

MORTALIDADE POR CÂNCER NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1988 a 1998

Apresentação

Os dados aqui disponibilizados fazem parte de um estudo de mortalidade realizado pela Fundação Oncocentro de São Paulo e apresentado numa publicação, em 2.000. O que se apresenta aqui refere-se a um perfil da mortalidade por câncer no Estado de São Paulo no período de 1.988 a 1.998, através das taxas das principais topografias observadas no período segundo sexo e faixa etária. O conhecimento deste perfil torna-se importante num momento em que o câncer passa a ocupar a segunda posição entre as causas de morte mais freqüentes no Estado de São Paulo (1.998).

Introdução

Nas últimas décadas puderam ser observadas mudanças substanciais na composição da mortalidade segundo causas em muitos países, principalmente, com a elevação das taxas por doenças crônicas não transmissíveis e a queda por doenças infecto-contagiosas.

Estudo do Ministério da Saúde (1.992) já mostrava que em 1.987, no Brasil, 36,6% dos óbitos foram atribuídos às doenças do aparelho circulatório ou aos cânceres, enquanto apenas 6% eram devidas às doenças infecto-contagiosas.

Desta forma, torna-se importante conhecer as mudanças observadas no perfil de mortalidade por câncer ao longo do tempo, buscando-se analisar os dados segundo distribuição por topografia, sexo e idade, de modo a se obter um perfil epidemiológico da mortalidade por câncer.

Para a execução deste trabalho as principais fontes de informação utilizadas foram os Bancos de Dados de Mortalidade da Fundação SEADE, que é o órgão responsável no Estado de São Paulo pela coleta, codificação, processamento e divulgação dos dados de mortalidade no Estado.

Na apresentação das taxas padronizadas por idade, utilizou-se a população do Estado de São Paulo de 1.991 (Censo-IBGE). As taxas de mortalidade foram calculadas como bienais para que se diminuíssem possíveis flutuações ocorridas em determinado ano. Foram considerados os biênios 1.987-88, 1.992-93 e 1.997-98.

Série histórica de mortalidade por câncer

Apresentam-se a seguir algumas tabelas e gráficos que mostram o comportamento da mortalidade por neoplasias malignas no Estado de São Paulo de 1.970 a 1.998: mortalidade proporcional nos grupos de causas mais freqüentes e evolução das taxas brutas de mortalidade por câncer segundo sexo.

Para efeito de tabulação, foram considerados os seguintes agrupamentos de diagnósticos:

	Nos anos em que a codificação foi baseada na CID 9 ^a revisão	Nos anos em que a codificação foi baseada na CID 10 ^a revisão
Neoplasias malignas	CID 140 a 199	CID C00 a C99
In situ	CID 230 a 234	CID D00 a D09
Comportamento incerto	CID 235 a 239	CID D37 a D48

A tabela 1 mostra a proporção de óbitos segundo grupos de causas mais freqüentes no Estado de São Paulo, no período de 1.970 a 1.998, em relação ao total de óbitos nos períodos.

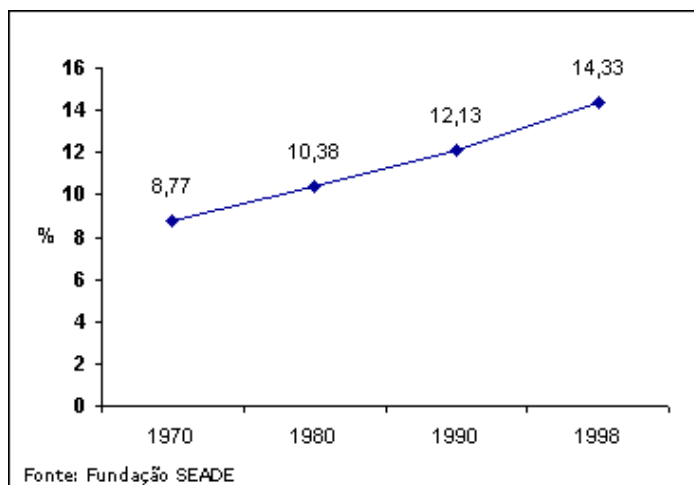
Tabela 1 - Mortalidade proporcional, segundo grupos de causas mais freqüentes. Estado de São Paulo, 1970-1998.

Grupos de causas	Proporção de óbitos (%)			
	1970	1980	1990	1998
Doenças do aparelho circulatório	30,22	33,29	33,02	30,84
Causas externas	7,60	9,50	12,50	13,72
Neoplasias malignas	8,77	10,38	12,13	14,33
Doenças do aparelho respiratório	8,88	10,58	11,04	10,71
Fonte: Fundação SEADE				

Observa-se que ao longo do período analisado, as mortes por câncer variaram entre a segunda e terceira posição em relação às causas mais freqüentes, ficando abaixo somente das doenças cardiovasculares e das causas externas (acidentes, homicídios, entre outras). Em 1998, os óbitos por câncer corresponderam a 14,33% do total do Estado, ultrapassando os óbitos por causas externas.

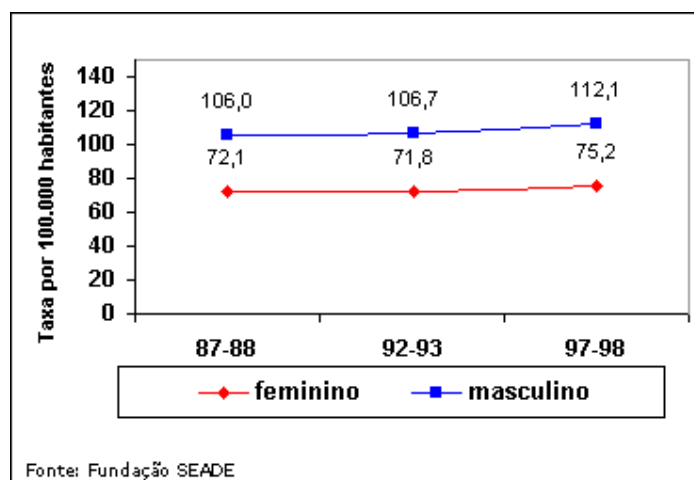
O gráfico 1 demonstra o crescimento da proporção de óbitos por neoplasias malignas no Estado de São Paulo, considerando o período de 1.970 a 1.998.

**Gráfico 1 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas.
Estado de São Paulo, 1970-1998.**



O gráfico 2 mostra a evolução das taxas brutas de mortalidade por câncer, segundo sexo, no Estado de São Paulo, de 1.987 a 1.998.

**Gráfico 2: Evolução das taxas de mortalidade por câncer, segundo sexo.
Estado de São Paulo, 1970-1998.**



Observa-se no período de 1.987-88 a 1.997-98 um aumento das taxas de mortalidade em ambos os sexos. As taxas brutas passaram de 106,0 óbitos por 100.000 homens em 1.987-88 para 112,1 em 1.997-98 para o sexo masculino e de 72,1 óbitos por 100.000 mulheres em

1.987-88 para 75,2 em 1.997-98 para o sexo feminino, ressaltando-se que o aumento mais significativo ocorreu no último biênio observado (1.997-98).

Verifica-se também que a mortalidade por câncer no sexo masculino esteve sempre maior que a do sexo feminino, o que é observado em quase todos os países do mundo.

CAUSAS MAIS FREQUENTES

A partir daqui apresenta-se a distribuição das cinco causas mais frequentes de mortalidade por câncer, segundo sexo, nos biênios 1.987-88, 1.992-93 e 1.997-98 - pulmão, estômago, próstata, cólon/reto e esôfago para o sexo masculino e mama, cólon/reto, pulmão, estômago e colo de útero para o sexo feminino.

