

Câncer na América Latina

Perspectivas sombrias

Carlos Marigo¹

Resumo

Na América Latina ainda persistem os fatores de risco de câncer relacionados com a pobreza; ao mesmo tempo, já estão presentes aqueles decorrentes do desenvolvimento. A tendência temporal das taxas de mortalidade revela que apenas o Uruguai, a Argentina, a Região Sul do Brasil e Cuba têm índices de mortalidade proporcional próximos aos países desenvolvidos, isto é, 20%. No sexo masculino prevalecem ainda os cânceres de pulmão e estômago, sem grandes diferenças regionais. No sexo feminino o câncer de útero é o primeiro da lista nas regiões menos desenvolvidas, como Venezuela, México e Nordeste do Brasil, e o de mama, nas mais desenvolvidas, como Uruguai, Argentina e Sul do Brasil. A localização colorretal está assumindo características epidêmicas em algumas dessas regiões mais desenvolvidas, em ambos os sexos. São também importantes a ocorrência do câncer de vesícula biliar em mulheres nos países do Oeste, principalmente Chile, e do esôfago em homens nos países do Sul, quais sejam Uruguai, Argentina e extremo Sul do Brasil. Considerando-se que em várias regiões a melhoria da expectativa de vida contrapõe-se à permanência da pobreza em outras, fica evidente para as próximas décadas considerável aumento de morbidade e mortalidade por câncer na América Latina.

Introdução

Na primeira metade do século XX a América Latina era designada como "Terceiro Mundo" devido ao subdesenvolvimento. No que se refere às neoplasias malignas predominavam aqui os chamados cânceres associados à pobreza.

Na segunda metade, e muito claramente neste fim de século, alguns países foram agraciados com a denominação de países em desenvolvimento. Realmente, o relativo desenvolvimento cultural e socioeconômico de algumas regiões da América Latina modificou a situação do problema câncer, infelizmente complicando-o. Isto é, não foram eficazmente reduzidos os chamados cânceres da pobreza e já estão presentes os fatores de risco relacionados com o desenvolvimento.

Tendências da Mortalidade por Câncer

Na tabela 1, referente às taxas de mortalidade por câncer na população de sessenta países⁽¹⁾, verificamos que os latino-americanos e caribenhos estão mesclados com os demais de todo o globo,

predominando porém entre os de menor taxa. Este fato poderia parecer contraditório, isto é, vantajoso para os países do Terceiro Mundo, não fosse devido, entre outros fatores, à baixa expectativa de vida entre as populações mais pobres. A triste realidade, portanto, é que a média de vida nas populações menos favorecidas é baixa, não atingindo aquelas onde a incidência do câncer é maior. As más condições socioeconômicas estão diretamente implicadas nesse quadro, pois contribuem para o aumento das taxas de mortalidade por outras doenças, em faixas etárias mais jovens.

Assim sendo, a mortalidade proporcional, isto é, a porcentagem de morte por câncer entre todas as causas, tornou-se um índice de referência que acompanha na razão direta o desenvolvimento socioeconômico; com a melhoria das condições de vida, as doenças infecto-contagiosas diminuem e, proporcionalmente, as mortes por câncer aumentam. Essa proporção atinge um patamar em torno de 20% nos países desenvolvidos. Quando este índice aumenta ainda mais, pode significar que o

¹Coordenador da Unidade de Epidemiologia, Fundação Oncocentro de São Paulo. Professor Titular de Patologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Tabela 1 – Taxas Ajustadas de Mortalidade por Câncer, Países Selecionados, Segundo Sexo

Posto	País	Homens		Posto	País	Mulheres	
		Ano	Taxa			Ano	Taxa
1	Hungria	89	242.1	1	Dinamarca	88	141.8
4	-Uruguai	87	203.4	3	Hungria	89	130.9
5	-Bahamas	87	203.4	7	Inglaterra	89	127.2
6	França	88	202.2	10	-Uruguai	87	116.7
10	Rússia	88	196.4	11	-Chile	87	115.1
12	Itália	88	194.7	12	-Costa Rica	88	114.8
16	Dinamarca	88	182.4	14	Canadá	88	111.7
21	-Martinica	85	180.3	20	U.S.A.	88	109.7
22	Inglaterra	89	179.9	22	-Barbados	88	107.7
24	Canadá	88	173.2	26	-Martinica	85	102.6
28	-Costa Rica	88	169.1	27	-Trin. Tobago	86	102.3
31	USA	88	162.6	29	-Cuba	88	101.6
32	-Barbados	88	162.5	30	Itália	88	100.0
35	Espanha	86	157.9	32	Suécia	87	98.6
37	-Argentina	86	152.0	34	-Bahamas	87	98.0
38	Japão	89	151.3	35	-Argentina	86	97.7
42	-Chile	87	141.2	38	Rússia	88	93.9
43	Portugal	89	140.8	42	França	88	89.2
45	-Cuba	88	136.4	43	-Venezuela	87	88.7
46	Suécia	87	127.7	47	Portugal	89	83.4
48	-Porto Rico	87	118.4	49	Espanha	86	79.2
49	-Trin. Tobago	86	117.9	50	-México	86	78.2
51	-Santa Lúcia	88	117.1	52	Japão	89	77.2
52	-Venezuela	87	95.8	53	-Porto Rico	87	73.2
54	-Brasil	85	87.8	56	-Santa Lúcia	88	68.8
56	-México	86	77.2	57	-Brasil	85	65.9
59	-Guatemala	84	47.9	58	-Guatemala	84	65.8
60	Sri Lanka	85	39.4	60	Sri Lanka	85	39.8

Fonte: World Health Statistics Annual, WHO, 1990 Fundação Oncocentro de São Paulo-FOSP

melhor atendimento à saúde está contribuindo para reduzir também as mortes por doenças cardiovasculares, as quais ocupam o primeiro lugar em todos os países do Primeiro Mundo.

Utilizando este parâmetro em gráficos temporais, podemos avaliar como se comportaram alguns países latino-americanos nos últimos trinta anos. Foi possível reuni-los em quatro grupos por ordem decrescente da porcentagem de morte por câncer (período 1960-1990)⁽²⁾.

Na figura 1 verificamos que os três países latinos representados já apresentavam índice acima de 15% em 1960. Incluímos Canadá e Estados Unidos

para comparação. Vemos nesta figura que Argentina e Uruguai já haviam atingido índices semelhantes aos dos países do Primeiro Mundo, que permanece alto no Uruguai; nota-se, porém, que a Argentina passou por período crítico nas duas primeiras décadas e, aparentemente, está recuperando sua posição, ao passo que Cuba não está conseguindo manter a tendência inicial, permanecendo com índices estáveis. Canadá e Estados Unidos revelam aumento contínuo de seus índices.

