

Prevenção e controle do câncer no Brasil. Ações do Pro-Onco/INCa

EMILIA REBELO LOPES¹, EVALDO DE ABREU¹, MAGDA CORTES REZENDE¹,
MARIÂNGELA FREITAS LAVOR¹

Resumo

O trabalho faz uma análise histórica da situação do câncer no Brasil, demonstrando que as ações de controle da doença sempre foram eminentemente curativas em detrimento das preventivas e de diagnóstico precoce. Aponta os dados epidemiológicos que caracterizam a doença como um problema de saúde pública, as dificuldades e estrangulamentos para uma melhor atenção. Finalmente descreve as iniciativas governamentais tomadas com o objetivo de mudar tal quadro e as atividades da Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco), órgão do Instituto Nacional de Câncer, que é atualmente o responsável pelas ações de controle do câncer no país.

O problema

O câncer é uma patologia cuja possibilidade de cura, na maioria das suas formas, ainda é limitada, pela eficácia das terapêuticas disponíveis. Esta eficácia, por sua vez, está diretamente relacionada ao grau de extensão da doença quando é instituído o primeiro tratamento, assim como à qualidade dos recursos utilizados para tratá-la.

Como incide prevalentemente sobre as faixas etárias mais avançadas, é uma doença essencialmente do adulto.

No Brasil, as doenças crônico-degenerativas, e entre elas o câncer, vêm recebendo atenção caracterizada por ações eminentemente curativas, centradas em ambulatorios e/ou hospitais especializados, com tecnologia e custos altos, dirigidas a pacientes com doença instalada, freqüentemente avançada, ou já tratada e recidivada.

Esta situação é provocada por fatores tais como a falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e a falta de definição dos serviços de saúde sobre o caminho oficial a ser seguido pelo paciente, desde a primeira queixa, ao diagnóstico e tratamento especializado.

Os recursos especializados, por sua vez, além de limitados em termos de eficácia terapêutica, mostram-se mal distribuídos.

O problema é agravado pela inexistência de programas abrangentes de educação continuada, visando à capacitação profissional para suspeitar, diagnosticar e tratar a doença em suas formas iniciais.

Assim, não há compromisso do generalista com o diagnóstico, apesar de ele estar na linha de frente, na entrada do sistema, e ser o primeiro com a probabilidade de diagnosticar precocemente a doença. Por outro lado, não há uma definição exata da competência necessária a quem se dispõe a tratar câncer, permitindo que profissionais sem preparo satisfatório intervenham de forma inadequada, tirando as chances do primeiro tratamento bem conduzido.

Como consequência, apesar dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, com incorporação de novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento, não houve no país, nos últimos quarenta anos, modificação da mortalidade por câncer.

Levando-se em conta o crescimento e o envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos serviços de saúde, tornou-se evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde, às medidas diagnósticas (especialmente aquelas de diagnóstico precoce) e terapêuticas (Figuras 1 e 2).

