
Registros de Câncer

14 DE NOVEMBRO DE 1975 — SEXTA-FEIRA — 15:00 h

Dr. Antonio Pedro Mirra

Em epidemiologia, as hipóteses etiológicas podem ser formuladas a partir da observação de diferenças na mortalidade e morbidade das várias formas de câncer, em diversos grupos populacionais de diferentes países ou num mesmo país. Esses grupos populacionais podem ser escolhidos segundo um critério político ou geográfico, sócio-econômico ou ocupacional, religioso ou qualquer outra característica.

Os dados de mortalidade e de morbidade, necessários a esses estudos, são obtidos através dos chamados registros de câncer, que podem ser:

A — REGISTROS DE MORTALIDADE: O registro de mortalidade tem como propósito principal estimar a mortalidade de uma doença na população total. Entretanto, pode-se registrar a mortalidade em populações limitadas, como aquelas submetidas a contratos de seguros de vida (pela classe social e peso) ou aquelas referentes às forças armadas em tempo de paz (pelo sexo e idade).

Embora as primeiras razões para se registrar os óbitos de acordo com a causa de morte, fossem de ordem legal e política, esses registros vieram a se tornar a base principal do início das investigações epidemiológicas.

As primeiras indicações das condições epidêmicas de uma doença podem ser dadas pelas variações das taxas de mortalidade; através de séries cronológicas de mortalidade podemos conhecer inúmeras doenças.

Para o câncer, do ponto de vista epidemiológico, o conhecimento das taxas de mortalidade torna-se importante, quando elas podem ser interpretadas como taxas de incidência. No entanto, essa equivalência não pode ser aceita para todas as formas de câncer: os cânceres de pele e do lábio inferior têm uma taxa de mortalidade extremamente baixa que não reflete a sua incidência; o câncer brônquico e a leucemia aguda apresentam taxas de mortalidade altas, que podem refletir bem nitidamente aquelas de incidência (embora não se deva considerar como a verdadeira incidência).

O atestado de óbito é o documento legal para esses registros, cujo preenchimento deve ser feito segundo uma série de regras estabelecidas internacionalmente e que deve ser usado por todos os países. Nele constam vários dados, que podem expressar características da doença (sexo, idade, data e local de nascimento, nacionalidade, última residência, última ocupação, estado marital, data e local do óbito, etc.) e corresponder a subgrupos da população total, cujo tamanho é conhecido, através dos censos de cada 10 anos.

Ao analisar e interpretar certos dados de mortalidade devemos levar em conta certos aspectos, os quais correspondem a verdadeiras limitações a esses registros:

a) Conhecimento do quanto esses registros são completos, com referência às mortes e suas causas, que devem ser bem assinaladas. A constatação de todos os óbitos e o preenchimento dos atestados por médicos garantem um registro bem completo, em oposição quando isso não ocorre (cemitérios clandestinos e constatação de óbitos por leigos);

b) As revisões sucessivas do Manual de Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte podem ser responsáveis por diferenças aparentes da mortalidade, quando não atentamos para as mudanças ocorridas na codificação das doenças e suas causas de óbitos;

c) Alterações introduzidas no preenchimento para classificar os atestados de óbitos, quando o médico anotou mais de uma doença, podem ser responsáveis pela maior ou menor mortalidade de uma dada moléstia;

d) Preenchimento não correto do atestado pelo médico, por negligência, ignorância ou dificuldades de comunicação (ex.: distinção entre câncer do colo e corpo do útero; câncer primitivo ou metastático do pulmão);

e) Mudanças da intensidade dos grupos etários na população (grupos etários mais velhos): essas alterações podem ocorrer e as taxas totais de mortalidade continuam a se apresentar iguais, mesmo em épocas diferentes. Daí a necessidade de se estudar a tendência das taxas globais, mas também aquela das taxas específicas por idade para serem mais informativas;

f) Ao fazermos comparação de taxas de mortalidade, cujas populações apresentam ou

apresentaram diferenças na sua composição etária, devemos fazer uma correção dessas idades, através do uso das chamadas populações padrões (africana, asiática ou Segi e européia). Assim, nos USA (homens brancos) verificou-se que havia realmente uma mortalidade aumentada do câncer de pulmão e das leucemias e uma sua diminuição por câncer gástrico; nas demais localizações não houve alterações significativas;

g) As diferenças existentes nas taxas de letalidade já expostas anteriormente.

