

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO BRASIL REGISTROS DE CÂNCER

*Dr. Antônio Pedro Mirra **

Um importante aspecto da pesquisa das causas do câncer em homem é o estudo das diferenças regionais na distribuição dos tumores malignos.

Aspectos climáticos e geográficos, costumes e tipos de ocupação são fatores que, segundo vários graus, afetam o organismo humano; assim sendo, eles necessitam ser estudados em relação à prevalência dos tumores malignos, desde que haja preponderância de certos tipos e sedes de neoplasias entre algumas raças e grupos populacionais e raridade entre outros.

O conceito de epidemiologia dos tumores, atualmente, deve apresentar um sentido mais amplo: é o estudo da distribuição da doença na comunidade, relacionando-a a vários fatores ligados ao agente etiológico, hospedeiro e meio, de modo a permitir a coleta do maior número de dados possível em cada região e sua comparação. Assim, podem surgir elementos indicativos de quanto há de "intrínseco" (de individual, de racial) e quanto de "ambiente" na gênese de

cada tumor, entendendo-se por ambiente algo mais amplo, incluindo-se a alimentação, o tipo de poluição atmosférica, a maior ou menor sujeição às irradiações, ao contato com determinadas substâncias químicas, por injunções geográficas ou de trabalho, etc.

O conhecimento desses fatos todos permitirá às autoridades sanitárias estabelecer medidas profiláticas e de controle da doença (diagnóstico, tratamento e serviços de prevenção).

São reconhecidos como dados básicos requeridos para avaliar a importância dos fatores geográficos na patologia dos tumores malignos :

- a) Dados provenientes de estatísticas de mortalidade e morbidade;
- b) Dados provenientes de arquivos hospitalares referentes a esses tumores;
- c) Dados provenientes de arquivos de laboratórios de anatomia patológica e de autópsias de pacientes falecidos por tumores malignos.

* Diretor do Serviço de Registro Geral de Câncer do Departamento de Estatística da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Os dados de *mortalidade* em câncer, quando acurados, são de grande utilidade na avaliação da extensão do problema. É o que se observa para certas localizações de tumores nas quais as chances de sobrevivida são baixas; entretanto, para outras sedes (pele e colo uterino) em que a sobrevivida é alta, êsses dados não refletem a morbidade do doença, necessitando-se de dados de incidência.

A obtenção dêsses dados de mortalidade dependerá de :

- a) A certificação dos óbitos deverá ser quase total, no mínimo de 90% de todos os óbitos;
- b) Estabelecimento da causa de morte mais cuidadosamente, com especial atenção para a sede anatómica do câncer;
- c) Verificação de diagnósticos;
- d) Obtenção de informações sôbre os óbitos junto aos familiares quando necessárias;
- e) Estimativas acuradas da população exposta ao risco.

As estatísticas de *morbidade* terão sua metodologia vairável, dependendo do uso para o qual as informações estão sendo coletadas e das condições e problemas de cada área ou país.

O termo incidência deve ser usado para descrever a medida da freqüência da doença que *se inicia* num determi-

nado período; prevalência é reservado para descrever a medida da freqüência da doença *que existe* num determinado período ou instante.

Incidência em câncer corresponde, portanto, ao número de casos *novos* de câncer por 100.000 habitantes, de localização determinada, do mesmo sexo e durante um período de 12 meses, relacionado a 100.000 indivíduos pertencentes ao mesmo grupo quinquenal de idade. Somente nestas condições é que se deve utilizar o termo incidência; fora disso, deve-se usar os termos freqüência absoluta (quando os números são absolutos) e freqüência relativa (quando são percentagens).

As condições para a obtenção dêsses dados são :

- a) A área geográfica deve ser bem delimitada e existir boas informações demográficas e sociais. Deve-se conhecer bem a composição da população respectiva, segundo o sexo, grupos quinquenais de idade e composição étnica;
- b) O número de habitantes deve ser grande para que o número total de casos novos de câncer reunidos num ano, seja suficiente para ter significação ao menos global;
- c) Os meios médicos da área escolhida devem ser suficientes, incluindo-se os serviços de anatomia patológica, de modo que a

população correspondente esteja habituada a usá-los. Assim tem-se o reconhecimento dos casos de câncer dessa região;

- d) É imprescindível a comunicação dos casos de câncer, de modo a se conhecer todos os casos novos surgidos. Entre nós, o câncer é de notificação compulsória há alguns anos (Art. 9.º, Decreto Federal n.º 49.974, de 21-1-61, que regulamentou o Código Nacional de Saúde).

Ao contrário do que alguns supõem, a notificação não está em desacôrdo com a ética médica, pois, evita-se com ela, um mal maior, que seria o não contrôle da doença na população, quando não a fazemos.

