



ESTIMATIVA | 2018

Incidência de Câncer no Brasil

**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva**





ESTIMATIVA | 2018

Incidência de Câncer no Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Estimativa | 2018
Incidência de Câncer no
Brasil

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2018

2017 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/>).

Tiragem: 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Vigilância e Análise de Situação
Rua Marquês de Pombal, 125 / 6º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ
Cep.: 20230-240
Tel.: (21) 3207-5510
E-mail: dica@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Equipe de Elaboração

Anne Karin da Mota Borges
Arthur Orlando Correa Schilithz
Fernanda Cristina da Silva de Lima
Jeniffer Dantas Ferreira
Larissa Azevedo de Moraes
Marceli de Oliveira Santos
Marise Souto Rebelo
Renata Maria de Oliveira Costa

Apoio

Tecnologia da Informação

Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica
Setor de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
Centro – Rio de Janeiro – RJ
Cep.: 20230-240
Tel.: (21) 3207-5500

Edição e Produção Editorial

Christine Dieguez

Copidesque e Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Cecília Pachá

Projeto Gráfico Original

g-dés

Normalização Bibliográfica e Ficha Catalográfica

Marcus Vinícius Silva (CRB 7 / 6619)
Apoio OPAS: carta acordo nº SCON 2016-03048

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Fox Print

Ficha catalográfica

I59e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

128 p.: il. color.

ISBN 978-85-7318-362-7 (versão impressa)
ISBN 978-85-7318-361-0 (versão eletrônica)

1. Neoplasias. 2. Epidemiologia. 3. Mortalidade. 4. Estatística. 5. Incidência. 6. Brasil. I. Título

CDD 614.5999481

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês: Estimate/2018 – Cancer Incidence in Brazil

Em espanhol: : Estimación/2018 – Incidencia de Cáncer en Brasil

Agradecimentos

Registros de Câncer de Base Populacional

Registro de Câncer de Base Populacional de Aracaju/SE

Coordenador: Carlos Anselmo Lima

Registro de Câncer de Base Populacional de Barretos/SP

Coordenadora: Allini Mafra da Costa

Registro de Câncer de Base Populacional de Belém/PA

Coordenadora: Lucrecia Aline Cabral Formigosa

Registro de Câncer de Base Populacional de Belo Horizonte/MG

Coordenadora: Berenice Navarro Antoniazzi

Registro de Câncer de Base Populacional de Campo Grande/MS

Coordenadora: Gláucia da Silva Nunes

Registro de Câncer de Base Populacional de Cuiabá/MT

Coordenador: Paulo Cesar Fernandes de Souza

Registro de Câncer de Base Populacional de Curitiba/PR

Coordenadora: Cynthia Asturian Laporte

Registro de Câncer de Base Populacional do Distrito Federal

Coordenadora: Cristiane Bastos Daniel

Registro de Câncer de Base Populacional do Espírito Santo/ES

Coordenadora: Larissa Dell'Antonio Pereira

Registro de Câncer de Base Populacional de Fortaleza/CE

Coordenadora: Miren Maite Uribe Arregi

Registro de Câncer de Base Populacional de Florianópolis/SC

Coordenadora: Cláudia Valéria Corraíola

Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia/GO

Coordenador: José Carlo de Oliveira

Registro de Câncer de Base Populacional de Jahu/SP

Coordenador: Donaldo Botelho Veneziano

Registro de Câncer de Base Populacional de João Pessoa/PB

Coordenadora: Josefa Ângela Pontes de Aquino

Registro de Câncer de Base Populacional de Manaus/AM

Coordenadora: Nayara Cabral Machado

Registro de Câncer de Base Populacional de Natal/RN

Coordenadora: Sandra Patrícia Saraiva Cipriano

Registro de Câncer de Base Populacional de Palmas/TO

Coordenadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

Registro de Câncer de Base Populacional de Poços de Caldas/MG

Coordenadora: Juliana Aparecida Loro Ferreira

Registro de Câncer de Base Populacional de Porto Alegre/RS

Coordenadora: Cristina Maria Almeida dos Santos

Registro de Câncer de Base Populacional de Recife/PE

Coordenadora: Terezinha Almeida de Aquino

Registro de Câncer de Base Populacional de Roraima/RR

Coordenadora: Janira Costa Silva

Registro de Câncer de Base Populacional de Salvador/BA

Coordenadora: Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva

Registro de Câncer de Base Populacional de Santos/SP

Coordenadora: Rute Castro Teodoro

Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo/SP

Coordenadora: Adriana de Souza

Registro de Câncer de Base Populacional de Teresina/PI

Coordenadora: Maria Amélia de Oliveira Costa

Apresentação

Ao longo dos seus 80 anos de existência, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS) faz parte da história da oncologia e da saúde pública no Brasil, atuando na formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer. Para esse campo de desempenho, as ações demandam variados graus de complexidade, sendo necessária a participação de recursos humanos com formação em diversas áreas do conhecimento, em especial da epidemiologia, estatística, informação em saúde, planejamento e gestão.

A prevenção e controle dessa doença em nosso país – de dimensões continentais e fortes diferenças regionais por abrigar uma população de comportamentos, crenças e atitudes de modo bem diversificado – representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta. A descrição da distribuição dos tipos mais incidentes de câncer, por meio do tempo, tem sido uma das principais estratégias para o estabelecimento de diretrizes em políticas públicas e, principalmente, para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer.

O registro nacional de câncer é um desafio para países em desenvolvimento, especialmente para o Brasil com suas dimensões continentais. A estratégia tem sido manter e fortalecer centros de informação (Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares – RCBP/RHC) que permitam monitorar a situação do câncer como parâmetro para todo o país; e ainda, dentro dessa lógica, por meio das estimativas de câncer, seja possível obter informações atualizadas e aplicáveis às necessidades estratégicas do país.

Nesse sentido, o Brasil produz as estimativas para a incidência de câncer desde 1995, com aprimoramento metodológico constante para o seu cálculo, a partir da melhoria da quantidade, qualidade e da atualidade das informações dos RCBP, dos RHC e do Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM). Em 2016, a partir de uma reunião técnica, que contou com a participação de profissionais das áreas de gestão, epidemiologia e estatística, o INCA incorporou a sugestão de incluir na estimativa a correção do sub-registro por causas mal definidas. Além disso, pela primeira vez, apresenta também a estimativa das taxas ajustadas de incidência de câncer.

Apesar dos desafios enfrentados, existe, nos cenários nacional e mundial, o reconhecimento de que nosso país se situa entre os que mais têm avançado na consolidação de um sistema integrado de vigilância de informações sobre câncer, tendo inclusive, nesse campo, contribuído com as experiências exitosas sobre as estimativas na região das Américas e no contexto mundial.

Assim, é com grande satisfação que apresentamos, mais uma vez, as Estimativas de Incidência de Câncer, nesta edição, para o biênio 2018-2019, produzidas pela Divisão de Vigilância e Análise de Situação da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA/MS. Esta edição representa mais uma ferramenta importante para o desenvolvimento do sistema de vigilância do câncer no país, onde o grande desafio é colocar em prática o uso dessas informações e o conhecimento da realidade do país, para que as necessidades da população sejam de fato priorizadas e atendidas pelo setor público.

Sumário

Agradecimentos	5
Apresentação	7
Lista de tabelas	11
Lista de figuras	15
Lista de siglas	23
Introdução	25
Metodologia	27
Síntese de resultados e comentários	31
Tabelas e figuras	58
Mapas	97
Referências	115
Anexo A – Projeção populacional para o ano de 2018 por Unidade da Federação, capital e Brasil	125

Lista de Tabelas

Tabela 1

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Brasil) 58

Tabela 2

Estimativas para o ano de 2018 do número de casos novos de câncer, por Estado (Brasil) 59

Tabela 3

Estimativas para o ano de 2018 do número de casos novos de câncer, por capital (Brasil) 62

Tabela 4

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Norte) 65

Tabela 5

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Acre e Rio Branco) 66

Tabela 6

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Amapá e Macapá) 67

Tabela 7

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Amazonas e Manaus) 68

Tabela 8

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Pará e Belém) 69

Tabela 9

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Rondônia e Porto Velho) 70

Tabela 10

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Roraima e Boa Vista) 71

Tabela 11

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Tocantins e Palmas) 72

Tabela 12

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Nordeste) 73

Tabela 13

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Alagoas e Maceió) 74

Tabela 14

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Bahia e Salvador) 75

Tabela 15

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Ceará e Fortaleza) 76

Tabela 16

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Maranhão e São Luís) 77

Tabela 17

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Paraíba e João Pessoa) 78

Tabela 18

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Pernambuco e Recife) 79

Tabela 19

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Piauí e Teresina) 80

Tabela 20

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Rio Grande do Norte e Natal) 81

Tabela 21

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Sergipe e Aracaju) 82

Tabela 22

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Centro-Oeste) 83

Tabela 23

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Distrito Federal) 84

Tabela 24

Estimativas para o ano 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Goiás e Goiânia) 85

Tabela 25

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Mato Grosso e Cuiabá) 86

Tabela 26

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Mato Grosso do Sul e Campo Grande) 87

Tabela 27

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Sudeste)..... 88

Tabela 28

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Espírito Santo e Vitória) 89

Tabela 29

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Minas Gerais e Belo Horizonte) 90

Tabela 30

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Rio de Janeiro e Rio de Janeiro) 91

Tabela 31

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (São Paulo e São Paulo) 92

Tabela 32

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Sul) 93

Tabela 33

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Paraná e Curitiba) 94

Tabela 34

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Rio Grande do Sul e Porto Alegre) 95

Tabela 35

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (Santa Catarina e Florianópolis) 96

Tabela 36

Distribuição das populações masculina e feminina por Unidade da Federação e Brasil 125

Tabela 37

Distribuição das populações masculina e feminina por capital 126

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Brasil)	58
Figura 2	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Norte)	65
Figura 3	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Acre e Rio Branco)	66
Figura 4	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Amapá e Macapá)	67
Figura 5	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Amazonas e Manaus)	68
Figura 6	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Pará e Belém)	69
Figura 7	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Rondônia e Porto Velho)	70
Figura 8	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Roraima e Boa Vista)	71
Figura 9	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Tocantins e Palmas)	72
Figura 10	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Nordeste)	73
Figura 11	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Alagoas e Maceió)	74

Figura 12	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Bahia e Salvador)	75
Figura 13	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Ceará e Fortaleza)	76
Figura 14	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Maranhão e São Luís)	77
Figura 15	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Paraíba e João Pessoa)	78
Figura 16	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Pernambuco e Recife)	79
Figura 17	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Piauí e Teresina)	80
Figura 18	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Rio Grande do Norte e Natal)	81
Figura 19	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Sergipe e Aracaju)	82
Figura 20	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Centro-Oeste)	83
Figura 21	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo (Distrito Federal)	84
Figura 22	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Goiás e Goiânia)	85
Figura 23	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Mato Grosso e Cuiabá)	86

Figura 24	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Mato Grosso do Sul e Campo Grande)	87
Figura 25	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Sudeste)	88
Figura 26	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Espírito Santo e Vitória)	89
Figura 27	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Minas Gerais e Belo Horizonte)	90
Figura 28	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Rio de Janeiro e Rio de Janeiro)	91
Figura 29	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (São Paulo e São Paulo)	92
Figura 30	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma (Sul)	93
Figura 31	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Paraná e Curitiba)	94
Figura 32	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Rio Grande do Sul e Porto Alegre)	95
Figura 33	Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital (Santa Catarina e Florianópolis)	96
Figura 34	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)	97

Figura 35	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)	97
Figura 36	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata)	98
Figura 37	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina)	99
Figura 38	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero)	99
Figura 39	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões)	100
Figura 40	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões)	100
Figura 41	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto)	101
Figura 42	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto)	101
Figura 43	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago)	102

Figura 44

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago) 102

Figura 45

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral) 103

Figura 46

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral) 103

Figura 47

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe) 104

Figura 48

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe) 104

Figura 49

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da bexiga) 105

Figura 50

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da bexiga) 105

Figura 51

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago) 106

Figura 52

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago) 106

Figura 53	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do ovário)	107
Figura 54	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do corpo do útero)	107
Figura 55	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma de Hodgkin)	108
Figura 56	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma de Hodgkin)	108
Figura 57	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma não Hodgkin)	109
Figura 58	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma não Hodgkin)	109
Figura 59	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da glândula tireoide)	110
Figura 60	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da glândula tireoide)	110
Figura 61	Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do Sistema Nervoso Central)	111

Figura 62

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do Sistema Nervoso Central) 111

Figura 63

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (leucemias) 112

Figura 64

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (leucemias) 112

Figura 65

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (melanoma maligno da pele) 113

Figura 66

Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (melanoma maligno da pele) 113

Lista de Siglas

- CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
- CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão
- CID-O 2 – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, Segunda Edição
- CID-O 3 – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, Terceira Edição
- DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DNA – *Deoxyribonucleic Acid* (Ácido Desoxirribonucleico)
- EBV – Vírus Epstein-Barr
- HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- HPV – Papilomavírus Humano
- HTLV-1 – Vírus Linfotrópico de Células T Humano Tipo 1
- Iarc – *International Agency for Research on Cancer* (Agência Internacional para Pesquisa em Câncer)
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- I/M – Razão Incidência/Mortalidade
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- LH – Linfoma de Hodgkin
- LHNPL – Linfoma de Hodgkin Nodular com Predominância Linfocitária
- LLA – Leucemia Linfoide Aguda
- LLC – Leucemia Linfocítica Crônica
- LMA – Leucemia Mieloide Aguda
- LMC – Leucemia Mieloide Crônica
- LNH – Linfoma não Hodgkin
- MS – Ministério da Saúde
- NCI – National Cancer Institute
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PET Scan – Tomografia por Emissão de Pósitrons
- PSA – Antígeno Prostático Específico
- RCBP – Registros de Câncer de Base Populacional

RHC – Registros Hospitalares de Câncer

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TRH – Terapia de Reposição Hormonal

TSH – *Thyroid-Stimulating Hormone* (Hormônio Tiroestimulante)

UV – Ultravioleta

Introdução

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimentos, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2013).

Informações sobre a ocorrência de câncer e seu desfecho são requisitos essenciais para programas nacionais e regionais para o controle do câncer, além de pautar a agenda de pesquisa sobre câncer (STEWART; WILD, 2014). Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e as informações sobre mortalidade são a base sob a qual se apoiam.

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões* de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%). De modo geral, as maiores taxas de incidência foram observadas nos países desenvolvidos (América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coreia do Sul, Austrália e Nova Zelândia). Taxas intermediárias são vistas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático (incluindo a China). As menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia (incluindo a Índia). Enquanto, nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimentos, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (FERLAY et al., 2013).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2013).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al., aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago.

Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes

*Exceto câncer de pele não melanoma.

em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais.

As taxas de incidência ajustadas por idade tanto para homens (217,27/100 mil) quanto para mulheres (191,78/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento.

A distribuição da incidência por Região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos; sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) reafirma seu propósito de fortalecer a vigilância de câncer publicando as estimativas para o biênio 2018-2019, com a certeza de que esta edição se constituirá em uma ferramenta a ser utilizada por gestores, profissionais da saúde e de áreas afins, bem como a sociedade em geral, no apoio à implementação das ações de prevenção e controle de câncer.

Metodologia

Utilizou-se o método proposto por Black et al. (1997) para estimar o número de casos novos de câncer esperados para todas as Unidades da Federação e respectivas capitais para o biênio 2018-2019. Esse método permite obter a taxa de incidência de câncer para uma determinada região, multiplicando-se a taxa observada de mortalidade da região pela razão entre os valores de incidência e mortalidade da localidade onde existam RCBP. Para a presente análise, a razão incidência/mortalidade (I/M) foi obtida dividindo-se a taxa de incidência pela taxa de mortalidade, ambas referentes ao período compreendido entre 2001 a 2014. Esse cálculo foi feito com base na taxa bruta e também na taxa ajustada pela população padrão mundial (DOLL; WATERHOUSE; PAYNE, 1966). As informações sobre incidência foram obtidas dos RCBP e as informações sobre mortalidade, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2017).

Para cada Região geográfica, utilizou-se a mediana da razão I/M dos RCBP pertencentes àquela Região. Essas razões foram aplicadas às taxas brutas e ajustadas de mortalidade estimadas por regressão linear, para o ano de 2018, por Unidade da Federação, respectivas capitais e Distrito Federal. Quando o modelo linear não se mostrou adequado, usou-se como alternativa a taxa média (bruta e ajustada) dos últimos cinco anos disponíveis (2010 a 2014). Obtiveram-se, assim, as estimativas das taxas brutas e ajustadas de incidência, bem como o número de casos novos para o biênio 2018-2019. Ou seja:

$$TI_L = TM_L \times \left(\frac{I_R}{M_O} \right)$$

Em que: TI_L = Taxa de incidência (bruta ou ajustada) estimada para a Unidade da Federação, Distrito Federal ou capital.

TM_L = Taxa de mortalidade (bruta ou ajustada) estimada pela série histórica de mortalidade para Unidade da Federação, Distrito Federal ou capital.

I_R = Taxa de incidência (bruta ou ajustada) das localidades dos RCBP (período entre 2001 e 2014).

M_O = Taxa de mortalidade (bruta ou ajustada) das localidades onde existem RCBP (período entre 2001 a 2014) obtidos do SIM.

A estimativa de casos novos para as cinco Regiões geográficas e para o Brasil foi obtida pela soma dos valores absolutos por Unidade da Federação. As taxas brutas correspondentes foram alcançadas dividindo-se os valores de casos novos das Regiões geográficas ou do Brasil pelas suas populações. A taxa ajustada para as Regiões e para o Brasil foi alcançada pela mediana das taxas ajustadas das Unidades da Federação da respectiva Região.

Todos os valores absolutos estimados foram arredondados para dez ou múltiplos de dez. As taxas de incidência apresentadas referem-se aos valores obtidos antes do arredondamento.

Para descrever o padrão geográfico da ocorrência de câncer, as taxas ajustadas de incidência obtidas para as Unidades da Federação e o Distrito Federal foram representadas espacialmente com base nas distribuições das taxas por quartil.

Para esta publicação, utilizaram-se, como denominador para o cálculo das taxas apresentadas, as populações censitárias (1980, 1991, 1996, 2000 e 2010) e intercensitárias, que foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Para o ano 2018, a população utilizada foi a da projeção populacional para 2018 obtida do IBGE. A estimativa populacional para as capitais foi alcançada tomando-se como base a distribuição proporcional das capitais da população do Censo 2010 (Anexo A).

Os critérios gerais para a seleção das localizações de câncer que constam na publicação incluíram a magnitude da mortalidade ou da incidência (ex.: câncer de próstata, pulmão e pele não melanoma), assim como aspectos ligados ao custo e à efetividade de programas de prevenção (ex.: câncer de mama feminina, colo do útero e cavidade oral).

Nesta publicação, apresentam-se as estimativas para o biênio 2018-2019 do número de casos novos; suas respectivas taxas brutas e ajustadas por idade para câncer em geral; e 19 localizações selecionadas.

Apresenta-se ainda, para o país como um todo, a estimativa corrigida para subnotificação segundo método proposto por Mathers et al. (2003), redistribuindo os óbitos registrados como causa mal definida para a série histórica da mortalidade, por Unidade da Federação, Distrito Federal e sexo, entre 1979 e 2014.

Os tumores selecionados basearam-se na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – Segunda Edição (CID-O 2) para o período entre 2001 e 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978), e a Terceira Edição (CID-O 3) para o período entre 2005 e 2014 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), e foram convertidos para Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID 10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997b).

Foram incluídos os cânceres cuja localização primária encontra-se abaixo descrita:

- Todas as neoplasias (C00 a C97; D46).
- Cavidade oral (C00-C10).
- Esôfago (C15).
- Estômago (C16).
- Cólon e reto (C18-C21).
- Laringe (C32).
- Traqueia, brônquio e pulmão (C33-C34).
- Melanoma maligno da pele (C43).
- Outras neoplasias malignas da pele (C44).
- Mama feminina (C50).
- Colo do útero (C53).
- Corpo do útero (C54).
- Ovário (C56).

- Próstata (C61).
- Bexiga (C67).
- Sistema Nervoso Central (C70-C72).
- Glândula tireoide (C73).
- Linfoma Hodgkin (C81).
- Linfoma não Hodgkin (C82-C85; C96).
- Leucemias (C91-C95).

Uma vez que o cálculo das estimativas guarda estreita dependência com as informações de mortalidade, quanto melhor a qualidade da informação sobre mortalidade melhor será a informação estimada para a incidência. A partir do ano de 2005, observou-se uma melhoria na informação sobre mortalidade no Brasil, refletida pela qualidade da informação obtida na causa básica da morte na Declaração de Óbito. Outro fator a ser considerado é a progressiva expansão da população coberta pelos RCBP, bem como a constante busca pela melhoria da qualidade das informações, fazendo com que, a cada ano, a validade e a precisão das estimativas anuais aumentem.

Como foi antecipadamente ressaltado, recomenda-se cautela na interpretação e na utilização das estimativas para analisar tendências temporais. Tal cuidado justifica-se em virtude de mudanças ocorridas na metodologia e principalmente na melhoria da qualidade das informações ao longo do tempo.

A base de dados utilizada para mortalidade, embora de qualidade, possui uma defasagem de aproximadamente dois anos; portanto, o efeito de uma mudança no quadro da mortalidade no período entre 2015 e 2017 não será captado pelas projeções atuais.

A base de dados de incidência obedece à estrutura e à dinâmica de cada um dos RCBP. Atualmente, o período de informações disponível varia desde 1987 até 2014. A qualidade das informações difere de registro para registro e também varia de ano para ano, uma vez que os RCBP modificam sua série de casos, melhorando a qualidade e a atualidade das informações.

Embora haja limitações, acredita-se que as estimativas sejam capazes de descrever padrões atuais de incidência de câncer, possibilitando o dimensionamento da magnitude e do impacto dessa doença no Brasil.

Síntese de resultados e comentários

Apresenta-se uma síntese das estimativas de incidência para cada ano do biênio 2018-2019, no Brasil, assim como breves comentários sobre os tipos de câncer de maior magnitude que são passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce).

Câncer de próstata

Para o Brasil, estimam-se 68.220 casos novos de câncer de próstata para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 96,85/100 mil na Região Sul, 69,83/100 mil Região na Sudeste, 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 56,17/100 mil na Região Nordeste e 29,41/100 mil na Região Norte (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer de próstata é uma doença altamente prevalente e foi observado em cerca de três milhões de indivíduos, na população norte-americana, no ano de 2014 (HOWLADER et al., 2017). Ocupa a segunda posição entre as neoplasias malignas que acometem os homens, em todo o mundo, atrás apenas do câncer de pulmão (STEWART; WILD, 2014). Em 2012, as estimativas revelaram aproximadamente 1,1 milhão de casos novos, constituindo 15% dos cânceres no sexo masculino (FERLAY et al., 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014).

A taxa de incidência global, em 2012, foi 31,1/100 mil, sendo mais elevada em países desenvolvidos, como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte, e países da Europa Ocidental e Norte, podendo variar mais do que 25 vezes frente aos países em desenvolvimento (FERLAY et al., 2013, 2015). Isso pode ser atribuído, em parte, às estratégias de rastreamento, realização do teste antígeno prostático específico (PSA) e subsequente biópsia, uma vez que possibilita a identificação de pequenos tumores, latentes ou em fases iniciais de crescimento (FERLAY et al., 2013; FORMAN et al., 2014). No entanto, taxas aumentadas são observadas também em certas Regiões menos desenvolvidas, como o Caribe, países da América do Sul e da África. A incidência dessa neoplasia apresenta tendência de queda segundo informações do National Cancer Institute (NCI) dos Estados Unidos, cuja taxa ajustada por idade, para o período entre 1999 e 2013, foi de 126,5/100 mil, sendo estimada uma redução de 7,9% quando comparado ao período anterior (JEMAL et al., 2017). Para o ano de 2017, nos Estados Unidos, são esperados 161.360 casos novos em homens (HOWLADER et al., 2017).

Em relação à mortalidade, as estimativas mundiais do projeto Globocan, da International Agency for Research on Cancer (Iarc), da Organização Mundial da Saúde

(OMS), apontaram 307 mil mortes, para o ano de 2012; e a taxa de mortalidade global, para o mesmo ano, de 7,8/100 mil, representando 6,6% do número total de mortes masculinas (FERLAY et al., 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014). A diferença observada entre as taxas, segundo a distribuição geográfica, variou entre 3 e 30 por 100 mil óbitos. Contudo, a relação é inversa; ou seja, maiores taxas de mortalidade foram observadas em países de baixa renda quando comparados aos de alta renda (NAKANDI et al., 2013). A tendência da mortalidade por esse tipo de câncer se apresenta em declínio em quase todas as Regiões do mundo (FERLAY et al., 2013), sendo identificada queda de 3,4%, no período 2010-2014, nos Estados Unidos (FORMAN et al., 2014). Por se tratar de uma neoplasia com bom prognóstico, a probabilidade de sobrevida em cinco anos é encontrada acima de 80%, variando em função de fatores clínicos, genéticos, socioeconômicos e ambientais (HOWLADER et al., 2017).

Em relação aos fatores de risco para o câncer de próstata, o avanço da idade compreende um fator de risco bem estabelecido, visto que tanto a incidência como a mortalidade aumentam após os 50 anos (HOWLADER et al., 2017). O histórico familiar em primeiro grau (pai, irmãos ou filhos) apresenta associação positiva para aumento no risco de desenvolvimento dessa neoplasia (CHAN; STAMPFER; GIOVANNUCCI, 1998; STEWART et al., 2014), assim como a cor de pele/etnia são relevantes na etiologia desse tipo de câncer (CHAN; STAMPFER; GIOVANNUCCI, 1998; HOWLADER et al., 2017; NAKANDI et al., 2013). Outras associações controversas estão descritas na literatura, como hormônios sexuais (HOWLADER et al., 2017; STEWART; WILD, 2014), etilismo (STEWART; WILD, 2014), padrões dietéticos e obesidade (HERNANDEZ et al., 2009; MACINNIS; ENGLISH, 2006; PEREZ-CORNAGO, 2017; STEWART; WILD, 2014; SUTCLIFFE; COLDITZ, 2013).

No Brasil, é o câncer de maior incidência entre os homens (desconsiderando-se dessa análise o câncer de pele não melanoma) e as maiores taxas ocorrem nas Regiões mais desenvolvidas: Sul e Sudeste (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014). Em 2015, ocorreram 14.484 óbitos por câncer de próstata (BRASIL, 2017).

Segundo a Nota Técnica Conjunta nº. 001/2015 sobre o posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens, a recomendação é a organização dos serviços que compõem a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) na área da oncologia, bem como intensificar ações para a detecção precoce do câncer, reforçando a importância do envolvimento dos profissionais de saúde, conforme a Lei nº. 13.045, de 26 de novembro de 2014, no sentido de oferecer atendimento adequado e humanizado para a população, fornecendo orientações sobre os sinais e sintomas da doença e encaminhando para a realização de exames quando houver indicação clínica. Na questão do câncer de próstata, especificamente, um dos propósitos do Ministério da Saúde é o de conscientizar e ampliar a adesão da população masculina aos serviços existentes, promovendo ações para o esclarecimento sobre a doença, principalmente quanto aos riscos e benefícios que envolvem o rastreamento, sendo essencial que a população masculina seja orientada a reconhecer os sinais de alerta da doença para procurar o atendimento oportuno nos serviços de saúde do SUS (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Câncer de mama

Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil) (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

Em termos globais, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de mama constitui-se no mais frequente e comum tumor maligno entre as mulheres, com uma estimativa, para o ano de 2012, de 1,67 milhão de casos novos diagnosticados, o que corresponde a 25,2% de todos os tumores malignos femininos e a uma taxa de incidência de 43,3/100 mil. É a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, sendo estimadas 522 mil mortes para 2012, o que representa 14,7% de todos os óbitos. Embora tenha uma taxa de mortalidade maior do que qualquer outro câncer (12,9/100 mil), o câncer de mama tem letalidade relativamente baixa, dado que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência. É também o mais prevalente, com aproximadamente 8,7 milhões de sobreviventes previstos em 2012 (STEWART; WILD, 2014).

Observa-se uma variabilidade na incidência segundo as Regiões do mundo, com taxas variando de 27,0/100 mil na África Central e Ásia Oriental a 92,0/100 mil na América do Norte. Em virtude da sobrevivência mais favorável nas Regiões desenvolvidas, a variabilidade das taxas de mortalidade é menor, 6,0/100 mil na Ásia Oriental a 20,0/100 mil na África Ocidental (FERLAY et al., 2013).

A tendência da incidência tem aumentado na maioria das Regiões do mundo. Entretanto, nos países altamente desenvolvidos, a incidência atingiu uma estabilidade seguida de queda na última década. Ainda nesses países, as taxas de mortalidade apresentaram uma tendência de declínio desde o final da década de 1980 e início de 1990, refletindo uma combinação de melhoria na detecção precoce, por meio de rastreamento populacional, e intervenções terapêuticas mais eficazes (STEWART; WILD, 2014). Em 2015, no Brasil, ocorreram 15.403 óbitos por câncer de mama (BRASIL, 2017).

Múltiplos fatores estão envolvidos na etiologia do câncer de mama: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante; consumo de bebidas alcoólicas; dietas hipercalóricas; sedentarismo; e predisposição genética (pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar – principalmente por dois genes de alto risco, BRCA1 e BRCA2) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; STEWART; WILD, 2014).

Nos países de baixa e média rendas, o diagnóstico do câncer de mama ocorre em estágios mais avançados da doença, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento,

comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevida dos pacientes. No intuito de modificar esse cenário, o controle do câncer de mama tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. Assim, o Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil”, recomenda a identificação da doença em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce, pautadas nas ações de rastreamento e diagnóstico precoce. A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Câncer de cólon e reto

Para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres. É o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres¹ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (23,29/100 mil) e o terceiro nas Regiões Sul (22,17/100 mil) e Centro-Oeste (16,95/100 mil). Nas Regiões Nordeste (7,98/100 mil) e Norte (4,97/100 mil), ocupa a quarta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (23,86/100 mil) e Sul (22,92/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (17,98/100 mil), Nordeste (9,52/100 mil) e Norte (7,38/100 mil), é o terceiro mais frequente (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer de cólon e reto possui relevância epidemiológica em nível mundial, uma vez que é a terceira neoplasia maligna mais comumente diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer, representando 1,4 milhão de casos novos e quase 700 mil óbitos em 2012. O padrão da incidência difere entre os sexos, com taxas de 20,6/100 mil para os homens e de 14,3/100 mil para as mulheres (FERLAY et al., 2013). Uma grande variação geográfica tem sido observada, com taxas elevadas nos países mais desenvolvidos comparados àqueles menos desenvolvidos (CENTER; JEMAL; WARD, 2009; FERLAY et al., 2013).

As estimativas para 2012 apontaram uma taxa de mortalidade de 8,4/100 mil para ambos os sexos. Os homens apresentaram taxas de magnitudes mais altas (10,0/100 mil) do que as mulheres (6,9/100 mil). Enquanto a maioria dos casos novos (55,0%) ocorre nos países mais desenvolvidos, a maior proporção de óbitos (52,0%) é observada naqueles menos desenvolvidos, refletindo a baixa sobrevida nessas Regiões. Comparada com a incidência, a variabilidade geográfica das taxas de mortalidade é menor, sendo encontradas as maiores estimativas na Europa Central e Oriental, e as menores na África Ocidental (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 8.163 óbitos por câncer de cólon e reto em homens e 8.533 em mulheres (BRASIL, 2017).

¹ Exceto câncer de pele não melanoma.

As taxas de incidência e de mortalidade por câncer de cólon e reto variam amplamente no mundo segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)², sendo identificados três padrões de distribuição da doença: (1) elevação de ambas as taxas nas mais recentes décadas em países que passaram por uma rápida transição econômica, entre eles o Brasil; (2) aumento da incidência e diminuição da mortalidade em países com alto IDH, incluindo Canadá, Reino Unido, Singapura e Dinamarca; e (3) diminuição de ambas as taxas nos países com IDH muito elevado, como Estados Unidos, Japão e França (ARNOLD et al., 2016).

O câncer de cólon e reto é uma doença multifatorial influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida (BOYLE; LEON, 2002; SANDLER, 1996). Os fatores hereditários, como o histórico familiar de câncer de cólon e reto e as doenças inflamatórias do intestino, representam apenas uma pequena proporção da variação observada na carga global da doença. Nesse sentido, as diferenças geográficas observadas na incidência possivelmente refletem a adoção de hábitos de vida ocidentais (ARNOLD et al., 2016). É evidente a ocorrência de uma transição nutricional, em todo o mundo, que afeta principalmente os países em desenvolvimento. Assim, os fatores de risco ligados ao estilo de vida são modificáveis e incluem: o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (BOUVARD et al., 2015; FEDIRKO et al., 2011; HARRISS et al., 2009; WALTER, 2014; WORLD CANCER RESEARCH FOUNDATION, 2012).

Câncer de pulmão

Para o Brasil, estimam-se 18.740 casos novos de câncer de pulmão entre homens e de 12.530 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 18,16 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o segundo tumor mais frequente; e com um risco estimado de 11,81 para cada 100 mil mulheres, ocupando a quarta posição³ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul (36,27/100 mil) e Centro-Oeste (16,98/100 mil). Sendo nas Regiões Sudeste (19,22/100 mil), Nordeste (10,37/100 mil) e Norte (9,03/100 mil), o terceiro mais frequente. Para as mulheres, é o terceiro mais frequente nas Regiões Sul (20,59/100 mil) e Sudeste (12,72/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (11,52/100 mil), Nordeste (7,82/100 mil) e Norte (5,83/100 mil), ocupa a quarta posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

² Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de “desenvolvimento humano” e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O IDH surge no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e no Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) como uma medida simples, composta pela transferência da avaliação somente pelo crescimento econômico, ou da renda, para a avaliação pelas melhorias no bem-estar humano. O conceito de Desenvolvimento Humano parte do pressuposto de que, para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população, é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Diferentemente da perspectiva do crescimento econômico, que vê o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar, a abordagem de desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades. A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e Produto Interno Bruto (PIB) (em paridade de poder de compra - PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL, 2017).

³Exceto câncer de pele não melanoma.

O tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão, sendo responsável por, aproximadamente, sete milhões de mortes anuais no mundo, incluindo o câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015; CANADIAN CANCER STATISTICS, 2015). A incidência de casos novos de câncer de pulmão, segundo a última estimativa mundial, foi de 1,8 milhão, representando 12,9% de todos os novos casos de câncer, e 1,6 milhão de óbitos (19,4%) para o ano de 2012 (FERLAY et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). O padrão da ocorrência desse tipo de neoplasia, em geral, reflete o consumo de cigarros da sua Região. Na maioria das populações, os casos de câncer de pulmão tabaco-relacionados representam aproximadamente 85% dos casos desse câncer. As mais altas taxas de incidência são observadas na Europa e na Ásia Oriental (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 15.514 óbitos por câncer de pulmão em homens e 10.978 em mulheres (BRASIL, 2017).

Em uma visão geral, o câncer de pulmão é classificado em dois grupos: os carcinomas de células pequenas (*oat-cell carcinomas*) e os carcinomas de células não pequenas (*non oat-cell carcinomas*). Dentro desse segundo grupo, estão incluídos o adenocarcinoma, o carcinoma de células escamosas e o carcinoma de grandes células. Nos últimos anos, o diagnóstico tem sido realizado cada vez mais com base molecular, evidenciando em estudos específicos as diferentes famílias de genes e o evento mutagênico envolvido, assim caracterizando cada tipo histológico com suas alterações moleculares peculiares.

O câncer de pulmão é um dos tipos de câncer mais agressivos, possuindo uma razão M/I de, aproximadamente, 0,87. Em razão da sua alta letalidade, o perfil geográfico da incidência pode ser observado pela mortalidade, principalmente em lugares onde não existe informação de casos novos (incidência). A sobrevida em cinco anos é baixa na maioria das populações do mundo, em média de 10% a 15%. Isso porque, em geral, esse tipo de câncer é detectado em estágios avançados, uma vez que não são observados sintomas em seus estágios iniciais. Somente três países possuíram sobrevida acima de 20% para pacientes diagnosticados entre o período de 2005 a 2009, são eles: Japão (30%); Israel (24%); e República de Maurício (37%) (STEWART; WILD, 2014).

O Brasil tem prejuízo anual de R\$ 56,9 bilhões com o tabagismo. Desse total, R\$ 39,4 bilhões são gastos com despesas médicas e R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos ligados à perda de produtividade, causada por incapacitação de trabalhadores ou morte prematura. O controle do tabaco permanece como sendo a principal forma de redução da ocorrência desse tipo de neoplasia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil é considerado modelo para o controle dos cânceres relacionados ao tabaco, como o de pulmão. O Programa visa à prevenção de doenças na população por meio de medidas que estimulam a adoção de comportamentos e estilo de vida saudáveis, contribuindo assim para a redução da incidência e mortalidade dos cânceres tabaco-relacionados. Foi criada também a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro, que é o espaço legítimo para a governança da Política. Com ela, as estratégias do ambiente livre do tabaco, proibição de propaganda, além das imagens de alerta nos maços dos cigarros, trouxeram uma redução do uso e iniciação ao tabagismo. A comprovação da eficácia do programa só poderá ser observada com maior ênfase nas próximas décadas. Entretanto, já é possível observar uma tendência à redução da incidência e da mortalidade por câncer relacionado ao tabaco, principalmente o de pulmão no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017c).

Câncer de estômago

Para o Brasil, estimam-se 13.540 casos novos de câncer de estômago entre homens e 7.750 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13,11 casos novos a cada 100 mil homens e 7,32 para cada 100 mil mulheres. Entre homens, é o quarto mais incidente e o sexto entre as mulheres⁴ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Norte (12,35/100 mil) e Nordeste (11,17/100 mil). Nas Regiões Sul (17,12/100 mil) e Centro-Oeste (11,52/100 mil), é o quarto mais frequente. Já na Região Sudeste (13,46/100 mil), ocupa a quinta posição. Para as mulheres, é o quinto mais frequente nas Regiões Sul (8,95/100 mil), Centro-Oeste (6,52/100 mil) e Norte (5,34/100 mil). Nas demais Regiões, Nordeste (7,16/100 mil) ocupa a sexta posição e Sudeste (7,41/100 mil) ocupa a sétima (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

De todos os cânceres que ocorrem no mundo, essa neoplasia maligna alcançou o quinto lugar, no ano de 2012, com prevalência de quase um milhão de casos, 6,8% do total (FERLAY et al., 2013). Diferenças são observadas entre os sexos, sendo duas vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Corresponde a 8,5% do total de cânceres em homens, reduzindo uma posição no *ranking* dos tumores mais comuns quando comparado ao sexo feminino (4,8%) (STEWART; WILD, 2014). Geograficamente, é mais frequente em países com IDH baixo ou médio, e as menores taxas foram encontradas na África Ocidental, 3,3/100 mil e 2,6/100 mil para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Na Ásia Oriental, foram identificadas as taxas mais elevadas, variando de 13,8/100 mil para as mulheres e 35,4/100 mil para os homens (FERLAY et al., 2015; FORMAN et al., 2014).

Em relação à mortalidade, para ambos os sexos, torna-se a terceira causa em nível mundial, com 723 mil mortes, 8,8% do total. Os coeficientes de mortalidade acompanham os de incidência, visto que, em homens asiáticos, a taxa encontrada foi de 24/100 mil; e 9,8/100 mil em mulheres da Ásia Oriental. As menores taxas tanto para o sexo masculino como para o feminino foram observadas na população norte-americana, 2,8/100 mil e 1,5/100 mil, respectivamente (FERLAY et al., 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014). No Brasil, ocorreram, em 2015, 9.132 óbitos por câncer de estômago em homens e 5.132 em mulheres (BRASIL, 2017).

A previsão global para 2025 sugere que as taxas de incidência para o câncer de estômago apresentarão decréscimos anuais, da mesma maneira que a mortalidade, como já vem sendo observado nas últimas décadas. Em contrapartida, tem aumentado, com os anos, a probabilidade de sobrevida, atingindo 30% em cinco anos (HOWLADER et al., 2017; JEMAL et al., 2017; STEWART; WILD, 2014).

A infecção por *Helicobacter Pylori* compreende a causa mais fortemente associada ao aumento no risco para o desenvolvimento de câncer de estômago (CHANG et al., 2001; DIACONU et al., 2017; STEWART; WILD, 2014). Entre os demais fatores ambientais, estão os hábitos nutricionais, como dietas ricas em alimentos defumados ou conservados no sal, a obesidade, o consumo de álcool, em grandes quantidades, e de tabaco. Por

⁴ Exceto câncer de pele não melanoma.

outro lado, a ingestão de frutas e verduras, cereais e frutos do mar tem sido relatada como fator de proteção (STEWART; WILD, 2014; WANG et al., 2014). Os fatores hereditários contribuem em menor escala para a carga desse tipo de câncer, assim como o histórico familiar prévio, em torno de 2%; sendo as síndromes mais comumente associadas: o câncer hereditário difuso gástrico, o adenocarcinoma gástrico e a polipose proximal do estômago (STEWART; WILD, 2014). Assim como a incidência pode ser influenciada pelo desenvolvimento da Região, o nível de escolaridade parece estar associado ao risco; logo, níveis mais avançados de grau de instrução podem constituir um fator de proteção (ALICANDRO et al., 2017; REQUES et al., 2014).

Câncer do colo do útero

Para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição⁵ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer do colo do útero ocupa o sétimo lugar no *ranking* mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina. Em 2012, para o mundo, estimaram-se 528 mil casos novos com uma taxa de incidência de 14/100 mil mulheres e 266 mil mortes por essa neoplasia, correspondendo a 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres. Em termos globais, a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em Regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior (FERLAY et al., 2013).