Na figura 2 os quatro países estavam com índice abaixo de 15% em 1960. Verifica-se que o Chile e a Costa Rica apresentam tendência crescente

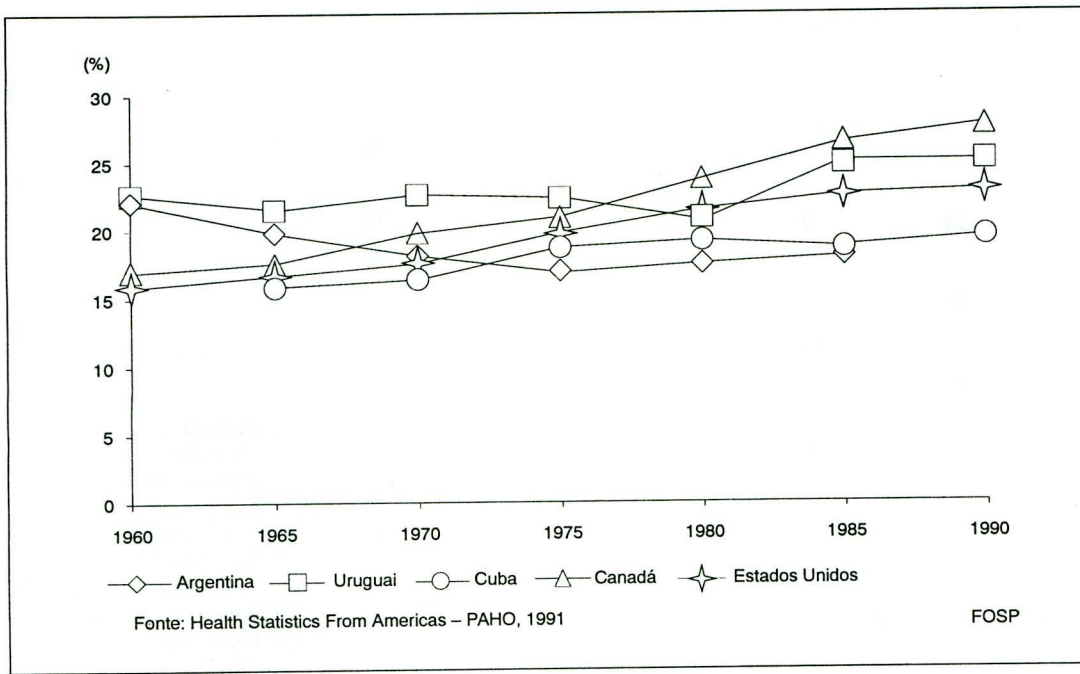


Figura 1 – Mortalidade Proporcional por Câncer (%) em Países Seleccionados, 1960-1989 (Grupo I)
 Fonte: Health Statistics From Americas – PAHO, 1991 - FOSP

contínua atingindo os 20%. Portanto, já nesta década passam para o primeiro grupo; Panamá e Porto Rico não conseguiram manter o mesmo ritmo das décadas de 60 e 70 e permanecem em torno de 15%.

Na figura 3 observamos que Equador, Venezuela, Colômbia e México revelam tendência ascendente contínua, mas permanecem com taxas relativas baixas, não atingindo 14%.

Por último, na figura 4 estão alguns países com os menores índices de mortalidade proporcional por câncer, denotando progresso pouco expressivo, todos ainda situados abaixo de 8%.

Diferenças Regionais

Pode parecer estranho que o Brasil não esteja em nenhum dos quatro grupos citados. A explicação é simples: devido à sua extensão territorial apresenta diferenças regionais marcantes, tendo grandes áreas pouco desenvolvidas (Norte, Nordeste), outras desenvolvidas (Sul) e outras ainda onde existem as duas condições (Sudeste, Centro-Oeste). Isto se traduz por taxas percentuais muito diversas, as quais crescem do Norte para o Sul (Figura 5), fato que se repete também nos centros urbanos dessas grandes regiões (Tabela 2)⁽³⁾. Apesar de outros países da América Latina

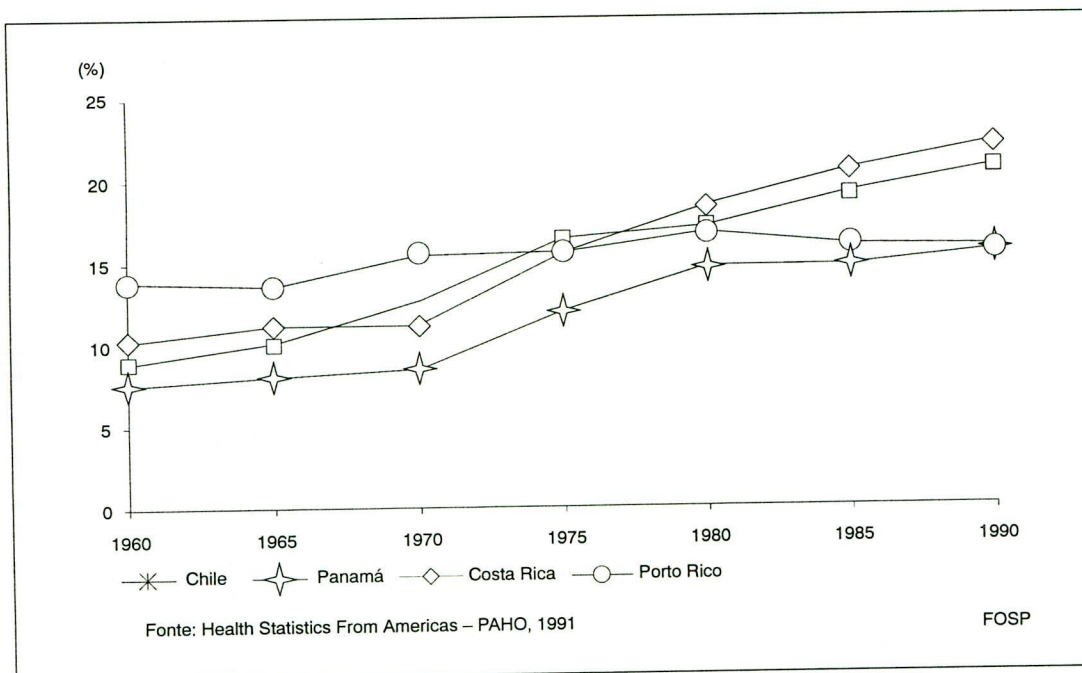


Figura 2 – Mortalidade Proporcional por Câncer (%) em Países Seleccionados, 1960-1989 (Grupo II)
 Fonte: Health Statistics From The Americas – PAHO, 1991 - FOSP

