

Evolução da mortalidade e dos anos potenciais e produtivos de vida perdidos por câncer de mama em mulheres no Rio Grande do Norte, entre 1988 e 2007

doi: 10.5123/S1679-49742011000200005

Breast Cancer Mortality Trends among Women and Years of Potential Life Lost in the State of Rio Grande do Norte, Brazil, from 1988 to 2007

Maria Suely Lopes Correia Pereira

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Luiz Oscar Cardoso Ferreira

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Gulnar Azevedo e Silva

Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Paulo Sérgio Lucio

Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil

Resumo

Objetivos: descrever a evolução da mortalidade por câncer de mama e estimar os anos potenciais de vida perdidos (APVP) e anos produtivos de vida perdidos (APrVP). **Metodologia:** usou-se uma série temporal sobre óbitos de mulheres entre 20 e 70 anos cuja causa básica foi o câncer de mama; utilizou-se como fonte de dados o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); foram calculadas taxas de mortalidade brutas e padronizadas pela população mundial, APVP, APrVP e os seus respectivos coeficientes, por ano de ocorrência. **Resultados:** o risco de morrer por câncer de mama cresceu ao longo do período – taxa média de mortalidade ajustada de 9,7/100.000 mulheres –, sendo maior para a faixa de 50 a 59 anos de idade; perderam-se, no período estudado, 20.983,5 APVP e 10.853,5 APrVP. **Conclusão:** os resultados apontam à necessidade de estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce de câncer de mama como cuidados indispensáveis às mulheres.

Palavras-chave: câncer de mama; coeficiente de mortalidade; indicadores de morbidade/mortalidade; anos potenciais e produtivos de vida perdidos.

Summary

Objectives: to describe breast cancer mortality trends, to estimate potential years of life lost (PYLL) and potentially productive years of life lost (PPYLL). **Methodology:** a mortality time series comprising data on 20 to 70 year-old women who died from breast cancer and the Mortality Information System (MIS) were used as database; crude and standard international mortality rates, PYLL and PPYLL were calculated by year of occurrence. **Results:** the risk of a woman dying from breast cancer increased during the period of analysis – the average adjusted mortality rate was 9.7 per 100,000 women – being higher for the age group of 50 to 59 years; PYLL and PPYLL were 20983.5 and 10853.5 per 100,000, respectively. **Conclusion:** results suggest the need for screening strategies and early diagnosis of breast cancer as priority actions related to women's health care.

Key words: breast cancer; mortality rates; morbidity and mortality indicators; potentially productive years of life lost.

Endereço para correspondência:

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Coordenação de Promoção à Saúde, Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica, Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730, 5º Andar, Cidade Alta, Natal-RN, Brasil. CEP: 59025-600
E-mail: suely.correia@gmail.com

Introdução

Transformações sociais e econômicas têm ocorrido no Brasil e no mundo, nos últimos 30 anos, em decorrência da crescente urbanização e industrialização. Um novo perfil demográfico e epidemiológico vem se desenhando, com redução das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e aumento expressivo da expectativa de vida da população, da incidência da morbidade e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se, entre estas, as neoplasias.¹⁻⁶

As neoplasias configuram um grande problema de Saúde Pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, pela sua magnitude e pelo elevado custo no tratamento.⁷⁻¹⁰ Para o sexo feminino, destacam-se os cânceres de mama e de colo do útero.¹⁰ O câncer de mama é o segundo mais comum no mundo e é o primeiro entre as mulheres (cerca de um milhão de casos novos por ano). Mais da metade dos casos novos ocorrem em países desenvolvidos.

Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes.¹¹ Nos Estados Unidos da América (EUA), no período de 2001 a 2005, a taxa de mortalidade foi de 25,0/100 mil mulheres.⁴ Na Europa, o país com maior incidência é a Holanda, com uma taxa ajustada, por idade, de 90,2/100 mil. Na América do Norte, destacam-se os EUA, com uma taxa de 86,9/100 mil. Taxas elevadas também são encontradas na Austrália, na Nova Zelândia e no sul da América do Sul, especialmente no Uruguai e na Argentina. As populações da África e da Ásia, em sua maioria, apresentam baixos valores de incidência.^{4,5,9}

O câncer de mama foi responsável por mais de 15% dos óbitos de mulheres ocorridos no Brasil entre 1999 e 2006, nas regiões Sul e Sudeste, duas vezes mais que nas demais regiões do país.^{6,11-13} O Rio Grande do Norte ocupou a 13ª posição no total de óbitos por câncer de mama no Brasil entre 1988 e 2007,¹⁴ com 1.568 óbitos: 74% ocorreram na faixa etária de 20 a 69 anos e 0,1% na faixa etária entre zero e 19 anos.

No Brasil, estimou-se, para o ano de 2008 e também para o ano de 2009, cerca de 466.730 casos novos de câncer em cada um desses anos.¹⁰ Os casos novos de câncer de mama têm uma distribuição bem heterogênea entre Estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas; as regiões Norte e Nordeste mostram os menores

valores; e a região Centro-oeste apresenta um padrão intermediário.^{10,12,15}

Para o Rio Grande do Norte, em 2008, foram estimados 520 casos novos de câncer de mama: 32,7 para cada 100 mil mulheres, por ano.¹⁰

A magnitude da mortalidade na população tem sido prioritariamente descrita por meio das taxas de mortalidade geral e de mortalidade proporcional ou específica.¹⁶ Sob essa ótica, é pertinente a observação feita por Gardner e Sanborn¹⁷ de que as taxas brutas e as específicas de mortalidade descrevem o quantitativo das mortes na população mas falham em quantificar o peso resultante dessas perdas para a sociedade.

