

Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90

Morbi-mortality by cancer in Recife in the 90s

Fernando José Moreira de Oliveira Júnior,¹ Eduarda Ângela Pessoa Cesse²

Resumo

Informações sobre câncer constituem instrumentos fundamentais para a construção de indicadores de monitoramento, planejamento e intervenção em saúde pública. Neste artigo, são descritos padrões de morbi-mortalidade por câncer no Recife na década de 90. É um estudo descritivo, de corte transversal com análise de tendência temporal, cujos dados secundários foram coletados do Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional e do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Os resultados apontam próstata como a topografia de maior incidência no sexo masculino. No feminino, mama apresenta a maior incidência, passando dos 100 casos novos por 100.000 mulheres com mais de 40 anos. Para maiores de 40 anos, há tendência de crescimento estatisticamente significativa no sexo masculino. O risco de óbito é maior em mulheres com idade entre 20 e 49 anos. Apenas "estômago", no sexo masculino e "colo uterino", no feminino apresentam tendência de redução estatisticamente significativa na década. As topografias "estômago"; "fígado e vias biliares intra-hepáticas" e "traquéia, brônquios e pulmões" apresentaram aumento nos anos potenciais de vida perdidos no sexo masculino e no feminino, "colo uterino" e "mama" apresentam redução. Neste contexto, o câncer vem se apresentando como prioridade na saúde pública. Faz-se, portanto, necessário um olhar epidemiológico atento e qualificado no conhecimento e evolução deste agravo, no intuito de potencializar ações já existentes.

Palavras-chave: Neoplasias; Epidemiologia; Morbidade; Mortalidade; Brasil.

Abstract

In Public Health, the information about cancer is vital in order to elaborate monitoring indicators as well for a prompt acting and planning. In this article, the authors describe the morbi-mortality standards by cancers in the city of Recife city in the 90s. This is a descriptive study using the transversal cut with periodic tendency analysis. The secondary data were obtained from The Cancer Register System of Population basis and the mortality from the Mortality Information System of Health Ministry. In men, prostate appeared as being the main topographical site for cancer incidence. In women, breast appeared as the main incidence, with over 100 cases for each 100.000 women aged over 40 years. Death risk is higher between women aged over 20-40 years old. Only stomach cancer in men and cervix uteri in women showed a considerable statistical reduction tendency in this decade. In men over 40 years, results demonstrated an important statistical increasing tendency at the same period. Regarding the potential year of life lost the topographies "stomach", liver and intra-hepatic path", "trachea, bronchium, lungs" (TBL) presented an increase for males, while the topographies "breast" and "cervix uteri" presented a decrease for females. In this context, cancer has to be treated as a priority by public health. It is important to be alert to this in order to potentialize all successful procedures in course.

Key words: Neoplasms; Epidemiology; Morbidity; Mortality; Brazil.

¹ Secretaria de Saúde de Pernambuco,

² Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva, NESC-FIOCRUZ

Endereço para correspondência: Fernando José Moreira de Oliveira Júnior, Praça Oswaldo Cruz, S/N, Boa Vista, CEP - 50050-210 Recife/PE

E-mail: fjmo@click21.com.br

INTRODUÇÃO

A história do câncer, como causa de sofrimento e morte do homem, é contemporânea à própria existência humana e vem acompanhando, passo a passo, a evolução da espécie ao longo dos séculos¹.

Atualmente se discutem as principais causas do câncer. Alguns apontam o processo de urbanização como fator responsável por cerca de 80% dos casos, principalmente por trazer consigo o processo de industrialização, e conseqüentemente a poluição.^{2,3} Outros apontam o aumento da expectativa de vida como um dos principais fatores para a crescente mortalidade por câncer.^{4,5} Em um estudo realizado sobre estrutura da mortalidade por grupos de causas em função da esperança de vida ao nascer, Carmona⁶ percebeu que a partir dos 73 anos, os cânceres são responsáveis por quase um quarto das mortes. Koifman⁵ também aponta como uma das causas do crescimento da incidência, o aumento da idade.

