

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO BRASIL *

*Achilles Scorzelli Jr. ***

Em que pesem algumas excelentes realizações isoladas, nosso país, em conjunto, oferece, para o câncer, como para outras doenças, apenas expressões numéricas esparsas, insuficientes para uma apreciação satisfatória quanto a sua situação epidemiológica.

Se, de um lado, isto se explica como natural decorrência das condições de atraso vigentes em grandes trechos de seu território, por outro, verificou-se melancolicamente uma notável queda da qualidade dos órgãos coletores e interpretadores de estatísticas médicas, conduzidos que foram a extrema penúria técnica e administrativa, para a qual os esforços atualmente empreendidos representam somente um início, facilmente compreensível, de recuperação.

Os serviços de saúde, no Brasil, por anos a fio, haviam, com efeito, se esquecido a frase lapidar de Osvaldo Cruz, de ser "a bioestatística a bússola da saúde pública".

Sem prejuízo, entretanto, de que venha, possivelmente, a retomar, em outra ocasião, as considerações aqui apre-

sentadas, com melhor forma e extensão, tão pronto tenha acesso a mais cabais informações, submeto-me, nesta oportunidade, por dever de ofício, ao pelourinho, tentando, para que não passe em branco tão importante assunto, apresentar sobre o mesmo as informações mais atuais, que pude recolher.

A deficiência de informações numéricas é, fundamentalmente, importante para uma apreciação de natureza epidemiológica.

A epidemiologia vem a ser um método de raciocínio, que objetiva ao estudo da ocorrência de doenças, mesmo acontecimentos, nas coletividades, medindo-lhes a magnitude e a evolução, procurando determinar os fatores biológicos, ecológicos e sociais, que determinam ou influenciam sobre seu aparecimento e disseminação, estabelecendo, assim, condições essenciais para que se planeje e realize seu combate e prevenção.

O estudo epidemiológico do câncer é, entretanto, dificultado por diversas razões :

* Trabalho apresentado ao IX Congresso Brasileiro de Cirurgia.

** Diretor do Departamento Nacional de Saúde.

Não se sabe, realmente, se o câncer é uma só doença ou se, mais provavelmente, constitui um grupo de doenças, de patogenia e manifestações anátomo-clínicas análogas, mas que, reconheçam etiologia e origem diferentes.

Na última destas hipóteses, tratar-se-ia de um conjunto, cuja apreciação será evidentemente mais certa quando dissociado em seus elementos.

A história da medicina encontra, deste modo, no presente, uma repetição do que no passado se registrou quanto a diversas outras doenças, cuja etiologia então se desconhecia e que, por suas expressões meramente clínicas, se confundiam e englobavam.

É bem verdade que a experimentação e a observação permitiram acentuados progressos no que se relaciona a fatores que concorrem, embora não necessariamente, para o aparecimento do câncer. Neste sentido, cabe destacar a importância de agentes físicos e químicos que, no ambiente industrial e na população em geral se revelam, de certo modo, determinantes dessa doença e a etapa representada pelos estados pré-cancerosos, alcançando-se, assim, francas possibilidades preventivas.

O raciocínio epidemiológico é fundamentado, clássica e justificadamente, no esteio de conhecimentos proporcionados pela patologia, pelo laboratório e pela estatística.

Mas, no estado atual de nossos conhecimentos, as informações estatísticas

são nitidamente relevantes, não só para reconhecimento do câncer, como para o planejamento de seu combate.

Afora as dificuldades técnicas já assinaladas, os dados estatísticos relativos ao câncer estão sujeitos a outras, de natureza administrativa, como ocorre em nosso país.

A contribuição estatística, preliminar e indispensável, sobre o câncer reside na determinação de sua frequência.

Esta frequência, segundo os procedimentos usuais em bioestatística, pode ser aferida por dados de :

- a) morbidade;
- b) mortalidade.

A morbidade pode ser conhecida por:

- a) notificação compulsória de casos, confirmados ou suspeitos, da doença considerada;
- b) levantamentos especiais, periódicos ou ocasionais, qualquer que seja a denominação que tomem na prática.

A notificação é, no tocante à técnica estatística, procedimento mais simples, pois envolve apenas registro maciço e continuado, enquanto que os levantamentos, geralmente efetuados em amostras da população, requerem maior refinamento daquela.

