

PROJETO PEPPE 42.0

A MORTALIDADE POR ALGUNS TIPOS DE CÂNCER NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- 1955 - 1975 -

1. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, vem assumindo posição importante na nosologia brasileira, o problema do câncer. Isto se deve a vários fatores, dentre os quais pode-se destacar:

1. A urbanização acelerada, fazendo com que, hoje, a maioria da população viva nas cidades e, portanto, esteja exposta a enorme série de fatores ambientais potencialmente cancerígenos, mais prevalentes nestes locais;
 2. O envelhecimento paulatino da população brasileira, que provoca a entrada de contingentes populacionais cada vez maiores nas faixas etárias mais suscetíveis à doença.
- Este fato pode ser melhor descrito quando observamos a posição relativa do câncer como causa de morte na maioria das capitais brasileiras em 2 momentos:

T A B E L A I

POSIÇÃO RELATIVA DO CÂNCER COMO CAUSA DE MORTE EM 20
CAPITAIS BRASILEIRAS EM 1950 E 1965 (OU ANOS PRÓXIMOS)

	1950	1965		1950	1965
São Paulo	3a.	1a. (*)	Aracajú	7a.	4a.
Porto Alegre	3a.	1a. (§)	Florianópolis	6a.	8a.
Guanabara	5a.	1a.	São Luiz	12a.	4a. (*)
Curitiba	5a.	1a.	João Pessoa	10a.	5a.
Belo Horizonte	5a.	3a.	Maceió	9a.	4a.
Vitória	10a.	7a.	Belém	9a.	5a.
Salvador	14a.	4a.	Manaus	11a.	6a.
Niterói	7a.	3a.	Goiânia	6a.	8a. (§)
Natal	11a.	3a.	Recife	10a.	5a.
Cuiabá	8a.	7a.	Terezina	8a.	6a.

(*) 1964

(§) 1963

Fonte: Conceição, M.B. - Epidemiologia do Câncer
Camp. Nac. Combate ao Ca. 1971.

No quadro geral do país, o Rio de Janeiro situa-se em posição destacada quanto à mortalidade por Câncer. Não só as taxas são elevadas como vêm aumentando de modo bastante acelerado. De 1950 a 1970 o aumento foi de cerca de 20% para homens e de 25% para mulheres. Este fato pode ser observado na Tabela II e no Gráfico I:

T A B E L A II

TAXAS DE MORTALIDADE ESPÉCÍFICAS POR SEXO E ESTANDARTIZADAS POR IDADE, POR CÂNCER (TODAS AS FORMAS) EM 1950, 1960, 1970, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR 100 000 HABITANTES.

