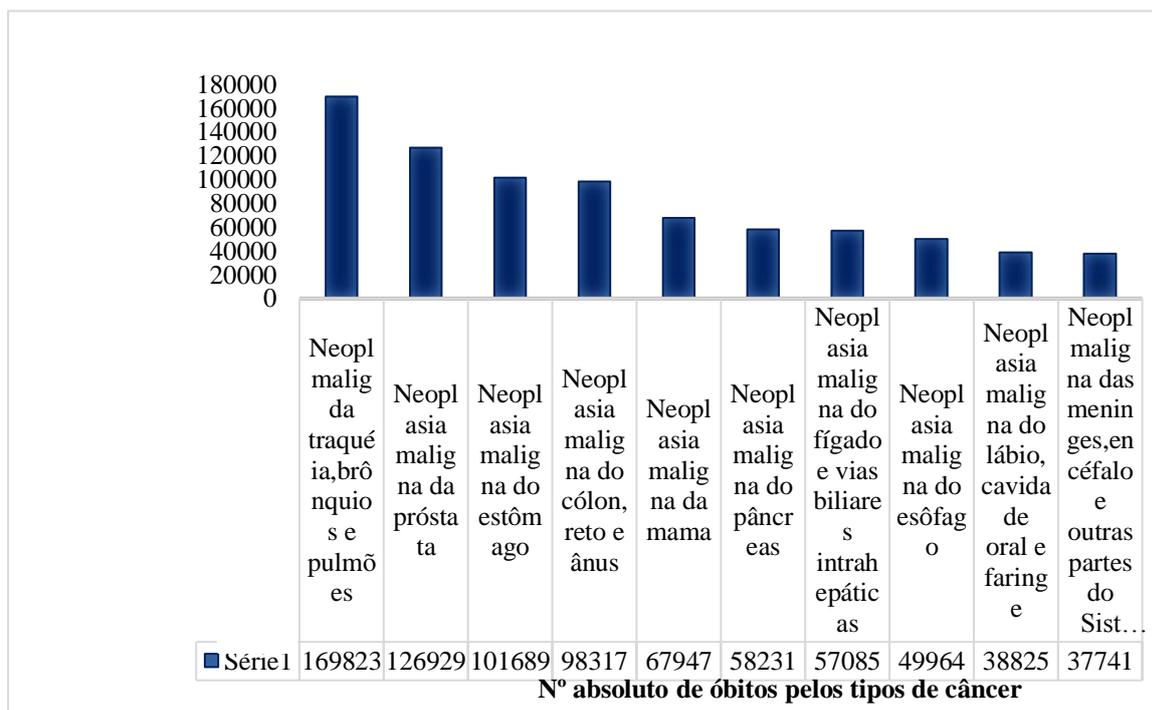


No Gráfico 03 aborda-se o perfil de mortalidade por neoplasia em idosos no território nacional brasileiro. Igualmente é possível observar que no período de 2004 a 2014 existiram maiores casos de óbitos relacionados principalmente a Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões, diferentemente do perfil de morbidade (Gráfico 01) que apresentou a Neoplasia Maligna de Próstata em primeiro lugar de destaque (Gráfico 03).

Embora exista predominância de alguns tipos específicos de câncer não evidenciados no gráfico geral de morbidade, em suma, os maiores casos tanto de morbidade quanto de mortalidade estão relacionados principalmente as Neoplasia Maligna de Próstata, Mama, Traqueia Brônquios e Pulmões e a Outras Neoplasias Malignas da Pele (Gráfico 03).

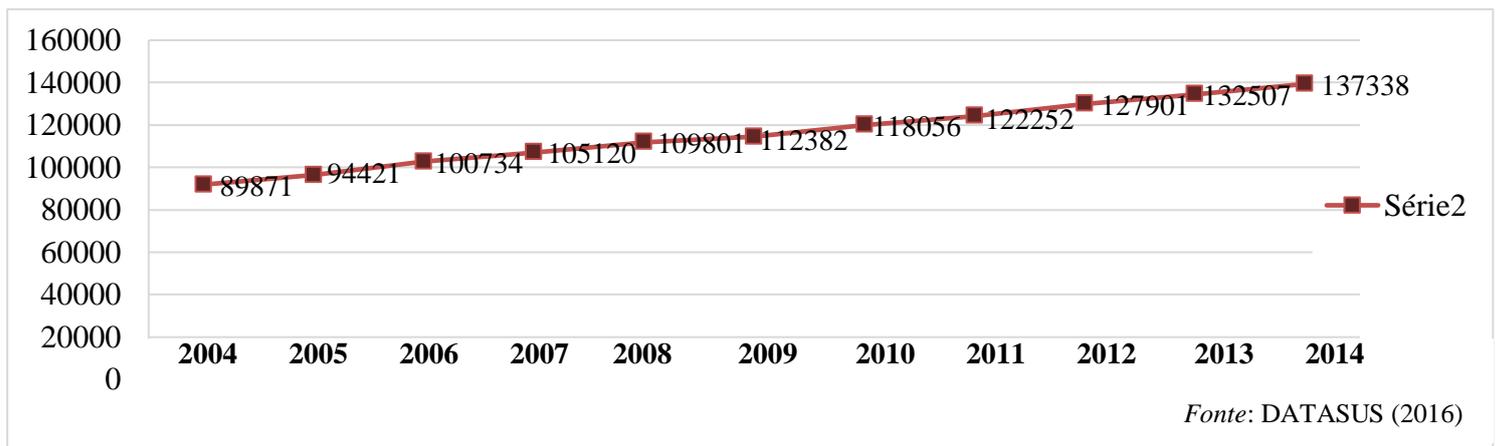
Gráfico 03: Número absoluto de óbitos por tipo de neoplasia na população acima de 60 anos, no período de 2004 a 2014, Brasil.

