



ciência plural

AS INEQUIDADES SOCIAIS E AS DISPARIDADES NA MORTALIDADE POR CÂNCER RELATIVO AO GÊNERO

Inequities social and the inequality in mortality in cancer on the gender

Isabelle Ribeiro Barbosa • Farmacêutica, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabelleribeiro@oi.com.br

Iris do Céu Clara Costa • Odontóloga, Doutora em Odontologia Preventiva e Social, Professora associada IV do Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: iris_odontoufrn@yahoo.com.br

María Milagros Bernal Pérez • Médica, Professora Titular do Departamento de Microbiologia, Medicina preventiva y salud publica, Universidad de Zaragoza – Espanha. E-mail: mibernal@unizar.es

Dyego Leandro Bezerra de Souza • Odontólogo, Doutor em Saúde Pública, Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: dysouz@yahoo.com.br

Resumo

O câncer é hoje uma das principais causas de adoecimento e morte nos países de baixa e média renda. Os fatores socioeconômicos como a renda, escolaridade, o gênero, a etnia, além da variação geográfica na disponibilidade e prestação de cuidados são apontados como determinantes importantes para a mortalidade por câncer. No Brasil, as desigualdades históricas e marcantes que se apresentam entre as regiões brasileiras são refletidas na estruturação e amplitude das políticas públicas que enfocam a saúde do homem e da mulher, impactando de forma diferencial na incidência e mortalidade pelos cânceres que são específicos ao gênero. Nesse sentido, parece urgente a implantação de políticas públicas de saúde direcionadas às populações mais afetadas associadas à diminuição das iniquidades sociais e de acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce e a tratamentos no intuito de reduzir as disparidades na mortalidade por câncer no Brasil.

Palavras-chave: Neoplasias, Iniquidade social, Saúde do Homem, Saúde da mulher, Mortalidade.

Abstract

Cancer is a major cause of illness and death in low- and middle-income countries. Socioeconomic factors such as income, education, gender, ethnicity, beyond the geographic variation in the availability and care identified as important determinants of cancer mortality. In Brazil, the historical and striking inequalities that arise between the Brazilian regions are reflected in the structure and scope of public policies that focus on the health of man and

woman, impacting differentially on the incidence and mortality for cancers that are specific to the gender. In this sense, it seems urgent to implement public health policies directed to the most affected populations associated with the reduction of social inequalities and access to primary prevention, early diagnosis and treatment in order to reduce disparities in cancer mortality in Brazil.

Keywords: Neoplasm, Social iniquity, Men's Health, Women's health, Mortality.

Considerações iniciais

Datam do século 20 os primeiros estudos relativos à complexa transformação dos padrões de saúde-doença no mundo e de sua interação com determinantes demográficos, econômicos e sociais. As evidências produzidas no decorrer de décadas, constatando desigualdades em saúde amplas e evitáveis, conduziram agências e organismos multinacionais a promover iniciativas destinadas a estimular a incorporação da questão da equidade em saúde nas agendas políticas e a desenvolver estratégias de enfrentamento do problema¹.

Uma das perspectivas mais importantes deste processo de reorientação analítica foi a ênfase em “ciclos de vida” e trajetórias singulares dos grupos sociais, a fim de caracterizar a vulnerabilidade e a exposição diferencial aos agravos à saúde. Os estudos que abordavam os chamados “fatores de risco individuais” deram lugar, assim, a enfoques mais amplos que privilegiavam o perfil de acesso a políticas públicas, padrões de consumo e redes de interação social².

Atualmente, é consenso para a Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde que o contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde segundo exposição às condições nocivas e saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidade³.

Alguns estudos têm tentado analisar a contribuição relativa das circunstâncias sociais em diferentes fases da vida: a posição socioeconômica na fase adulta, que pode prever a exposição ocupacional e padrões de vida materiais, sugerindo exposição a fatores de risco comportamentais, tais como o tabagismo ou consumo de álcool, enquanto o nível de educação captura as habilidades de uma pessoa na prevenção de danos à saúde e/ou enfrentamento da doença através de caminhos mais apropriados de cuidados⁴.

A vulnerabilidade social e a mortalidade por câncer

Modelos conceituais relacionados a fatores socioeconômicos e de estruturação dos serviços de saúde, incluindo aspectos relacionados aos diferentes níveis de exposição a fatores de risco e de acesso a diagnóstico, tratamento e prevenção explicam, por exemplo, as iniquidades na mortalidade por câncer entre os grupos socioeconômicos e étnicos, bem como a diferença nas taxas de sobrevivência para a maioria dos tumores em homens e mulheres⁵.

