



Epidemiologia da distribuição e mortalidade por câncer vulvar no Brasil

Epidemiology of distribution and mortality from vulvar cancer in Brazil

Epidemiología de la distribución y mortalidad por cáncer de vulva en Brasil

Juliana Araís Hocevar Kristoschek¹, Camille Moreira Baptista da Silva¹, Beatriz da Costa Rossi Ramos de Carvalho¹, Ana Estrela Melo¹, Luna Vitória Gondim Ferreira¹.

RESUMO

Objetivo: Revisar a epidemiologia brasileira de incidência e mortalidade por câncer vulvar entre 2013 e 2023. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, epidemiológico e quantitativo sobre a neoplasia maligna da vulva no Brasil. Consideraram-se registros de janeiro de 2013 a dezembro de 2023, disponibilizados no Paineira - Oncologia, SIH/SUS, SIM e DATASUS. Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel para análises, apresentadas mediante estatística descritiva. **Resultados:** Foram notificados 9.259 casos, com aumento em 2018 e maior número em 2023 (1.411). A idade mais afetada foi de 60-69 anos (23,8%). A maior incidência ocorreu no Sudeste (47,6%) e a menor no Norte (3,9%). Quanto ao estadiamento, 16,6% dos casos foram diagnosticados no estágio 3, com muitos registros sem estadiamento específico. Sobre o tratamento, 33% das pacientes iniciaram em até 30 dias, sendo a modalidade cirúrgica predominante (35%). A mortalidade foi estável, com 4.274 óbitos, predominando naqueles acima de 80 anos e na Região Sudeste (55%). **Conclusão:** Apesar de a mortalidade ter se mantido constante, o aumento dos diagnósticos de câncer vulvar destaca a necessidade de políticas de saúde para prevenção, detecção precoce e incentivo à vacinação contra o HPV.

Palavras-chave: Neoplasias vulvares, Epidemiologia, Papiloma vírus humano.

ABSTRACT

Objective: Review the Brazilian epidemiology of incidence and mortality from vulvar cancer between 2013 and 2023. **Methods:** This is an ecological, descriptive, epidemiological and quantitative study about malignant neoplasia of the vulva in Brazil. Records from January 2013 to December 2023 were considered, available in the Panel - Oncology, SIH/SUS, SIM and DATASUS. The Microsoft Office Excel program was used for analyses, presented using descriptive statistics. **Results:** 9,259 cases were reported, with an increase in 2018 and a higher number in 2023 (1,411). The most affected age was 60-69 years old (23.8%). The highest incidence occurred in the Southeast (47.6%) and the lowest in the North (3.9%). Regarding staging, 16.6% of cases were diagnosed in stage 3, with many records without specific staging. Regarding treatment, 33% of patients started within 30 days, with the predominant surgical modality (35%). Mortality was stable, with 4,274 deaths, predominantly in those over 80 years of age and in the Southeast Region (55%). **Conclusion:** Although mortality has remained constant, the increase in vulvar cancer diagnoses highlights the need for health policies for prevention, early detection and encouragement of HPV vaccination.

Keywords: Vulvar neoplasms, Epidemiology, Human papillomavirus virus.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la epidemiología brasileña de incidencia y mortalidad por cáncer de vulva entre 2013 y 2023. **Métodos:** Se trata de estudio ecológico, descriptivo, epidemiológico y cuantitativo sobre la neoplasia maligna de la vulva. Se consideraron los registros de enero de 2013 a diciembre de 2023, disponibles en el Panel - Oncología, SIH/SUS, SIM y DATASUS. Para los análisis se utilizó el programa Microsoft Office Excel,

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Brasília - DF.

presentado mediante estatística descritiva. **Resultados:** Se reportaron 9.259 casos, con aumento en 2018 y un número mayor en 2023 (1.411). La edad más afectada fue de 60 a 69 años (23,8%). La mayor incidencia ocurrió en el Sudeste (47,6%) y la más baja en el Norte (3,9%). En cuanto a la estadificación, el 16,6% de los casos fueron diagnosticados en estadio 3, existiendo muchos registros sin estadificación específica. El 33% de los pacientes iniciaron tratamiento dentro de 30 días, predominando la modalidad quirúrgica (35%). La mortalidad se mantuvo estable, con 4.274 defunciones, predominando en mayores de 80 años y en el Sudeste (55%). **Conclusión:** Aunque la mortalidad se ha mantenido constante, el aumento de los diagnósticos resalta la necesidad de políticas sanitarias de prevención, detección temprana y fomento de la vacunación contra el VPH.

Palabras clave: Neoplasias de la vulva, Epidemiología, Virus del papiloma humano.

INTRODUÇÃO

O câncer vulvar (CV) é uma patologia incomum, representa 3-5% de todas as neoplasias ginecológicas, com uma incidência anual de 1-2 casos a cada 100.000 mulheres (WILLIAMS A, et al., 2019; BUGES NM, et al., 2024). A incidência mais elevada ocorre na Europa, América do Norte, América do Sul e Oceania, e a mais baixa na Ásia (MERLO S, 2020). No ano de 2018, foram estimados 44.235 novos casos e cerca de 15.222 mortes em todo o mundo (WAGNER MM, et al., 2022).