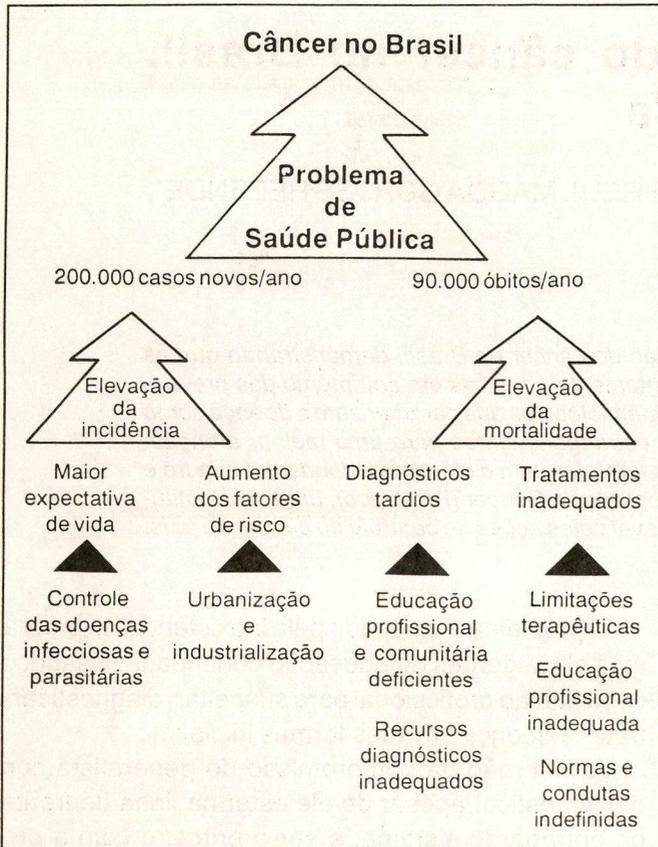


Figura 1. Câncer no Brasil. Problema de Saúde Pública.



Figura 2. Controle de câncer no Brasil: dificuldades, estrangulamentos.

Dados brasileiros

Mortalidade

Nas últimas décadas, o perfil de mortalidade da população brasileira se modificou e o câncer constituiu, na década de 80, a segunda doença como causa de morte no território nacional.

Enquanto a mortalidade decorrente de doenças infecciosas e parasitárias diminuiu cerca de 10 vezes no período de 1940 a 1980, o coeficiente de mortalidade devido a doenças cardiovasculares e a câncer manteve-se praticamente inalterado, apesar dos avanços tecnológicos e da incorporação de novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento (Figura 3).

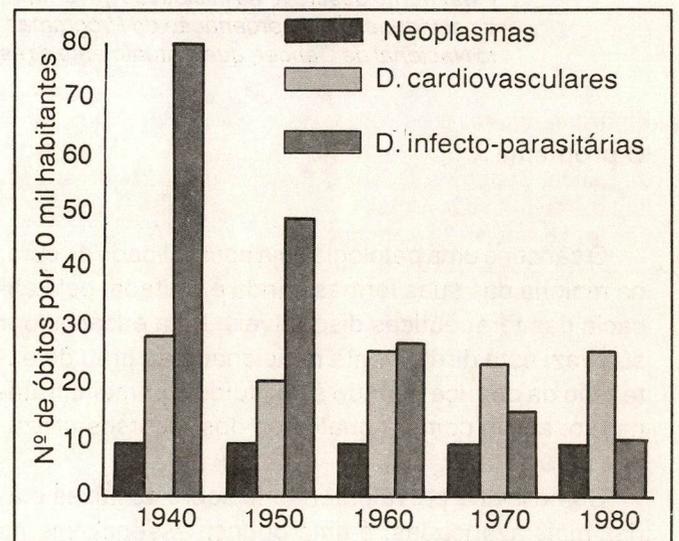


Figura 3. Coeficiente de mortalidade por algumas causas, em capitais brasileiras, de 1940 a 1980 (Fonte: Mortalidade nas capitais brasileiras - 1930-1980. Radis Dados, 2: 1-8, ago, 1984).

Esta mudança no perfil epidemiológico está, em parte, associada às transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica do país, caracterizadas pelo processo de industrialização e pela urbanização acelerada. A partir da década de 50, o Brasil registrou um acentuado êxodo rural, chegando ao final dos anos 80 a ter 70% de sua população vivendo em áreas urbanas (Fig. 4).

Como decorrência desse processo, observa-se hoje, no país, a existência simultânea de doenças ligadas à pobreza e relacionadas à industrialização.

De acordo com os últimos índices divulgados, em 1986 foram coletados, no Brasil, 73.897 óbitos ocasionados por câncer; isto representa 13,4% dos óbitos devido a doenças, o que o coloca como a segunda causa mais freqüente de mortalidade, excluídas as mortes atribuídas a causas externas.

A Figura 5 mostra os 10 tipos de câncer que mais levaram os brasileiros ao óbito em 1986.

