

Incidência e mortalidade por câncer no Brasil

Cancer incidence and mortality in Brasil

O Instituto Nacional de Câncer lançou duas publicações de dados epidemiológicos: *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 1997*, em sua terceira versão anual consecutiva, e *O Problema do Câncer no Brasil*, em sua quarta edição. Isto enseja uma transcrição sumária dos dados e da análise reflexiva sobre a incidência e a mortalidade por câncer verificados no nosso país.

As taxas de mortalidade das macrorregiões incluem o câncer em diferentes posições, porém sempre ocupando as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, afecções do período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias.

Importa ressaltar que, à exceção da Região Sul, as causas externas foram, em 1994, o segundo maior grupo de causas de morte, no Brasil, e que, na Região Norte, as afecções perinatais constituíram, naquele mesmo ano, a terceira causa de morte por doença, superando as doenças infecto-parasitárias e as do aparelho respiratório.

Pelos últimos dados disponíveis, o câncer, no Brasil, se constitui na segunda causa de morte por doença, tendo sido os neoplasmas responsáveis, em 1994, por 10,86% dos 887.594 óbitos registrados. Dos óbitos por neoplasias, 53,81% ocorreram entre os homens e 46,05%, entre as mulheres. Somente na Região Nordeste, as neoplasias representam a terceira causa de morte por doença, respondendo por 6,34% dos óbitos atestados, mesmo assim ficando apenas 0,02 ponto percentual aquém das doenças infecciosas e parasitárias. Nas demais regiões, os neoplasmas seguem-se às doenças cardiovasculares, e a sua proporcionalidade aumenta à medida que se desloca para o sul: 7,83% (Região Norte),

9,89% (Região Centro-Oeste), 11,93% (Região Sudeste) e 15,9% (Região Sul).

Na Tabela 1 está retratada a mortalidade proporcional por câncer, entre todos os óbitos registrados no Brasil de 1989 a 1994, distribuída por localização do tumor primário. Evidencia-se uma diminuição progressiva, em maior ou menor grau, da mortalidade proporcional devida a leucemias e aos cânceres de esôfago, estômago, laringe e colo uterino, e o aumento, também progressivo e em maior ou menor grau, da proporcionalidade dos cânceres de cólon, pâncreas, pulmão, reto, mama e próstata.

Utilizando-se de um parâmetro mais fidedigno, o coeficiente ajustado por idade, vê-se que a mortalidade por câncer do colo uterino no período de 1980 a 1994 (Figura 1) é quase estacionária, e a por câncer de estômago, descendente. Já a devida aos cânceres de mama, pulmão e próstata é ascendente.

169

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por câncer, no Brasil, distribuída segundo a localização primária e o ano de ocorrência do óbito

Local \ Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Esôfago	4,92	4,81	4,73	4,71	4,73	4,68
Estômago	11,87	11,54	11,42	11,37	10,81	10,33
Cólon	3,68	3,77	3,77	3,67	3,70	3,90
Pâncreas	3,40	3,48	3,39	3,46	3,51	3,49
Laringe	2,39	2,28	2,32	2,31	2,39	2,32
Pulmão	12,06	12,21	12,33	12,28	12,06	12,36
Reto	1,74	1,80	1,83	1,86	1,96	1,91
Mama	14,94	15,13	14,78	15,15	15,30	15,57
Próstata	9,04	9,38	9,43	9,50	9,73	10,67
Leucemias	4,00	4,02	4,04	3,92	3,90	3,85
Colo do útero	7,50	7,32	7,43	7,28	7,25	6,81

Fontes: Ministério da Saúde/DataSus - Home Page.

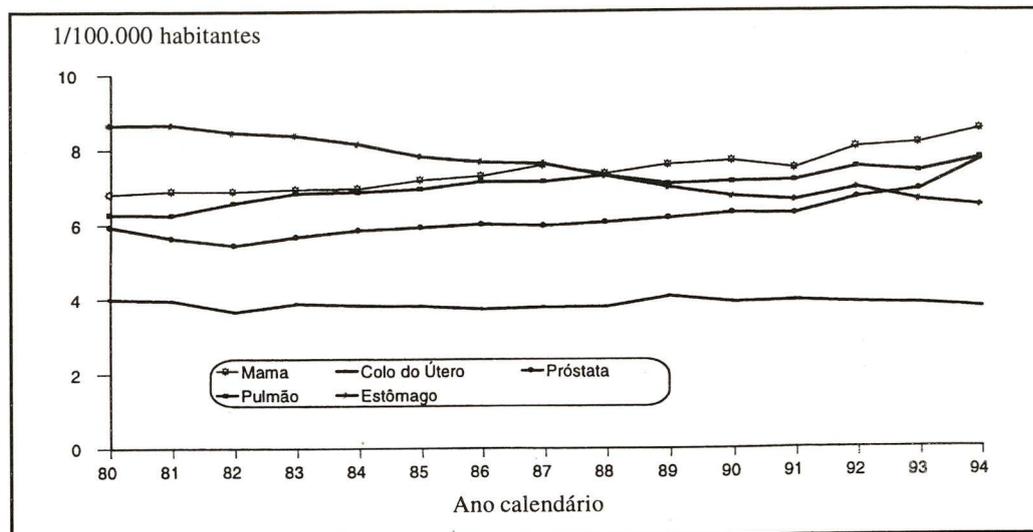


Figura 1 - Coeficientes ajustados por idade da mortalidade por neoplasias selecionadas, distribuídas por localização primária e ano, ocorrida no Brasil, de 1980 a 1994.