O diagnóstico da neoplasia vulvar muitas vezes é tardio, uma vez que não ocorre conscientização adequada entre as mulheres, pois muitas sentem vergonha em questionar seus médicos sobre a saúde da vulva e seus sintomas. O CV pode ser assintomático por longo período ou apresentar sintomas inespecíficos, como prurido, irritação ou dor. Posteriormente, pode se manifestar com sangramento, corrimento vaginal e sintomas urinários ou intestinais. Placas eritematosas, úlceras ou massas são sinais clínicos que evidenciam a apresentação da doença (MALANDRONE F, et al., 2021).

O estadiamento é baseado na biópsia vulvar, que irá determinar a invasão do estroma, um importante fator prognóstico, seguida de uma avaliação clínica do tamanho do tumor, do comprometimento de linfonodos inguinais e da possibilidade de metástase à distância. A classificação é conforme o Sistema de Estadiamento TNM da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (MALANDRONE F, et al., 2021; GIANNINI A, et al., 2021).

O tipo histológico encontrado na maioria dos tumores, compreendendo cerca de 80-90% dos casos, é o carcinoma de células escamosas. Os melanomas malignos, os carcinomas da glândula de Bartholin, a doença invasiva de Paget e o carcinoma basocelular são menos frequentes, enquanto os sarcomas e linfomas vulvares são extremamente raros (WILLIAMS A, et al., 2019).

O carcinoma de células escamosas vulvares tem duas vias etiopatogênicas. A primeira é aquela em que ocorre progressão para doença invasiva a partir de lesões diferenciadas de neoplasia epitelial vulvar no contexto das afecções dermatológicas inflamatórias crônicas, como o líquen escleroso (WAGNER MM, et al., 2022). A segunda via está relacionada ao papiloma vírus humano (HPV), que se desenvolve a partir de uma neoplasia intraepitelial vulvar do tipo usual, conhecida como VIN clássica, definida pela infecção de HPV de alto risco oncogênico (WILLIAMS A, et al., 2019). Esta é responsável por 20 a 40% dos carcinomas de células escamosas vulvares, ocorre mais comumente em mulheres jovens e está associada a fatores como o tabagismo e a imunossupressão (WILLIAMS A, et al., 2019; BUCCHI L, et al., 2022).

O HPV é responsável pela maioria dos casos de câncer vulvar em países de baixa e média renda. (BUCCHI, L *et al*, 2022; MACDUFFIE, E *et al*, 2021) Nos Estados Unidos (EUA), em 2006, o *Federal Drug Administration* (FDA), aprovou a vacina quadrivalente contra o HPV, para a prevenção do câncer do colo do útero. Posteriormente, em 2008, expandiu a sua indicação para a prevenção de cânceres vulvovaginais (BERENSON AB, et al., 2022).

No cenário brasileiro, a vacina HPV quadrivalente, em duas doses, foi incorporada no Programa Nacional de Imunização em 2014 (MOURA LL, et al., 2021). Até o momento, 137 países, em todo o mundo, adotaram a vacinação em seus programas de imunizações e 4 implantaram de forma parcial. No entanto, 53 países localizados na Ásia e na África, e 3 no continente americano, ainda não iniciaram essa vacinação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Apesar de a vacina contra o HPV ser segura e efetiva, sua cobertura global é muito baixa, atingindo apenas 12% das meninas entre 9 e 14 anos. Para contornar esse obstáculo, o Ministério da Saúde modificou o esquema vacinal para dose única a partir de 2024, divulgada na Nota Técnica Nº 41/2024 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Concomitante a isso, houve um aumento da incidência do HPV e observa-se a redução da idade média do diagnóstico desse câncer, sendo perceptível em países em que o controle do HPV é pouco efetivo (BUGES NM, et al., 2024).

Sendo assim, as metas do Ministério da Saúde até 2030 são alcançar uma cobertura vacinal de 90% entre as meninas de até 15 anos; atingir 70% de cobertura da triagem com teste de alto desempenho (aos 35 anos e novamente aos 45 anos); e alcançar o índice de tratamento de 90% para mulheres com pré-câncer tratadas e de mulheres com câncer invasivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Nos países de alta renda, entretanto, a maioria dos carcinomas vulvares são independentes do HPV e ocorrem em mulheres de idade mais avançada (BUCCHI L, et al., 2022). Cerca de 60% das pacientes têm mais de 65 anos no momento do diagnóstico, e uma em cada três está em fase avançada da doença, com sobrevida reduzida, apesar do tratamento (CORRADO G e GARGANESE G, 2022).

O manejo da neoplasia maligna vulvar depende do estágio da doença. A abordagem evoluiu da cirurgia invasiva para técnicas mais conservadoras, tornando-se o mais personalizado possível (GIANNINI A, et al., 2021). O tratamento padrão é a cirurgia em combinação com a radioterapia. A biópsia do linfonodo sentinela com linfocintilografia é parte do atual padrão do tratamento cirúrgico (MERLO S, 2020; RYCHLIK A, et al., 2021). A quimioterapia é opção de tratamento para os casos paliativos (MERLO S, 2020).

