



MORTALIDADE EM CAMPINAS

Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no município de Campinas

Boletim de Mortalidade nº. 50

MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA

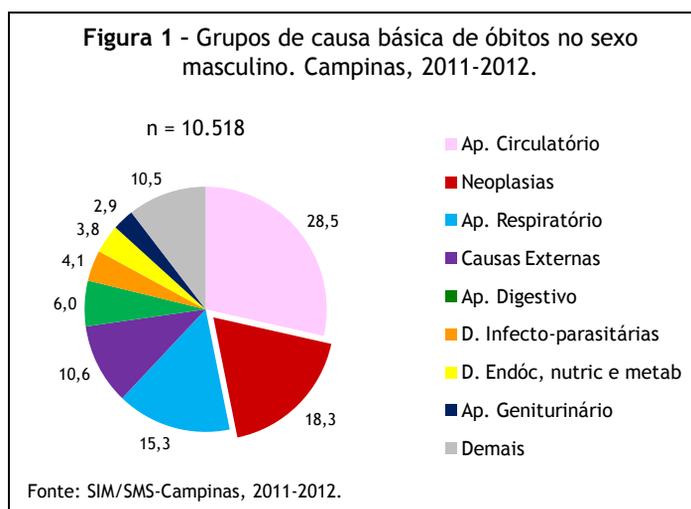
Publicado em agosto/2013

Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Campinas
Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DSC/FCM/UNICAMP



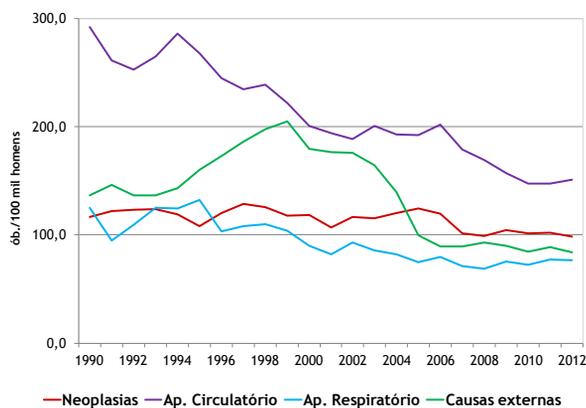
Mortalidade por câncer de próstata

Com o envelhecimento da população proporcionado pelo declínio das taxas de mortalidade e o decorrente aumento da esperança de vida, as doenças que afetam os idosos ganharam ainda maior proeminência no perfil de causas de mortalidade da população. Entre essas doenças destacam-se pela frequência as cardiovasculares e o câncer. Em relação às neoplasias, importantes avanços nas técnicas diagnósticas têm viabilizado detecções mais precoces dos tumores, e inovações em procedimentos terapêuticos têm ampliado os percentuais de cura e o tempo de sobrevivência dos pacientes. Entretanto, garantir o acesso universal e apropriado aos recursos diagnósticos e terapêuticos, de forma a assegurar a atenção oportuna e de boa qualidade aos pacientes com neoplasias, persiste como enorme desafio aos gestores e profissionais da saúde.



Em 2011-12, as neoplasias representaram 18,3% dos óbitos ocorridos na população do sexo masculino de Campinas, posicionando-se como a segunda causa de mortalidade (figura 1). Entre 1990 e 2004, as neoplasias ocupavam o 3º. ou o 4º. lugar, superadas pelas doenças cardiovasculares, pelos acidentes e violências, e em alguns anos também pelas doenças respiratórias (figura 2). Importante observar nessa figura que o declínio intenso das taxas de morte por doenças cardiovasculares, não aconteceu com as taxas de neoplasias, que vêm apresentando redução mais discreta e períodos de estabilidade, fazendo com que as taxas destes dois importantes grupos de óbitos estejam muito mais próximas hoje do que estiveram em 1990 (figura 2). A proporção das mortes por neoplasias, em relação ao total de óbitos, varia entre 13,6% na faixa de 40 a 49 anos de idade, e 26,3% no grupo de 60 a 69 anos (figura 3).

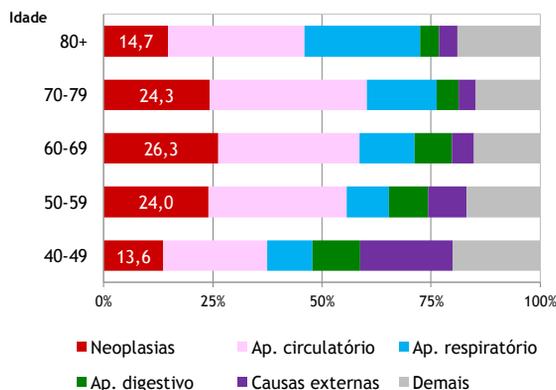
Figura 2 - Coeficientes padronizados* de mortalidade no sexo masculino pelos principais grupos de causas de óbitos. Campinas, 1990-2012.