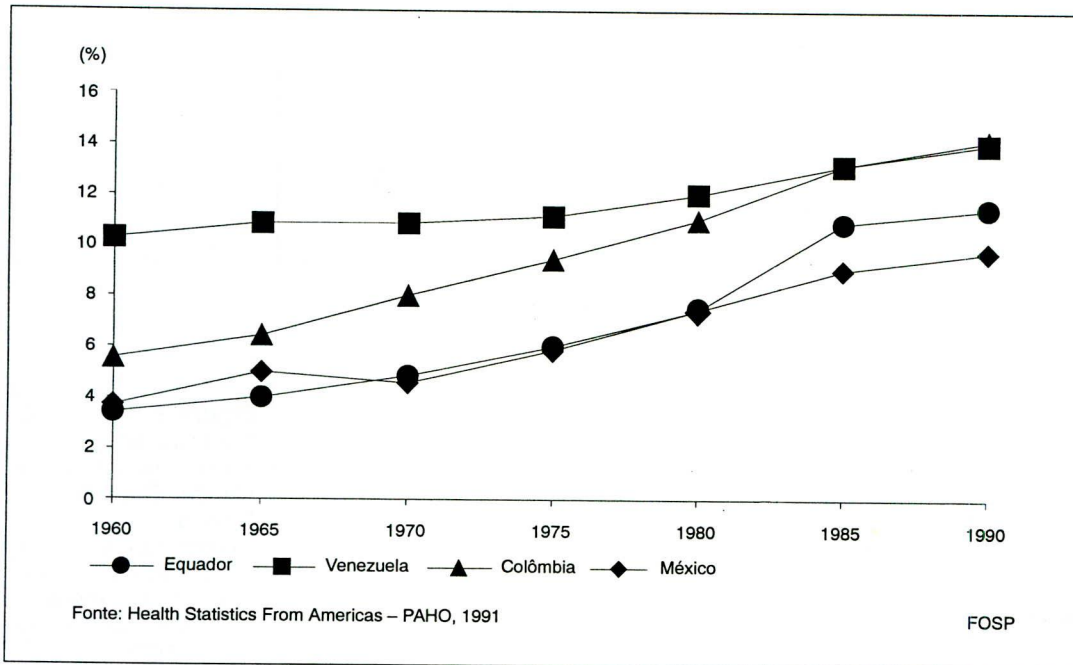


Figura 3 – Mortalidade Proporcional por Câncer (%) em Países Seleccionados, 1960-1989 (Grupo III)
 Fonte: Health Statistics From The Americas - PAHO, 1991 - FOSP

também apresentarem divergências regionais, no Brasil elas são tão acentuadas que os números médios não traduzem a realidade do país. Assim, em 1988 a mortalidade proporcional por câncer no Brasil⁽⁴⁾ foi de 9,49%, o que o situa no grupo III, mas essa média contém uma variação geográfica acentuada. Podemos exemplificar citando o índice 3,41% do Estado de Alagoas (Região Nordeste) semelhante aos países do grupo IV, ao passo que o índice 16,13% do Estado do Rio Grande do Sul (Região Sul) o coloca no grupo II.

Para melhor ilustrar este contraste entre regiões de um mesmo país, mostramos na tabela 3 o que ocorreu em quatro cidades brasileiras naquele mes-

mo ano. Exemplificamos com os cânceres de mama feminina e colorretal (cânceres do desenvolvimento), usando como comparação a mortalidade por doenças infecto-parasitárias (indicadores de subdesenvolvimento). Verificamos que a mortalidade por esses cânceres cresce para o Sul (região mais rica), ao passo que o das doenças infecto-parasitárias é maior no Nordeste (região mais pobre).

Mostramos a seguir variações por sexo entre países do Norte e do Sul da América Latina, utilizando mortalidade por tipo de câncer (os mais freqüentes), traduzindo também influências socioeconômicas, além de prováveis fatores de risco regionais.

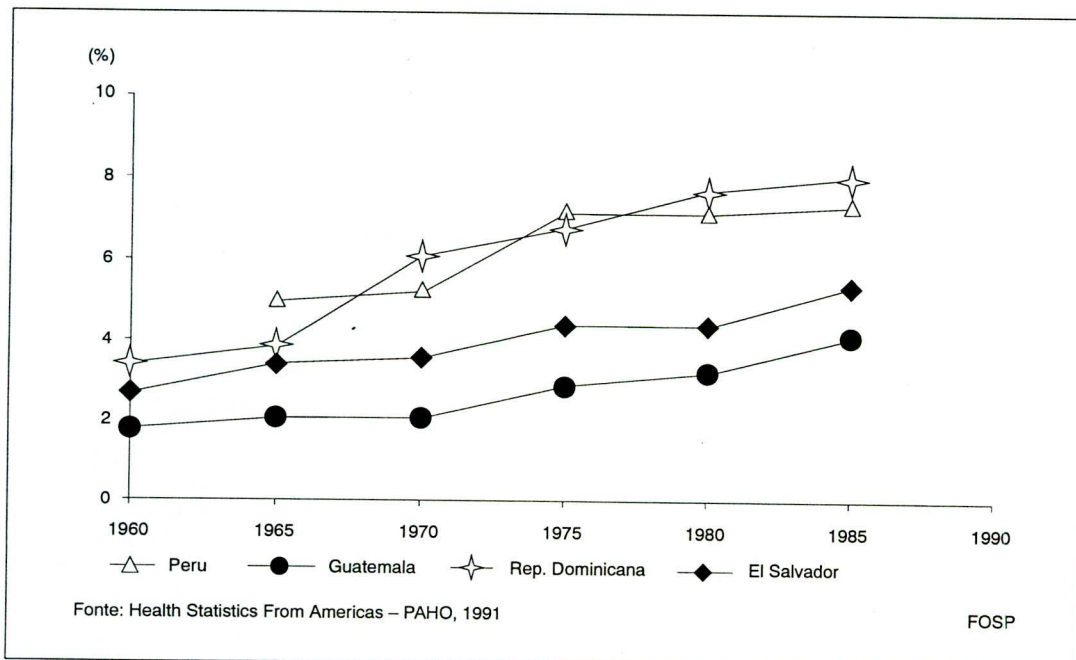


Figura 4 – Mortalidade Proporcional por Câncer (%) em Países Seleccionados, 1960-1989 (Grupo IV)
 Fonte: Health Statistics From The Americas - PAHO, 1991

Tabela 2 – Mortalidade Proporcional por Câncer em Algumas Capitais das Regiões do Brasil, 1986

Região	Capital	Estado	(%)
Nordeste	Recife	Pernambuco	9,4
	Fortaleza	Ceará	9,5
	Salvador	Bahia	9,9
Norte	Manaus	Amazonas	9,5
	Belém	Pará	11,4
Centro-Oeste	Goiânia	Goiás	10,2
	Campo Grande	Mato Grosso Sul	11,4
	Brasília	Distrito Federal	11,8
Sudeste	Belo Horizonte	Minas Gerais	11,9
	São Paulo	São Paulo	13,3
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	14,2
Sul	Curitiba	Paraná	14,1
	Florianópolis	Santa Catarina	16,2
	Porto Alegre	Rio Grande Sul	19,2

Fonte: Fundação Nacional da Saúde, 1991
Fundação Oncocentro de São Paulo-FOSP

No sexo masculino (Tabela 4), vemos a mortalidade pelos dez primeiros tipos de câncer em dois países do Norte e dois do Sul da América Latina. Com exceção da Venezuela⁽⁵⁾, onde ocupa o segundo lugar, o câncer de pulmão está em primeiro lugar, sendo que no Uruguai e Argentina⁽⁶⁾ as taxas

Tabela 3 – Taxas Brutas de Mortalidade por Cânceres Seleccionados e Doenças Infecto-parasitárias em Algumas Cidades Brasileiras, 1988

	Colo-Retal	Mama	D.Infecto-Par
Fortaleza	5,9	7,9	52,1
Recife	7,8	14,1	80,5
São Paulo	12,5	15,3	29,8
Porto Alegre	14,7	23,9	24,4

Fonte: Estatística de Mortalidade: Brasil, Ministério da Saúde, 1988

são altas; no México, apesar de ser o primeiro no “rank”, a taxa é muito menor do que nos países do Sul. A próstata tem posição destacada em todos os países, acompanhando a tendência internacional. O câncer colorretal no Uruguai já ultrapassou o de estômago como causa de morte, ao contrário de outros países. O câncer de esôfago revela contrastes marcantes, sendo a quinta causa nos países do Sul, provavelmente pelos fatores regionais (ver adiante). Nos demais tipos de câncer, as diferenças são menos significativas.