Antes pensado como um problema exclusivo de países desenvolvidos, o câncer é hoje uma das principais causas de morte e adoecimento em países de baixa e média renda, e, portanto, uma prioridade de saúde para esses países que atualmente já aportam a maior carga de câncer no mundo, porém, com sistemas de saúde particularmente despreparados para atender a este desafio. O resultado das elevadas incidências, principalmente dos cânceres relacionados às infecções, associadas à desestruturação dos sistemas de cuidado ao paciente com

câncer, onde as intervenções para detecção precoce e tratamentos efetivos permanecem inacessíveis para a maioria das pessoas, resultam em elevadas taxas de mortalidade nos países pobres ou em desenvolvimento⁶.

Além disso, as mudanças no padrão demográfico que ocorreram nesses países acarretaram importantes implicações para as políticas sociais, especialmente para as políticas de saúde. Nas economias mais desenvolvidas, o fato do envelhecimento populacional ter ocorrido de forma gradativa, foi possível promover a organização dos sistemas de previdência e de saúde de forma a acomodar o aumento da demanda nesses setores, processo que não ocorreu nos países em desenvolvimento⁷.

Os fatores socioeconômicos são apontados como determinantes importantes na incidência e mortalidade por câncer. Esses fatores são condicionantes de desigualdades na carga de câncer, não somente observadas entre os países, como também dentro de um mesmo país.

As evidências demonstram que os grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado elevada mortalidade por câncer em geral devido a maior proporção de diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio de rastreamento; maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico de câncer; maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis⁸.

A idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas), entre outros, têm sido identificados como um dos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou. A limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras socioeconômicas, culturais, e geográficas também se apresenta como responsável pela baixa cobertura dos exames de citologia oncológica⁹.

Estudos recentes realizados nos Estados Unidos relatam que um maior percentual de pessoas do sexo feminino com cânceres de pulmão, brônquios, câncer no sistema genital, e outros cânceres em estágios avançados de primeiro diagnóstico foram associados com um maior grau de privação socioeconômica¹⁰.

Em um estudo sobre a mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil, observou-se a existência de associação entre as condições socioeconômicas (estilo de vida) e o câncer oral, mostrando que grupos socialmente desprivilegiados tendem a ter um maior contato com os fatores de risco (tabaco e álcool), como também precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais¹¹.

Essas diferenças na mortalidade por câncer observadas dentro dos países podem ser atribuídas, inclusive, à variação geográfica na disponibilidade e prestação de cuidados. Beccaro et al.¹², analisando o acesso aos cuidados paliativos para pacientes com câncer na Itália, observaram que o acesso e encaminhamento a especialista em serviços de cuidados paliativos são desigualmente distribuídos entre pacientes com câncer: esses são menos propensos a receber cuidados paliativos se são idosos, se não têm apoio de um cuidador, se tem um baixo status socioeconômico e um curto período de sobrevivência em longo prazo.

As etnias também afetam a incidência e mortalidade por câncer e, muitas vezes, as disparidades raciais são marcantes e podem resultar de causas complexas. As taxas de mortalidade de vários tipos de câncer mais comuns são maiores entre os negros em comparação com qualquer outro grupo étnico/racial. Nos Estados Unidos, para todos os tipos de câncer combinados, a taxa de mortalidade entre os negros é 25% maior do que entre os brancos¹³.

Diferenciais na mortalidade por câncer segundo o gênero no Brasil

O Brasil é um país grande e complexo que está processando uma rápida mudança econômica, social e ambiental. Apesar de ser considerado atualmente uma das maiores economias emergentes do planeta, as desigualdades na distribuição da renda ao longo da história produziu abismos sociais marcantes, e as marcas das iniquidades sociais, étnicas e regionais estão refletidas pela pujança das regiões sul e sudeste (onde a expectativa de vida é semelhante a de países ricos) e pelo subdesenvolvimento das regiões norte e nordeste¹⁴.

Apesar dos avanços ocorridos na distribuição da renda nas últimas décadas, estes ainda são poucos expressivos, se considerarmos o grau de desigualdade existente no Brasil. Compreender a situação do nordeste brasileiro é essencial para exemplificar essa assertiva: apesar de abranger 29% da população em meados da década de 1990, o nordeste respondia por apenas 12% do PIB, enquanto 44% dos pobres do país residiam no nordeste¹⁵.

Paralelo às mudanças econômicas, o país viveu nos últimos cinquenta anos uma rápida e importante transição demográfica: o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008. Em 2010, o Índice de Envelhecimento (IE) do Brasil era de 44,8. Todavia, existem marcantes desigualdades entre as pirâmides populacionais das regiões brasileiras: o Sul (54,94) e Sudeste (54,59) se equiparavam com o maior IE e o Norte (21,84) apresentava o menor IE¹⁶.

