

artigo

DÉBORA SANTOS DA SILVA*, INÊS ECHENIQUE MATTOS** E LILIANE REIS TEIXEIRA***

Mortalidade por câncer infantojuvenil: entenda a queda

O câncer da infância consiste em um conjunto de neoplasias raras, de etiologia pouco conhecida, e corresponde a 3% de todos os casos de neoplasias no mundo (Curado et al., 2007; Kaatsch, 2010). Devido à redução da mortalidade por doenças transmissíveis, o peso do câncer no conjunto de causas de morte na infância aumentou e este se tornou uma das principais causas de óbito nesse grupo etário (Bosetti et al., 2010). Acrescido a isso, a desigualdade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento em serviços especializados contribui para que o câncer na infância seja hoje um importante problema de saúde pública.

A incidência anual do câncer infantil no mundo vem se estabilizando desde 1990 e varia entre 70 e 160 casos por milhão de habitantes menores de 15 anos nos Estados Unidos e na Europa (Linabery e Ross, 2008). No Brasil, as taxas de incidência em diversas capitais que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) variam segundo região geográfica, sendo, em algumas localidades, maiores que as dos países desenvolvidos, porém mostram frequentes oscilações. Em Goiânia, por exemplo, a

incidência no período de 1989 a 1996 foi de 119/1 milhão para o sexo masculino e 126/1 milhão para sexo feminino; e, entre 2000 e 2003, foi de 249,62/1 milhão em meninos e 212,14/1 milhão em meninas (Braga et al., 2002; Linabery e Ross, 2008).

De modo geral, foi observado declínio da mortalidade por câncer em menores de 15 anos na União Europeia de 2 a 4% no período de 1970 a 2007, com variação entre as regiões. Declínio similar foi registrado no Japão entre 1970 e 2006 (Curado et al., 2007; Yang et al., 2009). Nos Estados Unidos, também observou-se decréscimo acentuado das taxas de mortalidade em menores de 20 anos de 1975 a 1996 (Smith et al., 2010).

No nosso país, onde os dados de incidência ainda não são consistentes, os estudos epidemiológicos sobre câncer na infância valem-se das taxas de mortalidade para avaliar o impacto da doença. Devido às diferenças regionais e de implantação do sistema integrado do Registro de Câncer de Base Populacional, não existe disponibilidade de série histórica de incidência de câncer na infância. Portanto, a análise das tendências de mortalidade por tipo de neoplasia

*Enfermeira do INCA, mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

**Pesquisadora da ENSP/Fiocruz, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP

*** Pesquisadora da ENSP/Fiocruz, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

hematológica pode fornecer subsídios para avaliação da efetividade das estratégias de detecção precoce e intervenção, voltadas para esse grupo, que vêm sendo executadas no Brasil (Monteiro et al., 1997).

Como estudos epidemiológicos sobre câncer pediátrico são escassos em relação aos realizados em adultos, nossa pesquisa teve o objetivo de analisar a tendência de mortalidade por câncer da infância no País e nas suas cinco regiões geográficas e descrever a tendência de mortalidade por leucemias e linfomas no Brasil e nas capitais brasileiras que dispõem de RCBP.

TENDÊNCIA ENTRE OS MENORES DE 20 ANOS

Ao analisar o padrão de distribuição da mortalidade por câncer quanto ao sexo e faixa etária nas diferentes regiões brasileiras, no período de 1981 a 2008, nosso estudo revelou redução das taxas de mortalidade pela doença em menores de 20 anos. Esse declínio pode, em parte, ser explicado pela melhora na terapêutica contra o câncer, sobretudo a leucemia infantil.

As taxas de mortalidade mais elevadas foram encontradas no sexo masculino, para todas as faixas etárias estudadas, variando entre 53,76/1 milhão e 48,37/1 milhão nos quadriênios 1981-1984 e 2005-2008. Crianças menores de um ano e entre 1 e 4 anos apresentaram tendência decrescente e constante da mortalidade pela doença durante todo o período analisado. Na estratificação por sexo, o estudo mostra tendência de declínio dos índices de mortalidade pela doença, com estabilização no fim do período, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino em menores de 20 anos.