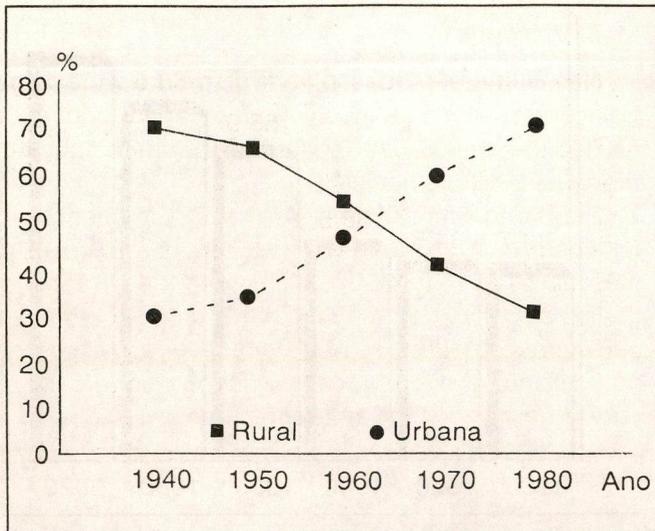


Figura 4. Evolução da composição populacional das áreas urbana e rural, no Brasil de 1940 a 1980. (Fonte: Ministério da Saúde. Cadernos. Doenças Crônico-degenerativas: Evolução e Tendências Atuais I. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 47 p.)

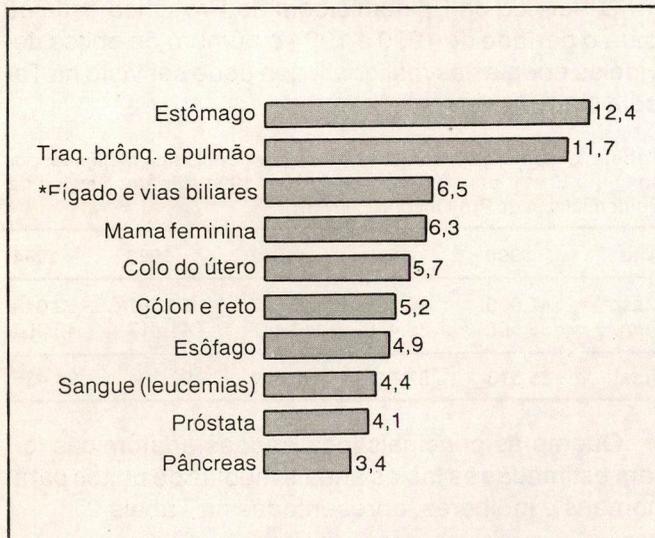


Figura 5. Óbitos de homens e mulheres brasileiros em 1986, de acordo com os 10 principais tipos de câncer que os motivaram. (Fonte: Estatísticas de Mortalidade - SIM/MS) (*Dado superestimado pela declaração das neoplasias hepáticas metastáticas como doença primária).

Freqüência relativa

De acordo com o Registro Nacional de Patologia Tumoral (RNPT), foram levantados no Brasil, junto aos laboratórios de citologia, hematologia e histopatologia, 369.769 diagnósticos de câncer no período de 1976 a 1980 e 530.910 no período de 1981 a 1985. Por esses dados, observa-se que a freqüência relativa das diversas neoplasias malignas, no período de 1981 a 1985, foi praticamente a mesma do período de 1976 a 1980 (Fig. 6).