No sexo masculino, entre os cânceres de maior mortalidade, com exceção de estômago, todos apresentaram elevação em suas taxas no decorrer dos períodos. Dentre estes, destaca-se o câncer de próstata que passou de 8,7 por 100.000 homens no período de 1.987-88, para 13,0 por 100.000 homens no período 1.997-98. Entre os que apresentaram queda em suas taxas, destaca-se o câncer de estômago, cuja mortalidade por 100.000 homens caiu de 17,5 para 14,3.

Para o sexo feminino, entre as cinco principais causas de morte por câncer, a maioria delas apresentou aumento em suas taxas no decorrer dos períodos, com exceção de estômago e colo de útero. Destaca-se, entre os que tiveram aumento, o câncer de cólon e reto, que passou de 5,2 por 100.000 mulheres no período 1.987-88 para 6,7 por 100.000 mulheres no período 1.997-98.

Entre os que apresentaram queda nas taxas, destaca-se o câncer de estômago, que passou de 7,3 por 100.000 mulheres no período de 1.987-88 para 5,7 por 100.000 mulheres no período de 1.997-98.

Os gráficos 3 e 4 mostram a distribuição das causas mais frequentes de mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, nos três períodos, respectivamente para o sexo masculino e feminino.

Deve-se destacar que as taxas aqui apresentadas foram padronizadas por idade, ajustadas pela população do Estado de São Paulo de 1.991 (último Censo - IBGE).

Gráfico 3 - Taxas* das cinco principais causas de mortalidade por câncer, sexo masculino. Estado de São Paulo, 1987-1998.

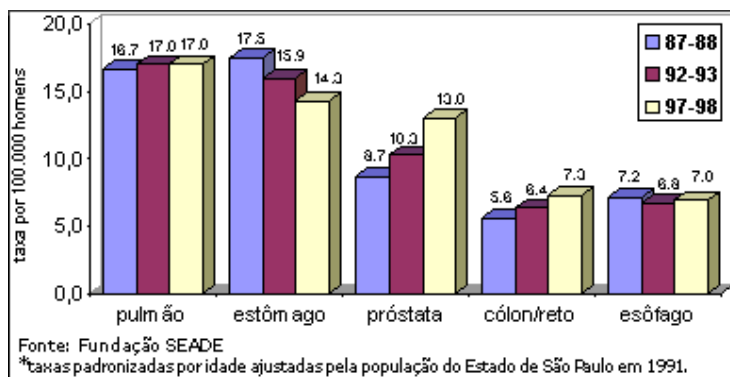
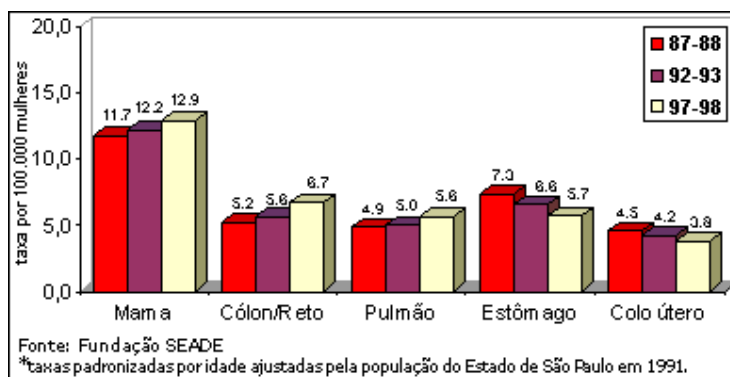


Gráfico 4 - Taxas* das cinco principais causas de mortalidade por câncer, sexo feminino. Estado de São Paulo, 1987-1998.



Apresenta-se a seguir um conjunto de gráficos mostrando o comportamento de cada uma das causas apontadas como mais frequentes de mortalidade por câncer no Estado de São Paulo e respectivos mapas com as taxas padronizadas de mortalidade por sexo, segundo Direções Regionais de Saúde - DIR.

- **Câncer de Esôfago**

O câncer de esôfago, enquanto incidência, representa cerca de 2% de todos os tumores malignos. Em áreas de risco mais alto, afeta igualmente homens e mulheres e em áreas de risco intermediário e baixo existe um claro predomínio entre os homens.

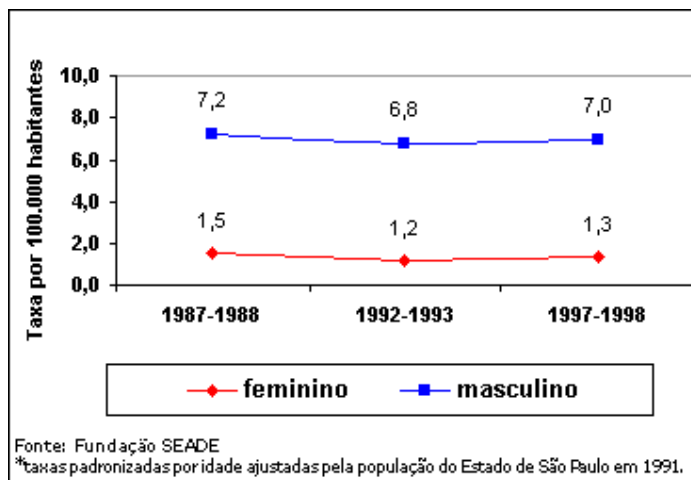
O diagnóstico frequentemente é tardio uma vez que o sintoma principal, disfagia, não ocorre até que o tumor tenha crescido o suficiente para causar sintomas obstrutivos.

O álcool e o fumo são fatores comprovadamente relacionados ao câncer de esôfago. Outros, como ingestão excessiva de comidas e bebidas quentes têm sido apontados, sem ainda terem sido provados como efetivamente causais. Alguns estudos epidemiológicos apontam que populações com dieta pobre em frutas e vegetais apresentariam maior incidência de câncer de esôfago.

O gráfico 5 mostra a distribuição das taxas de mortalidade por câncer de esôfago no Estado de São Paulo, nos biênios observados. Estas apresentaram leve declínio em ambos os sexos ao longo do período. Registraram, porém, valores muito maiores (cerca de cinco vezes) para o sexo masculino.

Deve-se ressaltar que pode haver uma distorção nos diagnósticos de câncer primário de esôfago, visto que alguns anatomopatologistas têm observado ser freqüente atribuir-se o diagnóstico de câncer de esôfago a pacientes que, na verdade, apresentam câncer gástrico invadindo o esôfago.

**Gráfico 5 - Taxas* de mortalidade por câncer de esôfago, segundo sexo.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



