

CANCRO do COLO do ÚTERO em ANGOLA:

Casos de Luanda e Bengo

**Edson Joaquim Mayer Alfredo, MD. MSc*¹, Ema C. Branco Fernandes, MD. MSc. PhD*²,
Emanuel Catumbela, MD. PhD*³ e Adão Paulo Campos, MD. MSc. PhD*⁴.**

1 - Estudante do Mestrado de Epidemiologia de Campo e Laboratorial, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto;

2 - Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

3 - Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

4 - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A magnitude do cancro cervical (CC) é desconhecida em Angola. Os dados reportados pelo IACC entre os anos 2007 e 2011, colocam o CC na segunda posição, com uma prevalência estimada em 16,5%. Este estudo teve como objectivo identificar a prevalência de lesões precursoras e de CC em mulheres em idade reprodutiva submetidas ao rastreio.

METODOLOGIA: Estudo observacional, descritivo, transversal, sobre rastreio de CC em Luanda (Maternidade Lucrécia Paím e Instituto Nacional de Controlo do Cancro) e em Caxito, Bengo, Angola, entre os anos de 2012 e 2014. Variáveis: sociodemográficas, vida reprodutiva e sexual. Para a análise descritiva dos dados foi usado o Epi info, versão 3.2.5.

RESULTADOS: A prevalência de lesões foi de 31.7% (743/2341) em 2.341 processos analisados, distribuídas em 527 (23%) lesão de baixo grau, 204 (9%) lesão de alto grau, 12 (1%) cancro invasivo. A média de idade das mulheres foi de 40.8±11 anos, 1026 (44%) eram analfabetas ou com o ensino primário feito, 1337 (57%), com primeiro acto sexual entre os 14 e 17 anos, 51 (13%) referiram ter quatro ou mais parceiros prévios e 1058 (44%) com 5 a 10 gestações.

CONCLUSÃO: A prevalência de lesões precursoras do CC é alta na população estudada. Medidas educativas massivas sobre a doença devem ser implementadas, associadas a programas de rastreio sistemáticos que garantam a detecção precoce de lesões precursoras, tratamento oportuno e seguimento das mulheres com a doença em estágio avançado.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

EDSON JOAQUIM MAYER ALFREDO

ENDEREÇO: Rua do Dio S/N, Centro da cidade, Malanje, Angola

EMAIL: edmayeredo@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE:

*Cancro Cervical, Prevalência,
Lesões Precursoras, Rastreio*

CERVICAL CANCER IN ANGOLA: Luanda and Bengo Cases

ABSTRACT:

INTRODUCTION: The magnitude of cervical cancer (CC) is unknown in Angola. The data reported by the IACC between 2007 and 2011 place CC in second position, with an estimated prevalence of 16.5%. This study aimed at identifying a prevalence of precursor lesions and CC in women in reproductive age submitted to screening.

METHODOLOGY: Cross-sectional study on CC screening in Luanda (Maternidade Lucrecia Paím and Instituto Nacional de Controlo do Cancro) and Caxito, Bengo, Angola, between years 2012 and 2014. Variables: sociodemographic, reproductive and sexual life. Epi info version 3.2.5 was used for the descriptive analysis of the data.

RESULTS: The prevalence of lesions was 31.7% (743/2341) in 2341 cases analyzed, distributed in 527 (23%) low-grade lesions, 204 (9%) high-grade lesions, and 12 (1%) invasive lesions. The mean age was 40.8 ± 11 years, 1026 (44%) were illiterate or with primary education done, 1337 (57%) with first intercourse between the ages of 14 and 17, and 51 (13%) reported four or more partners, 1058 (44%) with 5 to 10 pregnancies.

CONCLUSION: The prevalence of precursor lesions of CC is high in the study population. Massive educational measures on the disease should be implemented in association with systematic screening programs to ensure the early detection of precursor lesions, timely treatment and follow-up of women with advanced stage disease.

KEYWORDS:

Cervical Cancer, Prevalence, Precursor Injuries, Screening.