Os anos produtivos de vida perdidos (APrVP) por morte em idade precoce ou numa etapa da vida de alta criatividade e produtividade não só punem o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, como também privam a coletividade do potencial econômico e intelectual do indivíduo.

Nesse sentido, tem sido enfatizada a importância da mortalidade prematura como valor social da morte e a necessidade de operacionalizar a medida e a análise do indicador 'anos potenciais de vida perdidos' (APVP), que explicita o total de anos de vida em potencial perdidos a cada óbito.^{17,18} O indicador APVP também incorpora o critério da vulnerabilidade, visto que, nos mais jovens, os óbitos são mais fáceis de ser evitados.¹⁹⁻²¹

Os anos produtivos de vida perdidos (APrVP) por morte em idade precoce ou numa etapa da vida de alta criatividade e produtividade não só punem o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, como também privam a coletividade do potencial econômico e intelectual do indivíduo.²²⁻²⁶

A busca do conhecimento sobre o comportamento do câncer de mama no Rio Grande do Norte pode oferecer informações importantes para o setor Saúde, no sentido de nortear as políticas de prevenção e/ou de controle, tendo em vista a assistência integral à saúde da mulher.

O presente estudo tem como objetivo descrever a mortalidade por câncer de mama em mulheres do

Rio Grande do Norte, no período de 1998 a 2007, e calcular o impacto dessas mortes em termos de anos produtivos perdidos, no intuito de contribuir com informações epidemiológicas para o planejamento e a avaliação dos programas de prevenção e controle do câncer e o gerenciamento dos serviços de saúde.

Metodologia

Este é um estudo de tendência temporal (1988-2007) dos coeficientes de mortalidade e dos anos potenciais e produtivos de vida perdidos por mortalidade atribuída ao câncer de mama em mulheres na faixa etária de 20 a 70 anos, residentes no Rio Grande do Norte.

O banco de dados foi extraído do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Foram selecionados, para o período de 1988 a 1995, os óbitos registrados nas estatísticas oficiais como ocorridos por causa básica 'câncer de mama', cujas formas estão agrupadas no número 174 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 9ª revisão (CID-9); e para o período de 1996 a 2007, os óbitos registrados com a mesma causa, no código C50 da 10ª revisão da CID (CID-10). Os dados populacionais foram obtidos do Ministério da Saúde. Foram calculados os coeficientes de mortalidade específicos por faixa etária e realizados ajustamentos por idade, tomando-se como base a população-padrão mundial para o período estudado.

Para a obtenção dos anos perdidos, foi feita a distribuição dos óbitos, agrupados de dez em dez anos, tendo sido adotado o limite superior de 70 anos de idade para o APVP. A expressão matemática para o APVP foi a seguinte:

$$APVP = \sum_{i=1}^{69} a_i d_i = \sum_{i=1}^{69} (70 - i - 0,5) d_i$$

Os coeficientes de anos potenciais de vida perdidos (CAPVP) foram representados pela seguinte expressão matemática:

$$CAPVP = \sum_{i=1}^{69} a_i d_i \times 1.000 / N$$

Para o cálculo dos APrVP, foi considerada a faixa etária de 20 a 60 anos, por ser predominante da vida economicamente produtiva, e utilizada a seguinte expressão:

$$APrVP = \sum f(60 - (X + 0,5))$$

onde:

- a_i = número de anos que faltavam para a mulher completar 70 anos de idade, quando a morte tinha ocorrido, entre as idades de i e $i + 1$ anos;
- d_i = número de óbitos ocorridos entre as idades de i e $i + 1$ anos.
- \sum = somatório
- $0,5$ = fator de correção
- N = número de mulheres entre 20 e 70 anos de idade na população;
- f = frequência dos óbitos de cada grupo etário; e
- X = ponto médio do intervalo de classe das faixas etária

Na análise da tendência temporal dos coeficientes, foram confeccionados, inicialmente, os diagramas de dispersão entre os coeficientes de mortalidade, os anos potenciais e os produtivos de vida perdidos, como os anos de estudo, para a visualização da função matemática que estaria representando a relação entre as variáveis. A partir dessa observação, foram estimados os modelos de regressão polinomial. Foram testados os modelos de regressão linear simples, de segundo grau, de terceiro grau e exponencial.

Observando-se a série como um todo, detectou-se um comportamento linear para as taxas de mortalidade, mesmo aplicando logaritmos. Contudo, ao se dividirem os dados em duas partes – 1988 a 1998 e 1999 a 2007 –, foram obtidas duas séries, as quais apresentaram um comportamento linear, optando-se, por conseguinte, pela utilização de dois modelos. A precisão do modelo foi avaliada pelo valor do coeficiente de determinação (R^2).

Foram utilizados o tabulador TABWIN versão 3.2, o TABNET, o Excel e o SPSS versão 14.0.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Pernambuco, sob o nº 140/2008.