B — REGISTROS DE MORBIDADE: O registro de morbidade tem como propósito principal estimar a incidência de uma doença na população total.

As fontes mais comuns de dados de morbidade são:

1) Registro Hospitalar de Câncer: Compreende aquele sistema, que permite a reunião de informes de um grupo determinado de pacientes, ou seja, pacientes hospitalizados e de ambulatorios (recebendo ou não atenção gratuita), a partir da data do diagnóstico inicial, histológico ou de outra qualquer natureza, bem como aqueles diagnosticados ou tratados primeiramente em outro local e que procuraram o hospital.

Os seus objetivos são:

a) Prestar serviços ao paciente, mediante exames posteriores e periódicos: isso facilitará de muito a identificação precoce de recidivas locais e de metástases, bem como, o diagnóstico precoce de um novo tumor;

b) Prestar serviços ao médico, através de informações referentes à sua experiência (avalia a eficácia do diagnóstico e dos vários tratamentos) e à organização a respeito do câncer;

c) Permitir ao administrador do hospital e ao pessoal médico definir a magnitude do problema do câncer e determinar as alterações que se fizerem necessárias nos seus serviços;

d) Permitir a realização de estudos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos (retrospectivos) do câncer, a partir dos pacientes atendidos;

e) Constituir um recurso para a educação contínua dos médicos e do pessoal paramédico em seus trabalhos técnico-científicos e para programas de educação popular;

f) Estudar a sobrevida dos pacientes com câncer, através de serviços organizados de seguimento (follow-up).

Os registros hospitalares devem contar com fichário de resumos, fichário nominal de pacientes, fichário de follow-up, registro ou listagem de todos os pacientes hospitalizados e de ambulatórios. Um comitê de câncer, uma secretaria e uma supervisão (médica ou não, sendo que nesta última situação precisa haver um consultor médico) completam a sua organização.

Além disso, os registros hospitalares de câncer têm papel importante como participantes de programas de registros centrais.

Eles devem ter analisadas suas atividades pelo menos uma vez por ano, para verificação de que seus objetivos previstos foram atingidos.

As limitações dadas por esses registros hospitalares de câncer ao estudo de morbidade são:

a) Não é possível se determinar com exatidão a população de origem de tais séries. É

impraticável no nosso meio, a delimitação de uma população em que todos os indivíduos fossem exclusivamente clientes do hospital considerado. Representam uma amostra selecionada de pacientes com câncer na população;

b) Não constituem o único recurso médico de determinada região;

c) Muitas das condições não relacionadas com a aparição do câncer influem sobre a delimitação dessas séries e sua fonte perde todo o valor real em matéria de incidência. Assim, certas circunstâncias podem sistematicamente afastar de um hospital, geral ou especializado, determinada (s) localização (ões), modificando a série estudada (existência de um determinado especialista, de certos serviços, etc.);

d) Nem todos os casos de câncer são hospitalizados, pois, aproximadamente 15 a 20% dos pacientes são tratados em ambulatórios ou no domicílio.

2) Registros de Patologia: São procedimentos que se valem de séries de autópsias ou de biópsias. Suas vantagens se referem mais à precisão e especificidade do diagnóstico.

As séries de autópsias se apresentam como uma amostra selecionada das admissões hospitalares. Há uma tendência a se autopsiar mais homens mortos do que mulheres; ocorre menor número de autópsia em pessoas após os 40 anos de idade e em especial após os 75 anos.