Entre o período de 2004 a 2014 observou-se maior concentração de óbitos relacionados



a Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões; Próstata e Estômago. Outro ponto de destaque é referente ao ano de 2004 que apresentou o menor número de casos de mortalidade e o ano de 2014 que apresentou o maior número de óbitos em decorrência dos cânceres. Apontando assim, para a confirmação do aumento no número de casos em decorrência do envelhecimento populacional com o passar dos anos (Gráfico 04).

Gráfico 04: Mortalidade Por Neoplasia No Brasil Em Idosos No Período De 2004 – 2014.



PERFIL DE MORBIDADE POR CÂNCER EM IDOSOS DO SEXO MASCULINO E FEMININO POR DÉDADAS DE IDADE

Pode-se evidenciar que os idosos pertencentes a faixa etária de 60 a 69 anos do sexo masculino estão sendo mais acometidos com os seguintes tipos de câncer: Neoplasias Malignas da Próstata; Estômago; Traqueia Brônquios e Pulmões e Outras Neoplasias Malignas da Pele. No sexo feminino para a faixa etária enfatizada, evidenciam-se maior ênfase para a Neoplasia Maligna da Mama, Colo do Útero, Outras Neoplasias Malignas da Pele e a Neoplasia Maligna de Cólon, reto e ânus (Tabela 01).

No que concerne aos principais tipos de neoplasia que acometem a faixa etária de 70 a 79 anos do sexo masculino, visualiza-se que existe uma maior predominância de casos de Neoplasia Maligna de Próstata, Estômago, Traqueia Brônquios e Pulmões e Outras Neoplasias Malignas da Pele. Comparado, ao sexo feminino tem apresentando perfil semelhante aos demais, com maior predominância dos casos de Neoplasia Maligna da Mama, Outras Neoplasias Malignas da Pele, Neoplasia Maligna do Cólon e Colo do Útero (Tabela 01).

Outrora, no tocante a faixa etária de 80 anos acima, constata-se que o perfil de adoecimento do sexo masculino está mais relacionado a Neoplasia Maligna da Próstata, Pele,

Bexiga, Tecidos Mesotelial e Tecidos Moles e Estômago. Dentre as idosas por sua vez, para mesma faixa etária têm apresentado como causa de morbidade as Outras Neoplasias Malígnas da Pele e Mama (Tabela 01).

Tabela 01: Número absoluto de Internações por tipo de neoplasia na população de 60-69, 70-79 e 80 e mais anos, por sexo, no período de 2004 a 2014, Brasil.

CAUSA DE MORBIDADE CID-10	FEMININO			MASCULINO		
	Faixa etária			Faixa etária		
	60-69	70-79	80 e mais	60-69	70-79	80 e mais
Neoplasia maligna do lábio cavidade oral e faringe	16377	13013	7086	44937	23036	7940
Neoplasia maligna do esôfago	10086	7461	3176	32009	17333	4889
Neoplasia maligna do estômago	17414	14964	7016	38808	28795	9621
Neoplasia maligna do cólon	30513	21958	8784	33299	21651	6606
Neoplasia maligna da junção reto ânus e canal anal	21794	15726	6236	23661	16583	5179
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas	6153	4551	1685	8870	5107	1510
Neoplasia maligna do pâncreas	7163	6073	2687	7935	5515	1902
Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos	12468	9008	3923	10558	7745	2751
Neoplasias malignas de laringe	4274	2666	934	25084	13063	3376
Neoplasia maligna de traqueia brônquios e pulmões	19706	12844	3756	34541	24071	6123
Outras neoplasias malignas dos órgãos respiratórios e intratorácicos	3715	2635	1133	5131	3486	1123
Neoplasia maligna do osso e cartilagem articulares	5829	4162	2036	7071	4763	1769
Neoplasia maligna da pele	7210	6415	4151	8630	6713	3451
Outras neoplasias malignas da pele	21991	25747	20405	28150	27745	16195
Neoplasia maligna do tecido mesotelial e tecidos moles	10422	8222	5519	12160	9102	4845
Neoplasia maligna da mama	86166	47180	17336	1635	1154	482
Neoplasia maligna da próstata	**	**	**	81225	69523	28793
Outras neoplasias malignas órgãos genitais masculinos	**	**	**	7680	6743	3236
Neoplasia maligna do colo do útero	32034	16931	4948	**	**	**
Neoplasia maligna de outras porções e porções não especificadas do útero	21140	12498	3667	**	**	**
Outras neoplasias malignas órgãos genitais femininos	20019	12942	4886	**	**	**
Neoplasia maligna da bexiga	7614	7171	3753	21762	22064	10274
Outras neoplasias malignas do trato urinário	4705	3060	980	7248	4602	1388
Neoplasia maligna dos olhos e anexos	993	921	612	1219	1008	500
Neoplasia maligna do encéfalo	9812	5572	1542	10898	5741	1326
Neoplasia maligna de outras partes sistema nervoso central	1678	899	268	1702	811	239
Neoplasia maligna de outras localidades mal definidas e não especificadas	45353	29481	11903	44099	30868	11552

Doença de Hodgkin	982	580	191	1252	644	205
Linfoma não-Hodgkin	7744	5301	1739	10202	5837	1685
Leucemia	7221	4885	1993	8759	6086	2275
Outras neoplasias malignas dos tecidos linfóide e hematopoiético	5951	3323	1156	6693	3331	1110
Carcinoma in situ de colo do útero	4732	2157	435	**	**	**
Neoplasia benigna da pele	5546	4057	2219	4921	3565	1753
Neoplasia benigna da mama	3376	1366	330	137	99	18
Leiomioma do útero	15132	6562	1324	**	**	**
Neoplasia benigna do ovário	957	418	125	**	**	**
Neoplasia benigna dos órgãos urinários	763	570	282	1613	1548	582
Neoplasia benigna do encéfalo e outras partes do sistema nervoso central	2166	1017	217	1934	891	149
Outras neoplasias in situ benignas e de comportamento incerto ou desconhecido	68463	39206	15208	98717	77292	26306

** : Representa o N° de casos não correspondente ao sexo analisado.

Cores: Amarelo: 1º lugar; Verde: 2º lugar; Azul: 3º lugar, no número de canceres.