INTRODUÇÃO:

O cancro cervical (CC) manifesta-se com sangramento, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias e intestinais nos casos mais avançados. Interfere nas condições de saúde e na qualidade de vida das mulheres, incluindo a sexualidade, trabalho, produção económica, cultural, relações familiares e sociais.¹

É o terceiro cancro mais comum entre as mulheres em termos globais, com incidência estimada em 5 anos

de aproximadamente 527.624 novos casos e 265.672 mortes, em que cerca de 87% destas ocorrem em países menos desenvolvidos.²

Em países desenvolvidos, as taxas de incidência foram de 9,0 por 100.000 mulheres e a de mortalidade de 3,2 por 100.000 mulheres, o que representa aproximadamente 2,2% de todos os casos novos e de 2,7% das mortes associadas à doença.³

No continente africano as taxas de incidência variam na ordem de 34,5% na África Oriental, 33,7% na África Ocidental e 31,7% na subsaariana. Nestas regiões, os países com taxas de incidência mais críticas foram a Guiné Conacri, com 56,3%, Zâmbia com 52,8% e Camarões com 51,7%.^{3,4}

De forma geral, o perfil das mulheres acometidas incide sobre aquelas em idade reprodutiva, com pico entre 45 e 49 anos de idade; contudo, tem-se registado o aumento cada vez maior de casos em mulheres mais jovens. A causa é múltipla, incluindo o início precoce da actividade sexual, baixo nível socioeconómico e educacional, gestação na adolescência, multiparidade, parceiros sexuais múltiplos e o tabagismo, o que as predispõem a infecção pelo HPV, seu principal factor de risco.^{5,6} Destaca-se ainda a imuno-supressão transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), uso de contraceptivo oral por longo período e co-infecção de outras doenças sexualmente transmissíveis. Constituem factores protectores do CC o conhecimento das formas de prevenção, atitude rotineira em realizar o rastreio, bem como disponibilidade e acessibilidade dos serviços de rastreio garantidos pelos sistemas de saúde de cada país.⁷

O CC persiste como problema de saúde pública, apesar dos avanços do conhecimento tecnológico disponível para o diagnóstico da doença. No ano de 1928 o médico grego Georgios Papanicolaou desenvolveu a técnica do exame colpocitológico também chamado exame preventivo do colo do útero (PCCU) ou Papanicolau ou ainda citologia oncológica, exame simples, que desde então tem sido utilizado para triagem populacional.¹

Em muitos países, o exame Papanicolau é considerado o método de rastreio mais eficaz, pela sua simplicidade na execução, e por ser seguro, indolor e barato, estando disponível na rede de atenção básica de saúde, principalmente nos países desenvolvidos.^{5,6,8,9,10,11}

Em Angola, a magnitude do CC não é conhecida relativamente a sua incidência, prevalência e taxas de mortalidade, quer em mulheres residentes em áreas urbanas quer no meio rural, que constitui a população de maior risco. Os dados reportados entre 2007 e 2011 indicam que o CC ocupou o segundo lugar entre todos os cancros, com uma prevalência estimada em 16,5%.¹² Este

estudo teve como objectivo identificar a prevalência de lesões precursoras e de cancro cervical em mulheres em idade reprodutiva, submetidas ao rastreio em Luanda e Bengo entre 2012 e 2014.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO:

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal, sobre cancro cervical em Angola, em mulheres assistidas na Maternidade Lucrecia Paím (MLP) e Instituto Angolano do Controlo do Cancro (IACC) em Luanda e na comunidade rural do Bengo, com o apoio de uma clínica móvel.

LOCAL DE ESTUDO:

MLP é uma unidade hospitalar de referência de nível terciário para o atendimento de mulheres com patologia ginecológica e obstétrica, tem o serviço de rastreio baseado no exame de colposcopia, realizado por enfermeiras especializadas e coordenadas por um médico ginecologista, chefe do serviço. O IACC é um estabelecimento público de saúde da rede hospitalar de referência nacional, integrado no Serviço Nacional de Saúde de Angola, para a prestação de assistência no domínio da promoção da saúde, prevenção e tratamento especializado e inovador dos pacientes oncológicos. No Bengo, a área geográfica em estudo foi a comuna de Caxito, Município do Dande, da Província do Bengo, Angola, situado a cerca de 60 km a nordeste de Luanda.