As taxas de incidência variam de Região para Região e de país para país, indo de 9,9/100 mil nas Regiões mais desenvolvidas para 15,7/100 mil nas áreas menos desenvolvidas. Em relação às taxas de mortalidade, a variação ocorre de 3,3/100 mil para 8,3/100 mil. Constituem Regiões de maior risco a África Oriental (42,7/100 mil), Melanésia (33,3/100 mil), Sul (31,5/100 mil) e África do Norte (30,6/100 mil). As Regiões que possuem as menores incidências são a Austrália/Nova Zelândia (5,5/100 mil) e a Ásia Ocidental (4,4/100 mil). A mortalidade apresenta uma variação maior, de 2/100 mil na Ásia Ocidental, Europa Ocidental e Austrália/Nova Zelândia, para acima de 20/100 mil na Malásia, África Central e África Oriental (FERLAY et al., 2016). Em 2015, no Brasil, ocorreram 5.727 óbitos por câncer do colo do útero (BRASIL, 2017).

Apesar do aumento no número anual de casos, o câncer cervical saiu do *ranking* de segunda neoplasia mais incidente no mundo, em 1975, para o sétimo lugar, em 2012. Essa contradição se deve à redução da incidência nos países em processo de desenvolvimento

⁵Exceto câncer de pele não melanoma.

econômico nas últimas décadas, e também pela implantação e implementação de programas de prevenção e controle efetivos, como no caso do Brasil. Por outro lado, as taxas estão aumentando em países classificados como de maior desenvolvimento humano, como a Europa Oriental, o que pode ser à custa das recentes mudanças no comportamento sexual, que elevam o risco de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (STEWART; WILD, 2014). Nos Estados Unidos, a diminuição na incidência do colo do útero é atribuída, principalmente, ao rastreamento por meio do exame Papanicolaou, entretanto as estatísticas apontam uma maior incidência e mortalidade em mulheres negras e maior sobrevida em mulheres brancas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a).

Há diversos fatores envolvidos na etiologia do câncer do colo do útero, mas as infecções persistentes pelo HPV são o principal deles. Entre seus 13 tipos oncogênicos, o HPV16 e HPV18 são os mais comumente relacionados com o aparecimento da doença. Nesse sentido, o início de atividade sexual com pouca idade, que aumenta a exposição ao risco de infecção por HPV, além da imunossupressão, a multiparidade (ter muitos filhos), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio) são fatores associados ao desenvolvimento do câncer cervical (STEWART; WILD, 2014).

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses. Desde 2014, está disponível, na rede pública, a vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV para meninas de 9 a 13 anos; e, a partir de 2017, também para meninos de 11 a 13 anos. Apesar da sua importância epidemiológica, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c).

Câncer da cavidade oral

Para o Brasil, estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres⁶ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente na Região Sudeste (13,77/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (9,72/100 mil) e Nordeste (6,72/100 mil), ocupa a quinta posição. Nas Regiões Sul (15,40/100 mil) e Norte (3,59/100 mil), ocupa a sexta posição. Para as mulheres, é o 11º mais frequente na Região Nordeste (3,12/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (2,96/100 mil) e Norte (1,78/100 mil), é o 12º mais frequente. Nas Regiões Sudeste (3,64/100 mil) e Sul (3,59/100 mil), ocupa a 13ª e 15ª posições, respectivamente (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

⁶ Exceto câncer de pele não melanoma.

Como não há norma ou padronização nas literaturas nacional e internacional sobre quais estruturas anatômicas compõem a sua definição, foram consideradas como neoplasias malignas de lábio e cavidade oral aquelas que tenham como localização primária os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe (C00-C10), segundo a CID 10 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016a).

Segundo as informações do Globocan/Iarc, em 2012, foram estimados 300.373 casos novos de cânceres de lábio e cavidade oral (C00-C08) em nível mundial. Essa estimativa excluiu os cânceres de amígdala e de orofaringe (C09-C10) e ocupa a 15ª posição entre todos os cânceres, sendo que, destes, mais da metade estão entre os homens (198.975 casos novos). Já para a mortalidade, essa localização foi responsável por 145.353 óbitos no mundo, em 2012. Esse valor corresponde a um risco estimado de 2,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, representando um problema de saúde pública global (FERLAY et al., 2013; PETTI; SCULLY, 2010;). No Brasil, ocorreram, em 2015, 4.672 óbitos por câncer de cavidade oral em homens e 1.226 em mulheres (BRASIL, 2017).

A etiologia do câncer da cavidade oral é multifatorial, sendo os fatores de risco mais conhecidos o tabaco e o consumo excessivo de álcool (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; FIGUERO-RUIZ, 2004; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). A exposição excessiva à radiação solar ultravioleta, sem a devida proteção ao longo dos anos, pode representar um possível fator de risco para o câncer de lábio (DAHER; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; REZENDE et al., 2007). Outros fatores, como a infecção pelo HPV, dieta pobre em frutas e vegetais, e má higiene bucal, vêm sendo estudados com o intuito de investigar sua implicação na carcinogênese, principalmente, do câncer de língua e na garganta (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; ANDREOTTI et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

Nos estágios iniciais dos tumores que se localizam nessa região anatômica, geralmente, os pacientes são assintomáticos, podendo disfarçar as condições benignas comuns da boca (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012; VIDAL et al., 2004).

Diante disso, no Brasil, as “Diretrizes para Organização da Saúde Bucal no SUS” foram publicadas em 2004, instituindo o Programa Brasil Sorridente e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o que promoveu a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico e a oferta de serviços de atenção especializada, entre eles os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca. A reorganização da atenção básica por meio da inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou um avanço na oferta de serviços odontológicos no SUS, entre 2002 e 2015, com um aumento expressivo da cobertura de saúde bucal em todas as Regiões do país. No entanto, para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário um efetivo planejamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, baseado em informações atualizadas e no monitoramento contínuo de todas essas etapas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017a).

Câncer do Sistema Nervoso Central

Para o Brasil, estimam-se 5.810 casos novos de câncer do Sistema Nervoso Central (SNC) em homens e 5.510 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,62 casos novos a cada 100 mil homens e 5,17 para cada 100 mil mulheres, correspondendo à décima e à nona posições, respectivamente⁷ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do SNC em homens é o sétimo mais frequente na Região Norte (2,98/100 mil). Nas Regiões Sul (10,17/100 mil) e Centro-Oeste (5,61/100 mil), ocupa a oitava posição; enquanto, na Região Nordeste (4,59/100 mil), ocupa a nona posição. Na Região Sudeste (5,30/100 mil), é o 11º mais frequente. Para as mulheres, é o sexto mais frequente na Região Sul (8,52/100 mil). Na Região Norte (2,90/100 mil), ocupa a oitava posição e é o nono mais frequente nas Regiões Centro-Oeste (4,94/100 mil) e Nordeste (3,71/100 mil). Já na Região Sudeste (5,50/100 mil), ocupa a décima posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O cérebro e a medula espinhal formam o SNC. Seus tumores devem-se ao crescimento de células anormais nos tecidos nessas localizações, sendo compostos pelas topografias C70 (meninges) até C72 (medula espinhal e outras partes do SNC), segundo a CID 10 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997b). O câncer do SNC representa 1,8% de todos tumores malignos no mundo (STEWART; WILD, 2014). Em termos de incidência, o câncer do SNC é o 13º tipo mais frequente em homens, com o risco estimado de 3,9/100 mil, e ocupa a 15ª posição entre as mulheres, com o risco estimado de 3,0/100 mil. As maiores taxas de incidência encontram-se nos países europeus. Apesar de esse tipo de tumor ser relativamente raro, contribui de forma significativa para a mortalidade no mundo inteiro, principalmente quando se verifica em faixa etária mais jovens (FERLAY et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No Brasil, no grupo etário de 0 a 14 anos, observam-se os tumores do SNC já representando a segunda posição (16% de todos os tumores nessa faixa) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016a). No Brasil, ocorreram, em 2015, 4.718 óbitos por câncer do SNC em homens e 4.315 óbitos em mulheres (BRASIL, 2017).

A incidência e a mortalidade de câncer do SNC vêm aumentando durante os últimos anos, e parte desse aumento se deve à melhoria da tecnologia, principalmente no que tange a exames menos invasivos, que conseqüentemente facilita a detecção desse tipo de tumor (FISHER et al., 2007; SANT et al., 2012). Alguns exemplos são: tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET Scan). A melhoria do diagnóstico de câncer do SNC pode ser percebida pela aproximação das taxas de mortalidade brutas e ajustadas nos últimos anos no Brasil (BRASIL, 2017).

A maior parte dos tumores do SNC se origina no cérebro, nervos cranianos e meninges. Os gliomas são o tipo histológico mais frequente e representam cerca de 40% a 60% de todos os tumores primários do SNC, sendo mais comuns na faixa etária adulta. Em geral, esses tumores são cirurgicamente incuráveis, além de possuírem resistência à radiação e à quimioterapia. Outros tipos histológicos de câncer do SNC são os meningiomas, representando entre 20% e 35% dos casos; e os neurilemomas

⁷ Exceto câncer de pele não melanoma.

(5%-10%). Existem ainda tipos histológicos mais raros, como os adenomas pituitários, meduloblastomas e tumores da medula espinhal e nervos periféricos (OHGAKI, 2009).

A incidência dos tumores do SNC é ligeiramente mais alta no sexo masculino em comparação ao sexo feminino. A razão de masculinidade para os gliomas é de aproximadamente 1,3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Quanto maior o nível socioeconômico, maiores são as taxas de incidência nesse tipo de tumor, fator este que provavelmente contribui para maior número de realização de tecnologias diagnósticas. Esse motivo talvez explique a diferença observada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (OHGAKI, 2009).

As causas do aparecimento de tumores do SNC ainda são pouco conhecidas, tendo apenas alguns fatores como reconhecidos, como a irradiação terapêutica. Entretanto, como a ocorrência nesses casos é rara, a associação mais forte é mais encontrada para o desenvolvimento dos meningiomas e neurilemomas do que para os gliomas. Traumas físicos na região da cabeça e traumas acústicos (casos de trabalhadores expostos a alto nível de som) também são considerados possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de meningioma e neurilemoma acústico, respectivamente (OHGAKI, 2009). Algumas ocupações também são consideradas como possíveis fatores de risco para desenvolvimento de câncer do SNC, como trabalhadores da indústria petroquímica, lavradores, embalsamadores, entre outros (ALAVANJA, 2005; CLAPP, 2006; LEE et al., 2005; NICHOLS; SORAHAN, 2002;). Alguns estudos sugerem que radiação gerada por radiofrequência, telefonia móvel e telecomunicação possa estar associada à etiologia dos gliomas, porém esse assunto permanece inconclusivo.

Leucemia

Para o Brasil, estimam-se 5.940 casos novos de leucemia em homens e 4.860 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,75 casos novos a cada 100 mil homens e 4,56 casos novos para cada 100 mil mulheres⁸, ocupando a nona e a décima posições, respectivamente (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, a leucemia em homens é a quinta mais frequente na Região Norte (4,17/100 mil). Na Região Nordeste (4,90/100 mil), ocupa a oitava posição e nas Regiões Sudeste (5,79/100 mil) e Sul (8,67/100 mil), ocupa a décima posição. Na Região Centro-Oeste (4,88/100 mil), é a 11ª mais frequente. Para as mulheres, é a sexta mais frequente na Região Norte (3,29/100 mil) e a nona na Região Sul (6,50/100 mil). Na Região Nordeste (3,66/100 mil), ocupa a décima posição. E nas Regiões Sudeste (4,86/100 mil) e Centro-Oeste (3,93/100 mil), é a 11ª mais frequente (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

A leucemia é um tipo de câncer que ocorre no tecido que forma o sangue. A maioria das células do sangue se forma na medula óssea. Na leucemia, as células sanguíneas que não atingiram sua maturidade - células anormais - tornam-se câncer; essas células não funcionam de forma adequada, nem morrem, elas substituem as células sanguíneas saudáveis da medula óssea (HOWLADER et al., 2017).

⁸ Exceto câncer de pele não melanoma.

A leucemia pode ser aguda ou crônica, dependendo da velocidade de sua evolução. O prognóstico da leucemia depende do tipo de célula sanguínea afetada e se a leucemia é aguda ou crônica.

Para cada tipo de célula do sangue que é afetada, existem diferentes tipos de leucemia. Os tipos de células do sangue são: glóbulos brancos (ou linfócitos, são células que combatem a infecção) que são o tipo mais comum de células do sangue que se tornam câncer; os glóbulos vermelhos (células que transportam oxigênio dos pulmões para o resto do corpo); e as plaquetas (células que coagulam o sangue). Os quatro principais tipos de leucemia são:

- Leucemia linfóide aguda (LLA) - tipo agressivo de leucemia caracterizada pela presença de muitos linfócitos na medula óssea e no sangue, podendo se espalhar para os gânglios linfáticos, baço, fígado, SNC e outros órgãos. Tem características específicas para adultos e para crianças, sendo mais comum em crianças. Poucos fatores associados a um risco aumentado para LLA foram identificados. Os que já foram aceitos incluem a exposição pré-natal a raios-x; a exposição pós-natal a altas doses de radiação; e condições genéticas bem específicas, como a Síndrome de Down, entre outras síndromes.
- Leucemia mieloide aguda (LMA) - tipo mais comum das leucemias agudas em adultos.
- Leucemia linfocítica crônica (LLC) - apresenta evolução clínica prolongada, sendo comum em adultos e raramente ocorre em crianças.
- Leucemia mieloide crônica (LMC) - apresenta evolução muito lenta, sendo comum em adultos e raramente em crianças (BARBOSA et al., 2015; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; STEWART; WILD, 2014; HOWLADER et al., 2017).

As leucemias, em geral, podem estar relacionadas a fatores de risco ocupacionais, agentes infecciosos específicos, desordens genéticas, exposição à radiação ionizante e a agentes químicos como os solventes (entre eles, o Benzeno) comumente encontrados no vapor da gasolina em postos de abastecimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

As taxas de incidência de leucemia tendem a ser mais altas nos países que apresentam, para sua população, altos IDH, incluindo Austrália e Nova Zelândia, América do Norte e grande parte da Europa. Para a mortalidade, as taxas não apresentam variação importante, embora sejam elevadas em certos países do Norte da África e na Região Central da Ásia Ocidental (STEWART; WILD, 2014).

No mundo, em 2012, foram estimados 351.965 casos novos, ocupando a 11ª posição entre todos os cânceres. Sendo 200.676 casos novos em homens e a décima neoplasia mais frequente. Para as mulheres, foram 151.289 casos novos e a 12ª posição mais incidente (FERLAY et al., 2013).

Em relação à mortalidade, em 2012, no mundo, foram esperados para o sexo masculino 151.321 óbitos que correspondem a um risco estimado de 4,3 a cada 100 mil homens. Entre o sexo feminino, foram esperados 114.150 óbitos com um risco estimado de 3,3 a cada 100 mil mulheres (FERLAY et al., 2013), sendo a décima causa mais comum de morte por câncer. No Brasil, ocorreram, em 2015, 3.692 óbitos por leucemia em homens e 3.145 em mulheres (BRASIL, 2017).

Câncer de esôfago

Para o Brasil, estimam-se 8.240 casos novos de câncer de esôfago em homens e 2.550 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 7,99 casos novos a cada 100 mil homens e 2,38 para cada 100 mil mulheres, ocupando a sexta e a 15ª posições, respectivamente⁹ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de esôfago em homens é o quinto mais frequente na Região Sul (17,10/100 mil). Na Região Centro-Oeste (7,15/100 mil), ocupa a sexta posição. Nas Regiões Sudeste (8,04/100 mil) e Nordeste (5,16/100 mil), ocupa a sétima posição; e na Região Norte (2,59/100 mil), é o nono mais frequente. Para as mulheres, é o 12º mais frequente na Região Sul (4,94/100 mil) e na Região Nordeste (2,21/100 mil) ocupa a 13ª posição. Na Região Centro-Oeste (2,21/100 mil), ocupa a 14ª e na Sudeste (1,99/100 mil) a 15ª posição; enquanto, na Região Norte (0,67/100 mil), ocupa a 16ª posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

No cenário mundial, foram previstos, para o ano de 2012, 456 mil casos novos de câncer de esôfago, 3,2% do total de casos de neoplasias malignas em adultos; sendo 80% desses tumores observados em países de baixa renda (FERLAY et al., 2013). Pode ser considerado o oitavo mais frequente em todo o mundo, com prevalência estimada, em 2014, de 45 mil casos na população norte-americana (HOWLADER et al., 2017).

As taxas de incidência e de mortalidade observadas são bem próximas, de magnitude intermediária. Observa-se grande variação geográfica, no mundo, onde as taxas de incidência e mortalidade são elevadas na Ásia Central e Oriental, bem como no Leste da África, e tendem a ser relativamente baixas no Oeste da África e em alguns países latino-americanos. Essas diferenças podem ser observadas com as taxas mais elevadas na Ásia Oriental 17,0/100 mil e as mais baixas na África Ocidental, de 0,8/100 mil, ambas no sexo masculino. Para o sexo feminino, observa-se taxa de 0,2/100 mil mulheres na Micronésia/Polinésia até 7,8/100 mil na África Oriental (FERLAY et al., 2013).

É considerada uma doença de baixa prevalência e sobrevida relativamente ruim (STEWART; WILD, 2014). Em geral, é diagnosticada em fases tardias e de natureza extremamente agressiva, comprometendo a sobrevida que fica em torno de 15% a 25% (FERLAY et al., 2015; HOWLADER et al., 2017; JEMAL et al., 2017). O prognóstico, em geral, independe do tipo histológico, embora pacientes com adenocarcinomas apresentem prognóstico discretamente melhor quando comparados aos carcinomas de células escamosas (HOWLADER et al., 2017).

Segundo as estimativas do Globocan/Iarc, de 2012, a taxa de incidência para ambos os sexos foi de 9,0/100 mil; entretanto, acomete o sexo masculino 2,4 vezes mais do que as mulheres (FERLAY et al., 2013).

Compreende a sexta causa de morte por câncer no mundo, cerca de 400 mil, 4,9% da mortalidade específica por câncer (FERLAY et al., 2013; STEWART; WILD, 2014), apresentando uma taxa de mortalidade estimada, para 2012, de 7,7/100 mil, em todo mundo.

⁹ Exceto câncer de pele não melanoma.

Os coeficientes de mortalidade mais elevados são encontrados no Leste Asiático (14,1/100 mil), seguido da África do Sul (12,8/100 mil) para o sexo masculino, e Leste Africano (7,3/100 mil) e Austral (6,2/100 mil) em mulheres. No Brasil, ocorreram, em 2015, 6.525 óbitos por câncer de esôfago em homens e 1.876 em mulheres (BRASIL, 2017).

A tendência é de declínio no que diz respeito à taxa de incidência, em especial para o sexo masculino, sendo observado comportamento semelhante para a mortalidade por esse tipo de tumor. Contudo, divergências são observadas em virtude dos fatores étnicos e da distribuição geográfica (FERLAY et al., 2013; FORMAN et al., 2014; STEWART; WILD, 2014).

Entre os fatores de risco envolvidos na etiologia do câncer de esôfago, destacam-se a síndrome de Barret – decorrente de refluxo gastroesofágico crônico (DOMPER ARNAL; FERRÁNDEZ ARENAS; LANAS ARBELOA, 2015; HOWLADER et al., 2017) e a síndrome tilose hereditária - um distúrbio autossômico caracterizado por hiperqueratose palmoplantar (DOMPER ARNAL; FERRÁNDEZ ARENAS; LANAS ARBELOA, 2015; ELLIS et al., 2015). Em comum com os demais cânceres de origem digestória, os padrões dietéticos são de relevante importância, sendo considerado que a ingestão de bebidas quentes, dietas pobres em frutas e vegetais frescos, o aumento do consumo de alimentos em conserva, de churrasco, o consumo de álcool e de fumo, bem como o fator obesidade, estão associados ao aumento do risco (DOMPER ARNAL; FERRÁNDEZ ARENAS; LANAS ARBELOA, 2015; FERLAY et al., 2015; HOWLADER et al., 2017).

Linfoma não Hodgkin

Para o Brasil, estimam-se 5.370 casos novos de linfoma não Hodgkin (LNH) em homens e 4.810 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Para ambos os sexos, é a 11ª neoplasia mais frequente entre todos os cânceres¹⁰. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,19 casos novos a cada 100 mil homens e 4,55 para cada 100 mil mulheres (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o LNH em homens é o oitavo mais frequente na Região Norte (2,84/100 mil). Na Região Sudeste (6,05/100 mil), ocupa a nona posição. Nas demais Regiões, Centro-Oeste (5,10/100 mil) e Nordeste (3,53/100 mil), ocupa a décima posição; enquanto, na Região Sul (7,36/100 mil), é o 11º mais frequente. Para as mulheres, é o nono mais frequente na Região Sudeste (5,70/100 mil). Na Região Centro-Oeste, é o décimo mais frequente (4,33/100 mil). Nas Regiões Sul (5,96/100 mil) e Norte (1,79/100 mil), ocupa a 11ª posição; enquanto, na Região Nordeste (3,00/100 mil), é o 12º mais frequente (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O LNH é um tipo de câncer que tem origem nas células do sistema linfático e que se espalha de maneira não ordenada. O sistema linfático faz parte do sistema imunológico, o que ajuda o corpo a combater infecções e doenças. Como o tecido linfático é encontrado em todo o corpo, o linfoma pode começar em qualquer lugar. Pode ocorrer em crianças, adolescentes e adultos. De modo geral, o LNH torna-se mais comum à medida que as pessoas envelhecem. As pessoas brancas são mais propensas

¹⁰ Exceto câncer de pele não melanoma.

do que os negros e os homens são mais predispostos do que as mulheres (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b).

Existem mais de 20 tipos diferentes de LNH que se formam a partir de diferentes tipos de glóbulos brancos (células B, células T, células NK)¹¹. A maioria dos tipos de LNH é formada por células B. O LNH pode ser indolente (crescimento lento) ou agressivo (crescimento rápido). Os tipos mais comuns de LNH em adultos são linfoma difuso de células B grandes, que geralmente é agressivo, e linfoma folicular, que geralmente é indolente (HOWLADER et al., 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; STEWART; WILD, 2014).

Grandes aumentos na incidência de LNH foram observados internacionalmente ao longo da segunda metade do século XX. Nos Estados Unidos, as taxas mais do que triplicaram nesse intervalo, com aumentos similares em grupos etários e entre homens e mulheres. As taxas de mortalidade de LNH também aumentaram, sugerindo que as mudanças na classificação de LNH por si só não podem representar taxas crescentes (JEMAL et al., 2004; LEVI et al., 2002; SHIELS et al., 2013).

Em um momento posterior, as taxas de incidência se estabilizaram, particularmente nos países do Norte Europeu, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia; enquanto as taxas de mortalidade diminuíram em alguns cenários, em razão da melhoria terapêutica da doença nos países desenvolvidos (BOSETTI et al., 2008; COORY; GILL, 2008; STEWART; WILD, 2014).

No mundo, foram estimados 385.741 casos novos em 2012. Quando comparado por sexo, nos homens, ocupa a oitava posição com 217.643 casos novos. Entre as mulheres, foi o décimo câncer mais frequente, com 168.098 casos novos, e comumente em países mais desenvolvidos (FERLAY et al., 2013).

Segundo as informações do Globocan/Iarc, em relação à mortalidade, para 2012, no mundo, foram previstos 199.670 óbitos, com risco estimado de 2,8 a cada 100 mil habitantes. Sendo que, para os homens, o óbito pela neoplasia maligna de LNH representou 115.404 (3,2/100 mil) e, para as mulheres, 84.266 (2,4/100 mil) de todas as mortes por câncer (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 2.434 óbitos por câncer de LNH em homens e 1.960 em mulheres.

Embora os estudos tenham identificado fatores etiológicos que possam ter contribuído para o aumento das taxas de LNH, o fenômeno ainda permanece inexplicável (SHIELS et al., 2013). Pesquisadores já encontraram algumas evidências que sugerem o aumento do risco para LNH, como por exemplo: pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH ou HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*) correm um risco muito maior de desenvolver esse câncer, assim como outros vírus, a saber, o vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1)¹², o vírus

¹¹ Os linfócitos são um tipo de leucócito presente no sangue e possuem um importante papel na defesa do corpo. Apesar de possuírem morfologia semelhante, os linfócitos podem ser classificados em três grupos diferentes de acordo com as moléculas encontradas em sua superfície celular: linfócitos B, linfócitos T e linfócitos NK (*natural killer*). Originam-se de células-tronco encontradas na medula óssea; os linfócitos B diferenciam-se em plasmócitos e iniciam a produção anticorpos; os linfócitos T migram para o timo onde terminam seu processo de diferenciação produzindo diferentes subpopulações de células: célula T-*helper*, T-supressora e T-citotóxica (células NK – *natural killer*); as células NK agem diretamente sobre as células estranhas e as infectadas por vírus (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013.)

¹² O vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1) é um delta vírus que infecta preferencialmente linfócitos, considerado o primeiro retrovírus associado a doenças humanas. Esse vírus é endêmico em várias regiões do mundo. Os portadores, em sua maioria, permanecem assintomáticos por toda a vida. Fatores genéticos e imunológicos do hospedeiro são os principais responsáveis pelas manifestações clínicas associadas, que podem ser divididas em três categorias: neoplásicas, inflamatórias e infecciosas (OZAWA et al., 2012).

Epstein-Barr (EBV)¹³, além de exposições ocupacionais e ambientais, principalmente a exposição a altos níveis de radiação ionizante e a substâncias específicas em herbicidas e pesticidas, mas os cientistas não sabem o quanto é necessário para aumentar o risco de desenvolvimento de linfoma (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017; NATIONAL CANCER INSTITUTE, [20--b]; SHIELS et al., 2013).

Câncer de tireoide

Para o Brasil, estimam-se 1.570 casos novos de câncer de tireoide no sexo masculino e 8.040 para o sexo feminino, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 1,49 casos a cada 100 mil homens e 7,57 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a 13ª e quinta posições, respectivamente¹⁴ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de tireoide em homens ocupa a 12ª posição na Região Nordeste (1,76/100 mil). Nas Regiões Sul (2,55/100 mil) e Centro-Oeste (1,76/100 mil), ocupa a 13ª posição; enquanto, nas Regiões Sudeste (1,24/100 mil) e Norte (0,53/100 mil), é o 14º mais frequente. Nas mulheres, é o quinto mais frequente nas Regiões Sudeste (9,75/100 mil) e Nordeste (7,55/100 mil). Na Região Centro-Oeste (5,97/100 mil), é o sexto mais frequente. Já na Região Norte (2,80/100 mil), ocupa a nona posição; enquanto, na Região Sul (4,91/100 mil), ocupa a 13ª posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer de tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino e ocupa a oitava posição no *ranking* dos cânceres que acometem as mulheres no mundo. Basicamente, existem quatro tipos histológicos distintos que são subdivididos em: 1- carcinomas bem diferenciados – abrangem o papilífero e o folicular, o papilífero é o tipo histológico mais comum (de 50 a 80% dos casos), seguido do folicular (de 15 a 20% dos casos); 2- carcinoma pouco diferenciado – inclui o medular; e 3- carcinoma indiferenciado – compreende o anaplásico (DELELLIS et al., 2004). O carcinoma medular e o anaplásico são pouco frequentes (cerca de 10% dos casos) (FERLAY et al., 2013).

As estimativas do Globocan/Iarc, para 2012, apontaram 298.102 casos novos em nível mundial, representando 2,1% de todos os cânceres e uma taxa de incidência de 4,0 por 100 mil. Quando observadas por sexo, essas estimativas revelaram que o câncer de tireoide representou 0,9% de todos os cânceres que acometem os homens e 3,5% de todos aqueles que atingem as mulheres, com taxas de incidência de 1,9 e de 6,1 por 100 mil, respectivamente (FERLAY et al.; 2013).

As maiores taxas de incidência são encontradas nos países de alta renda, quando comparados aos de baixa e média rendas. Essa diferença pode ser atribuída, em parte,

¹³ O Vírus Epstein-Barr (EBV) é um membro da família dos herpes-vírus e um dos mais comuns nos seres humanos e a maioria das pessoas é infectada em algum momento de sua vida; porém essas infecções não causam sintomas - é o vírus responsável pela doença mononucleose infecciosa. É o mais potente vírus indutor de transformação e crescimento celular conhecido, sendo capaz de imortalizar linfócitos B humanos. Os linfomas de linfócitos T são mais frequentemente associados com o EBV do que os linfomas de linfócitos B. Acredita-se que a célula infectada pelo EBV e em proliferação seria mais susceptível ao acúmulo de mutações genéticas, as quais, por sua vez, levariam à transformação maligna (MACEDO; ROCHA, 2003).

¹⁴ Exceto câncer de pele não melanoma.

à grande diversidade de padrões de assistência, uma vez que o diagnóstico precoce é altamente dependente de tecnologia e, portanto, de acesso aos serviços de saúde (FORMAN et al., 2014; LA VECCHIA et al., 2015).

Tem sido descrito na literatura um aumento importante na tendência da incidência do câncer de tireoide, em ambos os sexos, nas últimas três décadas em vários países (LI et al., 2013; LA VECCHIA et al., 2015; VEIGA et al., 2013). As explicações para a observação dessa tendência crescente da incidência são controversas; a hipótese de aumento do número de casos novos em virtude do aumento da intensidade diagnóstica é defendida por alguns autores, sob a ótica de que essa propensão coincide com um maior uso e sensibilidade das técnicas diagnósticas para avaliação da tireoide (DAVIES; WELCH, 2006; PELLEGRITI et al., 2013; VACCARELLA et al., 2015). Apesar disso, outros autores acreditam que o aumento observado na tendência da incidência possa ser consequência também das mudanças nos fatores ambientais e de estilo de vida (PELLEGRITI et al., 2013).

Para 2012, foram previstos 39.771 óbitos, o que representa 0,5% de todas as mortes por câncer no mundo, com uma taxa de mortalidade de 0,5/100 mil. Para o sexo masculino, o óbito pela neoplasia maligna de tireoide representa 0,3% de todas as mortes por câncer e para as mulheres 0,8%, com taxas de mortalidade de 0,3/100 mil e 0,6/100 mil, respectivamente (FERLAY et al., 2013). A tendência da mortalidade por câncer de tireoide é de queda em quase todas as Regiões do mundo (LA VECCHIA et al., 2015). No Brasil, ocorreram, em 2015, 509 óbitos por câncer de tireoide em mulheres e 239 em homens (BRASIL, 2017).

Para o câncer de tireoide, o único fator de risco consolidado na literatura é a exposição à radiação ionizante durante a infância (UNITED NATIONS, 2014). Os demais fatores de risco estudados, como nível de hormônio tireoestimulante (TSH, do inglês *thyroid-stimulating hormone*) sanguíneo, hormônios sexuais, fatores reprodutivos, histórico de nódulos benignos e bócio, hipertireoidismo, padrões dietéticos, obesidade, tabagismo, etilismo e o envolvimento de doenças, como tireoidite de Hashimoto na etiologia da neoplasia maligna da tireoide, ainda não estão bem estabelecidos (ADJADJ et al., 2003; FELDT-RASMUSSEN, 2001; HOLLOWELL et al., 2002; MACK et al., 2003; RON; SCHNEIDER, 2006; ZIMMERMANN; KÖHRLE, 2002).

Câncer de bexiga

Para o Brasil, estimam-se 6.690 casos novos de câncer de bexiga em homens e 2.790 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 6,43 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a sétima posição; e de 2,63 para cada 100 mil mulheres, ocupando a 14ª posição¹⁵ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de bexiga em homens ocupa a sexta posição na Região Sudeste (8,61/100 mil). Na Região Centro-Oeste (5,64/100 mil), é o sétimo mais frequente. Na Região Sul (9,23/100 mil), ocupa a nona posição. E nas demais Regiões, Nordeste (3,43/100 mil) e Norte (1,63/100 mil), ocupa a 11ª posição. Para as mulheres, é o 13º mais frequente nas Regiões Centro-Oeste (2,27/100 mil) e Norte (0,93/100

¹⁵ Exceto câncer de pele não melanoma.

mil). Nas Regiões Sul (4,50/100 mil), Sudeste (3,02/100 mil) e Nordeste (1,70/100 mil), ocupa a 14ª posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer de bexiga corresponde a aproximadamente 95% nos carcinomas de células uroteliais ou carcinomas de células de transição, são neoplasias que se desenvolvem no interior do trato urinário, mais concretamente na bexiga, ureteres e uretra. Os tumores da bexiga podem ainda ser classificados como não invasivos (superficiais) ou invasivos (ROUPRÊT et al., 2011; TYLER, 2012).

O câncer de bexiga é uma das neoplasias mais comuns do trato urinário e o nono tipo de neoplasia maligna mais incidente, em nível mundial, com cerca de 430 mil casos novos em 2012. Quando comparado por sexo, nos homens, ocupa a sexta posição (330.380 casos novos, no mundo, em 2012), em seguida do de pulmão, próstata e colorretal; nas mulheres, é o 19º câncer mais frequente (99.413 casos novos, no mundo, em 2012) e comumente em países mais desenvolvidos (FERLAY et al., 2013).

As taxas de incidência são muito mais frequentes nos homens, de duas a quatro vezes maior do que nas mulheres. As taxas são mais elevadas na América do Norte, Europa, África do Norte, Oriente Médio e Austrália e Nova Zelândia; nos países africanos, asiáticos, e em alguns países da América Latina, as taxas tendem a ser bastante baixas (STEWART; WILD, 2014).

Nas últimas décadas, tem sido observado na literatura um aumento significativo na incidência do câncer de bexiga, no mundo, e isso pode ser uma consequência dos efeitos do tabagismo, que é reconhecido como importante fator de risco para câncer (FREEDMAN et al., 2011). Segundo o World Cancer Report, estima-se que o risco de desenvolver câncer de bexiga entre os fumantes foi de duas a seis vezes maior em comparação aos não fumantes; sendo responsável por, aproximadamente, 66% dos casos novos em homens e 30% dos casos novos em mulheres (STEWART; WILD, 2014). Também existe associação a fatores de risco relacionados à exposição ocupacional e ambiental, a exemplo do trabalho na produção de alumínio, exposição à emissão de gases de combustão de diesel, exposição a agrotóxicos, trabalho na indústria da borracha, do plástico, da indústria têxtil; assim como em atividades laborativas bem específicas: pintores, cabeleireiros e barbeiros que trabalham com tinturas (STEWART; WILD, 2014; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

Quanto à mortalidade, para 2012, no mundo, foram estimados 165.084 óbitos com uma taxa de mortalidade de 2,3/100 mil. Sendo que, para os homens, o óbito pela neoplasia maligna de bexiga representou 123.051 (3,5/100 mil) e, para as mulheres, 42.033 (1,2/100 mil) de todas as mortes por câncer (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 2.663 óbitos por câncer de bexiga em homens e 1.240 em mulheres (BRASIL, 2017).

Câncer de laringe

Para o Brasil, estimam-se 6.390 casos novos de câncer de laringe em homens e 1.280 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. O risco estimado será de 6,17 casos a cada 100 mil homens, ocupando a oitava posição; e a 16ª mais frequente com 1,20 casos a cada 100 mil mulheres¹⁶ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, em homens, o câncer de laringe é o sexto na Região Nordeste (5,49/100 mil). Na Região Sul (10,57/100 mil), ocupa sétima posição. Nas Regiões Sudeste (6,08/100 mil) e Centro-Oeste (5,19/100 mil), ocupa a oitava e a nona posições, respectivamente. Já na Região Norte (2,52/100 mil), é a décima mais frequente. Entre as mulheres, ocupa a 15ª posição na Região Norte (0,78/100 mil); e ocupa a 16ª posição nas Regiões Sudeste (1,47/100 mil), Centro-Oeste (1,45/100 mil), Sul (1,30/100 mil) e Nordeste (0,80/100 mil) (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

Entre os tumores de cabeça e pescoço, o câncer de laringe ocupa a primeira posição e representa o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo, atrás apenas do câncer de pulmão (GOIATO; FERNANDES et al., 2005; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; SARTOR, 2003). Esse tipo de câncer é mais incidente em homens com idade superior a 40 anos. O total de casos novos estimados para essa doença, em 2012, no mundo, representou 138.102 casos novos. As maiores taxas de incidência em homens podem ser observadas no Leste Europeu e em alguns países do Caribe (FERLAY et al., 2013).

Em relação à mortalidade, para 2012, foram estimados 83.376 óbitos, no mundo. Sendo que, para os homens, o óbito por esse câncer representou 73.261; com risco estimado de 2,1 a cada 100 mil homens. Para as mulheres, foram estimados 10.115 óbitos por esse câncer, com risco de 0,2 a cada 100 mil mulheres (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 3.809 óbitos por câncer de laringe em homens e 574 em mulheres (BRASIL, 2017).

Casos diagnosticados em estágio inicial da doença têm melhores chances de cura desse câncer; é observado um prognóstico ruim para os casos em estágio mais avançado, influenciando uma menor sobrevida, apesar do tratamento (STEWART; WILD, 2014).

Os fatores de risco já estabelecidos pela literatura são: uso contínuo do tabaco e de bebidas alcoólicas; sendo possível observar a potencialização do desenvolvimento desse câncer quando o hábito de fumar e beber estão juntos (BALLESTEROS; HEROS, 2002). Outros fatores etiológicos também apresentados com possível associação para o aumento do risco são: dieta pobre em nutrientes, refluxo gastroesofágico, infecções pelo HPV, síndromes genéticas; e a exposição ocupacional de alguns elementos, como pó de madeira, produtos químicos utilizados na metalurgia, petróleo, plásticos, indústrias têxteis e o amianto (VAN CAUWENBERGE; DHOOGHE; INGELS, 1992).

¹⁶ Exceto câncer de pele não melanoma.

Câncer do corpo do útero

Para o Brasil, estimam-se 6.600 casos novos de câncer do corpo do útero, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a sétima posição¹⁷ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do corpo do útero é o sexto mais incidente na Região Sudeste (7,66/100 mil). Na Região Sul (7,17/100 mil), o sétimo mais frequente. Nas Regiões Centro-Oeste (5,65/100 mil) e Nordeste (4,98/100 mil), ocupa a oitava posição; enquanto, na Região Norte (2,11/100 mil), ocupa a décima posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer do corpo do útero constitui o sexto câncer mais comum na população feminina, com uma estimativa mundial de 320 mil casos novos em 2012, correspondendo a 4,8% dos tumores femininos e 2,3 % dos cânceres em geral. Estimaram-se, no mundo, 76 mil óbitos em mulheres com câncer endometrial em 2012, o que representa 2,1% das mortes por câncer em mulheres (FERLAY et al., 2013).

O carcinoma endometrial é um tumor epitelial maligno, que exibe diferenciação glandular, sendo, portanto, o adenocarcinoma seu principal tipo histológico (mais de 80% dos casos) e está associado ao uso de estrogênio. Esse hormônio desempenha um papel importante na etiologia dessa doença. Os tumores do Tipo I são de baixo grau de malignidade e estão relacionados ao estrogênio; os do Tipo II não estão associados ao estrogênio, e são os adenocarcinomas de células não serosas e não claras que apresentam maior taxa de mortalidade (STEWART; WILD, 2014).

Analisando a distribuição desse câncer nas Regiões do globo, as taxas de incidência são de 14,7/100 mil nas Regiões mais desenvolvidas e de 5,5/100 mil nas menos desenvolvidas. A taxa de mortalidade apresentada foi de 2,3/100 mil nas Regiões mais desenvolvidas e 1,5/100 mil nas com menor nível de desenvolvimento. As maiores taxas de incidência de câncer do corpo do útero foram estimadas para a América do Norte (19,1/100 mil) e para o Norte da Europa Ocidental (12,9-15,6/100 mil); enquanto, no Sul da Ásia Central (2,7/100 mil) e na maior parte da África (menos de 5/100 mil), apresentam as taxas mais baixas. As taxas de mortalidade apresentam variação menor, de 0,9/100 mil na África do Norte a 3,8/100 mil na Malásia (FERLAY et al., 2016). Em 2015, no Brasil, ocorreram 1.454 óbitos por câncer do corpo do útero (BRASIL, 2017).

As taxas de incidência variam de 20 a 30 vezes entre os países; e cerca de dois terços dos novos casos estimados ocorrem em países com níveis altos de desenvolvimento humano. Nos Estados Unidos, a sobrevida em cinco anos e mais é de 84% em mulheres brancas, cujo diagnóstico é realizado em estágio inicial, e 62% em mulheres negras que possuem menor sobrevida independente do estágio da doença ao diagnóstico (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a). No Canadá, o câncer de endométrio aumentou em 2,3% ao ano, de 2005 a 2013, o que pode estar associado ao uso de estrogênio para TRH (CANADIAN CANCER SOCIETY, 2017).

Além de predisposição genética, dos fatores de risco associados ao câncer do corpo do útero, o principal é a obesidade. Outros fatores associados são sobrepeso; *diabetes*

¹⁷ Exceto câncer de pele não melanoma.

mellitus; hiperplasia endometrial; anovulação (deixar de ovular) crônica; uso de radiação anterior por efeito do tratamento de tumores de ovário; uso de estrogênio para reposição hormonal; menarca (momento em que a mulher começa a menstruar) precoce; menopausa (quando a mulher deixa de menstruar) tardia; nuliparidade (nunca engravidou ou nunca teve filhos); síndrome do ovário policístico; e síndrome de Lynch. O câncer do corpo uterino é comum em mulheres com síndrome de Lynch; ou seja, uma síndrome de câncer de cólon hereditário não poliposo, um defeito no reparo de falta de ácido desoxirribonucleico (ADN ou DNA, do inglês *deoxyribonucleic acid*) que também está associado aos cânceres de mama e de ovário. O risco de desenvolvimento de câncer do corpo do útero aumenta em mulheres com mais de 50 anos. Alguns fatores são considerados de proteção para o câncer endometrial, como o uso de progesterona; gravidez; e prática de atividade física regular (STEWART; WILD, 2014).

Câncer do ovário

Para o Brasil, estimam-se 6.150 casos novos de câncer do ovário, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 5,79 casos a cada 100 mil mulheres e o oitavo mais incidente¹⁸ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do ovário é o sétimo mais incidente nas Regiões Centro-Oeste (5,83/100 mil), Nordeste (5,04/100 mil) e Norte (2,96/100 mil). Nas demais Regiões, Sul (7,12/100 mil) e Sudeste (6,40/100 mil), ocupa a oitava posição (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O câncer de ovário é o sétimo câncer mais comum e representa 3,6% dos tumores femininos. Em 2012, no mundo, foram esperados 239 mil casos novos, o que corresponde a um risco estimado de 6,1/100 mil. Ocorreram 152 mil óbitos em mulheres com câncer de ovário em 2012, o que representa 4,3% das mortes em mulheres, sendo a oitava causa de morte por câncer da população feminina. A letalidade do câncer de ovário tende a ser mais elevada em comparação aos outros tipos de câncer dos órgãos reprodutores femininos (FERLAY et al., 2013).