A N O S

	1950	1960	1970
HOMENS	102.48	114.55	127.40
MULHERES	82.79	93.35	103.36

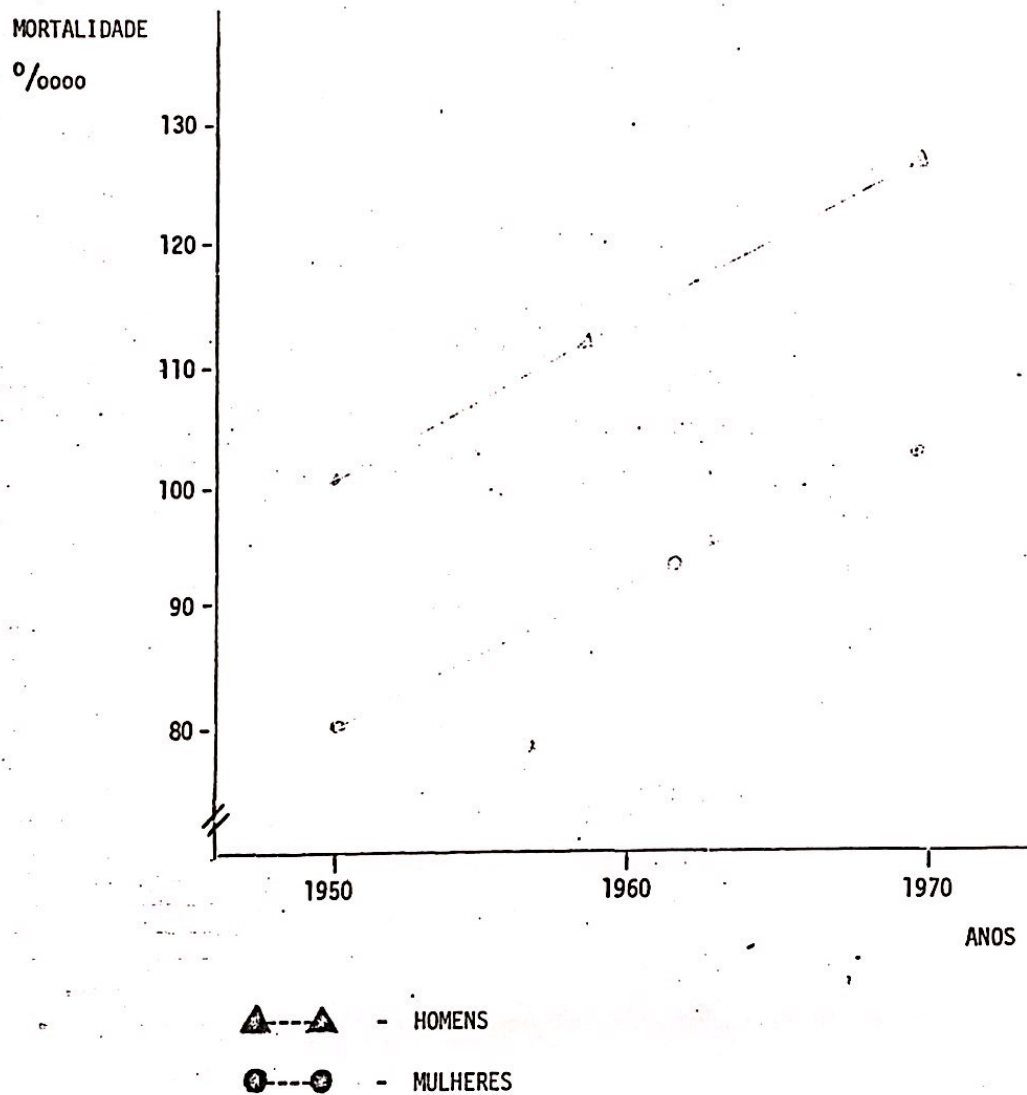
* População Standard - Município do Rio de Janeiro 1970.

GRÁFICO I

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER (TODAS AS FORMAS) SEGUNDO SEXO E PARA TODAS AS IDADES.

1950, 1960, 1970.

TAXAS POR 100 000 HABITANTES.



Embora parte dessa tendência geral de crescimento possa ser devida ao aumento das taxas de hospitalização e da cobertura do sistema de notificação dos óbitos, é fato que, ao aumento da mortalidade deve corresponder um aumento real na incidência, produto do aumento da exposição da população a alguns fatores de risco. Por outro lado, seja qual for a explicação do fenômeno, o certo é que, mantidas as taxas atuais de crescimento, devemos esperar, para 1980, cerca de 7 500 óbitos por câncer no município do Rio de Janeiro.

Em contradição com sua importância, o problema tem sido pouco estudado do ponto de vista epidemiológico. Num grupo de doenças onde uma possível redutibilidade repousa basicamente no diagnóstico e tratamento precoces, parece-nos de capital importância o melhor conhecimento do problema em termos coletivos, não só do ponto de vista do reconhecimento de fatores de risco específicos à nossa população, como fundamentalmente do ponto de vista da provisão mais eficaz e mais eficiente de serviços de saúde. Embora, como é sabido, os estudos de mortalidade tenham certas limitações quando suas conclusões são projetadas para a incidência das doenças, no caso dos cânceres - alguns com alta letalidade - aqueles estudos tem sua importância justificada. Acresce a este fato o de que hoje, no Rio de Janeiro, é praticamente impossível, pela inexistência de registros de câncer adequados, a realização de estudos de incidência que aliem a uma massa de informação de volume razoável, uma qualidade adequada de informação.

