

# MORTALIDADE POR CÂNCER NO MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO/RS: Traçando o Perfil Epidemiológico<sup>1</sup>

**Cristina Restel Weber<sup>2</sup>**  
**Elizete Bertollo<sup>3</sup>**  
**Thais do Nascimento Gomes<sup>4</sup>**  
**Nara M. O. Girardon-Perlini<sup>5</sup>**

## Resumo

No presente estudo foi realizada uma pesquisa quantitativa, descritiva, epidemiológica, documental e retrospectiva, para descrever o perfil epidemiológico das pessoas que foram a óbito por câncer no município de Santo Augusto/RS, no período de 1996 a 2004. A amostra constitui-se de 154 declarações de óbitos com esta *causa mortis*. Pelos registros foi possível analisar as variáveis idade, raça, sexo, ocupação, estado civil, local de ocorrência dos óbitos e localização da neoplasia. Os resultados mostram que Santo Augusto apresenta uma porcentagem mais elevada de mortes por câncer quando comparada com o Estado do Rio Grande do Sul. A faixa etária mais acometida é de 61 a 75 anos, sendo a idade média de 68 anos. Predominam entre os registros de óbitos pessoas de raça branca, sexo masculino e baixa escolaridade. Quanto ao estado civil e ocupação, a maioria era de casados e aposentados, respectivamente. Em relação ao local de ocorrência dos óbitos, a maioria ocorreu em hospitais. No que se refere à localização da neoplasia, o pulmão aparece como o local mais acometido, seguido do câncer de próstata, estômago e colo de útero como as mais prevalentes.

**Palavras-chave:** Mortalidade. Câncer. Perfil epidemiológico.

## Mortality for Cancer in the Santo Augusto Municipal District/RS: Tracing the Epidemic Profile

### Abstract

In this research a quantitative, descriptive, epidemiological, documental and retrospective work is undertaken in order to describe the epidemiological profile of people who died from cancer in the municipality of Santo Augusto, RG, between 1996 and 2004. The findings showed 154 deaths caused by this *causa mortis*. Through the death records it was possible to analyze the following variables: age, race, sex, occupation, marital status, place of death and organs affected by cancer. The results show that Santo Augusto presents a higher percentage of death caused by cancer when compared with the whole of the State of Rio Grande do Sul. Cancer occurs more frequently between 61 and 75 years of age, being 68 the average age. Cancer was present more frequently among white people males and low-educated people. As far as marital status is concerned, most deaths were related to married people, and if occupation is include, most people were already retired. The biggest percentage of deaths occurred in hospitals and when referring to different kinds of cancer, stomach cancer and uterus cancer.

**Keywords:** Mortality. Câncer. Epidemiological profile.

<sup>1</sup> Artigo elaborado com base no Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí.

<sup>2</sup> Cirurgiã-Dentista. Secretaria Municipal de Saúde. Santo Augusto/RS. E-mail: miltonwjr@brturbo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Programa de Saúde da Família. Caxias do Sul/RS. E-mail: elizete\_b@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Professora do Departamento de Ciências da Saúde – DCSa/Unijuí, Ijuí/RS. E-mail: gomes\_thais@terra.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Professora do DCSa/Unijuí, Ijuí/RS. Orientadora. E-mail: nara.girardon@unijui.tche.br

Indubitavelmente o câncer é um problema de saúde pública no Brasil. Esta afirmativa, fundamentada em diversos trabalhos epidemiológicos, indica que este constitui a terceira causa de morte no país, superado apenas pelas doenças cardiovasculares e causas externas (Brasil, 2005b). Nas últimas décadas verificou-se, no registro brasileiro de câncer, um aumento do número de novos casos, ressaltando a importância da doença e seu impacto social e econômico.

Muitos fatores contribuem para o crescimento do câncer no país, entre eles o envelhecimento da população, decorrente das ações de saúde que evitam mortes prematuras por doenças infecciosas ou parasitárias (Brasil, 1997). Outro fator a destacar é a industrialização e a urbanização, pois a concentração de quase 70% da população nos centros urbanos favorece a exposição aos fatores de risco, aos quais é atribuída relação direta ou indireta com 80% dos casos de câncer (Bittencourt; Scaletzky; Boehl, 2004).

Os hábitos alimentares também têm sido relacionados com o processo de desenvolvimento de câncer, principalmente câncer de mama, de cólon (intestino grosso), de reto, de próstata, de esôfago e de estômago (Brasil, 2002). O tabagismo, a poluição ambiental, algumas substâncias químicas e a disparidade socioeconômica não podem ser omitidos como agentes carcinogênicos, além de influenciarem a distribuição e incidência do câncer nas diferentes regiões do país. Não existe sociedade sem câncer, mas os tipos de câncer mudam de acordo com o desenvolvimento do país, e muitos deles podem ser evitados pela conscientização.

A globalização e o acesso a novas tecnologias possibilitam meios para diagnóstico e tratamento, além de permitirem elaboração e acesso a banco de dados, o que melhora o mapeamento e o registro de novos casos das enfermidades, proporcionando um delineamento epidemiológico regional para cada doença e, a partir daí, o investimento em diagnose e terapias (Bittencourt; Scaletzky; Boehl, 2004).