No sexo feminino (Tabela 5) observa-se nítida diferença na posição e nas taxas de mortalidade por câncer de mama e útero entre os países do Norte e do Sul, semelhante à vista no Brasil, o que está sem dúvida relacionado com as diferenças de desenvolvimento socioeconômico e cultural. O câncer colorretal, cuja incidência e mortalidade, principalmente nas mulheres, tem crescido em padrões epidêmicos em países do Primeiro Mundo,

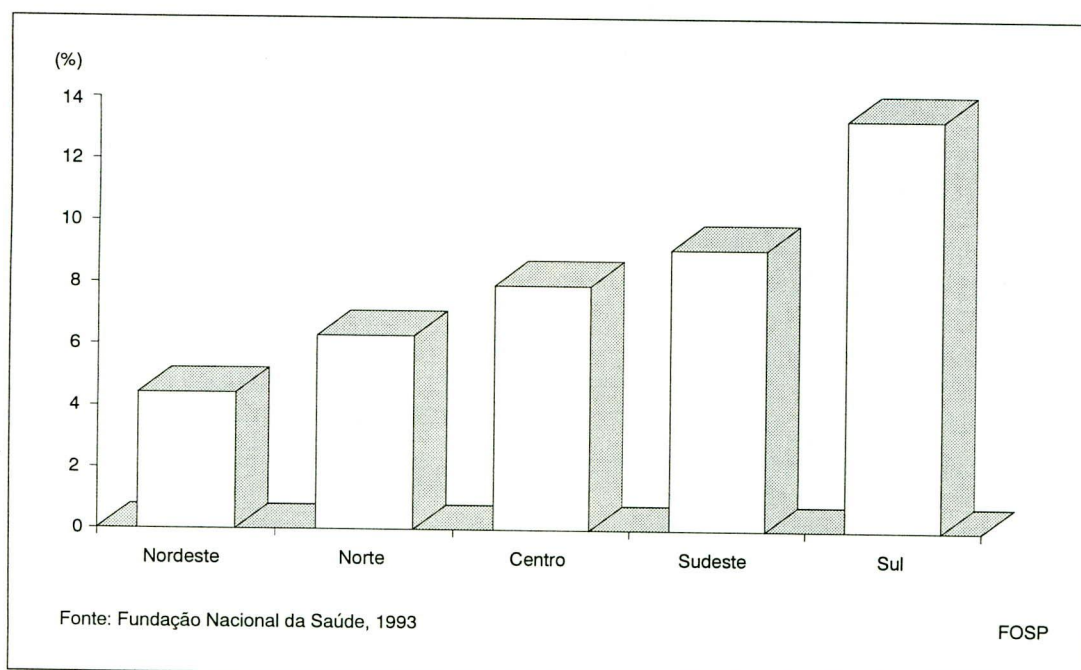


Figura 5 – Mortalidade Proporcional por Câncer (%) nas Grandes Regiões do Brasil, 1988
Fonte: Fundação Nacional da Saúde, 1993 - FOSP

Tabela 4 – Mortalidade por Câncer em Países Selecionados: 10 Primeiras Localizações e Taxas por 100.000* Homens

Localização	Uruguai (1989)		Argentina (1980-86)		Venezuela** (1988)		México (1983-87)	
	Posição	Taxa	Posição	Taxa	Posição	Taxa	Posição	Taxa
Pulmão	1º	55.9	1º	41.7	2º	–	1º	14.9
Próstata	2º	20.2	3º	11.6	3º	–	3º	8.9
Cólon/Reto	3º	19.5	4º	9.8	5º	–	6º	3.0
Estômago	4º	19.1	2º	14.4	1º	–	2º	9.8
Esôfago	5º	12.1	5º	9.4	10º	–	9º	1.9
Pâncreas	6º	8.1	6º	7.2	8º	–	8º	2.1
Bexiga	7º	7.9	7º	6.4	–	–	10º	1.3
Laringe	8º	7.8	9º	5.3	9º	–	7º	2.4
Linfomas	9º	5.9	–	–	7º	–	–	–
Leucemias	10º	5.6	8º	5.3	4º	–	5º	3.7
Fígado	–	–	10º	5.1	6º	–	4º	4.2

*Ajustada por idade

**Posição por número de casos

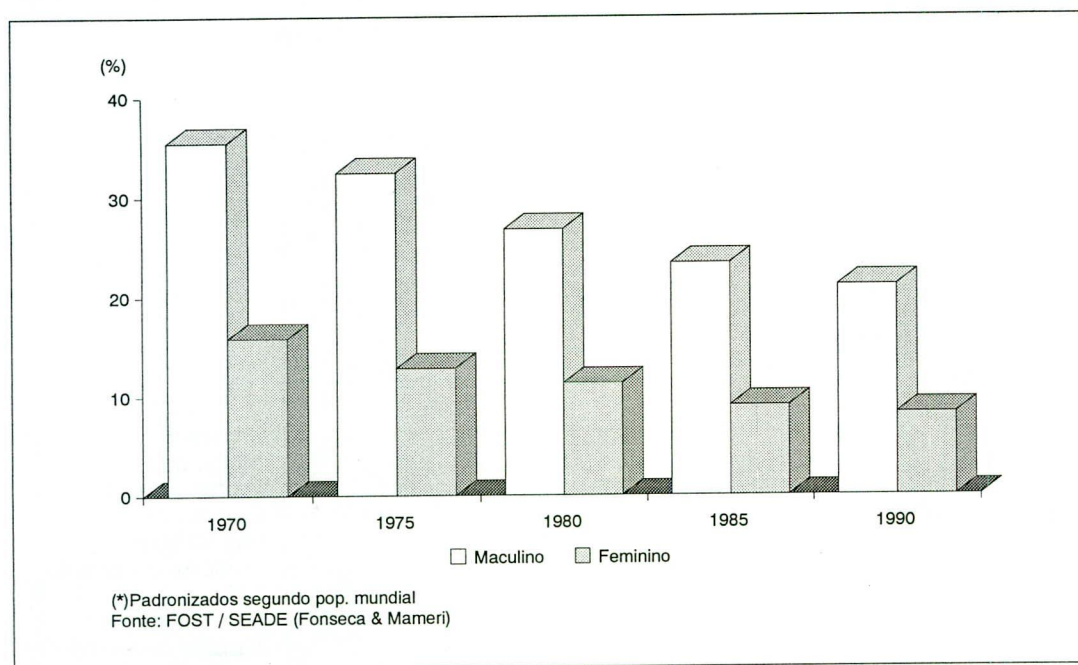
Fontes: Câncer en el Uruguay, n° 2, Registro Nacional de Câncer, 1991

Registro Central de Câncer, (Venezuela), UICC-Rio, 1991

Cancer Mortality Statistics in the World, UICC, 1989

Death Rates for Malignant Neoplasms, UICC, 1992

Loria, D.; Vilenski, M. & Matos, E., (Argentina) UICC-Rio, 1991

**Figura 6** – Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Estômago no Estado de São Paulo, 1970-1990, segundo sexo (* (*)) Padronizados segundo pop. mundial