Fontes: Ministério da Saúde/DataSus - Home Page; IBGE.

Estes coeficientes traçam uma tendência firmemente ascendente com o avanço da faixa etária, aumentando abrupta e progressivamente a partir dos 30 anos de idade. Isto permite concluir que, se o câncer mata muitos velhos, também o faz muito entre os adultos jovens no Brasil.

As nossas taxas de incidência de câncer, obtidas dos cinco registros de base populacional em atividade, também revelam-se regionalmente bastante díspares: Porto Alegre-RS e Campinas-SP apresentam as maiores taxas de incidência de todas as formas de câncer. Quando comparadas por sexo, observa-se que Porto Alegre-RS e Belém-PA acompanham a tendência internacional de uma maior incidência do câncer no sexo masculino. Entretanto, em Campinas-SP, Fortaleza-CE e Goiânia-GO, encontra-se uma inversão nesse padrão.

Os cânceres de estômago, pulmão e próstata alternam-se nas três primeiras posições entre os homens. Nas mulheres, essa alternância se dá entre as neoplasias do colo uterino e de mama: o primeiro se destaca nos registros de Belém-PA e Fortaleza-CE e o segundo, nas demais cidades anteriormente citadas. Em todas as cinco cidades, porém, o câncer de estômago ocupa, isoladamente, o terceiro lugar de maior incidência.

Considerando-se o sexo masculino, o câncer de estômago é o mais incidente em

Belém-PA e Fortaleza-CE, enquanto que o de pulmão se destaca em Porto Alegre-RS e o de próstata, em Campinas-SP e Goiânia-GO.

O câncer de pele, que não o melanoma cutâneo, apresenta as maiores taxas de incidência em Goiânia-GO (117,33/100.000 homens e 84,06/100.000 mulheres) e as menores em Campinas-SP (25,15/100.000 homens e 14,84/100.000 mulheres).

Analisando-se os dados mais recentemente divulgados por registros de câncer de base hospitalar brasileiros, observa-se que, entre as dez localizações mais frequentes, o colo uterino, a mama feminina, pele, estômago, próstata, linfonodos e esôfago são locais primários encontrados nos registros considerados. As três localizações restantes variam em topografia e em classificação. Pode-se observar, também, que o percentual de casos não estadiáveis ou de estágio desconhecido é uma constante e que, dos casos estadiados, é alta a proporção daqueles em estádios avançados da doença (III e IV).

Considerando-se que localizações primárias de tumores frequentes nesses registros, como o colo do útero, a mama, a pele, a boca, a tireóide, o olho, o corpo do útero e a próstata são de fácil acesso ao exame físico e dispensam ambiente e equipamentos sofisticados para serem examinadas, e que, como o pulmão, o esôfago, o estômago e os ossos,

outras localizações freqüentes, o podem ser por meio de equipamentos e tecnologia já há muito incorporados à prática médica brasileira, os dados dos registros hospitalares sugerem uma deficiência considerável no diagnóstico do câncer, feito nos pacientes que são encaminhados aos hospitais de tratamento especializado.

Dados do registro hospitalar do Hospital do Câncer, do Instituto Nacional de Câncer, demonstram, por exemplo, que mais de 70% dos casos de cânceres de boca, mama e colo uterino, locais de fácil acesso ao auto-exame e ao exame físico, e que contam com critérios, técnicas e métodos de detecção já muito bem estabelecidos, lá são atendidos em estádios avançados. Visto que quanto mais avançado o tumor pior será o prognóstico do paciente, pode-se imaginar o quanto a sobrevivência destes é prejudicada por conta da falta de diagnóstico em fases mais iniciais, ou menos avançadas.

Nem sempre os dados de base de mortalidade, de população ou de hospitais são superponíveis, seja por que um tumor é pouco incidente, mas mortal, e vice-versa, seja porque os pacientes enfrentam diferentes graus de dificuldade de acesso aos serviços especializados. Registre-se, por exemplo, que a freqüência relativa dos cânceres de estô-

mago e próstata se dá, nos registros hospitalares, em percentuais mais baixos do que os presumíveis, tendo-se em vista as suas altas taxas de incidência e de mortalidade. Isto pode significar que os dados de pacientes atendidos e tratados em hospitais gerais não venham sendo adequadamente registrados e analisados, mormente se eles são atendidos em cidades que não dispõem de registros de base populacional, embora possam ser incluídos entre os óbitos registrados, na eventualidade da sua morte.

Os dados de projeção, mesmo que impliquem uma pequena imprecisão, indicam, por sua vez, que a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil continuam sendo altas, estimando-se que, em 1997, sejam diagnosticados 248.355 casos novos e ocorram 97.705 óbitos.

As informações aqui transcritas apontam para três necessidades básicas da prática médica e oncológica no Brasil: buscar a prevenção e um diagnóstico mais inicial do câncer; disseminar o conhecimento e a prática de cuidados paliativos; e incorporar sistemas uniformes e informatizados de registro de dados hospitalares.

Dr. Marcos F. Moraes
Diretor do Instituto Nacional de Câncer