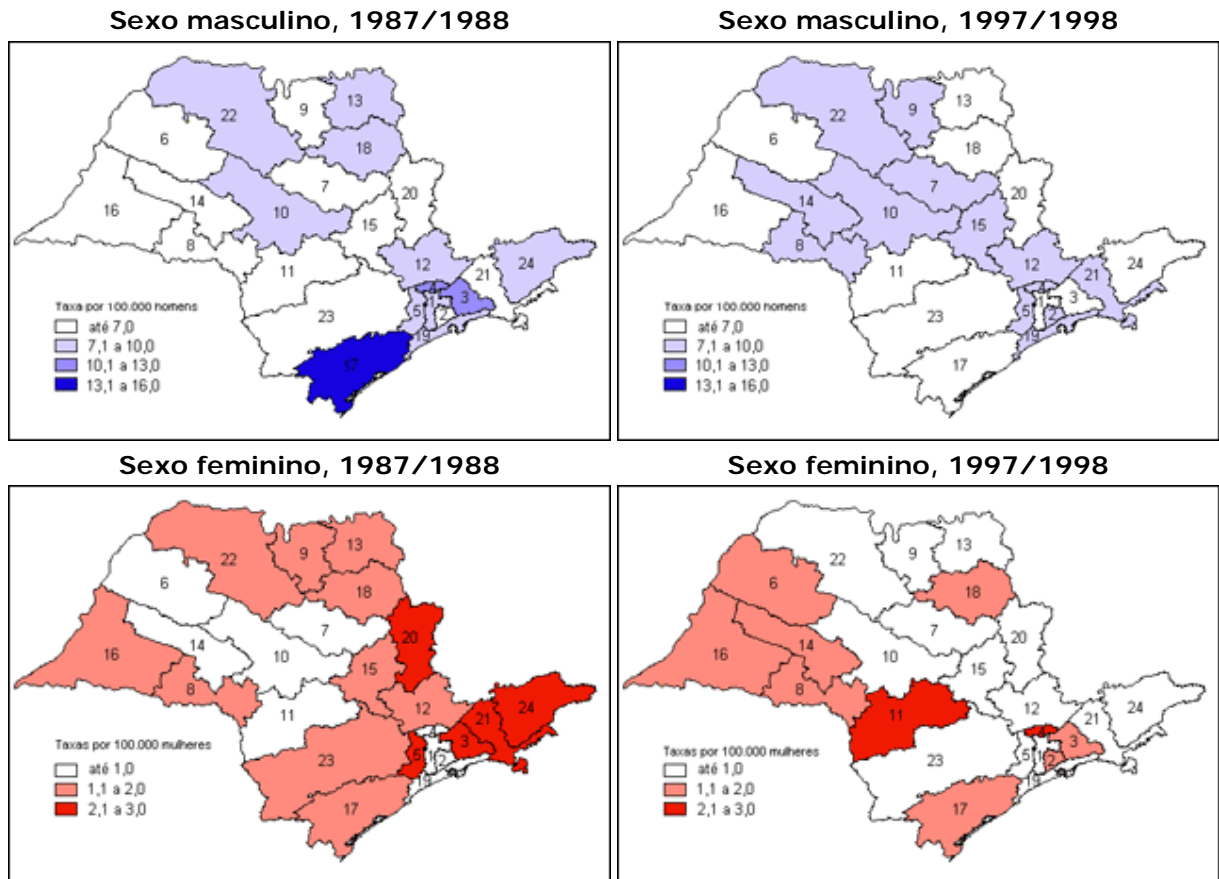


GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO
Secretaria de Estado da Saúde



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de esôfago, segundo sexo e biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

O câncer de esôfago na população masculina apresentou queda das taxas de mortalidade em 50% das DIR do Estado. A DIR com maior queda foi Registro, enquanto que a maior elevação das taxas ocorreu em Assis.

Observa-se que o câncer de esôfago na população feminina apresentou queda proporcional em 58% das regiões do Estado, sendo que a maior queda ocorreu na DIR de Barretos. A maior elevação ocorreu na DIR de Araçatuba e DIR da Baixada Santista apresentou uma taxa constante entre os três biênios, cerca de 1,4 por 100.000 mulheres.

- **Câncer de Estômago**

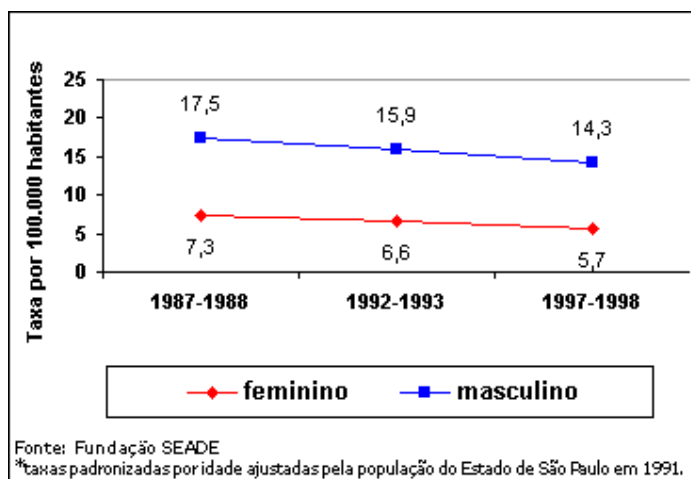
A incidência de câncer de estômago vem diminuindo nos últimos 30 anos, mas ocupa ainda a segunda posição entre os mais comuns mundialmente. No Brasil apresenta-se como a segunda principal causa de óbito por câncer no total da população.

Estudos epidemiológicos apontam como principais efeitos causais do câncer de estômago o consumo excessivo de alimentos salgados, condimentados, defumados ou extremamente quentes e dieta pobre em vegetais verdes e amarelos e frutas. Outra causa estaria relacionada a condições deficientes de preservação de alimentos, de forma que o aumento na refrigeração dos alimentos tem sido apontado como uma das causas de declínio acentuado na incidência deste tipo de câncer.

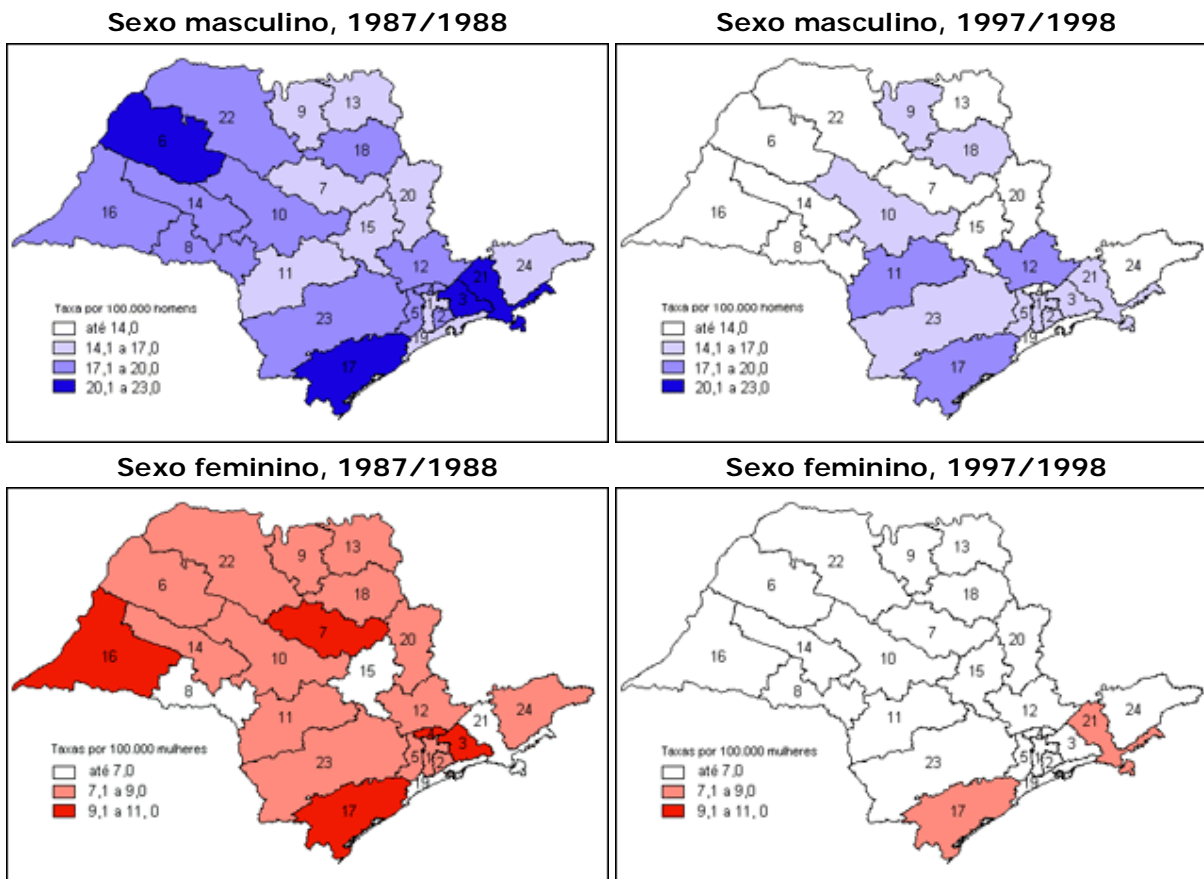
Para o Estado de São Paulo no período 1.987-98 as taxas padronizadas de mortalidade por câncer de estômago evidenciaram também uma nítida redução.