Fonte: FOSP / SEADE (Fonseca & Mameri)

Tabela 5 – Mortalidade por Câncer em Países Selecionados: 10 Primeiras Localizações e Taxas por 100.000* Mulheres

Localização	Uruguai (1989)		Argentina (1980-86)		Venezuela** (1988)		México (1983-87)	
	Posição	Taxa	Posição	Taxa	Posição	Taxa	Posição	Taxa
Mama	1º	26.8	1º	20.3	2º	–	3º	7.1
Cólon/Reto	2º	15.0	3º	7.8	5º	–	6º	3.1
Útero	3º	11.4	2º	11.7	1º	–	1º	18.5
Estômago	4º	7.4	4º	6.4	3º	–	2º	7.8
Pulmão	5º	5.4	5º	5.5	4º	–	4º	5.8
Pâncreas	6º	5.1	6º	4.6	9º	–	9º	2.2
Ovário	7º	5.0	9º	3.9	8º	–	10º	2.0
Vesícula	8º	4.5	7º	4.5	–	–	8º	2.7
Leucemia	9º	4.0	10º	3.6	6º	–	7º	3.0
S N C	10º	3.3	–	–	–	–	–	–
Fígado	–	–	8º	4.2	7º	–	5º	5.4
Linfoma	–	–	–	–	10º	–	–	–

*Ajustada por idade

**Posição por número de casos

Fontes: Câncer en el Uruguay, nº 2, Registro Nacional de Câncer, 1991

Registro Central de Câncer, (Venezuela), UICC-Rio, 1991

Cancer Mortality Statistics in the World, UICC, 1989

Death Rates for Malignant Neoplasms, UICC, 1992

Loria, D.; Vilenski, M. & Matos, E.; (Argentina) UICC-Rio, 1991

ocupa já o segundo lugar no Uruguai, tendo ultrapassado a taxa do câncer de útero, ao contrário dos países do Norte. É possível verificar ainda outras diferenças, em menor escala, no que se refere à posição dos cânceres de pâncreas, fígado e vesícula biliar.

Situação de Alguns Cânceres mais Frequentes

Esôfago – Área geográfica de maior incidência e mortalidade: Sul do Brasil, Uruguai, Norte da Argentina e Paraguai, predominando no sexo masculino⁽⁹⁾. Fatores de risco prováveis: fumo (tabaco negro), bebidas alcoólicas e alta temperatura no mate (chimarrão). O consumo adequado de frutas frescas e vegetais parece exercer ação protetora.

Estômago – Apesar da marcada redução ocorrida neste século em países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos e sem nenhuma intervenção deliberada, o câncer gástrico ainda é

um dos maiores problemas latino-americanos devido às taxas de incidência e de mortalidade, sendo que Costa Rica^(7,8) possui a maior taxa mundial de mortalidade para ambos os sexos. Temos alguns indícios de redução da mortalidade na tendência temporal em áreas mais desenvolvidas da América Latina, como o Estado de São Paulo^(10,11) (Figura 6).

Nas regiões andinas, principalmente na Colômbia^(12,13), os estudos epidemiológicos auxiliaram na identificação de uma seqüência de eventos que levariam ao câncer e seus prováveis fatores causais⁽⁹⁾. Recentemente foram acrescentados dois agentes infecciosos implicados na gastrite, quais sejam, o *Helicobacter pylori*^(9,14) e o *Gastrospillum hominis*⁽¹⁵⁾, os quais estão associados a baixos níveis socioeconômicos. Além destas bactérias, são fatores de risco a ingestão excessiva de sal, principalmente aquele adicionado aos alimentos à me-

Tabela 6 – Esperança de Vida ao Nascer na Região das Américas (1950-55, 2020-2025)

País	1950-1955	1970-1975	1990-1995	2020-2025
Argentina	62.5	67.2	71.3	74.1
Bahamas	59.8	66.6	72.2	77.6
Barbados	57.2	69.4	75.6	79.3
Bolívia	40.4	46.7	61.2	72.5
Brasil	51.0	59.8	66.2	72.1
Canadá	69.0	71.3	77.4	80.7
Chile	53.7	63.6	72.0	74.6
Colômbia	50.6	61.7	69.3	74.6
Costa Rica	57.3	68.1	76.3	79.4
Cuba	59.4	70.9	75.7	77.0
Equador	48.4	58.9	66.6	72.5
El Salvador	45.3	58.7	66.4	74.1
Guadalupe	56.5	67.8	74.6	78.8
Guatemala	42.1	54.0	64.8	72.3
Guiana	52.3	60.0	65.2	72.8
Haiti	37.6	48.5	56.6	66.1
Honduras	42.3	54.0	65.8	73.6
Jamaica	57.2	68.6	73.6	78.3
Martinica	56.5	69.2	76.2	79.8
México	50.8	62.9	70.3	75.3
Nicarágua	42.3	55.3	66.7	74.1
Panamá	55.3	66.3	72.7	74.3
Paraguai	62.6	65.6	67.3	69.6
Peru	43.9	55.5	64.6	72.0
Porto Rico	64.8	72.5	75.0	78.0
Rep. Dominicana	46.0	59.9	67.5	73.6
Trinidad & Tobago	58.2	65.7	71.3	77.2
Uruguai	66.1	68.8	72.5	74.6
Estados Unidos	69.0	71.3	75.9	79.7
Venezuela	55.2	66.2	70.3	73.7

Fonte: Boletim Epidemiológico / OPS
Vol. 15, nº 1, março de 1994

sa, e a baixa ingestão de nutrientes anti-oxidantes (protetores) encontrados nas frutas e vegetais frescos. A hipótese recente⁽¹⁶⁾ de que o decréscimo da incidência deste câncer nos países desenvolvidos estaria ligado à melhor conservação dos alimentos pela refrigeração deve ser repensada, pelo menos quanto ao *H. pylori*, pois o mesmo sobrevive bem no refrigerador. Na figura 7 estão resumidos os eventos e fatores já evidenciados pela epidemiologia e demais ciências médicas a respeito da etiopatogenia do câncer gástrico. Convém notar ainda que o tipo histológico predominante, por exemplo no Brasil, ainda é o intestinal (epidêmico).

Cólon e Reto – A incidência e a mortalidade estão crescendo, principalmente nas áreas urbanas mais desenvolvidas da América Latina, em todas as raças e em ambos os sexos, principalmente em mulheres. O Sul do Brasil, o Uruguai e a Argentina são os exemplos mais nítidos. Tudo leva a crer que a ocidentalização dos hábitos alimentares com pouca ou nenhuma fibra é o principal fator, reduzindo o bolo fecal e retardando o trânsito intestinal, o que permitiria ação prolongada de possíveis agentes carcinogênicos⁽¹⁶⁾. A indústria da alimentação, responsável por esta situação, está agora tentando revertê-la, produzindo alimentos com

