

Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil

Mortality due to cancer of the uterine cervix in Brazil

Editorial

As estatísticas de mortalidade têm sido utilizadas com frequência em estudos epidemiológicos e são indispensáveis para a construção de indicadores de saúde de uma população, constituindo-se em um importante instrumento para análise dos padrões de evolução das doenças. Na Europa, vêm sendo utilizadas desde o fim do século XVI e, no Brasil, passaram a ser publicadas desde 1944, mas foi somente a partir de 1975 que os dados de mortalidade passaram a ser analisados de forma sistemática no país, quando o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Atualmente, os dados do SIM são disponibilizados pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na internet¹.

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Para 2002, a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 273 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos, onde está incluída a América do Sul². No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública. A série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde contempla dados que vão de 1979 a 2005. Nesse período as taxas de mortalidade ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos¹.

Certamente, há muitos fatores que contribuem para esse cenário, mas três aspectos podem ajudar a compreender melhor o problema e merecem destaque: a cobertura do exame Papanicolaou, seu desempenho e o estadiamento no qual os casos são diagnosticados.

Em primeiro lugar, há que se destacar que o Brasil foi um dos países precursores na utilização da citologia no diagnóstico do câncer. Há referência de que, em 1942, Antonio Vespasiano Ramos apresentou tese de docência intitulada “Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino”, que se acredita ser o primeiro registro da utilização da citologia no diagnóstico do câncer no país³. Além do pioneirismo, ao longo dos anos, o país vem ampliando a cobertura populacional aos exames citopatológicos. Estudos elaborados nos anos 1980, considerando o número de exames citopatológicos realizados anualmente em relação ao número de mulheres que deveriam ser atingidas, estimaram coberturas nacionais de 1,2% para o ano de 1984⁴ e 7,7% para 1987⁵. Em 1994, um inquérito populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) nas cinco macrorregiões do país mostrou coberturas que variaram entre 58 e 69%⁶. Mais recentemente, foram realizados dois inquéritos de abrangência nacional que estimaram a cobertura do exame nos três últimos anos. Um primeiro estudo foi a

Correspondência:

Luiz Cláudio Santos Thuler
Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle – Serviço de DIP
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rua Maris e Barros, 775 – Tijuca
CEP 20270-100 – Rio de Janeiro/RJ

Recebido

19/5/08

Aceito com modificações

30/5/08

¹ Professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professor da Pós-graduação *Stricto Sensu* em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ) – Brasil.

Pesquisa Mundial de Saúde 2003⁷, promovida pela OMS em 71 países. Essa pesquisa mostrou que a cobertura do exame Papanicolaou entre mulheres de 18 a 69 anos residentes nos 188 municípios analisados foi de 66%. O segundo inquérito, realizado em 2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁸, em 851 municípios, mostrou que a cobertura do exame Papanicolaou foi de 68,7% nas mulheres com mais de 24 anos de idade. Essas coberturas são inferiores à cobertura mínima necessária, conforme recomendado pela OMS⁹, para que seja causado impacto nos indicadores de morbimortalidade, que é de 80% nas mulheres de 35 a 59 anos de idade. Esse é certamente um dos principais fatores que contribui para a manutenção das elevadas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no país.

Embora os dados de cobertura para o país como um todo se mostrem insatisfatórios, um inquérito realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹⁰ em 16 capitais brasileiras (Belém, Manaus, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Recife, Campo Grande, Distrito Federal, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre), entre 2002 e 2003, mostrou que o percentual de mulheres submetidas ao exame Papanicolaou nos últimos três anos foi inferior a 79% em apenas uma delas (João Pessoa). Por outro lado, de acordo com os Indicadores e Dados Básicos (IDB), de 2006, do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade específica por neoplasia do colo do útero, para o período compreendido entre 1990 e 2004, mostrou tendência de queda em 16 das 27 capitais do país¹. Presume-se, a partir desses dados, que o acesso ao exame Papanicolaou vem se ampliando no país e que, sobretudo em algumas áreas, já é possível observar impacto sobre as taxas de mortalidade. Entretanto, mesmo onde foram atingidas coberturas satisfatórias, ainda são observadas taxas demasiadamente elevadas.