Em relação às regiões geográficas, os resultados divergem: o Norte e o Nordeste apresentaram aumento da magnitude das taxas de mortalidade pela doença; enquanto nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste houve tendência de declínio. Os achados sugerem a existência de diferenças no acesso ao diagnóstico e tratamento para a doença no País. Quanto aos tipos de neoplasias, predominaram as leucemias, com variação de 30 a 33% durante todo o período do estudo, seguido das neoplasias do sistema nervoso central, com taxa de 17 a 21%, e dos linfomas não-Hodgkin, que variaram de 6,9% a 5,7% entre 1996 e 2008.

No que se refere à mortalidade por linfoma em menores de 20 anos no Brasil, entre 1996 e 2008, os resultados também foram otimistas, revelando tendência de declínio das taxas de óbito no período, com variação somente entre as faixas de idade analisadas. Nesse tipo neoplásico, houve redução das taxas de mortalidade para todos os grupos etários estudados,

exceto para o entre 10 e 14 anos. Já para as leucemias não houve modelo estatisticamente significativo. As taxas de mortalidade foram mais altas para todo o período e faixas etárias estudadas, com índices mais elevados em crianças de até 4 anos.

Os achados ainda indicam variação da tendência da mortalidade por leucemia e linfoma segundo as capitais brasileiras, refletindo possíveis iniquidades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento das duas doenças. Houve declínio da mortalidade por leucemia na maioria das capitais estudadas, exceto Belém, João Pessoa e Palmas, que apresentaram crescimento de óbitos pela neoplasia. Para os linfomas, o estudo apontou redução das taxas de mortalidade em Belém, Campo Grande e São Paulo.

Os serviços especializados para o tratamento ao câncer estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste, o que pode explicar, em parte, o declínio da mortalidade por leucemias e linfomas nas capitais localizadas nessas regiões, afirmam as estudosas, que também atribuem o aumento da mortalidade em algumas capitais à melhora da qualidade da certificação do óbito nessas cidades. Diante dos resultados, é importante reduzir as iniquidades geográficas, garantindo o acesso aos centros especializados para o diagnóstico precoce e o tratamento de qualidade, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do País. ■

REFERÊNCIAS

- Bosetti, C.; Bertuccio, P.; Chatenoud, L.; Negri, E.; Levi, F.; La Vecchia, C. Childhood cancer mortality in Europe, 1970–2007. *Eur J Cancer*. 2010;46:384 - 94.
- Braga, P. E.; Latorre, M. R. D. O.; Curado, M. P. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):33-44.
- Curado, M. P.; Edwards, M. B.; Shin, H. R.; Storm, H.; Ferlay, J.; Heanue, M.; Boyle, P. et al. *Cancer Incidence in Five Continents*, Volume IX. Lyon: IARC, 2007.
- Kaatsch, P.; Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treat Rev*. 2010 Jun; 36(4):277-85.
- Linabery, A. M.; Ross, J. A.; Trends in childhood Cancer incidence in the U. S. (1992-2004) *Cancer*. 2008;112:416-32.
- Monteiro, G. T. R.; Koifman, R. J.; Koifman, S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(1 Suppl) 39-52.
- Smith, M. A.; Seibel, N. L.; Altekruse, S. F.; Ries, L. A. G.; Melbert, D. L.; O'Leary, M. et al. Outcomes for Children and Adolescents With Cancer: Challenges for the Twenty-First Century. *J Clin Oncol*. 2010 Apr;19:1-11.
- Yang, L.; Fujimoto, J.; Qiu, D.; Sakamoto, N. Childhood cancer in Japan: focusing on trend in mortality from 1970 to 2006. *Ann Oncol*. 2009;20:166-74.