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer vem aumentando progressivamente. O envelhecimento da população, como reflexo do processo de transição demográfica,⁷ trouxe ao povo brasileiro um ganho de mais de 100% na esperança de vida, passando de 33,7 anos no começo do século XX para 70,7 no início do século XXI.⁸

Acompanhando esse movimento demográfico, surgem cada vez mais casos novos de câncer, porém informações acerca de sua incidência geralmente são menos acessíveis por se tratar de um grupo de doenças de longa duração sem um sistema de vigilância epidemiológica que obrigue sua notificação. As principais fontes são os Registros de Câncer de Base Populacional (RCPB) que são centros de coleta, armazenamento e análise de casos novos de câncer.⁹

No Brasil, os primeiros Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) foram os de Recife (1967), iniciado no Hospital das Clínicas tendo interrompido suas atividades na década de 80 por falta de incentivos, porém, reiniciado em 1995, o de São Paulo (1969), o de Fortaleza (1971) e o de Porto Alegre (1973). Em 1986 e 1987 foram implantados os registro de Goiânia e Belém, respectivamente, com o objetivo de se ter cobertura em todas as regiões do País.¹⁰

Estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹¹ estimou para 2003, 3.470 casos novos de câncer na cidade do Recife (40,6% em homens e 59,4% em mulheres) e 1.490 óbitos (46,3% nos homens e 53,4% nas mulheres).

Na década de 90 o risco de morte por câncer foi encontrado em diferentes posições nas 5 macro-regiões do Brasil, mas sempre incluído entre as três primeiras causas, excluindo-se sintomas, sinais e achados mal definidos (SSAMD), ao lado das doenças do aparelho circulatório e causas externas.¹² Entre homens e mulheres

com mais de 40 anos, a doença aparece como a segunda mais importante causa de morte nas diversas regiões brasileiras.¹²

Excluindo ainda SSAMD, em 2001 o câncer foi responsável por 15% dos 825.726 óbitos registrados no Brasil, sendo que 54% ocorreram entre os homens e 46%, entre as mulheres.¹²

Em Pernambuco, no ano de 2001 ocorreram 51.868 óbitos registrados por todas as causas. Excluindo os óbitos por SSAMD (10.897), 11% corresponderam a óbitos por câncer, representando assim a 3ª causa de morte, ficando abaixo das doenças do aparelho circulatório (31%) e causas externas (19%).¹²

Na cidade do Recife a realidade é a mesma do Brasil, da Região Nordeste e de Pernambuco. Enquanto a expectativa de vida cresce com a diminuição das doenças infecto-parasitárias, as doenças crônico-degenerativas aumentam numa relação diretamente proporcional. Nesse bojo, o câncer aparece como a segunda causa de morte por doenças no ano de 2001, com 1.405 mortes, correspondendo a 14% dos óbitos registrados excluindo SSAMD.¹²

Diante do quadro acima descrito, objetiva-se analisar a morbi-mortalidade por câncer na cidade do Recife na década de 90, sua tendência, magnitude e impacto em vidas e anos produtivos perdidos no intuito de contribuir com informações epidemiológicas que auxiliem no planejamento e na avaliação dos programas de prevenção e controle do câncer e no gerenciamento dos serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

A área de estudo, corresponde à cidade do Recife que tem uma população de 1.422.905 hab., segundo o censo 2000 do IBGE,⁸ o equivalente a 18% da população do estado de Pernambuco. Possui uma estrutura etária ainda jovem, porém com tendência ao envelhecimento, onde a população idosa (acima de 70 anos) que respondia por 3,1% do total em 1990, passou para 4,3% em 2000, um crescimento de 38,7% na década. Ocupa uma área de 218,7 Km², sendo a mais densamente povoada do estado, com 6.501,8 hab/km². É também a mais bem amparada do ponto de vista de infra-estrutura médico/hospitalar especializada.

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com análise de tendência temporal e envolve o levantamento de dados referentes a morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife, na década de 90.

A população do estudo corresponde aos casos novos detectados pelo RCBP no período de 1995 a 1999 e aos óbitos por câncer registrados no SIM ocorridos no

período de 1990 a 1999. Como não foi objetivo deste artigo uma análise exaustiva das diversas localizações tumorais, os autores selecionaram as dez que causam maior impacto na morbidade e quatro na mortalidade.

As taxas de morbidade por sexo, faixa etária e localização primária do tumor foram obtidas no Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional (SisBasePop) da Secretaria da Saúde de Pernambuco onde os registros são codificados pela segunda revisão da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia - CID-O2.