Histologicamente, os carcinomas ovarianos são divididos em cinco tipos principais: carcinomas serosos de alto grau (70%); endometriais (10%); células claras (10%); mucinosas (3%); e de baixo grau (<5%), que, em conjunto, representam mais de 95% dos casos. Muito menos comuns são os tumores de células germinativas malignas – os disgerminomas; os tumores de saco vitelino e os teratomas imaturos (3% de câncer de ovário); e os tumores de cordão sexual potencialmente malignos (1%-2%), sendo os mais comuns os tumores de células granulosas (STEWART; WILD, 2014).

A incidência do câncer de ovário apresenta variação de 9,1/100 mil mulheres nas Regiões mais desenvolvidas para 4,9/100 mil mulheres nas menos desenvolvidas; enquanto a mortalidade varia de 5,0/100 mil mulheres nas Regiões mais desenvolvidas e 3,1/100 mil mulheres nas menos desenvolvidas. Em 2012, a incidência foi maior em países com altos níveis de desenvolvimento humano (55%). Observaram-se elevadas taxas de incidência e mortalidade na Europa e América do Norte (FERLAY et al., 2013). Em 2015, no Brasil, ocorreram 3.536 óbitos por câncer de ovário (BRASIL, 2017).

¹⁸ Exceto câncer de pele não melanoma.

No Canadá, destacam-se como fatores na redução da mortalidade por câncer de ovário: a redução da TRH, melhorias na gestão e no tratamento dessa doença; todavia, a sobrevida em cinco anos ou mais, em mulheres com câncer de ovário, é de 44% (Canadian Cancer Statistics, 2017). Nos Estados Unidos, a mortalidade também vem decrescendo de 2005 a 2014, o que pode estar associado ao uso de contraceptivos orais; e a sobrevida em cinco anos ou mais foi de 92% nas pacientes com doença localizada ao diagnóstico (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a).

Fatores genéticos como a história familiar de câncer de ovário ou de mama; mutações de alto risco dos genes BRCA1 e BRCA2; menopausa tardia; endometriose; nuliparidade (nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos); TRH; obesidade; e tabagismo estão associados com o desenvolvimento do câncer ovariano. A gravidez e uso de contraceptivos orais (supressão da ovulação) são considerados fatores de proteção (STEWART; WILD, 2014).

Linfoma de Hodgkin

Para o Brasil, estimam-se 1.480 casos novos de linfoma de Hodgkin (LH) em homens e 1.050 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 1,43 casos novos a cada 100 mil homens e a 14ª neoplasia mais frequente. Entre as mulheres, há um risco estimado de 0,96 para cada 100 mil e ocupa a 17ª posição¹⁹ (Tabela 1).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o LH em homens é o 12º mais frequente na Região Norte (0,97/100 mil); enquanto, na Região Sudeste (1,41/100 mil), ocupa a 13ª posição. Nas Regiões Sul (2,47/100 mil), Nordeste (1,15/100 mil) e Centro-Oeste (1,15/100 mil), é o 14º mais frequente. Para as mulheres, ocupa a 17ª posição nas Regiões Sul (1,29/100 mil), Sudeste (1,15/100 mil), Centro-Oeste (0,95/100 mil), Nordeste (0,64/100 mil) e Norte (0,52/100 mil) (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

O Linfoma de Hodgkin é assim chamado porque foi descrito pela primeira vez, em 1832, por Thomas Hodgkin (MACHADO et al, 2004). Esse linfoma pertence a um grupo de cânceres que se originam no sistema linfático (os linfomas), sistema este que produz as células responsáveis pela imunidade. Ele apresenta a característica de se espalhar de forma ordenada de um grupo de linfonodos para outro; podendo ocorrer em crianças, adolescentes e adultos. Caracterizando esse tipo de linfoma, encontram-se linfócitos grandes e anormais nos linfonodos chamados células Reed-Sternberg (NATIONAL CANCER INSTITUTE, [20--b]). As taxas de LH são mais altas entre adolescentes, adultos jovens (15 a 29 anos), adultos (30 a 39 anos) e entre adultos mais velhos (75 anos ou mais). Os homens são mais propensos do que as mulheres a desenvolver linfoma (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; LYMPHOMA RESEARCH FOUNDATION, 2012; NATIONAL CANCER INSTITUTE, [20—b]).

O LH pode ser classificado em dois grupos: o nodular com predominância linfocitária (LHNPL) e o clássico. No grupo dos LHNPL, há o predomínio de linfócitos B benignos

¹⁹ Exceto câncer de pele não melanoma.

e a presença células gigantes diferentes das Reed-Sternberg. O grupo clássico se divide em cinco subgrupos, em acordo ao tipo de células que predominam: esclerose nodular (é o mais frequente, principalmente em mulheres); celularidade mista (tem a presença de células neoplásicas e reativas à infecção - forte associação com o EBV e também com o HIV); rico em linfócitos (necessário utilizar estudos de imuno-histoquímica para sua identificação); depleção linfocitária (muito raro, ocorrendo com mais frequência em idosos e se manifestando como doença grave); e o inclassificável (quando a avaliação se torna muito difícil) (MACHADO, 2004).

As causas do LH, bem como para todos os linfomas, ainda não estão bem entendidas, mas pesquisadores sugerem algumas associações: estudos mostraram que pessoas infectadas com o HIV correm um risco maior de desenvolver linfoma; a presença de outros vírus, como o HTLV-1 e o EBV, também foi associada a certos tipos de linfoma; a história familiar tem sido associada a um maior risco de LH; exposições ambientais, como herbicidas e pesticidas, podem estar ligadas ao linfoma, mas os cientistas não sabem o quanto é necessário para aumentar o risco de desenvolvimento da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017b; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b).

É considerado como um câncer de bom prognóstico, levando-se em consideração o diagnóstico e o tratamento oportuno (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017b; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b; MACHADO, 2004).

Segundo o Globocan/Iarc, em 2012, foram estimados 66 mil casos novos de LH, sendo o 25º mais frequente entre todos os cânceres. Entretanto, para os homens, foram 39 mil casos novos; e, entre as mulheres, foram 27 mil casos novos, ocupando a 22ª e 21ª posições, respectivamente (FERLAY et al., 2013). As taxas de incidência tendem ser mais elevadas em Regiões mais desenvolvidas, como América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Europa, e também no Oeste da Ásia; e as menores taxas foram nas Regiões do Leste e Sudeste Asiáticos, onde a doença é muito rara (STEWART; WILD, 2014).

Em relação à mortalidade, nessa localização, para 2012, foram estimados aproximadamente 25 mil óbitos no mundo. Para os homens, o óbito pela neoplasia maligna de LH representou 15 mil mortes; e, para as mulheres, dez mil (FERLAY et al., 2013). O declínio da mortalidade foi constante nos Estados Unidos, na União Europeia e no Japão. Por outro lado, após a década de 1990, nas Regiões do Leste Europeu, a queda foi lenta (HOPPE et al., 1994; LA VECCHIA et al., 1991; LEVI et al., 2002a). No Brasil, ocorreram, em 2015, 324 óbitos por câncer de LH em homens e 237 em mulheres (BRASIL, 2017).

Câncer de pele

Para o Brasil, estimam-se 85.170 casos novos de câncer de pele não melanoma entre homens e 80.410 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 82,53 casos novos a cada 100 mil homens e 75,84 para cada 100 mil mulheres. É o mais incidente em ambos os sexos (Tabela 1).

O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens nas Regiões Sul (160,08/100 mil), Sudeste (89,80/100 mil) e Centro-Oeste (69,27/100 mil). Nas demais

Regiões, Nordeste (53,75/100 mil) e Norte (23,74/100 mil), encontra-se na segunda posição. Entre as mulheres, é o mais incidente em todas as Regiões do país, com um risco estimado de 97,46/100 mil na Região Sul; 95,16/100 mil na Sudeste; 92,66/100 mil na Região Centro-Oeste; 45,59/100 mil na Região Nordeste; e 27,71/100 mil na Região Norte (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.920 casos novos em homens e 3.340 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na Região Sul (Tabelas 4, 12, 22, 27 e 32).

Comentário

No mundo, o câncer de pele é o mais comum, sendo o melanoma, o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular os tipos mais frequentes da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016). O câncer de pele pode ser classificado de duas formas, como melanoma e não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c).

No mundo, para 2012, foram estimados 232.130 casos novos por melanoma, representando uma taxa de incidência de 3,3 por 100 mil habitantes e o 19º câncer mais frequente. Sendo que, entre os homens, foram 120.649 casos novos (3,4/100 mil) ocupando a 15ª posição; e 111.481 casos novos (3,2/100 mil) em mulheres, sendo a 16ª mais frequente entre todos os cânceres (FERLAY et al., 2013). As maiores taxas de incidência mundiais encontram-se, em países como Austrália e Nova Zelândia, em populações com predominância da cor de pele mais clara (STEWART; WILD, 2014). Apesar de ser o câncer mais frequente, o câncer de pele não melanoma é difícil de estimar, uma vez que nem todos os Registros de Câncer os coletam. Nos Estados Unidos, estudo feito em 2012 estimou 5,4 milhões de casos novos em 3,3 milhões de pessoas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a).

Em relação à mortalidade, o câncer de pele melanoma, para 2012, representou 55.488 óbitos no mundo. Sendo que, para os homens, o número de óbitos por câncer de pele melanoma foi de 31.390; e para as mulheres, 24.098 (FERLAY et al., 2013). No Brasil, ocorreram, em 2015, 1.012 óbitos por câncer de pele melanoma em homens e 782 em mulheres (BRASIL, 2017).

O câncer de pele não melanoma é o tumor mais incidente entre homens e mulheres no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c). Em relação à mortalidade, em 2015, foram 1.137 óbitos em homens e 821 nas mulheres (BRASIL, 2017). Mesmo com a baixa letalidade do câncer de pele não melanoma, sua elevada incidência pode explicar uma ocorrência de óbitos quase semelhante ao câncer de pele melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017b). O câncer de pele não melanoma é curável na maioria dos casos. No caso do melanoma de pele, o prognóstico é considerado bom quando diagnosticado e tratado em sua fase inicial.

O principal fator de risco para os cânceres de pele melanoma e não melanoma é a exposição excessiva à radiação solar ultravioleta (UV). Outros fatores, como cor de pele, olhos e cabelos claros; história familiar ou pessoal de câncer de pele; o sistema imune debilitado por doenças ou em indivíduos transplantados por causa do uso de imunossupressores (azatioprina e ciclosporina), podem aumentar o risco desenvolver

câncer de pele (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c). Além disso, é importante também frisarem-se os fatores ambientais e ocupacionais, como a exposição a fuligens; ao arsênico e seus compostos (utilizado na conservação de madeiras, na formulação de agrotóxicos, na metalurgia etc.); ao alcatrão de carvão (piche); aos óleos minerais (industriais, não tratados ou pouco tratados); e aos óleos de xisto (utilizados pela indústria petroquímica). Trabalhadores que desenvolvem suas atividades ao ar livre, como os da construção civil, agricultores, pescadores, guardas de trânsito, salva-vidas, atletas, agentes de saúde, entre outros, apresentam maior risco de câncer de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c). Destaca-se ainda que a Iarc/OMS classificou as câmaras de bronzeamento artificial (fontes de radiação UV) como “carcinogênicas para humanos”, e desde 2009 são proibidas no Brasil (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c).

Câncer infantojuvenil

Estima-se que, para o Brasil, para cada ano do biênio 2018-2019, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer, sem considerar o câncer de pele não melanoma. Uma vez que o percentual mediano dos tumores infantojuvenis observados nos RCBP brasileiros é de 3%, depreende-se que ocorrerão 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes (até os 19 anos). As Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 5.300 e 2.900, respectivamente, seguidas pelas Regiões Centro-Oeste (1.800 casos novos), Sul (1.300 casos novos) e Norte (1.200 casos novos).

Para o cálculo do número estimado de tumores infantojuvenis, para cada ano do biênio 2018-2019, optou-se por considerar apenas os valores estimados para todas as neoplasias, sem incluir os tumores de pele não melanoma, justificado por sua magnitude em adultos diferir tanto da observada em crianças e adolescentes.

Comentário

O câncer infantojuvenil (entre 0 e 19 anos) consiste em um conjunto de doenças que apresentam características próprias em relação ao tipo histológico (células que compõem os tumores) e ao comportamento clínico (LITTLE, 1999). Corresponde a de 1% a 4% de todos os tumores malignos, na maioria das populações. Nos países em desenvolvimento, onde a população de crianças chega a 50%, essa proporção do câncer infantil representa de 3% a 10% do total de neoplasias. Já nos países desenvolvidos, essa proporção diminui, chegando a cerca de 1% (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014; BARR et al., 2006; FERLAY et al., 2013; MAGRATH et al., 2013).

Entre os tipos de câncer infantojuvenil em todo o mundo, a leucemia é o mais comum na maioria das populações (de 25% a 35%). Nos países desenvolvidos, os linfomas correspondem ao terceiro tipo de câncer mais comum. Já nos países em desenvolvimento, esse tipo é o segundo mais incidente, ficando atrás apenas das leucemias (HOWLADER et al., 2014; PARKIN et al., 1988; RIES et al., 1999). No Brasil, o percentual mediano

de neoplasias nos RCBP na população infantojuvenil (de 0 a 19 anos) foi de 3%. Assim como na maioria das populações, as leucemias foram as mais frequentes (26%), seguidas de outros tumores epiteliais (14%), linfomas (14%) e SNC (13%). A mortalidade por câncer em crianças e adolescentes possui padrões geográficos diferentes. Enquanto, nos países desenvolvidos, a neoplasia é considerada a segunda causa de morte na infância, correspondendo a de 4% a 5% (crianças de 1 a 14 anos) dos óbitos nessa faixa etária, em países em desenvolvimento, essa proporção é bem menor, cerca de 1%, em razão das mortes por doenças infecciosas serem as principais causas de óbito (KARIM-KOS et al., 2014). No Brasil, os óbitos por câncer entre crianças e adolescentes (de 1 a 19 anos) correspondem à segunda causa de morte. Esse padrão se diferencia na Região Norte, onde ocupa a quinta posição (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017a). Em 2015, ocorreram 35 mil óbitos nessa faixa etária.

No Brasil, ocorreram, em 2015, 2.704 óbitos por câncer infantojuvenil (de 1 a 19 anos) correspondentes a 7,9% entre todas as causas, e a segunda maior causa de morte em todas Regiões (BRASIL, 2017).



Tabela 1

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	68.220	66,12	67,82	15.720	70,76	66,31	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	59.700	56,33	51,29	19.920	80,33	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	16.370	15,43	17,11	4.620	18,66	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05	12.530	11,81	9,22	3.710	15,06	11,44
Cólon e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16	18.980	17,90	18,40	6.820	27,49	20,84
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,95	7.750	7,32	5,96	2.210	8,92	5,34
Cavidade Oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03	3.500	3,28	2,86	1.010	3,89	2,80
Laringe	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44	1.280	1,20	0,96	420	1,30	0,92
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,59	9,20	2.790	2,63	2,21	890	3,42	2,61
Esôfago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04	2.550	2,38	1,67	540	1,85	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.150	5,79	4,80	2.140	8,46	6,54
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	1,14	550	2,19	1,93	1.050	0,96	0,92	400	1,33	1,19
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	5,42	1.480	6,59	6,81	4.810	4,55	4,19	1.520	6,10	5,44
Glândula Tireoide	1.570	1,49	1,50	500	1,87	1,76	8.040	7,57	5,88	2.490	10,01	7,02
Sistema Nervoso Central	5.810	5,62	5,49	1.340	6,10	6,55	5.510	5,17	5,17	1.400	5,63	4,70
Leucemias	5.940	5,75	5,51	1.480	6,69	6,58	4.860	4,56	4,29	1.190	4,72	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.600	6,22	5,44	2.370	9,46	7,46
Pele Melanoma	2.920	2,82	2,69	800	3,34	3,31	3.340	3,16	2,15	880	3,42	2,74
Outras Localizações	41.480	40,17	35,26	9.470	42,62	43,45	36.230	34,17	29,04	8.920	36,00	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	214.970	208,32	217,27	52.410	235,91	226,91	202.040	190,61	191,78	61.450	247,95	199,05
Pele não Melanoma	85.170	82,53	-	17.020	76,60	-	80.410	75,84	-	17.230	69,60	-
Todas as Neoplasias Malignas	300.140	290,86	-	69.430	312,52	-	282.450	266,47	-	78.680	317,47	-
Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub-Registro	324.580	314,55	-	-	-	-	310.300	292,74	-	-	-	-

^aPopulação padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 1

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%		Homens Mulheres	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Brasil


Tabela 2

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por Estado* (Brasil)

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	140	80	40	70	70	90	20
Amapá	90	60	30	50	80	110	20
Amazonas	580	420	280	370	460	840	110
Pará	1.060	740	500	510	740	860	220
Rondônia	340	200	130	180	140	130	60
Roraima	70	50	20	30	40	40	20
Tocantins	420	180	110	130	100	230	50
Alagoas	630	560	180	230	160	320	140
Bahia	4.280	2.870	1.370	1.100	1.170	1.230	760
Ceará	2.730	2.200	940	1.140	1.320	990	480
Maranhão	1.220	720	330	410	420	1.090	130
Paraíba	1.170	880	320	370	470	370	240
Pernambuco	3.050	2.680	1.060	1.080	930	1.030	560
Piauí	950	600	280	300	210	430	130
Rio Grande do Norte	1.090	800	370	390	410	320	230
Sergipe	700	550	210	210	160	250	140
Distrito Federal	850	1.020	670	390	300	290	180
Goiás	2.210	1.670	1.150	1.020	570	580	450
Mato Grosso	1.080	680	400	420	270	340	190
Mato Grosso do Sul	1.190	830	600	470	320	280	210
Espírito Santo	1.510	1.130	730	580	460	250	410
Minas Gerais	6.730	5.360	3.160	2.570	2.170	890	1.440
Rio de Janeiro	6.950	8.050	4.690	3.140	1.660	1.340	1.700
São Paulo	14.890	16.340	12.060	7.650	4.790	1.940	3.990
Paraná	5.480	3.730	2.350	2.370	1.590	820	1.130
Rio Grande do Sul	6.210	5.110	3.180	4.360	1.350	840	1.100
Santa Catarina	2.600	2.190	1.200	1.730	930	470	590
Brasil	68.220	59.700	36.360	31.270	21.290	16.370	14.700

*Números arredondados para múltiplos de 10.



Tabela 2 - Continuação

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por Estado* (Brasil)

Estados	Sistema Nervoso Central	Leucemias	Esôfago	Linfoma não Hodgkin	Glândula Tireoide	Bexiga	Laringe	Corpo do Útero
Acre	20	30	20	20	20	20	20	**
Amapá	20	30	20	20	20	20	20	**
Amazonas	150	160	60	110	80	50	100	50
Pará	200	300	110	170	140	90	110	80
Rondônia	70	70	60	40	30	40	40	20
Roraima	20	20	20	20	20	20	20	**
Tocantins	60	90	40	50	40	30	30	20
Alagoas	90	110	70	90	120	70	90	70
Bahia	600	560	610	450	490	400	440	310
Ceará	440	460	480	330	610	210	360	240
Maranhão	200	250	80	150	220	90	90	120
Paraíba	190	210	160	140	270	120	180	100
Pernambuco	480	420	390	380	550	360	340	400
Piauí	140	160	100	120	170	60	70	60
Rio Grande do Norte	150	210	160	150	210	90	120	80
Sergipe	100	90	60	70	80	70	80	90
Distrito Federal	160	150	120	180	140	110	90	150
Goiás	400	300	300	330	210	310	200	170
Mato Grosso	160	130	150	110	90	100	100	70
Mato Grosso do Sul	140	130	170	140	110	120	130	70
Espírito Santo	230	190	320	220	140	200	160	80
Minas Gerais	1.010	1.030	1.330	1.000	880	900	680	510
Rio de Janeiro	910	930	740	970	1.250	1.140	690	870
São Paulo	2.590	2.510	1.960	2.950	2.600	2.820	1.750	1.940
Paraná	1.040	800	1.080	630	390	710	660	390
Rio Grande do Sul	1.140	980	1.520	940	470	880	730	470
Santa Catarina	610	480	660	400	260	450	370	210
Brasil	11.320	10.800	10.790	10.180	9.610	9.480	7.670	6.600

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Brasil


Tabela 2 - Continuação

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por Estado* (Brasil)

Estados	Pele Melanoma	Ovário	Linfoma de Hodgkin	Outras Localizações	Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias Malignas
Acre	20	**	**	200	910	160	1.070
Amapá	**	**	20	130	770	60	830
Amazonas	30	80	40	810	4.780	1.080	5.860
Pará	50	110	50	1.400	7.440	1.820	9.260
Rondônia	20	20	20	490	2.100	880	2.980
Roraima	20	**	20	120	590	90	680
Tocantins	20	30	20	450	2.100	580	2.680
Alagoas	20	60	20	880	3.910	1.140	5.050
Bahia	150	360	120	4.090	21.360	6.040	27.400
Ceará	140	280	110	3.270	16.730	6.020	22.750
Maranhão	60	110	50	1.350	7.090	1.640	8.730
Paraíba	60	90	20	1.480	6.840	2.590	9.430
Pernambuco	150	340	100	3.640	17.940	5.680	23.620
Piauí	50	90	30	910	4.860	2.040	6.900
Rio Grande do Norte	50	90	40	1.370	6.330	2.140	8.470
Sergipe	50	60	20	660	3.650	1.280	4.930
Distrito Federal	120	120	40	1.020	6.100	2.350	8.450
Goiás	190	190	70	2.440	12.760	5.300	18.060
Mato Grosso	60	70	20	1.150	5.590	2.770	8.360
Mato Grosso do Sul	80	90	40	1.010	6.130	2.610	8.740
Espírito Santo	170	110	50	1.210	8.150	3.390	11.540
Minas Gerais	510	560	310	7.550	38.590	19.000	57.590
Rio de Janeiro	440	640	180	6.330	42.620	19.610	62.230
São Paulo	1.790	1.540	570	17.580	102.260	38.990	141.250
Paraná	630	380	200	6.110	30.490	13.090	43.580
Rio Grande do Sul	860	490	250	8.170	39.050	15.750	54.800
Santa Catarina	510	210	110	3.890	17.870	9.480	27.350
Brasil	6.260	6.150	2.530	77.710	417.010	165.580	582.590

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.



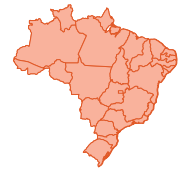
Tabela 3

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por capital* (Brasil)

Capitais	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Rio Branco	80	60	30	50	40	60	20
Macapá	70	50	20	30	50	80	20
Manaus	360	370	230	260	330	640	80
Belém	340	360	240	200	260	280	80
Porto Velho	80	80	40	60	40	60	20
Boa Vista	50	40	20	30	30	30	20
Palmas	60	30	20	20	20	30	20
Maceió	220	270	100	110	50	130	40
Salvador	780	1.020	540	350	290	300	220
Fortaleza	560	1.410	430	440	300	290	140
São Luís	240	280	140	110	130	240	30
João Pessoa	180	240	110	100	80	80	50
Recife	590	770	340	310	170	180	120
Teresina	230	250	120	100	50	140	50
Natal	230	250	140	120	100	100	60
Aracaju	180	240	80	70	40	60	40
Goiânia	560	560	420	280	150	140	150
Cuiabá	240	220	130	100	50	70	50
Campo Grande	410	370	280	160	120	90	80
Vitória	160	140	110	50	40	20	40
Belo Horizonte	980	1.060	700	360	320	150	230
Rio de Janeiro	3.050	4.010	2.580	1.520	660	490	620
São Paulo	4.230	5.900	4.340	2.230	1.610	660	1.210
Curitiba	810	820	530	380	240	130	180
Porto Alegre	890	920	650	650	210	140	170
Florianópolis	140	200	110	140	70	30	40
Brasil	15.720	19.920	12.450	8.230	5.450	4.620	3.780

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Brasil


Tabela 3 - Continuação

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por capital* (Brasil)

Capitais	Sistema Nervoso Central	Leucemias	Esôfago	Linfoma não Hodgkin	Glândula Tireoide	Bexiga	Laringe	Corpo do Útero
Rio Branco	20	20	20	20	**	20	20	**
Macapá	20	20	20	20	20	20	20	**
Manaus	120	120	50	80	60	40	80	40
Belém	80	80	30	70	50	30	40	30
Porto Velho	20	20	20	20	20	20	20	**
Boa Vista	20	20	20	20	20	20	20	**
Palmas	20	20	20	20	**	20	**	**
Maceió	40	40	30	40	30	20	40	20
Salvador	180	140	130	160	110	120	110	130
Fortaleza	160	130	110	120	180	80	130	110
São Luís	40	50	20	40	70	30	30	30
João Pessoa	50	50	30	40	60	20	40	20
Recife	120	80	70	100	140	100	90	130
Teresina	60	50	30	50	60	20	30	20
Natal	30	50	30	50	70	30	40	20
Aracaju	20	20	20	20	30	30	40	20
Goiânia	100	100	60	100	70	110	50	70
Cuiabá	20	20	30	40	40	30	40	20
Campo Grande	60	50	50	60	40	50	40	30
Vitória	20	20	30	30	30	20	30	20
Belo Horizonte	140	170	130	170	150	160	90	130
Rio de Janeiro	370	420	240	510	650	550	280	490
São Paulo	710	690	510	880	870	930	480	750
Curitiba	160	110	120	140	80	150	90	70
Porto Alegre	140	150	140	170	90	150	80	150
Florianópolis	20	30	30	30	30	40	20	20
Brasil	2.740	2.670	1.990	3.000	2.990	2.810	1.960	2.370

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.



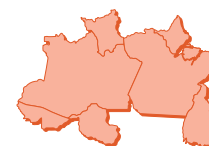
Tabela 3 - Continuação

Estimativas para o ano 2018 de número de casos novos de câncer, por capital* (Brasil)

Capitais	Pele Melanoma	Ovário	Linfoma de Hodgkin	Outras Localizações	Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias Malignas
Rio Branco	20	**	**	120	640	110	750
Macapá	**	**	20	90	600	60	660
Manaus	20	70	30	580	3.560	690	4.250
Belém	20	60	20	460	2.730	560	3.290
Porto Velho	20	**	20	130	710	230	940
Boa Vista	20	**	20	90	510	40	550
Palmas	20	**	**	60	430	80	510
Maceió	20	30	20	340	1.590	250	1.840
Salvador	50	140	30	1.050	5.850	720	6.570
Fortaleza	60	130	50	880	5.710	1.080	6.790
São Luís	20	40	20	330	1.890	310	2.200
João Pessoa	20	30	20	330	1.550	340	1.890
Recife	40	90	30	690	4.160	1.050	5.210
Teresina	20	40	20	270	1.610	250	1.860
Natal	20	30	20	430	1.820	450	2.270
Aracaju	20	30	20	200	1.180	320	1.500
Goiânia	70	80	20	650	3.740	1.150	4.890
Cuiabá	20	20	20	180	1.340	600	1.940
Campo Grande	40	40	20	350	2.340	630	2.970
Vitória	20	20	20	120	940	320	1.260
Belo Horizonte	30	110	50	1.020	6.150	2.550	8.700
Rio de Janeiro	220	360	120	2.840	19.980	9.230	29.210
São Paulo	580	570	250	4.750	32.150	9.710	41.860
Curitiba	140	80	40	960	5.230	1.690	6.920
Porto Alegre	120	100	30	1.240	6.190	1.480	7.670
Florianópolis	40	20	20	230	1.260	350	1.610
Brasil	1.680	2.140	950	18.390	113.860	34.250	148.110

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Região Norte


Tabela 4


Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	2.700	29,41	39,11	1.040	37,84	51,76	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	1.730	19,21	24,33	990	33,81	33,76
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	2.300	25,62	24,91	1.180	40,53	29,21
Traqueia, Brônquio e Pulmão	820	9,03	13,99	380	13,71	20,11	520	5,83	8,13	270	9,38	9,03
Cólon e Reto	450	4,97	7,14	230	8,30	10,68	660	7,38	7,25	370	12,67	10,18
Estômago	1.150	12,35	15,19	530	18,84	18,32	480	5,34	6,46	240	8,15	6,68
Cavidade Oral	330	3,59	3,90	160	5,37	6,25	170	1,78	1,85	100	2,20	2,36
Laringe	240	2,52	3,72	150	4,54	5,35	100	0,78	1,13	60	1,15	1,18
Bexiga	170	1,63	2,55	90	2,43	3,74	100	0,93	1,36	80	1,59	1,84
Esôfago	240	2,59	3,50	110	3,36	4,02	90	0,67	0,74	70	0,86	1,09
Ovário	-	-	-	-	-	-	270	2,96	2,71	180	5,49	4,19
Linfoma de Hodgkin	110	0,97	0,97	80	1,78	1,93	70	0,52	0,57	50	1,04	0,97
Linfoma não Hodgkin	270	2,84	2,63	140	4,44	4,02	160	1,79	2,16	110	3,21	3,62
Glândula Tireoide	80	0,53	0,60	70	0,81	0,97	270	2,80	2,48	120	3,81	2,42
Sistema Nervoso Central	270	2,98	3,59	150	4,91	5,80	270	2,90	3,35	150	4,60	4,17
Leucemias	390	4,17	5,25	160	5,84	6,40	310	3,29	3,81	140	4,03	4,49
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	200	2,11	3,07	120	3,18	4,44
Pele Melanoma	80	0,65	1,23	70	1,05	1,60	90	0,85	0,64	60	1,11	0,76
Outras Localizações	2.110	22,89	33,23	890	32,50	43,45	1.490	16,44	24,25	640	22,19	28,19
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	9.410	102,36	145,31	4.250	154,56	202,03	9.280	103,51	129,01	4.930	169,94	154,86
Pele não Melanoma	2.180	23,74	-	860	31,68	-	2.490	27,71	-	910	31,53	-
Todas as Neoplasias	11.590	126,07	-	5.110	185,84	-	11.770	131,29	-	5.840	201,30	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 2

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	2.700	28,8%	Homens		Colo do Útero	2.300	24,8%
Estômago	1.150	12,2%			Mama Feminina	1.730	18,6%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	820	8,7%			Cólon e Reto	660	7,1%
Cólon e Reto	450	4,8%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	520	5,6%
Leucemias	390	4,2%			Estômago	480	5,2%
Cavidade Oral	330	3,5%			Leucemias	310	3,3%
Linfoma não Hodgkin	270	2,9%			Ovário	270	2,9%
Sistema Nervoso Central	270	2,9%			Glândula Tireoide	270	2,9%
Laringe	240	2,6%			Sistema Nervoso Central	270	2,9%
Esôfago	240	2,6%			Corpo do Útero	200	2,2%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Acre e Rio Branco

Tabela 5

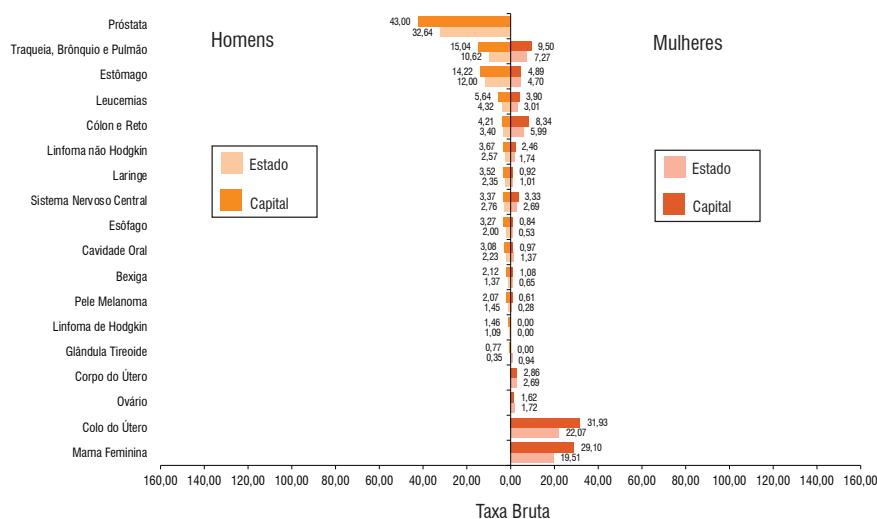
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	140	32,64	38,74	80	43,00	51,73	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	80	19,51	24,33	60	29,10	33,24
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	90	22,07	24,91	60	31,93	32,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	40	10,62	15,70	30	15,04	22,66	30	7,27	10,58	20	9,50	12,65
Cólon e Reto	**	3,40	4,19	**	4,21	5,02	30	5,99	5,94	20	8,34	7,45
Estômago	50	12,00	15,91	30	14,22	18,32	20	4,70	6,50	**	4,89	6,15
Cavidade Oral	**	2,23	2,75	**	3,08	3,79	**	1,37	1,71	**	0,97	1,22
Laringe	**	2,35	3,47	**	3,52	5,10	**	1,01	1,48	**	0,92	1,18
Bexiga	**	1,37	1,85	**	2,12	2,91	**	0,65	0,96	**	1,08	1,53
Esôfago	**	2,00	2,58	**	3,27	4,02	**	0,53	0,72	**	0,84	1,11
Ovário	-	-	-	-	-	-	**	1,72	2,17	**	1,62	1,82
Linfoma de Hodgkin	**	1,09	1,18	**	1,46	2,01	**	0,00	0,00	**	0,00	0,00
Linfoma não Hodgkin	**	2,57	2,63	**	3,67	3,87	**	1,74	2,10	**	2,46	3,08
Glândula Tireoide	**	0,35	0,35	**	0,77	0,77	**	0,94	0,94	**	0,00	0,00
Sistema Nervoso Central	**	2,76	3,28	**	3,37	3,82	**	2,69	3,35	**	3,33	3,98
Leucemias	20	4,32	5,46	**	5,64	6,24	**	3,01	3,59	**	3,90	4,35
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	**	2,69	4,05	**	2,86	4,48
Pele Melanoma	**	1,45	2,73	**	2,07	4,13	**	0,28	0,14	**	0,61	0,27
Outras Localizações	120	28,54	36,50	80	40,99	53,98	80	18,14	25,13	40	21,91	28,19
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	470	110,74	145,34	330	175,68	202,03	440	105,30	129,01	310	156,56	153,05
Pele não Melanoma	70	17,70	-	60	30,61	-	90	21,28	-	50	26,80	-
Todas as Neoplasias	540	127,23	-	390	207,62	-	530	126,84	-	360	181,81	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 3

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Amapá e Macapá

Tabela 6

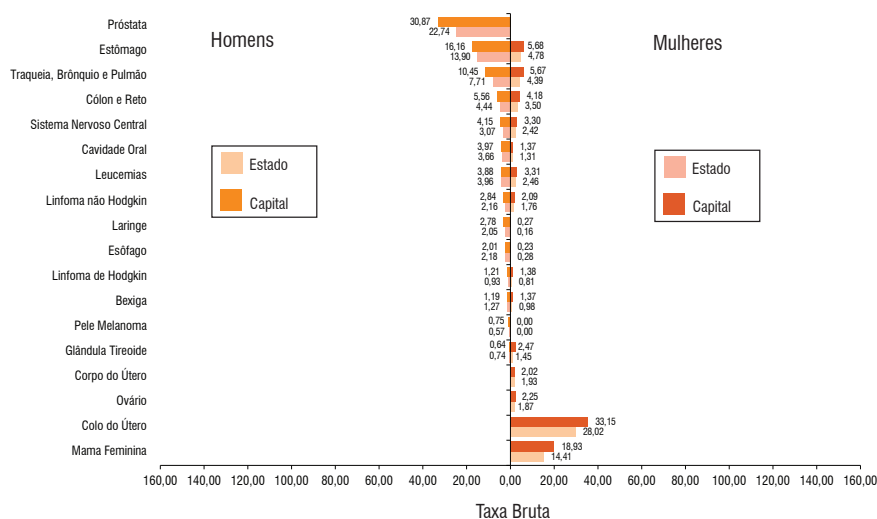
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	90	22,74	39,53	70	30,87	55,35	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	60	14,41	19,23	50	18,93	23,50
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	110	28,02	35,61	80	33,15	39,30
Traqueia, Brônquio e Pulmão	30	7,71	13,99	20	10,45	19,17	20	4,39	6,40	**	5,67	8,06
Cólon e Reto	20	4,44	7,14	**	5,56	9,77	**	3,50	4,09	**	4,18	4,69
Estômago	60	13,90	23,20	40	16,16	28,32	20	4,78	7,80	**	5,68	8,91
Cavidade Oral	**	3,66	5,82	**	3,97	6,25	**	1,31	1,71	**	1,37	1,55
Laringe	**	2,05	5,01	**	2,78	5,09	**	0,16	0,00	**	0,27	0,35
Bexiga	**	1,27	2,55	**	1,19	2,49	**	0,98	1,44	**	1,37	1,96
Esôfago	**	2,18	3,65	**	2,01	3,40	**	0,28	0,47	**	0,23	0,37
Ovário	-	-	-	-	-	-	**	1,87	2,64	**	2,25	3,26
Linfoma de Hodgkin	**	0,93	0,97	**	1,21	1,18	**	0,81	1,06	**	1,38	1,58
Linfoma não Hodgkin	**	2,16	2,61	**	2,84	3,43	**	1,76	2,60	**	2,09	3,16
Glândula Tireoide	**	0,74	0,95	**	0,64	1,07	**	1,45	1,36	**	2,47	2,06
Sistema Nervoso Central	**	3,07	4,32	**	4,15	5,80	**	2,42	3,20	**	3,30	4,17
Leucemias	20	3,96	4,69	**	3,88	5,11	**	2,46	4,14	**	3,31	4,49
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	**	1,93	3,28	**	2,02	3,20
Pele Melanoma	**	0,57	1,09	**	0,75	1,70	**	0,00	0,00	**	0,00	0,00
Outras Localizações	70	17,39	25,68	50	21,78	32,75	60	14,16	22,19	40	16,35	24,09
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	380	92,79	145,31	290	122,10	185,37	390	96,67	121,74	310	126,02	139,86
Pele não Melanoma	40	10,69	-	40	18,44	-	20	4,73	-	20	7,88	-
Todas as Neoplasias	420	102,56	-	330	138,94	-	410	101,62	-	330	134,15	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 4

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Amazonas e Manaus

Tabela 7

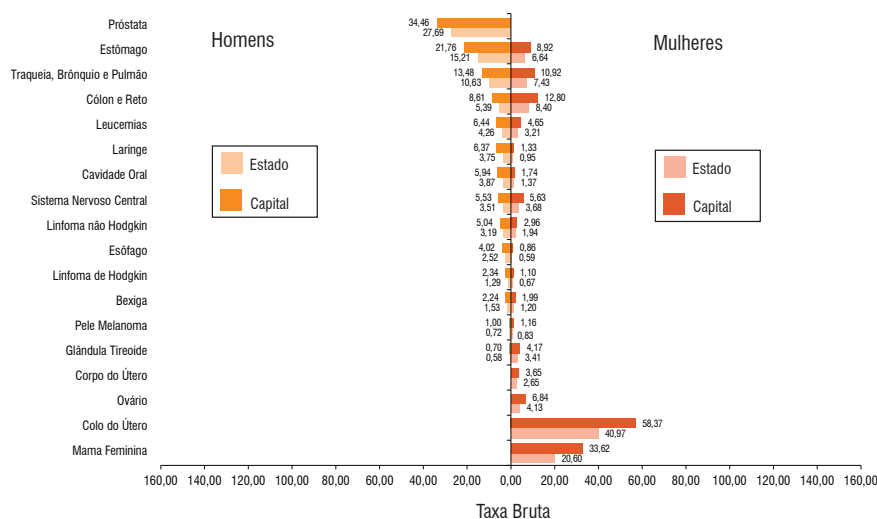
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	580	27,69	38,99	360	34,46	54,28	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	420	20,60	28,63	370	33,62	41,73
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	840	40,97	47,28	640	58,37	61,02
Traqueia, Brônquio e Pulmão	220	10,63	16,42	140	13,48	23,09	150	7,43	11,45	120	10,92	13,27
Cólon e Reto	110	5,39	7,53	90	8,61	12,41	170	8,40	8,51	140	12,80	12,90
Estômago	320	15,21	21,91	230	21,76	32,88	140	6,64	9,11	100	8,92	11,40
Cavidade Oral	80	3,87	5,09	60	5,94	7,92	30	1,37	1,59	20	1,74	1,96
Laringe	80	3,75	6,28	70	6,37	10,94	20	0,95	1,38	**	1,33	1,73
Bexiga	30	1,53	2,55	20	2,24	4,10	20	1,20	1,65	20	1,99	2,53
Esôfago	50	2,52	3,50	40	4,02	5,80	**	0,59	0,79	**	0,86	1,09
Ovário	-	-	-	-	-	-	80	4,13	5,28	70	6,84	7,93
Linfoma de Hodgkin	30	1,29	1,43	20	2,34	2,61	**	0,67	0,57	**	1,10	0,97
Linfoma não Hodgkin	70	3,19	3,45	50	5,04	5,64	40	1,94	2,52	30	2,96	3,62
Glândula Tireoide	**	0,58	0,70	**	0,70	0,97	70	3,41	3,30	50	4,17	3,77
Sistema Nervoso Central	70	3,51	3,31	60	5,53	7,64	80	3,68	3,43	60	5,63	6,92
Leucemias	90	4,26	5,25	70	6,44	8,64	70	3,21	4,11	50	4,65	5,49
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	50	2,65	4,09	40	3,65	5,46
Pele Melanoma	**	0,72	1,23	**	1,00	1,84	20	0,83	0,68	**	1,16	0,95
Outras Localizações	500	23,94	33,23	350	33,70	43,45	310	14,93	20,84	230	20,73	27,08
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	2.250	108,13	159,14	1.580	151,72	232,95	2.530	123,83	155,01	1.980	181,37	205,27
Pele não Melanoma	480	23,23	-	290	28,03	-	600	29,16	-	400	37,05	-
Todas as Neoplasias	2.730	131,19	-	1.870	179,57	-	3.130	153,20	-	2.380	218,01	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 5