Então, não se pode usar esses dados para estimar a frequência de câncer, pela não possibilidade de se relacionar a uma população de risco bem definida. Seriam de valor, se a autópsia fosse uma prática sistemática numa população (ex.: cidade de Praga).

Entretanto, elas são de utilidade quando pretendemos, em certas circunstâncias, alguns refinamentos em estudos epidemiológicos: relação específica entre uma forma de câncer e possíveis fatores etiológicos, a qual pode ser comprovada pela relação também existente entre esses mesmos possíveis fatores e lesões pré-cancerosas.

Quando pretendemos utilizar as séries de biópsia para propósitos epidemiológicos, há uma série de limitações: mesmo nos países desenvolvidos não se obtêm mais de 75% de casos de câncer biopsiados; as biópsias são sempre altamente selecionadas, pois, são os tumores mais acessíveis que são os mais biopsiados; a idade, o sexo e a procedência urbana-rural dos casos de câncer são fatores adicionais nessa seleção; as informações que acompanham o material histológico são bem reduzidas e incompletas.

Então essas séries devem ser consideradas como indicadores pobres de frequência de câncer numa população.

3) Surveys: Esses estudos podem ser conduzidos quando pretendemos confirmar certas impressões obtidas a partir de estudos de registros hospitalares ou de séries de autópsias.

Eles podem ser feitos através de:

— Exame para detecção em massa ("case-finding surveys"): quando os dados resultantes de registros hospitalares ou de registros de mortalidade não são aceitáveis, os exames em massa podem ser de grande valia para termos idéia da frequência do câncer globalmente ou de uma de suas localizações numa determinada área, da prevalência e da sua relação com vários fatores causais — ex.: câncer de colo de útero.

— "Safari" ou expedição: em que uma equipe composta principalmente de epidemiologista, patologista e clínico faz um exame em massa de uma amostra ou da totalidade da população — ex.: tumor de Burkitt, câncer da faringe e da cavidade oral (Índia e Rússia);

— "Cancer Survey": que visa estudar a incidência e prevalência como objetivos primeiros, acompanhado às vezes da realização de um censo da população local (quando os dados existentes não são muito atualizados) — ex.: em Johannesburg (1953-55), USA (1937-38 e 1947-48).

4) Registros Centrais de Câncer: São procedimentos que têm a característica de serem permanentes ou terem grande duração.

Um registro de câncer deve coletar e centralizar informações várias e exatas de todos os novos casos de câncer surgidos a partir de uma data determinada, pertencentes a uma população de tamanho e características conhecidas e referentes a uma área geográfica bem delimitada.

Suas principais finalidades são:

a) Determinação da incidência global do câncer, bem como das suas várias localizações;

b) Servir de base para o início das pesquisas epidemiológicas em câncer. De imediato permite um estudo descritivo, seguindo-se aquele analítico;

c) Fornecimento de indicações para pesquisas experimentais e clínicas;

d) Assistência à promoção e à avaliação de programas de controle de câncer;

e) Servir e cooperar com os médicos e organizações ligadas ao problema do câncer.

Os seguintes critérios devem ser levados em conta na criação de um registro central de câncer:

a) Área geográfica bem delimitada: um país, um estado ou uma grande cidade, na qual os recursos médicos sejam suficientes;

b) População limitada: o número de habitantes deve ser suficiente para que o número total de casos novos reunidos, num ano, seja bastante para ter significação ao menos global. O tamanho ideal da população deve ser em torno de 500.000 hab., sendo o maior de 2 a 3 milhões (5.000 a 8.000 casos são notificados por ano) e o menor 100.000 hab. (desde que o número de novos casos não seja muito pequeno). Exceções podem ser feitas para áreas em que existem bons recursos médicos, de modo a permitir a obtenção de dados completos e corretos de morbidade.