Resultados

O risco de morte por câncer de mama cresceu ao longo do período estudado, observando-se uma taxa média de mortalidade, ajustada para o período, de 9,7 por mil mulheres de 20 a 69 anos de idade, com valor mínimo de 7,4 para o ano de 1999 e máximo de 13,8

para o ano de 2007. Apesar da oscilação das taxas, foram observados, nos últimos cinco anos, os valores mais elevados da série. Nas mulheres acima de 40 anos, observou-se, de forma geral, um incremento das taxas com o passar dos anos. Nos primeiros anos da série, foi observado maior risco para as mulheres da faixa etária de 50 a 59 anos. A partir de 2000, aquelas de 60 a 69 anos passaram a apresentar maior risco (Tabela 1).

No período estudado, as mulheres com idade entre 20 e 69 anos perderam 20.989 anos potenciais de vida, configurando uma média anual de 1.049,5 anos

perdidos. No primeiro ano da série (1988), foi observado um valor de 1,4 CAPVP por 1.000 mulheres, e 2,0 CAPVP no último ano (2007), com uma média anual de 1,5 CAPVP, assinalando o menor risco para os anos de 1999 (1,0) e 2001 (1,1) e o maior risco de perda de anos de vida para os anos de 2004 e 2007 (2,0). A faixa de 40 a 49 anos contribuiu com 39,4% (8.262) dos APVP (Tabela 2).

Foram perdidos, no início do período estudado, 10.853,5 anos produtivos. As mulheres entre 40 a 49 anos de idade foram as que mais contribuíram para

Tabela 1 - Taxas de mortalidade brutas, padronizadas e específicas por câncer de mama em mulheres de 20 a 69 anos, por ano de ocorrência e faixa etária, no Estado do Rio Grande do Norte. Brasil, 1988 a 2007

| Ano | Taxas | | | | | | |
|--------------|------------|--------------------------|-----------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Bruta | Padronizada ^a | Específica por faixa etária | | | | |
| | | | 20 a 29 | 30 a 39 | 49 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 |
| 1988 | 6,8 | 8,0 | 0,5 | 5,8 | 9,7 | 14,1 | 13,0 |
| 1989 | 6,4 | 7,7 | 0,0 | 4,9 | 9,7 | 18,0 | 13,0 |
| 1990 | 7,2 | 8,7 | 0,5 | 4,8 | 12,3 | 10,9 | 25,2 |
| 1991 | 7,7 | 9,6 | 0,5 | 2,0 | 12,8 | 20,0 | 24,5 |
| 1992 | 6,6 | 7,9 | 0,9 | 3,9 | 7,2 | 15,5 | 22,5 |
| 1993 | 6,9 | 8,5 | 0,0 | 3,2 | 14,2 | 19,3 | 13,5 |
| 1994 | 7,9 | 9,6 | 0,0 | 5,1 | 14,8 | 19,0 | 18,3 |
| 1995 | 7,0 | 8,5 | 0,0 | 5,0 | 12,9 | 17,4 | 14,7 |
| 1996 | 9,7 | 11,5 | 0,9 | 4,9 | 16,9 | 25,2 | 20,0 |
| 1997 | 8,6 | 10,8 | 0,4 | 1,6 | 9,5 | 26,0 | 33,0 |
| 1998 | 7,3 | 9,0 | 0,0 | 2,7 | 11,0 | 21,3 | 21,2 |
| 1999 | 6,0 | 7,4 | 0,0 | 1,6 | 8,5 | 18,8 | 17,8 |
| 2000 | 7,7 | 9,3 | 0,0 | 3,4 | 6,4 | 21,5 | 30,4 |
| 2001 | 6,3 | 7,6 | 0,0 | 2,4 | 11,9 | 11,6 | 21,5 |
| 2002 | 7,3 | 8,5 | 0,8 | 3,3 | 10,4 | 18,1 | 19,8 |
| 2003 | 9,1 | 11,2 | 0,0 | 1,8 | 19,1 | 13,2 | 36,3 |
| 2004 | 10,9 | 13,1 | 0,4 | 4,6 | 21,6 | 16,7 | 37,3 |
| 2005 | 8,5 | 10,0 | 1,1 | 4,0 | 9,9 | 19,9 | 28,3 |
| 2006 | 10,5 | 12,8 | 0,4 | 3,1 | 12,3 | 30,4 | 36,0 |
| 2007 | 11,8 | 13,8 | 0,0 | 3,1 | 15,1 | 37,1 | 31,6 |
| MÉDIA | 8,0 | 9,7 | 0,3 | 3,6 | 12,3 | 19,7 | 23,9 |

a) Ajustada por idade, pela população padrão mundial, modificada por Doll e colaboradores (1966).

Tabela 2 - Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) de mulheres por câncer de mama, por faixa etária e coeficiente de anos potenciais de vida perdidos (CAPVP), por ano de ocorrência, no Estado do Rio Grande do Norte. Brasil, 1988 a 2007