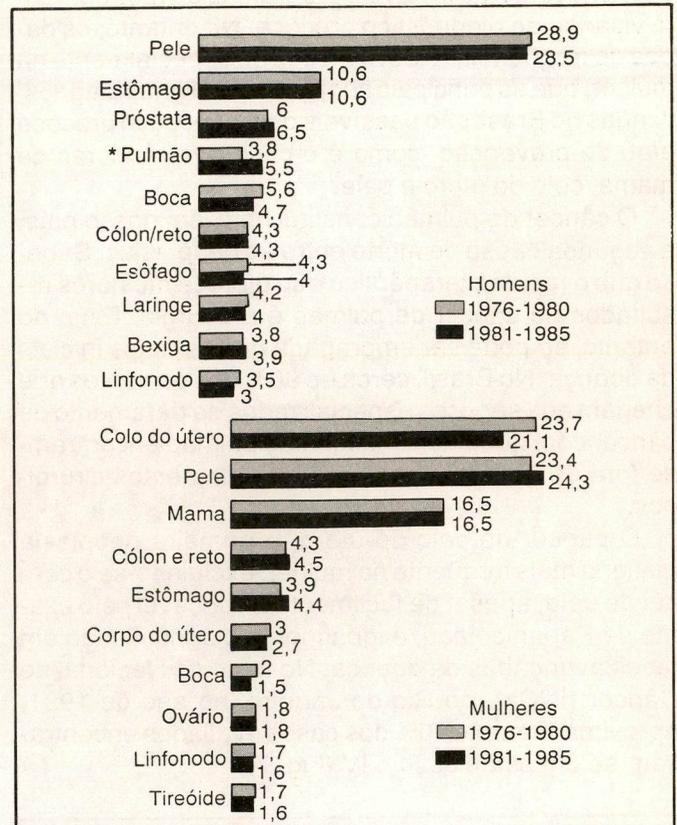


Figura 6. Distribuição percentual das 10 principais localizações de câncer primário diagnosticadas em homens e mulheres, no Brasil, de 1976 a 1980 e de 1981 a 1985 (Fonte: RNPT/Pro-Onco/MS) (*Valores subestimados em vista da baixa cobertura de citologia, no primeiro período).

Para o sexo masculino, o Registro alerta para a elevada freqüência do câncer de estômago, seguido do câncer de próstata e boca, pois o câncer de pele que apresenta a maior freqüência é muito pouco significativo em relação à mortalidade, excetuando-se o melanoma. No sexo feminino, o câncer cervico-uterino tem freqüência semelhante à do câncer de pele, seguido de perto pelo câncer de mama.

Extensão da doença

Não há dúvidas, hoje, sobre a importância do grau de extensão (estadiamento) do câncer em quaisquer dos seus tipos morfológicos e topográficos, no momento do diagnóstico e na ocasião em que é instituído o tratamento especializado.

No Brasil, em diversas neoplasias malignas, os diagnósticos se processam, em mais de 80% dos casos, nas fases avançadas da doença, quando os recursos terapêuticos disponíveis já são utilizados com finalidade paliativa, oferecendo prognóstico bastante reservado.

Na realidade, determinadas localizações onde o câncer se instala são dificilmente alcançáveis e tornam

economicamente inviáveis programas de rastreamento visando ao diagnóstico precoce. No entanto, os dados de frequência relativa mostram, especialmente na mulher, que as principais neoplasias malignas diagnosticadas no Brasil são passíveis de diagnóstico precoce e/ou de prevenção, como é o caso dos cânceres de mama, colo do útero e pele.

O câncer de pulmão constitui hoje, em nosso país, a segunda causa de morte entre as neoplasias. Sabe-se que o recurso terapêutico que oferece melhores resultados no câncer de pulmão é a cirurgia. Esta, no entanto, só pode ser empregada nos estádios iniciais da doença. No Brasil, cerca de 90% dos pacientes que chegam aos serviços especializados de tratamento de câncer com neoplasia maligna de pulmão encontram-se fora de possibilidade para os tratamentos cirúrgicos.

O câncer do colo do útero, a primeira neoplasia maligna mais freqüente na mulher, excluindo-se o câncer de pele, apesar de facilmente alcançável pelo exame de Papanicolaou, é igualmente diagnosticado em fases avançadas da doença. No Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Rio de Janeiro, no ano de 1991, aproximadamente 60% dos casos avaliados encontravam-se em estádios III e IV (Fig. 7).

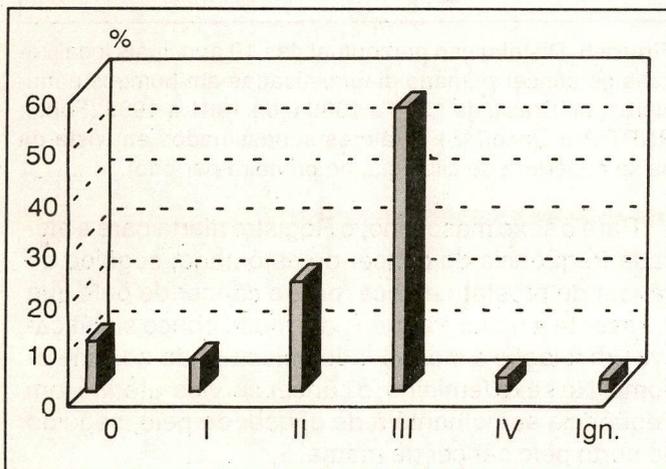


Figura 7. Casos de câncer do colo do útero, segundo a extensão da doença, 1991 (Fonte: RHC/INCa/MS).