POPULAÇÃO DE ESTUDO:

Em Luanda foram analisados 2244 processos clínicos de mulheres que realizaram o rastreio para detecção precoce do CC, no período em estudo, independentemente do método utilizado. No Bengo revisámos 98 fichas de mulheres que haviam aceite o convite e realizaram o rastreio na Clínica Móvel colocada na comunidade rural de Kikola e Kitongola, para seguimento no Hospital Geral do Dande.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Todas as mulheres que realizaram o rastreio do CC na MLP, IACC e em Caxito.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Quer em Luanda quer no Bengo foram excluídos

processos incompletos, com falta de informação, sem resultado do exame, sem data da realização do exame e com caligrafia ilegível.

VARIÁVEIS:

Sociodemográficas, idade, escolaridade, ocupação e estado civil; variáveis da vida reprodutiva e sexual: idade de início da actividade sexual, número de parceiros sexuais, gestações, partos, abortos, estado do colo e prevalência de lesões precursoras e cancro do colo do útero.

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS:

Foi usada uma grelha para o levantamento de dados com base nos processos clínicos e fichas de mulheres submetidas ao exame de rastreio. A nomenclatura para o diagnóstico e classificação foi feita com base no Sistema Bethesda, agrupados em ASCUS/AGUS, lesões intra-epiteliais de baixo grau (LIEBG), que incluem HPV e NIC I, lesões intra-epiteliais de alto grau (LIEAG), que incluem NIC II e NIC III, e Cancro para o carcinoma escamoso invasivo e adenocarcinoma invasivo.

ANÁLISE DOS DADOS:

Foi utilizado o programa Epi info, versão 3.2.5 para análise dos dados descritivos, apresentando-se os resultados em frequências absoluta e relativa, para variáveis categóricas; para as variáveis contínuas foram usadas medidas de resumo de tendência central e dispersão (média e desvio padrão).

ASPECTOS ÉTICOS:

Por altura da colheita nas mulheres foi delas obtido o consentimento verbal para o rastreio. Aquelas que apresentaram lesões foram encaminhadas para o hospital de referência para tratamento. Os dados secundários foram obtidos após autorização administrativa das entidades responsáveis dos locais de estudo.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 2342 processos de mulheres submetidas ao rastreio, sendo 2.244 em Luanda (MLP 310 e IACC 1934) e 98 no Bengo. Observou-se que a média de idade foi de 40.8±11 anos, sem grande diferença entre os locais de estudo. Globalmente, 788 (34%) tinham o ensino primário, 631 (27%) o ensino médio e 230 (10%) o

ensino superior. Quanto ao emprego, 1479 (63%) estavam desempregadas. Quanto ao estado civil, foi possível obter dados de 416 mulheres e destas 209 (50%) eram casadas e 139 (33%) solteiras. Relativamente à idade de início da actividade sexual, constatou-se que 1337 (57%) tiveram início entre os 14 e 17 anos e 738 (34%) depois de completar 18 anos. No entanto, em Caxito, 48 (49%) mulheres iniciaram a actividade sexual antes de completarem os 15 anos. Relativamente ao número de parceiros sexuais prévios, 174 (43%) referiram ter tido entre 2 a 3 parceiros e 51 (13%) quatro ou mais. Em Caxito, observou-se que 24 (24%) referiram quatro ou mais parceiros sexuais e 45 (46%) 2 a 3 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas ao rastreio do cancro cervical, segundo as características sociodemográficas, Luanda e Bengo. 2012-2014.

Características sociodemográficas	MLP N=310 (%)	IACC N=1934 (%)	Bengo N=98 (%)	TOTAL
Idade média (Desvio Padrão)	38,7 (±12)	43 (±11)	-	40,8 (±11)
Escolaridade				
Analfabeta	28 (9)	165 (9)	45 (46)	238 (10)
Primária	55 (18)	698 (36)	35 (36)	788 (34)
Secundária	67 (22)	373 (19)	14 (14)	454 (19)
Média	108 (35)	519 (27)	4 (4)	631 (27)
Superior	52 (17)	178 (9)	-	230 (10)
Ocupação				
Desempregada	120 (39)	1300 (67)	59 (64)	1479 (63)
Empregada	124 (40)	600 (31)	30 (31)	754 (32)
Outro	66 (21)	34 (2)	9 (5)	109 (5)
Estado Civil				
Casada	146 (46)	-	63 (64)	209 (50)
Viúva	16 (5)	-	2 (2)	18 (4)
Separada	23 (7)	-	4 (4)	27 (6)
Solteira	112 (36)	-	27 (28)	139 (33)
Sem Informação	23 (7)	-	-	23 (6)
Idade de início da actividade sexual				
≤14 Anos	25 (8)	134 (7)	48 (49)	207 (9)
14 - 17 Anos	107 (35)	1200 (62)	30 (31)	1337 (57)
≥ 18 Anos	178 (57)	600 (31)	20(20)	798 (34)
Número de parceiros sexuais				
1	77 (25)	-	29 (30)	106 (26)
2 - 3	129 (42)	-	45 (46)	174 (43)
≥ 4	27 (9)	-	24 (24)	51 (13)
Sem Informação	77 (25)	-	-	77 (19)