O atual *Código de Ética da A.M.B.* estabelece em seu artigo 39: "A revelação do segredo médico faz-se necessária: a) Nos casos de doença infecto-contagiosa de notificação compulsória ou outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania, etc.)".

Por outro lado, o nosso *Código Penal* também resolve a questão, ao estabelecer penalidades ao médico que não notificar: Art. 269: "Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena — detenção de 6 meses a 2 anos e multa de Cr\$ 500 a Cr\$ 3.000".

Finalmente, deve-se notar que o órgão oficial encarregado de receber a no-

tificação guarda sigilo a respeito da mesma.

Portanto, a obrigação de notificar não é somente *legal*, mas principalmente *moral*.

Assim, todos os indivíduos que possam ter conhecimento de casos de câncer — médicos práticos, especialistas, chefes de serviços hospitalares, de laboratórios de anatomia patológica e clínico, diretores de hospitais e clínicas (incluindo as radiológicas), de serviços de contrôle de entorpecentes, de serviços de verificação e registro de óbitos — devem ser solicitados.

e) Os Departamentos de Registros Hospitalares devem ser adequados e com pessoal qualificado. A existência de comitês de tumores ou clínicas especializadas nos hospitais facilitará muito a coleta de dados.

Êsses dados de morbidade em câncer poderão ser obtidos através de :

1. Registros de câncer;
2. Estudos de morbidade limitados a um período de tempo ("survey"); e
3. Estudos de grupos especiais da população (grupos industriais, militares, de seguros sociais).

Os dados de *arquivos hospitalares e de laboratórios de anatomia patológica e de séries de autópsias* são também importantes para os nossos estudos.

Entretanto, as estatísticas estabelecidas a partir desses dados, com finalidade exclusiva de caracterizar a morbidade da doença, são falhas pelas razões seguintes :

- a) Não é possível determinar com exatidão a população de tais séries, o que impossibilita o estabelecimento de uma incidência real;
- b) Muitas condições, relacionadas com a aparição do câncer, influem sobre a delimitação dessas séries e sua fonte perde todo o valor em matéria de incidência.

Assim, as estatísticas de incidência baseadas em clientes de hospitais são incorretas, porque estes não constituem o único recurso médico de determinada região. É impossível se obter uma taxa real, devido à impraticabilidade da delimitação de uma população em que todos os indivíduos fôssem exclusivamente clientes desse hospital considerado. É igualmente perigoso tirar conclusões sobre a frequência relativa das diferentes localizações de câncer, quando se estuda uma série de doentes hospitalizados em determinado período.

As informações obtidas, mesmo quando provêm de um hospital geral, serão de valor limitado, pois, as circunstâncias podem sistematicamente afastar desse hospital tal ou tais localizações, modificando assim a série estudada.

Se a estatística provém de um centro especializado em tratamento de câncer,

há, ainda, perigo de erro. Por exemplo: de 100 casos de câncer é provável que em média 30 a 40 estejam localizados no aparelho digestivo. A maioria desses 30 a 40% será operada fora dos centros especializados; então, os 60 a 70% restantes não podem constituir uma série de valor para os nossos estudos. Entre nós, deve-se acrescentar, ainda, a procedência de pacientes de todas as regiões do país para esses hospitais especializados, o que concorre para se ter uma clientela hospitalar heterogênea, do ponto de vista geográfico.

Idênticas restrições devem ser feitas às séries dos laboratórios de anatomia patológica e de autópsias.

Diante desses fatos, vemos que é impossível se pensar em fazer qualquer investigação epidemiológica com caráter nacional e de maneira global. Poucas são as regiões do nosso país que apresentam essas exigências mínimas, em decorrência das suas condições sócio-econômicas serem diversas.

Além disso, tem-se dado preferência a estudos epidemiológicos mais restritos, ou seja, para determinadas localizações de câncer e certos aspectos especiais.

Assim sendo, achamos muito mais importante desenvolvermos estudos sobre incidência, prevalência e mortalidade das neoplasias malignas que são básicos, e que permitirão o conhecimento exato da extensão do problema do câncer entre nós. Após esses estudos fundamentais, pesquisas epidemiológicas po-

derão ser desenvolvidas para aquelas localizações de tumores que predominam no nosso meio.

Vistas estas noções básicas passemos a falar, especificamente, dos *Registros de Câncer*, que a nosso ver, são de capital importância para o desenvolvimento desses estudos.

Um Registro de Câncer coleta e centraliza informações detalhadas de todos os novos casos de câncer, a partir de uma data determinada, pertencentes a uma população de tamanho e características conhecidas, e referentes a uma área geográfica bem determinada.