O prognóstico de pacientes com CV permanece inalterado nas últimas quatro décadas e houve uma diminuição na sobrevida ao longo do tempo, conforme dados publicados. Isso pode ser explicado pela dificuldade em recrutar pacientes para estudos, falta de interesse das indústrias para o desenvolvimento de novas terapias e carência de um rastreamento específico que possa promover detecção precoce dessa neoplasia. Dessa forma, a prevenção primária envolveria uma melhor compreensão dos fatores de risco associados ao desenvolvimento dessa neoplasia e poderia demonstrar qual estratégia preventiva deveria ser seguida (BUCCHI L, et al., 2022).

Tendo em vista que o conhecimento epidemiológico necessário para estabelecer medidas preventivas nesta rara patologia ainda não é completamente esclarecido, o presente artigo objetiva revisar a epidemiologia brasileira de novos casos e de mortalidade por câncer de vulva no período de 2013 a 2023. Para tanto, apresentam-se as principais características do perfil da doença no país, visando identificar os grupos de maior risco, compreender os padrões de distribuição da doença e fornecer subsídios para políticas de saúde direcionadas à prevenção, detecção precoce e desenvolvimento de ações em saúde que possam reduzir o número de casos e óbitos, trazendo melhor qualidade de vida às pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e epidemiológico com abordagem quantitativa, norteado pela análise de dados brutos da neoplasia maligna da vulva (CID 10 - C51) no Brasil, disponibilizados no Painel de Monitoramento de Tratamento Oncológico (Painel - Oncologia), no Sistema de Registro de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), obtidos em maio de 2024.

A seleção dos novos casos notificados compreendeu o registro do período de janeiro de 2013 a dezembro de 2023. As variáveis incluíram o ano de diagnóstico, faixa etária, ocorrência conforme a distribuição nas cinco macrorregiões brasileiras, estadiamento, modalidade terapêutica e tempo de tratamento.

Quanto à temática da mortalidade por câncer vulvar, foram incluídos os parâmetros raciais, regionais, faixas etárias, níveis de escolaridade e número de óbitos de mulheres acometidas pela neoplasia. A seleção de informações abrangeu os registros do período entre janeiro de 2013 até dezembro de 2022, sendo esse último ano o mais recente disponibilizado publicamente.

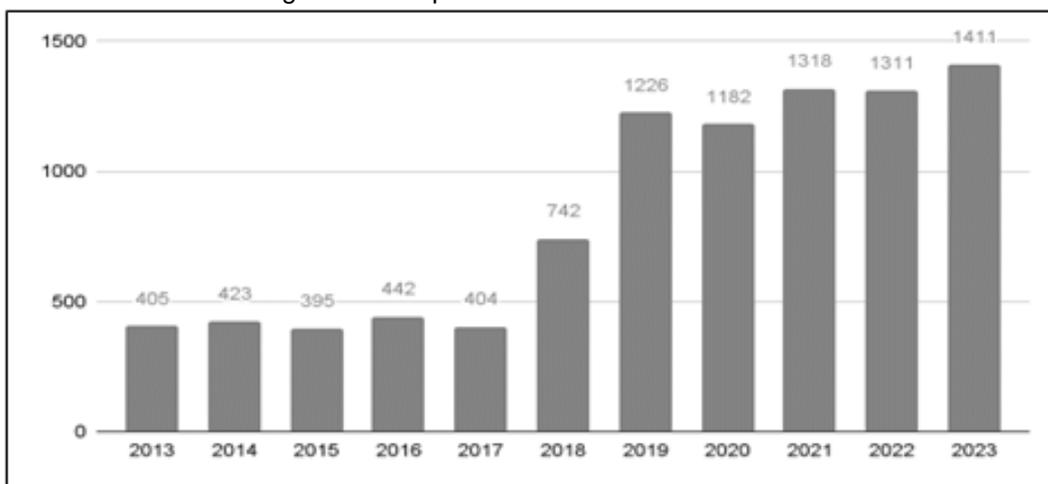
Os resultados foram dispostos em tabelas e gráficos, a partir do programa Microsoft Office Excel (Microsoft© 2019) e apresentados, ao longo do texto, por meio de estatística descritiva.

Por se tratar de produção científica desenvolvida por registros de acesso público, que não caracteriza a identificação individual da população analisada, não houve necessidade de submissão do presente estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer vulvar é a quarta doença maligna ginecológica mais comum (MERLO S, 2020). No Brasil, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023, foram notificados 9.259 casos de neoplasia maligna vulvar. No ano de 2018, houve um aumento de mais de 83% nos casos, em relação à 2017. A partir de 2019, os números aumentaram substancialmente, sendo o ano de 2023 o de maior incidência, com 1.411 casos notificados (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de casos diagnosticados por ano no Brasil.



Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

Sobre o quantitativo de casos novos notificados de acordo com a faixa etária, a população que respondeu pela maior parte foi aquela com idades entre 60-69 anos (23,8%), seguida de 70-79 anos (22,7%) e 50-59 anos (18,2%). A partir da idade de 80 anos, houve 1.329 novos casos (14,4%). No grupo feminino mais jovem, a ocorrência de diagnósticos na faixa etária entre 20-29 anos foi de 239 casos (2,6%), com crescente número a partir de 2018, e ainda houve 60 notificações em mulheres abaixo dos 20 anos, representando 0,6% da totalidade dos registros (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de novos casos de câncer vulvar por ano, conforme faixa etária.

Faixa etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
0-19 anos	-	2	1	-	-	4	9	8	15	11	10	60
20-29 anos	5	2	2	4	2	10	38	35	44	46	51	239
30-39 anos	13	16	19	11	9	33	80	81	88	97	96	543
40-49 anos	43	41	45	43	48	73	156	142	166	162	176	1.095
50-59 anos	71	68	74	69	75	150	245	191	231	240	269	1.683
60-69 anos	103	107	86	121	98	186	274	290	310	310	323	2.208
70-79 anos	106	113	115	103	101	187	254	264	285	287	287	2.102
≥ 80 anos	64	74	53	91	71	99	170	171	179	158	199	1.329
Total	405	423	395	442	404	742	1.226	1.182	1.318	1.311	1.411	9.259

Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

O aumento da incidência de câncer vulvar nas mulheres brasileiras na pós-menopausa está de acordo com a ocorrência em outros países, inclusive naqueles de alta renda. Nos EUA, houve aumento nas faixas

etárias de 50-59, 60-69 e 70-79 anos, durante as últimas décadas. Os autores justificaram o ocorrido, provavelmente, por dois motivos, o primeiro, pelo acúmulo de mutações e alterações teciduais, devido ao aumento da idade, (ZHOU WL e YUE YY, 2022); o segundo, pela mudança na frequência recomendada de exames de Papanicolau, que passou de 3 anos para um intervalo de 5 anos nas mulheres de 30 a 65 anos, e naquelas acima de 65 anos deixou de ser preconizado (BERENSON AB, et al., 2022).

A reduzida frequência recomendada de exames de Papanicolau pode ter levado menos mulheres a terem se consultado com seus médicos, resultando em oportunidades perdidas para diagnóstico precoce do câncer vulvar *in situ* e invasivo (BERENSON AB, et al., 2022). Nas Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero de 2016, os exames periódicos devem seguir de 25 até os 64 anos de idade, com periodicidade trianual (INCA, 2016).

Alguns autores enfatizam que, apesar de o câncer vulvar ser uma doença rara, a inspeção visual dedicada da vulva durante o exame de prevenção do câncer do colo de útero, levaria pouco tempo por parte dos examinadores e teria potencial para um diagnóstico precoce caso uma lesão vulvar suspeita fosse identificada (MACDUFFIE E, et al., 2021).

Nas mulheres mais jovens, o número de casos em ascensão está relacionado, particularmente em países de baixa e média renda, com a alta carga de infecção pelo HPV, como no caso do Brasil (MACDUFFIE E, et al., 2021). Há necessidade de reverter a lenta implementação da vacinação contra o HPV, que encontra obstáculos no custo, tanto da vacina como da sua distribuição, aos adolescentes em países com infraestruturas limitadas. Acredita-se que as restrições no fornecimento de vacinas nesses locais persistirão até 2025 (KAMOLRATANAKUL S e PITISUTTITHUM P, 2021).

Em países onde a vacina foi indicada para prevenção de cânceres vulvovaginais, como nos EUA, o impacto na incidência de cânceres vulvares ainda é desconhecido. Porém, acredita-se que a diminuição das taxas de carcinoma de células escamosas em mulheres entre 20 e 44 anos de idade pode ser atribuída à vacinação, que iniciou em 2008 com essa finalidade (BERENSON AB, et al., 2022).

Na base de dados brasileira, assim como na americana, não é possível obter informações do estado vacinal das pacientes acometidas pela neoplasia vulvar. Seria fundamental que houvesse esse registro, para que futuramente consigamos examinar a relação direta entre a vacinação contra o HPV e a incidência de carcinoma da vulva. A ausência de dados relacionados aos outros fatores de risco estabelecidos para o câncer vulvar, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), tabagismo e doenças crônicas de pele, limita a análise das taxas de incidência dessa neoplasia e demonstra a necessidade de aprimoramento nos registros.

Quando analisada a distribuição de casos, conforme as macrorregiões no Brasil no período de 2013 a 2023, percebe-se que o Sudeste do Brasil apresentou a maior proporção de novos casos, com cerca de 47,6%, totalizando 4.410 mulheres, seguido pela região Sul, com 2.397 diagnósticos (25,8%). A seguir, a região Nordeste, com 1.608 casos (17,3%) e a região Centro-oeste com 483 casos (5,2%). A região Norte foi a que notificou um menor número de pacientes, com 361 diagnósticos, tendo um total de casos 12 vezes menor que o Sudeste.