Conforme Bittencourt, Scaletzky e Boehl (2004), a assistência na área de oncologia está entre as mais onerosas, incluindo custos diretos com a prevenção,

testes diagnósticos e medicamentos, além dos custos indiretos referentes à incapacidade de produção pelo doente, da morbidade relacionada à doença, do tratamento e da própria mortalidade.

A rede pública está cada vez mais empenhada na descoberta precoce do câncer, sendo muitas das investigações diagnosticadas iniciadas na rede básica e a partir daí os casos são encaminhados aos serviços especializados. Em virtude do crescente número de casos de câncer registrados, uma parcela maior de recursos públicos está sendo destinada para o diagnóstico e terapêutica em oncologia, oferecendo exames de alta complexidade e o tratamento com quimioterapia e radioterapia. Sabe-se que aproximadamente 70% dos casos de câncer necessitam de quimioterapia, enquanto que a necessidade de radioterapia fica em torno de 60%. Este investimento precoce provoca um impacto financeiro abrupto, entretanto, a médio e longo prazos se traduz em um benefício socioeconômico, reduzindo o custeio de terapias de câncer em fases mais avançadas e os ressarcimentos por invalidez (Bittencourt; Scaletzky; Boehl, 2004).

As estimativas para o ano de 2005 apontavam que no Brasil deveriam ocorrer 467.440 casos de câncer, e destes, 229.610 para o sexo masculino e 237.830 para o sexo feminino (Brasil, 2005a). Estes números justificam a importância que nos últimos tempos o governo federal vem dando ao problema do câncer no Brasil, inclusive com pesados investimentos na área de tecnologia. Vale ressaltar, porém, que é necessário, além de tecnologia de ponta, profissionais da saúde bem qualificados, engajados e sensíveis a esta causa. Sabemos, por exemplo, que pacientes portadoras de câncer do colo uterino – doença perfeitamente evitável porque pode ter seu diagnóstico precoce facilmente detectado mediante um exame simples e barato – chegam para tratamento, em mais de 50% dos casos, já em estado avançado, reduzindo a taxa de cura de quase 100% para até 45% (Canary, 2004).

Conforme Silva (2001), para realizarmos um diagnóstico de saúde e identificar as prioridades do setor a serem atendidas é fundamental o estudo da mortalidade e suas causas. Dados estatísticos representam um componente essencial dos programas

de vigilância em saúde pública, pois permitem estimular a magnitude relativa dos problemas de saúde da população, conseqüentemente facilitando o estabelecimento de prioridades em ações preventivas e terapêuticas (Brasil, 2003).

Conhecer o perfil epidemiológico é de suma importância para ajudar na promoção da atenção à saúde, e conseqüentemente à qualidade de vida dos indivíduos. Um dos pontos importantes do perfil epidemiológico, nessa promoção, é seu potencial de sensibilizar os profissionais da saúde na sua conduta. Esta sensibilização poderá se refletir em atividades delineadas por um diagnóstico populacional, por exemplo, o tipo de câncer mais detectado, somado a sua capacidade de morbimortalidade, servirá de baliza para a captação precoce e tratamento mais adequado.

Considerando a complexidade de fatores que envolvem o câncer e o exposto anteriormente, buscamos, com o presente estudo, descrever o perfil das pessoas que foram a óbito por câncer no município de Santo Augusto/RS, no período de 1996 a 2004.

## METODOLOGIA

O presente estudo tem características de uma pesquisa quantitativa, descritiva, epidemiológica, retrospectiva e documental, uma vez que busca, por intermédio dos registros de óbitos ocorridos por câncer no município de Santo Augusto, descrever quantitativamente o perfil epidemiológico dessa população.

Constituem a população deste estudo todos os indivíduos do município de Santo Augusto que foram a óbito por câncer, no período de 1996 a 2004, cujo registro de óbito se encontra no Cartório de Registro de Pessoas e Imóveis. Assim, fazem parte do estudo 154 Declarações de Óbito. É importante ressaltar que estes registros constituem-se numa parcela das pessoas que foram a óbito por câncer, pois há casos que ocorreram e foram registrados fora do município de residência.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) define como óbito por residência aquele que ocorre no município de residência da pessoa, independentemente de ele ocorrer no espaço geográfico do município ou em outro local. Os óbitos por ocorrência referem-se ao local onde estes acontecem. Assim, neste estudo, são referidos os óbitos que ocorreram no município e nele foram registrados. Logo, estamos trabalhando com uma amostra dos casos de óbito por câncer do município.

Para realizarmos a coleta dos dados, inicialmente mantivemos contato com a escritã-oficial do Cartório de Registro de Pessoas e Imóveis de Santo Augusto a fim de solicitarmos autorização para acessarmos as declarações de óbito do período de 1996 a 2004, constantes naquele órgão, a qual foi autorizada verbalmente.