Quanto à história obstétrica, 1058 (44%) referiram ter entre 5 a 10 gestações, 676 (28%) 1 a 4 gestações. Quanto aos partos, 850 (43%) referiram ter tido entre 5 a 10 partos e 553 (28%) entre 1 a 4. No que tange à história de abortos, 493 (22%) referiram ter tido 4 ou mais abortos e 380 (17%) 1 a 3 abortos, (Tabela n.º 2).

Quanto ao estado do colo do útero, observou-se que 527 (23%) mulheres apresentavam lesão de baixo grau, 204 (9%) lesão de alto grau, 12 (1%) cancro invasivo. Na população estudada observou-se que a prevalência de lesões do CC foi de 31,7% (743/2341). Quando olhamos para a prevalência por local, verificamos que foi maior na MLP, com 61%, seguindo-se o Bengo 41,8% e, por último, no IACC, com 26% (Tabela n.º2).

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que a média de idade foi de 40,8±11 anos, a maioria tinha o ensino primário e o médio, tendo-se verificado o menor nível em Caxito. Mais de metade estavam desempregadas e metade eram casadas. A maioria iniciou a actividade sexual entre os 14-17 anos e teve entre 2-3 parceiros sexuais. Em Caxito, metade iniciou a actividade sexual antes de completar 15 anos, ¼ teve mais de quatro parceiros sexuais e metade referiu 2-3. Quase metade referiu ter tido entre 5-10 gestações e partos e 1/5 quatro ou mais abortos. A prevalência do CC foi de 31,7%, maior na MLP, seguido de Caxito e, maioritariamente, tiveram lesões de baixo grau.

A prevalência observada foi considerada alta, o que não difere dos valores encontrados por Pedrosa entre 1998-2001, no Rio de Janeiro, Brasil, onde 45,7% das mulheres examinadas tinham alterações de CC.¹³ assim como os encontrados por Soares e Silva¹⁴ e Silva e Carvalho.¹⁵ Estes resultados diferem dos encontrados por Melo, em 2009 na cidade de Porto Alegre¹⁴ e por Fonn S et al. 2002, que realizaram estudo multicêntrico na África do Sul, em que obtiveram prevalência inferior a 3%.¹³ Os nossos resultados, à primeira vista, levam-nos a depreender que estamos perante um problema de saúde pública que requer acções enérgicas.

Ao verificarmos a prevalência de lesões precursoras de forma detalhada em cada uma das unidades

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características por variáveis Genico-obstétricas, em Luanda e Bengo, 2012-2014.

Características Obstétricas	MLP N=310 (%)	IACC N=1934 (%)	Bengo N=98 (%)	TOTAL N=2341
Gestações				
0	30 (9,7)	204 (11)	14 (14)	284 (10)
1 - 4	146 (47,1)	500 (26)	30 (31)	676 (28)
5 - 10	119 (38,4)	900 (47)	39 (40)	1058 (44)
≥ 11	15 (4,8)	330 (17)	15 (15)	360 (15)
Partos				
0	30 (23)	204 (11)	14 (14)	248 (12)
1 - 4	70 (53)	456 (26)	27 (34)	553 (28)
5 - 10	24 (18)	800 (45)	26 (33)	850 (43)
≥ 11	7 (5)	325 (18)	12 (12)	344 (17)
Abortos				
0	155 (50)	1125 (63)	40 (41)	1320 (60)
1 - 3	146 (47,1)	204 (11)	30(30)	380 (17)
≥ 4	9 (2,9)	465 (26)	28 (29)	493 (22)
Estado do colo do útero				
Sem Alteração	111 (36)	1411 (73)	57 (58)	1579 (68)
Lesão de baixo grau	161 (52)	332 (17)	34 (35)	527 (23)
Lesão de alto grau	17 (5)	180 (9)	7 (7)	204 (9)
Cancro Invasivo	11 (4)	1 (1)	-	12 (1)
Sem Informação	10 (3)	-	-	10 (0)
Prevalência de lesões				
	178 (61%)	512 (26%)	41 (41,8%)	743 (31,7%)