| Ano | APVP ^a por faixa etária | | | | | Total | CAPVP ^b |
|--------------|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|--------------------|
| | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | | |
| 1988 | 45,5 | 284,0 | 229,5 | 155,0 | 55,0 | 769,0 | 1,4 |
| 1989 | 0,0 | 248,5 | 255,0 | 201,0 | 38,5 | 744,0 | 1,3 |
| 1990 | 45,5 | 248,5 | 331,5 | 124,0 | 77,0 | 827,0 | 1,4 |
| 1991 | 45,5 | 106,5 | 357,0 | 232,5 | 77,0 | 819,0 | 1,3 |
| 1992 | 91,0 | 213,0 | 204,0 | 186,0 | 71,5 | 766,0 | 1,2 |
| 1993 | 0,0 | 177,5 | 408,0 | 232,5 | 44,0 | 862,0 | 1,4 |
| 1994 | 0,0 | 284,0 | 433,5 | 232,5 | 60,5 | 1.011,0 | 1,6 |
| 1995 | 0,0 | 284,0 | 382,5 | 217,0 | 49,5 | 933,0 | 1,4 |
| 1996 | 91,0 | 319,5 | 535,5 | 341,0 | 66,0 | 1.353,0 | 2,0 |
| 1997 | 45,5 | 106,5 | 306,0 | 356,5 | 110,0 | 925,0 | 1,3 |
| 1998 | 0,0 | 177,5 | 357,0 | 294,5 | 71,5 | 901,0 | 1,3 |
| 1999 | 0,0 | 106,5 | 280,5 | 263,5 | 60,5 | 711,0 | 1,0 |
| 2000 | 0,0 | 248,5 | 229,5 | 341,0 | 115,5 | 935,0 | 1,2 |
| 2001 | 0,0 | 177,5 | 433,5 | 186,0 | 82,5 | 880,0 | 1,1 |
| 2002 | 91,0 | 248,5 | 382,5 | 294,5 | 77,0 | 1.094,0 | 1,4 |
| 2003 | 0,0 | 142,0 | 714,0 | 217,0 | 143,0 | 1.216,0 | 1,5 |
| 2004 | 45,5 | 355,0 | 816,0 | 279,0 | 148,5 | 1.644,0 | 2,0 |
| 2005 | 136,5 | 319,5 | 382,5 | 341,0 | 115,5 | 1.292,0 | 1,6 |
| 2006 | 45,5 | 248,5 | 484,5 | 527,0 | 148,5 | 1.454,0 | 1,7 |
| 2007 | 0,0 | 248,5 | 739,5 | 713,0 | 148,5 | 1.850,0 | 2,0 |
| TOTAL | 682,5 | 4.544,0 | 8.262,0 | 5.734,5 | 1.490,5 | 20.989,0 | — |
| % | 3,3 | 21,6 | 39,4 | 27,3 | 7,1 | 100,0 | — |
| MÉDIA | 34,1 | 227,2 | 413,1 | 286,7 | 87,7 | 1.049,5 | 1,5 |

a) APVP: anos potenciais de vida perdidos

b) CAPVP: coeficiente de anos potenciais de vida perdidos

essa perda, com 46,3% (5.022,0) dos APPrVP, variando de 139,5 APPrVP em 1988 e 2000 a 496,0 APPrVP em 2004: uma média de 251,1 APPrVP. Na faixa etária de 50 a 59 anos, correspondendo a uma variação percentual relativa de 360% de APPrVP entre o primeiro e o último ano da série, houve uma perda de 2.035 APPrVP em sua totalidade (Tabela 3).

No estudo de evolução temporal da mortalidade, apresentou-se um aumento na tendência de crescimento, principalmente quando a série foi dividida em

dois períodos: de 1988 a 1998; e de 1999 a 2007. No primeiro período, houve uma tendência crescente, com incremento médio de 0,174 e um valor $p < 0,057$. No segundo período, houve um incremento de 0,657, resultado estatisticamente significativo, e valor $p < 0,002$ (Figura 1).

Para o primeiro período da série, o CAPVP também apresentou um aumento na tendência de crescimento, com um incremento médio de 0,020. No segundo período, esse aumento foi mais significativo, com

Tabela 3 - Anos Produtivos de Vidas Perdidos (APrVP) em mulheres por câncer de mama, segundo faixa etária, ano de ocorrência e seus coeficientes, no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 1988 a 2007

| Ano | APrVP ^a por faixa etária | | | | Total | CAPrVP ^b |
|--------------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|---------------------|
| | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | | |
| 1988 | 35,5 | 204,0 | 139,5 | 55,0 | 434,0 | 0,8 |
| 1989 | 0,0 | 178,5 | 155,0 | 71,5 | 405,0 | 0,7 |
| 1990 | 35,5 | 178,5 | 201,5 | 44,0 | 459,5 | 0,8 |
| 1991 | 35,5 | 76,5 | 217,0 | 82,5 | 411,5 | 0,7 |
| 1992 | 71,0 | 153,0 | 124,0 | 66,0 | 414,0 | 0,7 |
| 1993 | 0,0 | 127,5 | 248,0 | 82,5 | 458,0 | 0,7 |
| 1994 | 0,0 | 204,0 | 263,5 | 82,5 | 550,0 | 0,9 |
| 1995 | 0,0 | 204,0 | 232,5 | 77,0 | 513,5 | 0,8 |
| 1996 | 71,0 | 229,5 | 325,5 | 121,0 | 747,0 | 1,1 |
| 1997 | 35,5 | 76,5 | 186,0 | 126,5 | 425,5 | 0,6 |
| 1998 | 0,0 | 127,5 | 217,0 | 104,5 | 449,0 | 0,6 |
| 1999 | 0,0 | 76,5 | 170,5 | 93,5 | 340,0 | 0,5 |
| 2000 | 0,0 | 178,5 | 139,5 | 121,0 | 439,0 | 0,6 |
| 2001 | 0,0 | 127,5 | 263,5 | 66,0 | 457,0 | 0,6 |
| 2002 | 71,0 | 178,5 | 232,5 | 104,5 | 586,5 | 0,7 |
| 2003 | 0,0 | 102,0 | 434,0 | 77,0 | 613,0 | 0,8 |
| 2004 | 35,5 | 255,0 | 496,0 | 99,0 | 885,5 | 1,1 |
| 2005 | 106,5 | 229,5 | 232,5 | 121,0 | 689,0 | 0,8 |
| 2006 | 35,5 | 178,5 | 294,5 | 187,0 | 695,5 | 0,8 |
| 2007 | 0,0 | 178,5 | 449,5 | 253,0 | 881,0 | 1,0 |
| TOTAL | 532,5 | 3.264,0 | 5.022,0 | 2.035,0 | 10.853,5 | — |
| % | 4,9 | 30,1 | 46,3 | 18,7 | 100,0 | — |
| MÉDIA | 26,6 | 163,2 | 251,1 | 101,8 | 542,7 | 0,8 |

