

## CARTA AO EDITOR

Em referência ao artigo "Incidência de Tumores Pediátricos no Brasil", publicado na Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53 (1): 5:15, a par de reconhecer a relevância do trabalho, principalmente pela escassez de publicações nacionais sobre o tema, gostaríamos de apresentar as seguintes considerações:

1) É importante observar que publicações chamam a atenção para os fatores ambientais relacionados com o câncer da criança. Por exemplo, quanto às leucemias dos lactentes, estudos evidenciaram associação com a exposição dos pais a determinados produtos, entre eles os derivados do benzeno (Alexander FE. The search for causes of the leukaemias. Eur J Cancer. 1995; 31A: 863-67). E o papel das mutações genéticas, já detectadas no sangue do "Teste do Pezinho", tem sido analisado, sugerindo a necessidade da ocorrência de uma segunda mutação, para o desencadeamento da leucemia.

2) Ainda quanto à leucemia, é de se esperar que ocorra "um declínio nas taxas a partir da faixa etária de 5 a 9 anos de idade". Esta doença é rara antes dos dois anos de idade e o seu pico de prevalência é entre crianças de 4 a 5 anos de idade.

3) Em relação aos linfomas, teria sido interessante citar outras fontes da literatura, como os dados do EUROCARE (Gatta G et al. Childhood Cancer Survival trends in Europe: A EUROCARE Working Group Study. Journal of Clinical Oncology, 23 (16): 3742-51, 2005) ou do SEER (Smith MA et al. Cancer Incidence and survival among Children and Adolescents: United States SEER Program 1975-1995, National Cancer Institute, SEER Program 1999. NIH Pub No 99 - 4649), para efeitos comparativos. Na informação dos autores, "maiores taxas médias específicas de incidência foram observadas em Natal, em crianças do sexo feminino, menores de um ano..., o que pode ser um reflexo de sua variação morfológica". Este dado de Natal merece uma melhor discussão, pois o linfoma não é um câncer prevalente no primeiro ano de vida. Por outro lado, os linfomas da criança não apresentam grande variação morfológica, como nos adultos, sendo a maioria do tipo linfoblástico, seguido do de Burkitt.

4) Quanto aos tumores do SNC, seria importante discutir por que "as maiores taxas médias específicas de incidência por idade foram encontradas na faixa etária

de 1 a 4 anos,...". Aparentemente, na região Sudeste, o perfil da incidência dos tumores do SNC é o mesmo que o da literatura.

5) A explicação dada para a maior frequência relativa dos tumores pediátricos observada em Salvador e Manaus ("existir um centro de referência para tumores pediátricos na cidade, o que induz a migração de casos do estado") não é suficiente, pois há outras cidades no Brasil com "centro de referência" que também recebem casos de outras cidades e de outros estados. Além do mais, sabe-se que casos migrados de outras cidades, não cobertas pelo Registro, podem ser indevidamente incluídos como casos residentes na área abrangida por um RCBP, com isso influenciando a qualidade dos dados registrados. A explicação a mais dada para Manaus ("podem ter sido computados casos prevalentes, uma vez que se trata do primeiro ano de informações consolidadas") não justifica por que essa maior computação de casos seria somente de crianças, e não também de adultos. O que se observa, por outros indicadores, é que, relativamente aos adultos, o acesso a crianças e adolescentes com câncer é maior nessas cidades, assim como em Vitória e no Distrito Federal, acesso maior esse que, certamente, resulta em maior número de casos registrados e, conseqüentemente, maior frequência relativa.

6) Para se ter uma noção da distribuição dos atendimentos às crianças com câncer no Brasil, os dados do Ministério da Saúde em 2006, referentes aos procedimentos de quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes, originam-se de 175 estabelecimentos distribuídos em 93 cidades, destacando-se que 25 dessas cidades são capitais (ver tabela), ficando estas com quase 77% desses procedimentos. Assim, mesmo que se deva "sempre levar em consideração as migrações interestaduais, a concentração de centros de tratamentos especializados nas capitais, bem como a oferta de leitos específicos para o tratamento do câncer na infância e adolescência", há de se considerar o impacto que a dispersão desse atendimento causa, não só sobre taxas de incidência do câncer e a frequência relativa dos tumores pediátricos no Brasil (haja vista a variação de 1,34% a 3,85% apontada no artigo), mas também, e principalmente, sobre a qualidade da assistência prestada.

7) No Resumo, os autores escrevem "Conclui-se ressaltando que é viável obter dados de incidência de câncer pediátrico, em larga escala, a partir dos RCBP", quando esse não foi o escopo do trabalho, mas, sim, "descrever o perfil epidemiológico da incidência dos tumores pediátricos nos 17 RCBP brasileiros que possuem informações consolidadas para pelo menos um ano". Por isso, foi bom chamar a atenção para a inclusão, nos gráficos, somente dos Registros com "dois ou mais anos de informações consolidadas", dado que o bias resultante da inclusão de registros de curta duração de funcionamento pode levar a distorções dos resultados. Porém, quando os autores, na conclusão, mencionam que "recomenda-se, além disso, cautela na interpretação das informações, sobretudo para os locais onde há apenas um ano de informação disponível", poderiam ter ressaltado os critérios de inclusão e de exclusão dos RCBP no estudo, diferentemente adotados para a elaboração das tabelas e dos gráficos, e os motivos para tanto.

8) Também seria interessante ter sido ressaltada a inclusão daqueles registros que apontam quase 60% de cânceres "mal classificados". Existir, "na maior parte dos RCBP analisados, um percentual considerável de tumores mal classificados (Grupo XII), que varia de 0% (Palmas) a 56,7% (Cuiabá)" mereceria maior discussão, não somente sobre as conseqüências, mas, também, sobre as causas e a solução para reduzir a distorção dos dados de incidência causada por tamanha variabilidade.

9) Deixou um vácuo apenas citar a publicação do RCBP do município de São Paulo, sem tecer considerações sobre os resultados nela apresentados ou a sua relevância para o tema.

10) Finalmente, seria de suma importância que os autores inscrevessem o trabalho no 2nd International Cancer Control Congress, a ser realizado em novembro/2007, no Rio de Janeiro, como uma grande contribuição ao tema e aos participantes desse evento.

Em 28 de maio de 2007

**Maria Inez Gadelha - Rio de Janeiro - RJ**

**Sílvia Brandalise - Campinas - SP**

DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE QUIMIOTERAPIA DE TUMORES DE CRIANÇA E ADOLESCENTE (ATÉ 18 ANOS DE IDADE) NAS CAPITAIS E BRASIL - SUS - 2006		
UF	Município	Nº de Procedimentos
AP	MACAPÁ	24
TO	PALMAS	102
RO	PORTO VELHO	315
MA	SÃO LUÍS	482
PB	JOÃO PESSOA	648
SE	ARACAJU	664
MS	CAMPO GRANDE	696
AL	MACEIÓ	842
MT	CUIABÁ	943
RN	NATAL	1.116
PA	BELÉM	1.250
SC	FLORIANÓPOLIS	1.271
ES	VITÓRIA	1.347
AM	MANAUS	1.420
PI	TERESINA	1.708
DF	DISTRITO FEDERAL	1.908
GO	GOIÂNIA	1.975
RS	PORTO ALEGRE	2.235
PR	CURITIBA	2.800
BA	SALVADOR	2.996
CE	FORTALEZA	3.156
MG	BELO HORIZONTE	3.222
RJ	RIO DE JANEIRO	4.170
PE	RECIFE	4.355
SP	SÃO PAULO	6.915
TOTAL NAS CAPITAIS		46.560
TOTAL NO BRASIL		60.680