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Pará e Belém

Tabela 8

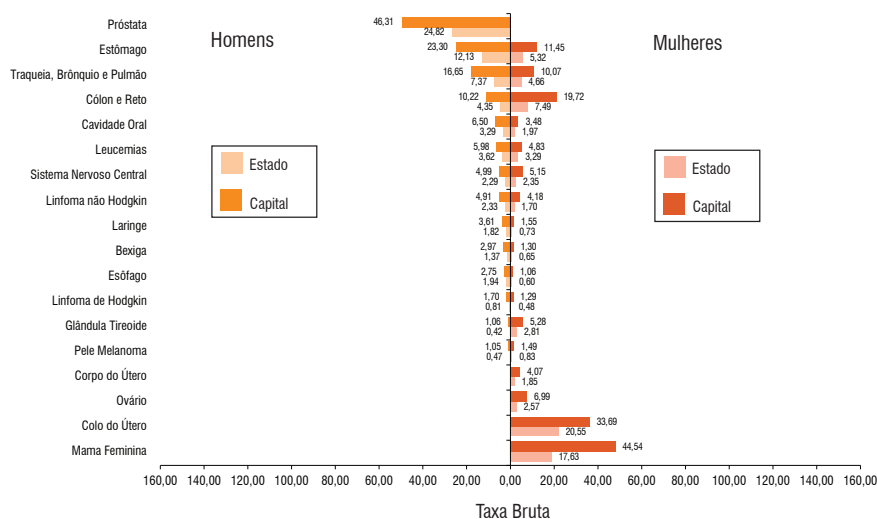
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.060	24,82	31,38	340	46,31	49,08	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	740	17,63	20,48	360	44,54	36,32
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	860	20,55	21,25	280	33,69	20,47
Traqueia, Brônquio e Pulmão	320	7,37	10,32	120	16,65	20,11	190	4,66	6,14	80	10,07	8,99
Cólon e Reto	190	4,35	5,43	80	10,22	11,03	310	7,49	7,25	160	19,72	13,53
Estômago	520	12,13	15,19	170	23,30	25,04	220	5,32	6,46	90	11,45	9,93
Cavidade Oral	140	3,29	3,88	50	6,50	6,56	80	1,97	2,01	30	3,48	2,38
Laringe	80	1,82	2,69	30	3,61	4,47	30	0,73	0,88	**	1,55	1,25
Bexiga	60	1,37	1,99	20	2,97	3,74	30	0,65	0,69	**	1,30	0,94
Esôfago	80	1,94	2,42	20	2,75	3,00	30	0,60	0,74	**	1,06	0,89
Ovário	-	-	-	-	-	-	110	2,57	3,07	60	6,99	6,05
Linfoma de Hodgkin	30	0,81	0,86	**	1,70	1,68	20	0,48	0,48	**	1,29	1,06
Linfoma não Hodgkin	100	2,33	2,33	40	4,91	4,53	70	1,70	1,96	30	4,18	3,62
Glândula Tireoide	20	0,42	0,44	**	1,06	0,95	120	2,81	2,48	40	5,28	3,18
Sistema Nervoso Central	100	2,29	2,74	40	4,99	5,33	100	2,35	2,69	40	5,15	4,58
Leucemias	160	3,62	3,85	40	5,98	6,88	140	3,29	3,81	40	4,83	4,63
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	80	1,85	2,56	30	4,07	4,14
Pele Melanoma	20	0,47	0,78	**	1,05	1,42	30	0,83	0,64	**	1,49	0,88
Outras Localizações	790	18,52	22,24	240	32,51	33,44	610	14,60	18,79	220	26,41	23,51
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.670	85,64	111,48	1.220	165,95	183,62	3.770	90,37	105,47	1.510	184,31	154,86
Pele não Melanoma	870	20,28	-	260	35,40	-	950	22,86	-	300	36,26	-
Todas as Neoplasias	4.540	105,94	-	1.480	201,31	-	4.720	113,14	-	1.810	220,93	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 6

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Rondônia e Porto Velho

Tabela 9

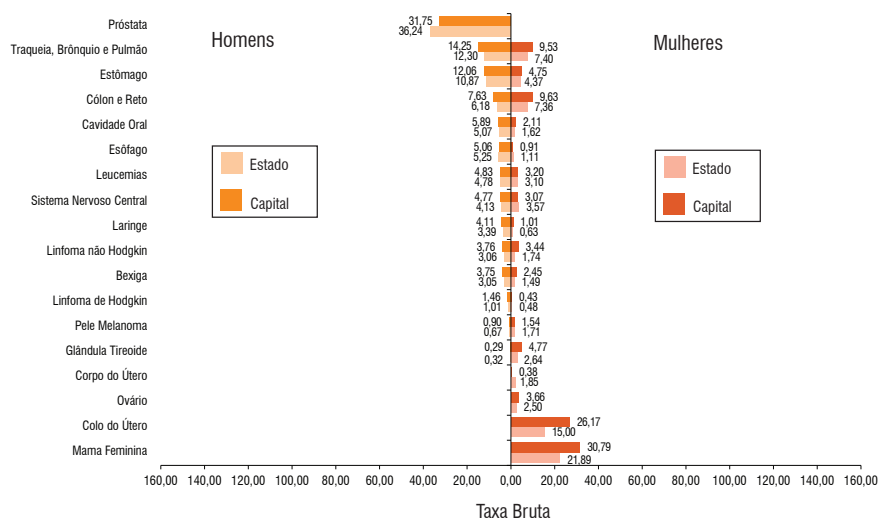
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	340	36,24	39,11	80	31,75	51,73	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	200	21,89	20,65	80	30,79	51,65
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	130	15,00	14,79	60	26,17	29,21
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	12,30	14,07	40	14,25	23,50	70	7,40	8,13	20	9,53	13,74
Cólon e Reto	60	6,18	6,98	20	7,63	10,68	70	7,36	7,47	20	9,63	10,18
Estômago	100	10,87	12,56	30	12,06	17,42	40	4,37	5,54	**	4,75	6,68
Cavidade Oral	50	5,07	5,43	**	5,89	7,81	**	1,62	1,85	**	2,11	3,03
Laringe	30	3,39	4,19	**	4,11	5,66	**	0,63	0,73	**	1,01	1,15
Bexiga	30	3,05	4,10	**	3,75	6,79	**	1,49	1,71	**	2,45	3,16
Esôfago	50	5,25	5,66	**	5,06	7,14	**	1,11	1,40	**	0,91	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	20	2,50	2,71	**	3,66	4,19
Linfoma de Hodgkin	**	1,01	1,07	**	1,46	1,93	**	0,48	0,57	**	0,43	0,40
Linfoma não Hodgkin	30	3,06	2,82	**	3,76	4,02	**	1,74	2,02	**	3,44	5,04
Glândula Tireoide	**	0,32	0,30	**	0,29	0,42	20	2,64	2,36	**	4,77	4,54
Sistema Nervoso Central	40	4,13	4,37	**	4,77	6,56	30	3,57	4,32	**	3,07	3,37
Leucemias	40	4,78	5,43	**	4,83	6,40	30	3,10	3,64	**	3,20	3,65
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	20	1,85	2,64	**	0,38	0,81
Pele Melanoma	**	0,67	0,92	**	0,90	1,51	**	1,71	1,29	**	1,54	1,08
Outras Localizações	300	31,90	31,28	80	32,67	45,17	190	20,87	24,25	50	21,65	31,23
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	1.210	130,33	144,33	350	137,79	208,26	890	99,41	116,75	360	146,23	163,95
Pele não Melanoma	410	43,89	-	140	56,42	-	470	52,81	-	90	36,26	-
Todas as Neoplasias	1.620	174,49	-	490	192,20	-	1.360	151,90	-	450	182,79	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 7

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Roraima e Boa Vista

Tabela 10

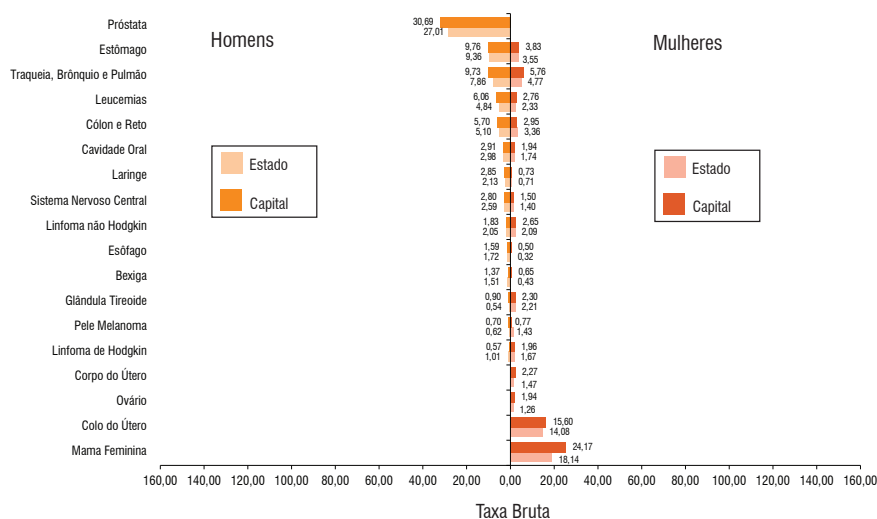
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	70	27,01	41,66	50	30,69	51,76	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	50	18,14	25,64	40	24,17	33,76
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	40	14,08	17,40	30	15,60	18,56
Traqueia, Brônquio e Pulmão	20	7,86	12,87	20	9,73	17,59	**	4,77	7,80	**	5,76	9,03
Cólon e Reto	**	5,10	7,38	**	5,70	9,23	**	3,36	4,53	**	2,95	3,90
Estômago	30	9,36	14,07	20	9,76	16,80	**	3,55	5,72	**	3,83	5,94
Cavidade Oral	**	2,98	3,90	**	2,91	3,90	**	1,74	2,43	**	1,94	2,36
Laringe	**	2,13	3,72	**	2,85	5,35	**	0,71	1,13	**	0,73	1,45
Bexiga	**	1,51	2,59	**	1,37	2,45	**	0,43	0,79	**	0,65	1,21
Esôfago	**	1,72	2,32	**	1,59	2,19	**	0,32	0,50	**	0,50	0,75
Ovário	-	-	-	-	-	-	**	1,26	1,62	**	1,94	2,41
Linfoma de Hodgkin	**	1,01	0,75	**	0,57	0,36	**	1,67	1,23	**	1,96	1,41
Linfoma não Hodgkin	**	2,05	2,23	**	1,83	2,46	**	2,09	3,26	**	2,65	4,06
Glândula Tireoide	**	0,54	0,60	**	0,90	1,07	**	2,21	2,65	**	2,30	2,42
Sistema Nervoso Central	**	2,59	3,59	**	2,80	4,20	**	1,40	1,97	**	1,50	2,12
Leucemias	**	4,84	7,19	**	6,06	2,84	**	2,33	2,02	**	2,76	3,13
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	**	1,47	2,90	**	2,27	4,44
Pele Melanoma	**	0,62	1,34	**	0,70	1,70	**	1,43	1,22	**	0,77	0,64
Outras Localizações	70	25,71	34,79	50	32,43	48,21	50	20,83	32,69	40	24,62	37,59
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	300	110,37	143,56	250	150,67	185,39	290	111,94	129,58	260	153,73	149,39
Pele não Melanoma	70	25,08	-	40	25,45	-	20	7,09	-	**	0,00	-
Todas as Neoplasias	370	136,13	-	290	174,77	-	310	119,66	-	260	153,73	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 8

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Tocantins e Palmas

Tabela 11

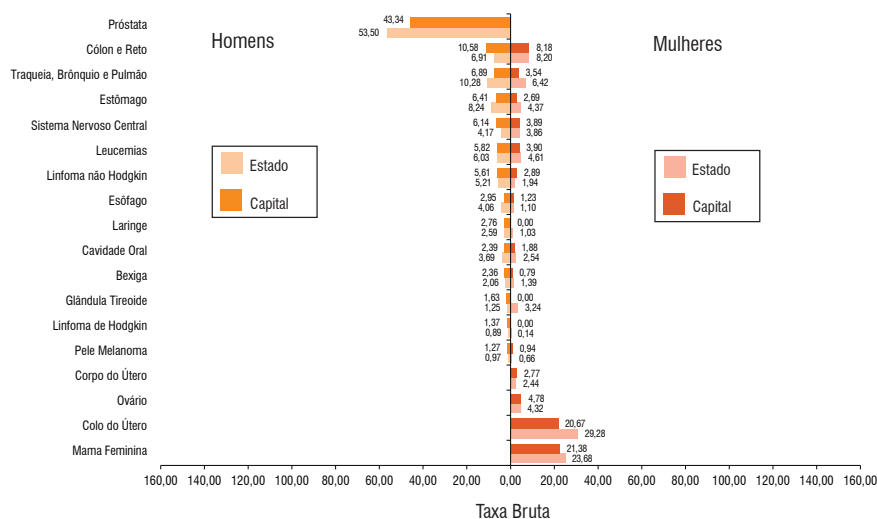
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	420	53,50	59,24	60	43,34	67,82	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	180	23,68	25,14	30	21,38	30,45
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	230	29,28	29,23	30	20,67	26,29
Traqueia, Brônquio e Pulmão	80	10,28	13,16	**	6,89	14,56	50	6,42	8,42	**	3,54	6,20
Cólon e Reto	50	6,91	8,48	**	10,58	18,53	60	8,20	8,25	**	8,18	12,16
Estômago	70	8,24	7,06	**	6,41	12,04	30	4,37	3,79	**	2,69	5,32
Cavidade Oral	30	3,69	3,47	**	2,39	3,18	20	2,54	2,36	**	1,88	3,67
Laringe	20	2,59	3,68	**	2,76	6,26	**	1,03	1,18	**	0,00	0,00
Bexiga	20	2,06	2,31	**	2,36	5,34	**	1,39	1,36	**	0,79	1,84
Esôfago	30	4,06	4,79	**	2,95	4,86	**	1,10	1,16	**	1,23	2,69
Ovário	-	-	-	-	-	-	30	4,32	4,79	**	4,78	6,97
Linfoma de Hodgkin	**	0,89	0,82	**	1,37	2,97	**	0,14	0,13	**	0,00	0,00
Linfoma não Hodgkin	40	5,21	4,34	**	5,61	8,05	**	1,94	2,16	**	2,89	5,22
Glândula Tireoide	**	1,25	1,02	**	1,63	2,46	30	3,24	2,65	**	0,00	0,00
Sistema Nervoso Central	30	4,17	5,27	**	6,14	9,89	30	3,86	5,09	**	3,89	5,84
Leucemias	50	6,03	4,56	**	5,82	9,59	40	4,61	4,09	**	3,90	6,97
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	20	2,44	3,07	**	2,77	5,93
Pele Melanoma	**	0,97	1,25	**	1,27	2,82	**	0,66	0,47	**	0,94	0,61
Outras Localizações	260	32,30	35,17	40	29,84	36,23	190	23,99	29,11	20	17,23	33,23
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	1.130	142,54	155,04	230	179,94	302,16	970	125,28	148,17	200	152,90	166,22
Pele não Melanoma	240	29,87	-	30	25,08	-	340	43,35	-	50	39,41	-
Todas as Neoplasias	1.370	172,81	-	260	203,41	-	1.310	169,20	-	250	191,12	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 9

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Região Nordeste


Tabela 12

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	15.820	56,17	59,35	3.210	55,02	63,46	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	11.860	40,36	38,84	4.730	71,02	58,48
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.030	20,47	18,57	1.520	22,90	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.920	10,37	12,78	910	15,52	17,57	2.310	7,82	7,41	800	11,94	10,49
Cólon e Reto	2.260	7,98	9,65	850	14,60	16,57	2.800	9,52	9,25	1.150	17,23	14,49
Estômago	3.140	11,17	8,84	680	11,68	9,31	2.110	7,16	5,66	530	8,04	5,34
Cavidade Oral	1.890	6,72	7,97	530	9,06	10,52	920	3,12	2,93	220	3,25	2,80
Laringe	1.550	5,49	6,91	450	7,81	9,11	220	0,80	0,74	100	0,84	0,92
Bexiga	970	3,43	3,17	300	5,26	5,15	500	1,70	1,53	150	2,21	1,99
Esôfago	1.460	5,16	5,60	320	5,45	5,83	650	2,21	1,72	150	1,88	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	1.480	5,04	4,37	560	8,30	7,21
Linfoma de Hodgkin	310	1,15	1,04	130	1,72	1,35	200	0,64	0,55	100	0,98	0,81
Linfoma não Hodgkin	1.000	3,53	3,81	310	5,34	5,55	880	3,00	2,40	310	4,68	3,80
Glândula Tireoide	500	1,76	1,50	130	2,16	1,76	2.220	7,55	5,88	620	9,42	7,64
Sistema Nervoso Central	1.290	4,59	5,49	360	6,36	6,55	1.100	3,71	4,08	340	5,14	4,70
Leucemias	1.380	4,90	4,54	360	6,22	6,75	1.090	3,66	3,55	250	3,87	4,19
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.470	4,98	4,14	500	7,51	6,05
Pele Melanoma	340	1,25	1,47	140	2,15	2,38	390	1,37	1,18	130	1,90	1,46
Outras Localizações	8.800	31,23	34,43	2.250	38,60	42,90	8.850	30,09	29,04	2.270	34,09	30,67
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	43.630	154,93	155,83	10.930	187,37	204,77	45.080	153,25	143,42	14.430	216,54	178,68
Pele não Melanoma	15.140	53,75	-	2.790	47,73	-	13.430	45,59	-	1.980	29,89	-
Todas as Neoplasias	58.770	208,69	-	13.720	235,19	-	58.510	198,91	-	16.410	246,25	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 10

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	15.820	26,9%		Homens Mulheres	Mama feminina	11.860	20,3%
Estômago	3.140	5,3%			Colo do útero	6.030	10,3%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.920	5,0%			Cólon e Reto	2.800	4,8%
Cólon e Reto	2.260	3,8%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.310	3,9%
Cavidade Oral	1.890	3,2%			Glândula Tireoide	2.220	3,8%
Laringe	1.550	2,6%			Estômago	2.110	3,6%
Esôfago	1.460	2,5%			Ovário	1.480	2,5%
Leucemias	1.380	2,3%			Corpo do útero	1.470	2,5%
Sistema Nervoso Central	1.290	2,2%			Sistema Nervoso Central	1.100	1,9%
Linfoma não Hodgkin	1.000	1,7%			Leucemias	1.090	1,9%

*Números arredondados para múltiplos de 10

Alagoas e Maceió

Tabela 13

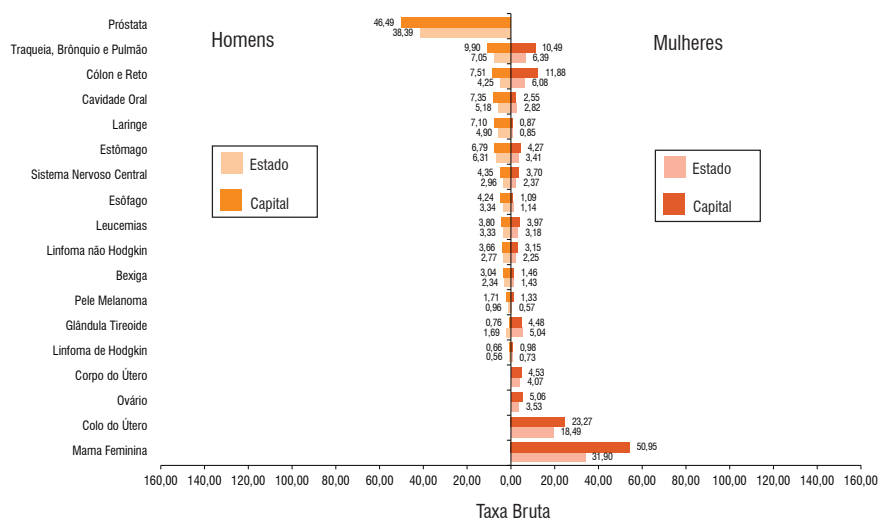
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	630	38,39	49,03	220	46,49	60,59	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	560	31,90	35,83	270	50,95	51,41
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	320	18,49	18,57	130	23,27	21,42
Traqueia, Brônquio e Pulmão	120	7,05	8,72	50	9,90	13,31	110	6,39	7,20	60	10,49	10,84
Cólon e Reto	70	4,25	5,11	40	7,51	9,68	110	6,08	6,37	60	11,88	11,73
Estômago	100	6,31	6,92	30	6,79	7,83	60	3,41	3,49	20	4,27	4,09
Cavidade Oral	90	5,18	6,70	30	7,35	9,48	50	2,82	2,88	**	2,55	2,52
Laringe	80	4,90	5,91	30	7,10	9,11	**	0,85	0,96	**	0,87	0,84
Bexiga	40	2,34	2,96	**	3,04	4,47	30	1,43	1,53	**	1,46	1,38
Esôfago	50	3,34	4,18	20	4,24	5,65	20	1,14	1,16	**	1,09	1,10
Ovário	-	-	-	-	-	-	60	3,53	3,62	30	5,06	4,92
Linfoma de Hodgkin	**	0,56	0,52	**	0,66	0,61	**	0,73	0,66	**	0,98	0,77
Linfoma não Hodgkin	50	2,77	3,19	20	3,66	4,45	40	2,25	2,18	20	3,15	2,88
Glândula Tireoide	30	1,69	1,50	**	0,76	0,91	90	5,04	4,58	20	4,48	3,76
Sistema Nervoso Central	50	2,96	3,51	20	4,35	5,06	40	2,37	2,64	20	3,70	3,68
Leucemias	50	3,33	3,30	20	3,80	4,10	60	3,18	3,61	20	3,97	4,19
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	70	4,07	4,88	20	4,53	5,43
Pele Melanoma	**	0,96	1,18	**	1,71	2,15	**	0,57	0,66	**	1,33	1,46
Outras Localizações	430	26,27	33,69	160	32,98	42,90	450	25,51	28,40	180	32,65	33,77
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	1.810	110,09	129,42	680	143,35	173,49	2.100	120,20	128,06	910	168,74	166,36
Pele não Melanoma	550	33,15	-	160	33,15	-	590	33,54	-	90	17,31	-
Todas as Neoplasias	2.360	143,54	-	840	177,08	-	2.690	153,97	-	1.000	185,43	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 11

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Bahia e Salvador

Tabela 14

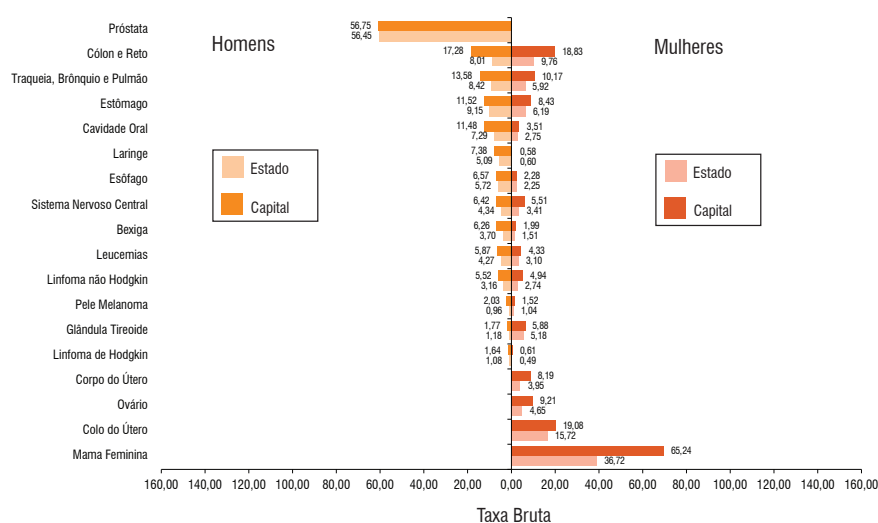
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	4.280	56,45	58,46	780	56,75	71,45	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	2.870	36,72	36,93	1.020	65,24	63,93
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.230	15,72	14,32	300	19,08	10,96
Traqueia, Brônquio e Pulmão	640	8,42	9,59	190	13,58	17,57	460	5,92	5,91	160	10,17	9,43
Cólon e Reto	610	8,01	9,42	240	17,28	21,02	760	9,76	9,25	300	18,83	16,40
Estômago	690	9,15	8,80	160	11,52	9,23	480	6,19	5,55	130	8,43	4,59
Cavidade Oral	550	7,29	8,90	160	11,48	14,07	210	2,75	2,39	60	3,51	3,28
Laringe	390	5,09	5,64	100	7,38	8,98	50	0,60	0,61	**	0,58	0,57
Bexiga	280	3,70	4,10	90	6,26	8,39	120	1,51	1,38	30	1,99	1,79
Esôfago	430	5,72	6,63	90	6,57	7,99	180	2,25	2,21	40	2,28	2,21
Ovário	-	-	-	-	-	-	360	4,65	4,37	140	9,21	8,15
Linfoma de Hodgkin	80	1,08	0,96	20	1,64	1,43	40	0,49	0,37	**	0,61	0,48
Linfoma não Hodgkin	240	3,16	3,15	80	5,52	6,21	210	2,74	2,40	80	4,94	4,06
Glândula Tireoide	90	1,18	0,98	20	1,77	1,63	400	5,18	3,88	90	5,88	4,11
Sistema Nervoso Central	330	4,34	4,83	90	6,42	6,55	270	3,41	3,50	90	5,51	5,68
Leucemias	320	4,27	4,34	80	5,87	6,64	240	3,10	3,09	60	4,33	3,94
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	310	3,95	4,01	130	8,19	8,40
Pele Melanoma	70	0,96	1,03	30	2,03	2,38	80	1,04	0,90	20	1,52	1,18
Outras Localizações	2.100	27,67	30,29	530	38,73	48,41	1.990	25,50	23,98	520	33,39	30,84
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	11.100	146,25	144,97	2.660	193,76	225,51	10.260	131,23	124,08	3.190	203,40	178,68
Pele não Melanoma	3.250	42,82	-	390	28,55	-	2.790	35,71	-	330	21,10	-
Todas as Neoplasias	14.350	189,07	-	3.050	222,17	-	13.050	166,92	-	3.520	224,44	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 12

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Ceará e Fortaleza

Tabela 15

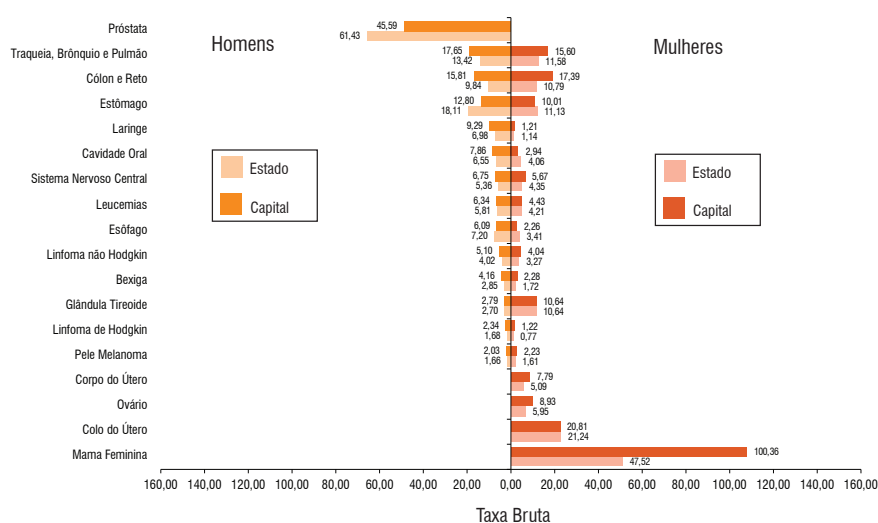
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	2.730	61,43	60,01	560	45,59	54,81	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	2.200	47,52	48,17	1.410	100,36	58,48
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	990	21,24	19,98	290	20,81	18,60
Traqueia, Brônquio e Pulmão	600	13,42	15,14	220	17,65	20,43	540	11,58	11,61	220	15,60	15,92
Cólon e Reto	440	9,84	10,45	190	15,81	18,32	500	10,79	9,70	240	17,39	14,99
Estômago	800	18,11	17,44	160	12,80	11,71	520	11,13	10,14	140	10,01	6,07
Cavidade Oral	290	6,55	7,97	100	7,86	10,15	190	4,06	3,59	40	2,94	2,60
Laringe	310	6,98	7,69	110	9,29	10,95	50	1,14	1,06	20	1,21	1,18
Bexiga	130	2,85	2,86	50	4,16	4,92	80	1,72	1,45	30	2,28	1,99
Esôfago	320	7,20	8,10	80	6,09	7,44	160	3,41	3,27	30	2,26	2,06
Ovário	-	-	-	-	-	-	280	5,95	5,75	130	8,93	7,47
Linfoma de Hodgkin	70	1,68	1,56	30	2,34	2,22	40	0,77	0,63	20	1,22	1,10
Linfoma não Hodgkin	180	4,02	4,17	60	5,10	5,55	150	3,27	2,96	60	4,04	3,34
Glândula Tiroide	120	2,70	2,08	30	2,79	2,41	490	10,64	6,58	150	10,64	7,64
Sistema Nervoso Central	240	5,36	5,98	80	6,75	8,15	200	4,35	4,36	80	5,67	5,72
Leucemias	260	5,81	5,73	80	6,34	6,75	200	4,21	3,55	50	4,43	4,08
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	240	5,09	4,81	110	7,79	7,53
Pele Melanoma	70	1,66	1,55	30	2,03	2,24	70	1,61	1,42	30	2,23	1,94
Outras Localizações	1.640	36,92	40,41	460	37,67	39,28	1.630	35,25	33,74	420	29,67	26,66
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	8.200	184,77	188,78	2.240	181,73	203,42	8.530	183,93	178,96	3.470	247,78	179,06
Pele não Melanoma	3.130	70,45	-	610	49,73	-	2.890	62,22	-	470	33,54	-
Todas as Neoplasias	11.330	255,29	-	2.850	231,22	-	11.420	246,24	-	3.940	281,34	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 13

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Maranhão e São Luís

Tabela 16

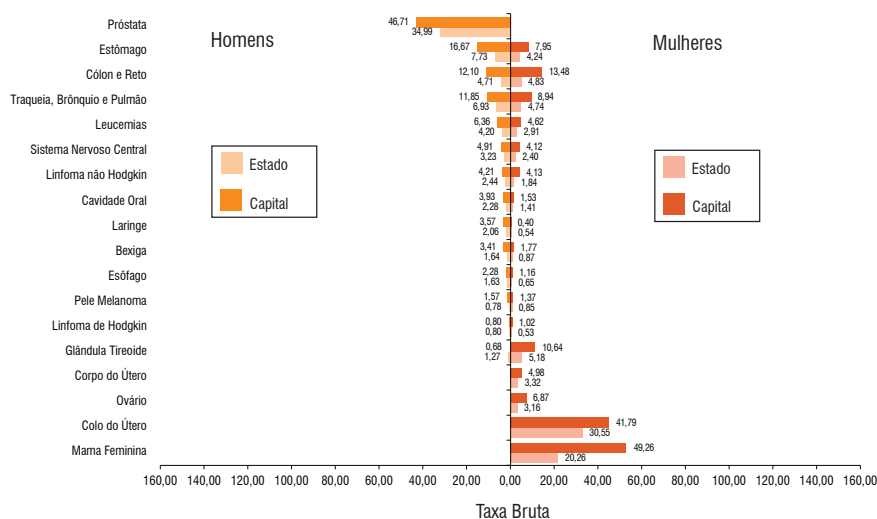
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.220	34,99	43,18	240	46,71	63,46	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	720	20,26	24,92	280	49,26	54,57
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.090	30,55	35,35	240	41,79	42,74
Traqueia, Brônquio e Pulmão	240	6,93	9,09	60	11,85	17,01	170	4,74	5,74	50	8,94	9,70
Cólon e Reto	160	4,71	5,72	60	12,10	16,57	170	4,83	5,81	80	13,48	14,52
Estômago	270	7,73	8,53	80	16,67	20,63	150	4,24	4,90	50	7,95	8,84
Cavidade Oral	80	2,28	3,12	20	3,93	5,62	50	1,41	1,63	**	1,53	1,78
Laringe	70	2,06	2,42	20	3,57	4,84	20	0,54	0,69	**	0,40	0,39
Bexiga	60	1,64	1,98	20	3,41	5,20	30	0,87	0,97	**	1,77	1,79
Esôfago	60	1,63	2,09	**	2,28	3,25	20	0,65	0,76	**	1,16	1,27
Ovário	-	-	-	-	-	-	110	3,16	3,59	40	6,87	7,19
Linfoma de Hodgkin	30	0,80	0,78	**	0,80	0,83	20	0,53	0,48	**	1,02	0,92
Linfoma não Hodgkin	80	2,44	2,94	20	4,21	5,24	70	1,84	1,96	20	4,13	4,22
Glândula Tireoide	40	1,27	1,17	**	0,68	0,65	180	5,18	4,94	60	10,64	10,69
Sistema Nervoso Central	110	3,23	3,93	20	4,91	6,16	90	2,40	2,80	20	4,12	4,70
Leucemias	150	4,20	4,45	30	6,36	7,40	100	2,91	3,24	20	4,62	4,94
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	120	3,32	4,14	30	4,98	6,05
Pele Melanoma	30	0,78	0,86	**	1,57	1,90	30	0,85	0,94	**	1,37	1,46
Outras Localizações	690	19,79	24,70	170	32,84	44,21	660	18,53	22,02	160	27,34	30,67
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.290	94,61	108,44	780	153,29	201,78	3.800	106,56	120,94	1.110	191,94	190,97
Pele não Melanoma	960	27,63	-	200	40,06	-	680	18,94	-	110	19,48	-
Todas as Neoplasias	4.250	122,22	-	980	192,59	-	4.480	125,63	-	1.220	210,96	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 14

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Paraíba e João Pessoa

Tabela 17

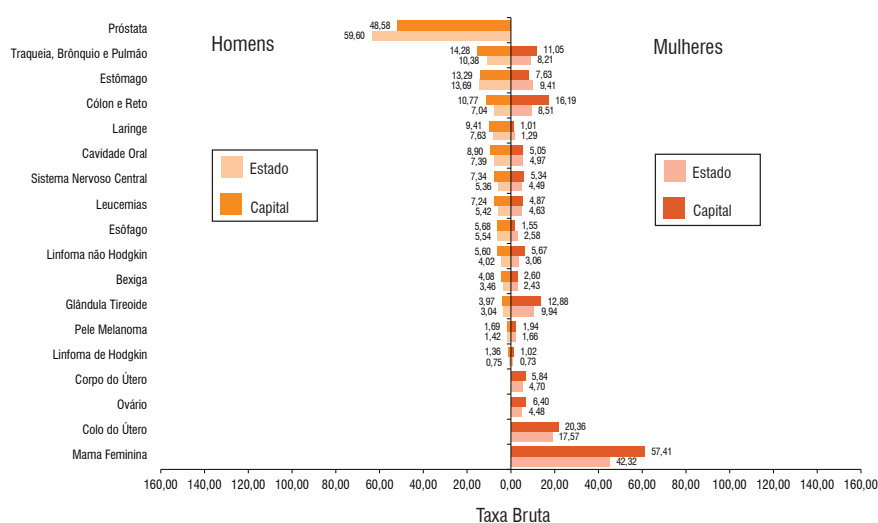
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.170	59,60	51,17	180	48,58	56,52	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	880	42,32	38,84	240	57,41	49,39
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	370	17,57	14,48	80	20,36	16,76
Traqueia, Brônquio e Pulmão	200	10,38	10,56	50	14,28	16,53	170	8,21	7,27	50	11,05	10,49
Cólon e Reto	140	7,04	6,73	40	10,77	12,03	180	8,51	7,29	70	16,19	13,41
Estômago	270	13,69	11,84	50	13,29	13,44	200	9,41	7,61	30	7,63	6,26
Cavidade Oral	140	7,39	7,91	30	8,90	10,52	100	4,97	3,56	20	5,05	4,00
Laringe	150	7,63	7,51	30	9,41	10,44	30	1,29	1,08	**	1,01	1,04
Bexiga	70	3,46	3,17	**	4,08	5,00	50	2,43	1,89	**	2,60	2,19
Esôfago	110	5,54	5,60	20	5,68	6,40	50	2,58	1,72	**	1,55	1,29
Ovário	-	-	-	-	-	-	90	4,48	3,81	30	6,40	5,35
Linfoma de Hodgkin	**	0,75	0,70	**	1,36	1,35	**	0,73	0,55	**	1,02	0,81
Linfoma não Hodgkin	80	4,02	3,81	20	5,60	5,85	60	3,06	2,34	20	5,67	4,28
Glândula Tireoide	60	3,04	2,08	**	3,97	3,32	210	9,94	5,88	50	12,88	7,64
Sistema Nervoso Central	100	5,36	5,61	30	7,34	8,00	90	4,49	4,34	20	5,34	4,68
Leucemias	110	5,42	4,54	30	7,24	7,45	100	4,63	4,35	20	4,87	4,36
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	100	4,70	3,89	20	5,84	4,94
Pele Melanoma	30	1,42	1,29	**	1,69	1,75	30	1,66	1,18	**	1,94	1,46
Outras Localizações	740	37,64	37,50	150	41,01	46,21	740	35,46	29,04	180	44,18	37,81
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.380	172,44	155,83	670	184,44	204,77	3.460	165,51	143,42	880	212,13	178,74
Pele não Melanoma	1.400	71,37	-	180	48,35	-	1.190	56,81	-	160	38,41	-
Todas as Neoplasias	4.780	243,86	-	850	233,99	-	4.650	222,43	-	1.040	250,70	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 15

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Pernambuco e Recife

Tabela 18

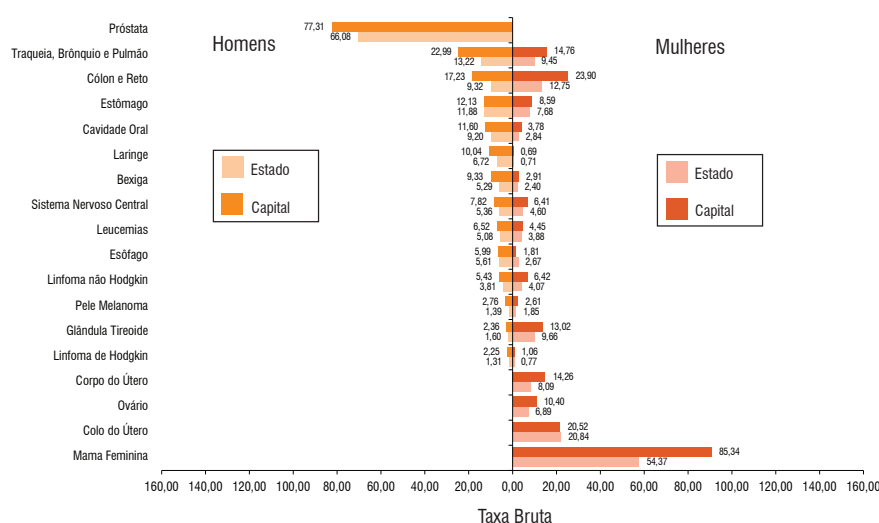
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	3.050	66,08	68,20	590	77,31	68,74	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	2.680	54,37	53,12	770	85,34	63,22
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.030	20,84	16,57	180	20,52	9,38
Traqueia, Brônquio e Pulmão	610	13,22	14,92	180	22,99	23,20	470	9,45	9,01	130	14,76	11,85
Cólon e Reto	430	9,32	10,01	130	17,23	18,01	630	12,75	11,21	210	23,90	15,70
Estômago	550	11,88	11,50	90	12,13	11,18	380	7,68	6,16	80	8,59	6,20
Cavidade Oral	420	9,20	9,85	90	11,60	12,69	140	2,84	2,93	30	3,78	2,80
Laringe	310	6,72	7,55	80	10,04	10,13	30	0,71	0,67	**	0,69	0,57
Bexiga	240	5,29	5,60	70	9,33	9,77	120	2,40	1,84	30	2,91	2,07
Esôfago	260	5,61	6,31	50	5,99	6,21	130	2,67	2,40	20	1,81	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	340	6,89	6,28	90	10,40	7,45
Linfoma de Hodgkin	60	1,31	1,17	20	2,25	2,17	40	0,77	0,63	**	1,06	0,88
Linfoma não Hodgkin	180	3,81	3,89	40	5,43	5,23	200	4,07	3,18	60	6,42	4,54
Glândula Tireoide	70	1,60	1,37	20	2,36	1,76	480	9,66	6,58	120	13,02	7,76
Sistema Nervoso Central	250	5,36	6,02	60	7,82	8,72	230	4,60	4,58	60	6,41	5,47
Leucemias	230	5,08	4,60	50	6,52	6,15	190	3,88	3,24	30	4,45	3,66
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	400	8,09	8,11	130	14,26	11,42
Pele Melanoma	60	1,39	1,47	20	2,76	2,90	90	1,85	1,56	20	2,61	1,89
Outras Localizações	1.750	37,84	41,66	330	43,45	40,51	1.890	38,32	35,05	360	40,46	29,95
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	8.470	183,60	185,89	1.820	236,55	216,20	9.470	192,43	175,32	2.340	260,76	175,86
Pele não Melanoma	2.910	63,09	-	610	78,74	-	2.770	56,27	-	440	49,24	-
Todas as Neoplasias	11.380	246,67	-	2.430	315,84	-	12.240	248,72	-	2.780	309,80	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 16