Como pode ser observado no gráfico 6, para o sexo masculino houve uma queda nas taxas de mortalidade padronizadas passando de 17,5 por 100.000 homens no período 1987-88 para 14,3 no período 1997-98, enquanto entre as mulheres a queda foi de 7,3 para 5,7 por 100.000 mulheres.

**Gráfico 6 - Taxas* de mortalidade por câncer de estômago, segundo sexo.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de estômago, segundo sexo e biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

O câncer de estômago na população masculina apresentou queda nas taxas de mortalidade em 96% das Regiões do Estado. A maior queda foi observada em Araçatuba, passando de 21,6 para 11,8 por 100.000 homens.

Em 92% das regiões do Estado houve queda nas taxas proporcionais de mortalidade por câncer de estômago na população feminina. A maior queda ocorreu na DIR de Araraquara; a DIR de São José dos Campos apresentou a maior elevação, passando de 6,4 para 7,6 por 100.000 mulheres.

- **Câncer de Cólon e Reto**

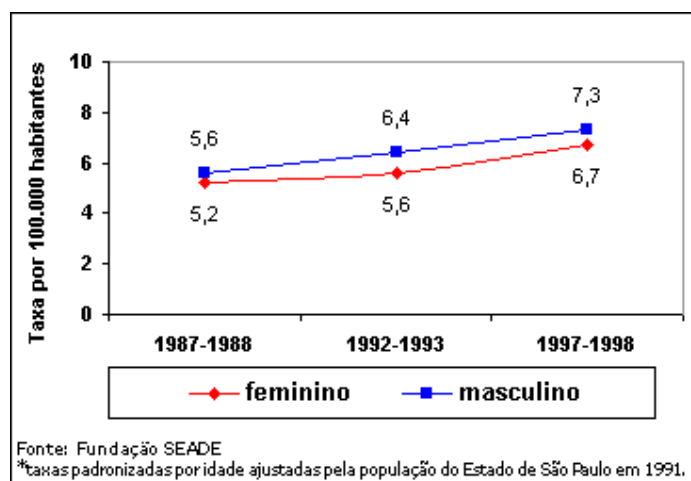
O câncer retal é mais comum em homens; o câncer de cólon afeta ambos os sexos igualmente. Estudos têm demonstrado que o aumento da incidência está relacionado a um maior status sócio-econômico. Esta incidência aumenta após 40 anos de idade, quando então dobra a cada década.

Em países desenvolvidos não se observa nenhuma mudança significativa na mortalidade nas últimas décadas, demonstrando relativamente o estágio avançado da doença quando de seu diagnóstico.

Tem sido demonstrada associação epidemiológica do aumento de incidência de câncer colo-retal com dieta rica em gorduras e poucas fibras. A baixa ingestão de cálcio estaria também associada a aumento de risco.

As taxas padronizadas para o Estado de São Paulo nos biênios 1987-88, 1992-93 e 1997-98 mostraram aumento da mortalidade nos dois sexos, passando de 5,6 por 100.000 homens no sexo masculino para 7,3 e, no sexo feminino, de 5,2 para 6,7 por 100.000 mulheres (Gráfico 7).

**Gráfico 7 - Taxas* de mortalidade por câncer de cólon/reto, segundo sexo.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



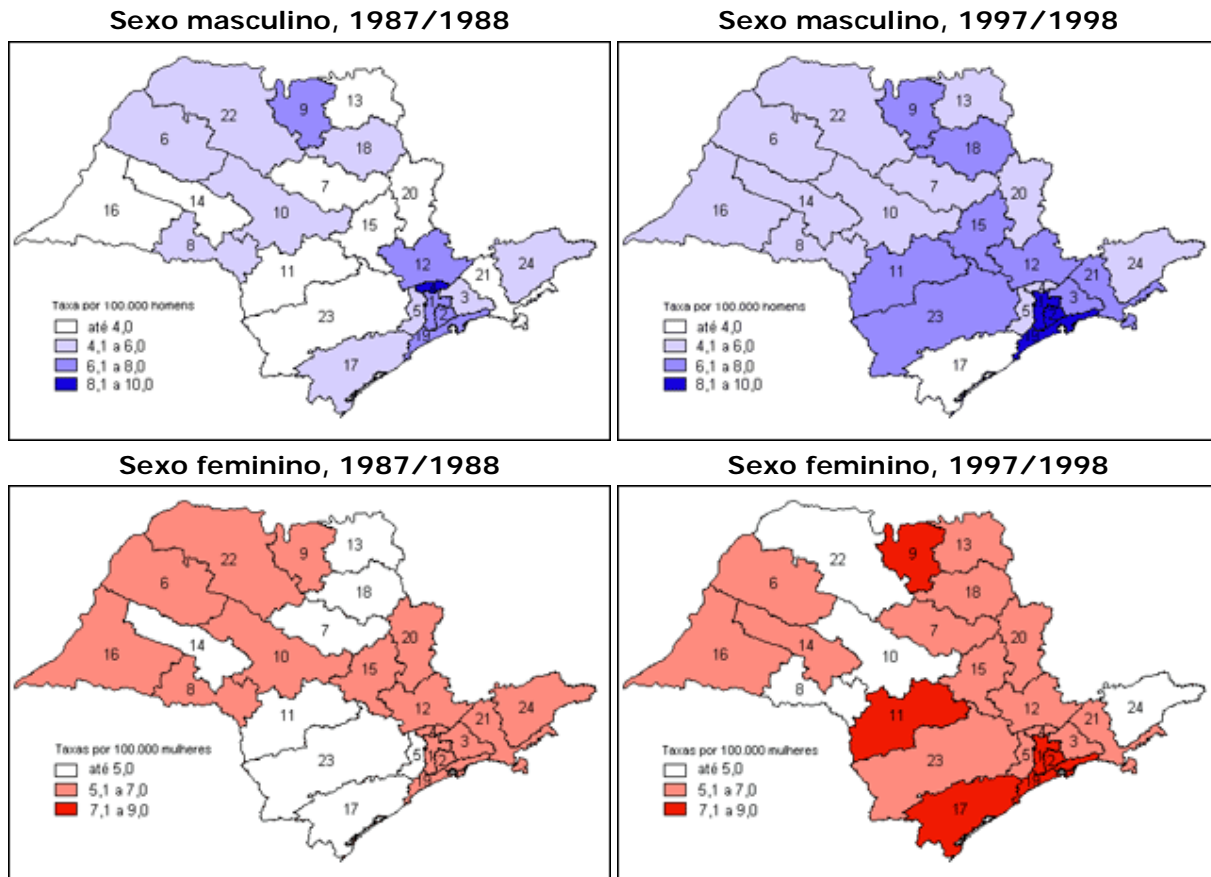


GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO
Secretaria de Estado da Saúde



Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de cólon e reto, segundo sexo e biênio. Estado de São Paulo, 1987-1998.



Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

A mortalidade por câncer de cólon e reto na população masculina apresentou elevação nas taxas padronizadas em 79% das DIR do Estado de São Paulo entre os biênios de 1987/1988 e 1997/1998. A DIR de Botucatu apresentou a maior elevação, passando de 3,1 para 7,2 por 100.000 homens.

Para o câncer de cólon e reto na população feminina, 79% das DIR apresentaram aumento proporcional das taxas de mortalidade entre os biênios de 1987/1988 e 1997/1998. A maior queda ocorreu na DIR de Taubaté, passando de 6,0 para 4,3 por 100.000 mulheres. A DIR de Marília apresentou a maior elevação passando de 3,2 por 100.000 mulheres no 1º biênio para 6,8 no 3º biênio. A DIR de São João da Boa Vista apresentou a mesma taxa no 1º e 3º biênios (6,3 por 100.000) embora tenha ocorrido uma queda no 2º biênio (4,7 por 100.000 mulheres).