Após a autorização, procedemos à busca manual nas declarações de óbito do município, por ano, selecionando, num total de 678 registros de óbitos, aqueles cujo diagnóstico da *causa mortis* era câncer/neoplasia. Nesta busca obtivemos 154 registros de óbito por esta causa.

A opção pela série temporal de 1996 a 2004 está baseada no fato de que a partir de 1996 o Ministério da Saúde adotou o Código Internacional de Doenças-10ª Revisão (CID-10) nos seus sistemas de registros de informações e o ano de 2004 como limite está relacionado ao período mais recente, posto que este estudo foi realizado em 2005.

Inicialmente, pretendíamos analisar as informações do banco de dados existente sobre mortalidade disponível no site do Ministério da Saúde. Como o banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi reestruturado pelo Setor de Informática do Ministério da Saúde, os dados disponíveis até o ano de 1999 são oferecidos de forma distinta dos dados de 2000 em diante. Devido à dificuldade em trabalhá-los de forma semelhante, optamos, então, pela busca manual. As informações relativas à mortalidade por causa, no entanto, foram extraídas do material disponibilizado pelo SIM, o que nos permitiu evidenciar o período de 1996 a 2002 (Brasil, s.d.b).

Outra dificuldade encontrada foram as alterações efetuadas no modelo de Declaração de Óbito durante o período estudado com relação à variável raça. Como na primeira versão da Declaração este dado não constava, em alguns casos esta não foi especificada, sendo considerada sem resposta. Os dados coletados referentes aos tipos de câncer foram agrupados conforme o órgão acometido, tendo como base a apresentação dos dados do SIM, e as profissões, por similaridade de atuação (Brasil, s.d.b).

Em seguida os dados coletados foram organizados, tabulados e analisados com o auxílio do programa de estatística Epi Info, versão 6.0/CDC/OMS. A análise descritiva baseou-se na distribuição de frequências, em números absolutos, percentuais e médias, sendo apresentados em forma de gráficos e tabelas.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dentre as causas de mortalidade mais expressivas no município de Santo Augusto, no período de 1996 a 2004, estão o câncer, as doenças cerebrovasculares, o infarto agudo do miocárdio (IAM), o *diabetes mellitus*, a Aids, as agressões e os acidentes de trânsito, com as de maior incidência sendo apresentadas na Figura 1.

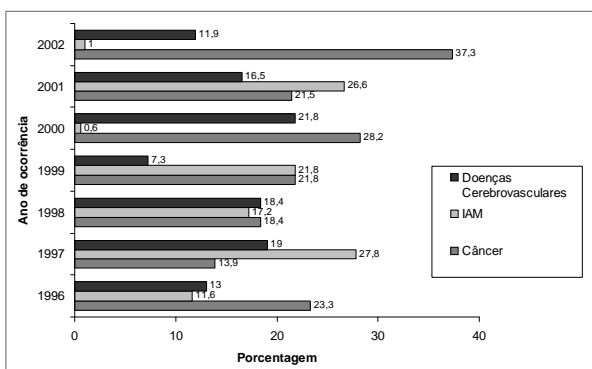


Figura 1: Distribuição do número de óbitos devido às causas mais expressivas no município de Santo Augusto segundo o ano (1996-2002). Ijuí, 2006.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Secretaria Estadual de Saúde/RS

Nesta figura podemos observar as três principais *causa mortis* no município de Santo Augusto no período de 1996 a 2002, pois não foi possível localizar os dados referentes aos anos de 2003 e 2004 na fonte referenciada. Nesta perspectiva, o câncer apresenta-se com significativa prevalência, ocupando o primeiro ou segundo lugar em causa de óbito, alternando-se com as doenças cerebrovasculares.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, no período compreendido entre os anos de 1996 e 2002 houve um total de 474.288 óbitos, e destes, 88.276 tiveram como *causa mortis* o câncer, o que representa 18,6% do total de óbitos (Brasil, s.d.a). Para o mesmo período, no município estudado, ocorreram 588 óbitos, sendo que destes, 127 foram por câncer, representando 21,5%. Isto nos mostra que no município de Santo Augusto há uma média de mortalidade por câncer maior que a do Estado.

Na Figura 2 é apresentado um comparativo entre as porcentagens dos óbitos por câncer e dos óbitos causados por outros fatores no período e local estu-

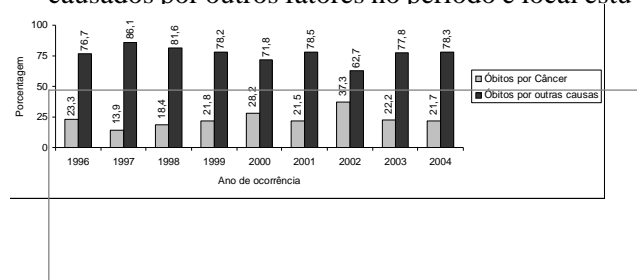


Figura 2: Distribuição do número de óbitos por câncer e por outras causas no município de Santo Augusto segundo o ano (1996-2004). Ijuí, 2006.