2. OBJETIVOS

São os objetivos do Projeto:

- 2.1 - Estabelecer e analisar a evolução da mortalidade geral por tipos selecionados de câncer no município do Rio de Janeiro no período considerado.
- 2.2 - Estabelecer e analisar os diferenciais específicos, por sexo e idade, na mortalidade dos diversos tipos de câncer selecionados, ao longo do período e entre cânceres de distintas localizações.
- 2.3 - Estabelecer e analisar possíveis concentrações ocupacionais na mortalidade dos diversos tipos de câncer selecionados.
- 2.4 - Estabelecer e analisar a distribuição espacial da mortalidade entre os diversos tipos de câncer selecionados, transversal e longitudinalmente ao longo do período.

- 2.5 - Analisar alguns aspectos quantitativos da atenção médica aos pacientes de câncer ao longo do período e segundo o tipo de câncer.

3. METODOLOGIA

O estudo da distribuição espaço-temporal do câncer data de muito tempo. O primeiro trabalho desta natureza foi realizado por Hirsch (1) em 1883 analisando o câncer de escrôto na Inglaterra e o câncer de parede do abdome na Cachemira. No entanto, a falta de dados confiáveis e com suficiente cobertura de população tem sido uma importante limitação na elaboração de estudos deste tipo, sendo que, até recentemente, a investigação do tema esteve continuada à - queles poucos países que possuíam dados de mortalidade de boa qualidade (2).

No Brasil, a bibliografia existente é escassa. O material predominante é, basicamente, o oriundo das tabulações realizadas pelas Secretarias de Saúde que, como é sabido, possuem baixo teor analítico e trabalham com poucas variáveis, normalmente sexo e idade. Quanto a outros tipos de publicações, numa revisão publicada em 1963 pela Organização Mundial de Saúde (3) abrangendo bibliografia sobre epidemiologia de câncer, de 1946 a 1960, dentre os 30 trabalhos de autores brasileiros, somente 8 (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11), abordavam o tema das distribuições espaço-temporal da mortalidade. Acresce a isto que, destes, a grande maioria trabalhava séries históricas curtas, o que no caso de enfermidades de evolução crônica, diminui o alcance da análise.

Uma das principais dificuldades dos estudos de análise da distribuição espaço-temporal de doenças, diz respeito à comparabilidade das informações no tempo e nas diferentes populações consideradas. No entanto, a utilização de uma fonte de informações, como a que vamos trabalhar - Certificados dos óbitos ocorridos no atual município do Rio de Janeiro de 1955 a 1975 - na medida em que foi toda processada numa mesma instituição - a atual Secretaria Estadual de Saúde - assegura uma relativa homogeneidade dos dados.

As tabulações existentes a partir desta fonte são somente a distribuição das causas de morte segundo sexo, idade e região administrativa onde ocorreu o óbito. Por outro lado, a série não abarca todo o período que estamos considerando e a classificação dos óbitos foi elaborada utilizando-se a lista B de 50 grupos de causas pa

ra tabulações de mortalidade. Assim, parece-nos relevante a análise de algumas outras variáveis contidas no certificado, como também a utilização da lista tabular de inclusões e de sub-categorias de 4 algarismos.

Uma das primeiras opções metodológicas, diz respeito a quais tipos de câncer analisar. Partindo de uma primeira limitação da própria fonte de informação, as neoplasias serão classificadas a partir de um critério topográfico, isto é, de suas localizações. Por outro lado preferimos selecionar as localizações a serem analisadas em função das taxas de incidência e não de mortalidade, devido ao fato de que, para alguns cânceres de alta letalidade, a mortalidade poder ser considerado um razoável estimador da incidência (12). Poderíamos assim, para estes tipos de câncer, aplicar às taxas de mortalidade encontradas os índices desenvolvidos por Doll em 1967 (13). Assim, das 88 localizações incluídas na 8a. revisão da CID (1965) (14), decidimos selecionar os 10 mais importantes em termos de incidência, sendo que, para isto, utilizamos os dados do registro de câncer de São Paulo (15) para 1969 (Tabela III). Acreditamos serem pequenas, se existentes, variações na ordem em relação ao Rio de Janeiro.