Os óbitos foram coletados na página eletrônica do DataSus através do Sub-Sistema de Informação sobre Mortalidade. Esse sistema é alimentado pela Declaração de Óbito, implantada no Brasil desde 1976¹⁴ e codificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 9ª e 10ª revisão.

As populações utilizadas no cálculo das taxas, por grupos de 100.000 habitantes, foram o Censo de 1991, a contagem populacional de 1996 e as projeções intercensitárias para os demais anos, todas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.⁸ Para o cálculo das taxas específicas levou-se em consideração a localização dos tumores, a faixa etária e o sexo, para não incorrer no erro de subestimar o risco de cânceres específicos.

A taxa de mortalidade para o estudo de tendência foi calculada para indivíduos com mais de 40 anos, já que é a partir desta idade que acontecem mais de 75% dos óbitos por câncer. Nesse estudo, foi utilizando o modelo de regressão linear simples que é um modelo estatístico cuja base é a relação linear entre as variáveis e que fornece equações de linhas retas, que descrevem fenômenos em que há apenas uma variável dependente.¹⁵

A análise estatística do modelo foi realizada com o software *Statistic Package for Social Science* - SPSS 13.0, para identificar os parâmetros da equação da reta, o valor R (que mede a qualidade do ajuste) e o nível de significância do teste (93% de confiança). Os gráficos e tabelas foram elaborados no programa Excel 2000.

No cálculo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP, que foi um indicador concebido por ROMEDER e McWHINIE¹⁶ como alternativa metodológica para avaliar o impacto da morte em idade prematura, foram considerados os óbitos ocorridos com idade entre 1 e 70 anos. Excluíram-se os óbitos em maiores de 70 anos, partindo-se do pressuposto que esta é a expectativa de vida da população brasileira. Para chegar ao seu valor, foi somado o número de mortes em cada faixa etária (entre 1 e 70 anos) e multiplicado o resultado pelos anos de vida que faltam até os 70 anos.^{7, 16, 17}

RESULTADOS

MORBIDADE

Os resultados desse estudo mostram que a incidência do câncer na cidade do Recife aumenta na medida em que aumenta a idade em ambos os sexos, porém no sexo masculino esse crescimento é mais acentuado (gráfico 1).

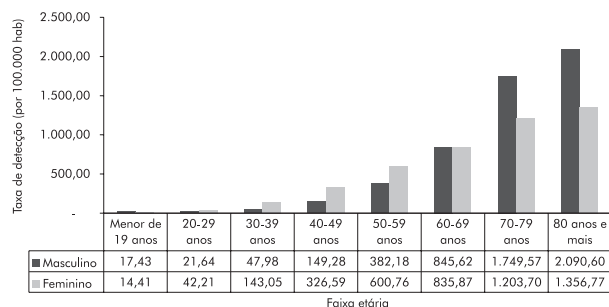


Gráfico 1. Câncer - Taxa de incidência por sexo segundo faixa etária - Recife, 1995 a 1999

As maiores taxas de incidência de tumores nos homens (tabela 1) ocorrem na "próstata"; "brônquios e pulmões"; "pele (não melanoma)" e "estômago", respectivamente. Ainda sobre as topografias mais incidentes, percebe-se que próstata apresenta um aumento de 4,5 vezes entre os grupos etários 50-59 anos e 60-69 anos, sendo este o maior incremento dentre todas as topografias estudadas entre estas faixas etárias. Entre as faixas etárias 60-69 e 80 anos e mais, também ocorre crescimento de mais de 300% na incidência de casos dessa mesma localização do tumor primário.

No sexo feminino os tumores de mama e colo uterino são os que apresentam os maiores riscos para as mulheres (62,04 e 24,42 por 100.000 respectivamente), inclusive em idade jovem, a partir dos 20 anos (tabela 2). A partir dos 70 anos, o câncer de pele não melanoma passa a ser o segundo mais importante. Contudo, quando agrupadas todas as faixas etárias, este continua sendo a terceira causa de incidência entre as mulheres (8,65 por 100.000).

MORTALIDADE

Os resultados desse estudo mostram que o risco de morte por câncer no sexo masculino é em média 26% inferior ao sexo oposto nas faixas etárias de adultos jovens (20 a 49 anos) (gráfico 2). A partir da faixa etária 50-59 anos o risco aumenta gradativamente, chegando a ser 71% superior na faixa etária 70-79 anos.