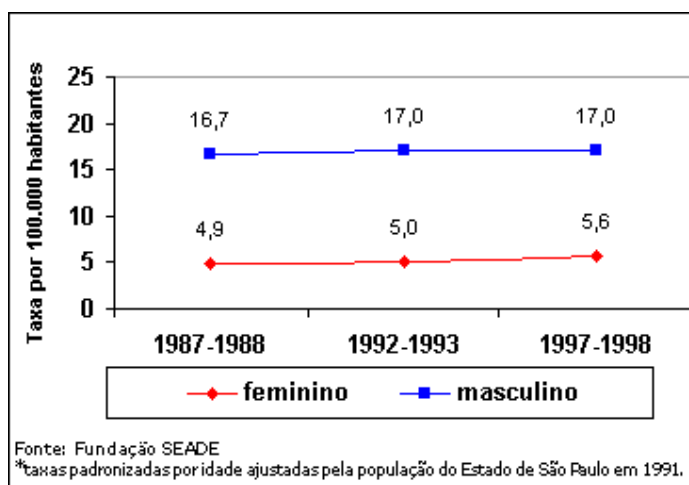
- **Câncer de Pulmão**

O câncer de pulmão ocorre predominantemente em adultos entre 50 e 78 anos de idade. A maioria dos casos (entre 80 e 90%) está relacionada ao uso do tabaco, o que mostra sua característica prevenível. Como os sintomas aparecem depois que a doença já está significativamente avançada, 90% dos doentes morrem num prazo de 1 a 2 anos.

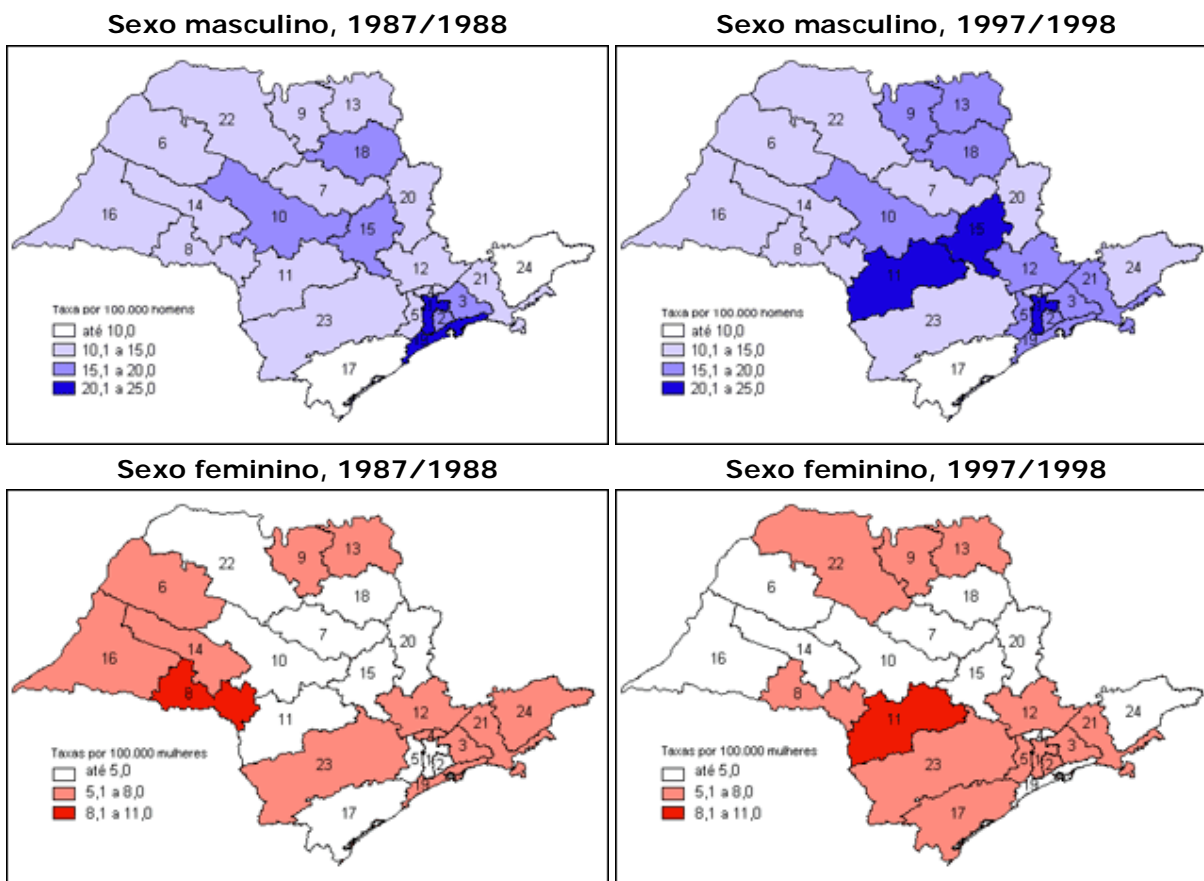
No Ocidente é a principal causa de morte em ambos os sexos. Nos países em desenvolvimento a incidência tem aumentado com grande rapidez. Em alguns países, entretanto, a incidência no sexo masculino não é crescente, mostrando-se crescente no sexo feminino.

Para o Estado de São Paulo no período de 1987-98, as taxas padronizadas de mortalidade por câncer de pulmão mostraram-se mais estáveis em relação ao sexo masculino, passando de 16,7 para 17,0 por 100.000 homens, enquanto entre as mulheres as taxas apresentaram uma elevação mais significativa, passando de 4,9 no primeiro biênio para 5,6 por 100.000 mulheres no último biênio (Gráfico 8).

**Gráfico 8 - Taxas* de mortalidade por câncer de pulmão, segundo sexo.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de pulmão, segundo sexo e biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

As taxas padronizadas de mortalidade por câncer de pulmão na população masculina apresentaram elevação em 79% das DIR do Estado entre os biênios observados. A maior elevação ocorreu na DIR de Barretos, passando de 11,3 para 18,8 por 100.000 homens. A DIR da Baixada Santista apresentou a maior queda das taxas passando de 23,4 para 18,3 por 100.000 homens.

O câncer de pulmão na população feminina apresentou aumento proporcional das taxas de mortalidade em 67% das DIR do Estado entre os biênios observados. A maior elevação ocorreu na DIR de Botucatu onde as taxas passaram de 4,8 para 9,0 por 100.000 mulheres. A maior queda ocorreu na DIR de Assis onde as taxas passaram de 9,4 para 6,3 por 100.000 mulheres. Na DIR de Piracicaba a taxa de mortalidade se manteve constante no 1º e 3º biênios.

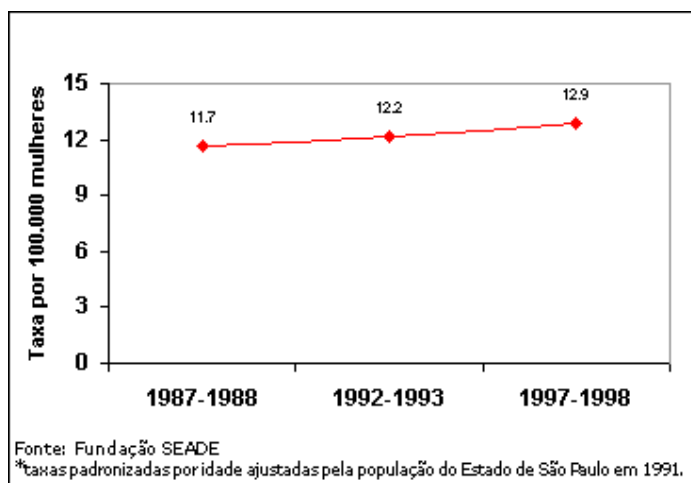
- **Câncer de Mama**

O câncer de mama no Brasil é a primeira causa de mortalidade no sexo feminino. Caracteriza-se como um dos maiores problemas de saúde pública em países desenvolvidos, o que também vem ocorrendo em países em desenvolvimento.