Fonte: Declarações de Óbitos. Cartório de Registro de Pessoas e Imóveis. Santo Augusto/RS, 2006.

Analisando esta Figura podemos perceber que os casos de óbitos por câncer tiveram pequenas variações anuais, sendo que o maior número ocorreu no ano de 2002, quando 37,3% (n=22) dos óbitos tiveram esta causa, em um universo de 59 mortes. O menor índice é verificado no ano de 1997, com 13,9% (n=11) dos casos em 79 mortes. Considerando a mortalidade geral do município, os dados indicam que o câncer é responsável, em média, por 23,15% das mortes no período estudado.

A faixa etária de maior ocorrência dos óbitos foi a de 61 a 75 anos, com 41,6% dos registros (n=64), seguida de 76 anos ou mais com 26% dos casos (n=40), 24% possuíam idade entre 46 e 60 anos (n=37) e 8,4% idade entre 31 e 45 anos (n=13).

Com relação à idade em que ocorreram os óbitos, observamos que 31 anos foi a idade mínima e 92 anos a máxima. A média de idade foi de 68 anos, enquanto a moda foi de 76 anos, ou seja, a idade em que o câncer se apresentou mais freqüente. Estes dados apontam para o fato de que há um predomínio de pessoas idosas dentre os que morreram por câncer, pois considerando aqueles que tinham mais de 60 anos, temos 67,6% de óbitos (n=104). Este fato pode estar relacionado ao aumento da expectativa de vida da população devido, em grande parte, ao controle das doenças infecto-parasitárias. Observa-se, portanto, com o avançar da idade, um aumento das doenças crônico-degenerativas, em que está incluído o câncer.

De acordo com Hallal, Gotlieb e Latorre (2001), as possibilidades de se morrer por câncer aumentam com a idade porque com o passar do tempo prolongam-se e se acumulam experiências carcinogênicas que podem desencadear disfunções celulares e multiplicação atípica. Por isso o câncer predomina em pessoas de idades mais avançadas e estudar tal patologia, seja em que região for, dependerá da composição etária de seus habitantes.

Podemos verificar que a raça de maior ocorrência de óbitos foi a branca, com 57,2% dos casos (n=88). Em 30,5% (n=47) dos casos não foi especificada a raça da pessoa porque durante o período estudado ocorreram modificações no modelo de Declaração de Óbito, sendo incluído o item raça no formulário. A raça parda apresenta-se em 9,7% dos casos (n=15) e a raça preta teve o menor percentual, 2,6% (n=4). Estes dados revelam que há um predomínio da raça branca no total dos óbitos devido ao fato de a população do município ser composta basicamente por descendentes de alemães, italianos, portugueses e poloneses.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), hoje, o Rio Grande do Sul tem o segundo menor índice de miscigenação do

país. Dos 9,13 milhões de gaúchos do Censo de 1991, apenas 394 mil (4,31%) são negros e 766,62 mil (8,38%), mestiços. Somados, negros e mestiços representam 12,62%, em meio a 7,94 milhões de brancos (86,9% do total). Os demais são orientais e índios.

O local de ocorrência dos óbitos por câncer no município de Santo Augusto é apresentado na Figura 3.

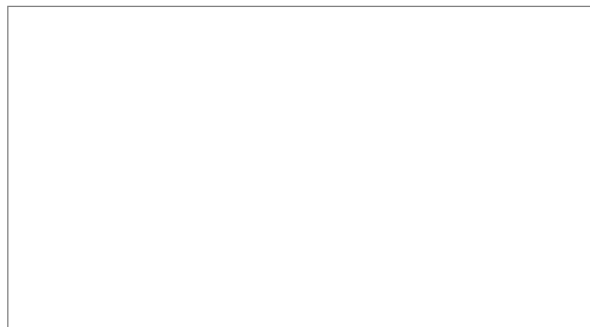
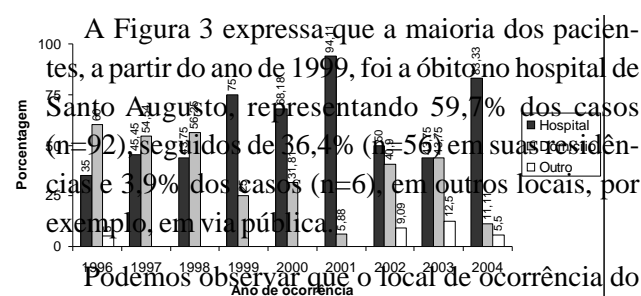


Figura 3: Distribuição do número de óbitos por câncer no município de Santo Augusto segundo o local de ocorrência (1996-2004). Ijuí, 2006.

Fonte: Declarações de óbitos. Cartório de Registro de Pessoas e Imóveis. Santo Augusto/RS, 2006.



Podemos observar que o local de ocorrência do óbito, considerando os resultados mais expressivos, refere-se a óbitos hospitalares e domiciliares e que com o passar dos anos há um aumento dos óbitos hospitalares. Este fato, a nosso ver, pode estar relacionado, em muito, à popularização dos cuidados paliativos que são oferecidos ao doente na fase terminal e que ocorrem quase que exclusivamente em ambiente hospitalar.