As taxas de incidência, observadas de acordo com o número de casos de neoplasia vulvar e a população feminina por área, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que houve uma variação significativa entre as diferentes regiões do Brasil.

A região Sul concentra o maior coeficiente, com valores variando de 4,46 - 13,28 casos por milhão de mulheres, seguida pela região Sudeste, que apresenta os coeficientes variando de 3,28 - 8,62 casos por milhão de mulheres. Em paralelo, tem-se a região Norte, contando com menor taxa de incidência, variando de 1,68 - 3,5 casos por milhão de mulheres.

A maior incidência na região Sul pode ser justificada pela redução das taxas de natalidade e mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida, que levam a um envelhecimento da população, e, conseqüentemente, a uma incidência de câncer mais significativa nesta região, conforme estudo de Paiva (PAIVA KM, et al., 2021).

Um outro estudo realizado nos EUA também indicou diferença no coeficiente de incidência conforme a região analisada, sendo a Oeste a que apresentou a taxa mais baixa e estável, o que coincidiu com a maior taxa de adesão à vacinação contra o HPV entre jovens adolescentes do sexo feminino naquela área (ZHOU WL e YUE YY, 2022).

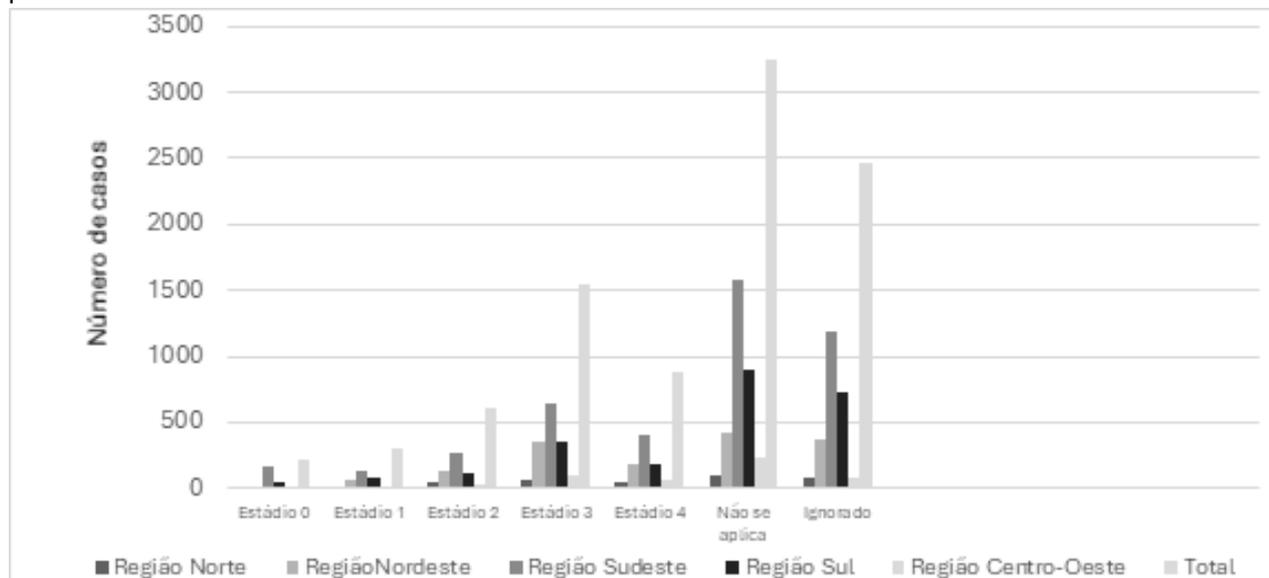
Vale destacar que não estão disponíveis dados a respeito da cobertura vacinal do HPV de acordo com a macrorregião brasileira. O Ministério da Saúde informou que, em 2023, foram aplicadas aproximadamente 6,1 milhões de doses de vacinas no território nacional, o maior número desde 2018. Comparando os anos de 2022 e 2023, houve um aumento de 42% no número de doses aplicadas, no entanto, observou-se uma queda na cobertura vacinal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Vale destacar, que podem ser necessários anos desde o início da vacinação até uma futura diminuição da taxa de incidência para cânceres específicos (BERENSON AB, et al., 2022). O esclarecimento do motivo da melhor situação em relação à incidência de determinada região, poderia servir como ferramenta de planejamento e gestão em saúde, além de ter a função de orientar as estratégias de cuidado à saúde (ZHOU WL e YUE YY, 2022).

Dentre os tipos histológicos de neoplasia maligna vulvar, o carcinoma de células escamosas foi o mais prevalente, representando mais de 90% dos casos. Quanto ao estadiamento, 1.537 casos foram diagnosticados no estágio 3 (16,6%), correspondendo a maioria, seguido pelo estágio 4, com 882 casos (9,5%), 603 casos no estágio 2 (6,5%) e 306 casos no estágio 1 (3,3%). Observou-se um número significativo de pacientes incluídas no registro sem o estadiamento categorizado. 3.238 (35%) foram classificadas como “não se aplica” e 2.464 mulheres tiveram o estágio ignorado (26,7%).