Um segundo aspecto que deve ser destacado é a qualidade dos exames citopatológicos realizados no país. Segundo o INCA¹¹, em 2005, apenas seis Estados brasileiros e o Distrito Federal apresentaram 100% dos seus municípios com taxas de exames insatisfatórios menores que 5%, padrão mínimo de qualidade estabelecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Outro indicador apresentado pelo INCA na mesma publicação é o índice de atípias de significado indeterminado (Ascus), que vem crescendo nos últimos anos, chegando, em 2005, a 46,9% dos exames positivos. Deve ser ressaltado ainda o baixo desempenho do exame citopatológico na detecção do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras de alto grau em diferentes pesquisas. Afora os estudos realizados em São Paulo¹² e no Rio de Janeiro¹³, que mostraram valores elevados para a sensibilidade do teste (72,8 e 71,4%, respectivamente), pesquisas conduzidas em Pernambuco¹⁴, Distrito Federal¹⁵, Ceará¹⁶ e Campinas¹⁷ relataram valores que comprometem a capacidade do teste de detectar adequadamente o câncer do colo do útero (20,8, 23,8, 30,2 e 51,2%, respectivamente). Nessas pesquisas, a especificidade do teste ficou entre 84,9 e 99,9%.

Um terceiro aspecto refere-se ao estadiamento avançado, no qual as mulheres vêm recebendo o diagnóstico de câncer no país. Pesquisa envolvendo 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados a um Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) mostrou que, entre 1995 e 2002, 45,5% das mulheres apresentavam o câncer do colo do útero nos estádios III ou IV no momento do diagnóstico¹⁸. Esses dados refletem problemas no acesso aos serviços, revelando, sobretudo, carência de centros de oncologia fora das grandes capitais do país.

Neste número da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), Mendonça et al.¹⁹ estudam as características demográficas e epidemiológicas das mortes por câncer do colo do útero ocorridas em mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco, entre 2000 e 2004. Em Recife, embora as taxas de mortalidade ajustadas pela população mundial tenham apresentado uma redução de 43,1% entre 1979 e 2005, passando de 11,52 para 6,55 por 100.000 mulheres¹, é importante destacar que esses valores continuam elevados, sobretudo se compararmos àqueles observados nos países onde a doença está sob controle. Estados Unidos, Canadá e Japão apresentam taxas ajustadas estimadas para 2002 menores que 3 por 100.000 mulheres². Assim, é importante analisar o perfil dos óbitos para que medidas específicas possam ser tomadas – o que foi realizado no artigo em questão. Nele, os autores destacam que, em Recife, os óbitos por esse câncer são mais frequentes em mulheres negras, sem companheiro, donas de casa e residentes em bairros com baixa condição de vida. No Brasil, as diferenças raciais vêm sendo reconhecidas pelo Ministério da Saúde como um fator de vulnerabilidade para doenças, o que resultou na inclusão recente do campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIA/SIH/SUS)²⁰. De forma semelhante ao observado em Recife, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos²¹ divulgou recentemente que mulheres negras morrem mais de câncer do colo do útero do que as brancas. Além disso, as áreas com maiores taxas de mortalidade tendem a ter menos acesso regular aos serviços de saúde, menor renda e nível educacional inferior. Com base nesses dados, pode-se especular que, independentemente do grau de desenvolvimento da região estudada e das taxas globais de mortalidade ajustadas (Recife=6,31 por 100.000¹ e Estados Unidos=2,3 por 100.000²), os perfis dos óbitos são semelhantes, indicando haver um nicho populacional específico sobre o qual devem ser focalizadas as intervenções de Saúde Pública. As mesmas mulheres que deixam de realizar o exame preventivo de Papanicolaou (mulheres de baixo

nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e nas faixas etárias mais jovens)²² são certamente as que estão morrendo vítimas de câncer do colo do útero (mulheres na idade adulta, negras, sem companheiro, donas de casa, residentes em bairros com baixa condição de vida e atendidas na rede hospitalar do SUS)¹⁹. Essa proximidade de fatores reduz a cadeia explicativa da mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais.