O conceito de cuidados paliativos remete-nos a ações que visam a propiciar o controle da dor, alívio dos sintomas e qualidade de vida para os pacientes que padecem de doenças crônico-evolutivas em fase avançada, constituindo-se este um direito de todos os pacientes e dever de cada profissional de saúde e toda a comunidade (Oncoguia, 2006).

Com relação à variável sexo, observamos que há uma pequena supremacia dos homens em relação às mulheres, uma vez que a frequência de óbitos masculinos é de 58,4% (n=90) e femininos 41,6% (n=64). Os números encontrados seguem o padrão nacional, em que, em geral, os homens são mais acometidos por esta doença que as mulheres (Brasil, 2003).

De acordo com o IBGE (2002), a população feminina de Santo Augusto é de 7.321 mulheres e a população masculina é de 7.086 homens. Não fica aqui comprovada diferença significativa com relação ao sexo, posto que este estudo é apenas descritivo e não foram realizados testes estatísticos que permitissem confirmar essa informação.

Relacionando as variáveis sexo e idade, os dados reforçam as estatísticas de que os óbitos por câncer prevalecem em homens na faixa etária considerada idosa. Segundo Kligerman (2002), os tipos de câncer que afetam os homens são, geralmente, mais letais. Além disso, as mulheres cuidam melhor da saúde, têm mais disciplina em relação aos exames periódicos e enfrentam melhor a doença, enquanto muitos homens só procuram ajuda quando o tumor já está em fase avançada, o que resulta em maior mortalidade.

No que se refere à escolaridade, constatamos que a maioria dos óbitos ocorreu em indivíduos que possuíam o primeiro grau, equivalente hoje ao Ensino Fundamental, somando 63% dos casos (n=97). Em seguida, 23,4% dos casos (n=36) foram de pessoas sem nenhuma instrução. Apenas 3,2% dos casos (n=5) tinham grau superior e 0,6% dos casos (n=1) com segundo grau ou Ensino Médio. Em 9,7% dos casos (n=15) não foi possível identificar a escolaridade. Estes dados demonstram, no geral, um baixo grau de instrução dos indivíduos que foram a óbito por câncer, uma vez que 86,4% dos registros apontam para uma escolaridade inferior a oito anos de estudo.

Considerando a faixa etária, podemos inferir que, segundo Perlini (2002), em se tratando de pessoas idosas, a pouca escolaridade pode estar associada à dificuldade encontrada por essas pessoas para es-

tudar. Esta dificuldade pode estar relacionada ao acesso, que nas comunidades rurais, no início dos anos 40, era muito restrito, além do que a valorização do trabalho na agricultura ou outros serviços era o que rendia financeiramente e gerava o sustento da família.

Este aspecto relacionado à escolaridade é importante no sentido de que muitas atitudes em relação à prevenção, ao diagnóstico precoce e mesmo ao tratamento têm relação direta com o nível educacional das pessoas, pois se elas têm acesso às informações e conseguem compreendê-las poderão desenvolver ações no sentido de cuidarem de sua saúde e buscar recursos para mantê-la.

Segundo Collucci (2004), a baixa escolaridade pode estar relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à falta de informação sobre os fatores de risco e os métodos de prevenção dos diversos tipos de tumores e até à negação da possibilidade de ter câncer. Na avaliação deste autor, se forem identificados os fatores socioeconômicos que podem influenciar no desenvolvimento da doença e no seu diagnóstico, será possível planejar intervenções para reduzir essas disparidades e obter melhores taxas de sobrevivência.

Observamos que entre as pessoas que foram a óbito por neoplasia maligna, o universo dos casados representa a maioria dos casos, 59,1% (n=91). Logo depois, com 24,7% dos casos (n=38), aparecem os viúvos, seguidos de 9,1% dos casos de solteiros (n=14). Com pouca expressão seguem as pessoas separadas e aquelas cujo estado civil não foi possível identificar. A maioria das mortes ocorreu na faixa etária acima de 60 anos, constatando-se também que esses indivíduos eram casados. Não encontramos na literatura, entretanto, referência entre o adoecimento por câncer e o estado civil.

Podemos verificar, no que se refere à ocupação, que se sobressaem os aposentados entre os registros, representado 63,6% dos casos (n=98). Em segundo lugar aparecem os indivíduos que desenvolviam atividades domésticas no próprio lar, representando 16,2% (n=25). Em terceiro lugar estão os indivíduos que trabalhavam na área agrícola, com

9,1% dos casos (n=14). Os demais óbitos, totalizando 11% dos indivíduos (n=17), tinham ocupações como serviços gerais, comerciário/vendedor, motorista/operador de máquina, hidroelétrico/costureira/industrial/ bombeiro/ pedreiro e vigilante.