Projeção para o futuro

O problema de saúde pública nacional que representa, hoje, o câncer, tende a agravar-se no futuro, caso não haja uma atuação eficaz no que concerne à atualização constante dos métodos terapêuticos, e, principalmente, quanto às medicadas voltadas para o diagnóstico precoce, a prevenção secundária e a atuação sobre os fatores de risco. A perspectiva de um aumento da expectativa de vida reforça esta necessidade (Fig. 8).

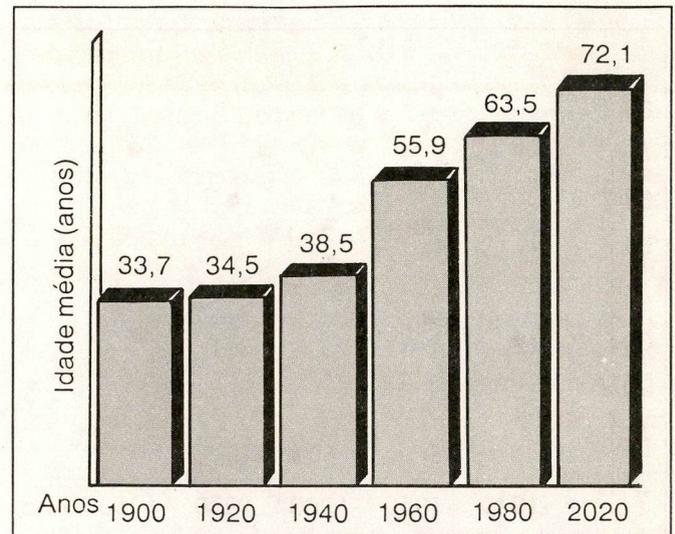


Figura 8. Expectativa de vida ao nascer, no Brasil, de 1990 ao ano 2020, para ambos os sexos. (Fonte: 1900/1950 - Santos, JLF. Demografia: Estimativas e Projeções, São Paulo, FAUUSP, 1978; 1960/2000 - United Nations, Periodical on Ageing 84, v.1, n.1, 1985).

O Serviço de Epidemiologia do Pro-Onco estimou para o período de 1990 a 1994 o número de óbitos devido às neoplasias malignas, que pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1. Número estimado de óbitos por neoplasias malignas, por sexo, no Brasil, para os anos de 1990 a 1994. (Fonte: Serviço de Epidemiologia do Pro-Onco/INCa/MS).

Ano	1990	1991	1992	1993	1994
Masc.	47.005	48.265	49.527	50.787	52.049
Fem.	38.508	39.478	40.447	41.417	42.386
Total	85.513	87.743	90.024	92.204	94.435

Quanto às principais localizações anatômicas foram estimadas as faixas anuais médias de óbitos para homens e mulheres, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Faixa anual média estimada de óbitos por câncer, segundo sexo e principais localizações, para o Brasil, no período de 1990 a 1994 (Fonte: Pro-Onco/INCa/MS).

Óbitos estimados			
Localização	Homens	Mulheres	Total
Pulmão	8.100-9.900	2.700-3.300	10.800-13.200
Estômago	6.300-7.700	2.700-3.300	9.000-11.000
Mama			
feminina	-	5.400-6.600	5.400-6.600
Colo uterino	-	5.400-6.600	5.400-6.600
Cólon e reto	1.800-2.200	2.700-3.300	4.500-5.500
Esôfago	2.700-3.300	900-1.100	3.600-4.400
Próstata	3.600-4.400	-	3.600-4.400
Cavidade			
oral e faringe	2.700-3.300	600-800	3.300-4.100

Para a estimativa de incidência, pesquisou-se a razão mortalidade/incidência, vigentes em áreas do país cobertas pelos Registros de Câncer de Base Populacional. Foram estimadas as faixas de casos novos de câncer esperados para o período de 1990-1994, as quais variaram em torno de 200 mil casos novos por ano, consideradas todas as localizações. A Tabela 3 relaciona as faixas de casos novos esperados para as principais neoplasias malignas.