a) APrVP: anos produtivos de vida perdidos

b) CAPrVP: coeficiente de anos produtivos de vida perdidos

incremento médio de 0,116, $R^2=0,734$ e um valor $p<0,001$ (Figura 2).

A tendência de crescimento nos APrVP foi evidenciada com um incremento de 0,003 no primeiro período. No segundo período, a tendência de crescimento ficou mais evidente, com uma significância estatística de $p<0,007$, um incremento médio de 0,057 e $R^2=0,617$ (Figura 3).

Discussão

As análises aqui realizadas sobre o comportamento do câncer de mama no Rio Grande do Norte mostram que risco de morte por essa causa cresceu no período estudado, passando de 8,0/100 mil mulheres em 1988 para 13,8/100 mil mulheres em 2007, correspondendo a um aumento de 72,5% na mortalidade entre o pri-

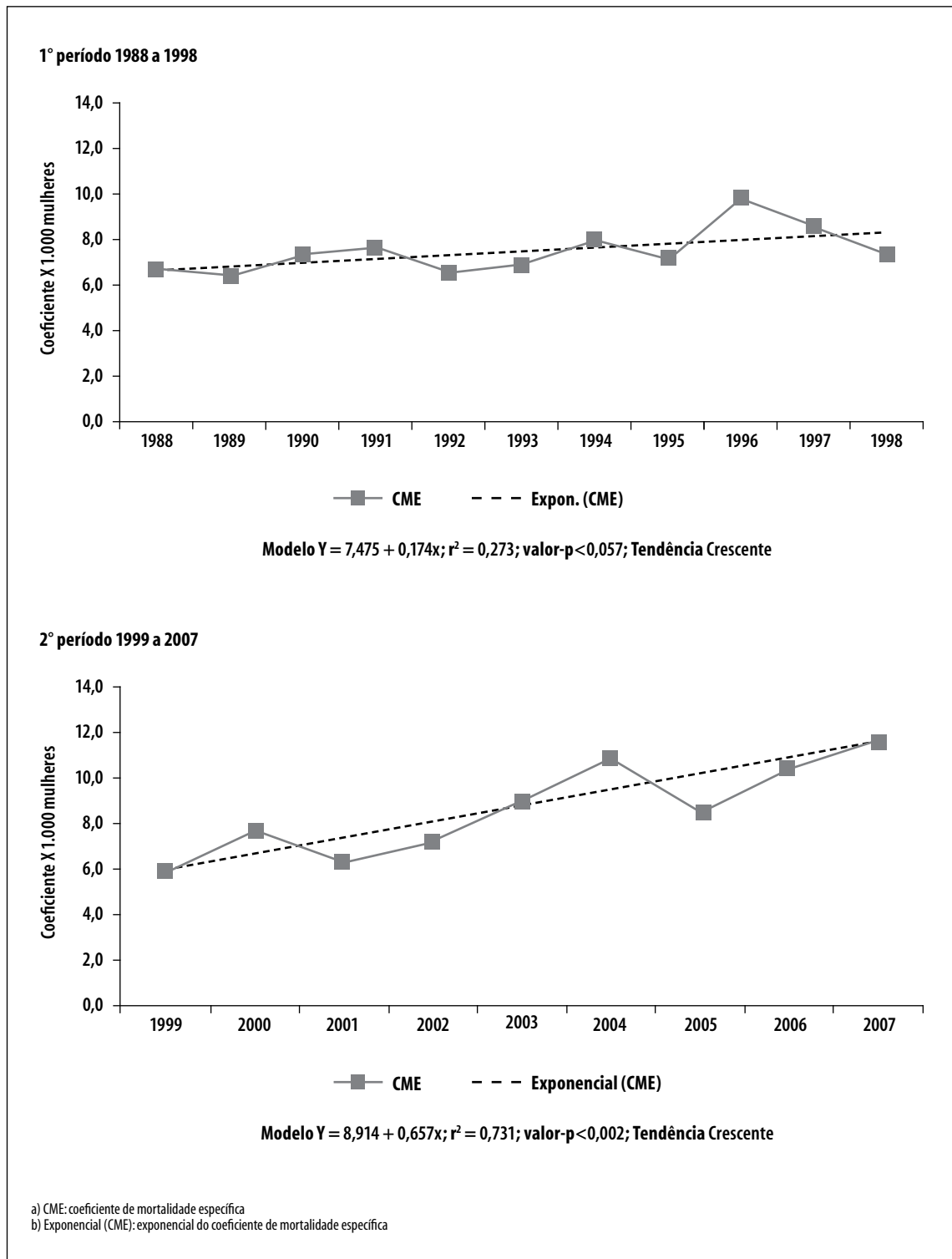


Figura 1 - Tendência da mortalidade por câncer de mama no Rio Grande do Norte. Brasil, 1988 a 1998 e 1999 a 2007