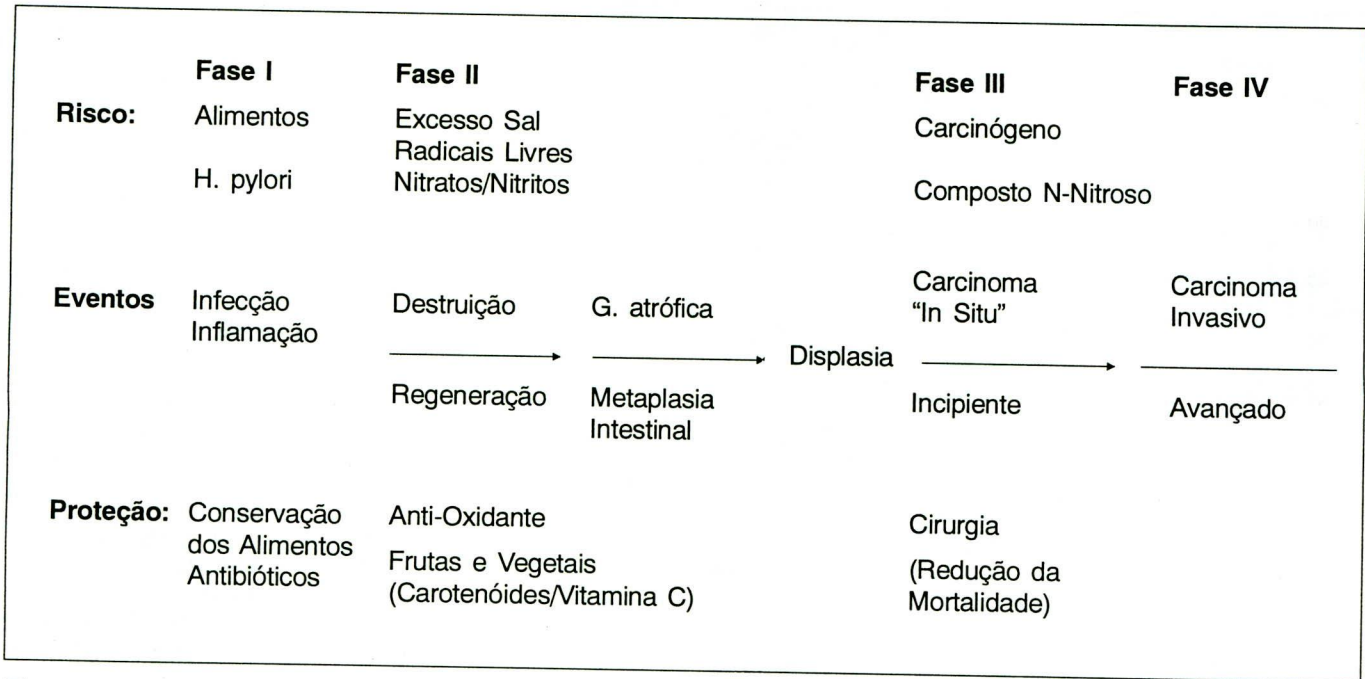


Figura 7 – Câncer de Estômago - Tipo Epidêmico / Intestinal (Adenocarcinoma)

fibras ou só fibras e, logicamente, aumentando os seus lucros. Paralelamente, uma parte da população está, cada vez mais, optando por alimentos naturais ricos em fibras e vitaminas. Apenas o tempo poderá confirmar ou não o papel da fibra, mesmo porque não se conhece nenhum fator etiológico que possa ser diretamente combatido.

Vesícula Biliar – Chile, Bolívia, Peru, Equador e México são os países mais afetados. No Chile⁽¹⁷⁾ é a primeira causa de morte em mulheres (Figura 8). A colelitíase, citada como fator de risco, por si só não explica a mortalidade crescente. Nas últimas décadas surgiu um fator importante, representado pela redução da taxa de colecistectomias (por falta

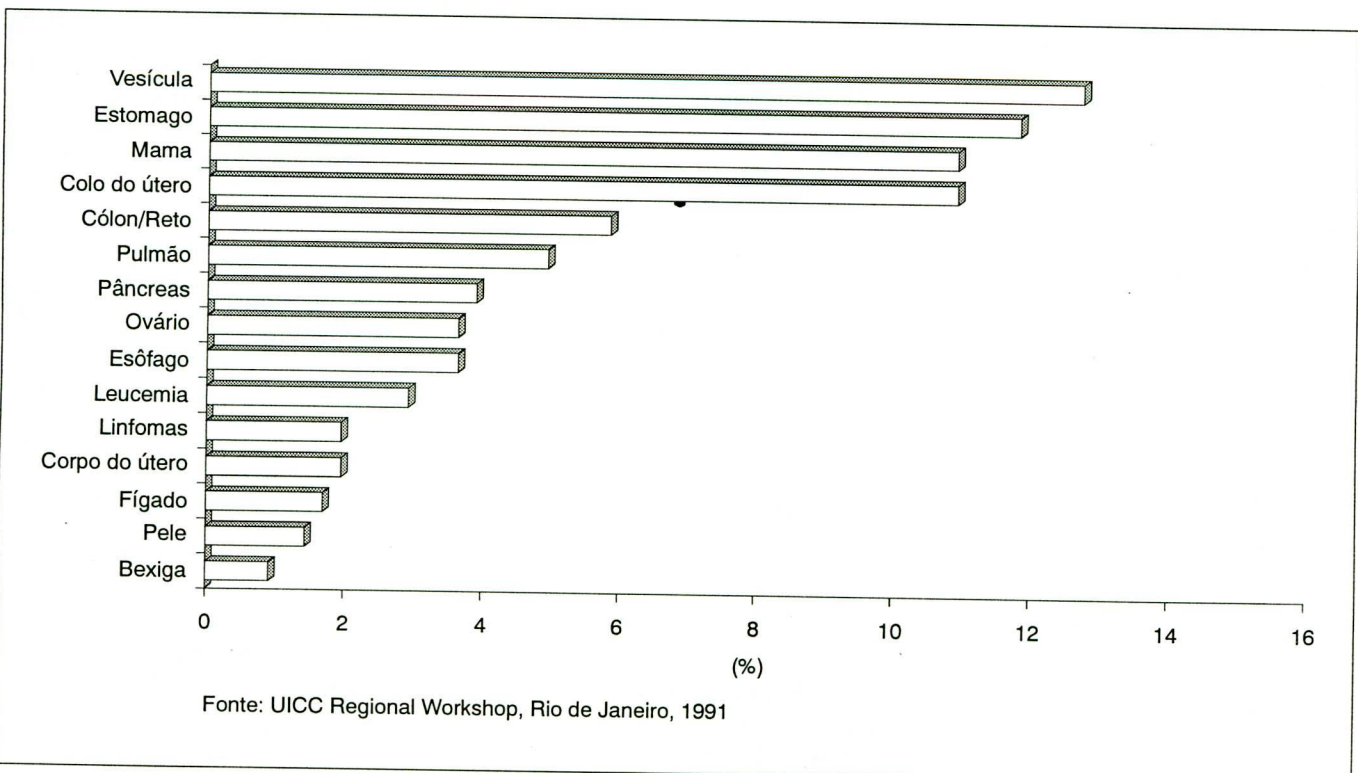


Figura 8 – Distribuição Percentual da Mortalidade por Câncer em Mulheres (Chile, 1988)