TABELA III

LOCALIZAÇÃO DE CÂNCER, SEGUNDO ORDEM DECRESCENTE
DE INCIDÊNCIA (°/oooo) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SEGUNDO O SEXO E PARA TODAS AS IDADES, EM 1969.

LOCALIZAÇÃO	I N C I D Ê N C I A			OBSERVAÇÕES
	HOMENS	MULHERES	AMBOS OS SEXOS	
Pele	25.5	26.2	25.8	
Estômago	29.7	14.7	22.0	** Denominador - população feminina.
Colo útero *	-	21.9	** 21.9	* Exclusive carcinoma in situ.
Mama	0.3	36.8	18.9	
Pulmão	14.7	3.6	9.1	
Próstata	8.1	-	(*)8.1	(*) Denominador - População masculina.
Colon	5.1	7.3	6.2	
Laringe	9.0	0.9	4.9	
Reto	4.4	4.9	4.7	
Bexiga	6.8	1.3	4.0	

Outra questão importante a ser levada em conta é a modificação na codificação dos óbitos, ocorrida em 1968, devido a publicação em 1965, da 8a. revisão da Classificação Internacional das Doenças. Comparando a classificação dos 10 tumores em questão, observamos que em 5 localizações, houve modificação, conforme pode ser observado na TABELA IV.

T A B E L A I V

CÓDIGOS, NA 7a. (16) E 8a. REVISÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS, DE 10 TIPOS DE NEOPLASIAS, SEGUNDO SUA LOCALIZAÇÃO.

LOCALIZAÇÃO	7a. REVISÃO	8a. REVISÃO
Pele	<u>191</u>	<u>173</u>
Estômago	<u>151</u>	<u>151</u>
Colo útero	<u>171</u>	<u>180</u>
Mama	<u>170</u>	<u>174</u>
Pulmão	<u>162.1</u>	<u>162.1</u>
Próstata	<u>177</u>	<u>185</u>
Colon	<u>153</u>	<u>153</u>
Laringe	<u>161</u>	<u>161</u>
Reto	<u>154</u>	<u>154</u>
Bexiga	<u>181.0</u>	<u>188</u>

A análise da distribuição etária será feita através a classificação dos certificados em faixas de idade idênticas à utilizada pelo Censo Demográfico nas tabelas referentes à população presente. Parece-nos mais adequado este procedimento, em virtude do fato do município constituir-se num local de referência de pacientes (e portanto, de óbitos) de outros pontos do país.

Além disso, limitaremos a análise dos óbitos ocorridos entre 35 e 70 anos, pois em faixas etárias mais baixas, o pequeno número de casos pode introduzir variações aleatórias importantes e nas faixas acima de 70 anos, a possível existência de menor utilização dos serviços de saúde, pode levar a erros de interpretação (17).

Na medida em que, no período em questão, tem-se observado um indiscutível envelhecimento da população do Rio de Janeiro, nas compações longitudinais será realizada a padronização dos coeficientes, sendo que elegemos como padrão, a população do município determinada pelo Censo Demográfico de 1970, em virtude da inexistência de população estabelecida por censo no meio do período a ser analisado.

Com exceção do câncer de colo uterino e da próstata, os óbitos deverão ser analisados por sexo.

A análise da distribuição geográfica dos óbitos por câncer será feita através a identificação da Região Administrativa onde residia o paciente, na ocasião do óbito. Isto coloca-nos um problema devido ao fato da introdução das R.A. como unidade de divisão política do município datar de 1963. Como o período a ser analisado inicia-se em 1955, no caso dos óbitos anteriores a 1963, aplicaremos o local de moradia na ocasião do óbito às Regiões Administrativas criadas posteriormente. As Regiões Administrativas consideradas são as definidas pelo Censo Demográfico da Guanabara de 1970 (18).