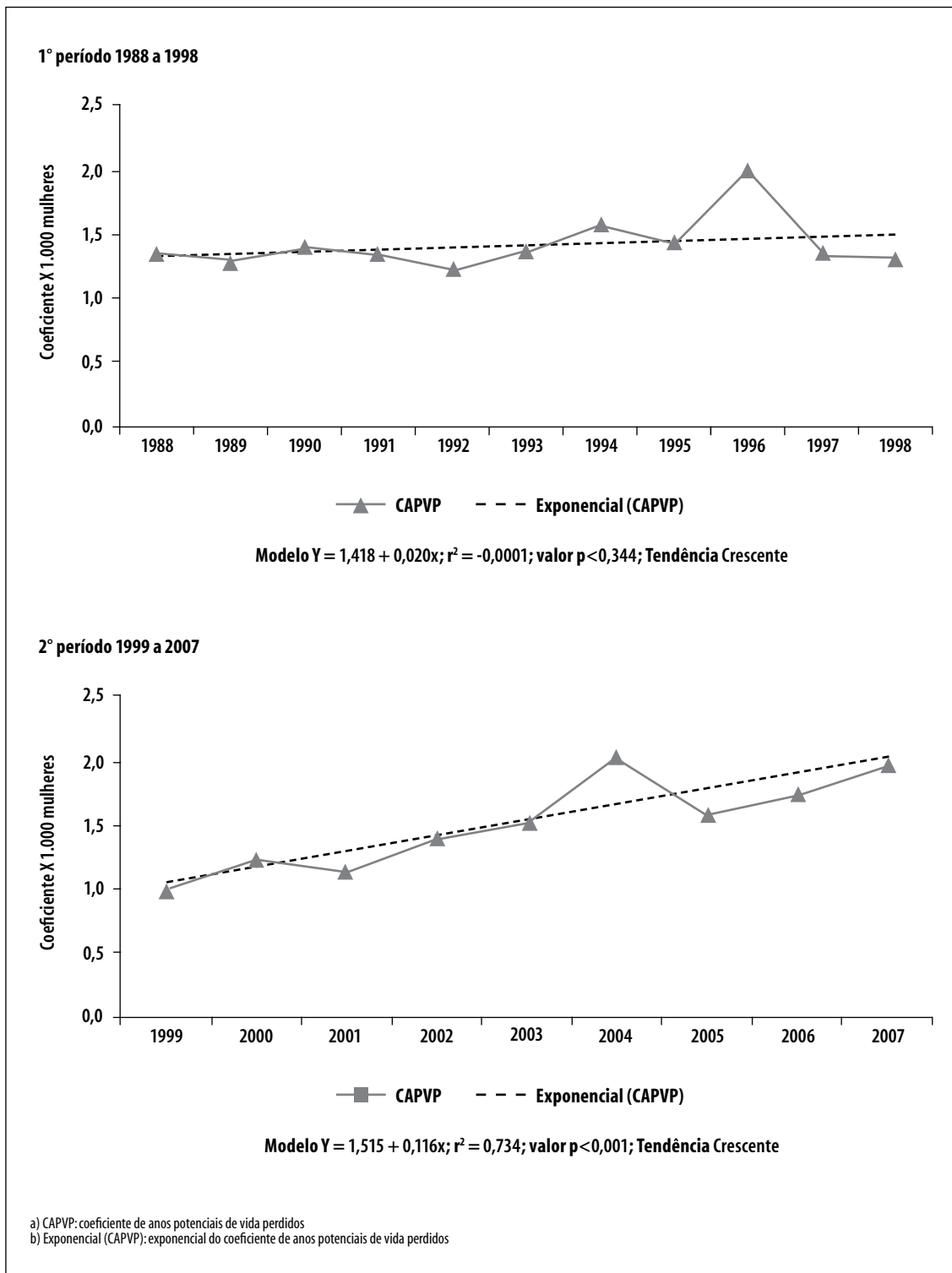


Figura 2 - Tendência dos Anos Potenciais de Vida Perdidos, por câncer de mama no Rio Grande do Norte. Brasil, 1988 a 1998 e 1999 a 2007