Fonte: UICC Regional Workshop, Rio de Janeiro, 1991

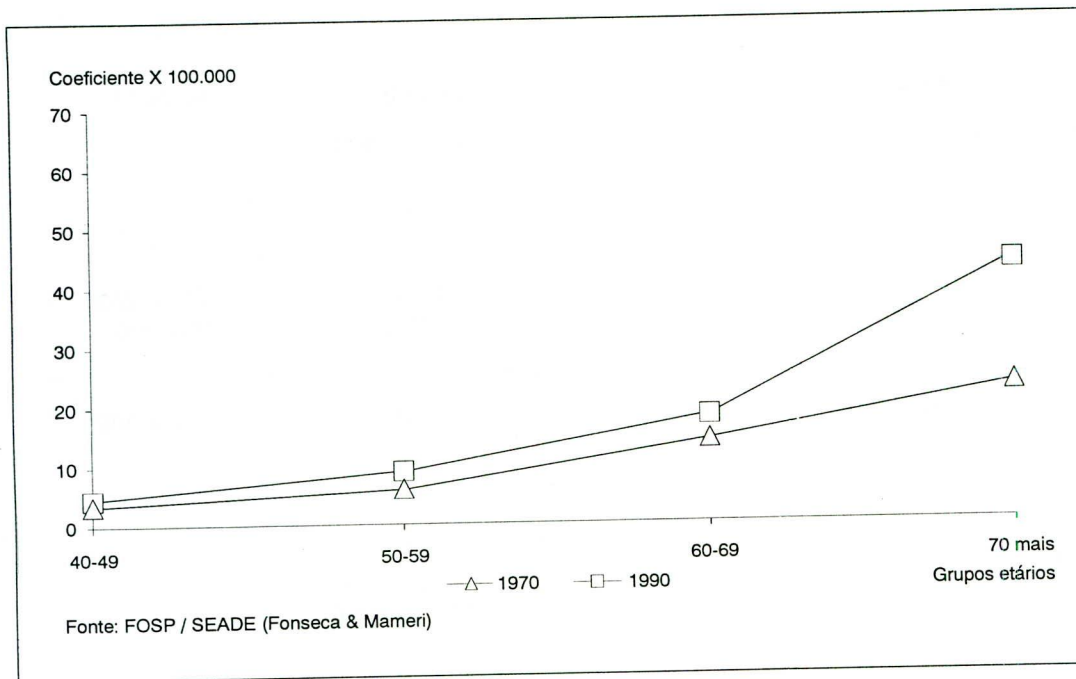


Figura 9 – Coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão no sexo feminino segundo 4 grupos etários, Estado de São Paulo, 1970 e 1990
 Fonte: FOSP / SEADE (Fonseca & Mameri)

de recursos médicos-hospitalares). Assim, a diminuição desses atos cirúrgicos “preventivos” influenciaria o aumento da mortalidade por este câncer.

Pulmão – O hábito de fumar é o fator de risco indiscutível^(9,16). Além do pulmão outras localizações são dependentes do fumo, como a boca, faringe, laringe, traquéia, o esôfago e a bexiga. Todos os países da América Latina apresentam altas taxas de incidência e mortalidade. O hábito está diminuindo entre os homens, mas ainda não alterou a mortalidade, sendo a primeira causa no Sul do Brasil, Uruguai e Argentina. Infelizmente o hábito está aumentando nas mulheres, o que já foi comprovado na Argentina, no Uruguai, Brasil, Chile,

Peru, na Venezuela, Colômbia, Jamaica e no México. Conseqüência: as taxas de mortalidade entre mulheres estão crescendo, inclusive nos grupos etários mais jovens, como está demonstrado no estado de São Paulo⁽¹¹⁾ (Figura 9).

Colo do Útero – Regiões com baixo nível socioeconômico têm as maiores taxas. Os principais fatores de risco já estabelecidos são a atividade sexual precoce, múltiplos parceiros e multiparidade. O vírus do papiloma humano está implicado como fator etiológico, principalmente os tipos 16/18. A importância do HPV está sendo tão valorizada pelas novas técnicas de imuno-histoquímica e biologia molecular, que já se recomenda muita cautela para

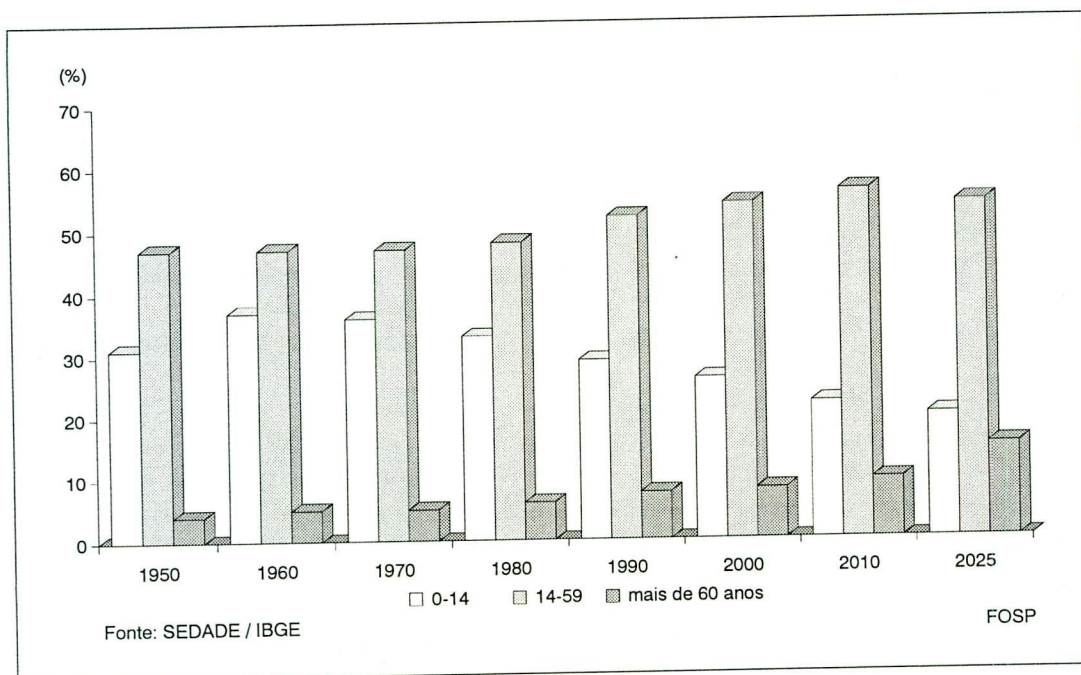


Figura 10 – Distribuição Etária da População do Brasil, 1950-1990 e Projeções Até 2025
 Fonte: SEADE / IBGE FOSP

evitar tratamentos agressivos devido à simples presença do vírus. A mortalidade continua muito alta⁽²⁾ ocupando o primeiro posto no México, na Bolívia, no Equador, na Venezuela e no Nordeste do Brasil⁽⁴⁾, devido à falta de cobertura adequada pelo exame de Papanicolaou, o qual permite diagnóstico precoce e tratamento curativo.

Mama – Ao contrário do que acontece com o colo do útero, as regiões mais desenvolvidas apresentam maior incidência, sendo a obesidade fator de risco, ao passo que multiparidade e amamentação são fatores indiretos de proteção, pois propiciam o amadurecimento da glândula. Não há agente etiológico conhecido e a mortalidade continua alta, ocupando o primeiro posto na Argentina, no Uruguai⁽²⁾ e Sul do Brasil⁽⁴⁾. O diagnóstico continua sendo feito muito tardiamente, pois os índices de auto-exame e de mamografia na América Latina não estão aumentando de acordo com o desenvolvimento socioeconômico, mesmo nas regiões mais desenvolvidas.