Fonte: DATASUS (2016)

MORTALIDADE POR CÂNCER EM IDOSOS DO SEXO MASCULINO E FEMININO POR DÉDADAS DE IDADE

No tocante ao perfil de mortalidade do sexo masculino, na faixa etária de 60-69 anos, para esta faixa etária, observa-se que os tipos de câncer mais evidenciados foram a Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões; Estômago e Próstata. Referente ao sexo feminino, observa-se que existe uma maior predominância de mortes de idosas em decorrência da Neoplasia Maligna de Mama; Traqueia Brônquios e Pulmões e Colo do Útero (Tabela 02).

Quando comparado ao perfil de mortalidade masculina na faixa etária de 70-79 anos este apresenta semelhança com as causas de adoecimento para a mesma faixa etária tendo em vista a maior predominância da Neoplasia Maligna da Próstata e Traqueia Brônquios e Pulmões. Quanto ao perfil de mortalidade feminina é semelhante ao de adoecimento, porém as neoplasias da pele não aparecem como causa de óbito quando comparadas as seguintes: Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões; Mama; Cólon Reto e Anus e Colo do Útero (Tabela 02).

No que se refere ao perfil de mortalidade do sexo masculino na faixa etária de 80 anos acima, pode-se visualizar que existe a predominância de óbitos em decorrência da Neoplasia Maligna da Próstata e Traqueia Brônquios e Pulmões. No sexo feminino predominam a Neoplasia Maligna do Cólon Reto e Anus; Mama; Traqueia Brônquios e Pulmões e Estômago. Apresentando assim algumas divergências entre as causas de adoecimento e morte entre esta faixa etária (Tabela 02).

Outro ponto de grande destaque refere-se a constatação de que a faixa etária constituinte de 60 a 69 anos apresenta o maior índice de diagnósticos e morte em decorrência das neoplasias no Brasil. Procedida pela faixa etária de 70 a 79 anos, finalizando com a faixa etária de idades iguais e superiores a 80 anos.

Tabela 02: Número absoluto de óbitos por tipo de neoplasia na população de 60-69, 70-79 e 80 e mais anos, por sexo, no período de 2004 a 2014, Brasil.

CAUSA DE MORTALIDADE CID-10	FEMININO			MASCULINO		
	Faixa etária			Faixa etária		
	60-69	70-79	80 e mais	60-69	70-79	80 e mais
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe	3012	3370	3735	15152	9030	4526
Neoplasia maligna do esôfago	4672	4771	3879	17824	12606	6212
Neoplasia maligna do estômago	10597	13184	11909	25231	25779	14989
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	15477	18549	17598	16937	18058	11698
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas	8601	9916	7529	13177	11525	6337
Neoplasia maligna do pâncreas	9336	11460	9854	10894	10658	6029
Neoplasia maligna da laringe	1283	1203	842	10266	7136	3213
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões	23598	22597	13989	44318	44309	21012
Neoplasia maligna da pele	1162	1237	1382	1968	1754	1268
Neoplasia maligna da mama	27952	21664	17369	367	327	268
Neoplasia maligna do colo do útero	10465	7664	4751	**	**	**
Neoplasia maligna de corpo e partes não especificadas útero	8340	8045	5586	**	**	**
Neoplasia maligna do ovário	7638	6533	3905	**	**	**
Neoplasia maligna da próstata	**	**	**	23048	47976	55905
Neoplasia maligna da bexiga	2016	2951	3583	5056	7865	7113
Neoplasia maligna da meninge, encéfalo e out partes do Sistema Nervoso Central	7963	6908	4071	9147	6796	2856
Linfoma não-Hodgkin	3954	4406	3221	4825	4767	2555
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	3388	3371	2049	3567	3205	1641
Leucemia	4479	5366	4909	5288	6379	4691
Neoplasias in situ, benignas, de comportamento incerto	2929	3617	3832	3438	4311	3805
Restante das neoplasias malignas	35710	40523	38493	41191	41104	28593

** : Representa o N° de casos não correspondente ao sexo analisado.

Cores: Amarelo: 1° lugar; Verde: 2° lugar; Azul: 3° lugar, no N° de neoplasias.

Fonte: DATASUS

DISCUSSÃO

No presente estudo as principais neoplasias que foram causa de maior morbidade na população idosa foram a Neoplasia Maligna de Próstata, Mama, Pele, Cólon, Reto e Ânus,

Estômago e Traqueia Brônquios e Pulmões. Quanto as que representaram maiores índices de mortalidade foram Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões, Próstata, Estômago, Cólon, Reto e Ânus e Mama.

Estes resultados corroboram os evidenciados em outras análises expostas pela literatura em que, os tipos mais comuns de câncer foram de próstata (22%), de mama (19%), e de pulmão (13%), seguidos pelos de bexiga (8%), entre outros (ANTUNES et al. 2015).

Em suma, evidencia-se que quanto maior a proporção de pessoas idosas, como foi visualizado na população dos países da Europa, Estados Unidos e Canadá, conclui-se que maiores são as taxas de incidência, especialmente dos tipos de câncer associados ao envelhecimento, como mama e próstata (INCA, 2015).

No tocante a neoplasia maligna de próstata, foi um dos diagnósticos mais frequentes na população idosa, no que concerne ao motivo da internação, as neoplasias foram um dos capítulos da CID-10 que obtiveram as maiores taxas de mortalidade (AMARAL et al. 2004).

É possível observar que as internações decorrentes dos diversos tipos de neoplasia são comumente mais incidentes em idosos do sexo masculino o que pode ser atribuído ao crescente número de neoplasia de próstata nos últimos anos (GÓIS; VERAS, 2010).