Tabela 3. Faixa anual média esperada de casos novos de câncer, segundo sexo e principais localizações para o Brasil, no período de 1990 a 1994. (Fonte: Pro-Onco/INCa/MS).

Localização	Casos novos esperados		
	Homens	Mulheres	Total
Mama fem.	-	18.000-22.000	18.000-22.000
Colúterino	-	18.000-22.000	18.000-22.000
Pulmão	11.600-14.100	3.000-4.700	14.600-18.800
Estômago	10.500-12.800	4.500-5.500	15.000-18.300
Cav. oral e faringe	9.000-11.000	2.000-2.700	11.000-11.700
Cólon e reto	3.600-4.400	5.400-6.600	9.000-11.000
Próstata	9.000-11.000	-	9.000-11.000
Esôfago	4.500-5.500	1.500-1.800	6.000-7.300

Ações do Pro-Onco/INCa

Para o perfil epidemiológico do câncer no Brasil, fez-se necessário uma análise sistemática do problema em todos os seus aspectos (sociais, demográficos, econômicos, tecnológicos etc.) para medir sua dimensão, visando a elaboração de estratégias de intervenção.

O primeiro passo para isso foi a assinatura, em julho de 1987, de um protocolo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde, através da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, e o Ministério da Pre-

vidência Social, através do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, denominado *Programa de Oncologia (Pro-Onco)*.

Este Programa veio resgatar as finalidades básicas pelas quais a Campanha Nacional de Combate ao Câncer tinha sido criada e que, por falta de uma estrutura executiva mais ampla, vinham sendo realizadas de uma maneira limitada no âmbito nacional.

A partir de 1990, o Instituto Nacional de Câncer (INCa) passou a ser o órgão do Ministério da Saúde responsável pela normatização das ações de controle do câncer no Brasil, incluindo, entre outras atribuições, a elaboração de modelos assistenciais, a realização de pesquisa e coleta de dados e o desenvolvimento de programas educativos - papel desenvolvido até então pelo Pro-Onco. Assim, o Programa de Oncologia foi incorporado ao INCa como uma de suas Coordenações: a Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco).

A missão do Pro-Onco é desenvolver, divulgar e avaliar as bases técnicas para o controle do câncer nas áreas de educação e informação, tarefa bastante árdua num país em que as dificuldades econômicas são enormes em todos os seus setores, inclusive o da Saúde.

Apesar disso, o Pro-Onco vem crescendo em credibilidade como órgão governamental de referência para o controle do câncer, por sua atuação junto a um grande número de secretarias municipais e estaduais, universidades, escolas, grupos comunitários etc., na implantação de programas de educação, no fornecimento de dados epidemiológicos, bem como no apoio ao bom funcionamento das instituições de atendimento ao paciente com câncer.

Para o desenvolvimento do seu trabalho, o Pro-Onco tem um organograma composto de um Serviço de Epidemiologia e três Divisões, subdivididas em Seções e Serviços, ilustrado na Figura 9.