Fonte: SIM/Datasus, 1990-2010; SIM/SMS-Campinas, 2011-2012; População/Datasus, 1990-2012.

* Padronização pelo método direito. População padrão: Campinas 2000.

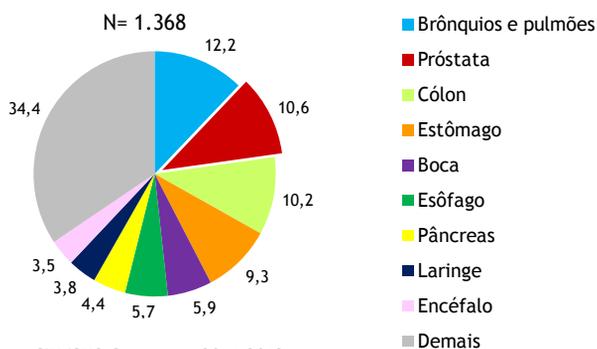
Figura 3 - Percentual de óbitos segundo causa básica e idade em homens. Campinas, 2011-2012.



Fonte: SIM/SMS-Campinas, 2011-2012.

O câncer de próstata responde por 10,6% das mortes por neoplasias no sexo masculino, sendo o segundo mais frequente com uma proporção apenas um pouco inferior que a verificada para o câncer de brônquios e pulmões (figura 4). Estas duas localizações de neoplasias, acrescidas dos cânceres de cólon, estômago, boca e esôfago constituem cerca de metade das mortes por neoplasia dos moradores do sexo masculino de Campinas.

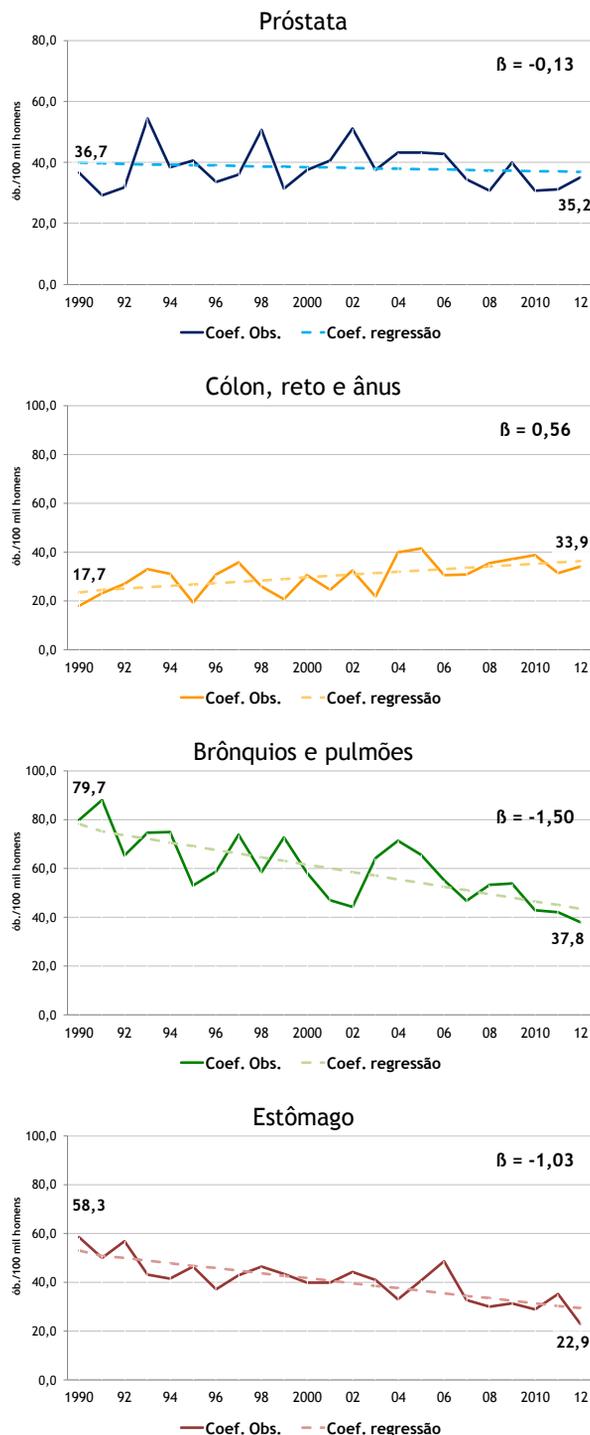
Figura 4 - Mortes por neoplasias segundo localização no sexo masculino. Campinas, 2011-2012.