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Piauí e Teresina

Tabela 19

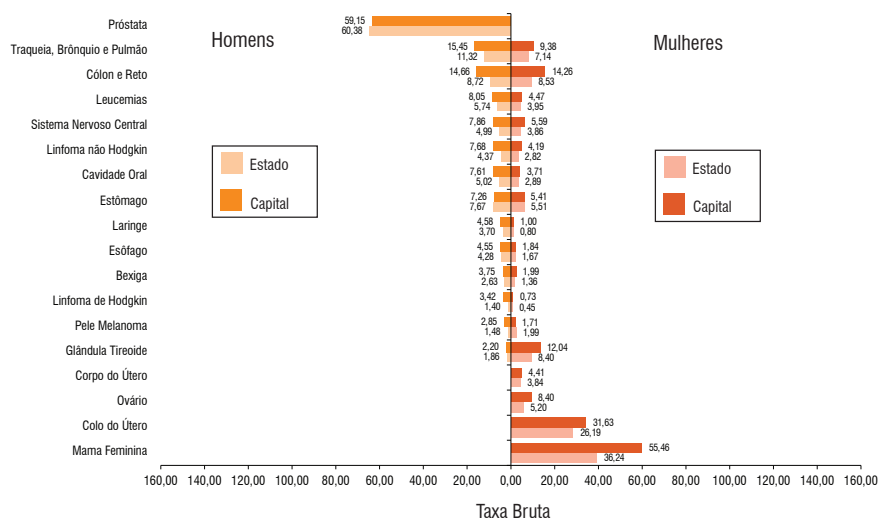
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	950	60,38	63,42	230	59,15	66,61	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	600	36,24	38,09	250	55,46	58,52
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	430	26,19	22,53	140	31,63	29,97
Traqueia, Brônquio e Pulmão	180	11,32	12,78	60	15,45	20,29	120	7,14	7,41	40	9,38	11,17
Cólon e Reto	140	8,72	9,65	60	14,66	20,29	140	8,53	8,12	60	14,26	14,49
Estômago	120	7,67	6,50	30	7,26	8,68	90	5,51	4,62	20	5,41	5,34
Cavidade Oral	80	5,02	5,99	30	7,61	10,30	50	2,89	2,57	20	3,71	3,87
Laringe	60	3,70	3,75	20	4,58	5,60	**	0,80	0,74	**	1,00	1,02
Bexiga	40	2,63	2,76	**	3,75	5,10	20	1,36	1,22	**	1,99	2,02
Esôfago	70	4,28	4,85	20	4,55	5,78	30	1,67	1,64	**	1,84	2,13
Ovário	-	-	-	-	-	-	90	5,20	5,01	40	8,40	8,43
Linfoma de Hodgkin	20	1,40	1,22	**	3,42	3,30	**	0,45	0,37	**	0,73	0,59
Linfoma não Hodgkin	70	4,37	4,43	30	7,68	9,11	50	2,82	2,48	20	4,19	3,74
Glândula Tireoide	30	1,86	1,63	**	2,20	2,21	140	8,40	5,99	50	12,04	9,87
Sistema Nervoso Central	80	4,99	5,49	30	7,86	10,11	60	3,86	4,08	30	5,59	6,17
Leucemias	90	5,74	5,72	30	8,05	9,12	70	3,95	4,11	20	4,47	4,84
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	60	3,84	3,89	20	4,41	5,25
Pele Melanoma	20	1,48	1,47	**	2,85	3,62	30	1,99	1,70	**	1,71	1,79
Outras Localizações	460	29,27	32,34	140	35,73	41,92	450	27,35	27,53	130	28,09	29,50
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	2.410	153,41	149,81	720	182,94	228,86	2.450	148,17	142,81	890	198,49	184,83
Pele não Melanoma	1.040	66,31	-	160	40,52	-	1.000	60,60	-	90	19,48	-
Todas as Neoplasias	3.450	219,61	-	880	223,59	-	3.450	208,64	-	980	218,56	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 17

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Rio Grande do Norte e Natal

Tabela 20

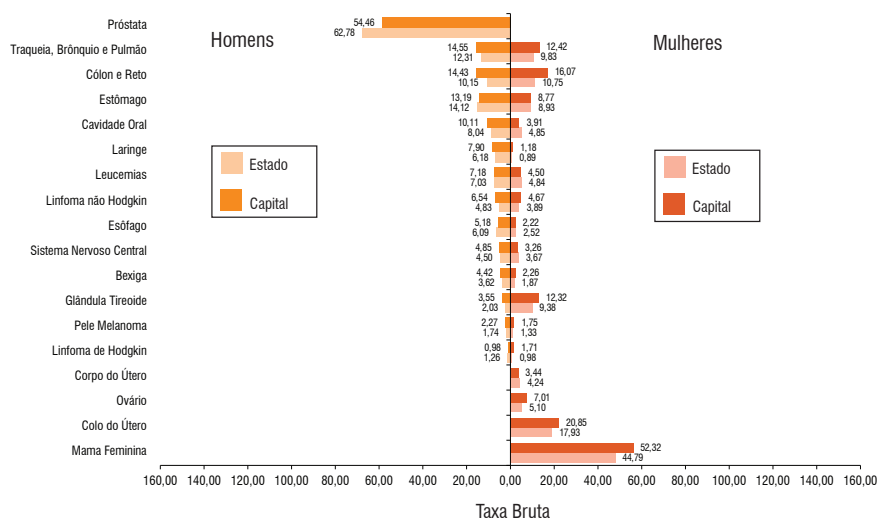
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.090	62,78	59,35	230	54,46	59,27	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	800	44,79	44,06	250	52,32	45,52
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	320	17,93	15,87	100	20,85	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	210	12,31	13,86	60	14,55	16,76	180	9,83	9,55	60	12,42	10,36
Cólon e Reto	180	10,15	10,10	60	14,43	15,30	190	10,75	9,32	80	16,07	13,36
Estômago	250	14,12	13,14	60	13,19	9,31	160	8,93	7,27	40	8,77	4,67
Cavidade Oral	140	8,04	9,65	40	10,11	11,38	90	4,85	3,59	20	3,91	2,95
Laringe	110	6,18	6,91	30	7,90	8,72	**	0,89	0,74	**	1,18	0,92
Bexiga	60	3,62	3,79	20	4,42	5,15	30	1,87	1,53	**	2,26	1,63
Esôfago	110	6,09	6,84	20	5,18	5,83	50	2,52	2,12	**	2,22	1,70
Ovário	-	-	-	-	-	-	90	5,10	4,34	30	7,01	5,54
Linfoma de Hodgkin	20	1,26	1,04	**	0,98	0,96	20	0,98	0,74	**	1,71	1,14
Linfoma não Hodgkin	80	4,83	4,90	30	6,54	7,17	70	3,89	2,76	20	4,67	3,80
Glândula Tireoide	40	2,03	1,69	**	3,55	3,06	170	9,38	6,82	60	12,32	8,58
Sistema Nervoso Central	80	4,50	5,00	20	4,85	5,32	70	3,67	3,64	**	3,26	2,86
Leucemias	120	7,03	6,80	30	7,18	7,39	90	4,84	3,79	20	4,50	3,79
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	80	4,24	4,20	20	3,44	3,70
Pele Melanoma	30	1,74	1,67	**	2,27	2,47	20	1,33	0,94	**	1,75	1,23
Outras Localizações	680	39,22	42,40	210	49,07	49,65	690	38,37	35,53	220	46,74	35,40
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.200	183,78	183,53	840	199,00	209,49	3.130	174,18	163,62	980	206,08	168,62
Pele não Melanoma	1.290	74,14	-	300	69,99	-	850	47,07	-	150	32,46	-
Todas as Neoplasias	4.490	257,86	-	1.140	270,07	-	3.980	221,48	-	1.130	237,62	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 18

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Sergipe e Aracaju

Tabela 21

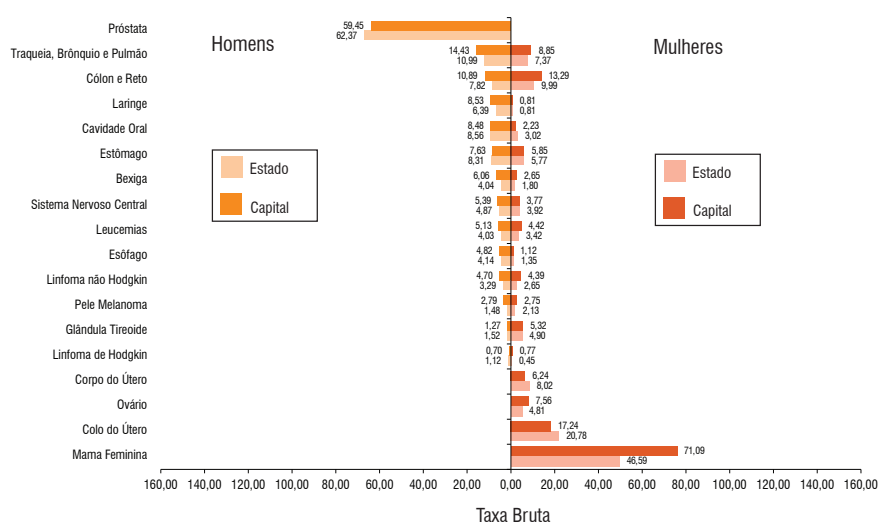
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	700	62,37	77,27	180	59,45	79,99	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	550	46,59	50,23	240	71,09	68,36
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	250	20,78	20,09	60	17,24	15,46
Traqueia, Brônquio e Pulmão	120	10,99	14,67	40	14,43	18,58	90	7,37	8,22	30	8,85	8,45
Cólon e Reto	90	7,82	9,65	30	10,89	12,74	120	9,99	10,39	50	13,29	12,18
Estômago	90	8,31	8,84	20	7,63	8,30	70	5,77	5,66	20	5,85	5,14
Cavidade Oral	100	8,56	9,89	30	8,48	10,93	40	3,02	2,95	**	2,23	1,88
Laringe	70	6,39	8,31	30	8,53	10,01	**	0,81	0,92	**	0,81	0,94
Bexiga	50	4,04	5,00	20	6,06	8,24	20	1,80	1,76	**	2,65	2,50
Esôfago	50	4,14	4,94	**	4,82	5,81	**	1,35	1,33	**	1,12	0,86
Ovário	-	-	-	-	-	-	60	4,81	4,82	30	7,56	7,21
Linfoma de Hodgkin	**	1,12	1,04	**	0,70	0,78	**	0,45	0,41	**	0,77	0,66
Linfoma não Hodgkin	40	3,29	3,55	**	4,70	5,07	30	2,65	2,36	**	4,39	3,56
Glândula Tireoide	20	1,52	1,50	**	1,27	1,17	60	4,90	4,23	20	5,32	4,94
Sistema Nervoso Central	50	4,87	5,81	**	5,39	6,43	50	3,92	4,22	**	3,77	3,71
Leucemias	50	4,03	4,31	**	5,13	5,50	40	3,42	3,52	**	4,42	4,58
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	90	8,02	3,64	20	6,24	6,42
Pele Melanoma	20	1,48	1,84	**	2,79	3,39	30	2,13	2,03	**	2,75	2,36
Outras Localizações	310	27,45	34,43	100	34,01	42,68	350	29,46	31,92	100	30,48	28,37
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	1.770	157,18	175,91	520	175,35	203,93	1.880	158,81	162,69	660	193,31	164,05
Pele não Melanoma	610	54,34	-	180	61,24	-	670	56,27	-	140	41,66	-
Todas as Neoplasias	2.380	211,34	-	700	236,05	-	2.550	215,40	-	800	234,31	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 19

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Região Centro-Oeste


Tabela 22


Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	5.330	66,75	83,29	1.210	84,05	89,57	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	4.200	51,96	51,29	1.150	74,14	67,89
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.490	18,32	17,11	300	19,41	18,28
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.360	16,98	20,27	310	21,33	23,71	940	11,52	13,20	230	15,25	14,25
Cólon e Reto	1.360	16,95	21,13	400	28,31	31,15	1.460	17,98	18,40	430	28,12	26,47
Estômago	930	11,52	15,04	210	14,55	16,89	530	6,52	6,55	110	7,25	6,87
Cavidade Oral	780	9,72	11,22	220	14,83	14,64	250	2,96	3,03	60	3,88	3,73
Laringe	410	5,19	6,31	100	6,84	8,44	110	1,45	1,76	30	1,27	1,50
Bexiga	460	5,64	7,79	130	9,04	10,95	180	2,27	2,35	60	3,67	2,74
Esôfago	560	7,15	8,35	110	7,45	7,47	180	2,21	1,86	30	2,17	1,87
Ovário	-	-	-	-	-	-	470	5,83	7,09	140	8,48	8,34
Linfoma de Hodgkin	100	1,15	1,14	30	1,61	1,29	70	0,95	0,92	30	1,65	1,19
Linfoma não Hodgkin	410	5,10	5,42	100	7,25	7,63	350	4,33	4,23	100	6,27	5,91
Glândula Tireoide	70	1,76	1,37	30	0,89	1,01	480	5,97	5,90	120	8,02	7,02
Sistema Nervoso Central	460	5,61	6,54	90	6,80	7,45	400	4,94	5,31	90	6,21	6,50
Leucemias	390	4,88	5,51	100	7,10	8,11	320	3,93	4,48	70	4,84	5,63
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	460	5,65	5,44	120	7,50	7,46
Pele Melanoma	280	3,49	3,55	80	5,30	5,72	170	2,17	2,15	50	3,06	2,74
Outras Localizações	3.190	39,81	42,76	670	46,65	50,38	2.430	30,06	31,14	510	32,87	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	16.090	201,14	246,26	3.790	263,83	288,59	14.490	179,17	191,78	3.630	234,71	209,49
Pele não Melanoma	5.540	69,27	-	1.160	80,58	-	7.490	92,66	-	1.220	78,40	-
Todas as Neoplasias	21.630	270,39	-	4.950	344,58	-	21.980	271,78	-	4.850	313,59	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 20

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	5.330	33,1%	Homens		Mama Feminina	4.200	29,0%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.360	8,5%			Colo do Útero	1.490	10,3%
Cólon e Reto	1.360	8,5%			Cólon e Reto	1.460	10,1%
Estômago	930	5,8%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	940	6,5%
Cavidade Oral	780	4,8%			Estômago	530	3,7%
Esôfago	560	3,5%			Glândula Tireoide	480	3,3%
Bexiga	460	2,9%			Ovário	470	3,2%
Sistema Nervoso Central	460	2,9%			Corpo do Útero	460	3,2%
Laringe	410	2,5%			Sistema Nervoso Central	400	2,8%
Linfoma não Hodgkin	410	2,5%			Linfoma não Hodgkin	350	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Distrito Federal

Tabela 23

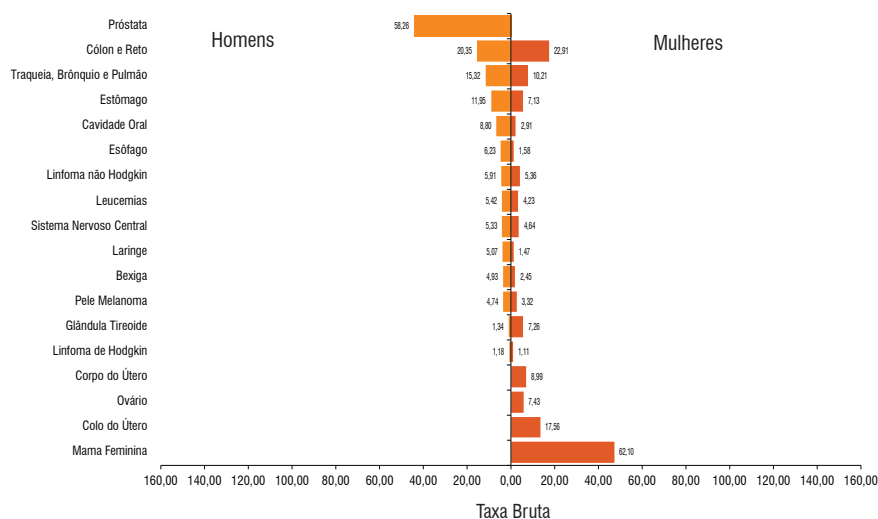
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos					
	Estado					
	Homens			Mulheres		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	850	58,26	78,14	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	1.020	62,10	65,84
Colo do Útero	-	-	-	290	17,56	9,18
Traqueia, Brônquio e Pulmão	220	15,32	20,37	170	10,21	11,99
Cólon e Reto	300	20,35	27,74	370	22,91	23,57
Estômago	180	11,95	17,52	120	7,13	7,00
Cavidade Oral	130	8,80	11,18	50	2,91	3,08
Laringe	70	5,07	6,15	20	1,47	1,82
Bexiga	70	4,93	8,50	40	2,45	2,89
Esôfago	90	6,23	8,26	30	1,58	1,40
Ovário	-	-	-	120	7,43	9,23
Linfoma de Hodgkin	20	1,18	1,21	20	1,11	1,01
Linfoma não Hodgkin	90	5,91	7,47	90	5,36	5,73
Glândula Tireoide	20	1,34	1,98	120	7,26	8,52
Sistema Nervoso Central	80	5,33	6,89	80	4,64	5,14
Leucemias	80	5,42	6,91	70	4,23	5,25
Corpo do Útero	-	-	-	150	8,99	10,57
Pele Melanoma	70	4,74	6,46	50	3,32	3,56
Outras Localizações	520	35,26	41,22	500	-	31,70
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	2.790	190,39	248,16	3.310	202,35	205,27
Pele não Melanoma	910	61,95	-	1.440	87,90	-
Todas as Neoplasias	3.700	252,49	-	4.750	290,38	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 21

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo*



*Valores por 100 mil habitantes.

Goiás e Goiânia

Tabela 24

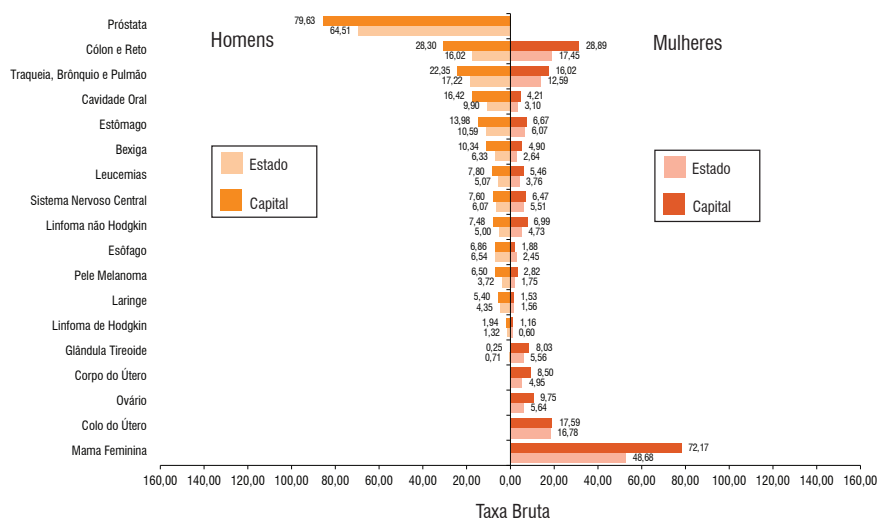
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	2.210	64,51	73,14	560	79,63	89,57	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	1.670	48,68	49,51	560	72,17	68,23
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	580	16,78	16,13	140	17,59	6,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	590	17,22	20,17	160	22,35	24,94	430	12,59	14,06	120	16,02	15,10
Cólon e Reto	550	16,02	18,31	200	28,30	31,15	600	17,45	18,26	220	28,89	26,47
Estômago	360	10,59	12,34	100	13,98	16,89	210	6,07	5,64	50	6,67	5,63
Cavidade Oral	340	9,90	11,26	120	16,42	17,74	110	3,10	2,99	30	4,21	3,73
Laringe	150	4,35	5,16	40	5,40	6,11	50	1,56	1,69	**	1,53	1,50
Bexiga	220	6,33	8,17	70	10,34	14,18	90	2,64	2,58	40	4,90	4,55
Esôfago	220	6,54	7,14	50	6,86	7,47	80	2,45	1,89	**	1,88	1,49
Ovário	-	-	-	-	-	-	190	5,64	6,59	80	9,75	10,55
Linfoma de Hodgkin	50	1,32	1,16	**	1,94	1,79	20	0,60	0,48	**	1,16	0,97
Linfoma não Hodgkin	170	5,00	5,06	50	7,48	7,63	160	4,73	4,62	50	6,99	6,30
Glândula Tireoide	20	0,71	0,80	**	0,25	0,34	190	5,56	5,53	60	8,03	7,02
Sistema Nervoso Central	210	6,07	7,21	50	7,60	7,45	190	5,51	5,93	50	6,47	6,75
Leucemias	170	5,07	5,82	60	7,80	9,26	130	3,76	4,10	40	5,46	5,63
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	170	4,95	5,16	70	8,50	8,15
Pele Melanoma	130	3,72	3,91	30	6,50	7,09	60	1,75	1,74	20	2,82	2,74
Outras Localizações	1.380	40,11	43,85	360	51,36	56,60	1.060	31,05	31,70	290	36,64	33,06
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	6.770	197,22	225,23	1.890	266,42	298,05	5.990	174,77	177,88	1.850	237,70	219,60
Pele não Melanoma	2.240	65,21	-	550	77,43	-	3.060	89,30	-	600	76,74	-
Todas as Neoplasias	9.010	262,47	-	2.440	343,95	-	9.050	264,06	-	2.450	314,79	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 22

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Mato Grosso e Cuiabá

Tabela 25

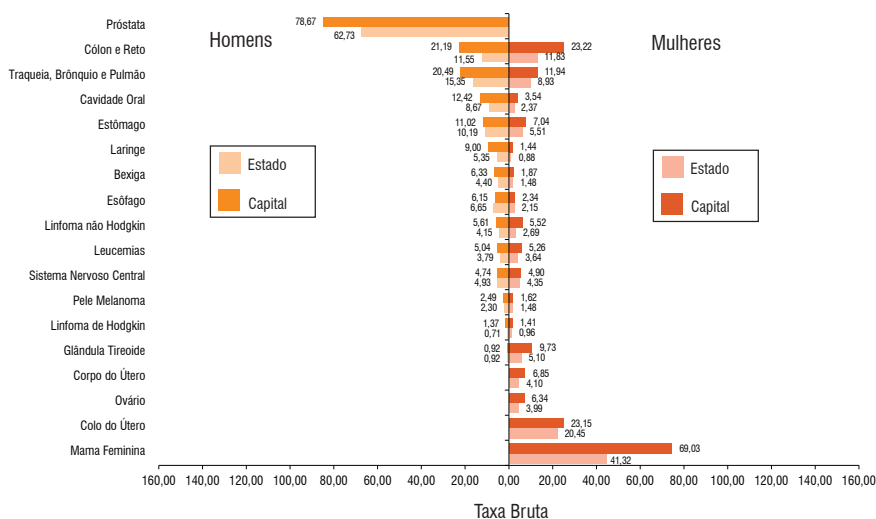
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.080	62,73	88,45	240	78,67	101,32	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	680	41,32	48,98	220	69,03	67,89
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	340	20,45	18,09	70	23,15	22,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	270	15,35	20,83	60	20,49	23,71	150	8,93	12,34	40	11,94	13,57
Cólon e Reto	200	11,55	14,26	60	21,19	25,75	200	11,83	15,73	70	23,22	24,85
Estômago	180	10,19	13,23	30	11,02	15,21	90	5,51	6,10	20	7,04	6,87
Cavidade Oral	150	8,67	10,69	40	12,42	14,33	40	2,37	2,83	**	3,54	3,89
Laringe	90	5,35	6,46	30	9,00	11,33	**	0,88	1,07	**	1,44	1,50
Bexiga	80	4,40	6,44	20	6,33	10,10	20	1,48	1,91	**	1,87	2,02
Esôfago	110	6,65	8,45	20	6,15	7,42	40	2,15	1,84	**	2,34	2,06
Ovário	-	-	-	-	-	-	70	3,99	5,59	20	6,34	7,73
Linfoma de Hodgkin	**	0,71	0,62	**	1,37	1,12	**	0,96	0,84	**	1,41	1,19
Linfoma não Hodgkin	70	4,15	5,01	20	5,61	6,53	40	2,69	3,11	20	5,52	5,91
Glândula Tireoide	**	0,92	1,05	**	0,92	1,01	80	5,10	5,68	30	9,73	10,16
Sistema Nervoso Central	90	4,93	6,19	**	4,74	5,52	70	4,35	5,48	**	4,90	5,37
Leucemias	70	3,79	4,74	**	5,04	6,32	60	3,64	4,47	**	5,26	6,04
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	70	4,10	5,35	20	6,85	7,46
Pele Melanoma	40	2,30	2,59	**	2,49	2,25	20	1,48	1,55	**	1,62	1,51
Outras Localizações	670	38,71	48,57	100	32,13	37,97	480	28,90	30,58	80	26,12	28,37
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.120	180,65	244,36	670	223,32	258,26	2.470	149,21	200,51	670	213,27	209,38
Pele não Melanoma	1.250	72,54	-	230	77,43	-	1.520	92,09	-	370	117,20	-
Todas as Neoplasias	4.370	253,02	-	900	299,99	-	3.990	241,04	-	1.040	331,05	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 23

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

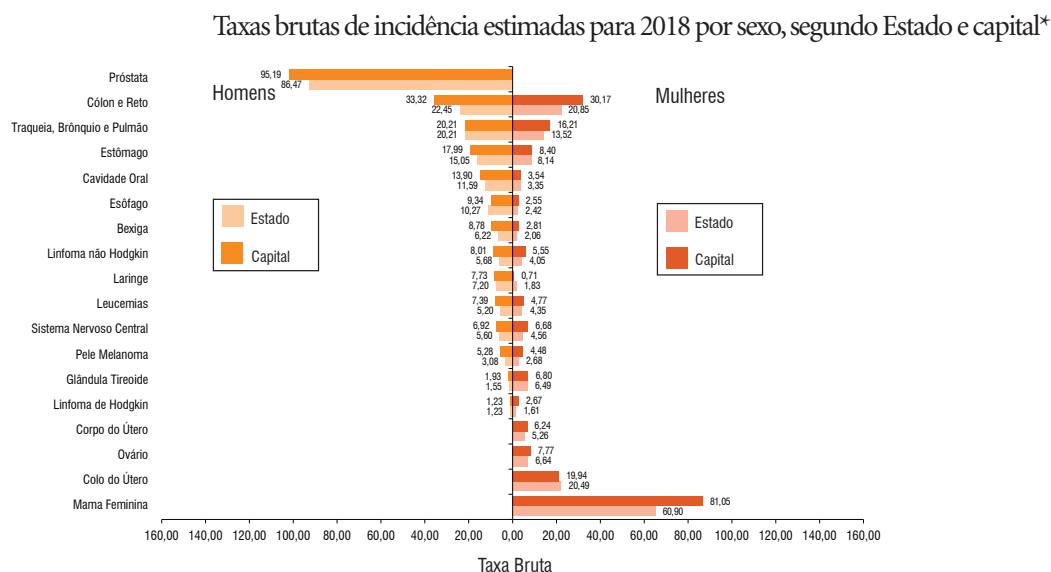
Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Tabela 26

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.190	86,47	89,71	410	95,19	80,84	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	830	60,90	53,07	370	81,05	67,44
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	280	20,49	19,93	90	19,94	18,28
Traqueia, Brônquio e Pulmão	280	20,21	18,92	90	20,21	22,43	190	13,52	14,59	70	16,21	14,25
Cólon e Reto	310	22,45	23,94	140	33,32	37,97	290	20,85	18,55	140	30,17	26,87
Estômago	210	15,05	16,84	80	17,99	20,83	110	8,14	7,28	40	8,40	7,12
Cavidade Oral	160	11,59	11,67	60	13,90	14,64	50	3,35	3,30	20	3,54	3,20
Laringe	100	7,20	7,09	30	7,73	8,44	30	1,83	1,97	**	0,71	0,75
Bexiga	90	6,22	7,42	40	8,78	10,95	30	2,06	2,12	**	2,81	2,74
Esôfago	140	10,27	9,53	40	9,34	9,89	30	2,42	1,92	**	2,55	1,87
Ovário	-	-	-	-	-	-	90	6,64	7,60	40	7,77	8,34
Linfoma de Hodgkin	20	1,23	1,12	**	1,23	1,29	20	1,61	1,19	**	2,67	1,93
Linfoma não Hodgkin	80	5,68	5,77	30	8,01	8,24	60	4,05	3,84	30	5,55	4,83
Glândula Tireoide	20	1,55	1,69	**	1,93	2,07	90	6,49	6,13	30	6,80	5,68
Sistema Nervoso Central	80	5,60	6,04	30	6,92	7,46	60	4,56	4,65	30	6,68	6,50
Leucemias	70	5,20	5,19	30	7,39	8,11	60	4,35	4,48	20	4,77	5,03
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	70	5,26	5,54	30	6,24	6,03
Pele Melanoma	40	3,08	3,18	20	5,28	5,72	40	2,68	2,56	20	4,48	4,02
Outras Localizações	620	45,31	41,68	210	49,04	50,38	390	28,24	27,65	140	31,07	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.410	248,16	262,80	1.230	287,97	288,59	2.720	198,68	183,05	1.110	244,41	209,49
Pele não Melanoma	1.140	83,14	-	380	88,03	--	1.470	107,44	-	250	54,42	-
Todas as Neoplasias	4.550	331,12	-	1.610	376,93	-	4.190	306,06	-	1.360	299,45	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 24


*Valores por 100 mil habitantes.

Região Sudeste



Tabela 27

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	30.080	69,83	67,82	8.420	81,22	69,16	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	30.880	69,50	56,58	11.110	95,57	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	4.420	9,97	9,23	1.320	11,35	8,64
Traqueia, Brônquio e Pulmão	8.290	19,22	19,94	2.280	22,07	21,05	5.650	12,72	10,31	1.880	16,31	11,44
Cólon e Reto	10.040	23,29	20,73	3.560	34,26	27,26	10.600	23,86	19,00	4.170	35,86	21,62
Estômago	5.800	13,46	9,11	1.510	14,63	7,25	3.280	7,41	3,71	1.120	9,59	4,06
Cavidade Oral	5.920	13,77	11,37	1.570	15,15	12,03	1.620	3,64	2,86	530	4,58	3,04
Laringe	2.620	6,08	6,19	680	6,55	6,18	660	1,47	0,92	200	1,64	0,88
Bexiga	3.720	8,61	8,49	1.190	11,53	9,20	1.340	3,02	2,21	470	4,10	2,61
Esôfago	3.460	8,04	7,86	700	6,80	7,04	890	1,99	1,62	210	1,74	1,43
Ovário	-	-	-	-	-	-	2.850	6,40	4,80	1.060	9,10	5,77
Linfoma de Hodgkin	600	1,41	1,64	260	2,53	2,01	510	1,15	1,09	180	1,49	1,43
Linfoma não Hodgkin	2.610	6,05	5,55	760	7,30	6,81	2.530	5,70	4,34	830	7,16	5,44
Glândula Tireoide	540	1,24	2,06	200	1,83	3,03	4.330	9,75	8,33	1.500	12,82	9,34
Sistema Nervoso Central	2.290	5,30	5,31	570	5,53	5,23	2.450	5,50	5,17	670	5,72	4,40
Leucemias	2.500	5,79	5,66	700	6,69	6,22	2.160	4,86	4,29	600	5,09	4,69
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	3.400	7,66	5,95	1.390	11,98	8,40
Pele Melanoma	1.180	2,75	2,69	350	3,44	3,31	1.730	3,89	2,58	500	4,33	2,75
Outras Localizações	17.240	40,01	35,26	4.360	42,07	38,17	15.430	34,73	25,34	4.370	37,61	22,82
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	96.890	224,87	217,27	27.110	261,66	226,91	94.730	213,19	196,97	32.110	276,30	199,05
Pele não Melanoma	38.700	89,80	-	10.250	98,91	-	42.290	95,16	-	11.560	99,51	-
Todas as Neoplasias	135.590	314,69	-	37.360	360,60	-	137.020	308,36	-	43.670	375,77	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 15.

Figura 25

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	30.080	31,0%	Homens		Mama Feminina	30.880	32,6%
Cólon e Reto	10.040	10,4%			Cólon e Reto	10.600	11,2%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	8.290	8,6%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.650	6,0%
Cavidade Oral	5.920	6,1%			Colo do Útero	4.420	4,7%
Estômago	5.800	6,0%			Glândula Tireoide	4.330	4,6%
Bexiga	3.720	3,8%			Corpo do Útero	3.400	3,6%
Esôfago	3.460	3,6%			Estômago	3.280	3,5%
Laringe	2.620	2,7%			Ovário	2.850	3,0%
Linfoma não Hodgkin	2.610	2,7%			Linfoma não Hodgkin	2.530	2,7%
Leucemias	2.500	2,6%			Sistema Nervoso Central	2.450	2,6%

*Números arredondados para múltiplos de 10

Espírito Santo e Vitória

Tabela 28

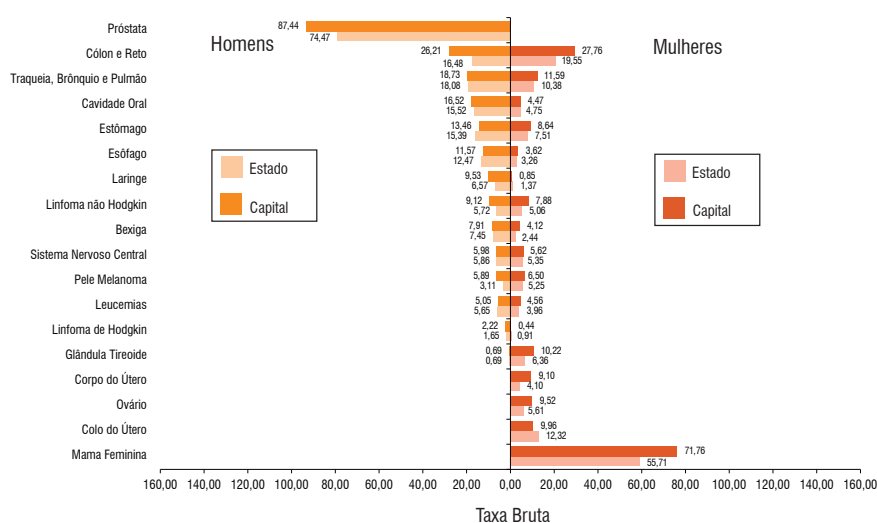
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.510	74,47	87,04	160	87,44	74,77	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	1.130	55,71	55,63	140	71,76	59,35
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	250	12,32	11,27	20	9,96	7,97
Traqueia, Brônquio e Pulmão	370	18,08	20,24	30	18,73	24,25	210	10,38	9,46	20	11,59	10,49
Cólon e Reto	330	16,48	17,47	50	26,21	25,04	400	19,55	18,11	60	27,76	19,97
Estômago	310	15,39	13,29	20	13,46	8,27	150	7,51	5,85	20	8,64	5,63
Cavidade Oral	310	15,52	14,58	30	16,52	13,72	100	4,75	4,01	**	4,47	3,05
Laringe	130	6,57	6,72	20	9,53	9,06	30	1,37	0,91	**	0,85	0,55
Bexiga	150	7,45	8,02	**	7,91	7,12	50	2,44	2,10	**	4,12	2,65
Esôfago	250	12,47	12,13	20	11,57	10,50	70	3,26	2,64	**	3,62	2,58
Ovário	-	-	-	-	-	-	110	5,61	4,74	20	9,52	7,29
Linfoma de Hodgkin	30	1,65	1,54	**	2,22	1,75	20	0,91	1,02	**	0,44	0,49
Linfoma não Hodgkin	120	5,72	5,62	20	9,12	8,28	100	5,06	4,44	**	7,88	5,74
Glândula Tireoide	**	0,69	1,44	**	0,69	1,54	130	6,36	7,18	20	10,22	8,33
Sistema Nervoso Central	120	5,86	6,34	**	5,98	5,86	110	5,35	5,71	**	5,62	4,71
Leucemias	110	5,65	5,68	**	5,05	4,56	80	3,96	4,06	20	4,56	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	80	4,10	4,42	**	9,10	7,80
Pele Melanoma	60	3,11	3,27	**	5,89	6,07	110	5,25	3,86	**	6,50	3,91
Outras Localizações	640	31,53	31,64	60	36,44	34,93	570	28,16	23,89	60	29,23	21,93
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	4.450	219,88	232,71	470	264,44	242,17	3.700	181,88	197,39	470	234,16	193,93
Pele não Melanoma	1.660	81,90	-	240	137,48	-	1.730	84,94	-	80	40,38	-
Todas as Neoplasias	6.110	301,91	-	710	399,47	-	5.430	266,92	-	550	274,02	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 26

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Minas Gerais e Belo Horizonte

Tabela 29

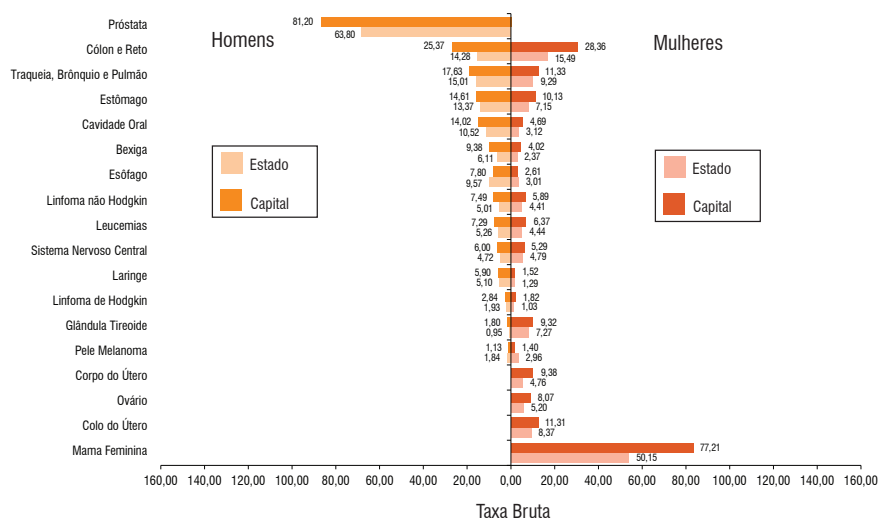
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	6.730	63,80	65,12	980	81,20	70,15	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	5.360	50,15	45,02	1.060	77,21	59,06
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	890	8,37	7,20	150	11,31	9,01
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.580	15,01	14,14	210	17,63	16,83	990	9,29	7,71	150	11,33	8,07
Cólon e Reto	1.510	14,28	13,72	310	25,37	24,48	1.650	15,49	12,03	390	28,36	19,62
Estômago	1.410	13,37	7,41	180	14,61	5,43	760	7,15	2,92	140	10,13	2,69
Cavidade Oral	1.110	10,52	8,99	170	14,02	11,44	330	3,12	2,59	60	4,69	3,29
Laringe	540	5,10	4,84	70	5,90	5,71	140	1,29	0,83	20	1,52	0,87
Bexiga	650	6,11	5,63	110	9,38	8,46	250	2,37	1,89	50	4,02	2,79
Esôfago	1.010	9,57	8,75	90	7,80	7,23	320	3,01	2,24	40	2,61	1,77
Ovário	-	-	-	-	-	-	560	5,20	4,42	110	8,07	5,77
Linfoma de Hodgkin	200	1,93	1,64	30	2,84	2,54	110	1,03	1,07	20	1,82	1,55
Linfoma não Hodgkin	530	5,01	4,40	90	7,49	6,84	470	4,41	3,78	80	5,89	4,49
Glândula Tireoide	100	0,95	1,64	20	1,80	3,08	780	7,27	6,61	130	9,32	6,61
Sistema Nervoso Central	500	4,72	4,75	70	6,00	5,67	510	4,79	4,68	70	5,29	4,38
Leucemias	560	5,26	5,03	90	7,29	7,09	470	4,44	4,21	80	6,37	5,42
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	510	4,76	4,59	130	9,38	7,53
Pele Melanoma	190	1,84	1,64	**	1,13	1,44	320	2,96	2,00	20	1,40	1,21
Outras Localizações	3.950	37,45	35,43	510	42,00	40,02	3.600	33,71	26,78	510	37,65	23,70
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	20.570	194,90	185,13	2.940	243,66	215,41	18.020	168,70	166,79	3.210	234,80	194,99
Pele não Melanoma	8.440	79,95	-	1.050	86,78	-	10.560	98,86	-	1.500	110,00	-
Todas as Neoplasias	29.010	274,87	-	3.990	330,68	-	28.580	267,56	-	4.710	344,52	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 27

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Rio de Janeiro e Rio de Janeiro

Tabela 30

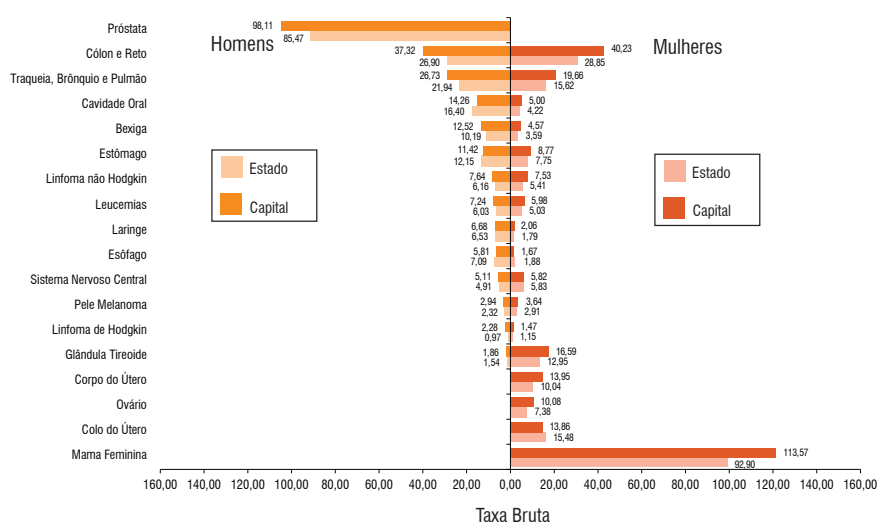
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	6.950	85,47	70,52	3.050	98,11	68,17	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	8.050	92,90	68,78	4.010	113,57	74,67
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.340	15,48	11,29	490	13,86	10,41
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.790	21,94	19,64	830	26,73	21,16	1.350	15,62	11,46	690	19,66	12,57
Cólon e Reto	2.190	26,90	23,99	1.160	37,32	29,49	2.500	28,85	19,90	1.420	40,23	23,27
Estômago	990	12,15	7,79	350	11,42	6,24	670	7,75	3,57	310	8,77	3,33
Cavidade Oral	1.330	16,40	11,42	440	14,26	10,67	370	4,22	3,00	180	5,00	3,00
Laringe	530	6,53	6,07	210	6,68	5,72	160	1,79	1,03	70	2,06	1,03
Bexiga	830	10,19	9,20	390	12,52	9,95	310	3,59	2,42	160	4,57	2,56
Esôfago	580	7,09	6,35	180	5,81	4,84	160	1,88	1,01	60	1,67	0,64
Ovário	-	-	-	-	-	-	640	7,38	4,95	360	10,08	5,69
Linfoma de Hodgkin	80	0,97	1,64	70	2,28	1,80	100	1,15	1,12	50	1,47	1,41
Linfoma não Hodgkin	500	6,16	5,47	240	7,64	6,22	470	5,41	4,24	270	7,53	5,16
Glândula Tireoide	130	1,54	2,78	60	1,86	2,98	1.120	12,95	11,20	590	16,59	12,07
Sistema Nervoso Central	400	4,91	4,55	160	5,11	4,47	510	5,83	4,48	210	5,82	4,42
Leucemias	490	6,03	5,64	230	7,24	6,30	440	5,03	4,36	190	5,98	4,53
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	870	10,04	8,35	490	13,95	9,71
Pele Melanoma	190	2,32	2,12	90	2,94	2,51	250	2,91	1,82	130	3,64	2,10
Outras Localizações	3.140	38,58	35,09	1.370	44,04	36,74	3.190	36,79	23,00	1.470	41,52	21,30
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	20.120	247,31	209,17	8.830	283,97	211,94	22.500	259,73	197,65	11.150	315,81	203,11
Pele não Melanoma	9.840	120,90	-	4.610	148,21	-	9.770	112,79	-	4.620	130,89	-
Todas as Neoplasias	29.960	368,26	-	13.440	432,23	-	32.270	372,51	-	15.770	446,67	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 28