O panorama do número de casos por estadiamento segundo as regiões brasileiras, mostra a prevalência do maior número de casos em todos os estágios na Região Sudeste, seguida pela Região Sul e Nordeste. As cinco regiões apresentaram registros expressivos na base de dados como estágio “não se aplica” ou “ignorado” (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Distribuição de casos de câncer vulvar por estadiamento, segundo as regiões Brasileiras, no período 2013 a 2023.



Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

O número de mulheres diagnosticadas em estágios avançados em todas as regiões brasileiras enfatiza a necessidade de detecção precoce, pois o manejo do câncer vulvar depende do estadiamento e não há estratégia de rastreamento para essa neoplasia. Os profissionais de saúde que acolhem mulheres com lesões precursoras devem ter a compreensão adequada da importância da realização do monitoramento dessas lesões e o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença vulvar (KESIĆ V, et al., 2022). Além disso, nota-se uma subavaliação e subnotificação da doença, apontando uma maior necessidade de capacitação para preenchimento das notificações corretamente.

Quanto aos casos por tempo de tratamento, considerado o intervalo de tempo em dias da data do exame diagnóstico da neoplasia maligna de vulva, até o primeiro dia de início de tratamento, 3.071 casos (33%) iniciaram em até 30 dias. 883 casos (9,5%) começaram a ser tratados no intervalo de 31 a 60 dias e 2.860 casos (31%) ultrapassaram os 60 dias até o início do tratamento. Não houve informações de tempo de tratamento em 2.461 casos (26,5%). Em relação à modalidade terapêutica, o método cirúrgico predominou em 35,0%, correspondendo a 3.238 casos, seguido por radioterapia (1.989 casos, 21,5%) e quimioterapia (1.415 casos, 15,3%), sendo uma minoria submetida a ambos os procedimentos (148 casos, 1,6%). Houve 2.469 casos (26,7%) que não apresentaram informação do tipo de tratamento no período estudado.

A cirurgia é o tratamento primário do câncer vulvar (GIANNINI A, et al., 2021). Enquanto nos países de alta renda, os índices de intervenção cirúrgica para os estágios de 1 a 3 variam de 47 a 80%, a modalidade foi a predominante no Brasil, mas com valores inferiores àqueles. Em Botsuana, apenas 21% de uma coorte com 120 mulheres que se apresentaram para tratamento do câncer vulvar, de 2015 a 2019, receberam cirurgia. Os motivos foram a falta de oncologistas ginecológicos especializados, escassez de recursos e triagem de emergência inadequada (MACDUFFIE E, et al., 2021). Isso revela a disparidade dos tratamentos oferecidos entre os países de alta e baixa renda.

Em se tratando da mortalidade por câncer de vulva, as informações coletadas abrangeram o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022, e revelaram que houve 4.274 óbitos, sendo o ano de 2022 o de maior registro, com 463 óbitos. O número de mortes se manteve estável no período avaliado, que teve média de 427 casos. A região brasileira que apresentou o maior quantitativo foi a Região Sudeste, com 2.331 óbitos (55%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de óbitos por câncer de vulva, segundo a Região Brasileira.

Número de óbitos	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Brasil	351	435	423	414	431	414	452	440	451	463
Região Norte	13	17	10	23	18	11	11	20	13	14
Região Nordeste	40	64	69	63	73	65	65	70	76	78
Região Sudeste	209	239	244	228	217	217	249	241	252	235
Região Sul	69	90	79	80	103	92	97	89	88	99
Região Centro-Oeste	20	25	21	20	20	29	30	20	22	37

Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

Ao analisar o número de óbitos de acordo com o perfil etário de ocorrência, o grupo que respondeu pelo maior número de mortes se encontrava na faixa etária de 80 anos ou mais, seguido pelas mulheres entre 70 e 79 anos e 60 e 69 anos. Quanto à ocorrência de desfecho desfavorável em idade mais jovem, naquelas entre 20 e 29 anos, houve cerca de 0,5% das mortes, e entre 15 e 19 anos, 0,07% (Tabela 3).