A análise dos óbitos segundo a ocupação do falecido será baseada nos ramos e classes de atividades definidas pelo Censo Demográfico de 1970 para a Guanabara (Anexo I). O detalhamento será feito de acordo com a evidência na literatura, de riscos ocupacionais especiais. Assim, nas 10 localizações analisadas, em quatro haverá detalhamento para classes de ocupação que oferecem riscos especiais. São elas: Pele, Pulmão, Laringe e Bexiga. Uma quinta localização onde seria interessante detalhar a distribuição por ocupação seria o câncer de colo uterino entre prostitutas. No entanto, esta ocupação não consta na lista do Censo.

O estudo do aspecto quantitativo do cuidado médico ao longo do tempo será feito através a análise da evolução das proporções de óbitos hospitalares e domiciliares.

Do exposto até aqui, fica clara a intenção de utilizar para a construção dos numeradores, índices que sejam compatíveis com as tabulações dos Censos Demográficos. Isto é verdadeiro para sexo e idade bem como para ocupação e local de residência.

A análise dos dados será realizada a partir de informações previamente armazenadas em fita magnética.

4. BIBLIOGRAFIA

- (1) HIRSCH, A. (1883) - Handbook of Geographical and Historical Pathology. Citado por Doll, R. - Prevention of Câncer. The Nuffield Provincial Hospitals Trust - 1967, p.30;
- (2) DOLL, R. - Prevention of Câncer . Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p.30
- (3) Bibliography on the Epidemiology of Câncer 1946-1960. World Health Organization, Geneve, 1963;
- (4) TRAMUJAS, A. da C. - Aspectos estatísticos da mortalidade por câncer em Curitiba - Rev. Bras. Câncer 1948: 2, 69-77
- (5) JUAÇABA, H. - O problema do câncer no Ceará - Ceará Med. 29: nº 10-12, 6-10, 1950;
- (6) MARSILLAC & MERCHED - A posição do câncer nas capitais brasileiras em relação a outras causas de morte nos anos 1950, 1951, 1952. Rev. Bras. Câncer, 1954, 11: nº 12, 65-80;
- (7) MERCHED & MARSILLAC - Câncer e estatística; Mortalidade por câncer nas capitais brasileiras no decurso de 1943 a 1952; Mortalidade por câncer no Distrito Federal por grupos de idade, sexo e cor no quinquênio 1948 a 1952. Rev. Bras. Câncer, 1954 11: nº 12, 40-64;
- (8) MORAES, A. DE - O problema do cancro, em especial do cancro do colo do útero no Rio de Janeiro. J.Med. (Porto), 1956, 31, 245-47;
- (9) SCHNID, A.W. - Estudos sobre a mortalidade por várias causas no município de São Paulo. 5 - Neoplasmas Malignos Arch.Fac. Hig. S. Paulo, 1959, 13, 371-88;
- (10) PRUDENTE, A. - Patologia geográfica e estatísticas referentes ao câncer, no Brasil. Rev. Bras. Ca., 1959, 37, 283-86
- (11) MARSILLAC & SCORZELLO - General considerations on the Epidemiology of Câncer in Brazil and in Rio de Janeiro in Particular. Acta Un. Int. Câncer, 1960, 16, 1725-40;
- (12) LILIENFELD, A.M., PEDERSEN, E. and DOWD, J.E. - Câncer Epidemiology: Methods of Study. The Hopkins Press, Balto, Maryland, 1967, p.47;

- (13) DOLL, R. - Prevention of Câncer. Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p. 33.
- (14) Classificação Internacional das Doenças, 8a. Revisão (1965) Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1969;
- (15) Registro de Câncer de São Paulo - Incidência do Câncer no município de São Paulo, 1969 - São Paulo, 1975;
- (16) Classificação Internacional das Doenças, 7a. Revisão (1961). Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1966;
- (17) DOLL, R. - Prevention of Câncer. Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p. 32;
- (18) CENSO DEMOGRÁFICO - GUANABARA. VIII Recenseamento Geral 1970. Série Regional, vol. I - Tomo XVII, p. LXXIII, IBGE - 1973.