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

São Paulo e São Paulo

Tabela 31

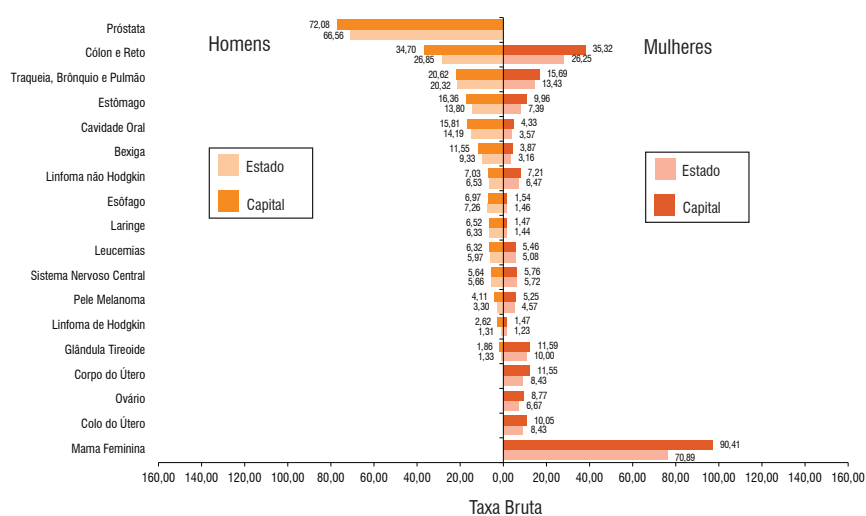
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	14.890	66,56	59,77	4.230	72,08	61,71	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	16.340	70,89	57,54	5.900	90,41	68,61
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.940	8,43	6,69	660	10,05	8,27
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.550	20,32	20,47	1.210	20,62	20,94	3.100	13,43	11,17	1.020	15,69	12,38
Cólon e Reto	6.010	26,85	27,11	2.040	34,70	35,55	6.050	26,25	21,66	2.300	35,32	27,00
Estômago	3.090	13,80	10,43	960	16,36	12,91	1.700	7,39	3,85	650	9,96	4,78
Cavidade Oral	3.170	14,19	11,32	930	15,81	12,61	820	3,57	2,73	280	4,33	3,02
Laringe	1.420	6,33	6,31	380	6,52	6,64	330	1,44	0,93	100	1,47	0,89
Bexiga	2.090	9,33	8,96	680	11,55	10,71	730	3,16	2,33	250	3,87	2,49
Esôfago	1.620	7,26	6,98	410	6,97	6,85	340	1,46	0,98	100	1,54	1,09
Ovário	-	-	-	-	-	-	1.540	6,67	4,85	570	8,77	5,78
Linfoma de Hodgkin	290	1,31	1,80	150	2,62	2,22	280	1,23	1,26	100	1,47	1,46
Linfoma não Hodgkin	1.460	6,53	5,70	410	7,03	6,78	1.490	6,47	4,84	470	7,21	5,71
Glândula Tireoide	300	1,33	2,47	110	1,86	3,60	2.300	10,00	9,48	760	11,59	10,34
Sistema Nervoso Central	1.270	5,66	5,86	330	5,64	4,79	1.320	5,72	5,66	380	5,76	4,12
Leucemias	1.340	5,97	5,85	370	6,32	6,14	1.170	5,08	4,64	320	5,46	4,79
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.940	8,43	7,31	750	11,55	9,00
Pele Melanoma	740	3,30	3,27	240	4,11	4,12	1.050	4,57	3,17	340	5,25	3,40
Outras Localizações	9.510	42,50	41,35	2.420	41,21	39,60	8.070	35,02	27,89	2.330	35,73	25,07
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	51.750	231,30	225,36	14.870	253,46	238,42	50.510	219,07	196,55	17.280	264,90	211,76
Pele não Melanoma	18.760	83,85	-	4.350	74,10	-	20.230	87,72	-	5.360	82,15	-
Todas as Neoplasias	70.510	315,15	-	19.220	327,61	-	70.740	306,82	-	22.640	347,07	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 29

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Região Sul


Tabela 32

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	14.290	96,85	82,05	1.840	100,60	79,97	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	11.030	73,07	59,13	1.940	94,77	66,69
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	2.130	14,07	11,42	300	14,76	10,38
Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.350	36,27	31,78	640	34,92	38,93	3.110	20,59	14,91	530	25,93	16,86
Cólon e Reto	3.270	22,17	20,03	590	32,35	25,16	3.460	22,92	18,78	700	33,86	20,84
Estômago	2.520	17,12	14,98	310	16,81	10,95	1.350	8,95	5,96	210	10,28	5,07
Cavidade Oral	2.280	15,40	12,92	290	15,88	14,42	540	3,59	2,51	100	4,48	2,79
Laringe	1.570	10,57	9,75	160	9,11	8,94	190	1,30	0,96	30	1,06	0,78
Bexiga	1.370	9,23	8,43	210	11,52	10,13	670	4,50	3,52	130	5,93	4,45
Esôfago	2.520	17,10	13,99	210	11,68	7,69	740	4,94	3,31	80	3,53	1,02
Ovário	-	-	-	-	-	-	1.080	7,12	5,62	200	9,53	6,54
Linfoma de Hodgkin	360	2,47	2,13	50	2,78	2,54	200	1,29	1,16	40	1,65	1,30
Linfoma não Hodgkin	1.080	7,36	6,31	170	9,32	8,72	890	5,96	4,19	170	8,68	5,66
Glândula Tireoide	380	2,55	2,15	70	3,57	2,47	740	4,91	4,31	130	6,30	5,17
Sistema Nervoso Central	1.500	10,17	8,85	170	9,79	8,97	1.290	8,52	6,73	150	7,78	5,99
Leucemias	1.280	8,67	8,30	160	9,12	9,68	980	6,50	5,53	130	6,22	5,00
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.070	7,17	5,55	240	11,84	8,07
Pele Melanoma	1.040	7,02	5,71	160	8,44	7,65	960	6,35	4,74	140	6,74	4,98
Outras Localizações	10.140	68,70	63,27	1.300	70,45	53,93	8.030	53,21	40,28	1.130	54,95	35,09
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	48.950	331,88	373,62	6.330	344,78	361,69	38.460	254,80	270,91	6.350	309,71	261,91
Pele não Melanoma	23.610	160,08	-	1.960	106,60	-	14.710	97,46	-	1.560	76,37	-
Todas as Neoplasias Malignas	72.560	491,95	-	8.290	451,54	-	53.170	352,25	-	7.910	385,79	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 30

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	14.290	29,2%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	11.030	28,7%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.350	10,9%			Cólon e Reto	3.460	9,0%
Cólon e Reto	3.270	6,7%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	3.110	8,1%
Estômago	2.520	5,1%			Colo do Útero	2.130	5,5%
Esôfago	2.520	5,1%			Estômago	1.350	3,5%
Cavidade Oral	2.280	4,7%			Sistema Nervoso Central	1.290	3,4%
Laringe	1.570	3,2%			Ovário	1.080	2,8%
Sistema Nervoso Central	1.500	3,1%			Corpo do Útero	1.070	2,8%
Bexiga	1.370	2,8%			Leucemias	980	2,5%
Leucemias	1.280	2,6%			Pele Melanoma	960	2,5%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Paraná e Curitiba

Tabela 33

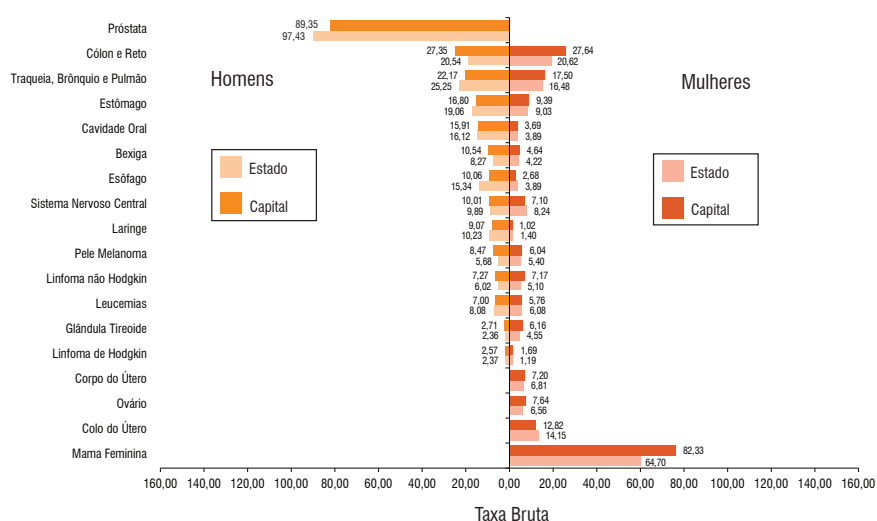
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	5.480	97,43	94,19	810	89,35	79,97	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	3.730	64,70	59,13	820	82,33	64,29
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	820	14,15	12,27	130	12,82	10,38
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.420	25,25	25,52	200	22,17	22,98	950	16,48	14,91	180	17,50	12,66
Cólon e Reto	1.160	20,54	20,03	250	27,35	25,16	1.190	20,62	18,78	280	27,64	20,84
Estômago	1.070	19,06	14,98	150	16,80	10,68	520	9,03	6,11	90	9,39	5,07
Cavidade Oral	910	16,12	13,64	140	15,91	15,40	220	3,89	3,12	40	3,69	2,79
Laringe	580	10,23	9,75	80	9,07	9,23	80	1,40	1,18	**	1,02	0,78
Bexiga	470	8,27	7,62	100	10,54	10,25	240	4,22	3,66	50	4,64	3,73
Esôfago	860	15,34	13,16	90	10,06	7,38	220	3,89	3,31	30	2,68	1,02
Ovário	-	-	-	-	-	-	380	6,56	5,99	80	7,64	6,25
Linfoma de Hodgkin	130	2,37	2,13	20	2,57	2,47	70	1,19	1,16	20	1,69	1,53
Linfoma não Hodgkin	340	6,02	5,37	70	7,27	7,04	290	5,10	4,19	70	7,17	5,66
Glândula Tireoide	130	2,36	2,07	20	2,71	2,47	260	4,55	4,31	60	6,16	5,17
Sistema Nervoso Central	560	9,89	8,72	90	10,01	9,90	480	8,24	7,98	70	7,10	5,99
Leucemias	450	8,08	8,05	60	7,00	7,00	350	6,08	5,53	50	5,76	5,00
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	390	6,81	6,74	70	7,20	6,29
Pele Melanoma	320	5,68	4,86	80	8,47	7,65	310	5,40	4,39	60	6,04	4,98
Outras Localizações	3.420	60,74	54,21	520	56,69	53,93	2.690	46,62	39,21	440	43,93	35,09
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	17.300	307,61	350,52	2.680	294,11	361,69	13.190	228,51	260,82	2.550	254,92	261,91
Pele não Melanoma	7.530	133,90	-	850	93,40	--	5.560	96,39	-	840	83,73	-
Todas as Neoplasias	24.830	441,49	-	3.530	387,40	--	18.750	324,83	-	3.390	338,89	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 31

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Rio Grande do Sul e Porto Alegre

Tabela 34

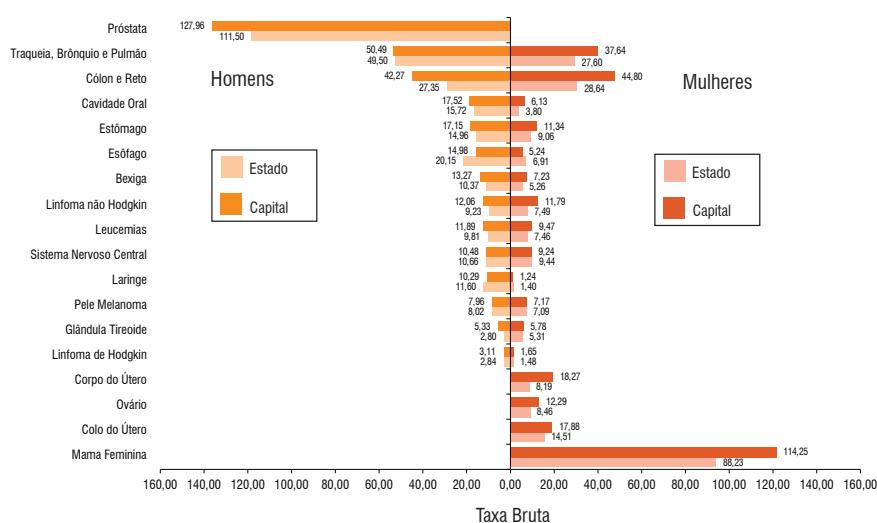
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	6.210	111,50	82,05	890	127,96	82,00	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	5.110	88,23	61,77	920	114,25	74,91
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	840	14,51	11,03	140	17,88	12,73
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.760	49,50	40,22	350	50,49	42,16	1.600	27,60	20,49	300	37,64	24,14
Cólon e Reto	1.520	27,35	23,41	290	42,27	35,32	1.660	28,64	18,87	360	44,80	23,59
Estômago	830	14,96	10,13	120	17,15	10,95	520	9,06	4,05	90	11,34	4,09
Cavidade Oral	880	15,72	12,45	120	17,52	14,42	220	3,80	2,45	50	6,13	3,74
Laringe	650	11,60	10,19	70	10,29	8,94	80	1,40	0,96	**	1,24	0,85
Bexiga	580	10,37	8,43	90	13,27	10,13	300	5,26	3,52	60	7,23	4,45
Esôfago	1.120	20,15	16,21	100	14,98	12,23	400	6,91	4,21	40	5,24	3,10
Ovário	-	-	-	-	-	-	490	8,46	5,62	100	12,29	7,50
Linfoma de Hodgkin	160	2,84	2,47	20	3,11	2,61	90	1,48	1,30	**	1,65	1,11
Linfoma não Hodgkin	510	9,23	7,04	80	12,06	9,75	430	7,49	5,70	90	11,79	7,38
Glândula Tireoide	160	2,80	2,15	40	5,33	4,06	310	5,31	3,88	50	5,78	3,34
Sistema Nervoso Central	590	10,66	9,14	70	10,48	8,97	550	9,44	6,73	70	9,24	6,94
Leucemias	550	9,81	8,72	80	11,89	10,27	430	7,46	5,71	70	9,47	6,19
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	470	8,19	5,55	150	18,27	10,35
Pele Melanoma	450	8,02	5,71	60	7,96	5,98	410	7,09	4,74	60	7,17	4,82
Outras Localizações	4.510	80,95	64,78	660	94,53	71,48	3.660	63,32	41,95	580	72,20	41,97
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	21.480	385,68	418,11	3.040	437,84	449,13	17.570	303,59	290,15	3.150	392,57	322,84
Pele não Melanoma	10.280	184,54	-	930	133,90	-	5.470	94,44	-	550	69,13	-
Todas as Neoplasias	31.760	570,27	-	3.970	571,79	-	23.040	398,10	-	3.700	461,12	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 32

Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Santa Catarina e Florianópolis

Tabela 35

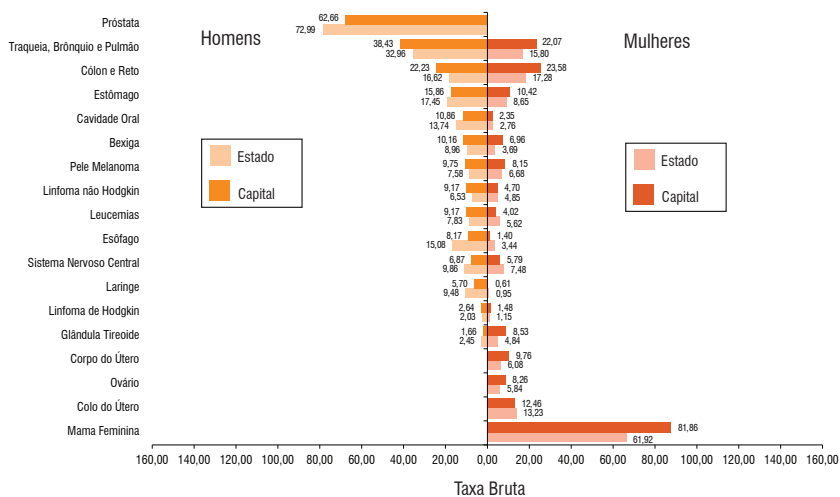
Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	2.600	72,99	80,36	140	62,66	60,79	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	2.190	61,92	56,52	200	81,86	66,69
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	470	13,23	11,42	30	12,46	9,75
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.170	32,96	31,78	90	38,43	38,93	560	15,80	14,63	50	22,07	16,86
Cólon e Reto	590	16,62	17,07	50	22,23	21,50	610	17,28	15,68	60	23,58	18,65
Estômago	620	17,45	17,10	40	15,86	12,32	310	8,65	5,96	30	10,42	7,16
Cavidade Oral	490	13,74	12,92	30	10,86	10,21	100	2,76	2,51	**	2,35	2,02
Laringe	340	9,48	8,69	**	5,70	5,81	30	0,95	0,82	**	0,61	0,49
Bexiga	320	8,96	9,10	20	10,16	9,83	130	3,69	3,52	20	6,96	5,95
Esôfago	540	15,08	13,99	20	8,17	7,69	120	3,44	2,93	**	1,40	0,85
Ovário	-	-	-	-	-	-	210	5,84	4,86	20	8,26	6,54
Linfoma de Hodgkin	70	2,03	1,99	**	2,64	2,54	40	1,15	1,11	**	1,48	1,30
Linfoma não Hodgkin	230	6,53	6,31	20	9,17	8,72	170	4,85	3,82	**	4,70	3,91
Glândula Tireoide	90	2,45	2,31	**	1,66	1,51	170	4,84	4,63	20	8,53	8,40
Sistema Nervoso Central	350	9,86	8,85	**	6,87	6,44	260	7,48	6,23	**	5,79	4,75
Leucemias	280	7,83	8,30	20	9,17	9,68	200	5,62	5,41	**	4,02	2,97
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	210	6,08	5,36	20	9,76	8,07
Pele Melanoma	270	7,58	6,14	20	9,75	8,52	240	6,68	5,33	20	8,15	6,28
Outras Localizações	2.210	62,13	63,27	120	52,33	50,39	1.680	47,39	40,28	110	43,54	34,07
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	10.170	285,99	373,62	610	264,74	359,01	7.700	217,84	270,91	650	262,52	261,46
Pele não Melanoma	5.800	163,16	-	180	76,52	-	3.680	104,18	-	170	70,10	-
Todas as Neoplasias	15.970	449,10	-	790	342,86	-	11.380	321,96	-	820	331,17	-

^a População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Figura 33

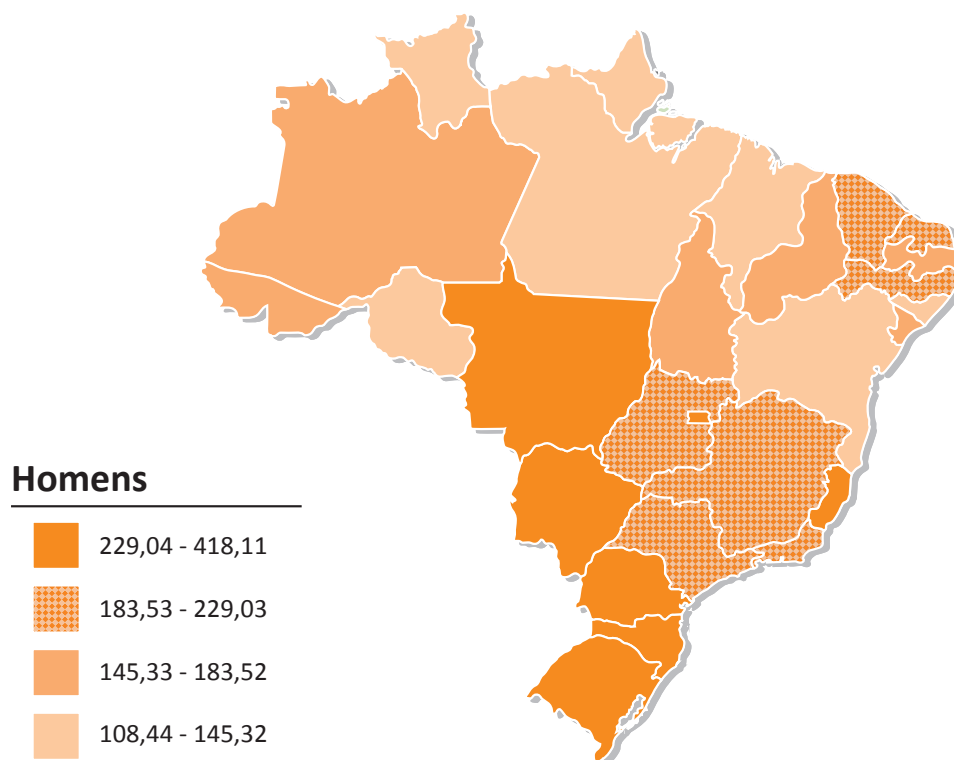
Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Figura 34

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)

**Figura 35**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)

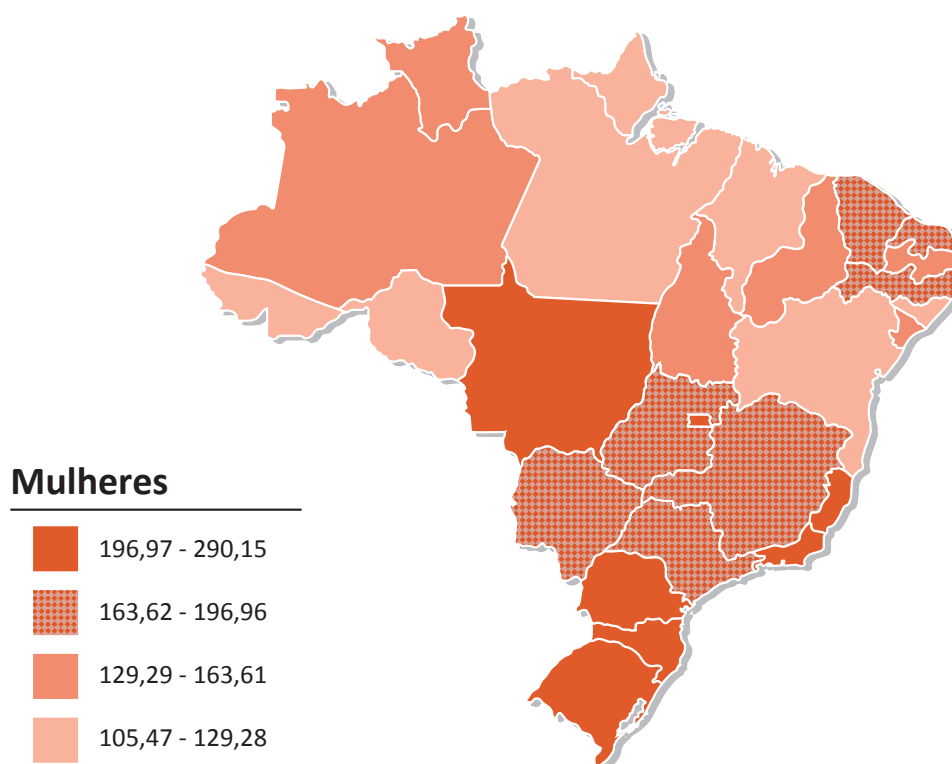


Figura 36

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata)

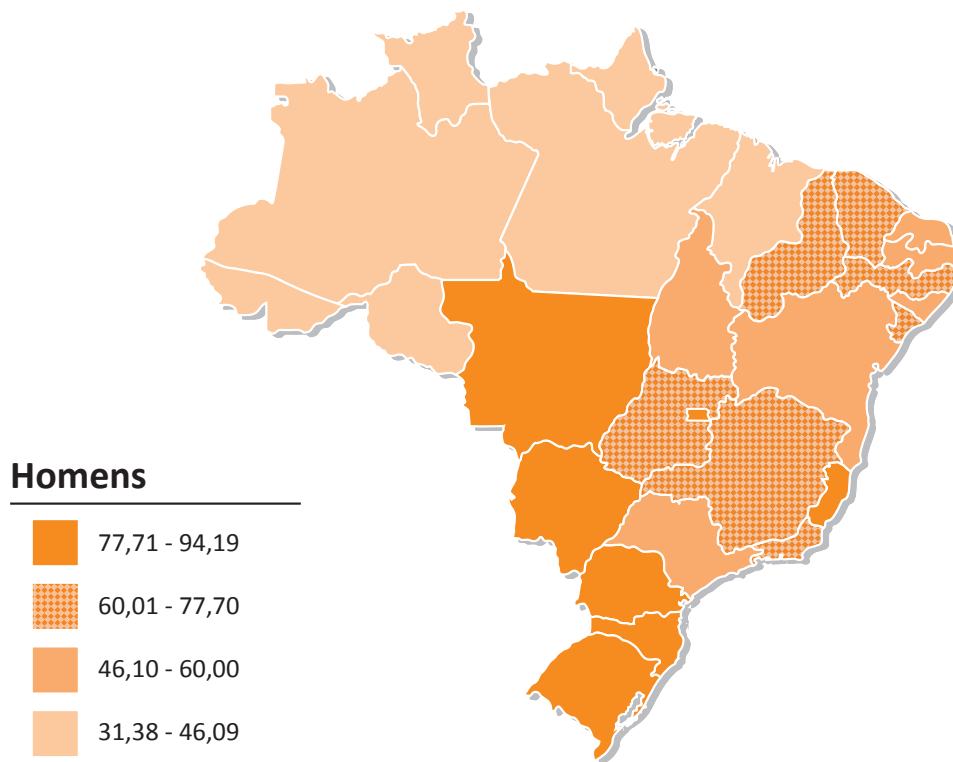
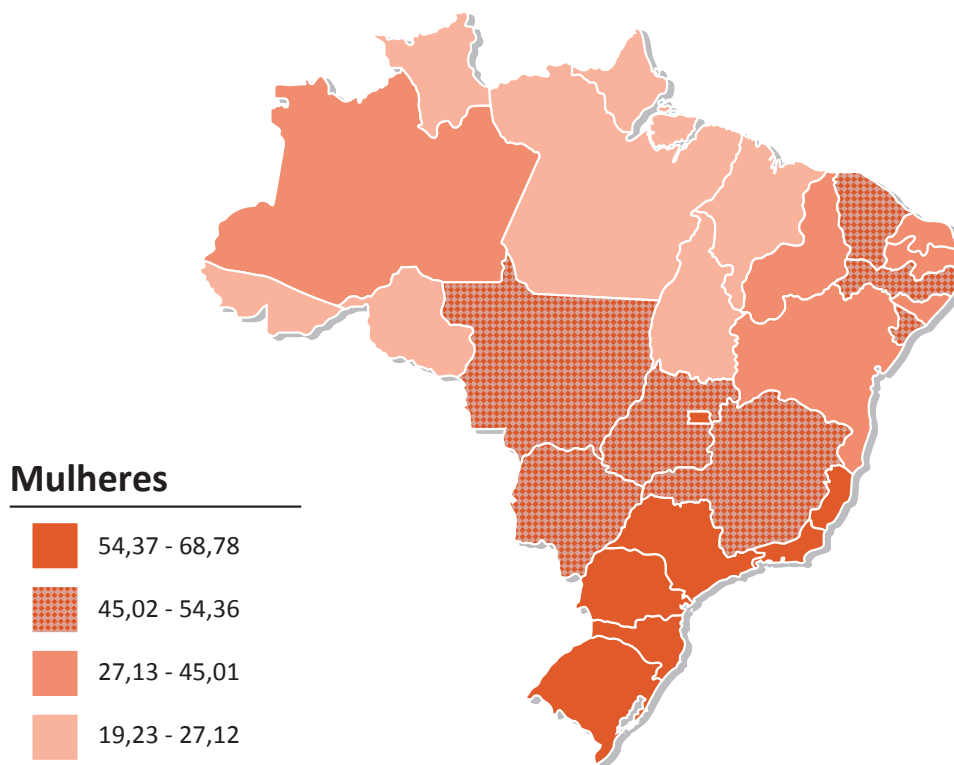


Figura 37

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina)

**Figura 38**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero)

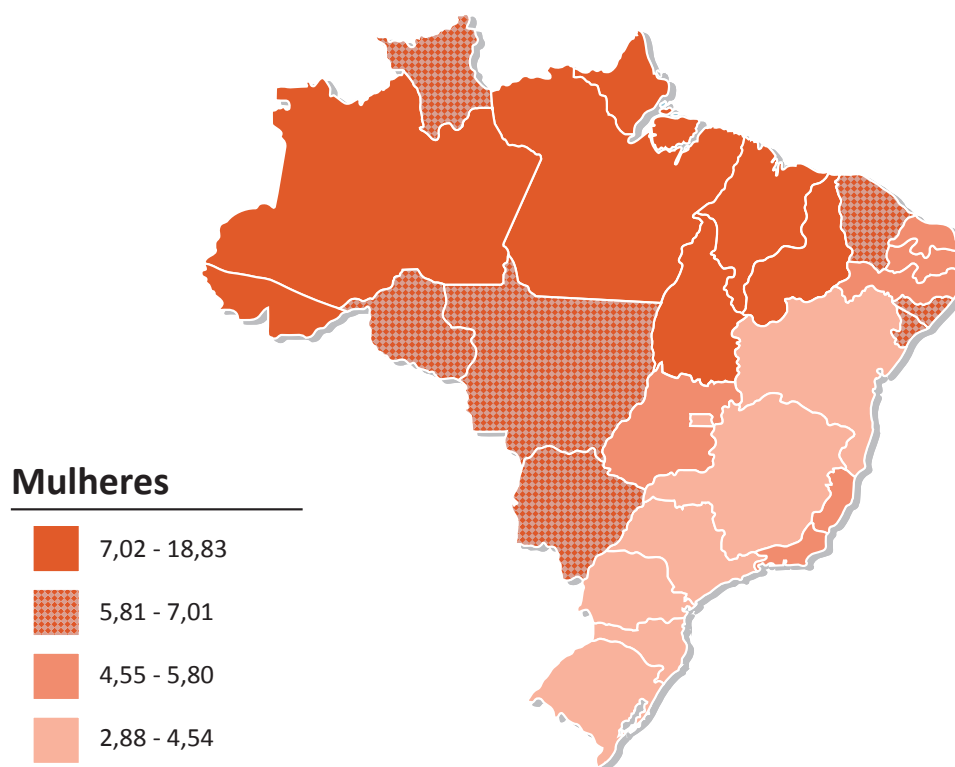


Figura 39

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões)

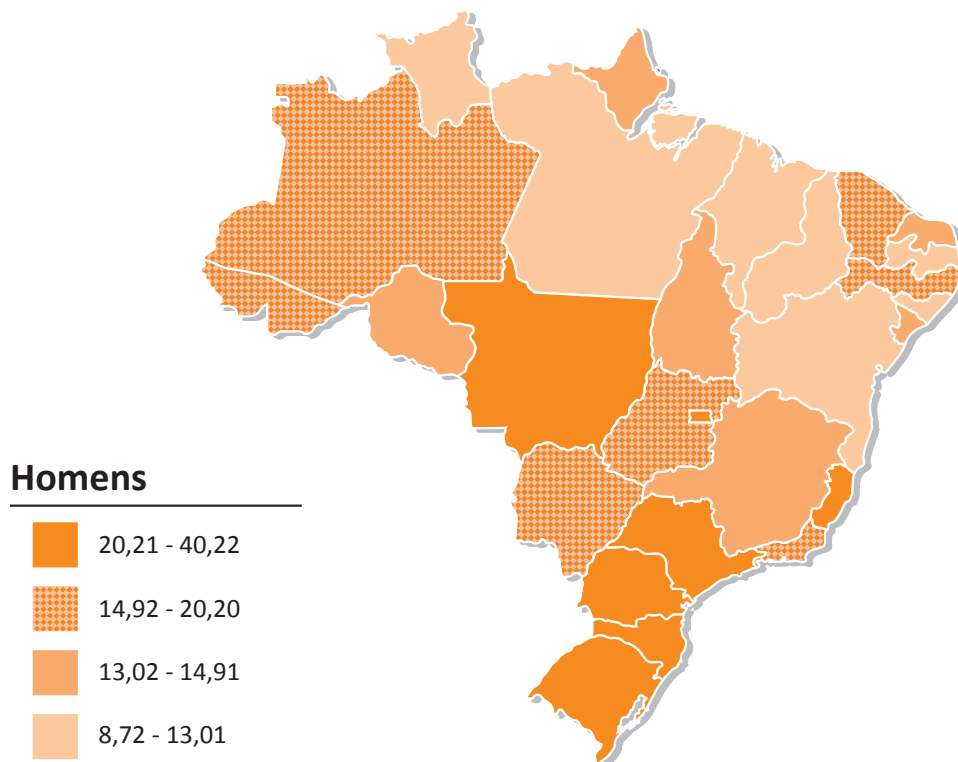


Figura 40

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões)

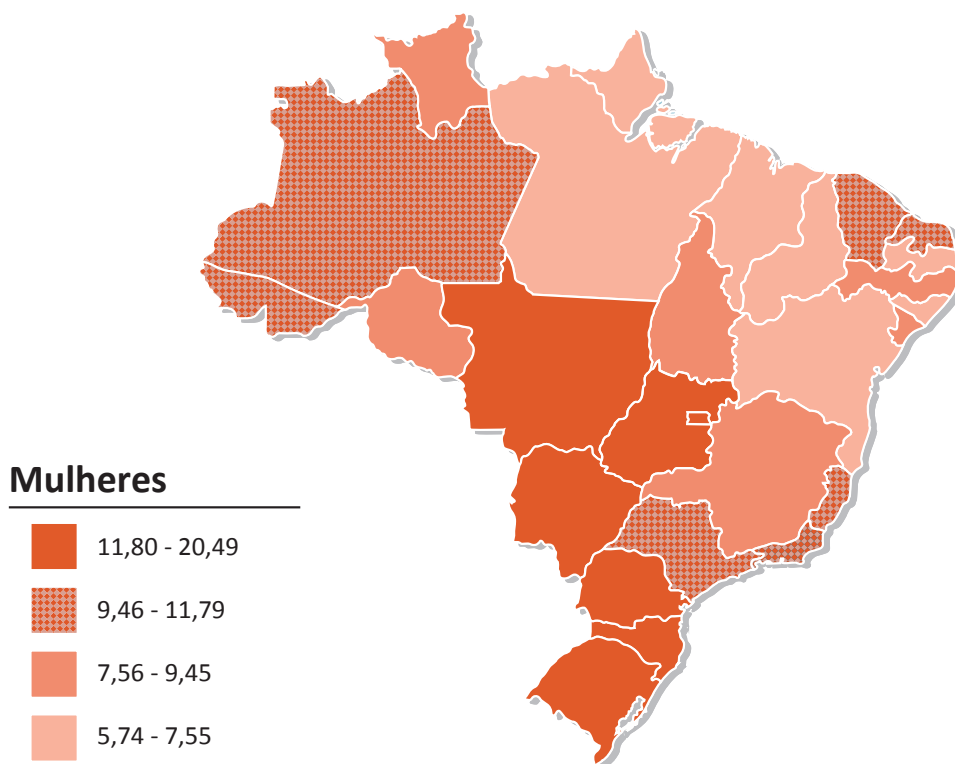
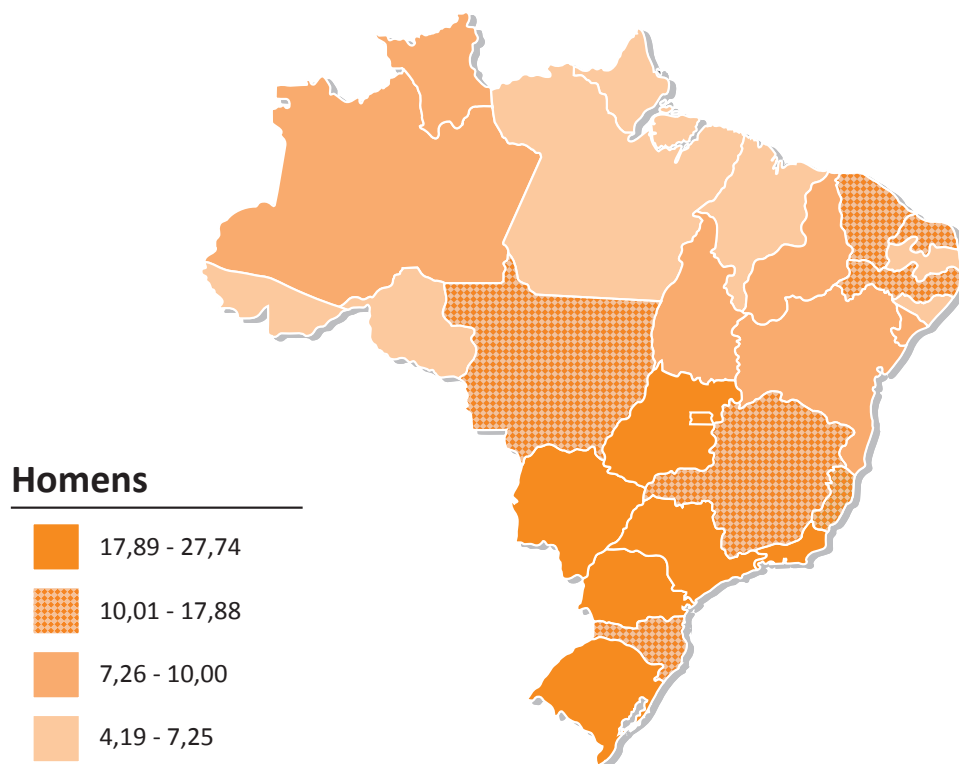


Figura 41

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto)

**Figura 42**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto)

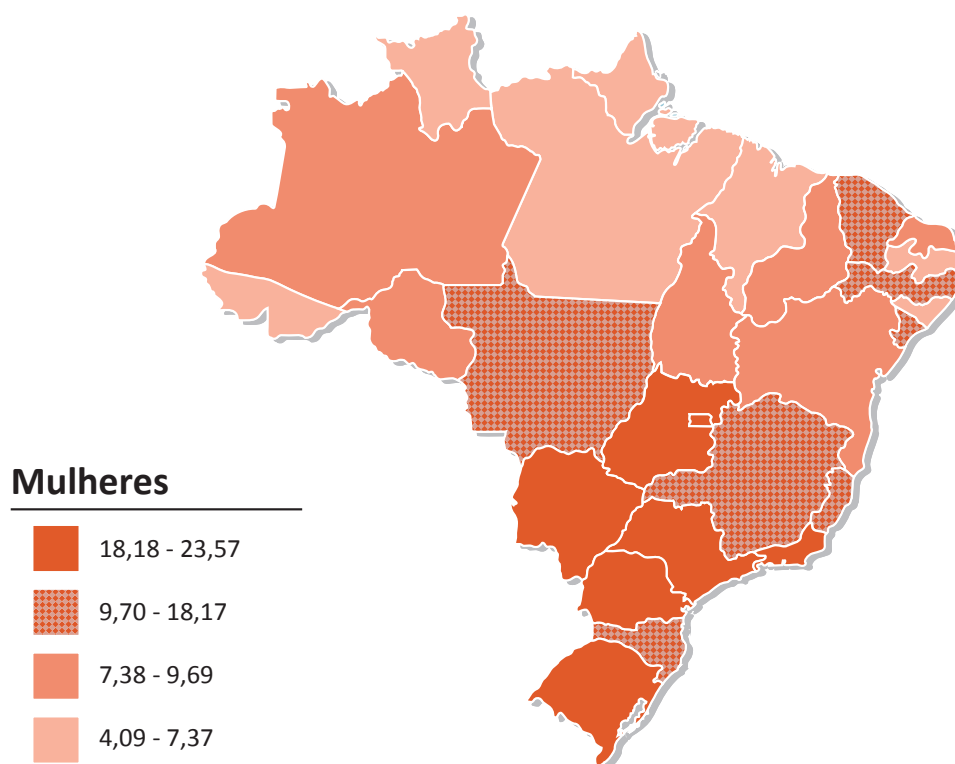


Figura 43

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago)