Agentes Infecciosos

Além do *H. pylori* e do *Gastrospirillum hominis*, provavelmente implicados no câncer gástrico, do HPV no colo do útero e do vírus Epstein-Barr do linfoma de Burkitt, é de particular interesse para a América Latina⁽⁹⁾ a presença dos vírus humanos linfotrópicos-T (HTLV). O HTLV-1 parece ter origem africana, mas o HTLV-2 foi encontrado em comunidades indígenas isoladas da América (Panamá, Andes, Amazônia colombiana e Amazônia brasileira). Até agora, as pesquisas indicam que o HTLV-1 está associado a algumas doenças neurológicas e à leucemia de células T do adulto.

Raças e Migrantes – Os estudos realizados em vários países da América, focalizando os descendentes dos emigrantes africanos, dos colonizadores espanhóis e portugueses, assim como as emigrações italiana e japonesa do começo deste século, têm indicado que na América os fatores ambientais são mais influentes do que os genéticos na patogênese do câncer.

Perspectivas

Como veremos em seguida, a média de vida está aumentando em muitos países da América Latina e, portanto, também a porcentagem de pessoas mais velhas, nas quais, como sabemos, a incidência de câncer é maior.

Os estudos de transição demográfica nas Américas⁽¹⁸⁾ têm revelado que os índices de mortalidade e fecundidade estão decrescendo, aumentando a esperança de vida ao nascer, o que podemos ob-

servar na tabela 6. Todos os países americanos estão aí representados por ordem alfabética. Verifica-se que, neste lustro, as populações de numerosos países latino-americanos já alcançaram mais de 70 anos como esperança de vida ao nascer e, no período 2020-2025, praticamente todos deverão ultrapassar esse índice.

Quanto à idade da população, podemos ver na figura 10 o que ocorreu, por exemplo, no Brasil⁽¹⁹⁾, nesta segunda metade do século, e o que está previsto para o começo do século XXI:

- A população até 14 anos, onde a incidência do câncer é pequena, atingiu índice proporcional acima de 40% em 1960 e está sofrendo redução considerável, devendo ficar em torno de 20% no ano 2025.
- A população de 15 a 59 anos (onde a incidência de câncer já é considerável), está crescendo e só deverá cair após o ano 2025.
- Por sua vez, a população com mais de 60 anos de idade, onde a incidência e a mortalidade por câncer são muito altas, revela um crescimento proporcional constante, o qual vai se acentuar no próximo século.

Acresce o fato de que o desenvolvimento socioeconômico, na maioria destes países da América, não está ocorrendo nos moldes que possam contribuir para redução significativa dos bolsões de pobreza e, portanto, dos cânceres a ela relacionados.

Conclusão

Como conseqüência, está previsto considerável aumento da morbidade e da mortalidade por esta doença nas próximas décadas em toda América Latina. A previsão de aumento da mortalidade por câncer nos países em desenvolvimento para os próximos trinta anos^(20,21) é de 140%, ao passo que nos países desenvolvidos é de apenas 20%. A não ser que se consiga intervir com eficácia para melhorar a prevenção, os índices de diagnóstico precoce e o tratamento adequado, esse quadro não será alterado.

Logicamente, essas metas só serão atingidas em nível continental se houver priorização da melhoria dos padrões socioeconômicos e culturais regionais, reduzindo as marcantes diferenças apontadas.

Summary

Cancer risk factors related to poverty in Latin America are observed as well as the risks associated with the level of the country development. Time trends show that mortality rates in Uruguay,

Argentina, south of Brazil and Cuba are of 20%, which are similar to the rates of developed countries. The prevalence of lung and stomach cancers is observed among males, although with no significant regional differences. Uterine cancer is first among females in less developed regions such as Venezuela, Mexico and northeast of Brazil, while breast cancer is first in more developed regions like Uruguay, Argentina and south of Brazil. Colorectal cancer has shown epidemical features in more developed regions, both in females and males. Moreover, a significant occurrence of gallbladder cancer among females in Western countries, specially Chile, and esophageal cancer among males in Southeast countries such as Uruguay, Argentina and down south of Brazil, is observed. These data, added to the increasing lifetime in some regions and the continuity of poverty in others, suggest a considerable evident increase of cancer morbidity and mortality in Latin America for the next decades.

Referências Bibliográficas

- 1 World Health Statistics Annual. World Health Organization, 1990.
- 2 Healths Statistics From Americas. Scientific Publication, nº 537, Pan American Health Organization, 1991.
- 3 Estatística de Mortalidade: Brasil, 1986. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1991.
- 4 Estatística de Mortalidade: Brasil, 1988. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1993.
- 5 National Cancer Planning Workshop, UICC, Rio de Janeiro, Brazil, 4-8 Novembro, 1991. Não Publicado.
- 6 VASSALLO J.A. – Câncer en el Uruguay nº 2. Registro Nacional de Câncer del Uruguay, 1991.
- 7 AOKI K. et al. – Death Rates for Malignant Neoplasms for Selected Sites by Sex and Five-Year Group, in 33 Countries, 1953-57 to 1983-87. University of Magoya Coop. Press/UICC, May 1992.
- 8 KURIHARA M. et al. – Cancer Mortality Statistics in the World. The University of Magoya Press/UICC, 1989.
- 9 LITVAK J. et al. – Workshop on Cancer Epidemiology in Latin America and the Caribbean (Commentary). *J. Natl. Cancer Institute*, 84:484-488, 1992.
- 10 FONSECA L.A.M. – Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo, *Oncologia Atual*, 2:6-14, 1992.
- 11 FONSECA L.A.M. e MAMERI C.P. – Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo, Edição SEADE/FOSP, 1994.
- 12 CORREA P. et al. – Gastric Precancerous Process in a High Risk Population: Cohort Follow-up I. *Cancer Research* 50:4737-40, 1990.
- 13 CORREA P. et al. – Gastric Precancerous Process in a High Risk Population: Cross-sectional Studies. *Cancer Research* 50:4731-36, 1990.
- 14 MARSHALL B.J., WARREN Jr. – Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1:1311-5, 1984.
- 15 SOLNICK J.V. et al. – An Uncultured Gastric Spiral Organism Is a Newly Identified *Helicobacter* in Human. *The Journal of Infection Disease* 168:379-85, 1993.
- 16 DOLL R. – Progress Against Cancer: an epidemiologic assessment. *Am. J. Epid.*, 134:675-688, 1991.
- 17 SERRA I., CALVO A., SHARP A. – Gallbladder Cancer. *Rev. Med. Chil.* 1987, 11:706-708, 1987.
- 18 Transición demográfica an las Americas. *Boletim Epidemiológico/OPS*, Vol. 15, nº 1, 1994.
- 19 Jornal "O Estado de São Paulo", caderno Cidades pag. 1, 30 de maio de 1993.
- 20 MAURICE J. – Cancer will "overwhelm" the Third World, *New Scientist*, Vol. 132, nº 1799, pag. 9, 1991.
- 21 Combatendo o Câncer no Século 21 – OMS promove programas nacionais de controle do câncer. WHO PRESS (Press Release WHO/58, de 02 de dezembro de 1991).