Esse aumento observado nas taxas de incidência do câncer de próstata no mundo é parcialmente justificado pela apropriação e evolução dos métodos diagnósticos bem como terapêuticos que proporcionam a melhoria na qualidade dos sistemas de informação associado também ao aumento na expectativa de vida (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009).

Quanto a incidência do câncer de mama em vários países é explicada particularmente pelas mudanças demográficas e pela adoção de estilo de vida que interferem direta ou indiretamente na prevalência dos fatores reprodutivos, dentre eles destaca-se a idade avançada na primeira gestação, baixo número de partos e amamentação por períodos curtos (PORTER, 2009).

A mortalidade devido ao câncer de mama por sua vez, tem apresentado declínio em países desenvolvidos como EUA, Reino Unido, França e Austrália, nas últimas décadas. Esta queda na incidência principalmente nos EUA a partir dos anos 2000 (JEMAL et al. 2010). A literatura nos aponta para uma redução da mortalidade de mulheres com idade superior a 50 anos com a realização do rastreamento mamográfico. Por conta disso, se aposta que a relação entre custo benefício torna-se melhor nessa população mais idosa (DIALLA et al., 2015).

Dessa forma, o câncer de mama em mulheres pode ser resultante de um processo de exposição prolongada a diversos agentes que promoveram estímulos nocivos ao epitélio mamário e desencadeando um processo de carcinogênese, com alteração da matriz extracelular.

Entretanto, o conhecimento sobre essas alterações no período do envelhecimento ainda é pouco específico e conclusivo, muito embora algumas teorias mais recentes já apontem para a associação direta entre o mecanismo biológico do câncer de mama e idade (BENZ, 2008).

Neste sentido, o rastreamento com mamografia anual a partir dos 50 anos é adotado a vários anos pelo Canadá e países europeus, visando priorizar a população de maior incidência da neoplasia mencionada (INCA, 2004).

Outro ponto a ser destacado se refere ao fato de que o câncer de mama encontra-se relacionado principalmente ao processo de industrialização, com risco de adoecimento associado a elevado status socioeconômico, além de outros fatores de risco tradicionalmente descritos, como por exemplo a redução na taxa de natalidade, idade precoce da menarca e tardiamento da menopausa, obesidade em decorrência de hábitos de vida e alimentares não saudáveis, a estatura e consumo de álcool (MENDES, 2013).

Os achados desta análise apontaram para uma maior incidência de Câncer de Cólon, Reto e Anus localizada na quarta colocação do Ranking geral dos cânceres. Diferente do encontrado em outro estudo que apresenta esse tipo de neoplasia como sendo o sexto tipo de neoplasia mais frequentes entre a população idosa (NEVES, 2005).

Com relação ao câncer de traqueia, brônquios e pulmão, nota-se determinado aumento no número de casos na população idosa em ambos os sexos, correspondendo assim a cerca de 63% dos casos registrados (KOLLER, 2015). Semelhante ao resultado evidenciado na análise deste estudo, em que foi observado a predominância deste tipo de patologia em quase todas as instâncias analisadas.

Existem maiores concentrações nas taxas desse tipo de câncer nos países desenvolvidos, embora um grande percentual possa também ser encontrado em países emergentes ou em desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Os principais fatores de risco para o desencadeamento do câncer de pulmão, ocupam lugar de destaque os consumos de cigarro e de álcool, em que a prevalência de casos em indivíduos que fizeram uso dessas substâncias foi bastante elevada. Além disso, o câncer é desenvolvido pela exposição contínua a agentes mutagênicos e carcinogênicos (PRADO, 2015), aumentando assim sua incidência de mortalidade e morbidade no país (SILVA et al., 2011).

Observa-se segundo os achados que as neoplasias de maior destaque são as que mais são enfatizadas pelos serviços de saúde e campanhas do ministério da saúde como forma de ações preventivas ao surgimento e crescimento das mesmas. A crescente incidência das neoplasias pode estar relacionada ao aumento e aceleração do envelhecimento populacional,

sendo as neoplasias de mama e próstata, as mais frequentes existentes nesse processo de transição demográfica e epidemiológica (LOZANO et al. 2010).

Ao comparar o perfil de coeficiente de mortalidade entre os sexos, constata-se que na população do sexo masculino, as neoplasias foram consideradas a causa de óbito com maior elevação de casos entre os anos de 1999 e 2009, com 60 anos respectivamente (SANTOS; SANTOS, 2012).

No tocante ao perfil de adoecimento e morte do sexo feminino, observa-se que, existem maiores casos de câncer de intestino, de ovário, pulmão, colo do útero e de câncer de estomago, laringe e de mama, como evidenciado no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Resultado este que aproxima-se do encontrado nesta pesquisa, em que foi observado maiores concentrações das neoplasias de estomago, traqueia brônquios e pulmões e colo do útero. Entretanto, a Neoplasia de Colo do Útero está concentrada principalmente na Região Norte, onde nas demais permanecem as mesmas causas diagnósticas.

O câncer de mama especificadamente é considerado o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, embora ainda existam casos isolados no sexo masculino, o mesmo continua ocorrendo com mais frequência entre as mulheres (MENDES, 2013). Com referência às neoplasias, em 2013, entre os tipos de câncer com maior incidência, estão os de mama no sexo feminino e de próstata no sexo masculino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Resultado este que também condiz com os resultados desta análise na qual foi identificada maior incidência de casos de câncer em idosos relacionados a Neoplasia Maligna de Mama no sexo feminino.

O perfil de adoecimento do sexo feminino no Brasil, evidencia que o câncer de mama representa papel de destaque no quadro epidemiológico (INCA, 2014). As proporções de gastos relacionados à internação por câncer da mama em idosas apresentam um discreto aumento para o Brasil de 2009 para 2011, cerca de 1,2% (MACIEL et al. 2014).