Suas finalidades principais são:

- a) Determinação da incidência e prevalência global do câncer, bem como das várias localizações;
- b) Determinação dos coeficientes de mortalidade real do câncer;
- c) Promoção de pesquisas epidemiológicas;
- d) Fornecimento de indicações para pesquisas experimentais e clínicas;
- e) Possibilidade de profilaxia do câncer através dos dados obtidos nas pesquisas epidemiológicas;
- f) Avaliação das possibilidades das organizações médicas a serem aproveitadas num plano de controle de câncer;
- g) Coleta de dados indispensáveis para quaisquer planejamentos de luta contra o câncer; e
- h) Servir e cooperar com os médicos e organizações ligadas ao problema do câncer.

As duas primeiras finalidades devem ser o motivo da nossa preocupação inicial.

CRITÉRIOS PARA CRIAÇÃO DE UM REGISTRO DE CÂNCER:

1) O Registro de Câncer deve abranger uma área geográfica bem delimitada: uma grande cidade ou uma área para a qual os serviços médicos e hospitalares estão unificados.

2) Os dados do censo devem existir para a área em estudo; a população deve ser conhecida por sexo, idade (grupos quinquenais) e grupos étnicos.

3) O tamanho ideal da população deve ser em torno de 500 mil habitantes, sendo o maior de 2 a 3 milhões (5 mil a 8 mil casos são notificados por ano), e o menor de 100 mil habitantes (desde que o número de novos casos relatados não seja muito pequeno). Exceções podem ser feitas para áreas em que existem bons meios médicos, de modo a permitir a obtenção de dados completos de morbidade. É preferível registros de alta qualidade para grupos populacionais limitados, a registros de qualidade duvidosa para grandes populações.

4) Os dados relativos aos casos de câncer precisam ser fornecidos por tôdas as fontes: hospitais, clínicas (incluindo as radiológicas), médicos práticos, especialistas, chefes de serviços hospitalares, laboratórios de anatomia patológica e clínico, serviços de controle de entorpecentes, serviços de verificação e registros de óbitos.

5) Informações mínimas básicas devem ser solicitadas: nome do paciente, endereço da residência, procedência, idade (ou data de nascimento), sexo, côr, estado civil, ocupação, nacionalidade, tempo de residência no local, nome e número de registro no hospital e do médico responsável, sede anatômica primária do tumor, sede de metástases, meios diagnósticos usados (clínico, radiológico, cirúrgico, necroscópico, citológico, histológico e outros), data da primeira consulta ou do diagnóstico.

6) A obtenção desses dados deverá ser feita em duas fases:

1.^a fase — O inquérito visará unicamente as organizações hospitalares gerais e especializadas e os serviços de registro de óbitos.

2.^a fase — Nessa outra fase tôdas as demais fontes deverão ser solicitadas.

7) Adoção de uma nomenclatura uniforme por todos: Nomenclatura Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte (revisão de 1955).

8) Pessoal habilitado: A equipe de trabalho deve se constituir de: um clínico, um patologista, um estatístico, secretárias e grupo de entrevistadores de médicos (para coletar os dados).

9) Preparo psicológico da classe médica para êsse tipo de inquérito: deve ser feito através de:

a) Distribuição de cópias do plano de pesquisa para análise crítica a autoridades governamentais, diretores de sociedades médicas, professores de escolas médicas, diretores de organizações hospitalares e médicas;

b) Contatos pessoais com as várias organizações médicas, através de seus diretores;

c) Circulares explicativas dos objetivos dos estudos distribuídas a todos os médicos e hospitais;

d) Cartazes de divulgação do Registro de Câncer;

e) Palestras elucidativas;

f) Noticiário informativo em revistas e jornais médicos;

g) Reuniões com os representantes das várias organizações médicas colaboradoras para esclarecimentos dos objetivos dos estudos;

h) Publicações periódicas informando do andamento do inquérito.

10) Em cada Estado deve ser organizado um Registro de Câncer, sob a

orientação da Entidade Coordenadora da Campanha Contra o Câncer, filiada ao Serviço Nacional de Câncer.

Inicialmente, o Registro se restringirá apenas às Capitais dos Estados, deixando-se para uma fase posterior a sua extensão ao restante das várias unidades da Federação.

11) Legislação estadual deve ser providenciada para incluir o câncer entre as doenças de notificação compulsória, em cada Estado, pois, há discordância entre as legislações estadual e federal a êsse respeito.

12) O Serviço Nacional de Câncer será o órgão normativo dêsses estudos, ditando normas básicas e fornecendo total ou parcial assistência técnica e material (incluindo-se a financeira) aos vários registros, em estrita colaboração com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Com essa estruturação êsse órgão poderá dar uniformidade de trabalho e será apenas o órgão central e coletor dos resultados finais dêsses estudos em cada região. De posse dêsses dados elaborará um estudo global e crítico da incidência e mortalidade do câncer no Brasil.