No estudo de evolução temporal da mortalidade, o sexo masculino apresenta uma tendência de crescimento

Tabela 1. Neoplasma Maligno - Taxa de incidência por 100.000 homens das 10 principais localizações primárias por faixa etária. Recife, 1995 a 1999

Localização Primária	Faixa etária							Geral
	20 - 29 anos	30 - 39 anos	40 - 49 anos	50 - 59 anos	60 - 69 anos	70 - 79 anos	80 anos e mais	
Próstata	0,33	1,05	5,59	41,20	184,72	557,62	765,44	29,07
Brônquios e pulmões	0,33	2,93	14,90	54,60	122,64	187,35	162,66	16,27
Outras neoplasias malignas da pele	1,00	3,56	9,93	27,30	48,45	131,29	177,01	9,75
Estômago	0,50	2,30	10,55	27,79	52,99	115,06	114,82	8,96
Laringe	-	1,05	9,00	30,77	43,15	53,11	52,62	6,55
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	0,33	1,47	6,21	15,88	37,10	81,14	71,76	6,23
Localização primaria desconhecida	1,66	4,19	5,90	10,92	28,77	41,31	62,19	5,40
Encéfalo	2,50	2,72	6,52	12,90	15,90	28,03	33,49	4,83
Cólon	0,33	1,26	3,72	12,41	28,01	50,16	57,41	4,32
Esôfago	0,17	0,63	6,52	10,92	27,25	54,58	43,06	4,16
Demais localizações primárias	14,49	26,82	70,45	137,48	256,64	449,93	550,16	54,36

Tabela 2. Neoplasma Maligno - Taxa de incidência por 100.000 mulheres das 10 principais localizações primárias por faixa etária. Recife, 1995 a 1999

Localização Primária	Faixa etária							Geral
	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos e mais	
Mama	4,98	37,16	113,88	203,76	233,56	298,40	306,37	62,04
Colo do útero	3,37	21,28	52,45	74,32	88,28	78,96	96,29	24,42
Outras neoplasias malignas da pele	0,73	2,62	7,28	17,77	39,85	75,29	107,23	8,65
Brônquios e pulmões	0,73	2,44	9,96	24,29	38,34	53,25	61,27	8,24
Carcinoma "in situ" do colo do útero (cervix)	8,79	18,49	13,84	11,60	8,07	11,02	6,57	7,99
Ovário	1,76	3,14	10,93	19,58	26,74	40,40	30,64	6,89
Estômago	0,59	3,66	7,04	16,32	28,75	38,56	41,58	6,31
Cólon	0,88	1,40	8,26	14,50	21,19	50,50	43,77	5,95
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	0,29	1,92	3,16	10,88	26,74	43,15	83,16	5,59
Útero, soe	0,44	5,23	9,71	17,04	16,65	30,30	32,83	5,68
Demais localizações primárias	19,64	45,71	90,08	190,70	307,71	483,87	547,08	80,86

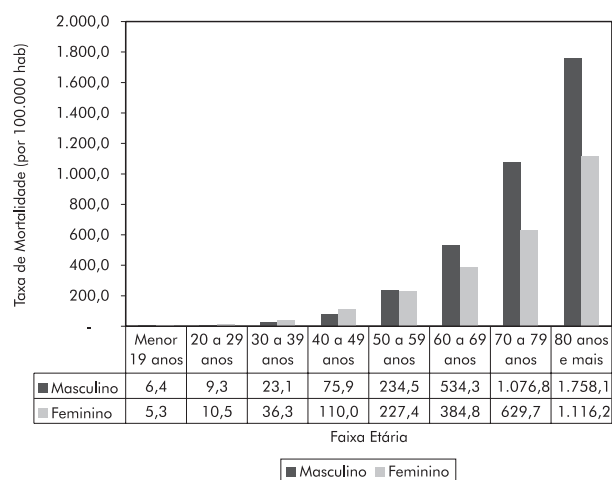


Gráfico 2. Câncer - Taxa de mortalidade por sexo segundo faixa etária. Recife, 1990-1999

estatisticamente significativa ($p < 0,05$ e $R = 71\%$) no risco de morte, com uma velocidade de 4,69 óbitos por 100.000 homens/ano (gráfico 3). No sexo feminino, não se pode afirmar que haja tendência com base apenas na série estudada, em que os dados oscilam de forma aleatória. Faz-se necessário ampliar a mesma para verificar seu comportamento.