Pelos dados obtidos não podemos afirmar que exista alguma relação entre a ocupação e o câncer, pois o número de aposentados é majoritário, não revelando a ocupação exercida anteriormente. Isso ocorre devido à forma de preenchimento da declaração de óbito, cujo formulário não solicita esta informação de modo específico.

O número expressivo de aposentados reforça que o câncer intensifica seu aparecimento com o avançar da idade. De acordo com Brandão et al (2002), o envelhecimento traz mudanças nas células, que ampliam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê desta enfermidade ser mais freqüente nesses indivíduos.

Por outro lado, a literatura mostra a relação entre alguns tipos de câncer e a ocupação. O câncer de pele está mais presente entre os trabalhadores que permanecem mais tempo expostos ao sol e que têm a pele branca; também pode aumentar a incidência dos casos de câncer o contato com produtos químicos, porém em nosso estudo não foi possível identificar esta associação entre os agricultores e outras ocupações.

Os dados referentes à localização da neoplasia são apresentados na Figura 4. De forma mais significativa o pulmão aparece como o local mais acometido por câncer nas pessoas que foram a óbito em Santo Augusto, no período estudado, com 21 casos, representando 13,6%, seguido do câncer de próstata, que apresentou 19 casos, 12,3%, e de estômago, perfazendo 9,8% dos óbitos, 15 indivíduos. Ainda chama a atenção os casos de câncer de colo de útero e esôfago, que aparecem respectivamente com 13 e 12 casos, representando um percentual de 8,4% e 8% dos casos.

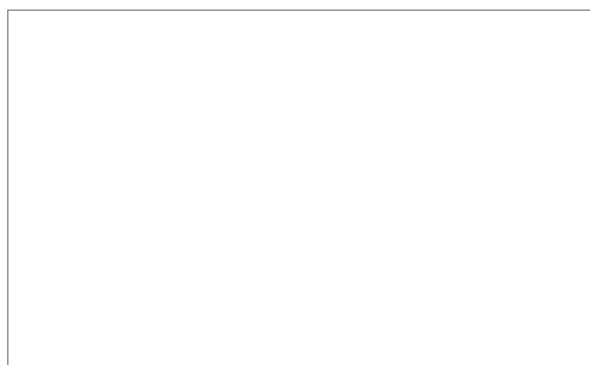
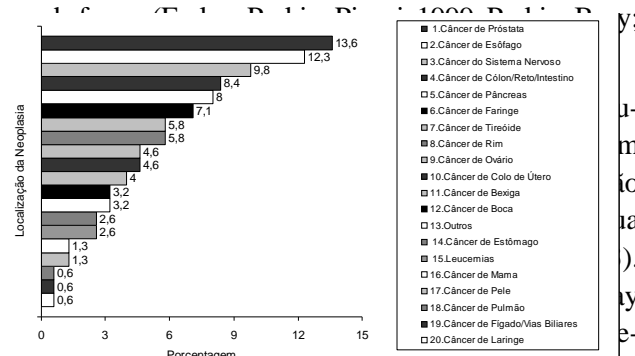


Figura 4: Distribuição do número de óbitos por câncer no município de Santo Augusto segundo a localização da neoplasia (1996-2004). Ijuí, 2006.

Fonte: Declarações de óbitos. Cartório de Registro de Pessoas e Imóveis. Santo Augusto/RS, 2006.

Em relação ao câncer de pulmão, a literatura destaca que este continua a ser o tipo mais incidente no mundo (12,3% de todos os casos novos), sendo também a causa mais freqüente de mortes por câncer. O câncer de pulmão de células não pequenas corresponde a 80% e de células pequenas a 20%. A mortalidade pelo câncer de células pequenas em 90% dos casos atribui-se relação com o hábito



freqüente de casos de neoplasia maligna no mundo, e a terceira causa de morte mais freqüente entre os homens.

A detecção do câncer de próstata vem crescendo significativamente, o que pode, em parte, ser atribuído à introdução de modalidades diagnósticas, como a utilização do teste do Antígeno Prostático Específico (PSA, sigla em inglês) e ao aumento da expectativa de vida da população. As causas ainda permanecem desconhecidas, porém várias pesquisas mostram que homens com história familiar de câncer de próstata têm o risco aumentado, sem deixar claro se por fatores genéticos ou ambientais. Alguns estudos sugerem que dieta rica em gordura

e carne vermelha aumentaria o risco de desenvolver o câncer de próstata, enquanto a ingestão de frutas e vegetais e exercícios físicos regulares ofereceriam alguma proteção. Não está claro, até o momento, se programas de prevenção secundária para este tipo de câncer produzem algum efeito sobre a magnitude das taxas de mortalidade. Atualmente estão sendo conduzidos dois ensaios clínicos controlados nos Estados Unidos e na Europa com o objetivo de avaliar a efetividade do diagnóstico precoce por meio do teste de PSA na redução da mortalidade por câncer de próstata (Brasil, 2003).

Outro fator que devemos considerar em relação ao câncer de próstata é que, quando detectado em fase inicial, há grande chance de cura, porém o preconceito e a não-incorporação de hábitos preventivos fazem com que a maioria dos homens geralmente procurem os serviços de saúde quando apresentam sintomas obstrutivos ao fluxo urinário, isto é, em estágio avançado da doença.