Pesquisas adicionais são necessárias para estudar o efeito de numerosos outros fatores na mortalidade por câncer do colo do útero e devem incluir, entre outros, a prevalência de papilomavírus humanos (HPV), a disponibilidade de seguro saúde e transporte, o tabagismo, as práticas sexuais e o uso de preservativo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) [Internet]. 2008 [citado 2008 Maio 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004. (IARC CancerBase, 5).
3. Thuler LCS, Zardo LM, Zeferino LC. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. J Bras Patol Méd Lab. 2007;43(2):103-14.
4. Aquino EML. Avaliação da situação atual das ações de controle. Rev Bras Cancerol. 1985;31(3):185-8.
5. Abreu E. Reorientação nas ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. Rev Bras Cancerol. 1989;35(1/2):55-8.
6. Lopes ER, Rebelo MS, Abreu E, Costa e Silva VL, Eisemberg ALA, Lavor MF. Comportamento da população feminina brasileira em relação ao câncer cérvico-uterino. J Bras Ginecol. 1995;105(11/12):505-16.
7. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. RADIS. 2004;(23):14-33.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003 [Internet]. Rio de Janeiro; IBGE; 2005 [citado 2005 Maio 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>
9. World Health Organization (WHO). Manual on the prevention and control of common cancers. Geneve: WHO; 1998. p. 8-31.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
12. Longatto Filho A, Pereira SM, Di Loreto C, Utagawa ML, Makabec S, Sakamoto Maeda MY, et al. DCS liquid-based system is more effective than conventional smears to diagnosis of cervical lesions: study in high-risk population with biopsy-based confirmation. Gynecol Oncol. 2005;97(2):497-500.
13. Girianelli VR, Thuler LC, Szklo M, Donato A, Zardo LM, Lozana JA, et al. Comparison of human papillomavirus DNA tests, liquid-based cytology and conventional cytology for the early detection of cervix uteri cancer. Eur J Cancer Prev. 2006;15(6):504-10.
14. Cordeiro MRA, Costa HLFF, Andrade RP, Brandão VRA, Santana R. Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(2):51-7.
15. Rios SS. Lesão intra-epitelial cervical: abordagem diagnóstica com o uso da colpocitologia oncótica e colposcopia com biópsia dirigida. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(10):818.
16. Veras TMCW, Holanda Junior F, Lins MZ, Gomes JT, Lima FO, Silva JB, et al. Efetividade da captura híbrida para HPV no rastreamento primário de lesões cervicais na rotina de serviços de saúde. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006;18(1):23-9.
17. Gontijo RC, Derchain SFM, Roteli-Martins C, Sarian LOZ, Bragança JF, Zeferino LC, et al. Avaliação de métodos alternativos à citologia no rastreamento de lesões cervicais: detecção de DNA-HPV e inspeção visual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(4):269-75.
18. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(11):656-60.
19. Mendonça VJ, Guimarães MJB, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):248-55.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 719, de 28 de dezembro de 2007 [Internet]. 2007 [citado 2008 Maio 20]. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/bpa/Portaria%20719%20\(raca%20e%20cor\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/bpa/Portaria%20719%20(raca%20e%20cor).pdf)
21. Freeman HP, Wingrove BK. Excess cervical cancer mortality: a marker for low access to health care in poor communities [Internet]. Rockville: National Cancer Institute; 2005 [cited 2008 May 20]. Available from: <http://crchd.cancer.gov/attachments/excess-cervcanmort.pdf>
22. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(8):485-92.