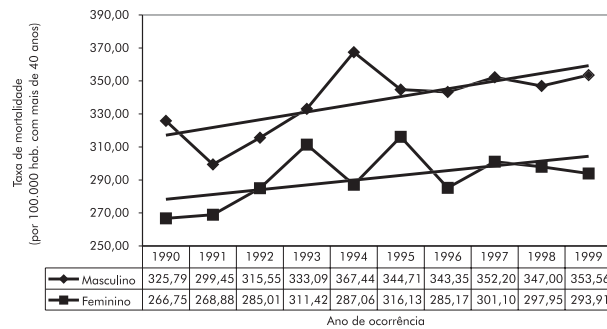
Ainda no estudo de evolução temporal, no sexo masculino a topografia, "estômago" é a única que apresenta tendência de redução estatisticamente significativa ($p < 0,07$ e $R = 60\%$). Para as demais topografias, não foi possível perceber um padrão evolutivo na taxa de mortalidade entre 1990 e 1999 (gráfico 4).

No sexo feminino, "colo uterino" apresenta tendência de redução no risco estatisticamente significativa na década ($p < 0,05$ e $R = 69\%$), por sua vez, o câncer respiratório apresenta padrão evolutivo

positivo, sendo esperado 0,75 óbitos por 100.000 mulheres/ano com mais de 40 anos de idade (p= 0,06 e R= 62%) (gráfico 5).

A topografia "fígado e vias biliares intra-hepáticas", apresenta um aumento bastante elevado entre 1990 a 1999 no número de anos potenciais de vida perdidos (154,9%) no sexo masculino (gráfico 6). "Traquéia, brônquios e pulmões" bem como "estômago", também apresentaram crescimento positivo, porém em menores proporções (25,7% e 10,4% respectivamente).

As topografias "colo uterino" e "mama" apresentam redução no número de anos potenciais de vida perdidos (21,5% e 12,7% respectivamente). "Cólon, reto e ânus", assim como "TBP" apresentam crescimento positivo da ordem de 55,6% e 24,8%, respectivamente (gráfico 7).



Categoria Sexo	Velocidade de crescimento (b)	Estatística t	p valor	R
Masculino	4,69	2,83	0,02	71%
Feminino	2,90	1,82	0,10	54%

Gráfico 3. Câncer - Evolução da taxa de mortalidade e linha de tendência em indivíduos com mais de 40 anos segundo sexo. Recife, 1990-1999

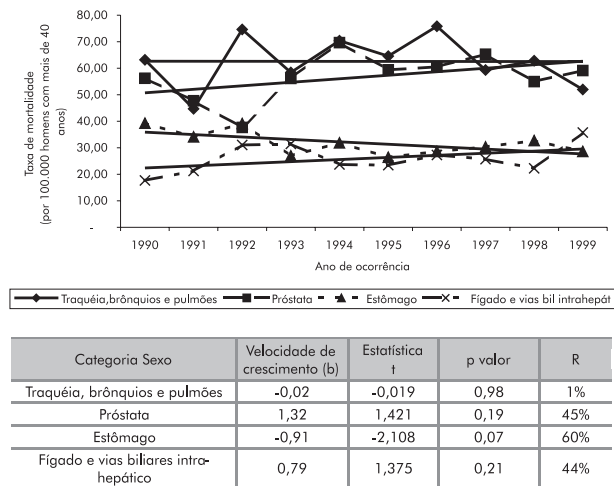
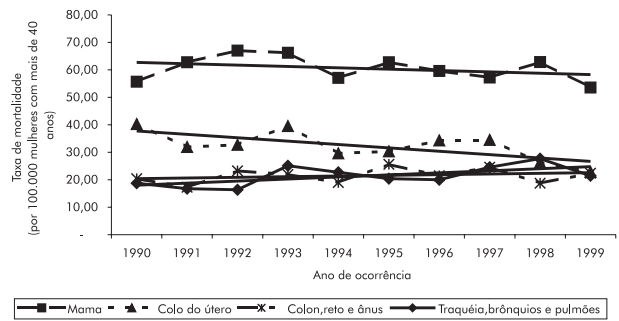