Fonte: SIM/SMS-Campinas, 2011-2012.

Considerando os valores dos triênios inicial e final do período de 1990 e 2012, o risco de óbito pelo câncer de próstata apresentou pequeno declínio de 4,1%, verificado especialmente após o ano de 2000 (figura 5).

Figura 5 - Tendência dos coeficientes padronizados* de mortalidade por alguns tipos de neoplasias entre homens com 40 anos de idade ou mais. Campinas, 1990-2012.



Fonte: SIM/Datasus, 1990-1999; SIM/SMS-Campinas, 2000-2012; População/Datasus, 1990-2012.

* Padronização pelo método direito. População padrão: Campinas 2000.

Decréscimos mais acentuados foram observados para o câncer de pulmão (52,6%) e de estômago (60,7%), enquanto aumento importante nesse período foi constatado para o câncer de colon e reto (91,1%) (**figura 5**).

O risco de morte por câncer de próstata cresce de forma intensa com a idade; a taxa de 2,8 óbitos por 100.000 habitantes da faixa de 40 a 59 anos eleva-se para 446,7 óbitos por 100.000 habitantes nos idosos com 80 anos ou mais, nos dados de 2009-11 (**tabela 1**). Entre os triênios 1999-2001 e 2009-2011, as taxas declinaram em todos os grupos de idade, com exceção da faixa etária de 70-79 anos em que houve um aumento de 8,2% (**tabela 1**).

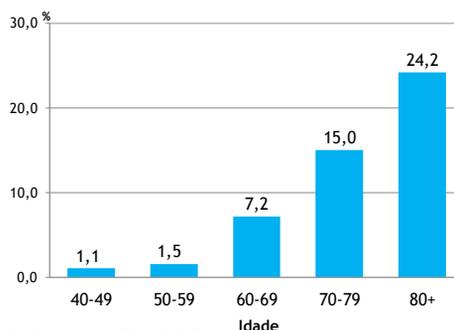
Tabela 1 - Coeficientes de mortalidade por neoplasia de próstata (por 100 mil homens) segundo grupos etários. Campinas, 1999-2001 e 2009-2011.

Idade	1999-2001		2009-2011		Variação (%)
	N.	CEM	N.	CEM	
40-59	10	3,3	11	2,8	-13,5
60-69	30	42,1	32	32,5	-22,8
70-79	55	153,2	86	165,8	8,2
80+	54	452,6	89	446,7	-1,3
Total	149	35,2	218	39,1	11,1

Fonte: SIM/Datasus, 1999-2001 e 2009-2011; População/Datasus, 2000 e 2010.

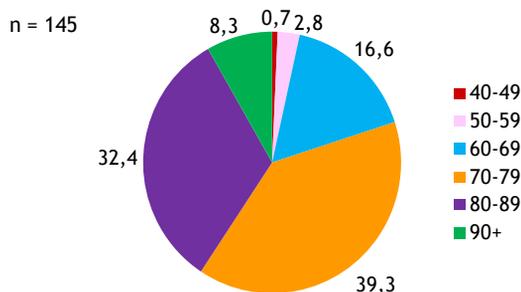
A neoplasia maligna de próstata representa apenas 1,1% das mortes por câncer em homens com menos de 50 anos de idade, mas responde por cerca de um quarto delas (24,2%) no segmento com 80 anos ou mais (**figura 6**). Nos anos de 2011 e 2012, ocorreram nos moradores de Campinas 145 óbitos por câncer de próstata, dos quais 40,7% em homens com 80 anos ou mais, 39,3% entre 70 e 80 anos e 20,1% em homens com menos de 70 anos de idade (**figura 7**).

Figura 6 - Percentual de óbitos por câncer de próstata entre as mortes por todas as neoplasias em homens, segundo faixa etária. Campinas, 2011-2012.



Fonte: SIM/SMS-Campinas, 2011-2012.