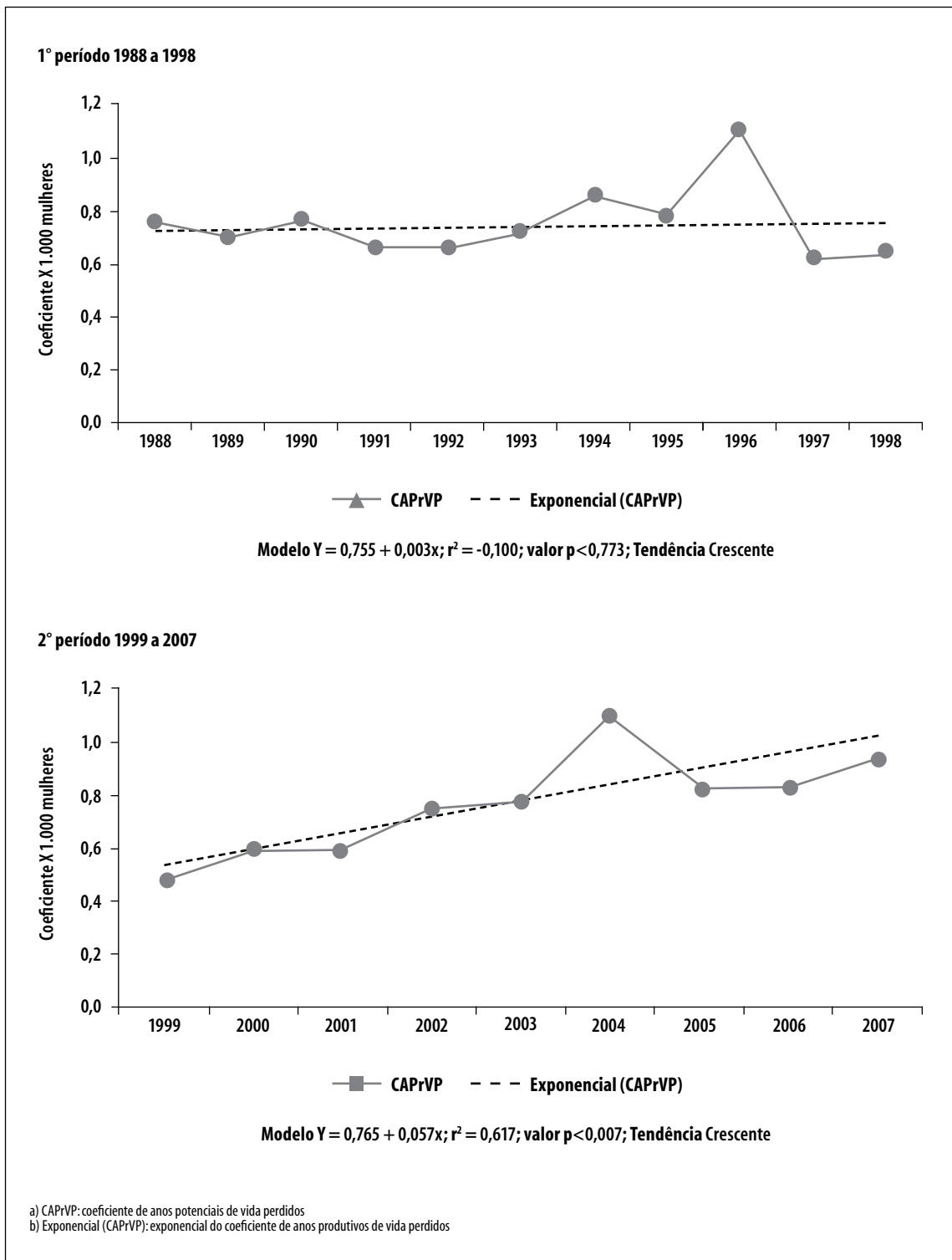


Figura 3 - Tendências dos Anos Produtivos de Vida Perdidos, por câncer de mama no Rio Grande do Norte. Brasil, 1988 a 1998 e 1999 a 2007

meiro e o último ano da série. A tendência de crescimento também foi evidenciada no Brasil, de 9,76 para 12,64/100 mil mulheres; e no Nordeste, de 4,78/100 mil para 9,59/100 mil, no mesmo período.^{12,17}

O aumento do crescimento médio anual da tendência da mortalidade no primeiro período, de 0,17 para 0,65 no segundo período, mostra a necessidade de adoção de medidas mais imediatas e eficazes, como forma de diminuir o número de óbitos por câncer de mama no Estado. Estudos têm demonstrado que as medidas adotadas para o diagnóstico precoce, conscientização da população e melhor preparo dos profissionais de saúde contribuem, de forma significativa, para uma redução nas taxas de mortalidade por essa causa.^{3,4,12,15}

Analisando-se a mortalidade por câncer segundo faixa etária no Rio Grande do Norte, percebeu-se que o padrão estava em consonância com o apontado pela literatura.⁴ Observou-se que o risco é mais elevado entre mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, mais precisamente na faixa etária de 60 a 69 anos.²⁷

Estudos comprovam que nos EUA, a partir de 1990, com um incremento no diagnóstico precoce e tratamento com maior eficácia, o número de óbitos em mulheres abaixo de 50 anos, diminuiu 3,2% a cada ano; na faixa etária acima de 50 anos, o número de óbitos caiu em 2,0%.⁴

O diagnóstico na fase inicial, além de reduzir a mortalidade pelo câncer, aumenta a chance da doença ainda não ter invadido linfonodos axilares, melhora o prognóstico²⁸ e possibilita a indicação de tratamentos menos agressivos e menores sequelas físicas e psicológicas para a paciente.^{1,6,8,9}

Complementarmente às taxas de mortalidade, houve uma perda de 20.983,5 de APVP para o período estudado, apresentando uma média de 1.049,2 APVP por cada ano de estudo – um aumento considerável, acima da média nos últimos seis anos.

Embora o estudo não tenha calculado os anos perdidos para mulheres com 70 anos de idade ou mais, verificou-se um grande volume de óbitos nesse grupo etário, o que reforça a condição de diagnóstico feito tardiamente.