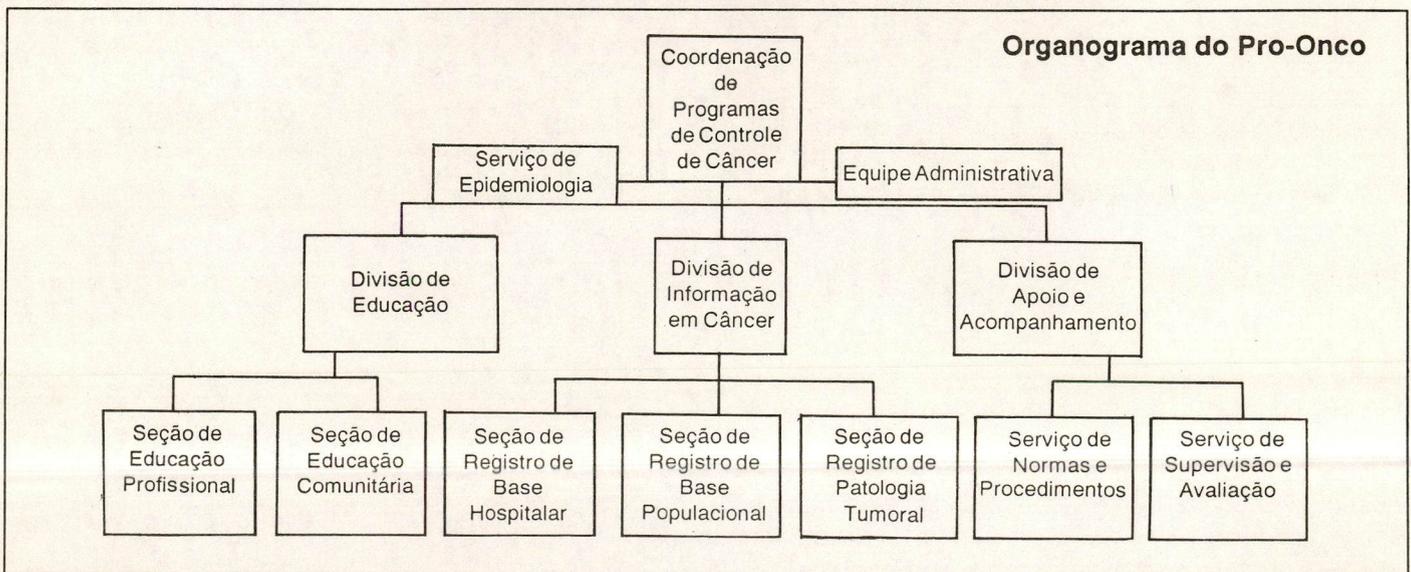


Figura 9. Organograma da Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco/INCa/MS.

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer: A proposta da Nova República, Brasília, 1985.

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. Seminário Nacional sobre Informações em Câncer: Relatório Final. Rio de Janeiro, jul., 1984.

_____. Investigação sobre perfis de saúde. Brasil, 1984. Brasília, 1989.

_____. Cadernos das Doenças Crônico-degenerativas I. Brasília, jun., 1987.

_____. PNCF - Programa Nacional de Combate ao Fumo. Plano de Trabalho para o Período 1988-2000. Rio de Janeiro, dez., 1988.

_____. Pro-Onco. Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-uterino. Plano de trabalho para o quinquênio 1988-1992. Rio de Janeiro, 1988.

_____. Pro-Onco. Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca. Plano de trabalho para o quinquênio 1988-1992. Rio de Janeiro, 1988.

_____. Pro-Onco. Programa de Educação em Câncer. Plano de trabalho quinquenal, 1990-1994. Rio de Janeiro, 1990.

_____. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 1985. Brasília, 1986.

_____. Estatísticas de Mortalidade, Brasil, 1977-1986. Brasília, 1984-1989.

CAMPOS GP et alii. Enfermedades crónicas del adulto: elementos críticos para la planificación estratégica de su prevención y control: plan de desarrollo. Programa de Salud del Adulto/Area de Desarrollo

de Programas de salud/Organización Panamericana de la Salud. Washington, jul., 1987.

CANDEIAS NMF. Saúde Ocupacional no Brasil. Fundação Emílio Odebrecht. São Paulo, jun., 1985.

CULLEN JW. A rationale for health promotion in cancer control. Prev Med 1986; 15: 442-50.

DIGNAN MB, CARR PA. Program Planing for Health Education and Health Promotion. Philadelphia: Lea & Febiger, 1987.

GREENWALD P et alii. Cancer prevention and control: from research through applications. JNCI 1987; 79: 389-400.

PARKINDM et alii. Estimates of the worldwide frequency of twelve major cancers. Bulletin of the World Health Organization 1984; 62: 163-82.

RAMOS LR et alii. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. São Paulo, 1987.

SILVA MGC. Aspectos Epidemiológicos do Câncer no BRasil. Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, out, 1987.

SILVA MS et alii. Problema do Câncer no Brasil. Plano Nacional de Combate ao Câncer, 1972-1976. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 1972.

STJERNSWÅRD J et alii. Cancer Control: Strategies and Priorities. World Health Forum, 1985; 6: 160-4.

WATERHOUSE J et alii. Cancer Incidence in Five Continents, vol. 5. Lyon, IARC, 1987.

WORLD BANK. Brazil, Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges. Report No. 7807-BR. Washington, nov 14, 1989.