Essas desigualdades históricas e marcantes que se apresentam entre as regiões brasileiras são refletidas nos níveis de saúde da população. No estudo das tendências e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no estado do Paraná, no Sul do Brasil, as regionais com tendência de aumento na mortalidade apresentaram proporção significativamente mais elevada de analfabetismo e de adultos (15 anos ou mais) com menos de 04 anos de estudo, e renda per capita e IDH inferiores¹⁷. Esse quadro de desigualdade reflete-se também na desigualdade racial, que está relacionado tanto a fatores estruturais - como escolaridade, e renda - quanto à discriminação racial. Estudos têm demonstrado que as mulheres negras estão expostas a tratamentos inadequados e ações insuficientes de cuidado e prevenção em saúde, principalmente no âmbito da saúde reprodutiva¹⁸.

A tese intitulada "Tendências e projeções da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no Brasil"¹⁹ analisou as tendências da mortalidade pelos cânceres genitais masculinos e femininos, bem como por câncer de mama feminina, e realizou a projeção do número de óbitos e taxas de mortalidade esperados por esses cânceres até o ano de 2030, para o Brasil, regiões brasileiras e estados da federação. O estudo permitiu identificar três padrões que ocorrem de forma diferenciada nas regiões brasileiras: (1) o padrão de tendência de aumento das taxas de mortalidade na série histórica de 1996 a 2010, observadas nas regiões norte e nordeste, para as quais o aumento continuará ocorrendo até o ano de 2030, de acordo com as projeções realizadas, com destaque para os cânceres de mama, colo de útero e próstata; (2) o padrão de redução das taxas nas regiões sudeste e sul, consideradas as mais desenvolvidas do país; (3) e o terceiro padrão, que foi de estabilidade, registrado para a região centro oeste. Além da discrepância na distribuição geográfica da mortalidade, o estudo observou que essas diferenças serão aprofundadas no futuro. A partir das projeções de mortalidade até o ano 2030, verificar-se-ão que as maiores taxas serão registradas nas regiões menos desenvolvidas do Brasil. Destaca-se também a diferença no padrão na mortalidade no conjunto das neoplasias malignas entre os gêneros, apontadas pela redução das

taxas de mortalidade para o sexo masculino e da razão entre os sexos até o ano 2030. Foram enfatizadas as taxas de mortalidade pelos cânceres de testículos, ovários e pênis, que apresentaram tendência de aumento significativo para o Brasil e para a maioria das regiões brasileiras, seguindo uma tendência mundial de aumento significativo¹⁹.

É relevante considerar também a disponibilidade e o acesso aos serviços de oncologia no Brasil. Analisando sob o aspecto referente ao estadiamento do câncer no momento do diagnóstico relata-se que, em geral, o diagnóstico é feito quando a doença já se apresenta em estádios avançados. Na pesquisa envolvendo 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados aos 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 diagnóstico. Esses dados refletem problemas no acesso aos serviços, revelando, sobretudo, carência de centros de oncologia fora das grandes capitais do país²⁰.

A introdução do rastreamento para o câncer de mama em países desenvolvidos provou que essa medida reduziu de forma importante a incidência e a mortalidade da doença e prolongou a sobrevivência das pacientes. Isso, no entanto, não foi observado em países de baixa renda onde o acesso a cuidados primários e especializados é limitado. O grande desafio para esses países é assegurar estratégias que permitam o diagnóstico precoce desse câncer e a redução da tendência da mortalidade²¹.

Ainda na avaliação da mortalidade por câncer e as desigualdades entre os gêneros, é importante ressaltar as diferenças na estruturação e amplitude das políticas públicas que enfocam a saúde do homem e da mulher no Brasil, no que diz respeito à vigilância e o controle dos cânceres genitais.

As políticas públicas de saúde destinadas às mulheres começam a surgir no Brasil, já nos anos 1930, centradas na chamada saúde materno-infantil. Em 1983, foi criado o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil. Além de outros avanços, esse documento agregou a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico²².

Todavia, a atenção à saúde do homem não se desenvolveu ao mesmo passo que as políticas de saúde voltadas às mulheres. Apenas no ano de 2008, quase 25 anos depois do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi lançada a “Política Nacional para a Assistência Integral à Saúde do Homem” (PNAISH)²³.