As principais formas de prevenção deste tipo de patologia são realizadas através de um rastreamento populacional que e feito através da mamografia (TIEZZI, 2009). Neste contexto, o acesso aos serviços de saúde como um fator fundamental para o desfecho positivo dessa neoplasia (OLIVEIRA et al. 2011).

Dessa forma, a mamografia constitui o principal exame de rastreamento do câncer de mama e o mais frequentemente realizado entre as mulheres em todo o mundo. Neste sentido, a adesão aos procedimentos de rastreamento para o câncer de mama são essenciais para a detecção precoce da doença, uma vez que diagnóstico e tratamento precocemente podem implicar positivamente na redução da mortalidade, porem os programas de rastreamento do

câncer de mama foram planejados e implementados no Brasil mais tardiamente, especialmente se considerarmos a velocidade com que houve mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (TIEZZI, 2009).

A Neoplasia Maligna do Colo do Útero por sua vez constitui a oitava causa de morbidade na população idosa do sexo feminino. O câncer do colo do útero por sua vez é uma neoplasia prevenível. Trata-se de uma afecção com história natural bem conhecida, etapas bem definidas e progressão lenta das suas lesões. Tais características permitem sua detecção em fase incipiente e curável por meio do exame de rastreamento Papanicolau. Vacinas profiláticas para infecção pelo vírus HPV, causa necessária para o desenvolvimento dessa neoplasia, foram colocadas à disposição na última década (SASLOW et al. 2007). Esses achados são semelhantes aos evidenciados neste estudo em que foi detectado uma concentração de diagnósticos por neoplasia de colo do útero na população idosa feminina, principalmente na região Norte do país.

Nos resultados desta pesquisa foi constatado maior predominância da neoplasia de cólon reto e ânus entre o sexo feminino. De acordo com Boing e colaboradores, entre as neoplasias que mais ocasionaram internações no Brasil, de 2002 a 2004, estão o CCR com um gasto médio anual de R\$ 32.252.290,60 em internações pagas (BOING et al. 2007).

No Brasil, segundo estudo desenvolvido por Mahayri (2002) os coeficientes de mortalidade por CCR apresentaram um acréscimo em homens e mulheres no período de 1978 a 1998 (MAHAYRI, 2002). Neves e colaboradores por sua vez nos apontam para um aumento nos coeficientes de mortalidade por CCR, de 1980 a 1997, resultado este similar ao verificado em vários países do mundo (NEVES, 2005).

É importante destacar que o câncer de cólon e reto (CCR) compreende os tumores malignos localizados no intestino grosso formado pelo cólon (situado no abdome) e pelo reto e anus (localizados na pelve e períneo), é uma doença tratável e frequentemente curável quando não apresenta extensão para outros órgãos (INCA 2007).

Com relação as neoplasias no sexo masculino, destaca-se o câncer de próstata, esôfago, de cavidade oral, estômago, pulmão, pâncreas, testículo, cérebro e pele (melanoma) (RODRIGUES; FERREIRA, 2010). Condizendo com os resultados da presente análise que também apresentou a maioria dos cânceres supracitados, exceto o câncer de pâncreas, testículo e esôfago.

Neoplasias como a de traqueia, brônquios e pulmão mostram pouca redução no risco de morte entre homens segundo a literatura (CARVALHO et al. 2014). É importante salientar que a utilização dos serviços de saúde está intimamente ligada a características da oferta e a conduta da população frente a morbidade e a assistência dos serviços. No tocante a investigação sobre

a prevalência do câncer de pulmão e pleura entre o sexo masculino, constatou-se na literatura que essa prevalência foi maior no sexo masculino (KOLLER, 2015). O câncer de pulmão segundo pesquisas foi considerado o segundo mais incidente entre os homens, atrás apenas do câncer de próstata (INCA, 2009).

Resultados estes que foram semelhantes aos encontrados neste estudo, que nos apontam o Câncer de Traqueia, Brônquios e Pulmões como sendo a sétima causa de morbidade no ranking geral de neoplasias entre ambos os sexos e a quarta e quinta causa de morbidade em idosos do sexo masculino e feminino respectivamente no Brasil.

Nesta pesquisa foi constatada a predominância da Neoplasia Maligna de Próstata como sendo a de maior prevalência no sexo masculino. Condizendo com uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto Nacional De Câncer o câncer de próstata foi apontado como o mais incidente no sexo masculino, semelhante aos dados encontrados no Brasil (INCA, 2009). Faz-se importante salientar que, para os homens a mortalidade por neoplasia maligna de próstata vem apresentando um acréscimo constante (CARVALHO et al. 2014).

Neste estudo também foi evidenciado maior concentração de casos de câncer de estômago no sexo masculino em detrimento ao sexo feminino. Estes dados corroboram com o estudo do Instituto Nacional do Câncer que constatou que o Câncer de Estomago é considerado o 4º câncer mais incidente entre os homens e 5º em mulheres (INCA, 2003).

A neoplasia gástrica é atualmente considerada como o 2º câncer mais comumente encontrado no mundo, apresentando alta incidência e mortalidade em nosso país (INCA, 2003), sendo o 3º em mortalidade entre homens e o 5º em mulheres (INCA, 2003). O aumento na prevalência de câncer gástrico em pacientes idosos está ocorrendo devido ao aumento na expectativa de vida da população (REIS, 2002).

A realidade de ambos os sexos, masculino e feminino, apresentados e especificando-se os canceres enfatizados anteriormente, consta-se que a mesma pode estar relacionada a questões culturais que vão desde a não procura (adesão) pelos serviços de saúde por parte principalmente do sexo masculino devido o imaginário social de “feminilização ou fragilidade” da figura masculina, como também pode estar relacionado a questões institucionais e/ou assistenciais que nos remete a efetivação de um diagnóstico tardio, ou a ineficiência de muitos serviços de saúde, como também ao aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTS) entre outras vertentes.