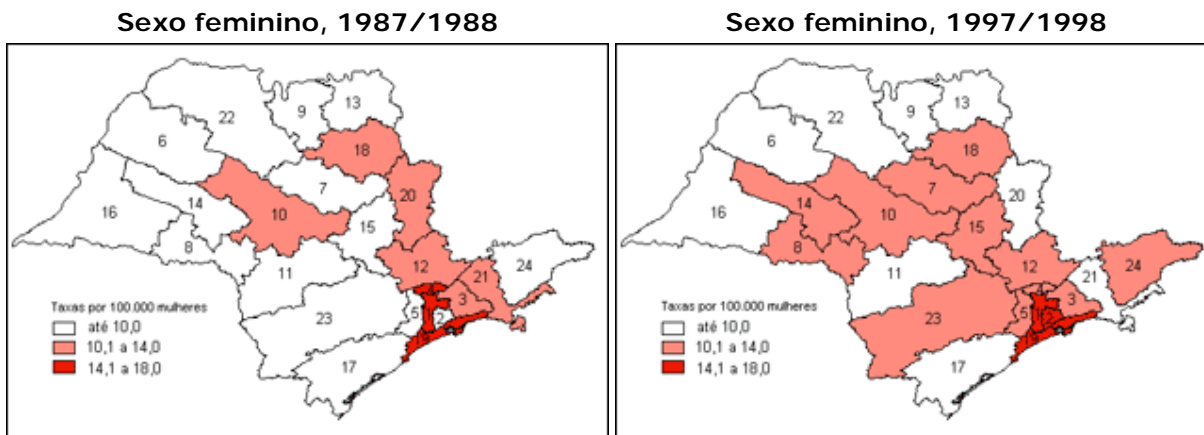
As estatísticas têm demonstrado aumento significativo de incidência da doença (cerca de 1% ao ano em muitos países) mas mortalidade estável por muitas décadas, o que pode demonstrar melhoria na detecção precoce e no tratamento.

O gráfico 9 demonstra o comportamento das taxas padronizadas de mortalidade para o Estado de São Paulo no período 1.987-98. Observa-se que a mortalidade por câncer de mama na população feminina apresentou tendência de aumento passando de 11,7 por 100.000 mulheres no biênio 1987-88 para 12,9 em 1997-98. Além disso, é importante destacar que este tipo de câncer foi, de longe, a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Estado de São Paulo nos três biênios estudados.

**Gráfico 9 - Taxas* de mortalidade por câncer de mama feminina.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de mama, segundo biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

Em relação a câncer de mama, cerca de 75% das DIR apresentaram elevação nas taxas de mortalidade na população feminina. A DIR que apresentou maior aumento foi a de Assis onde as taxas passaram de 6,1 para 11,0 por 100.000 mulheres. A maior queda ocorreu na região de São José dos Campos, passando de 12,5 no 1º biênio para 9,1 por 100.000 mulheres no 3º biênio.

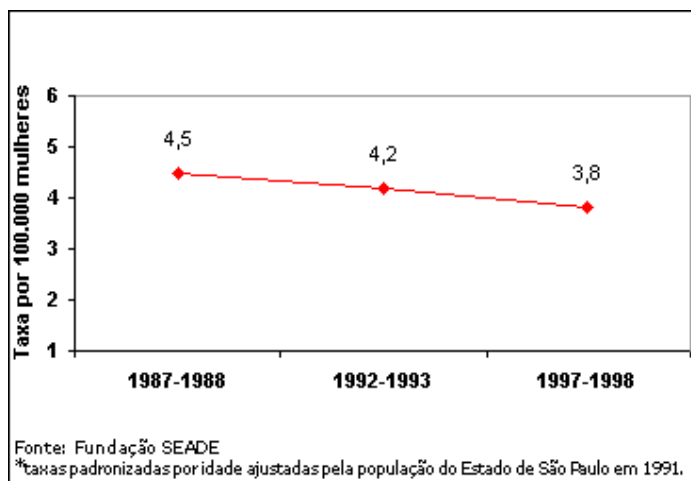
- **Câncer de Colo Uterino**

A incidência de câncer do colo de útero vem diminuindo sistematicamente em muitos países nos últimos 20 anos. É o primeiro ou segundo câncer mais comum nas mulheres.

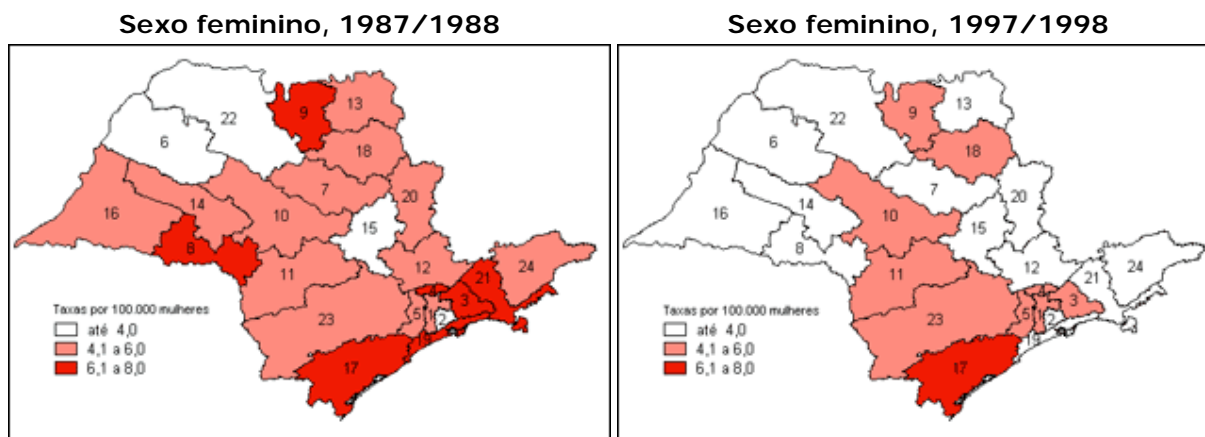
O método de Papanicolaou até o presente tem se mostrado o meio mais efetivo de detecção de lesões precursoras de carcinoma do colo uterino em estádios iniciais. Efetuando-se rastreamento de mulheres de risco em intervalos apropriados, pode-se observar uma redução de 40 a 70% na incidência e na mortalidade por este câncer.

Inversamente ao câncer de mama, a mortalidade por câncer do colo do útero mostrou, para o Estado de São Paulo, uma tendência de queda entre os biênios estudados, passando de 4,5 para 3,8 por 100.000 mulheres (gráfico 10). Deve-se observar que a mortalidade por câncer de colo de útero pode estar subestimada em São Paulo. De fato, uma vez que muitas pacientes que apresentam esta forma de câncer chegam ao médico em estádios avançados da doença, nos quais é impossível detectar com precisão a origem do tumor, muitos dos diagnósticos de "câncer do útero de localização não especificada" podem ser, de fato, cânceres primários de colo de útero.

**Gráfico 10 - Taxas* de mortalidade por câncer do colo do útero.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de colo do útero, segundo biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

O câncer de colo do útero na população feminina apresentou queda nas taxas de mortalidade em 79% das DIR. A DIR com maior queda foi a de São José dos Campos onde as taxas passaram de 7,7 para 3,0 por 100.000 mulheres. Na DIR de Santo André observou-se a maior elevação nas taxas. As DIRs de São Paulo (Capital) e Ribeirão Preto mantiveram as mesmas taxas entre o 1º e 3º biênios, 4,4 e 4,9 por 100.000 mulheres respectivamente.