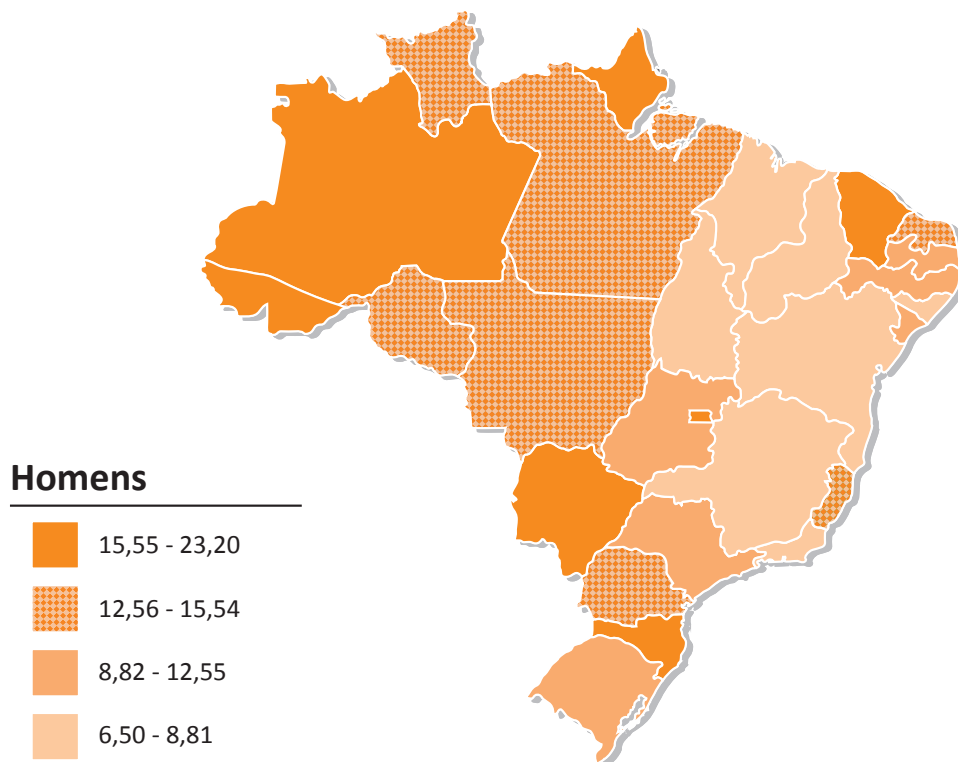


Figura 44

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago)

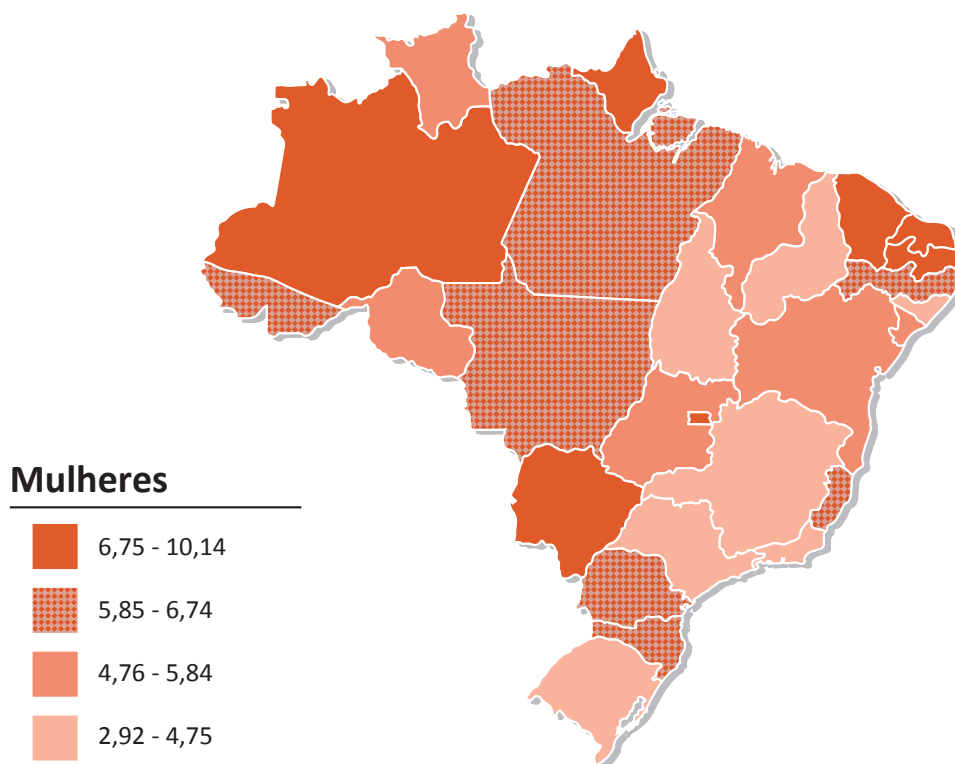
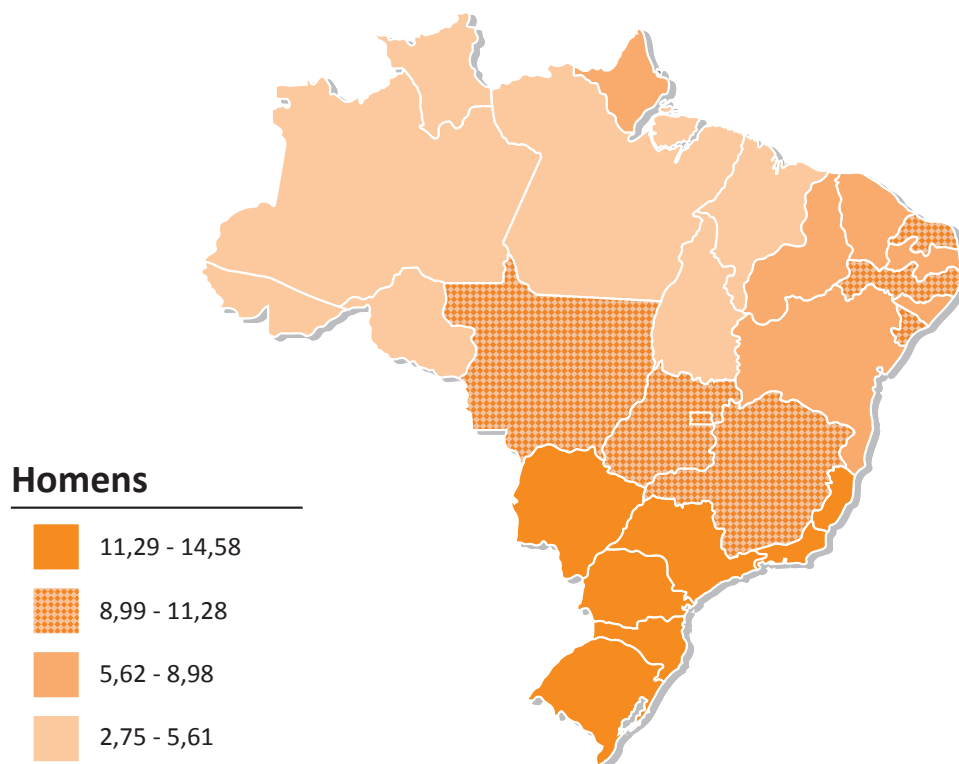


Figura 45

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)

**Figura 46**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)

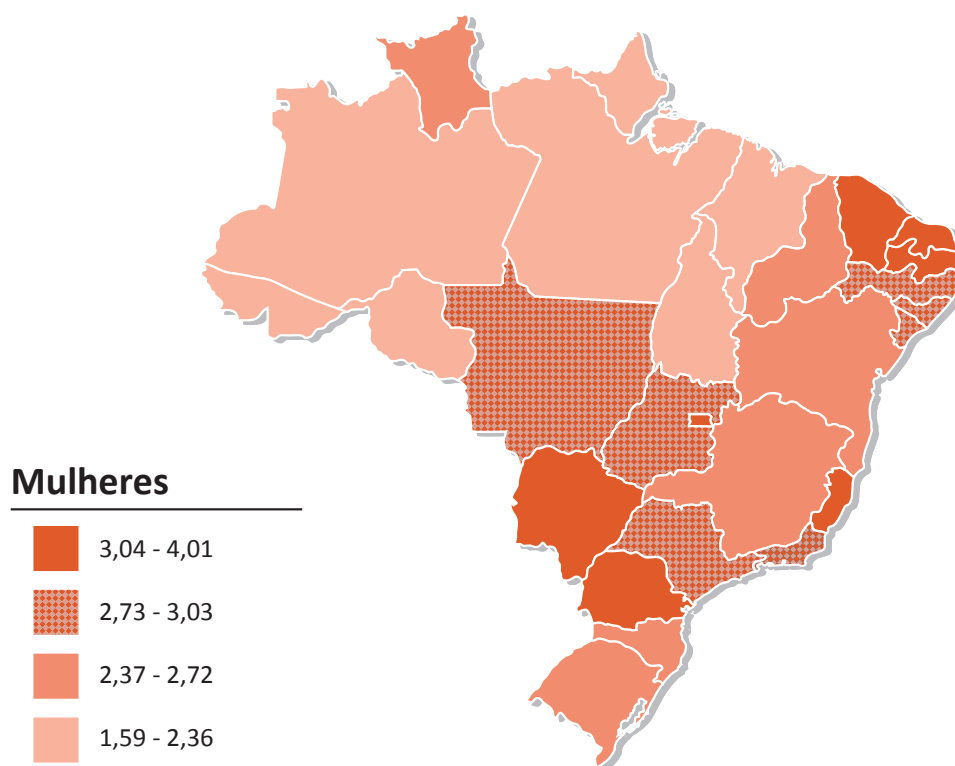


Figura 47

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe)

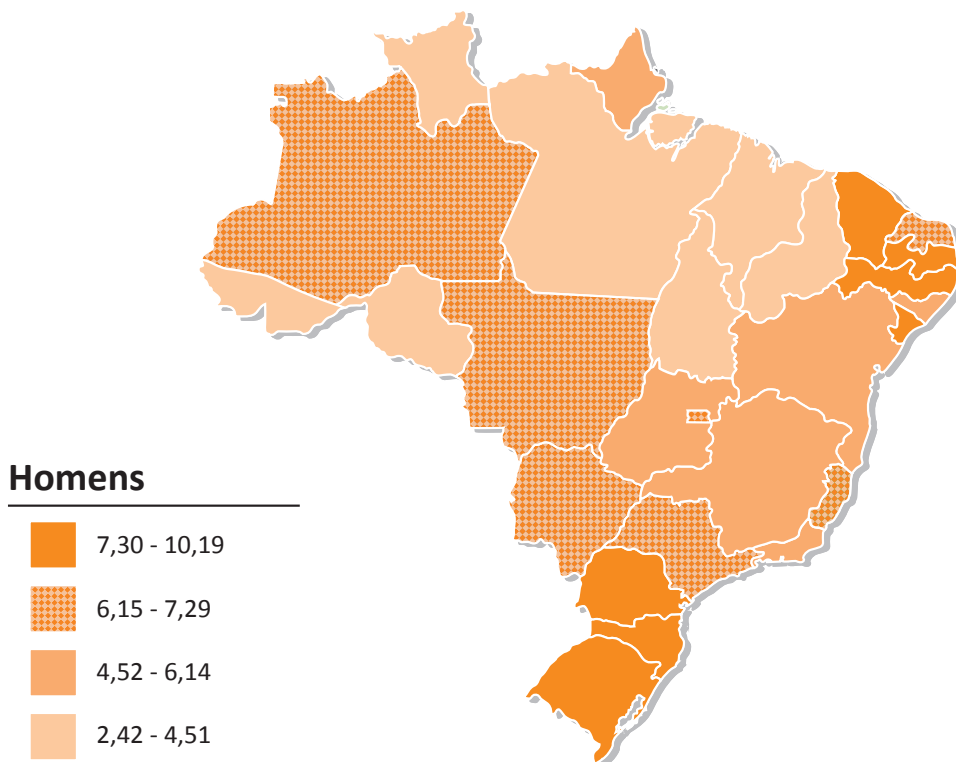


Figura 48

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da laringe)

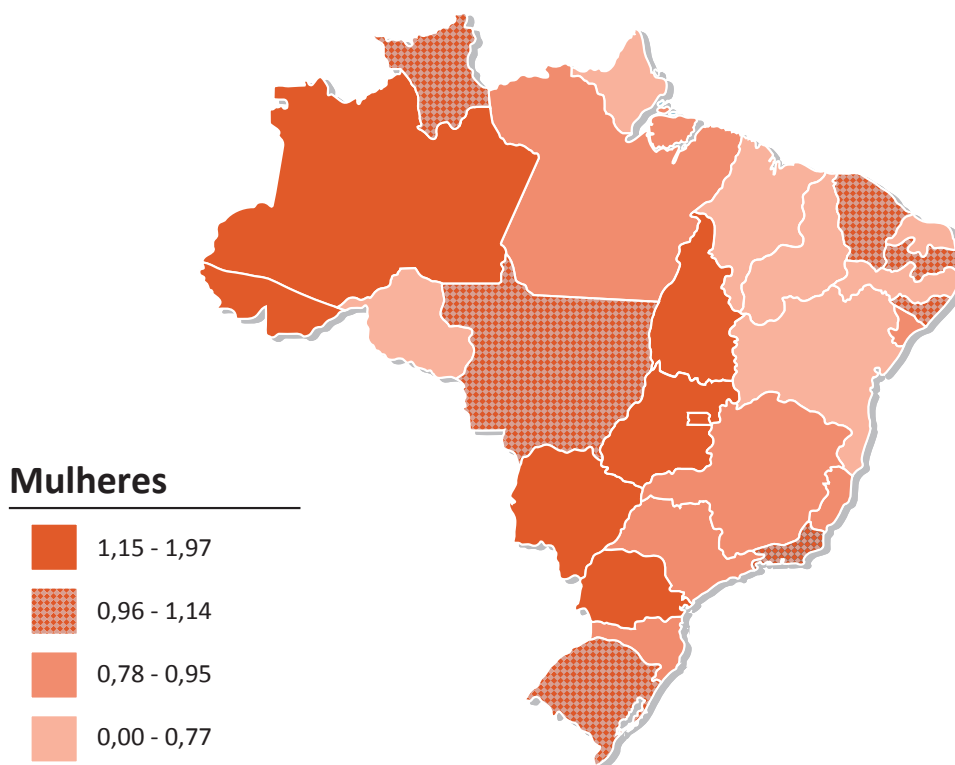
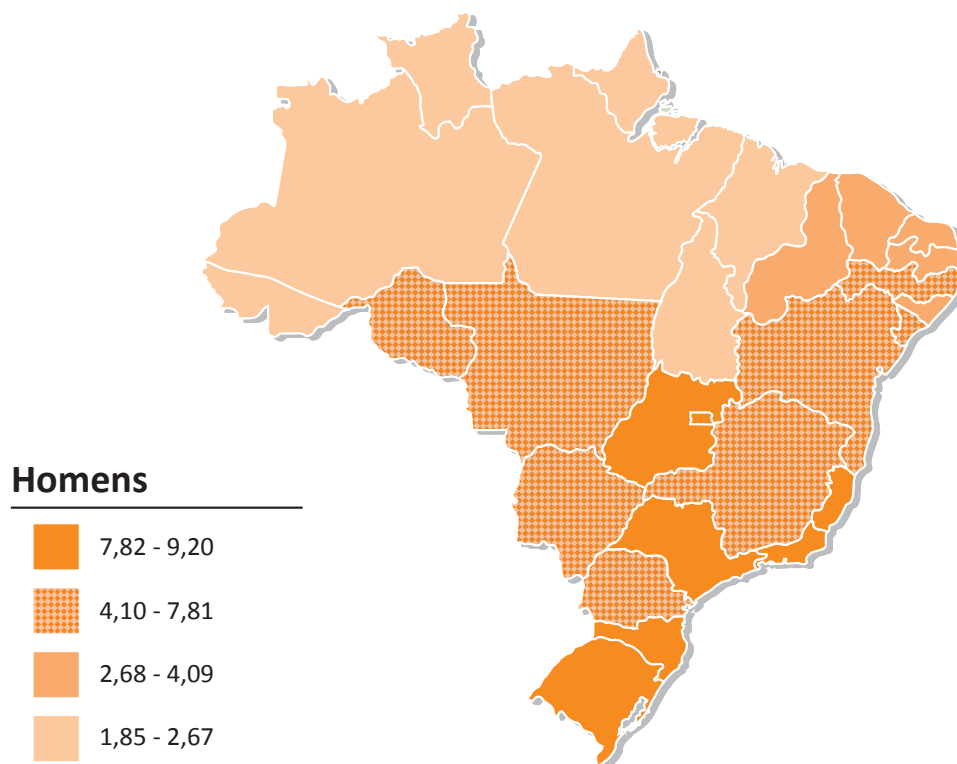


Figura 49

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da bexiga)

**Figura 50**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da bexiga)

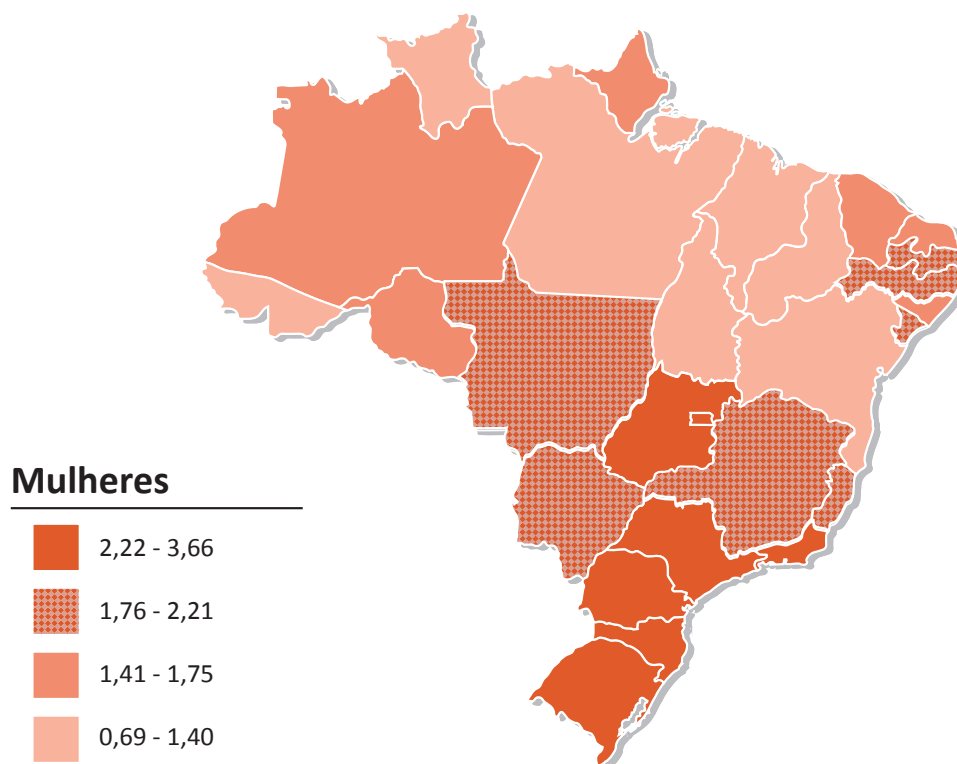


Figura 51

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago)

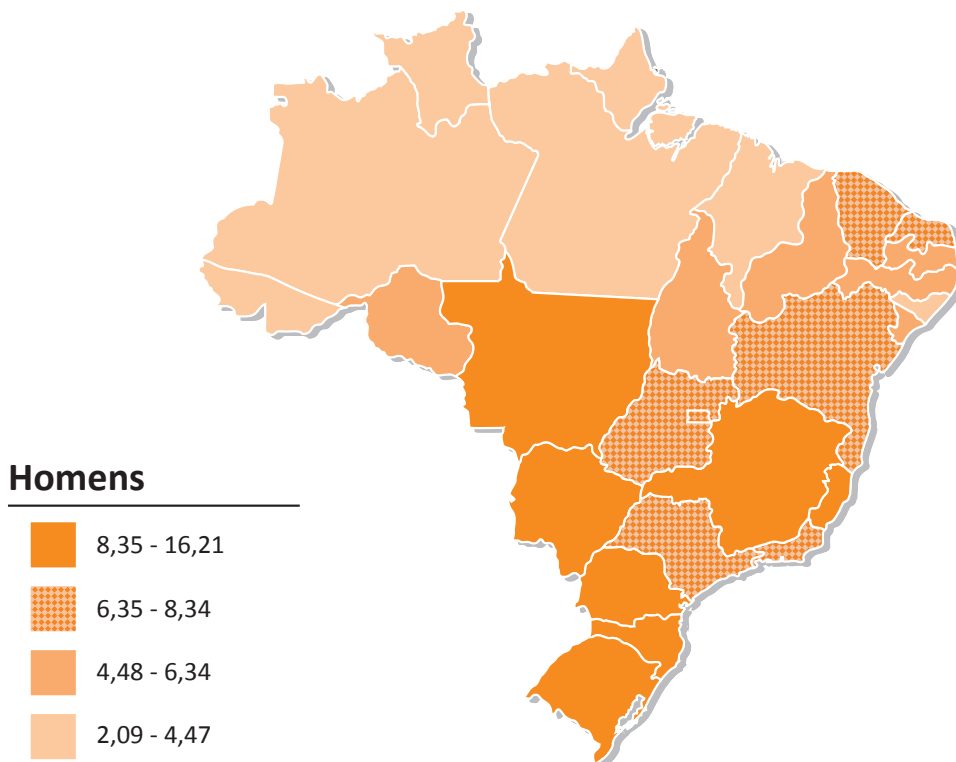


Figura 52

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago)

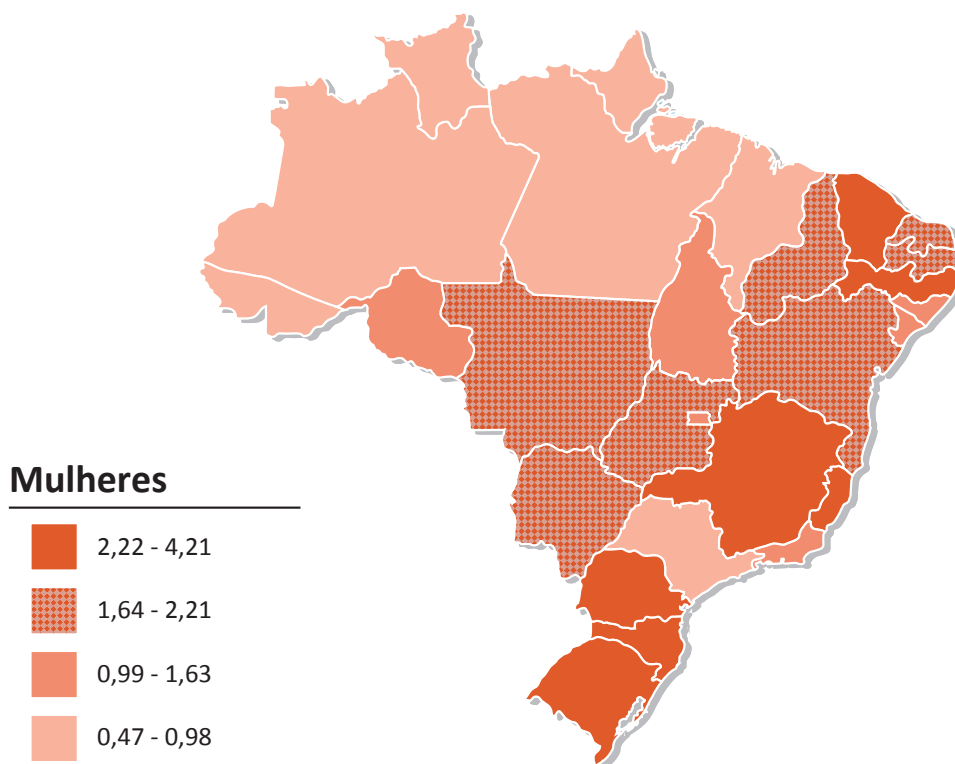
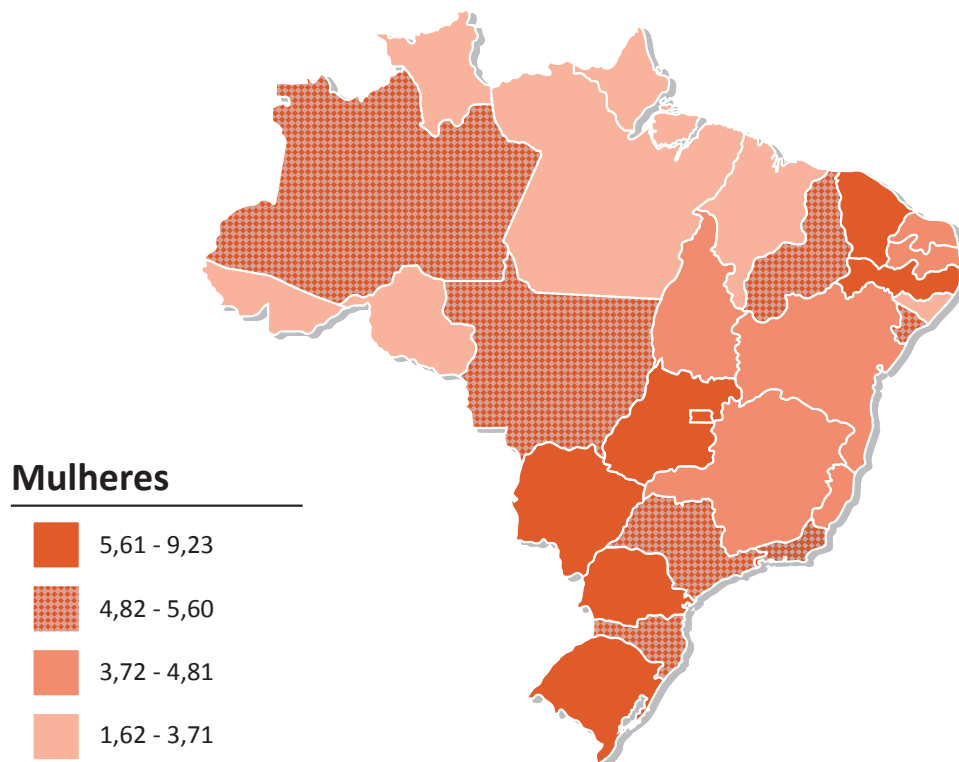


Figura 53

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do ovário)

**Figura 54**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do corpo do útero)

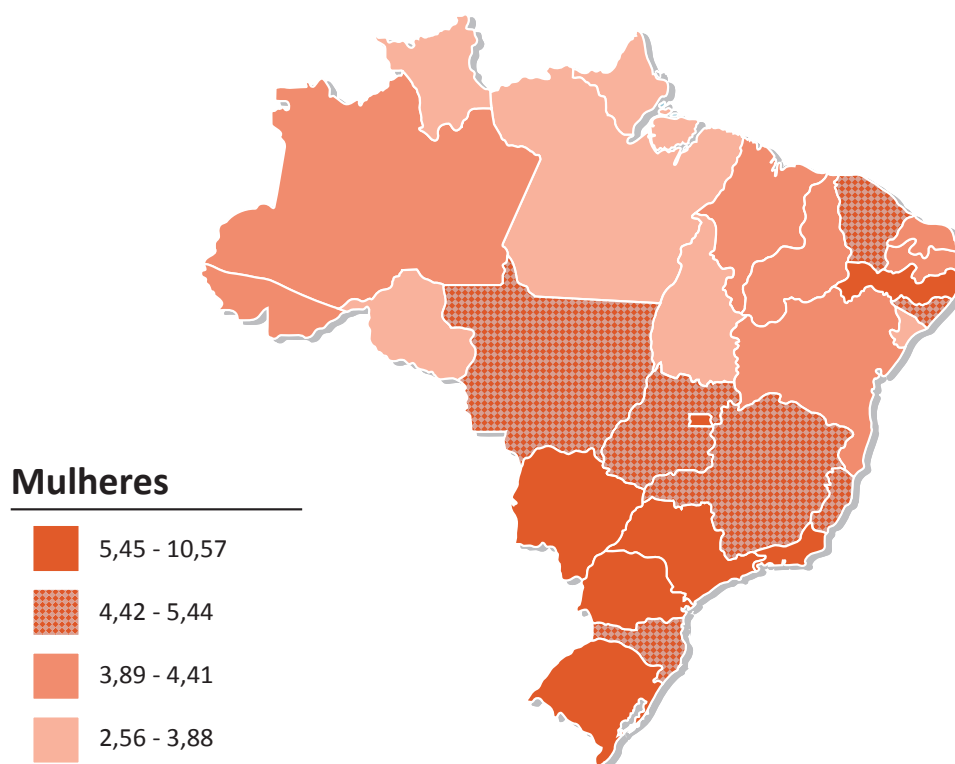


Figura 55

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma de Hodgkin)

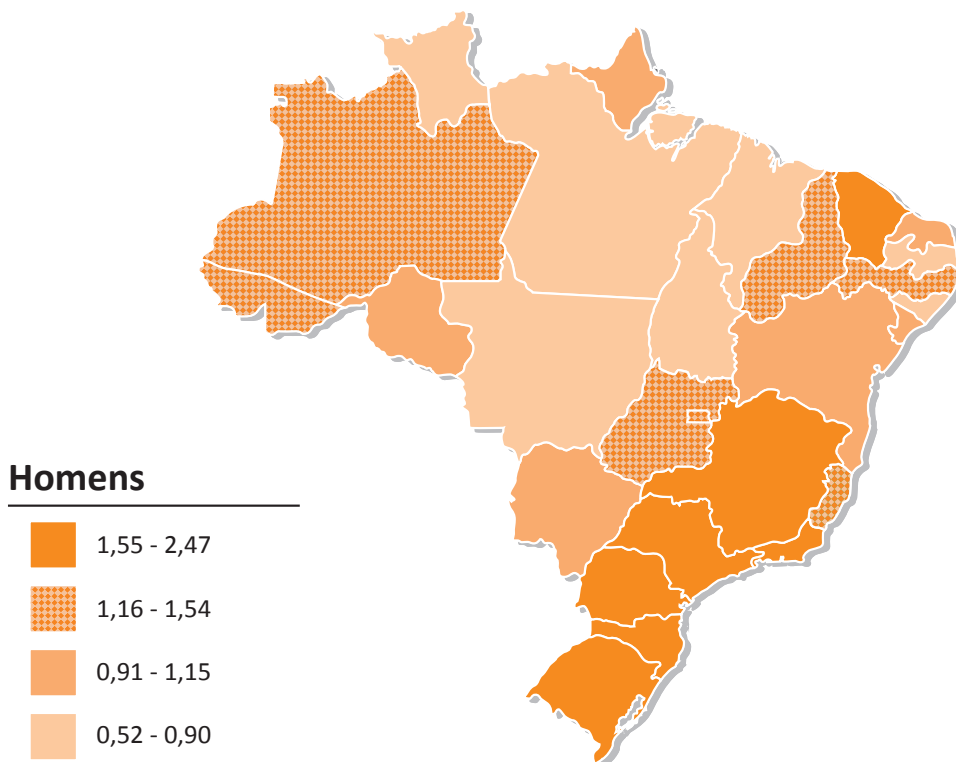


Figura 56

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma de Hodgkin)

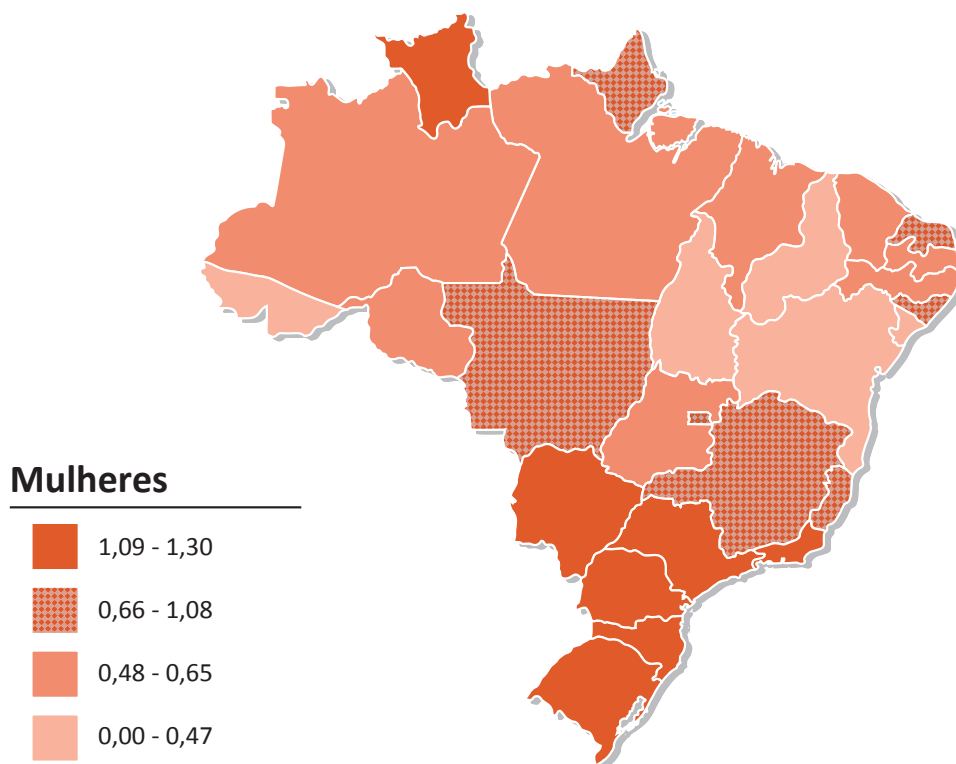
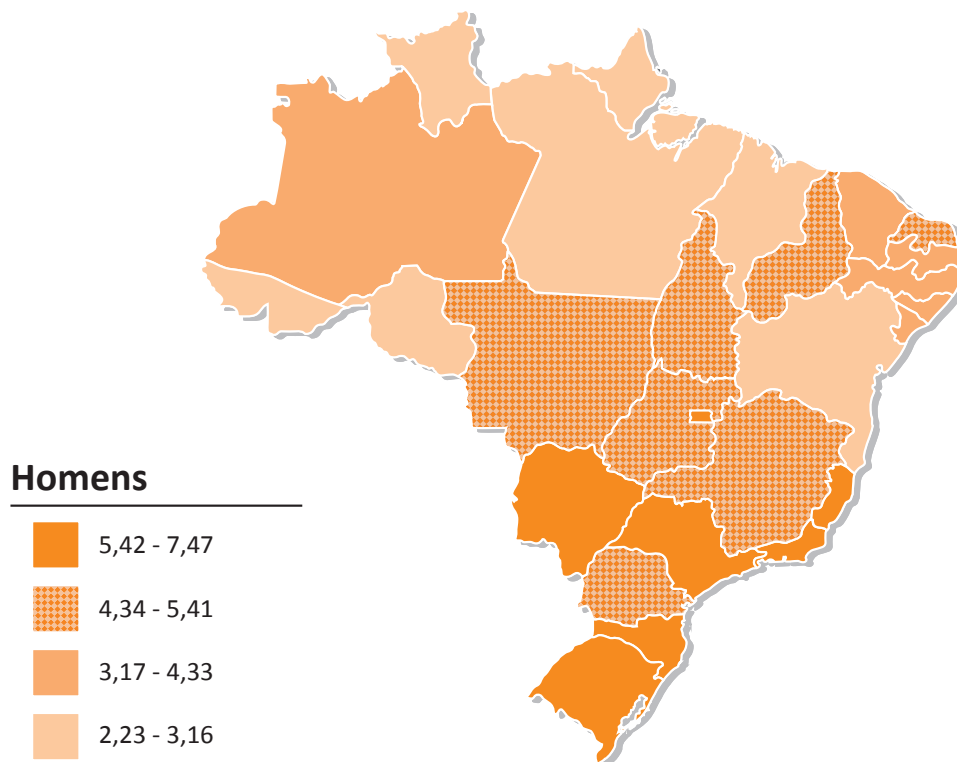


Figura 57

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma não Hodgkin)

**Figura 58**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (linfoma não Hodgkin)

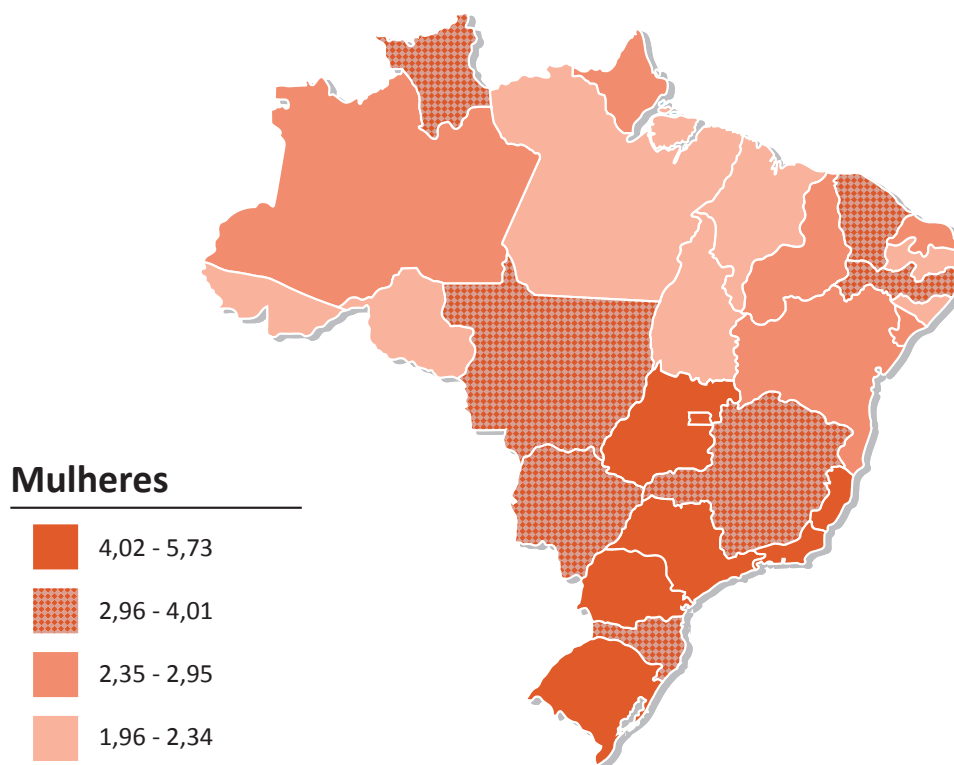


Figura 59

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da glândula tireoide)

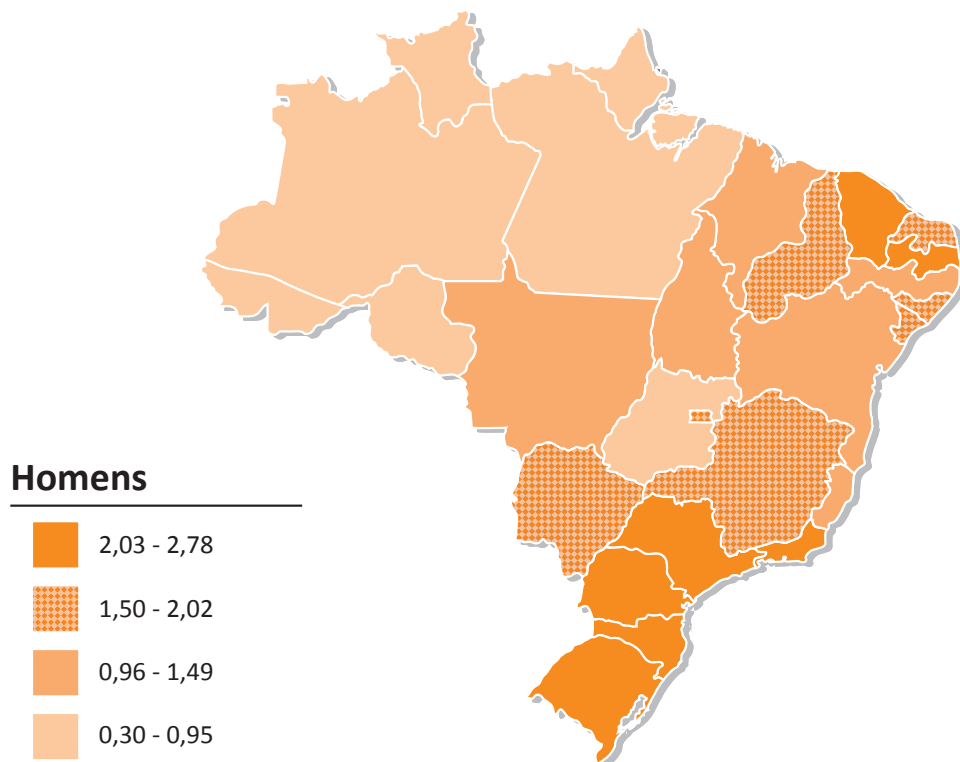


Figura 60

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da glândula tireoide)