Gráfico 4. Câncer - Mortalidade proporcional e curva de tendência das 4 principais topografias no sexo masculino segundo ano de ocorrência. Recife, 1990-1999



Categoria Sexo	Velocidade de crescimento (b)	Estatística t	p valor	R
Mama	-0,49	-0,982	0,35	33%
Colo do útero	-1,22	-2,679	0,03	69%
Cólon, reto e ânus	0,24	0,819	0,44	28%
Traquéia, brônquios e pulmões	0,75	2,229	0,06	62%

Gráfico 5. Câncer - Mortalidade proporcional e linha de tendência das 4 principais topografias no sexo feminino segundo ano de ocorrência. Recife, 1990-1999

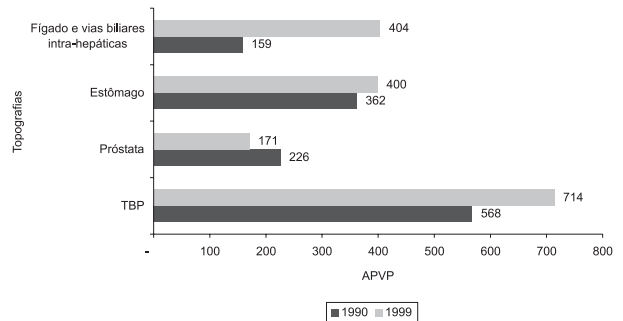


Gráfico 6. Câncer - Anos potenciais de vida perdidos por mortalidade precoce pelas 4 principais topografias no sexo masculino. Recife, 1990-1999

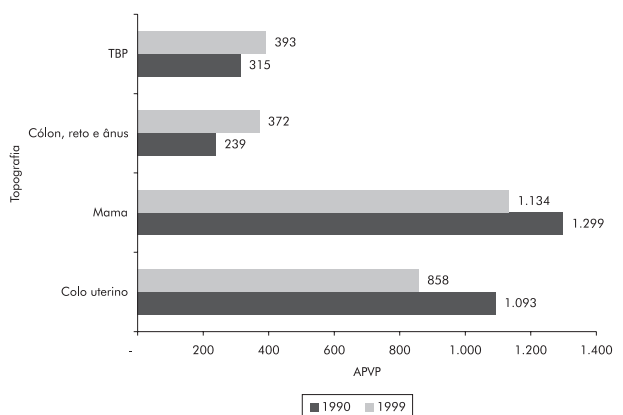


Gráfico 7. Câncer - Anos potenciais de vida perdidos por mortalidade precoce pelas 4 principais topografias no sexo feminino. Recife, 1990-1999

DISCUSSÃO

MORBIDADE

A cidade do Recife, na década de 60, foi uma das pioneiras no Brasil, no registro de casos de câncer. Seu funcionamento foi encerrado em 1980-81 devido à descontinuidade das estratégias de busca de casos por problemas ligados a financiamento e custeio, implicando numa solução de continuidade nos registros de aproximadamente 15 anos. Atualmente, conta com uma série de 7 anos consolidados, de 1995 a 2001, com indicadores de qualidade de informação apresentando melhoras a cada ano.

É aproveitando essa disponibilidade de informações que buscamos, a partir desse estudo, verificar se o padrão da incidência do câncer na cidade do Recife segue os modelos comentados na literatura.

Dessa forma, na população estudada, no que se refere às topografias mais expostas ao risco de desenvolver tumores malignos no sexo masculino, os achados deste estudo estão em consonância com a literatura discordando apenas no posto do sítio "pele não melanoma" que, enquanto aqui aparece como a terceira causa, na estimativa publicada pelo INCA¹¹ em 2003, no estudo de Koifman,⁵ sobre a incidência do câncer em várias regiões brasileiras, e no de Andreoni et al.,¹⁹ em 18 cidades de estado de São Paulo, aparece como a primeira.