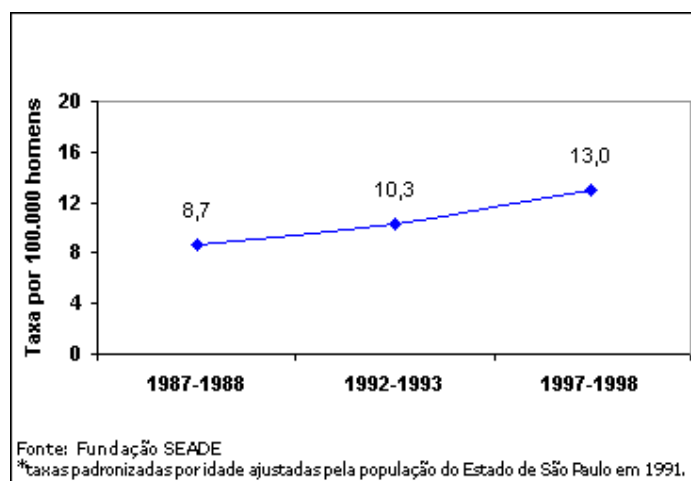
- **Câncer de Próstata**

O câncer de próstata ocupa atualmente a segunda ou terceira posição entre os tumores malignos mais comuns no sexo masculino nos países ocidentais. É encontrado principalmente em homens idosos e à medida que a expectativa de vida aumenta, passa a tornar-se mais importante. Estima-se que cerca de um em cada dez homens desenvolva evidência clínica da doença. Porém somente um terço dos pacientes diagnosticados morre da doença, pois tratando-se de pacientes idosos, em geral a mortalidade acaba sendo atribuída a outras causas.

A causa efetiva do câncer de próstata ainda é desconhecida mas alguns estudos têm apontado o estilo de vida como importante na etiologia da doença. Alguns fatores como aspectos nutricionais, sócio-econômicos, genéticos, ocupacionais, aliados a hábitos sexuais e doenças venéreas têm sido considerados relevantes.

As taxas de mortalidade por câncer de próstata no Estado de São Paulo apresentaram um comportamento ascendente no período analisado, passando de 8,7 por 100.000 homens no período 1987-88 para 13,0 em 1997-98 conforme pode ser observado no gráfico 11.

**Gráfico 11 - Taxas* de mortalidade por câncer de próstata.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**



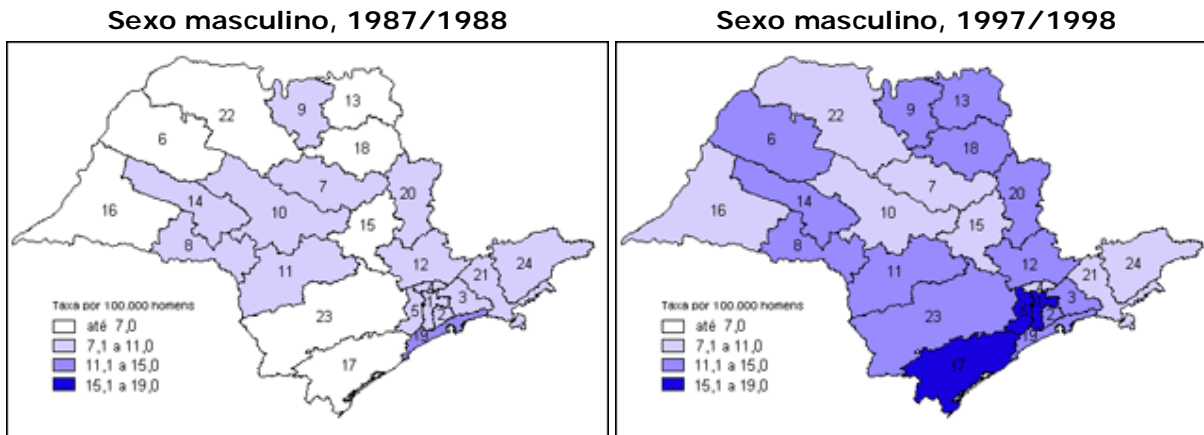


GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO
Secretaria de Estado da Saúde



**Distribuição das taxas* de mortalidade por câncer de próstata, segundo biênio.
Estado de São Paulo, 1987-1998.**

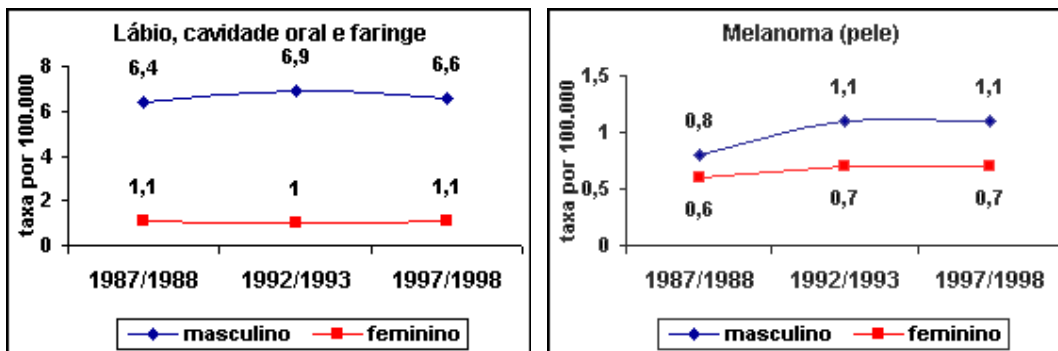


Fonte: FOSP/SEADE

* taxas padronizadas por idade ajustadas pela população do Estado de São Paulo em 1991.

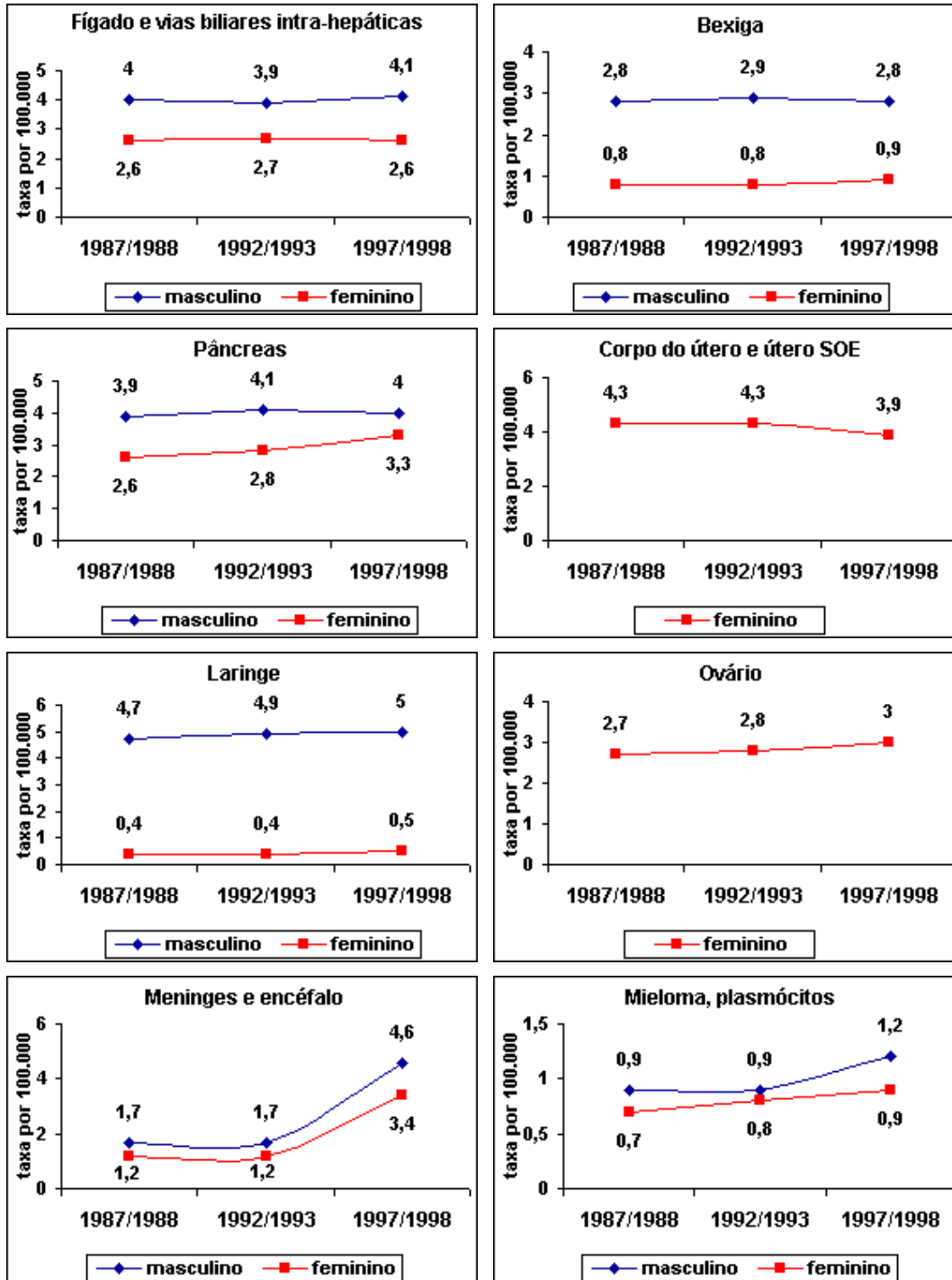
As taxas padronizadas de mortalidade por câncer de próstata apresentaram aumento em todas as Regiões do Estado de São Paulo. A DIR de Registro apresentou o maior percentual de aumento entre o 1º e 3º biênios, passando de 6,0 para 18,5 por 100.000 homens. Nas regiões de Sorocaba, Ribeirão Preto e Araçatuba, este aumento foi superior a 100%.