Um dos pontos em comum das Políticas de atenção Integral à saúde do Homem e da Mulher é a assistência à saúde reprodutiva, com enfoque nas neoplasias malignas que acometem os órgãos do sistema reprodutivo masculino e feminino²²⁻²³. Porém, percebe-se a desigualdade na disponibilidade dos serviços de saúde quando se compara a quantidade de profissionais médicos especialistas na saúde reprodutiva do homem e da mulher disponíveis na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (cnes.datasus.gov.br), em janeiro de 2015, estavam registrados com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) 18.590 médicos ginecologistas, enquanto havia 2.048 médicos urologistas.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o responsável pela elaboração e revisão das diretrizes específicas para a vigilância e o controle dos cânceres de mama, de colo de útero e de próstata, dentre outros cânceres de importância epidemiológica no Brasil. Atualmente, a diretriz que orienta as ações relacionadas à vigilância, tratamento, e controle do câncer no Brasil é a Portaria GM/MS nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

Sistema Único de Saúde²⁴, além da Portaria GM/MS nº 2.439/2005 que implantou a Política Nacional de Atenção Oncológica²⁵.

O quadro de saúde oncológica descrita atualmente para o Brasil pode ser reflexo da ineficiência dos programas de assistência e controle dessas enfermidades, que não conseguiram estabelecer de forma ostensiva um programa de screening para a população alvo, além de não ter um suporte de serviços de saúde que ofertem com quantidade e qualidade o aparato diagnóstico e de tratamento para o paciente com câncer, já que a maior parte dos cânceres genitais e de mama é passível de programas de monitoramento já estabelecidos internacionalmente e/ou são alvo de medidas preventivas simples e de baixo custo aplicáveis pela atenção primária à saúde.

A partir da análise do contexto social e epidemiológico do câncer no Brasil, parece urgente a implantação de políticas públicas de saúde direcionadas às populações mais afetadas associadas à diminuição das iniquidades sociais e de acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce e a tratamentos no intuito de reduzir as iniquidades na mortalidade por câncer no Brasil.

Além desses elementos estruturais da sociedade, as mudanças que se processaram no país nas últimas décadas, representada por uma transição demográfica rápida e tardia, acompanhada de uma transição epidemiológica caracterizada pela polarização de doenças relacionadas à pobreza e doenças crônicas não-transmissíveis, acrescido da modificação dos estilos de vida, podem explicar a atual situação da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no país.

Portanto é imprescindível que essas políticas analisem a situação de saúde e contribuam para a gestão e a alocação de recursos para as áreas prioritárias, além do suporte ao planejamento de medidas de saúde pública para os grupos mais vulneráveis, como o controle dos fatores de risco, a imunização da população para evitar infecções relacionadas ao câncer e a execução dos programas de *screening* (quando aplicáveis), que sejam capazes de modificar, em longo prazo, a carga da doença e da mortalidade na população.

Financiamento: Esse projeto foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (CAPES), através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), processo número 99999.002059/2014-02, e do Edital Universal do CNPq, processo número 481805/2013-3.

Referências

1. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CJG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):755-3768.
2. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):667-673.
3. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. *Temas em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
4. Merletti F, Galassi C, Spadea T. The socioeconomic determinants of cancer. *Environ Health*. 2011;10(Suppl1):1-7.

5. Gong G, Belasco E, Hargrave KA, Lyford CP, Philips BU Jr. Determinants of delayed detection of cancers in Texas Counties in the United States of America. *Int J Equity Health*. 2012;11(29):1-9.
6. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *Lancet*. 2012;13(8):790-801.
7. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):410-418.
8. Wünsch-Filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(3):427-450.
9. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-2338.
10. Philips JR BU, Belasco E, Markides KS, Gong G. Socioeconomic deprivation as a determinant of cancer mortality and the Hispanic paradox in Texas, USA. *Int J Equity Health*. 2013;12(26):1-9.
11. Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Rocalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):321-327.
12. Beccaro M, Constatini M, Merlo DF. Inequity in the provision of and Access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *BMC Public Health*. 2007;7(66):1-13.
13. Wagner SE, Hurley DM, Hébert JR, McNamara C, Bayakly AR, Vena JE. Cancer mortality-to-incidence ratios in Georgia: describing racial cancer disparities and potential geographical determinants. *Cancer*. 2012;118(16):4032-4045.
14. Victora CG. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377:2042-2053.
15. Monasterio L, Cruz BO, Pereira RHM, Veloso JFA. Desigualdade regional recente: uma nota a partir de dados estaduais. *Comunicados Ipea*. 2010;(71):1-13.[Internet][capturado 20 maio 2013]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101214_comunicado_ipea71.pdf.
16. Closs VE, Schwanke AHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*. 2012;15(3):443-458.
17. Müller EV, Biazevic MGH, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2495-2500.
18. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodriguez QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto & contexto Enferm*. 2013;22(2):285-292.

19. Barbosa IR. Tendências e projeções da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no Brasil[tese]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, RN, 2015.
20. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Editorial. Rev bras ginecol obstet. 2008;30(5):216-218.
21. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. Revista Saúde Pública. 2014;48(3):459-467.
22. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.
23. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 46p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).[internet][capturado 21 fevereiro 2015] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.[internet][capturado 21 fevereiro 2015] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.