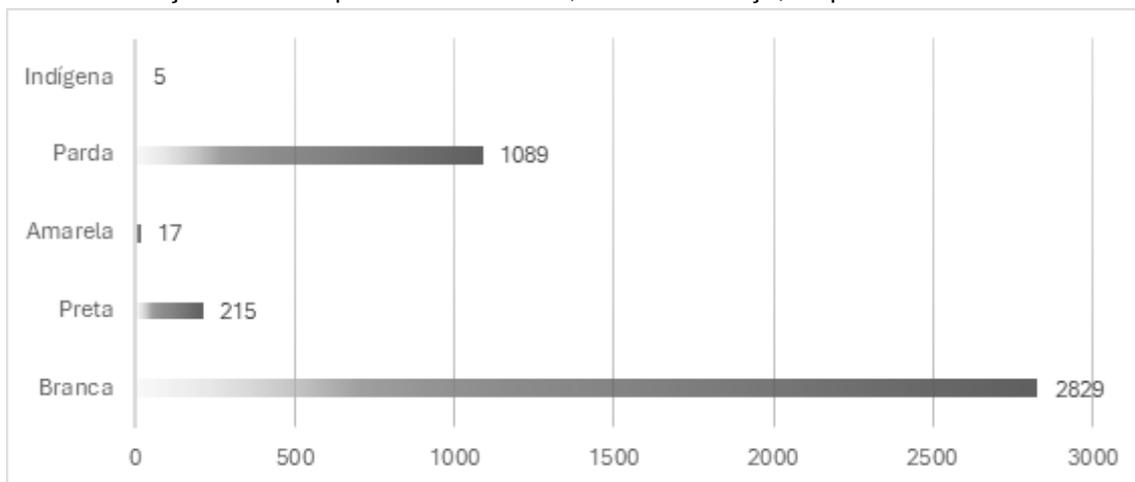
Tabela 3 - Distribuição de óbitos por câncer de vulva conforme perfil etário.

Faixa etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
15-19 anos	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3
20-29 anos	1	3	1	1	5	3	4	1	1	1	21
30-39 anos	3	5	6	4	2	7	5	6	10	14	64
40-49 anos	22	19	27	21	28	23	17	24	22	25	228
50-59 anos	41	60	40	61	43	48	55	56	37	48	489
60-69 anos	75	95	82	83	82	68	72	88	93	94	832
70-79 anos	93	114	107	113	125	125	129	100	127	119	1.152
≥ 80 anos	116	139	158	130	146	139	170	165	161	161	1.485

Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

Em relação à raça das mulheres que tiveram desfecho fatal pela neoplasia maligna vulvar, as brancas responderam pela maioria absoluta, com 2.829 óbitos (68%). As mulheres indígenas e amarelas, entretanto, representaram a menor quantidade de óbitos pela doença, com valores de 0,1 e 0,4%, respectivamente (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição de óbitos por câncer de vulva, conforme a raça, no período de 2013 a 2022.



Fonte: Kristoschek JAH, et al., 2024; dados extraídos de DATASUS.

Ao abordar a relação do câncer vulvar com a raça das mulheres, o Painel Oncologia não apresenta a informação quanto à incidência de novos casos, somente quanto à mortalidade. Nesse sentido, as mulheres brancas foram as que mais tiveram desfechos fatais no Brasil. No estudo de Wei-Li Zhou e Yang-Yang Yue, as brancas foram as mais afetadas pelo carcinoma escamoso vulvar, revelando que o fator raça afeta a taxa de incidência da doença (ZHOU WL e YUE YY, 2022).

Os autores Wei-Li Zhou e Yang-Yang Yue justificaram as altas taxas entre as brancas pelo fato de que as mulheres pretas têm uma prevalência de HPV de alto risco mais elevada que as brancas. Com a introdução da vacina, muitas mulheres abandonaram o estilo de vida chamado pouco saudável e começaram a ter mais cuidado ao se protegerem dos fatores de risco do HPV (idade precoce para a primeira relação sexual, dois ou mais parceiros sexuais e tabagismo). Outra explicação seria a possibilidade de as mulheres pretas terem diferentes determinantes genéticos ou não terem acesso ao mesmo cuidado em saúde fornecido para as brancas, sendo assim, menos diagnosticadas (ZHOU WL e YUE YY, 2022).

Outro estudo americano constatou que as pacientes mais afetadas são as brancas não-hispânicas, residentes na Região Centro-Oeste dos EUA, independentemente do comportamento do tumor, tanto os in situ quanto os invasivos. Os autores reiteram que essas informações encorajariam os gestores políticos a inspecionarem se as necessidades de prestação de cuidados de saúde estão iguais nos diferentes grupos raciais, o que seria de grande benefício (BERENSON AB, et al., 2022).

Ao analisar o número de pacientes que faleceram em decorrência do câncer vulvar e sua relação com o nível de escolaridade, o grupo mais afetado foi o das mulheres com 1 a 3 anos de estudo, totalizando 1.160 casos (27%). Em seguida, estão as mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade, com 873 casos (20,4%), e aquelas sem nenhuma escolaridade, com 750 casos (17,5%). O menor número de óbitos foi registrado entre as mulheres que estudaram 12 anos ou mais.

Ao relacionar as mulheres com desfecho desfavorável quanto ao câncer vulvar com seu estado civil, a viuvez compreendeu o grupo mais expressivo, com 1.757 casos (41%). 1.095 casos (25,6%) abrangeram o segundo grupo, das casadas. As pacientes que foram enquadradas como estado civil “outro”, foi o menos representativo, com 67 casos (1,6%).