O câncer, por sua pressentida importância, passou a ser incluído, entre nós, na relação de doenças de notificação compulsória, por força do Código Nacional de Saúde. Esta providência é, entretanto, bastante recente, além do

que a notificação, dependendo não somente de cooperação dos médicos, como da existência de uma rede médico-sanitária suficiente e atuante, mostra-se muito precária.

Não há muito, Santos Silva e Oakim, * examinando 1.000 casos, mostraram que a responsabilidade do médico, na demora de reconhecimento do câncer se situou entre o mínimo de 14,1% nas neoplasias da mama e o máximo de 34,1% nos cânceres viscerais, que exigem maior presença de exames complementares para seu depistamento.

Ainda decorrerá algum tempo até que se possa, em nosso país, mesmo em áreas limitadas, obter seguras informações acerca da ocorrência dos casos de câncer, os quais necessitam para confirmação, recursos técnicos, geralmente dispendiosos e delicados. Bastaria mencionar, neste sentido, no que se relaciona ao elemento humano, nossa escassez em anátomo-patologistas, radiologistas e citologistas, para se concordar com este ponto de vista, embora que, numa planificação adequada dos programas de saúde, se pudesse atender razoavelmente ao problema, estabelecendo como que "áreas de influência" para centros de diagnóstico, bem providos e estrategicamente situados.

A mortalidade, além de apresentar fundamental interesse para a determi-

nação das tábuas de vida, nos cálculos atuariais e, ademais, revelar a periculosidade de que revestem as várias doenças ou acontecimentos violentos, tem, para a epidemiologia, a indicação de substituir, embora que limitadamente, os dados de morbidade deficientes ou inexistentes. Nesta circunstância, pressupõe-se existir uma relação de forma constante, entre o número de óbitos e o de casos.

É, entretanto, por natureza, informação precária nas doenças de nula ou muito baixa letalidade. No tracoma, por exemplo, a mortalidade é inexpressiva, conquanto se trate de doença invalidante, pela cegueira que é capaz de motivar.

No câncer, mesmo, a baixa mortalidade das localizações cutâneas, não exprime bem a freqüência dos casos.

Em exemplos, organizados com dados divulgados pela organização Mundial de Saúde*, relativos a 1962, os óbitos de câncer da pele na Bélgica representaram 0,6% do total das mortes causadas por essa doença, ao passo que, nos dados dos serviços médicos securitários, os casos constituíram 8,7% do total; na Irlanda, ainda mais acentuadamente, o câncer da pele consignou 2,1% no obituário e 33,4% na morbidade relativa a todo o país.

Outra restrição decorre da falta de diagnóstico da causa de morte, como

* Moacir Santos e Victor L. Oakim. Mensagem aos Médicos sobre Câncer.

* Epidemiological and Vital Statistics Report, World Health Organization. Vol. 17, n.º 12., 1964.
World Health Statistics Annual. World Health Organization. 1962.

se verifica, em larga proporção, frequentemente entre nós.

Os óbitos são classificados segundo a Lista ou Nomenclatura Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, na qual um grupo, de diagnóstico insuficiente ou inexistente, é designado

por Senilidade e Causas Mal definidas ou Não especificadas.

É óbvio que nenhuma determinação numérica será perfeitamente válida se não for baseada em informações fidedignas.

MORTALIDADE DE CÂNCER POR 100.000 HABITANTES
CAPITAIS BRASILEIRAS

Capitais	Anos	Coeficientes de Mortalidade	
		Câncer	Causas mal definidas
Manáus	1964	55,3	34,9
Belém	1960	55,0	40,5
São Luís	1960	34,7	161,3
Teresina	1963	40,0	46,3
Fortaleza	1963	25,7	453,5
Natal	1963	72,0	32,7
João Pessoa	1964	68,8	535,4
Recife	1964	69,8	39,7
Maceió	1964	61,5	88,0
Aracaju	1961	43,8	651,7
Salvador	1964	68,8	19,2
Belo Horizonte	1963	110,2	58,7
Vitória	1961	113,6	154,4
Niterói	1964	74,7	12,3
Rio de Janeiro	1960	94,2	12,0
São Paulo	1962	105,2	15,7
Curitiba	1963	117,3	29,1
Florianópolis	1959	60,0	267,4
Pôrto Alegre	1963	121,7	64,4
Cuiabá	1963	68,2	124,0
Goiânia	1963	51,2	196,4
Brasília	1963	49,2	137,5

MORTALIDADE DE CÂNCER POR 100.000 HABITANTES
ESTADO DA GUANABARA
1955 — 1960

Anos	Cavidade bucal e faringe (140-148)	Orgãos digestivos e peritônio (150-159)	Aparelho respira- tório (160-165)	Mama e órgãos gênito- urinários (170-181)	Tecidos linfáticos e hemato- poiéticos (200-205)	Tôdas as locali- zações
1955	3,6	42,3	10,9	24,0	7,0	98,7
1956	3,8	41,8	12,2	25,7	7,1	100,7
1957	3,7	43,3	12,8	24,5	6,9	102,1
1958	3,2	44,6	12,2	25,7	6,5	103,4
1959	4,3	43,1	13,1	26,9	8,1	105,6
1960	3,3	42,1	14,8	24,9	8,9	103,4

NOTA — Os números entre parênteses correspondem à Nomenclatura Internacional.

No entanto, várias de nossas capitais sofrem a restrição de apresentarem forte proporção de óbitos incluídos no referido grupo, o que restringe seriamente o aproveitamento dos dados relativos a óbitos de causa declarada.

Este aspecto pode ser examinado em um dos Quadros anexados a esta exposição, para subsídio a ser consultado pelos que o desejarem, visto que, no curto espaço de tempo disponível, somente serão possíveis sumárias citações.

Várias de nossas capitais, como Fortaleza, Natal, João Pessoa, Aracaju, Florianópolis mostram número elevado de óbitos de senilidade e causas ignoradas, levando a se admitir terem seus coeficientes rebaixados em face da realidade.

A verificação anátomo-patológica dos óbitos de indivíduos falecidos sem as-

sistência médica pode corrigir as falhas decorrentes dessa situação, mas, pela raridade de anátomo-patologistas, só é praticada em poucas capitais, como Belém, Teresina, Recife, Niterói, Rio de Janeiro e São Paulo.

Os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, apresentados em Quadro anexo, mostram, em todo caso, alguma indicação utilizável. Revelam, de certo modo, a importância do câncer nas várias regiões do país.

Como se deveria esperar, a doença é mais importante nas áreas adiantadas do que nas demais. É, principalmente, pelo que daí se depreende, um fenômeno mais relevante no leste e sul do país.

Confronte-se, por exemplo, a mortalidade de câncer de 100.000 habitantes, resultante de dados obtidos por levan-

tamento cuidadoso, efetuado pelo Serviço Federal de Bioestatística com a colaboração da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, no conjunto Recife, Olinda e Fernando Noronha (66,0 em 1962), reafirmadamente reduzida nos dados de rotina do mesmo Serviço (Recife 69,8 em 1964), mostrados em outro Quadro, com a do Estado da Guanabara, que revela 94,2 em 1960. O exame deste Quadro mostra, ao lado dos coeficientes de mortalidade de câncer, os de causas mal definidas, que representam para algumas capitais, elevado contingente de óbitos. De modo geral, porém, obtém-se a impressão de ser, no Brasil, como no resto do mundo, o câncer uma doença mais da civilização do que do atraso social.

Prescindindo-se de citações numéricas, inexequíveis nesta oportunidade, pode-se afirmar que o câncer, o diabete sacarino, a arteriosclerose, a hipertensão arterial e outras doenças degenerativas, assim chamadas, são mais encontradas, naturalmente, nas populações adiantadas, dado que nelas a longevidade é maior e existem numerosas pessoas na maturidade e na velhice, quando a neoplasia encontra mais franca oportunidade para surgir. Nas populações de menor desenvolvimento econômico, as infecções predominam, instalando-se geralmente em idades mais baixas e limitando-o a possibilidade de melhor duração de vida.

O Brasil não pode escapar à regra, embora sem boa medição, não se possa

delimitar rigorosamente sua distribuição geográfica do câncer.

Nem, tão pouco, se afasta do quadro geral da distribuição do câncer por localizações, que focaliza, na mortalidade, com maior relêvo aquelas de diagnóstico mais tardio, como sejam o aparelho digestivo, a mama, os órgãos genito-urinários.

Dados de morbidade, fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (Serviço Nacional do Câncer) relativos ao período 1956-1963 e, destacadamente, ao ano de 1963, fornecidos em anexo, revelam, entretanto, aspecto algo diverso.

Não se trata, porém, de dados de morbidade geral, como na notificação compulsória.

Procedem as cifras de uma eficiente instituição assistencial e de pesquisas, na qual, como não poderia deixar de ser, influem fatores circunstanciais sobre as internações. Sua distribuição é, portanto, condicionada não apenas à probabilidade de ocorrência, como àqueles fatores, retratando uma situação peculiar.

Mas, informação valiosa, pelo vulto e a qualidade dos atendimentos prestados, constitui subsídio a ser examinado e, por isto, incluído neste despretençioso trabalho.

Nos dados do Instituto Nacional do Câncer, referentes ao período 1956-1963, ressalta a maior freqüência relativa da pele (inclusive melanoma), no

DADOS RELATIVOS A UNIDADES DE REGISTRO

(90% + de óbitos registrados)

Mortalidade de câncer por 100.000 habitantes

Unidades de Registro	Ano	Cavidade bucal e faringe (140-148)	Órgãos digestivos e peritônio (150-159)	Aparelho respiratório (160-165)	Mama e órgãos gênito-urinários (170-181)	Tecidos linfáticos e hematopoiéticos (200-205)	Tôdas as localidades
Fortaleza	1961	1,3	8,8	1,1	5,2	5,0	22,4
Natal	1962	0,6	10,3	0,6	11,5	2,3	40,2
João Pessoa	1961	1,3	8,8	—	6,9	3,1	21,4
Recife, inc. Olinda e F. Noronha	1962	3,1	14,5	3,5	17,4	6,6	66,0
Maceió	1962	6,1	12,9	3,4	18,4	1,1	65,9

NOTA — Os números entre parênteses correspondem à Nomenclatura Internacional.

% DE ÓBITOS DE SENILIDADE E CAUSAS IGNORADAS

Fortaleza	1961	38,3
Natal	1962	14,2
João Pessoa	1961	56,6
Recife	1962	8,3
Maceió	1962	14,0

CASOS DE CÂNCER NAS 10 LOCALIZAÇÕES MAIS IMPORTANTES,
EM ORDEM DECRESCENTE DE FREQUÊNCIA, ABSOLUTA E RELATIVA,
PARA CADA SEXO

(Instituto Nacional de Câncer — 1956-1963)

Total de casos: 14.103

SEXO MASCULINO 5.804 casos (41,2% do total)	Número de Ordem	SEXO FEMININO 8.299 casos (58,8% do total)
Pele, inclusive melanoma 1.406 (24,2%)	1.º	Colo uterino 2.463 (29,7%)
Cavidade bucal 1.180 (20,3%)	2.º	Mama 1.749 (21,1%)
Laringe 455 (7,8%)	3.º	Pele, inclusive melanoma 1.581 (19,1%)
Linfoma 351 (6,0%)	4.º	Cavidade bucal 482 (5,8%)
Brônquios, traquéia e pulmão 345 (5,9%)	5.º	Estômago 233 (2,8%)
Estômago 300 (5,2%)	6.º	Corpo uterino 226 (2,7%)
Faringe 291 (5,0%)	7.º	Intestinos, delgado, grosso e reto 203 (2,4%)
Pênis 206 (3,5%)	8.º	Linfoma 172 (2,1%)
Esôfago 203 (3,5%)	9.º	Tecido conectivo 121 (1,5%)
Tecido conectivo 121 (2,1%)	10.º	Vulva 107 (1,3%)

NEOPLASIAS MALIGNAS — SEGUNDO LOCALIZAÇÃO E SEXO *
1963

LOCALIZAÇÃO	SEXO						
	MASCULINO			FEMININO			TOTAL
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	
Cavidade Bucal	152	18,8	81	7,0	233	11,9	
Faringe	45	5,6	9	0,8	54	2,8	
Esôfago	28	3,5	12	1,0	40	2,0	
Estômago	48	5,9	40	3,5	88	4,5	
Intestino delgado e reto	20	2,5	34	3,0	54	2,8	
Vias biliares e fígado	1	0,1	5	0,4	6	0,3	
Pâncreas	1	0,1	2	0,2	3	0,2	
Peritônio	—	—	1	0,1	1	0,1	
Órgãos digestivos de localização não especificada	1	0,1	9	0,8	26	1,3	
Nariz, cavidades nasais, ouv. médio e seios acessórios	17	2,1	12	1,0	75	3,8	
Laringe	63	7,8	9	0,8	62	3,2	
Bronquitos, traquéia e pulmão	—	—	—	—	—	—	
Mediastino	3	0,4	224	19,5	227	11,6	
Mama	—	—	329	28,6	329	16,8	
Colo uterino	—	—	38	3,3	38	1,9	
Corpo uterino	—	—	1	0,1	1	0,1	
Outras partes do útero inclusive corioepiteloma	—	—	1	0,1	1	0,1	
Útero sem localização especificada	—	—	15	1,3	15	0,8	
Ovário	—	—	—	—	—	—	
Trompa	—	—	11	1,0	11	0,6	
Vulva	—	—	5	0,4	5	0,3	
Vagina	—	—	—	—	—	—	
Múltiplas localizações do aparelho genital feminino	—	—	1	0,1	1	0,1	
Órgãos genitais femininos sem localizações especificadas	15	1,9	—	—	15	0,8	
Próstata	6	0,7	—	—	6	0,3	
Testículo	22	2,7	—	—	22	1,1	
Pênis	1	0,1	5	0,4	6	0,3	
Rim	9	1,1	10	0,9	19	1,0	
Bexiga	158	19,6	207	18,0	365	18,6	
Pele, inclusive melanoma	11	1,4	7	0,6	18	0,9	
Globo ocular	6	0,7	—	—	6	0,3	
Cérebro e outras partes do sistema nervoso	4	0,5	9	0,8	13	0,7	
Tireóide e outros órgãos endócrinos	19	2,4	12	1,0	31	1,6	
Osso	27	3,3	16	1,4	43	2,2	
Tecido conectivo	15	1,9	3	0,3	18	0,9	
Gânglios linfáticos	18	2,2	14	1,2	32	1,6	
Outras localizações e localizações não especificadas	42	5,2	23	2,0	65	3,3	
Linfoma	2	0,2	—	—	2	0,1	
Mieloma	21	2,6	6	0,5	27	1,4	
Leucemia	—	—	—	—	—	—	
TOTAL	808	100,0	1.151	100,0	1.959	100,0	

* Fonte: Instituto Nacional de Câncer.

sexo masculino, seguida pela cavidade bucal e, com menor ênfase, por outras localizações. Na mulher, as três mais destacadas localizações são o colo uterino, a mama e a pele.

Esta ordem é mantida nos dados de 1963, quanto ao sexo masculino, enquanto que no sexo feminino a pele (inclusive melanoma) passa a ocupar o primeiro lugar, seguida pelo câncer do colo uterino, o da cavidade bucal e o da mama.

A epidemiologia do câncer no Brasil, tendo-se em vista primordialmente determinar a frequência global e por localizações, em geral e por sexo, idade, côr e outros elementos, está longe de alcançar a suficiência necessária, para que possamos usar uma argumentação bastante satisfatória.

Nossos dados de mortalidade são precários e os de morbidade restringidos a algumas instituições de melhor padrão.

A situação pode evoluir no sentido de serem conseguidas mais satisfatórias informações na medida em que forem disponíveis os recursos para coleta, classificação, apuração e interpretação dos dados.

Deve-se ponderar que a organização de alguns centros de diagnóstico do câncer, em pontos adequadamente escolhidos do território nacional, permitirá ampliar e melhorar a qualidade dos dados relativos ao câncer, atuando êsses centros, instalados em hospitais especializados ou gerais, diretamente quanto ao local em que se situem e servindo

ao esclarecimento diagnóstico, tanto quanto possível, para as regiões próximas. Êsses centros poderiam dispor também de técnicos que se dirigissem aos hospitais e ambulatórios a êles interrelacionados, para prestarem a ajuda técnica de que necessitassem.

Dir-se-á que, evidentemente, esta prática é insuficiente, nem tudo podendo ser efetuado.

Porém, será bem mais do que atualmente se verifica, onde a capacidade e o esforço isolados de umas poucas instituições acarreta sôbre elas o ônus de um atendimento excessivo, pela rarefação total de recursos em outras áreas.

Adianta pouco ter estabelecido a notificação compulsória do câncer, porque ela restará no papel, até que reunamos condições para melhor atendimento e reconhecimento da doença.

O próprio obituário é um número, cujo significado e possibilidades devem ser investigados.

O que apresentamos é relativamente pouco, porque também não há muito mais de que dispor.

Todavia, para um vislumbre de programação no combate ao câncer, valem os dados existentes para um comêço.

Comêço que, para alcançar o meio, exigirá formação de pessoal, equipamento, vencimentos, espírito público e verbas suficientes.

A luta contra o câncer é dispendiosa, mas não há como, com os olhos abertos para a ciência, torná-la ínfima em seu custo financeiro.