As taxas de mortalidade por câncer de colo uterino continuam moderadamente altas no Brasil, ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos. O câncer do colo de útero ainda é relevante, em termos de casos novos e de morte por câncer no mundo, principalmente por conta das estatísticas referentes aos países em desenvolvimento (Parkin; Bray; Devesa, 2001).

As taxas de sobrevivência variam entre as regiões de maior e menor desenvolvimento, porém este câncer também é considerado de bom prognóstico, se detectado e tratado oportunamente. Assim como o câncer de mama ou de próstata, que foi discutido anteriormente, o cenário se repete pelo fato de o diagnóstico ser frequentemente realizado em fase tardia da doença.

A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV, sigla em inglês) tem sido descrita como fator necessário para a ocorrência do câncer de colo de útero. Entre os co-fatores que se associam e aumentam o risco de desenvolver este câncer encontram-se a idade prematura de início da vida sexual, multiplicidade de parceiros, co-infecção pelo HIV e o tabagismo. Para a prevenção primária do câncer de colo de útero, assim como para a prevenção secundária

de seus estágios iniciais, a estratégia atualmente reconhecida é a detecção precoce por meio do exame preventivo de Papanicolau periódico (Brasil, 2003).

O câncer de estômago permanece como a segunda causa de óbito mais ocorrente no mundo (Ferlay; Parkin; Pisani, 1999; Parkin; Bray; Devesa, 2001). Tem se observado, no entanto, uma queda nas taxas de incidência e mortalidade. No Brasil também se constata uma diminuição temporal das taxas de mortalidade por este tumor. O mesmo decréscimo parece também estar ocorrendo com relação à incidência, possivelmente refletindo mudanças de hábitos alimentares da população e das facilidades para a conservação dos alimentos, ou uma diminuição da prevalência do possível agente causador, a *Helicobacter pylori*.

O câncer no esôfago é considerado, no Brasil, a sexta causa de câncer no sexo masculino e oitava no sexo feminino, sendo a quarta causa de morte entre homens e sétima entre mulheres (Brasil, 2003). Está associado ao tabagismo, ao alcoolismo e, no Rio Grande do Sul, ao hábito de tomar chimarrão (Dietz; Pardo; Furtado; Harzheim; Furtado, 1998).

A ingestão de bebidas muito quentes, como mate ou chimarrão, pode ser fator de risco para câncer de esôfago, embora esta variável mostre, em algumas pesquisas, uma associação não muito clara com esse tipo de tumor. O estudo realizado por Dietz, Pardo, Furtado, Harzheim e Furtado (1998) encontrou associação significativa, independentemente do volume diário ingerido. Estudos revelam, no entanto, que existe o que se chama de curva dose-resposta, ou seja, quanto mais se toma chimarrão mais risco se tem de desenvolver câncer de esôfago (ABC da Saúde, 2006). Diminuir a ingestão de bebidas muito quentes constitui-se uma forma de proteger o indivíduo de desenvolver esse tipo de tumor.

## Conclusão

Com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes que foram a óbito por câncer no município de Santo Augusto/RS no período de 1996 a 2004, realizamos



uma investigação coletando informações nos registros de óbitos do Cartório de Registros Públicos do referido município. Com esta causa *mortis* encontramos 154 registros, os quais constituem a amostra do estudo.

O perfil das pessoas que foram óbito por câncer pode ser descrito da seguinte forma: pessoas na faixa etária de 61 a 75 anos (41,6%), de raça branca (57,1%), do sexo masculino (58,4%), com grau de escolaridade relativo ao Ensino Médio (87%), casadas (53,9%), aposentadas (63,6%), cujo local de ocorrência dos óbitos foi o hospital (59,7%) e em relação à localização das neoplasias, o pulmão aparece como o local mais acometido por câncer, seguido de próstata (12,3%), estômago (9,8%) e colo de útero (8,6%).

Cruzando a variável localização do câncer com a variável sexo, temos como resultado que no sexo masculino predominam neoplasias de próstata (12,3%), seguida de pulmão (9,7%), esôfago (6,5%) e estômago (5,8%), enquanto no sexo feminino prevalece o câncer de colo de útero (8,4%), mama (5,8%), seguido de pulmão (3,9%) e estômago (3,9%) e, em quarto lugar, câncer de esôfago (1,3%).

Consideramos, a partir desta investigação, que algumas questões permanecem sem respostas e merecem ser aprofundadas. Os dados da declaração de óbito por si só são limitantes, exigindo informações provenientes de outras fontes para preencher estas lacunas, como no que diz respeito à identificação de fatores associados ao câncer, tanto do ponto de vista interno, isto é, dos aspectos relativos à predeterminação genética e à capacidade de o organismo se defender das agressões do ambiente, quanto externo, que se refere ao meio ambiente, hábitos e costumes sociais e culturais, e ao estabelecimento de uma possível relação causal entre a ocupação e o câncer na população do município estudado. Importante destacar que os fatores de risco para o câncer são, em sua maioria, considerados evitáveis, uma vez que permitem o desenvolvimento de ações para a prevenção primária.