Os resultados encontrados nesta análise evidenciaram que a maior concentração de diagnósticos e internações hospitalares foram na população idosa de faixa correspondente a 60-69 anos de idade. Resultado diferente de outros estudos, em que no resultado observou-se maior

percentual de internação entre idosos na faixa etária de 70 e 79 anos (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

Do mesmo modo a literatura nos aponta que a faixa etária responsável pela maior ocorrência de óbitos está compreendida de 61 a 75 anos, seguida de 76 anos ou mais (WEBER, 2007). Porém este perfil de mortalidade é diferente do que foi observado nesta pesquisa em que evidenciou-se uma maior concentração de diagnósticos de morte concentrados principalmente na faixa de 60 a 69 anos,

No tocante as principais neoplasias que são causa de diagnóstico e morte entre a população idosa, neste estudo tiveram destaque entre a faixa etária de 60 a 69 anos as Neoplasias Malignas da Próstata; Estomago; Traqueia Brônquios e Pulmões e Outras Neoplasias Malignas da Pele. Perfil semelhante ao que foi identificado na análise das causas de mortalidade em que foram identificadas as seguintes neoplasias como principais causas de óbito, a Neoplasia Maligna de Traqueia Brônquios e Pulmões; Estômago e Próstata.

Dessa forma, o aumento no número de ocorrências por câncer na população idosa deve ser alvo de atenção, tendo em vista que na maioria dos casos, o câncer se desenvolve após a faixa etária dos 60 anos pelo fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão direta ou indiretamente relacionados ao tempo de exposição a agentes cancerígenos dispersos no ambiente, alimentos, entre outros (FARIA, 2011).

Os achados desta análise também corroboram com o que nos traz a literatura, ao afirmar que neoplasia de próstata é considerada a mais prevalente em homens e está intimamente interligado ao fator idade, haja vista que cerca de três quartos dos casos em todo o mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2009). Corroborando com esta pesquisa em que foi identificado maior índice de diagnóstico na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Em outro estudo, observou-se que os casos de câncer de próstata acometeram somente o sexo masculino correspondente à faixa etária superior a 65 anos de idade (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

A literatura nos mostra que as neoplasias e as doenças do aparelho digestivo foram verificadas com maior porcentagem na faixa etária de 60 a 69 anos respectivamente (CASTRO et al. 2013). Resultado este que corrobora com a presente pesquisa em que também observou-se maior predominância deste tipo de patologia entre a mesma faixa etária apontada pelo estudo citado.

Observou-se na análise dos resultados sobre os obtidos neste estudo, que este tipo de neoplasia encontra-se no Ranking geral como a quinta maior causa de morbidade e a terceira respectiva causa de mortalidade nesta amostra enfatizada. Porém em sua pesquisa Makela et al (2000) concluíram que a idade isoladamente não constitui fator de risco para mortalidade pós-

operatória nem prediz a sobrevida entre pacientes idosos com câncer gástrico (MAKELA et al. 2000).

Outro tipo de neoplasia evidenciado na faixa etária acima de 60 anos, nesta pesquisa foi a neoplasia maligna de cólon reto e ânus. A idade constitui um dos maiores fatores de risco importantes para o desenvolvimento do CCR. Segundo o referencial teórico a maior incidência desta neoplasia ocorre na faixa etária correspondente a de 50 a 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento começam a apresentar aumento a partir dos 40 anos de idade (BASILIO; FONSECA 2006).

Em países como os Estados Unidos, a incidência dessa respectiva neoplasia é seis vezes maior entre as pessoas com 65 ou mais anos, em comparação com aquelas entre 40 e 64 anos de idade (NEVES, 2005). O que difere dos resultados desta análise que constataram uma incidência maior de Neoplasia Maligna de Cólon na faixa etária de 70-79 anos.

Como mostra o referencial, a faixa etária constante entre 50 a 80 anos exige maior atenção e cuidado não somente pelos maiores riscos de aparecimento dos sintomas e/ou complicações advindas da patologia, mas, também devido a presença de comorbidades, como por exemplo: a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, articulado a utilização de terapia medicamentosa de uso contínuo, somados ainda ao tratamento antineoplásico e a terapia de suporte (UEHARA et al. 2006).

Os resultados apontam também que este tipo de patologia vem acometendo uma maior parcela da população com poucas condições socioeconômicas e com menor nível de escolaridade, o que torna necessário um maior investimento político e dos profissionais de saúde nas políticas públicas de saúde e nas atividades multidisciplinares com vistas ao desenvolvimento de intervenções com enfoque no caráter preventivo associado ao monitoramento da população (SILVA et al., 2011).

Esta discussão também é pauta de destaque no Instituto Nacional do Câncer que comprova em seus meios de comunicação e divulgação das informações que o consumo de bebidas alcoólicas juntamente ao uso contínuo de tabaco, aumenta os riscos de desenvolvimento do câncer de pulmão entre outros. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis ressalta que 50% dos tumores podem ser desenvolvidos pela ingestão do álcool (DUNCAN et al., 2012).

Dessa forma, faz-se necessário destacar que, embora o consumo dessas substâncias seja maior no sexo masculino, evidencia-se atualmente que as mulheres estão mais frequentemente vulneráveis aos danos causados pelo álcool, tornando-se uma preocupação para as políticas públicas de saúde tendo em vista que o uso do álcool é crescente entre as mulheres e devido

também porque o consumo de álcool durante a gestação poder ocasionar o surgimento da síndrome alcoólica e outras complicações (POPOVA et al., 2013).

Os resultados desta pesquisa apontam que a faixa etária correspondente de 70 a 79 anos para ambos os sexos analisados apresentou número mediano de casos tanto de morbidade como de mortalidade. Com relação aos cânceres de maior destaque na faixa etária supracitada, observa-se uma maior predominância da Neoplasia Maligna da Próstata, Traqueia Brônquios e Pulmões, Estômago, Mama; Cólon, Reto e Anus e Colo do Útero.