O emprego de indicadores para a avaliação de causas de morte prematura está relacionado, de forma implícita, com o objetivo da Saúde Pública, que é a prevenção de danos à saúde; no caso da mortalidade, a prevenção se traduz em ações tendentes a postergar a morte, dado ser esse um evento inevitável. Contudo,

a interpretação do indicador APVP, já referenciado, está relacionada com a redução da quantidade de vida potencial que ocasiona o óbito e deve nos alertar para a necessidade urgente de prevenção dessas mortes, definindo prioridades.²²

Os APrVP também apontaram uma situação preocupante, onde ficou evidenciada uma perda significativa de óbitos em mulheres todavia em idade produtiva, de certa forma apresentando um impacto socioeconômico, conforme referência de estudo realizado no Recife, capital de Pernambuco, no período de 2000 a 2002, onde o câncer de mama foi a segunda causa (22,82%) entre as neoplasias, na distribuição dos auxílios-doença.²⁰

Deve-se, contudo, salientar que possíveis distorções em análises que utilizam séries históricas no Brasil¹⁹ decorrem de diagnósticos da causa básica assinalados pelo médico ou outro responsável pelo preenchimento nas declarações de óbito e podem, ademais, estar sujeitas a erros na seleção da causa básica da morte ou na digitação da declaração de óbito procedida no nível central do Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Em relação ao período estudado, não foram analisados os fatores que poderiam contribuir para a elevação do risco de morte, nem as oscilações durante os anos da pesquisa. Deve-se considerar, entretanto, que o sub-registro e subnotificação, falhas no preenchimento das declarações sobre as causas relacionadas ao evento, alterações no modelo de Declaração de Óbito (1996, 2005 e 2007)¹⁹ e alteração no SIM (1996, 2004 e 2007)¹⁹ podem ter influenciado na magnitude da mortalidade no Rio Grande do Norte.

Inquérito domiciliar realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, mostrou que, para as 18 localidades brasileiras analisadas (17 capitais e Distrito Federal), a cobertura autorreferida de realização de mamografia variou de 39,8 a 81,2% entre mulheres de 50 a 69 anos de idade, nos últimos dois anos. O percentual de realização desse exame pelo SUS, contudo, variou de 17 a 54% na mesma faixa etária. Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, 40% das mamografias foram realizadas pela rede SUS e 60,0% pela rede não-SUS.²⁹ Esses percentuais demonstram um número razoável de mulheres que fizeram mamografia conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde; porém a tendência na mortalidade observada no Rio Grande do Norte é de ascensão. Torna-se imprescindível avaliar o que acontece após

a realização desse exame de rastreamento e entender se as mulheres que, eventualmente, possuem o diagnóstico inicial de neoplasia de mama têm acesso ao tratamento e seguimento adequado.

Os resultados apontados por este estudo realçam que o risco de morte por câncer de mama no Rio Grande do Norte acarreta perdas sociais significativas. Faz-se necessário, assim, que os gestores de saúde encarem o câncer de mama como um problema de Saúde Pública, implementando todas as estratégias de prevenção e controle para a doença, que demandam

o fortalecimento das ações voltadas à saúde integral da mulher com a inclusão do diagnóstico precoce do câncer de mama nas unidades básicas de saúde.

Agradecimentos

À Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap/RN), especialmente à Coordenação de Promoção à Saúde e à Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica, pelo apoio e fornecimento dos dados para a concretização deste estudo.

Referências

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19(3):725-733.
2. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12:1779-1790.
3. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, editors. *Cancer Incidence in Five Continents*. Lyon: IARC Sci Publications; 2002.
4. American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2007*. Atlanta: American Cancer Society; 2007.
5. Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *European journal of cancer prevention* 2005; 14(6):497-502.
6. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Research* 2004; 6(6): 229-239.
7. World Health Organization. *Global action against cancer: updated version*. Geneva: WHO; 2005.
8. Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2002; 48(3):250-257.
9. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 1993; 27(1):68-75 [acessado em 27 jan. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n1/11.pdf>.
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca; 2007.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca; 2005.
12. Paulinelli RR, Freitas Junior R, Curado MP, Souza AAE. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2003; 3(1):17-24.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Fontes de Informação: indicadores básicos para a saúde no Brasil – conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS; 2002.
14. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Atlas de mortalidade por câncer no Brasil* [Internet]. [Acessado durante o ano de 2008, para informações de 1988 a 2007]. Disponível em <http://mortalidade.inca.gov.br/prepararModelo04.action>
15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro: Inca; 2003.
16. Brito C. *Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999*. Rio de Janeiro: Inca; 2002.
18. Malta DC, Cezario AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. *A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do*

- Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(3):47-65.
19. Laurenti R, Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4):909-920.
 20. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1661-1672.
 21. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs – United States, 1995-1999. *MMWR* 2002; 51(14):300-303.
 22. Romeder JM, McWhinnie JR. Anos de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 anos: un indicador de mortalidad prematura para la planificacion de la salud. In: Buck C, organizador. *El desafio de la epidemiologia, problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, D.C.: OPAS; 1988.
 23. Santana VS, Araújo Filho JB, Silva M, Albuquerque OPR, Barbosa BA, Nobre LCC, et al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Caderno Saúde Pública* 2007; 23(11):2643-2652.
 24. Lessa I. Tendência dos anos produtivos de vida perdidos por mortalidade precoce por doença arterial coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2002; 79(6):611-622.
 25. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto GH, Haimenis RP. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2007; 7(1):23-28.
 26. Derossi SA, Paim JS, Aquino E, Silva LMV. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2001; 47(2): 163-170.
 27. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerologia* 2007; 11(1):13-22.
 28. Mendonça GAS, Silva AM, Caula WM. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2004; 20(5):1232-1239.
 29. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais 1980-2010: Brasil, regiões geográficas e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

Recebido em 27/10/2009
Aprovado em 20/04/2010