• **Mortalidade pelos outros Cânceres (taxas padronizadas)**

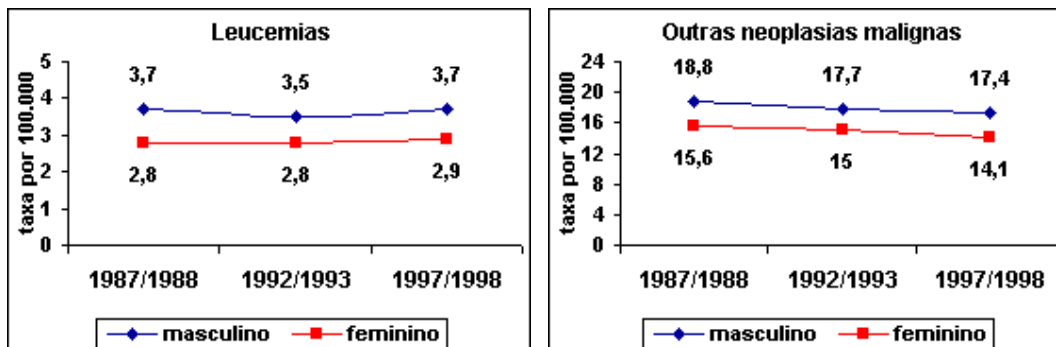




Mortalidade pelos outros Cânceres (taxas padronizadas) - continuação



Mortalidade pelos outros Cânceres (taxas padronizadas) - continuação



Dentre as diversas localizações apresentadas, merecem destaque os óbitos causados por câncer de encéfalo e meninges, que apresentaram grande elevação da taxa após o biênio 1992/93. Um dos fatores que poderia explicar esta grande elevação seria a incorporação de tecnologia mais apropriada para o diagnóstico da doença (tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), fazendo com que óbitos antes incluídos em outras causas fossem agora corretamente diagnosticados como câncer.

Está disponibilizado também um conjunto de mapas onde pode ser visualizada a distribuição das taxas de mortalidade por câncer, por sexo, segundo as 24 Direções regionais de Saúde - DIR, divisões regionais definidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Durante o período analisado, a Secretaria de Estado da Saúde utilizou critérios diferentes para a divisão da área territorial do estado em regiões de saúde. Para que se pudesse comparar os biênios do estudo, optou-se por tomar como padrão a regionalização atual, que divide o Estado em 24 Direções Regionais de Saúde - DIR. Dessa forma, utilizou-se o artifício de transformar para a atual divisão administrativa os biênios anteriores, para que se pudesse fazer a análise dos dados segundo regionalização.

Optou-se por não trabalhar os dados segundo município de ocorrência, pois pequenos números ou pequenas variações de um ano para outro podem distorcer a análise dos dados.

Conclusões

A elaboração de um estudo epidemiológico sobre câncer requer a análise de outras variáveis além daquelas referentes à mortalidade. Dados sobre incidência, obtidos preferentemente em Registros de Câncer de Base Populacional, e variáveis como estadiamento, tratamento e sobrevida, pertinentes ao Registro Hospitalar de Câncer, se constituem ainda em fonte de informações precárias. Dessa forma, até que se avance no sentido de melhor estruturar essas outras bases de dados, os estudos isolados de mortalidade continuam a mostrar a sua importância.

Convém também salientar que um período de 10 anos é curto para que se faça uma análise mais profunda sobre tendências e comportamentos. Tal fato porém não impede que alguns pontos principais sejam salientados nessa análise sobre a mortalidade por câncer em São Paulo:

- no Estado, em 1.970, aproximadamente 39% das mortes ocorreram por doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas, passando esse percentual para 45% em 1.998.
- a mortalidade proporcional por neoplasias malignas, neste mesmo período, passou de aproximadamente 9% em 1.970 para 14,3% em 1.998. Esse número colocou o câncer como segunda causa de morte no Estado de São Paulo, superando os óbitos por causas externas.
- no período estudado, as topografias mais freqüentes como causa básica de óbito por câncer foram, para o sexo masculino: pulmão, estômago, próstata, cólon/reto e esôfago. Para o sexo feminino, mama, cólon/reto, pulmão, estômago e colo de útero.
- no Estado de São Paulo, seguindo uma tendência mundial, verifica-se para ambos os sexos, uma queda acentuada na mortalidade por câncer de estômago. Ocorreu um aumento do câncer de pulmão e próstata para homens e de mama e cólon para mulheres. Também merece citação o aumento acentuado das taxas de mortalidade por câncer do encéfalo e meninges, para ambos os sexos.

Concluimos ressaltando que, apesar de restrito, o estudo da mortalidade vem demonstrar o papel cada vez mais importante que o câncer vem ocupando enquanto problema de saúde pública. A implantação de outros sistemas de informação que disponibilizem dados atualizados sobre prevenção, incidência, estadiamento, acesso a tratamento e sobrevida deve ser encarada como fundamental para que se delimite, de forma mais clara, o perfil epidemiológico do câncer no Estado de São Paulo. Este é um projeto hoje considerado como prioridade pela Fundação Oncocentro de São Paulo, pois possibilitará uma base mais sólida para as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do paciente oncológico.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Epidemiologia: mortalidade**. Internet via <http://www.inca.org.br>. Consultado em 09/03/99.
- DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP. **Incidência de Câncer no Município de São Paulo, Brasil 1.983-1.988-1.993: Tendência no período 1.969-1.993**. São Paulo, 1.999.
- FRANCO, Eduardo L. - **Epidemiology in the Study of Cancer**. McGill University and Armand-Frappier Institute, Montreal, Canada. 1.997.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CANCER REGISTRIES - IARC. Internet via <http://www.iarc.fr>. Consultado em 10/03/99.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de óbitos**. 9ª revisão, 1.975. OMS/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português/MS/USP/OPAS. São Paulo. 1.985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª revisão, 1.993. OMS/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português/MS/USP/OPAS. São Paulo. 1.993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - PERCY, C. VAN HOLTEN, V. MUIR, C. **CID-O - Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. 2ª edição. Tradução em Português Centro Colaborador da OMS/Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo. Universidade de São Paulo/Fundação Oncocentro de São Paulo, 1.996.
- UICC. **Manual de Oncologia Clínica**. São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1.999 (Tradução da 6ª edição original).