Semelhante ao resultado apontado neste estudo no período entre 2000 e 2003, em que as taxas de incidência do câncer de mama apresentou para a faixa etária de 70-74, 75 e 79 anos uma elevação acentuada no número de casos. Porém, entre 80-85 anos foram observados aumento de casos em maior proporção (INCA, 2014).

A faixa etária de 80 anos acima por sua vez, segundo a análise deste estudo apresentou o menor número de casos de morbidade e mortalidade. Contrapondo o que nos aponta a literatura, ao afirmar que na faixa que compreende aos 80 anos acima o risco de ocorrerem mortes por neoplasias aumenta significativamente (CARVALHO et al. 2014).

No tocante aos principais cânceres identificado nesta faixa etária, um dos que se destacaram foi o câncer de mama. De acordo com a literatura, as mulheres idosas de faixa etária mais elevada, com a de 80 anos acima, têm apresentado o tempo entre o diagnóstico e o tratamento inferior quando comparadas às idosas de até 69 anos (SOUZA et al. 2015).

Outra especificidade evidenciada nesta pesquisa para a faixa etária mencionada anteriormente, refere-se aos cânceres de cólon, reto e ânus e o câncer de traqueia, brônquios e pulmões. A literatura aponta que estes tipos de patologia têm apresentado constância em países com renda salarial e condições sociais e econômicas médias e baixa. Entre os quais está classificado o Brasil, variando de 11% para o câncer de cólon, reto e ânus e 66% para traqueia, brônquios e pulmão. Ou seja, este índice pode estar associado a fatores de risco como o sobrepeso, obesidade, inatividade física e baixo consumo de vegetais (INCA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se um aumento significativo da incidência entre a faixa etária de 60-69 anos do câncer de mama, próstata, traqueia, brônquios e pulmões, outras neoplasias da pele, estômago, cólon, reto e ânus, entre outros como foi identificado no Ranking dos principais cânceres como causas de morbidade e mortalidade.

Com relação às internações no sexo feminino ocorreram principalmente por neoplasia maligna de mama, pele, colo de útero e cólon e, quanto a mortalidade as principais causas foram

por neoplasia maligna de mama, traqueia, brônquios e pulmões e cólon, reto e ânus. Acerca das interações por câncer no sexo masculino, destacou-se a neoplasia maligna de próstata, estômago, outras neoplasias da pele, traqueia, brônquios e pulmões e bexiga e sobre os tipos de câncer com maior mortalidade foram neoplasia maligna de próstata, traqueia, brônquios e pulmões e estômago.

Dessa forma, entre os sexos masculino e feminino observa-se a formação de um perfil de adoecimento e morte pelas mesmas causas, com exceção dos cânceres de mama, próstata e colo do útero que encontram-se distintos entre os mesmos. Entre os sexos, o impacto do câncer ocorreu em maior proporção de casos de morbidade e mortalidade por neoplasia nos idosos do sexo masculino.

Apesar das restrições, ressalta-se que o estudo fornece subsídios para futuras tomadas de decisões, auxiliando assim no desenvolvimento de políticas ou ações voltadas para a ênfase no cuidado à pessoa idosa, no intuito de elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento da doença que possibilitem maior qualidade de vida para o grupo estudado como também para a prevenção de surgimento de agravos e comorbidades.

Portanto, os achados desta análise deve servir de alerta para a necessidade de qualificação dos profissionais da rede de atenção primária a saúde, para que entes possam identificar e encaminhar precocemente os casos suspeitos, deste modo tornando o tratamento mais eficaz, minimizando ou adiando os quadros de mortalidade.

Além de alertar para a necessidade de se desenvolver mais ações e campanhas educativas no intuito de orientar e alertar a população sobre os principais sinais e sintomas dos tipos de cânceres mais comuns, tais como o câncer de mama e de próstata que são os mais enfatizados pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, entre outros órgãos governamentais.

REFERENCIAS

AMARAL et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.
ANTUNES, Y.P.; BUGANO, D.D.; DEL GIGLIO, A.; KALIKS, R.A.; KARNAKIS, T.; PONTES, L.B. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. Einstein, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015AO3067.pdf. Acesso em: 14/05/2017.

ARAÚJO, H.M.A.; SILVA, R.M.; BONFIM, I.M.; FERNANDES, A.F.C. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Ground Theory. Rev. Latino – am. Enferm. 2010.

BASILIO, P.; FONSECA, L.M.B. Detecção de linfonodo sentinela no câncer colorretal – importância, técnicas e resultados. Arquivos de Gastroenterologia 2006.

BENZ, C.C. Impact of aging on the biology of breast cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology, [s.n.] 2008.

BOING, A.F.; VARGAS, S.A.L.; BOING, A.C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. Revista da Associação Médica Brasileira, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2010: incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>. Acesso em: 20/09/2016.

CARVALHO, M.H.R.; RIBEIRO, S.M.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S.L.M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, abr-jun 2014.

CASTRO, V.C.; BORGHI, A.C.; MARIANO, P.P.; FERNANDES, C.A.M.; MATHIAS, T.A.F.; CARREIRA, L. Perfil De Internações Hospitalares De Idosos No Âmbito Do Sistema Único De Saúde. Rev Rene. 2013.

DIALLA, P.O.; QUIPOURT, V.; GENTIL, J.; MARILIER, S.; POILLOT, M.L.; ROIGNOT, P.; ALTWEGG, T.; DARUT, J.A.; GUIU, S.; ARVEUX, P.; DABAKUYO, Y.T.S. In breast cancer, are treatments and survival the same whatever a patient's age? A population-based study over the period 1998-2009. Geriatr Gerontol Int. 2015.

DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; BARRETO, S.M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. supl., p. 126-34, 2012.

FARIA, A.J.A.; ROSA, J.R.M.; SANTOS, M.W.; SOUZA, M.B.; PINTO, R.M.; PICOLI, R.P. Caracterização e situação de saúde do idoso na região metropolitana de São Paulo. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar em Sistemas de Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo; 2011.