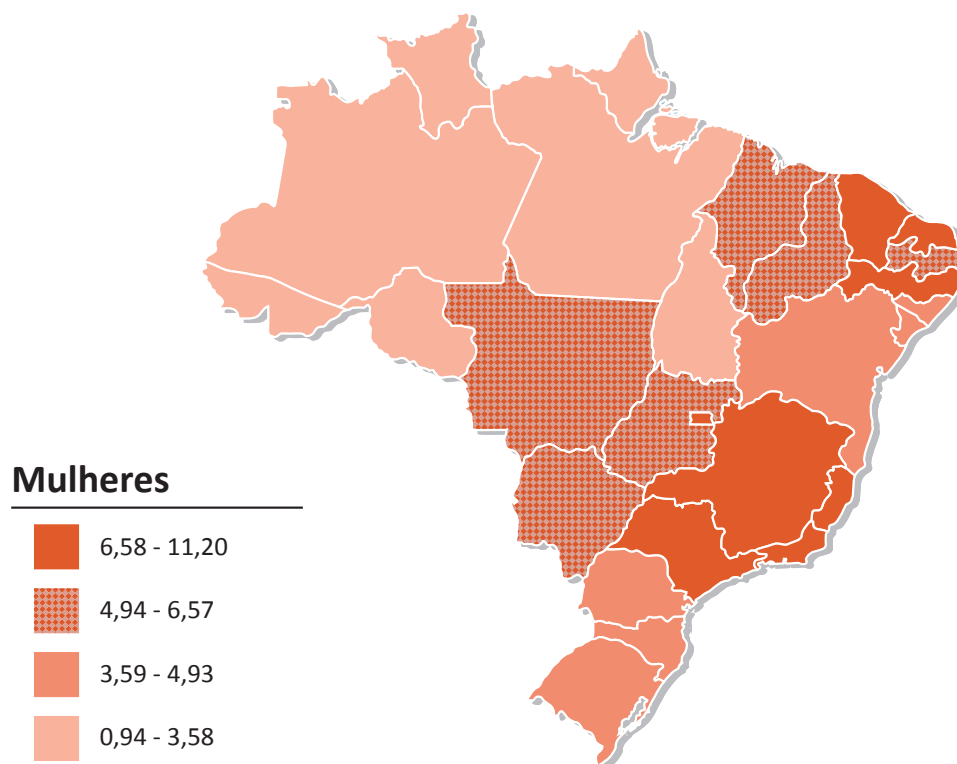
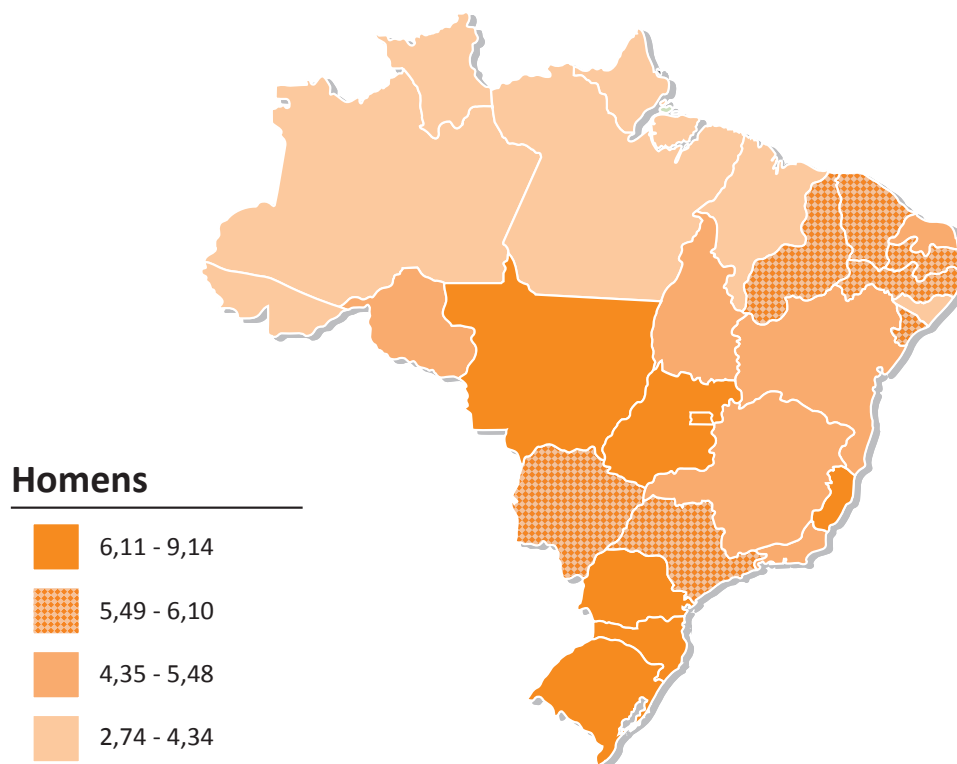


Figura 61

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do Sistema Nervoso Central)

**Figura 62**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do Sistema Nervoso Central)

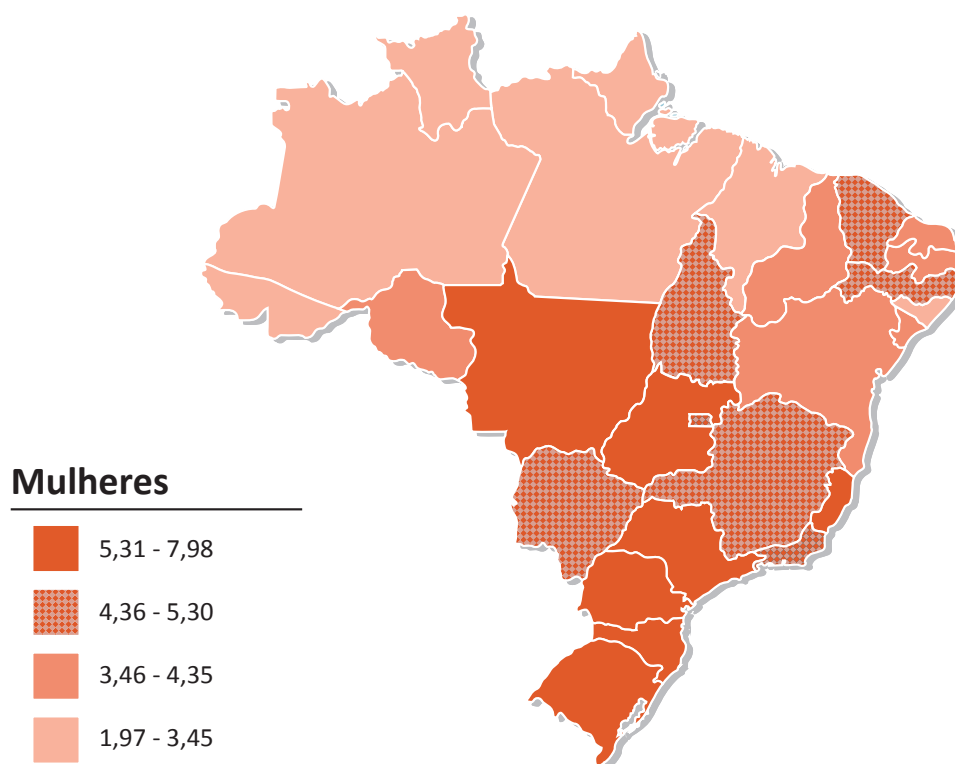


Figura 63

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (leucemias)

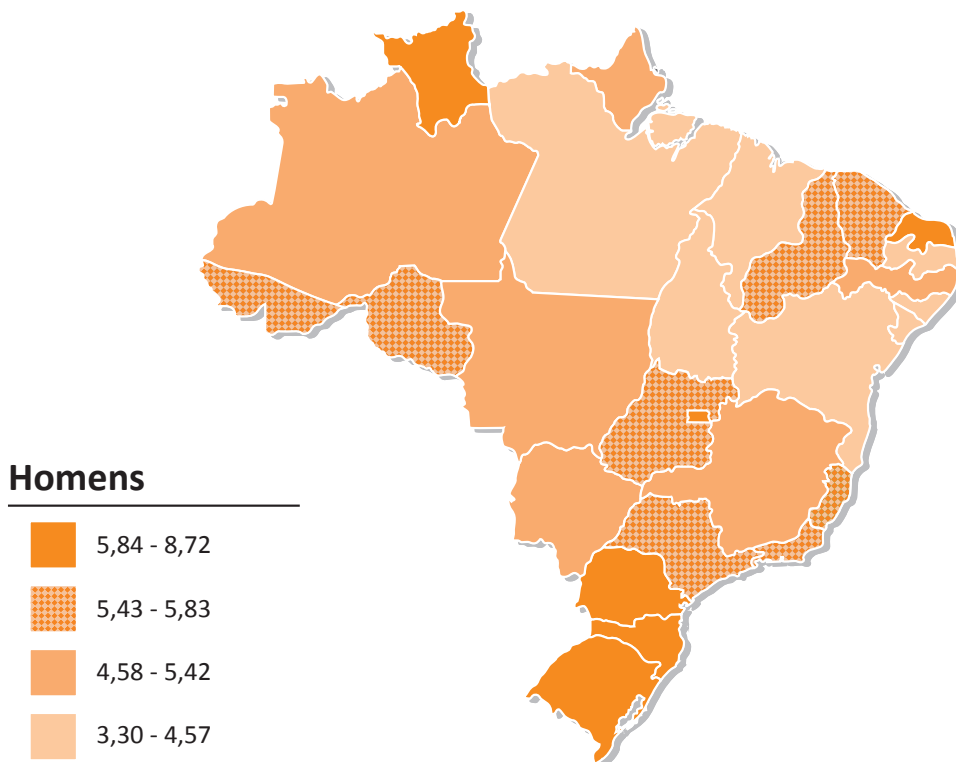


Figura 64

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (leucemias)

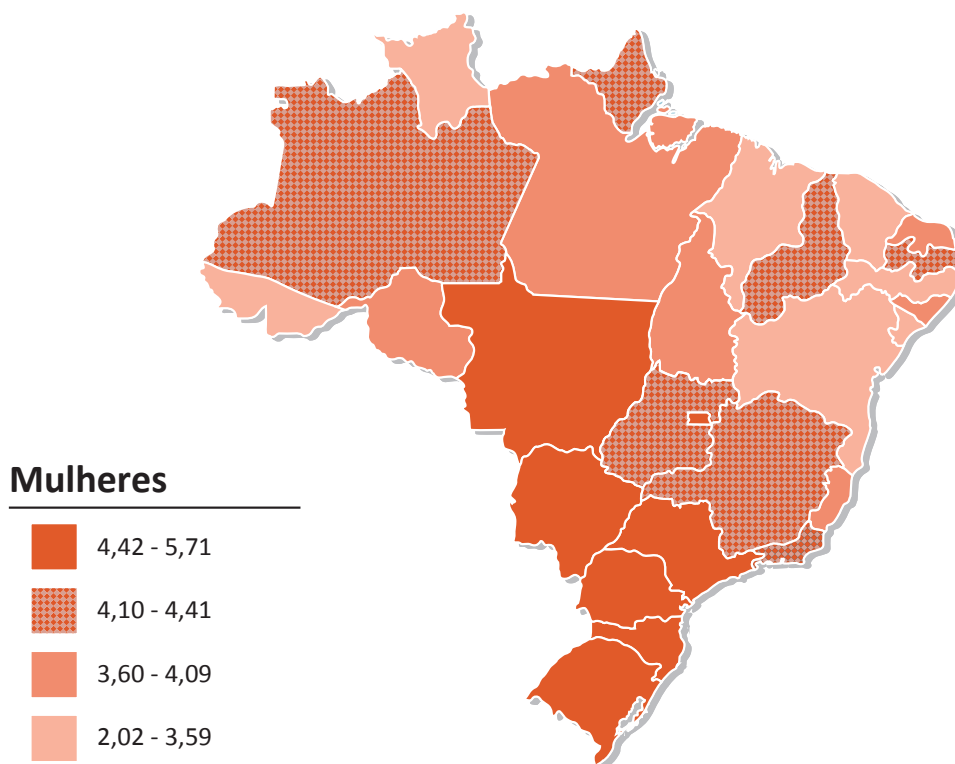
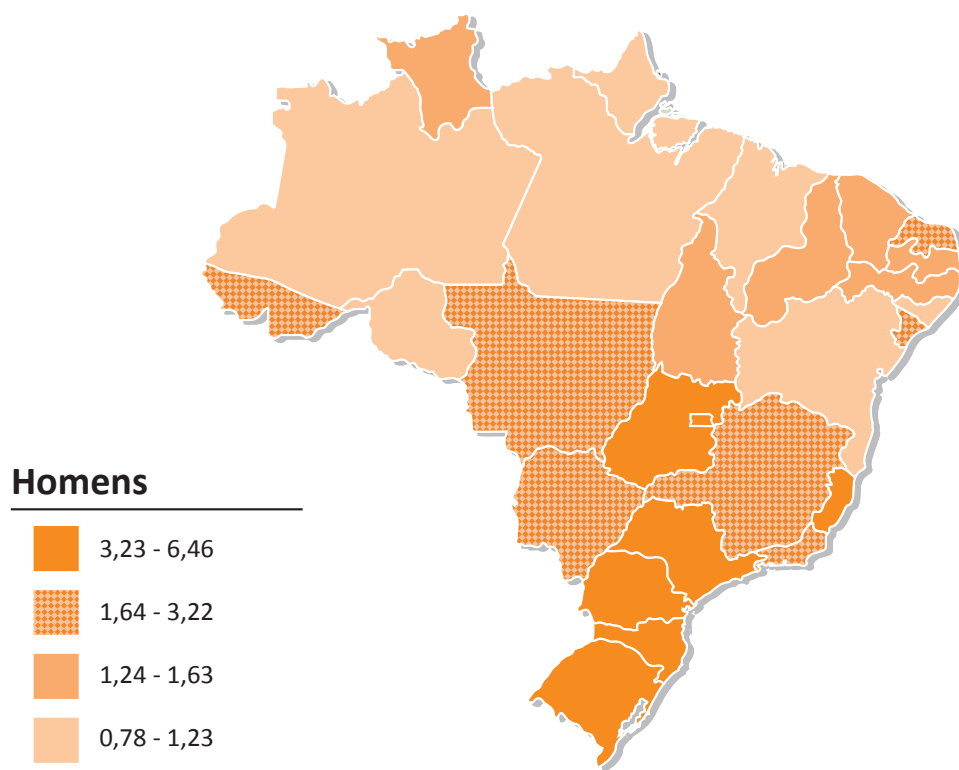
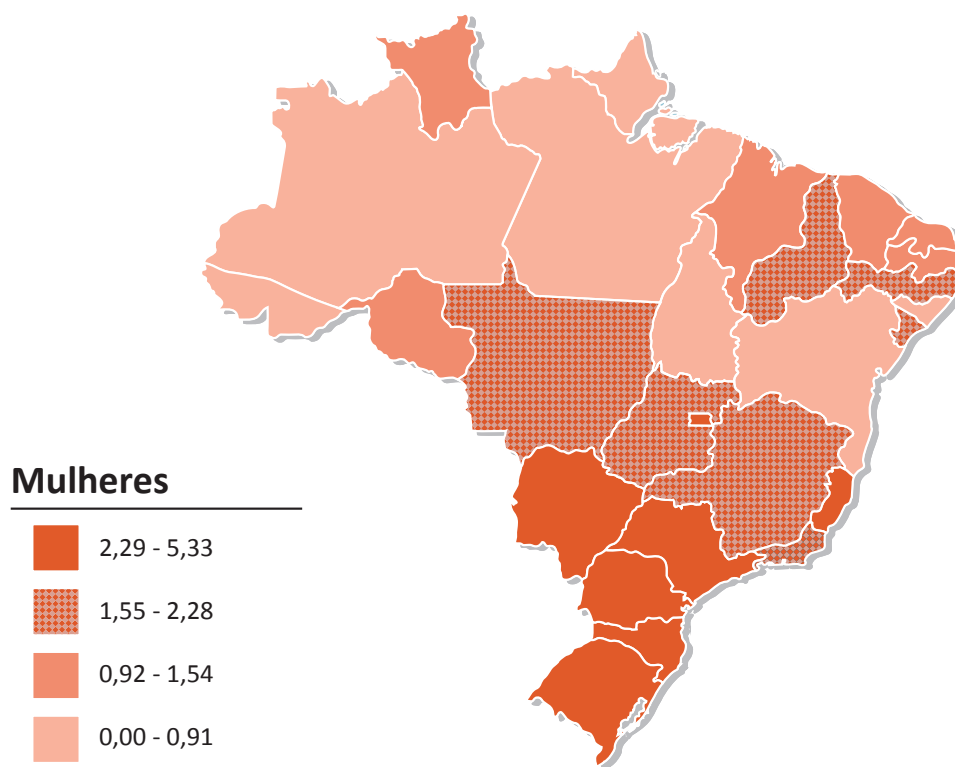


Figura 65

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (melanoma maligno da pele)

**Figura 66**

Representação espacial das taxas ajustadas^a de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (melanoma maligno da pele)



^a População padrão mundial (1960).

Referências

ADJADJ, E. et al. The risk of multiple primary breast and thyroid carcinomas: role of the radiation dose. **Cancer**, New York, v. 98, n. 6, p. 1309-1317, 2003.

ALAVANJA, M. C. R. et al. Cancer incidence in the Agricultural Health Study. **Scandinavian Journal of Work, Environ and Health**, Helsinki, v. 31, p. 9-45, 2005. Supplement 1.

ALICANDRO, G. et al. Educational inequality in cancer mortality: a record linkage study of over 35 million Italians. **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 28, n. 9, p. 997-1006, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **About Basal and Squamous Cell Skin Cancer**. Atlanta, 2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8818.00.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2014**. Atlanta, 2014. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2014/cancer-facts-and-figures-2014.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2015**. Atlanta, 2015. Disponível em: <http://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/03/Us_Cancer_Facts.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2017**. Atlanta, 2017a. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Non-Hodgkin Lymphoma Risk Factors**. Atlanta, 2017b. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/cancer/en/cancer/non-hodgkin-lymphoma/causes-risks-prevention/risk-factors/>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.

AOZASA, K. Hashimoto's thyroiditis as a risk factor of thyroid lymphoma. **Acta Pathologica Japonica**, Tokyo, v. 40, n. 7, p. 459-468, 1990.

ARNOLD, M. et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. **BMJ**, London, 2016. No prelo. Disponível em: <<http://www-dep.iarc.fr/includes/Gut-2016-Arnold-gutjnl-2015-310912.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

ASCHEBROOK-KILFOY, B. et al. Thyroid cancer incidence patterns in the United States by histologic type, 1992–2006. **Thyroid**, New York, v. 21, n. 2, p. 125–134, 2011.

BALLESTEROS, O. F. M.; HEROS, F. A. Epidemiologia del cáncer de laringe en la provincia de Guadalajara. **ORL-DIPS**, Barcelona, v. 29, n. 4, p. 172-179, 2002.

BARBOSA, S. F. C. et al. Aspectos epidemiológicos dos casos de leucemia e linfomas em jovens e adultos atendidos em hospital de referência para câncer em Belém, Estado do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v.6, n.3, p. 43-50, 2015.

BARR, R. et al. Pediatric Oncology in Countries with limited resources. In: PIZZO, P. A.; POPLACK, D. G. **Principles and Practices of Pediatric Oncology**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. p. 1605-17.

- BLACK, R. J. et al. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 33, n. 7, p. 1075–1107, 1997.
- BOSETTI, C. et al. Incidence and mortality from non-Hodgkin lymphoma in Europe: the end of an epidemic? **International Journal of Cancer**, New York, v. 123, n. 8, p. 1917–1923, 2008.
- BOUVARD, V. et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. **The Lancet. Oncology**, London, v. 16, n. 16, p. 1599–1600, 2015.
- BOYLE, P.; LEON, M. E. Epidemiology of colorectal cancer. **British Medical Bulletin**, London, v. 64, n. 1, p. 1–25, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 set. 2017.
- BURGESS, J. R. Temporal trends for thyroid carcinoma in Australia: an increasing incidence of papillary thyroid carcinoma (1982–1997). **Thyroid**, New York, v. 12, n. 2, p. 141–149, 2002.
- CANADIAN CANCER SOCIETY. **Canadian cancer statistics 2015**. Toronto, 2015.
- CANADIAN CANCER SOCIETY. **Canadian cancer statistics 2017**. Toronto, 2017.
- CENTER, M. M.; JEMAL, A.; WARD, E. International Trends in Colorectal Cancer Incidence Rates. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 1688–1694, 2009.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (Estados Unidos da América). **Lymphoma**. Atlanta, 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/cancer/lymphoma/index.htm>>. Acessado em 13 set. 2017.
- CHAN, J. M.; STAMPFER, M. J.; GIOVANNUCCI, E. L. What causes prostate cancer? A brief summary of the epidemiology. **Seminars in cancer biology**, London, v. 8, n. 4, p. 263–273, 1998.
- CHANG, W. K. et al. Association between Helicobacter pylori infection and the risk of gastric cancer in the Korean population: prospective case-controlled study. **Journal of gastroenterology**, Tokyo, v. 36, n. 12, p. 816–822, 2001.
- CHEN, A. Y.; JEMAL, A.; WARD, E. M. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988–2005. **Cancer**, New York, v. 115, n. 16, p. 3801–387, 2009.
- CLAPP, R. W. Mortality among US employees of a large computer manufacturing company: 1969–2001. **Environmental Health**, London, 2006;5:30.
- COLONNA, M. et al. Incidence of thyroid cancer in adults recorded by French cancer registries (1978–1997). **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 38, n. 13, p. 1762–1768, 2002.
- COORY, M.; GILL, D. Decreasing mortality from non-Hodgkin lymphoma in Australia. **Internal Medicine Journal**, Carlton, v. 38, n. 12, p. 921–924, 2008.
- CRAMER, J. D. et al. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, Epidemiology and End Results national cancer data registry. **Surgery**, v. 148, n. 6, p. 1147–1153, 2010.
- DAHER, G. S. A.; PEREIRA, G. A.; OLIVEIRA, A. C. D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999–2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 584–596, 2008.

- DAL MASO, L. et al. A pooled analysis of thyroid cancer studies. V. Anthropometric factors. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 11, n. 2, p. 137-144, 2000.
- DAL MASO, L. et al. Incidence of thyroid cancer in Italy, 1991-2005: time trends and age-period-cohort effects. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 22, n. 4, p. 957-963, 2011.
- DAVIES, L.; WELCH, H. G. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 295, n. 18, p. 2164-2167, 2006.
- DELELLIS, R. A. et al. **Pathology and genetics of tumours of endocrine organs**. Lyon: IARC Press, 2004. (WHO Classification of Tumours, v. 8; IARC WHO Classification of Tumours, 8).
- DIACONU, S. et al. Helicobacter pylori infection: old and new. **Journal of Medicine and Life**, Bucharest, v. 10, n. 2, p. 112-117, 2017.
- DOLL, R.; WATERHOUSE, J.; PAYNE, P. **Cancer incidence in five continents: a technical report**. Berlin: International Agency for Research on Cancer, 1966.
- DOMPER ARNAL, M. J. D.; FERRÁNDEZ ARENAS, A.; LANAS ARBELOA, A. Esophageal cancer: Risk factors, screening and endoscopic treatment in Western and Eastern countries. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 21, n. 26, p. 7933-7943, 2015.
- ELLIS, A. et al. Tylosis with oesophageal cancer: Diagnosis, management and molecular mechanisms. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, London, v. 10, p. 126, 2015.
- FEDIRKO, V. et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 22, n. 9, p. 1958-1972, 2011.
- FELDT-RASMUSSEN, U. Iodine and cancer. **Thyroid**, New York, v. 11, n. 5, p. 483-486, 2001.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.
- FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 14 set. 2013.
- FIGUERO-RUIZ, E. et al. Effects of the consumption of alcohol in the oral cavity: relationship with oral cancer. **Medicina oral**, Madrid, v. 9, n. 1, p. 14-23, 2004.
- FISHER, J. L. et al. Epidemiology of brain tumors. **Neurologic clinics**, Philadelphia, v. 25, n. 4, p. 867-890, 2007.
- FORMAN, D. et al. (Ed.) **Cancer Incidence in five continents: vol X**. Lyon: IARC, 2014. (IARC Scientific Publications, n. 164).
- FRAKER, D. L.; SKARULIS, M.; LIVOLSI, V. Thyroid tumors. In: VITA JR, V.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. (Ed.). **Cancer: principles and practice of oncology**. 5. ed. New York: Lippincott-Raven Publishers, 1997. v. 2. p. 1629-1652.
- FRANCESCHI, S. et al. A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer. IV. Benign thyroid diseases. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 10, n. 6, p. 583-595, 1999.
- FREEDMAN, N. D. et al. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 306, n. 7, p. 737-745, 2011.
- FREISLING, H. et al. Tall height and obesity are associated with an increased risk of aggressive prostate cancer: results from the EPIC cohort study. **BMC Medicine**, London, v. 15, n. 1, p. 115, 2017.

FRENTZEL-BEYME, R.; HELMERT, U. Association between malignant tumors of the thyroid gland and exposure to environmental protective and risk factors. **Reviews on Environmental Health**, Berlin, v. 15, n. 3, p. 337-358, 2000.

GATTA, G. et al. Geographical variability in survival of European children with central nervous system tumours. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 82, p. 137-148, 2017.

GOIATO, M. C, FERNANDES, A. U. R. Risk factors of laryngeal cancer in patients attended in the Oral Oncology Center of Araçatuba. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, Piracicaba, v.4, n. 13, p. 741-744, 2005.

HALL, P.; ADAMI, H. Thyroid cancer. In: ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of cancer epidemiology**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2008. p. 636-652.

HARRISS, D. J. et al. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (2): a systematic review and meta-analysis of associations with leisure-time physical activity. **Colorectal disease**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 689-701, 2009.

HERNANDEZ, B. Y. et al. Relationship of body mass, height, and weight gain to prostate cancer risk in the multiethnic cohort. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 18. n. 9, p. 2413-2421, 2009.

HOLLOWELL, J. G. et al. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v. 87, n. 2, p. 489-499, 2002.

HOPPE, R. T. et al. Progress in the treatment of Hodgkin's disease in the United States, 1973 versus 1983. **Cancer**, New York, v. 74, n. 12, p. 3198-3203, 1994.

HORNING, S. J. Hodgkin Lymphoma. In: BEUTLER, E. et al. (Ed.). **Williams Hematology**. 6. ed. New York: McGraw-Hill, 2001. p. 1215-1235.

HOWLADER, N. et al. (Ed.). **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014**. Bethesda: National Cancer Institute, 2017. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/>. Acesso em: 1 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 01 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres de Lábio e Cavidade Oral. **Informativo Detecção Precoce**, ano 7, n. 1, 2016a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativodeteccaoprecoce_janabr2016.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2016b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2012**. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/>>. Acesso em: 13 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. **Informativo Detecção Precoce**, ano 5, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precece_2_agosto_2014.pdf>. Acesso em 02 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Nota técnica conjunta nº 001/2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/notas-tecnicas?start=40>>. Acesso em: 2 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Monitoramento das ações de controle do câncer de pele. **Informativo Detecção Precoce**, ano 7, n. 3, 2016c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_03_2016.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>. Acesso em: 24 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O tabagismo no Brasil**: morte, doença e política de preços e impostos. Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/89c1388041576b22a014e2c6d1aa65ee/Flyer_tabaquismo_Brasil.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=89c1388041576b22a014e2c6d1aa65ee>. Acesso em: 13 set. 2017.

JEMAL, A. et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2001, with a special feature regarding survival. **Cancer**, New York, v. 101, n. 1, p. 3–27, 2004.

JEMAL, A. et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2014, Featuring Survival. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 109, n. 9, 2017.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica I**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KARIM-KOS, H. et al. Trends in incidence, survival and mortality of childhood and adolescent cancer in Austria, 1994–2011. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 42, p. 72–81, 2016.

KENT, W. D. T. et al. Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 177, n. 11, p. 1357–1361, 2007.

KILFOY, B. A. et al. International patterns and trends in thyroid cancer incidence, 1973–2002. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 525–531, 2009.

KOLONEL, L. N. et al. An epidemiologic study of thyroid cancer in Hawaii. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 1, n. 3, p. 223–234, 1990.

KRASSAS, G. E. Thyroid disease and female reproduction. **Fertility and Sterility**, New York, v. 74, n. 6, p. 1063–1070, 2000.

LA VECCHIA, C. et al. A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer. III. Oral contraceptives, menopausal replacement therapy and other female hormones. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 157–166, 1999.

- LA VECCHIA, C. et al. Hodgkin's mortality in Europe. **British Journal of Cancer**, London, v. 64, n. 4, p. 723-724, 1991.
- LA VECCHIA, C. et al. Thyroid cancer mortality and incidence: a global overview. **International Journal of Cancer**, New York, v. 136, n. 9, p. 2187-2195, 2015.
- LA VECCHIA, C. et al. Thyroid cancer mortality and incidence: a global overview. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 9, p. 2187-2195, 2015.
- LEE, W. J. et al. Agricultural pesticide use and risk of glioma in Nebraska, United States. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 62, n. 11, p. 786-792, 2005.
- LEVI, F. et al. Previous thyroid disease and risk of thyroid cancer in Switzerland. **European Journal of Cancer and Clinical Oncology**, Oxford, v. 27, n. 1, p. 85-88, 1991.
- LEVI, F. et al. Trends in mortality from Hodgkin's disease in Western and Eastern Europe. **British Journal of Cancer**, London, v. 87, n. 3, p. 291-293, 2002a.
- LEVI, F. et al. Trends in mortality from non-Hodgkin's lymphomas. **Leukemia research**, Oxford, v. 26, n. 10, p. 903-908, 2002b.
- LI, N. et al. Impact of enhanced detection on the increase in thyroid cancer incidence in the United States: review of incidence trends by socioeconomic status within the surveillance, epidemiology, and end results registry, 1980–2008. **Thyroid**, New York, v. 23, n. 1, p. 103-110, 2013.
- LITTLE, J. **Epidemiology of childhood cancer**. Lyon: IARC, 1999. (IARC Scientific Publications, 149).
- LIU, S. et al. Increasing thyroid cancer incidence in Canada, 1970–1996: time trends and age-period-cohort effects. **British Journal of Cancer**, London, v. 85, n. 9, p. 1335-1339, 2001.
- LUZ, L. L.; MATTOS, I. E. Tendência das taxas de mortalidade por linfoma não-Hodgkin na Região Sudeste do Brasil, 1980-2007. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1340-1348, 2011.
- LYMPHOMARESEARCHFOUNDATION. **Hodgkin Lymphoma (HL)**. New York, 2012. Disponível em: <<http://www.lymphoma.org/site/pp.asp?c=bkLTKaOQLmK8E&b=6300137>>. Acesso em: 14 set. 2017.
- MACEDO, A. V.; ROCHA, M. O. C. Infecção pelo vírus Epstein-Barr e oncogênese. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 262-272, 2003.
- MACHADO, M. et al. Linfoma de Hodgkin: conceitos actuais Hodgkin's lymphoma: an update. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 11, n. 4: 207-215, 2004.
- MACINNIS, R. J.; ENGLISH, D. R. Body size and composition and prostate cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 17, n. 8, p. 989-1003, 2006.
- MACK, W. J. et al. A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer: cigarette smoking and consumption of alcohol, coffee, and tea. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 14, n. 8, p. 773-785, 2003.
- MAGRATH, I. et al. Paediatric cancer in low-income and middle-income countries. **The Lancet. Oncology**, London, v. 14, n. 3, p. e104-116, 2013.
- MATHERS, C. D. et al. **Global burden of disease in 2002**: data sources, methods and results. Geneva: WHO, 2003. (Global programme on evidence for health policy discussion paper, v. 54).

MCNALLY, R. J. et al. Increasing incidence of thyroid cancer in Great Britain, 1976– 2005: age-period-cohort analysis. **European Journal of Epidemiology**, Dordrecht, v. 27, n. 8, p. 615-622, 2012.

MÜLLER, A. M. S, et al. Epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma (NHL): trends, geographic distribution, and etiology. **Annals of Hematology**, Berlin, v. 84, n. 1, p. 1-12, 2005.

NAKANDI, H. et al. Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer. **African Journal of Urology**, Cairo, v. 19, n. 4, p. 165-170, 2013.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). **SEER training modules: topographic sites**. Bethesda, [20--c]. Disponível em: <<https://training.seer.cancer.gov/brain/tumors/abstract-code-stage/topographic.html>>. Acesso em: 14 set. 2017.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). **Cancer statics facts: leukemia**. Bethesda, [20--a]. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/leuks.html>>. Acesso em: 07 ago 2017.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). **Lymphoma: patiente version**. Bethesda, [20--b]. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/types/lymphoma/>>. Acesso em: 14 set. 2017.

NEGRI, E. et al. A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer. II. Menstrual and reproductive factors. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 143-155, 1999.

NICHOLS, L.; SORAHAN, T. Cancer incidence and cancer mortality in a cohort of UK semiconductor workers, 1970-2002. **Occupational Medicine**, London, v. 55, n. 8, p. 625-630, 2005.

NICHOLS, L.; SORAHAN, T. Cancer incidence and cancer mortality in a cohort of UK semiconductor workers, 1970-2002. **Occupational Medicine**, Oxford, v. 55, n. 8, p. 625-630, 2005.

OHGAKI, H. Epidemiology of brain tumors. In: VERMA, M. (Ed.). **Cancer epidemiology: modifiable factors**. New York: Humana Press, 2009. v. 472. p. 323-342.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 385-392, 2006.

OLIVEIRA, M. C. et al. High-risk human papillomavirus (HPV) is not associated with p53 and bcl-2 expression in oral squamous cell carcinomas. **Auris, Nasus, Larynx**, Amsdertan, v. 36, n. 4, p. 450-456, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997a. v.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997b. v. 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. 2. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. 3. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005.

OZAWA, P. M. M. et al. Vírus linfotrófico de células T humano tipo 1 (HTLV-1): implicações em doenças autoimunes. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 33, n. 1, p. 83-96, 2012.

- PARKIN, D. M. et al. The international incidence of childhood cancer. **International journal of cancer**, Genève, v. 42, n. 4, p. 511-520, 1988.
- PELLEGRITI, G. et al. Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. **Journal of Cancer Epidemiology**, Cairo, 2013. No prelo. Disponível em: < <https://www.hindawi.com/journals/jce/2013/965212/> >. Acesso em: 14 set. 2017.
- PEREZ-CORNAGO A. et al. Tall height and obesity are associated with an increased risk of aggressive prostate cancer: results from the EPIC cohort study. **BMC Medicine**, London, v. 15, n. 1, p. 115, 2017
- PETTI, S.; SCULLY, C. Determinants of oral cancer at the national level: just a question of smoking and alcohol drinking prevalence? **Odontology**, Tokyo, v. 98, n. 2, p. 144-152, 2010.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: < <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> >. Acesso em: 7 ago. 2017.
- RAHIB, L. et al. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. **Cancer research**, Baltimore, v. 74, n. 11, p. 2913–2921, 2014.
- REQUES, L. et al Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 68, n. 12, p. 1151-1160, 2014.
- REZENDE, C. P. et al. Mudança do paradigma da saúde bucal em pacientes com câncer de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 19-22, 2007.
- RIES, L. A. G. et al. (Ed.). **Cancer incidence and survival among children and Adolescents**: United States SEER Program 1975-1995. Bethesda: National Cancer Institute, 1999. (SEER Program. NIH Pub., 99-4649).
- RIES, L. et al. (Ed.) **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005**. Bethesda: National Cancer Institute, 2008. Disponível em: <http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/>. Acesso em: 14 set. 2017.
- RON, E. et al. A population-based case-control study of thyroid cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 79, n. 1, p. 1-12, 1987.
- RON, E.; SCHNEIDER, A. B. Thyroid cancer. In: SCHOTTENFELD, D.; FRAUMERI, J. F. (Ed.). **Cancer epidemiology and prevention**. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 975–94.
- ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. **Epidemiologia moderna**. 3 ed. São Paula: Artmed, 2016.
- ROUPRÊT, M. et al. European guidelines for the diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. **European Urology**, Basel, v. 59, n. 4, p. 584-594, 2011.
- SANDLER, R. S. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. **Gastroenterology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 25, n.4, p.717-735, 1996.
- SANT, M. et al. Survival of European patients with central nervous system tumors. **International Journal of Cancer**, New York, v. 131, n. 1, p. 173-185, 2012.
- SARTOR, S. G. **Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle**. 2003. 199 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SHIELS, M. S. et al. The Epidemic of Non-Hodgkin Lymphoma in the United States: Disentangling the Effect of HIV, 1992–2009. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 22, n. 6, p. 1069-1078, 2013.
- SHIELS, M. S. et al. The Epidemic of Non-Hodgkin Lymphoma in the United States: Disentangling the Effect of HIV, 1992–2009. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**, Philadelphia, v. 22, n. 6, p. 1069-1078, 2013.

- SILVA, I. S.; SWERDLOW, A. J. Thyroid cancer epidemiology in England and Wales: time trends and geographical distribution. **British Journal of Cancer, London**, v. 67, n. 2, p. 330-340, 1993.
- STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report: 2014**. Lyon: IARC, 2014.
- SUTCLIFFE, S.; COLDITZ, G. A. Prostate cancer: is it time to expand the research focus to early-life exposures? **Nature Reviews. Cancer**, London, v. 13, n. 3, p. 208-518, 2013.
- TYLER, A. Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 28, n. 3, p. 154-162, 2012.
- UNITED NATIONS. **Sources, effects and risks of ionizing radiation**. New York, 2014.
- VACCARELLA, S. et al. The impact of diagnostic changes on the rise in thyroid cancer incidence: a population-based study in selected high-resource countries. **Thyroid**, New York, v. 25, n. 10, p. 1127-1136, 2015.
- VAN CAUWENBERGE, P.; DHOOGHE, I.; INGELS, K. Epidemiology and etiological factors of laryngeal cancer. **Acta Oto-rhino-laryngologica Belgica**, Bruxelles, v. 46, n. 2, p. 99-102, 1992.
- VAN CAUWENBERGE, P.; DHOOGHE, I.; INGELS, K. Epidemiology and etiological factors of laryngeal cancer. **Acta oto-rhino-laryngologica Belgica**, Bruxelles, v. 46, n. 2, p. 99-102, 1992.
- VEIGA, L. H. S. et al. Thyroid cancer incidence patterns in Sao Paulo, Brazil, and the U.S. SEER Program, 1997–2008. **Thyroid**, New York, v. 23, n. 6, p. 748-757, 2013.
- VIDAL, A. K. L. et al. HPV detection in oral carcinomas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 21-26, 2004.
- WALTER, V. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 25, n. 8, p. 1517-1525, 2014.
- WANG, Q. et al. Consumption of fruit, but not vegetables, may reduce risk of gastric cancer: results from a meta-analysis of cohort studies. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 50, n. 8, p. 1498-1509, 2014.
- WANG, Z. et al. Thyroid nodularity and chromosome aberrations among women in areas of high background radiation in China. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 82, n. 6, p. 478-485, 1990.
- WORLD CANCER RESEARCH FOUNDATION; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Pancreatic Cancer 2012 report: food, nutrition, physical activity, and the prevention of colorectal cancer**. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2012. (Continuous Update Project CUP). Disponível em: <<http://www.wcrf.org/sites/default/files/Pancreatic-Cancer-2012-Report.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012**. Lion: IARC, 2015. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 13 set. 2017.
- YANE, K. et al. Expression of the estrogen receptor in human thyroid neoplasms. **Cancer Letters**, Amsterdam, v. 84, n. 1, p. 59-66, 1994.
- ZHENG, T. et al. Time trend and age-period-cohort effect on incidence of thyroid cancer in Connecticut, 1935–1992. **International Journal of Cancer**, New York, v. 67, n. 4, p. 504-509, 1996.
- ZHU, C. et al. A birth cohort analysis of the incidence of papillary thyroid cancer in the United States, 1973–2004. **Thyroid**, New York, v. 19, n. 10, p. 1061–1066, 2009.
- ZIMMERMANN, M. B.; KÖHRLE, J. The impact of iron and selenium deficiencies on iodine and thyroid metabolism: biochemistry and relevance to public health. **Thyroid**, New York, v. 12, n. 10, p. 867-878, 2002.

Anexo A - Projeção populacional para o ano de 2018 por Unidade da Federação, capital e Brasil

Tabela 36

Distribuição das populações masculina e feminina por Unidade da Federação e Brasil

Unidades da Federação	Total	Masculina	Feminina
Acre	842.290	424.426	417.864
Amapá	812.961	409.510	403.451
Amazonas	4.124.033	2.080.888	2.043.145
Pará	8.457.229	4.285.403	4.171.826
Rondônia	1.823.741	928.442	895.299
Roraima	530.879	271.803	259.076
Tocantins	1.567.016	792.774	774.242
Região Norte	18.158.149	9.193.246	8.964.903
Alagoas	3.391.142	1.644.085	1.747.057
Bahia	15.408.073	7.589.738	7.818.335
Ceará	9.075.744	4.438.062	4.637.682
Maranhão	7.043.339	3.477.320	3.566.019
Paraíba	4.050.662	1.960.114	2.090.548
Pernambuco	9.534.634	4.613.391	4.921.243
Piauí	3.224.536	1.570.989	1.653.547
Rio Grande do Norte	3.538.218	1.741.256	1.796.962
Sergipe	2.309.961	1.126.124	1.183.837
Região Nordeste	57.576.309	28.161.079	29.415.230
Distrito Federal	3.101.220	1.465.432	1.635.788
Goiás	6.860.047	3.432.732	3.427.315
Mato Grosso	3.382.487	1.727.143	1.655.344
Mato Grosso do Sul	2.743.142	1.374.131	1.369.011
Região Centro-Oeste	16.086.896	7.999.438	8.087.458
Espírito Santo	4.058.079	2.023.787	2.034.292
Minas Gerais	21.235.870	10.554.241	10.681.629
Rio de Janeiro	16.798.421	8.135.487	8.662.934
São Paulo	45.429.330	22.373.118	23.056.212
Região Sudeste	87.521.700	43.086.633	44.435.067
Paraná	11.396.262	5.624.080	5.772.182
Rio Grande do Sul	11.356.804	5.569.316	5.787.488
Santa Catarina	7.090.682	3.556.037	3.534.645
Região Sul	29.843.748	14.749.433	15.094.315
Brasil	209.186.802	103.189.829	105.996.973

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Revisão 2013.

Tabela 37

Distribuição das populações masculina e feminina por capital

Capitais	Total	Masculina	Feminina
Rio Branco	385.847	187.840	198.007
Macapá	483.513	237.520	245.993
Manaus	2.133.065	1.041.361	1.091.704
Belém	1.554.441	735.173	819.268
Porto Velho	500.203	254.017	246.186
Boa Vista	335.056	165.931	169.126
Palmas	258.630	127.822	130.808
Região Norte	5.650.754	2.749.663	2.901.091
Maceió	1.013.647	474.350	539.297
Salvador	2.941.213	1.372.849	1.568.364
Fortaleza	2.633.034	1.232.577	1.400.457
São Luís	1.087.159	508.845	578.314
João Pessoa	778.094	363.264	414.830
Recife	1.666.746	769.386	897.360
Teresina	841.953	393.571	448.382
Natal	897.658	422.111	475.547
Aracaju	637.970	296.544	341.426
Região Nordeste	12.497.474	5.833.498	6.663.976
Goiânia	1.487.692	709.403	778.289
Cuiabá	614.170	300.014	314.156
Campo Grande	881.288	427.130	454.159
Região Centro-Oeste	2.983.151	1.436.547	1.546.604
Vitória	378.452	177.736	200.717
Belo Horizonte	2.573.738	1.206.614	1.367.124
Rio de Janeiro	6.640.024	3.109.473	3.530.551
São Paulo	12.390.011	5.866.778	6.523.233
Região Sudeste	21.982.226	10.360.602	11.621.624
Curitiba	1.911.546	911.213	1.000.333
Porto Alegre	1.496.711	694.313	802.398
Florianópolis	478.020	230.416	247.604
Região Sul	3.886.277	1.835.942	2.050.335
Total	46.999.882	22.216.252	24.783.630

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Revisão 2013.

Esse livro foi impresso em offset,
papel couché mate, 120g, 4/4.
Fonte: Minion, corpo 11
Rio de Janeiro, 2017.



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS