

APERFEIÇOAMENTO DAS ESTATÍSTICAS DE MORBIDADE DO
CÂNCER NO ESTADO DA GUANABARA MEDIANTE A CRIAÇÃO
DE UM SERVIÇO DE REGISTRO DE TUMORES *

Dr. Eder Jansen de Mello

SUMÁRIO : I — *Introdução* : 1 — Carência de bioestatísticas nacionais. 2 — Dados de natalidade e mortalidade. II — *Fontes de dados de morbidade* : 1 — Notificação compulsória dos casos de doença. Ineficiência do sistema. Fatores favoráveis em relação ao câncer. 2 — Inquéritos especiais de doenças. 3 — Registros de hospitais e clínicas. 4 — Exames médicos periódicos e registros de doenças. 5 — Confronto dos quatro processos de levantamento. 6 — Registro de tumores. Definição. Unidades em funcionamento. III — *Registro de câncer no Estado da Guanabara* : 1 — Urge a criação de um Serviço de Registro de casos da doença no Estado. Condições atuais das estatísticas locais de morbidade do câncer. 2 — Diretrizes para a organização do Serviço. Aspecto jurisdicional. Condições especiais. Convênio entre governos federal e estadual. 3 — Implantação do Serviço de Registro de Câncer. Entendimentos com autoridades, instituições e associações de classe. Execução do programa por etapas, na marcha para o Registro Nacional.

* Trabalho apresentado na 2.^a Reunião dos Diretores das Associações de Combate ao Câncer, ligadas à Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

I

INTRODUÇÃO

1 — *CARÊNCIA DE BIOESTATÍSTICAS NACIONAIS*

Inda não é possível obter normalmente dados satisfatórios sobre a prevalência e incidência de doenças no Brasil.

Realmente, não é fácil o levantamento de bioestatísticas em País de dimensões continentais, com enormes diferenças de desenvolvimento econômico, técnico e social de uma para outra região, afligido por grande escassez de médicos (em 1965, não havia nenhum em 1.342 dos 2.767 municípios existentes em 1960, ano censitário, i. e., cerca de 48% dos municípios não tinham médico). Somente algumas cidades maiores têm dados mais regulares e fidedignos.

De que modo, então, satisfazer sucessivos pedidos de informação de nacionais e estrangeiros, sobre morbidade? “Quantos tuberculosos no Brasil? Quantos cancerosos?” —

Há tempo, destacado sanitarista patricio, já falecido, tornou pública uma estimativa do número total de leprosos no Brasil, à qual chegara aplicando à população inteira do País uma taxa média de morbidade calculada com os dados colhidos em zonas restritas de certos Estados. Escapou-lhe (ou desprezou) o fato de que, assim, estava aplicando aquela taxa à população de áreas

geográficas de onde não havia dados e de regiões onde não existia lepra. Mais tarde, Ernani Agrícola, à testa do Serviço Nacional de Lepra, apelou para o censo geral dos leprosos (1942 a 1945). Processo dispendioso e demorado, não é próprio para pesquisa de doenças de mais difícil detecção, — como é o câncer.

Oferece, entretanto, o método estatístico adequada solução para problemas de tal ordem: o emprêgo da amostragem na generalização do conhecimento estatístico. Quando impraticável ou inconveniente a colheita de dados na população inteira, o uso correto de amostras estatísticas proporcionará elementos para generalização aceitáveis e conclusões fidedignas.

2 — *DADOS DE NATALIDADE E MORTALIDADE*

Os dados de natalidade e mortalidade têm por fonte os cartórios do Registro Civil, órgãos do sistema judiciário.

Enquanto melhora o registro de óbitos, o de nascimentos, valioso para a higiene infantil, conserva-se ineficiente, fiel a um processo “cuja prática de 50 anos demonstra não ser satisfatória”, conforme reconheceu o Conselho Nacional de Estatística, que em 1938 recomendou sua modificação. Nada se fez... Continua-se esperando filosoficamente que venha o progresso remover as falhas, corrigir os erros e apagar-lhes os maus efeitos.

II

FONTES DE DADOS DE
MORBIDADE1 — NOTIFICAÇÃO COMPULSÓ-
RIA DOS CASOS DE
DOENÇA

Antigo é o sistema : por fôrça de lei, o caso, — confirmado ou suspeito — de doença constante da lista oficial, devia ser prontamente notificado às autoridades sanitárias competentes, a fim de evitar que as doenças epidêmicas tomassem pé antes que as denunciasses a ocorrência de casos fatais.

Na Inglaterra, já em 1877 era, a título experimental, posta em execução em Bolton, Lancashire, a primeira lei local de notificação das principais doenças transmissíveis; o exemplo foi imitado por outras cidades, e em pouco se estendeu a todo o País. Antes, em 1870, começara tal medida a ser adotada pelas Juntas de Saúde locais nos E. U. A. Mais cedo ainda no Brasil, a Junta Federal de Saúde instituiu em 1850 a notificação da febre amarela, estendida em 1889 ao paludismo.

A lista de doenças notificáveis, a princípio reduzida, foi-se ampliando ao passo que progredia a medicina preventiva e as modernas organizações sanitárias nela incluem, além de doenças transmissíveis, o câncer, beriberi, pelagra, toxicomanias e as doenças e lesões profissionais. No regulamento do antigo DNSP (1923), contavam-se 24 doenças

de notificação obrigatória. A autoridade competente para receber a notificação é, em geral, o Serviço de Epidemiologia do Departamento de Saúde local, razão por que fica o Serviço de Bioestatística restrito às estatísticas de nascimento e óbitos.

O Código Nacional de Saúde brasileiro (1963) estabeleceu a notificação dos casos confirmados ou suspeitos de câncer (art. 9.º).

Ineficiência do sistema. Inoperante quando há escassez ou falta de assistência médica, é deficiente em maior ou menor grau, devido a falta de instrução, preconceitos do paciente e seus familiares e má vontade de médicos assistentes para os quais a notificação não passa de incômoda sobrecarga de trabalho. As penas com que a lei ameaça os infratores jamais lhes são aplicadas, nem mesmo quando indefensável sua conduta.

Fatores favoráveis em relação ao câncer. A prática da notificação compulsória, não obstante seus fracassos, algo revela de animador no que tange ao câncer em particular. O número de casos notificados, em regra geral, é tanto maior quanto maiores o interesse do público, o temor que a doença lhe inspira e a expectativa de obter vantagens e benefícios concretos. Ora, o aperfeiçoamento dos recursos assistenciais, a multiplicação de instituições de diagnóstico, tratamento e prevenção, o estímulo das campanhas de propaganda e educação sanitária, tudo isso, aliado ao

grande temor à doença, abre perspectivas promissoras à notificação do câncer.

2 — INQUÉRITOS ESPECIAIS DE DOENÇAS

Facultam o conhecimento da *prevalência* da doença na época em que se realiza a investigação. Exemplos: Inquéritos sôbre verminose e condições sanitárias, em campanhas de saneamento rural; inquéritos de nutrição, para detecção de deficiências; investigação de tuberculose em pessoas da família de casos com escarro positivo, etc. Desta forma vem o S. N. C. colhendo nos hospitais dados regionais de prevalência, mediante mapas anuais com relação dos doentes existentes no dia 1.º de janeiro.

3 — REGISTRO DE HOSPITAIS E CLÍNICAS

Outra fonte de dados de morbidade é o registro de instituições médico-hospitalares. As estatísticas de tais fontes podem ser mais completas e, graças aos recursos de diagnóstico, mais precisas. Seu aproveitamento, entretanto, demanda cautela, porquanto, sendo grupos de população mais ou menos selecionados, constituem amostras mais ou menos vizadas, tendenciosas, e assim, qualquer generalização a partir desses grupos terá de ser feita, quando admissível, com a devida cautela (sôbre a utilização de tais estatísticas, v. nosso trabalho publicado no *Jornal Brasileiro*

de Medicina, de março de 1965, Vol. IX, n.º 3, págs. 313 a 323).

Note-se, o levantamento dos dados de registros nosocomiais representa um *inquérito de incidência* da doença, i. e., investiga-se o número de casos ocorridos em certa população *durante* determinado período de tempo. Há que distinguir a *incidência da prevalência* (que se refere ao número de casos em determinada época ou data), sob pena de risco de êrro no planejamento e execução de programas de contrôle.

Implantado sob nossa orientação em 1960, o levantamento de estatísticas hospitalares de morbidade do câncer em diferentes regiões do País deu resultados iniciais promissores. De 47 hospitais nos Estados, excetuada a Guanabara, 45% forneceram relações mensais de casos, obedecendo às instruções e utilizando o modelo de mapa estabelecidos pelo S. N. C. A acumulação dos melhores desses dados abrangendo o triênio 1960/62, destacando-se os de Recife, Salvador, São Paulo e Pôrto Alegre, proporcionou ao S. N. C. material para alguns estudos epidemiológicos preliminares, com resultados interessantes já divulgados em congressos médicos e jornais científicos.

Decepcionante tenha vindo a declinar, ano a ano, o fornecimento dessas estatísticas. E, malgrado o apêlo feito pela direção do S. N. C. na 1.ª Reunião dos Diretores dos órgãos filiados à Campanha Nacional de Combate ao Câncer, em maio do ano p. findo, o recebimen-

to de mapas de casos relativos a êsse ano foi mínimo.

A contribuição da Guanabara, com seu grande complexo de instituições federais e estaduais, tem sido até agora muito reduzida.

O valor potencial da coleta de estatística hospitalares de morbidade para levar ao conhecimento da real incidência do câncer no território nacional parece não é bem percebido de todos. Já que a maioria dos pacientes para obter tratamento adequado, tem de ir buscar nos serviços hospitalares o que há de melhor e mais custoso em técnica e equipamento, é óbvio que o fiel e completo levantamento dos casos de câncer em tais estabelecimentos proporcionaria desde logo índice bem aproximado da incidência total da doença no País.

4 — EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS E REGISTROS DE DOENÇAS

Finalmente, também constituem fonte de dados de morbidade os exames médicos sistematicamente realizados em grupos especiais da população. Exemplos: Companhias de Seguro, Escolas, Forças Armadas, Estabelecimentos industriais, Serviço de Biometria Médica (licenças, verificação de faltas por doença), etc.

5 — CONFRONTO DOS QUATRO PROCESSOS DE LEVANTAMENTO

Os processos de coleta de dados, acima sujeitos a ligeira revista, diferem:

- 1) no caráter da pessoa responsável pelo registro dos casos (exerce ou não função pública); e
- 2) no tamanho e tipo da população sujeita ao inquérito (população total de unidades administrativas ou grupos de população especiais limitados, selecionados). Conduzindo todos êles ao registro de casos de doença, uns o fazem por força de lei, outros por conveniência ou mesmo interesse pecuniário.

Em vez de empregar determinado processo, com vantagens e desvantagens próprias, é preferível combinar as melhores feições de vários dêles em uma fórmula mais dinâmica e eficaz, de que trataremos em seguida.

6 — REGISTRO DE TUMORES

Definição. O Registro de tumores ou melhor, Registro de câncer, pode ser considerado a combinação do processo de coleta de dados de registros hospitalares, no que se referem a casos novos, com uma variante do sistema de notificação compulsória. Em tal variante se foge ao mecanismo e rotina dos serviços de epidemiologia e profilaxia, do tipo clássico, integrantes dos Departamentos de Saúde locais, asoberbados pelo controle das doenças transmissíveis. A direção do Serviço de Tumores é entregue, mediante convênio e entendimentos com entidades oficiais e particulares interessadas na questão, a órgão regional diretamente empenhado na

luta contra o câncer e, assim, em ligação estreita com o S. N. C., do que resulta ação mais intensa e eficaz.

Note-se, há quem prefira a denominação mais alta de Registro de Tumores. Consideramo-la desaconselhável, porquanto, abarcando os de natureza benigna, implicaria na notificação também desses tumores, acarretando grande sobrecarga de trabalho para os médicos assistentes, obrigados por lei apenas a notificar o câncer. Ensina a experiência que, para maior sucesso da notificação compulsória, deve exigir-se do médico notificante um mínimo de informações.

O Serviço de Registro de Câncer coletará dados essenciais sobre todos os novos casos da doença ocorridos na população conhecida de determinada área geográfica, a partir de certa data. Fornecerão tais dados todas as fontes possíveis: estabelecimentos hospitalares, laboratórios de anatomia patológica e clínicos, serviços de verificação e registro de óbitos, e todos os médicos no exercício da profissão e na chefia de *serviços hospitalares*.

Unidades em funcionamento. Em São Paulo, vem operando, desde 1.º de janeiro de 1963, o Serviço de Registro Geral de Câncer patrocinado pela Associação Paulista de Combate ao Câncer e pelo Departamento de Estatística da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É dirigido pelo Dr. Antonio Pedro Mirra, cirurgião do Instituto Central —

Hospital A. C. Camargo, órgão da referida Associação. Para divulgação de atividades e resultados, o Serviço publica um Boletim Informativo referente ao andamento do inquérito e um Boletim Oficial do Registro de Câncer, com os estudos feitos a partir dos dados obtidos pelo inquérito.

Tivemos notícia de que no Rio Grande do Sul também foi criado um Serviço de Registro de Câncer, a cargo do Instituto de Pesquisas Biológicas, da Secretaria de Saúde do Estado, em Porto Alegre. De seu funcionamento não temos pormenores.

Promovido pelo S. N. C. e por êle financiada, a criação de um Serviço de Registro de Câncer em Recife tornar-se-á uma realidade ainda este ano. Incumbirá o Serviço de Registro ao Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife. É um "plano-piloto" cujos resultados nortearão o S. N. C. na extensão do sistema a outras unidades da federação.

III

REGISTRO DE CÂNCER NO ESTADO DA GUANABARA

1 — URGE A CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE REGISTRO GERAL DE CASOS DE DOENÇA NO ESTADO

Quando já se contam dois de tais Serviços, um em São Paulo, outro em Porto Alegre, e se acha em plena organiza-

ção um terceiro em Recife, imperdoável seria permanesse estranho a êsse movimento o maior centro médico-hospitalar do País.

Condições atuais das estatísticas locais de morbidade do câncer. Enquanto os dados de mortalidade, — graças aos recursos médicos, hospitalares, policiais, legais e outros, da antiga Capital Federal —, podem ser praticamente considerados satisfatórios, é por demais deficiente o conhecimento da morbidade do câncer no Estado da Guanabara, provávelmente porque lhe tem faltado, mais que tudo, um órgão coordenador dos levantamentos estatísticos.

Talvez essa a razão por que os esforços do S. N. C. para coletar, a partir de 1960, dados de morbidade regionais, aqui não despertaram grande eco. Poucos estabelecimentos médico-hospitalares atenderam a solicitação de fornecimento dos indispensáveis dados estatísticos, devidos, se não imperativo legal, por obrigação moral de cooperação. Mas, da maioria das instituições a que o S. N. C. remeteu seus modelos de resumidos mapas mensais, não recebeu êle nenhuma resposta, embora algumas delas, — inclusive o Hospital dos Servidores do Estado, tido por modelar — disponham de bons serviços de registro e estatística.

Por outro lado, não faltou ao S. N. C. o concurso de elementos valiosos e prestantes, entre os quais :

2.^a Cadeira de Clínica Cirúrgica da Universidade do Brasil — Hospital

Moncorvo Filho; Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina; Clínica Maurity Santos da Santa Casa de Misericórdia; Clínica de Tumores da mesma Santa Casa; Clínica de Câncer da Beneficência Portuguesa; Clínica do Prof. José Kós.

2 — DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Aspecto jurisdicional. Compete aos Estados a execução dos serviços locais de saúde, dentro das normas gerais traçadas pelos órgãos centrais, cabendo ao S. N. C. estabelecer a coordenação das agências estaduais, municipais e particulares empenhadas na luta contra o câncer orientando, fiscalizando e assistindo teticamente tôdas elas. Pertenceria, assim ao Estado da Guanabara a direção do projetado Serviço de Registro de Câncer em seu território. No entanto, dada a existência de condições especiais, é aconselhável a adoção de outra fórmula, mais exequível, econômica e eficaz.

Condições especiais. Não dispõe o Estado de um Serviço ou de um Instituto de Câncer, cuja falta é, na realidade, plenamente suprimida pelo Instituto Nacional de Câncer, nele situado, e cujos recursos profissionais, técnicos e materiais dificilmente poderia emular qualquer órgão local. Assim, tudo aponta a solução ideal de se confiar ao S. N. C. a direção do Serviço local de Registro de Câncer. Da execução de tal Serviço encarregar-se-ia a Seção de Epidemiologia e Estatística do S. N. C.

Diz o art. 18, § 3.º da Constituição:

“Mediante acôrdo com a União, os Estados poderão encarregar funcionários federais da execução de leis e serviços estaduais ou de atos e decisões das suas autoridades; e, reciprocamente, a União poderá, em matéria de sua competência, cometer a funcionários estaduais encargos análogos, provendo às necessárias despesas”.

Convênios entre governos federal e estadual. Para que não falte autoridade legal aos responsáveis pela execução do Registro de Câncer, deve ser realizado convênio formal entre governos, para o que ao Ministério da Saúde, principal interessado na questão, caberia a iniciativa do entendimento.

Nesse convênio seria estipulada estreita colaboração entre o S.N.C. e a organização sanitária estadual que, com sua rede de Centros de Saúde a cobrir todo o Rio de Janeiro, daria, na execução do Registro, auxílio de valor inestimável.

3 — IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO DE CÂNCER

Uma vez investido em sua função, o chefe do Serviço deverá preparar desde logo o terreno para implantação do Registro.

Entedimentos com autoridades, instituições e associações de classe. A chefia do Serviço do Registro entrará em contato com as autoridades locais e federais que possam influir ou auxiliar na execução do trabalho, com os diretores de instituições médico-hospitalares e diretores de associações médicas, a fim de lhes prestar esclarecimentos e assegurar-se de seu apoio.

Execução do programa por etapas. A implantação do Serviço de Registro seria feita em duas etapas:

- 1.º) Levantamento de dados de Registro Clínico das organizações hospitalares existentes no Estado, centralizando no Serviço informações sôbre todos os casos de câncer, vistos nessas organizações.
- 2.º) Extensão do inquérito a todos os casos de câncer vistos ou atendidos por profissionais no exercício da medicina, geral ou especializada; médicos de laboratórios, serviços de verificação e registro de óbito, etc.

Vencida a 2.ª etapa, ter-se-ia alcançado, na medida do possível, o almejado registro total de casos da doença no Rio de Janeiro e dado grande passo em direção ao Registro Nacional de Câncer.