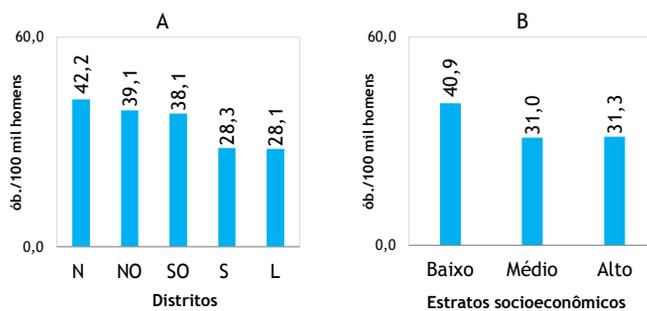
Figura 7 - Distribuição (%) dos óbitos por câncer de próstata segundo faixa etária. Campinas, 2011-2012.



Fonte: SIM/SMS-Campinas, 2011-2012.

Considerando-se os distritos de saúde de Campinas, a menor taxa de mortalidade por câncer de próstata foi verificada no distrito Leste, cujos moradores apresentam o melhor nível socioeconômico do município (**figura 8A**). Essa desigualdade social é constatada também na maior taxa de mortalidade dos moradores das áreas do município com pior nível socioeconômico, como constatado na **figura 8B**. É, portanto, uma neoplasia cuja mortalidade é mais elevada nos segmentos de maior vulnerabilidade social.

Figura 8- Coeficientes padronizados* de mortalidade por neoplasia de próstata em homens com 40 anos de idade ou mais, segundo distrito de saúde de residência (A) e estratos socioeconômicos das áreas de abrangência dos centros de saúde (B). Campinas, 2008/12.**



Fonte: SIM/SMS-Campinas, 2008-2012; Estratos Socioeconômicos segundo Censo 2000/SMS-Campinas; População Censo 2010 segundo áreas de abrangência dos CS e DS: CCAS/DSC/FCM/UNICAMP; População/Datasus, 2008-20012.

* Padronização por idade. População padrão: Campinas, 2010.

** CS segundo estratos socioeconômicos: **ALTO**: Aurélia, B Geraldo/Village, Centro, Conceição/B Esperança, Eulina, F Lima, Paranapanema, Taquaral/C Gomes, V União/CAIC; **MÉDIO**: 31 de Março, Anchieta/Rosália, B Vista, C Silva, Esmeraldina, Figueira, Integração, Ipê, Itajaí, J Egídeo, V Rica, O Maia, P Aquino, Perseu, S Bárbara, S Odila, S Quirino, Sousas, T Neves; **BAIXO**: (Aeroporto, Capivari, C Moura, DIC I, DIC III, Florence/Rossin, Floresta/C Grande, Ipaussurama/Satelite Íris I, Itatinga, S Antônio, S Cristóvão, S Domingos/C Belo/Fernanda, S José/N América/Oziel, S Lúcia, S Marcos/CR Amaral, S Mônica, S Vicente, U Bairros, V Alegre, Valença/S Rosa/Lisa).

Dados de outros municípios revelam Campinas com uma taxa mais favorável, um pouco inferior à observada na capital do Estado, e bem inferior às constatadas em municípios como Aracaju e Cuiabá (**tabela 2**).

Tabela 2 - Coeficientes padronizados* de mortalidade por neoplasia de próstata (por 100 mil homens de 40 anos ou mais) em cidades selecionadas, 2010.

Cidades	CM
Campinas (2009-11)	39,9
São Paulo	42,1
Rio de Janeiro	46,5
Porto Alegre	57,5
Salvador	58,9
Cuiabá	61,7
Aracaju	85,7

Fonte: SIM/Datasus, 2009-2010; SIM/SMS-Campinas, 2011; População/Datasus, 2010.

* Padronização pelo método direto. População padrão: Brasil, 2010.

Muitos pacientes com câncer necessitam ser hospitalizados em algum momento da evolução da doença. Das 1.117 internações por neoplasias de pacientes residentes em Campinas, ocorridas em hospitais públicos ou conveniados ao SUS, em 2011, 127 foram decorrentes de câncer de próstata (tabela 3).