No sexo feminino, apesar de todo empenho do Ministério da Saúde no controle dos tumores de mama e colo uterino através de campanhas educativas e de prevenção, esses ainda são os tumores que mais atingem mulheres, inclusive em idade jovem, a partir dos 20 anos. Em seu estudo, Koifman⁵ refere o câncer de mama no Recife como a segunda maior incidência em 1980, precedido do câncer de colo uterino. Todavia, na segunda metade da década de noventa, esse comportamento muda. Uma explicação para essa inversão pode ser atribuída à expansão do acesso ao exame Papanicolau para toda população feminina. As estimativas do INCA¹¹ também apontam para essas duas topografias como as que apresentam o maior risco para as mulheres seguida de pele não melanoma corroborando assim com o padrão aqui verificado.

MORTALIDADE

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o nível de qualidade dos dados é medido pelo número de notificações por "causas mal definidas". Desde 1994, o Sistema de Informação sobre Mortalidade foi descentralizado para a Secretaria de Saúde do Município de Recife, que vem assumindo desde então o resgate dos óbitos notificados como "causas mal definidas". Todavia,

mesmo antes desse processo, a qualidade dos dados sempre se mantiveram em níveis aceitáveis, se apresentando abaixo do máximo estabelecido pela OMS (10%). No período estudado, foram notificados em média 2,97% óbitos neste grupo, tendo o ano de 1992 apresentado o maior percentual (6,31%) e o de 1998 o menor (0,89%).¹²

Vale salientar que a análise dos dados de mortalidade mostram que, mesmo com a mudança da CID 9 pela CID 10, não se percebeu mudança na posição que o câncer vinha assumindo no ranking da mortalidade, mantendo-se em segundo lugar dentre todos os capítulos, embora tenham melhorado as notificações de algumas topografias específicas a exemplo de tumores do SNC, que eram codificados como de natureza não especificada,¹⁷ e os de pulmão que muitas vezes era considerado como causa secundária a uma pneumonia.

Analisando a mortalidade por câncer segundo faixa etária em Recife, percebemos que o padrão aqui verificado está em consonância com o apontado pela literatura.^{1, 5, 11} Observamos que o risco é mais elevado entre homens com idade igual ou superior a 50 anos, faixa etária onde a população masculina tem uma redução mais acentuada,⁸ e é justamente dessa idade em diante que a proporção de óbitos por câncer cresce de forma mais acentuada.

Na análise referente ao comportamento evolutivo da mortalidade por câncer na década de 90, a tendência de crescimento, confirmada no sexo masculino e sugerida no feminino, segue o mesmo padrão observado no Brasil entre 1980 e 1985 por Pinto e Curi.²⁰

Quando a análise é feita segundo a localização do tumor, percebemos que a tendência de crescimento do risco de morte por câncer de estômago no sexo masculino está em consonância com os achados de Wunsch Filho e Moncau¹³ nas diversas regiões brasileiras e com Abreu⁷ no mundo. Estudos procuram explicar esse fenômeno a partir da melhoria na conservação dos alimentos e na qualidade dos hábitos alimentares.^{7, 21} No Brasil, entre 1980 e 1995, "TBP" e "próstata" apresentaram crescimento no risco de óbito.¹³

No sexo feminino, também evidenciamos o mesmo comportamento observado no Brasil entre 1980 e 1995 por Wunsch Filho e Moncau¹³ onde a mortalidade por câncer do "colo uterino" tende a diminuir enquanto que o câncer do aparelho respiratório apresenta um aumento significativo.

Comparando os indicadores de APVP com a taxa de mortalidade, verificamos que, embora a topografia "próstata" seja a que apresenta a segunda maior taxa para a população masculina, devido ao fato desse risco se concentrar prioritariamente nas faixas acima de 50 anos,

o seu impacto em quantidade de vida produtiva perdida é o segundo menor em 1990 e o menor em 1999, apresentando uma redução da ordem de 24,6%, o que sugere que os óbitos estejam ocorrendo em idades mais avançadas.

Por fim, analisando o APVP no sexo feminino, os achados deste estudo apontam para uma redução deste indicador nas topografias "mama" e "colo uterino". Em estudo realizado no Brasil entre os anos de 1980 e 1997²² percebeu-se aumento de 83% no APVP por câncer de "mama". Kalakun e Bozzeiti²³ também perceberam um aumento deste indicador da ordem de 28,9% na topografia "colo uterino" no período de 1979 e 1998 no Rio Grande do Sul.