Assim, acreditamos que seja possível o desenvolvimento de programas de prevenção que possam qualificar os serviços por meio de ações que visem

a oferecer informação a fim de conscientizar as pessoas quanto aos fatores causais de câncer, principalmente porque os tipos de maior incidência em Santo Augusto podem ser diminuídos com cuidados relacionados a hábitos de vida, alimentação, chimarrão, cuidados pessoais e exames preventivos, como de próstata, mama e colo uterino. Este tipo de trabalho poderia ser feito com adultos, mas principalmente com as crianças nas escolas, porque informações básicas sobre saúde, fornecidas de maneira simples, não só influenciam a maneira de viver, como as fazem também portadoras e transmissoras dessas informações para seus pais e para a comunidade em que estão inseridas, contribuindo para a modificação deste perfil ao longo dos anos.

Acreditamos, também, que ações relacionadas ao diagnóstico precoce realizadas por meio do exame de pessoas assintomáticas, ou seja, da captação oportunística, constitui-se em outra importante estratégia, além da sensibilização dos profissionais que atuam na área da saúde para que, pelo conhecimento dos dados epidemiológicos do município, dos fatores de risco associados ao câncer e dos sinais e sintomas dos cânceres de maior incidência, procurem estar atentos as pessoas que se encontram na unidade de saúde por qualquer outra razão, orientando-as e encaminhando-as quando necessário.

Gostaríamos que este breve estudo servisse de subsídio para o desenvolvimento de novos processos de trabalho que favoreçam a qualificação da assistência que é prestada hoje às pessoas com neoplasias, principalmente no sentido de identificar a patologia o mais precocemente possível.

## REFERÊNCIAS

ABC DA SAÚDE. *Prevenção de câncer de esôfago*. 2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?336>>. Acesso em: 17 fev. 2006.

BITTENCOURT. R.; SCALETZKY. A.; BOEHL. J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública de Porto Alegre-RS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 50(2): p. 95-101, abr./jul. 2004.

BRANDÃO, C. L. C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC – FMUSP. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, 2(2), 2002. Disponível em: <[http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092002000100007&lng=pt&nrm=is](http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092002000100007&lng=pt&nrm=is)> Acesso em: 15 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – Inca. *Estimativa 2005 – incidência de câncer no Brasil*. Inca, 2005a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/conteudoview.asp?ID=2>>. Acesso em: 17 maio 2005.

\_\_\_\_\_. *O que é câncer*. Inca, 2005b. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 3 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. *Câncer no Brasil – dados dos registros de base populacional*. Inca, 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/regpop/2003/conteudo\\_view.asp?ID=11](http://www.inca.gov.br/regpop/2003/conteudo_view.asp?ID=11)>. Acesso em: 3 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2005.

\_\_\_\_\_. *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 1997. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2005.

\_\_\_\_\_. *Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas*. Datasus, s.d.a. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/RS/RS\\_Santo\\_Augusto\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/RS/RS_Santo_Augusto_Geral.xls)>. Acesso em: 17 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. *Sistema de informação sobre mortalidade*. Datasus, s.d.b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 8 ago. 2005.

COLLUCCI, C. Baixa escolaridade reduz cura de câncer. *Folha de São Paulo*. São Paulo (SP), 2004, jun. Disponível em: <[http://www.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/cbn/comunidade\\_150604shtml.htm](http://www.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/cbn/comunidade_150604shtml.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2006.

DIETZ, J.; PARDO S. H.; FURTADO C. D.; HARZHEIM E.; FURTADO A. D. Fatores de risco relacionados ao câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (4): p. 269-272, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n4/1892.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2006.

FERLAY, J.; PARKIN, D. M.; PISANI, P. Global Cancer Statistics. CA – *A Cancer Journal for Clinicians*, 49(1): p. 33-64. 1999.

HALLAL, A. I. C.; GOTLIEB, S. L. D.; LATORRE, M. R. D. O. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 4 (3): p. 168-177, nov. 2001.

[IBGE] FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores Sociais: Censo Demográfico*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>>. Acesso em: 5 fev. 2006.

KLIGERMAN, J. *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas>>. Acesso em: 15 maio 2005.

ONCOGUIA. *Cuidados paliativos*. 2006. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br/dor/home.asp>>. Acesso em: 3 fev. 2006.

PARKIN, D. M.; BRAY, F. I.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer*, 37: S4-S66. 2001.

PERLINI, L. M. T. *A unidade de produção familiar diante das estratégias adotadas pelos agricultores: um estudo de caso na região de Ijuí-RS*. Santa Cruz do Sul: Unisc, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2002. 121 p. (Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional).

SILVA, M. G. Ganhos potenciais em vida com a exclusão das mortes por neoplasias malignas em Fortaleza. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, 47(4): p. 413-424, out./nov. 2001.