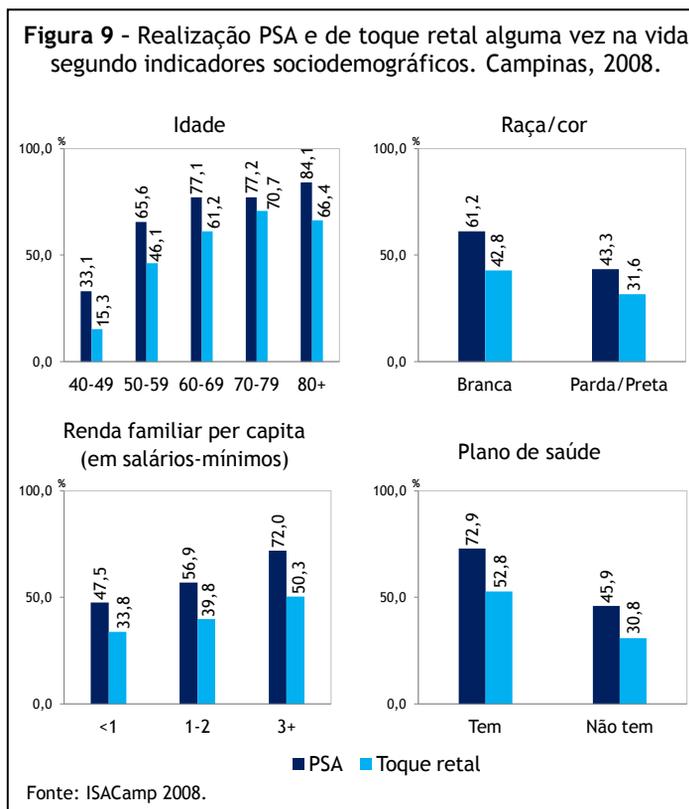
Para a detecção precoce do câncer de próstata são utilizados o teste de PSA e o toque retal. Como a acurácia desses exames (sensibilidade e especificidade) para o diagnóstico do câncer não é muito elevada, e as intervenções (biópsia, cirurgia, radioterapia, hormonioterapia) podem resultar em efeitos colaterais que acarretam prejuízos para a saúde e bem estar dos pacientes (incontinência urinária, impotência, distúrbios intestinais), às vezes superiores aos benefícios auferidos pelo tratamento, e principalmente devido à ausência de evidências de que o rastreamento com PSA de fato reduza as taxas de mortalidade por este câncer, o Ministério da Saúde do Brasil e o INCA não recomendam exames de rastreamento para este tumor. Inquérito de saúde de base populacional realizado em Campinas em 2008 pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP revelou que, mesmo na ausência de uma política de rastreamento, 65,6% dos homens com 50 a 59 anos de idade moradores de Campinas haviam feito ao menos um PSA na vida e 46,1% haviam feito ao menos uma vez toque retal.

Tabela 3 - Internações por neoplasia de próstata de residentes de Campinas, em hospitais SUS ou conveniados em 2011.

Idade	Neopl. Próstata (a)	Todas as neoplasias (b)	% Neopl. Próstata (a/b)
40-49	3	150	2,0
50-59	24	288	8,3
60-69	53	366	14,5
70-79	32	225	14,2
80+	15	88	17,0
Total	127	1117	11,4

Fonte: SIH/Datasus, 2011.

Esses valores ascendem a 84,1% e 66,4%, respectivamente, nos homens com 80 ou mais anos de idade (figura 9). A realização de PSA foi superior à de toque retal em todas as idades e ambos os exames apresentam desigualdade social na sua cobertura, sendo mais realizados nos segmentos de homens com maior renda familiar, que têm plano de saúde e de cor de pele auto-referida como branca (figura 9).



O envelhecimento da população, as taxas elevadas do risco de morte por câncer de próstata, a detecção tardia do tumor (40% em estágios avançados III ou IV segundo dados do INCA) e a persistência de um padrão masculino de maior desatenção aos problemas de saúde em comparação às mulheres, sinalizam a necessidade de aprofundar o conhecimento e discussão sobre as estratégias de diagnóstico precoce e de tratamento do tumor, de forma a assegurar aos pacientes intervenções oportunas e corretas que propiciem melhores índices de cura e oportunidades de maior sobrevivência com preservação da qualidade de vida e do bem estar.

Equipe responsável pelo Boletim:

Coordenadoria de Informação e
Informática/SMS/Campinas
saude.vitais@campinas.sp.gov.br

Dra. Solange Mattos Almeida
Dra. Maria Cristina Restitutti

Centro Colaborador em Análise de
Situação de Saúde/DSC/FCM/UNICAMP
ccas@fcm.unicamp.br

Prof. Dra. Marilisa Berti A. Barros
Dra. Leticia Marín-León
Ana Paula Belon

Consulte outros boletins nos sites: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br>
<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/>