CONCLUSÃO

No estudo do padrão evolutivo, foi verificada tendência estatisticamente significativa de aumento na taxa geral de mortalidade no sexo masculino. No feminino, apesar do aumento de 10,1% no período a série não apresentou padrão temporal definido. Quanto às topografias, apenas "estômago" no sexo masculino apresentou tendência de redução estatisticamente significativa. No sexo feminino, enquanto "colo uterino" apresentou tendência de redução estatisticamente significativa, na topografia "TBP" percebeu-se tendência de crescimento.

No que se refere a faixa etária, percebeu-se que a incidência no sexo feminino passou dos 100 casos novos por 100.000 mulheres a partir dos 30 anos e no sexo masculino dos 40 anos. Outro achado do estudo indicou que nas faixas entre 20 e 49 anos a taxa de mortalidade é mais importante no sexo feminino. Até os 19 anos e em indivíduos com mais de 50 anos o sexo masculino apresentou risco maior.

Os achados sugerem que o câncer de próstata, apesar da alta incidência e mortalidade, causa pouco impacto em vida produtiva, já que homens acometidos por este mal têm idade próxima ou superior a 70 anos. Indicaram, inclusive, uma redução do APVP na década, sugerindo que a idade média está aumentando. O mesmo pode ser observado quanto aos óbitos por câncer de mama que também é a topografia que apresenta a maior taxa de incidência e de mortalidade no sexo feminino.

Conclui-se finalmente que, apesar do câncer vir ganhando espaço como prioridade de saúde no País, é necessário um olhar epidemiológico atento e qualificado no conhecimento, evolução e no número de casos de câncer, no intuito de potencializar a execução de políticas e ações já existentes relacionadas ao agravo.

REFERÊNCIAS

1. Silva MGC. Câncer em Fortaleza: mortalidade e morbidade no período 1978/80. Fortaleza: Secretaria de Saúde e Desporto; 1982.
2. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Coordenação de Programas de Controle do Câncer. Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 1990.
3. Thuler JC. O papel da epidemiologia na qualificação do risco de desenvolver câncer [resumo]. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):151-2.
4. Robbins SL. Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1974.
5. Koifman S. Incidência do câncer no Brasil. In: Minayo MCS. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
6. Carmona F. Estimaciones de la mortalidad por cáncer en 1980. In: Seminário de Registro de Câncer na América Latina; 1989; Cali, Colômbia.
7. Abreu E. A prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 1997 [citado em 29 nov 2004];13 Supl 1:105-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000500012&lng=pt&nrm=iso
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm.
9. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Coordenação de Programas de Controle do Câncer. Registro de câncer: princípios e métodos. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 1995.
10. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003.
11. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003.
12. Ministério da Saúde. DataSus [homepage na Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtpe.def>.
13. Wunsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. Rev Assoc Med Bras [periódico na Internet]. 2002 jul - set [citado em 3 nov 2004];48(3):250-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000300040&lng=pt&nrm=iso
14. Laurenti R, Jorge MHPM. O Atestado de óbito. 4a ed. São Paulo: USP; 2002.
15. Callegari-Jaques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
16. 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. Washington: OPAS; 1988.

17. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2002.
18. Kerr-Pontes LR, Rouquayrol MZ. Medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
19. Andreoni GI, Veneziano DB, Giannotti Filho O. Incidência de câncer em dezoito cidades do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2001 ago [citado em 26 nov 2004];35(4):362-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400005&lng=pt&nrm=iso
20. Pinto FG, Curi PR. Mortalidade por neoplasias no Brasil (1980/1983/1985): agrupamento dos Estados, comportamento e tendências. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 1991 [citado em 29 nov 2004];25(4):276-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000400006&lng=pt&nrm=iso
21. Munõz N. Aspectos epidemiológicos do câncer gástrico com referência especial à América Latina e Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 1997 [citado em 4 nov 2004];13 supl 1:109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000500013&lng=pt&nrm=iso
22. Lira MMTA, Drumond Jr M. Anos potenciais de vida perdido no Brasil em 1980 e 1997. In: Estudos epidemiológicos. Brasília: FUNASA; 2000.
23. Kalakun L, Bozzetti MC. A evolução da mortalidade por câncer de colo de útero entre 1979 e 1998 no Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2005 [citado em 13 jun 2005];21(1):299-309. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100033&lng=pt&nrm=iso