estudadas, torna-se possível levantar algumas hipóteses que provavelmente justificam as altas prevalências constatadas: no Bengo, tal facto pode justificar-se provavelmente pela escassez de Unidades com acções viradas para a saúde reprodutiva e sexual, dirigidas à mulher rural. Na MLP, justifica-se provavelmente por se tratar de um hospital de referência para atendimento de pacientes do foro ginecológico, mas em que muitas das pacientes acorrem ao hospital quando os sintomas já se encontram instalados. No IACC, constatamos uma prevalência de lesões precursoras mais baixa, apesar de não deixar de ser preocupante, pois estes resultados podem ser apenas a ponta iceberg, quando se analisa os dados da OMS que reportam que 80% das pacientes chegam para a primeira consulta em fase avançada da doença. Pensamos que o programa de rastreio do CC vigente na Instituição pode não ser capaz de dar

cobertura a toda a população feminina que ocorre a este serviço, sendo que a implantação de programas de rastreio a nível dos cuidados primários de saúde torná-lo-ia mais eficiente. Por outro lado, o contra-referenciamento das pacientes com resultados alterados no exame de Papanicolau para confirmação e tratamento das lesões precursoras, no Hospital Materno Infantil Augusto Ngangula, pode constituir-se como factor preponderante para perda de seguimento das pacientes, justificada pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e falta de informação sobre a gravidade da doença.

Este estudo teve limitações, principalmente relacionados com os problemas relativos aos dados secundários (16), tais como a falta de variáveis e falta de dados; porém, os resultados obtidos dão um vislumbre do problema do cancro do colo do útero em Luanda e Bengo. Outra limitação foi a falta de recursos financeiros para dar continuidade do projecto na comunidade rural do Bengo, mediante a implementação de programas

educativos na comunidade, apesar de o projecto se ter tornado uma rotina a nível do Hospital Municipal do Dande, com o apoio das autoridades sanitárias locais.

CONCLUSÃO

A prevalência de lesões precursoras e de cancro cervical em mulheres submetidas ao rastreio em Luanda e Bengo, no período de 2012 a 2014 foi alta, considerada preocupante, configurando-se em verdadeiro problema de saúde pública. Os resultados de estudo apontam para a necessidade de serem implementadas medidas educativas massivas sobre o cancro cervical, apoiadas por acções multisectoriais dos serviços de saúde adequadas para o rastreio a nível do território nacional, capaz de garantir o tratamento oportuno e o seguimento das mulheres com resultados alterados a nível dos centros de saúde e/ou hospitais municipais, nos casos que exijam necessidade de intervenções mais complexas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz LMB da, Loureiro RP. Communication in the prevention of cervix uteri cancer: the importance of historical cultural influences and of feminine sexuality in the adhesion to campaigns. *Saúde E Soc.* Junho de 2008;17 (2): 120– 31.
2. Hussein WM, Anwar WA, Attaleb M, Mazini L, Forsti A, Trimbilas R-D, et al. A review of the infection-associated cancers in North African countries. *Infect Agent Cancer.* 2016;11:35.
3. Arzuaga-Salazar MA, de Lourdes de Souza M, Lucia de Azevedo Lima V. El cáncer de cuello de útero: Un problema social mundial. *Rev Cubana Enferm.* 2012;28(1):63–73.
4. Fonseca AJ Da, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia.* 2010;32(8):386–92.
5. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. *World Health Organ.* 2013;1–12.
6. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Vol. 79, *Bulletin of the World Health Organization.* 2001. p. 954–62.
7. Interis EC, Anakwenze CP, Aung M, Jolly PE. Increasing cervical cancer awareness and screening in Jamaica: Effectiveness of a theory-based educational intervention. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;13(1):1–11.
8. BRUNA LETÍCIA DO NASCIMENTO ARAUJO LINS. Fatores de risco associados à atipias celulares do colo uterino em exames de citologia realizada no município de tomé-açu, pará nos anos de 2008 e 2009. *Trab Conclusão Curso Apresentado À Fac Biomed Universidade Fed Pará.* 2012;