A neoplasia maligna vulvar impacta enormemente na vida das pacientes acometidas, tanto nas dimensões psicológicas como sociais (MALANDRONE F, et al., 2021). Ao constatar que as viúvas compreenderam as que mais tiveram desfecho desfavorável, é necessário refletir sobre o bem-estar dessas pacientes durante todas as fases, desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-operatório. Cerca de 65% terão mais de 65 anos no momento do diagnóstico e enfrentarão tratamentos pesados, mesmo sendo mais idosas, tendo várias comorbidades e fragilidades (CORRADO G e GARGANESE G, 2022).

Os profissionais de saúde que assistem às pacientes devem implementar um modelo de cuidado integral que responda às necessidades biopsicossociais das mulheres. Elas devem receber apoio para enfrentar as dificuldades com o autocuidado e com os estigmas e tabus sociais que esse câncer traz.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se o crescimento do número de diagnósticos de câncer vulvar, com maior incidência na região Sul, e, apesar da estável mortalidade nos últimos 10 anos, tem-se um significativo número de diagnósticos em estadios avançados. Há necessidade de estratégias para um melhor acesso à saúde e educação sexual pela população. Assim, o conhecimento dos dados epidemiológicos a respeito da distribuição de novos casos e da mortalidade sobre o carcinoma vulvar pode fornecer subsídios para políticas de saúde direcionadas à prevenção, considerando os gradientes geográficos e temporais, visando a cobertura adequada da vacinação, detecção precoce e tratamento eficaz das neoplasias malignas vulvares. Além disso, para execução de estratégias mais efetivas, é necessária a melhoria da capacitação para o correto preenchimento dos dados e a realização de mais estudos, em âmbito nacional, que informem acerca do perfil das pacientes acometidas e dos cenários que estão sendo atendidas e tratadas.

REFERÊNCIAS

1. BERENSON AB, et al. Vulvar Cancer Incidence in the United States and its Relationship to Human Papillomavirus Vaccinations, 2001-2018. *Cancer Prevention Research*, 2022; 15(11): 777-784.
2. BUCCHI L, et al. New Insights into the Epidemiology of Vulvar Cancer: Systematic Literature Review for an Update of Incidence and Risk Factors. *Cancers*, 2022; 14(2): 389.
3. BUGES NM, et al. Câncer de vulva nas regiões brasileiras entre os anos de 2018 e 2022. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2024; 16(1): 2731-2746.
4. CORRADO G, GARGANESE G. Leading New Frontiers in Vulva Cancer to Build Personalized Therapy. *Cancers (Basel)*, 2022; 14(24): 6027.
5. GIANNINI A, et al. The giant steps in surgical downsizing toward a personalized treatment of vulvar cancer. *Journal of obstetrics and gynaecology research*, 2021; 48(3): 533-540.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-cancer-colo-do-uterio1.pdf>. Acessado em: 30 de julho de 2024.
7. KAMOLRATANAKUL S, PITISUTTITHUM P. Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. *Vaccines*, 2021; 9 (12): 1413.
8. KESIĆ V, et al. Early Diagnostics of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Cancers*, 2022; 14(7): 1822.
9. MACDUFFIE E, et al. Vulvar cancer in Botswana in women with and without HIV infection: patterns of treatment and survival outcomes. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2021; 31(10): 1328-1334.
10. MALANDRONE F, et al. The Impact of Vulvar Cancer on Psychosocial and Sexual Functioning: A Literature Review. *Cancers (Basel)*, 2021; 14(1): 63.
11. MERLO S. Modern treatment of vulvar cancer. *Radiology and oncology*, 2020; 54(4): 371–376.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde adota esquema de vacinação em dose única contra o HPV. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-adota-esquema-de-vacinacao-em-dose-unica-contra-o-hpv#:~:text=N%C3%BAmero%20de%20doses%20aplicadas%20em,de%204%20milh%C3%B5es%20de%20doses>. Acessado em: 31 de julho de 2024.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica Nº 41/2024 - CGICI/DPNI/SVSA/MS: Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms>. Acessado em: 30 de julho de 2024.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Queda da cobertura vacinal contra o HPV representa risco de aumento de casos de cânceres evitáveis no Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/queda-da-cobertura-vacinal-contra-o-hpv-representa-risco-de-aumento-de-casos-de-canceres-evitaveis-no-brasil>. Acessado em: 30 de julho de 2024.

15. MOURA LL, et al. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24: E210001.
16. PAIVA KM, et al. Incidência de câncer nas regiões brasileiras e suas associações às Políticas de Saúde. *Saúde e Pesquisa*, 2021; 14(3): 533-542.
17. RYCHLIK A, et al. Sentinel lymph node in vulvar cancer. *Chinese Clinical Oncology*, 2021; 10(2): 19-19.
18. WAGNER MM, et al. History and Updates of the GROINSS-V Studies. *Cancers (Basel)*, 2022; 14(8): 1956.
19. WILLIAMS A, et al. New Directions in Vulvar Cancer Pathology. *Current oncology reports*, 2019; 21(10): 88.
20. ZHOU WL, YUE YY. Trends in the Incidence of Vulvar and Vaginal Cancers With Different Histology by Race, Age, and Region in the United States (2001–2018). *International Journal of Public Health*, 2022; 67: 1605021.