GÓIS, A.L.P.; VERAS, R.P. Informações sobre a mortalidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2010.

INCA. Inca e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. Brasília, 2003. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014. Acesso em: 19/05/2016.

INCA. Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2013/apresentacao-estimativa-2014.pdf>. Acesso em: 25/05/2016.

INCA (Brasil). Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Instituto Nacional do Câncer: Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2009.

INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016. Brasília, 2015. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/estimativa_incidencia_cancer_2016. Acesso em 01/02/2017.

JEMAL, A.; CENTER, M.M.; DESANTIS, C.; WARD, E.M. Global patterns of cancer and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010.

KOLLER, F.J. Investigação das neoplasias malignas de brônquio, de pulmão e de pleura no Sul do Brasil. [s.n.] Curitiba, 2015.

LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FOREMAN, K.; LIM, S.; SHIBUYA, K.; ABOYANS, V.; et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012.

MACIEL, S.S.S.V.; ALBUQUERQUE, A.P.S.; OLIVEIRA, L.G.M.; BARBOSA, R.F.; CAVALCANTI, W.J.A.; LINS, L.P.M.; SOBRAL, L.V. Perfil de internações do Sistema Único de Saúde por câncer da mama em mulheres idosas no Brasil. *Revista da AMRIGS.* Porto Alegre, 2014.

MAKELA, J.K.; KIVINIEMI, H.; WIIK, H.; LAITINEN, S. Survival after surgery for gastric cancer in patients over 70 years of age. *Ann Chir Gynaecol.* 2000.

MAHAYRI, N.; MOREIRA, F.D.C.; A importância dos registros de câncer de base populacional para identificar casos de câncer ginecológico relacionados com câncer colorretal em população de risco. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002.

MENDES, P. D. V. Morbidade das Internações em 2012 no SUS do Estado de São Paulo. *Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde, São Paulo, v. 5, n. 19, p. 1-12, 2013.*

MINAYO, M.C.S.; Suicídio de pessoas idosas e fatores associados a esse fenômeno no Brasil e no mundo. In: BERZINS, M.V.; MALAGUTTI, W. organizadores. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice.* São Paulo: Martinari, 2009.

MOTTA, C.C.R.; HANSEL, C.G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev. Eletr Enf,* 2010. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a08.pdf. Acesso em: 25/05/2016.

NEVES, F.J.; MATTOS, I.E.; KOIFMAN, R.J. Mortalidade por câncer de colón e reto nas capitais brasileiras no período 1980-1997. *Arquivos de Gastroenterologia* 2005.

OLIVEIRA, E.X.G.; MELO, E.C.P.; PINHEIRO, R.S.; NORONHA, C.P.; CARVALHO, M.S. Acesso a assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. Cad saúde pública. 2011.

POPOVA, S.; MURRAY, C.J.L.; VOS, T.; LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FLAXMAN, A.D.; MICHAUD, C.; EZZATI, M. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, v. 380, n.9859, 2013.

PORTER, P.L. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud Publica Mex. 2009.

PRADO, B.B.F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. Câncer Artigos, 2015.

REIS, E.; KAMA, N.A.; DOGANAY, M.; ATLI, M.; DOLAPCI, M. Longterm survival is improved by an extended lymph node dissection in potentially curable gastric cancer. Hepato-gastroenterology, 2002.

RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA, N.M.L.A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Revista Brasileira de Cancerologia 2010.

SANTOS, A.L.B.; SANTOS, S.F.O. Morbidade e mortalidade da população idosa do Distrito Federal nos anos de 1999 e 2009. Com. Ciências Saúde, 2012.

SASLOW, D.; CASTLE, P.E.; COX, J.T.; DAVEY, D.D.; EINSTEIN, M.H.; FERRIS, D.G.; et al. American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors. CA Cancer J Clin, 2007.

SILVA, T.O.; HARA, N. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev. Enferm UERJ. Vol. 19, n. 3, pp. 359 – 3663, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS). Morbidade Hospitalar Do Sus - Por Local De Internação – Brasil. Brasília, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 10/09/2016.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM/ DATASUS. Óbitos p/Ocorrências por Capítulo CID-10 segundo Região. Brasília, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10/09/2016.

SOUZA, C.B et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2015.

IEZZI, DG. Epidemiologia do câncer de mama [editorial]. Rev. bras. ginecol. obstet. 2009.

UEHARA, C.; SANTORO, I.; FERREIRA, R.; NERY, L.; FERNANDES, A.; PERFEITO, J. Câncer de pulmão: diagnóstico e estadiamento. Pneumologia. Barueri: Manole, 2006.

VASCONCELOS, A.M.N. Causas de morte em idosos no Brasil. In: Anais do 4º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004; Caxambu, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 1-11.

WEBER, C.R; BERTOLLO, E; GOMES, T.N.; PERLINI, N.M.O.G. Mortalidade Por Câncer No Município De Santo Augusto/Rs. Revista Contexto & Saúde, Ijuí v. 6 n. 12 Jan./Jun. 2007.

1 Enfermeira graduada na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Campus Avançado Profª Mª. Elisa de Albuquerque Maia-CAMEAM, Pau dos Ferros, RN. Email-terezacrisostomo@hotmail.com.br.

2 Enfermeiro, mestre em Psicologia, UFRN, docente da pós-graduação no departamento de medicina, UNICAMP. Email- biomagnus@hotmail.com.

3 Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, UFRN, docente do departamento de enfermagem na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN. Email- ellanygurgel@hotmail.com. Participou da concepção, análise, interpretação do dados e revisão. Endereço: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN, Campus Avançado Profª Mª. Elisa de Albuquerque Maia-CAMEAM, Pau dos Ferros, RN, no endereço BR 405, KM 153, Arizona 59900-000 – Pau dos Ferros – RN. Telefone: (84) 99648-5999 (Autor para correspondência).