É preferível registros de alta qualidade para grupos populacionais limitados, a registros de qualidade duvidosa para grandes populações;

c) Existência de informações demográficas e sociais: essas informações devem existir para a área em estudo. A população deve ser conhecida por sexo, grupos quinquênis de idade e grupos étnicos;

d) Recursos médicos disponíveis para possibilitar o diagnóstico dos casos de câncer: a área escolhida deve possuir recursos médicos suficientes e bons, inclusive serviços de anatomia patológica, de modo que a sua população tenha o hábito de utilizá-los e não se desloque para outros locais à procura de assistência médica;

e) Possibilidades de notificação dos casos por todas as fontes: A comunicação de todos os casos de câncer é indispensável, pois

assim, teremos o registro de todos eles. Essa comunicação deve ser feita por todas as fontes: hospitais, clínicas (incluindo as radiológicas), médicos práticos e especialistas, laboratórios clínicos e de anatomia patológica, serviços de controle de entorpecentes, serviços de verificação e de registro de óbitos (atestados de óbitos).

Essa notificação dos casos pode ser compulsória ou espontânea. A introdução da notificação compulsória pode ser de valor, pois estará enfatizando a importância dada pelas autoridades ao registro, bem como reduzirá de muito, o problema do sigilo médico.

A coleta de dados pode ser feita diretamente pelas fontes ou através de coletadores fornecidos pelo próprio registro. Este último procedimento é mais vantajoso, pois, não só teremos uma mais rápida obtenção de dados, como o pessoal que realiza essa coleta pode ser treinado e supervisionado pelo órgão central;

f) Solicitação de informações mínimas e básicas: Esses dados devem ser solicitados através de fichas padronizadas, que constam:

identificação pessoal: nome do paciente, endereço do paciente, idade ou data do nascimento, sexo, cor, estado civil, nacionalidade, ocupação, nome da fonte de informação;

informações diagnósticas: sede primária do tumor, meios diagnósticos usados (clínico, radiológico, cirúrgico, citológico, histológico, necroscópico e outros), data da primeira consulta ou diagnóstico, data do óbito;

g) Possibilidades de não haver registros múltiplos de casos notificados: Esse é um dos problemas mais sérios com que se deparam os registros. Todo o empenho deve

ser feito a fim de que isso não ocorra. Os dados de identificação pessoal do paciente têm um papel importante nesse procedimento, pois, sabemos que um mesmo paciente pode procurar mais de um hospital ou um médico inúmeras vezes.

Táticas devem ser adotadas, como arquivos de nomes de pacientes (primeiro e último nome), que permitirão uma verificação da possibilidade de um caso já ter sido registrado ou não (principalmente entre nós).

A unidade de registro utilizada é o tumor e não o paciente. Assim, todo paciente que ti-

ver mais de um tumor, terá essas neoplasias registradas tantas vezes quantas forem;

Além dessas condições, consideradas mínimas, há outras que são de grande utilidade e colaboram para que o registro tenha máxima eficiência:

h) Recursos humanos e materiais suficientes e constantes;

i) Relacionamento com os órgãos governamentais, órgãos de ensino (faculdades de saúde pública e de medicina), classe médica e outros registros.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1 — LILIENTHAL, A. M.; PEDERSEN, E.; e DOWD, J. A. Cancer Epidemiology: methods of study. **The Johns Hopkins Press**. 967 Baltimore, Maryland

2 — MacMAHON, B.; IPSEN, J.; e PUGH, T.P.; Métodos de Epidemiologia. Versão espanhola, **La Prensa Médica Mexicana**. México, 1969

3 — MIRRA, A.P. Registro de Câncer. Importância e problemática. **Rev. Bras. Cancerologia**, **23**: 7-12, 1967

4 — ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Seminario sobre Registros de Câncer en América Latina. **Publicación científica nº 215**. OPAS, 1970