
Mortalidade por Câncer Ginecológico no Rio de Janeiro (ex-Estado da Guanabara) 1965/73 ⁽¹⁾

Eduardo de Azeredo Costa (2)
Carlos Henrique Klein (3)
Alys Bittencourt Furtado (4)
Marcos Fernandes da Silva Moreira (5)

INTRODUÇÃO

A mortalidade por neoplasias malignas no Rio de Janeiro tem crescido nos últimos anos. De 1950 a 1972 o coeficiente por 100 000 habitantes passou de 77,4 para 117,5. Esse aumento, no entanto, foi maior no sexo masculino do que no feminino: os respectivos coeficientes no mesmo período de tempo passaram de 75,7 para 134,7 e de 79,0 para 101,6.

O acréscimo verificado no sexo feminino bem pode estar creditado ao envelhecimento da população e maior cobertura de serviços de saúde no período. A "força" de mortalidade estaria, pois, em relativa estabilidade. Isso, no entanto, não significa que se trata de um problema de pouca importância, já que 13% dos óbitos ocorridos em mulheres do Rio de Janeiro foram devidos a neoplasias malignas. No grupo etário de 35 a 74 anos essa proporção foi de 21%.

Os tumores malignos da mama e órgãos genitais femininos que corresponderam a 4,55% do total de óbitos no período 1965/72 e 34,83% dos óbitos por neoplasias malignas, foram, como pode ser ob-

servado na tabela 1, responsáveis por cerca de 10% do total de óbitos ocorridos nos grupos etários de 35 a 64 anos. Nos grupos etários de 25 a 64 anos mais de 40% dos óbitos por neoplasias eram desse grupo de causas.

A magnitude do problema, pois, nos estimulou a fazer um estudo descritivo da mortalidade por câncer ginecológico, acionando no Rio um esforço cooperativo entre a Escola de Saúde Pública e a Secretaria de Saúde na área de análise de dados de registro.

-
- (1) Trabalho realizado para o XI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, Rio, 31 de agosto a 6 de setembro de 1975.
 - (2) Professor Adjunto da Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
 - (3) Bolsista da Escola Nacional de Saúde Pública — FIOCRUZ — Rio de Janeiro.
 - (4) Assessora de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro.
 - (5) Médico do Serviço de Bioestatística da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Os óbitos ocorridos no ex-Estado da Guanabara são regularmente codificados. A causa básica de morte é classificada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), tendo sido utilizada a 7.^a Revisão até 1967 e a partir daí a 8.^a

Os óbitos do período 1965/73 já haviam sido transferidos para cartões perfurados. Os tumores ginecológicos malignos de todas as categorias constantes da CID que se mantiveram individualizados nas duas revisões foram apurados, sendo, no entanto, posteriormente, reagrupados em função da localização, quando o número de óbitos era limitado. Ao pé da tabela 2 apresentamos esses grupos e os números dos códigos correspondentes. De todos os demais itens codificados, julgamos importante apurar a distribuição por grupo etário, cor, estado civil, região administrativa da residência e local do óbito. Um dado que desse informação sobre situação sócio-econômica, como ocupação, não pôde ser processado por falta de código e classificação adequados.

Geradas as tabelas, as taxas foram calculadas a partir de estimativas da população baseadas nos censos de 1960 e 1970, e projetadas pelo método geométrico.

Pela natureza descritiva do estudo não houve preocupação de maior análise estatística, porém, foram utilizados testes de hipótese e padronização dos coeficientes, quando oportuno.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A figura 1 e a tabela 2 mostram as taxas de mortalidade por 100 000 mulheres por ano com a posição relativa das várias categorias que utilizamos para classificar os casos de câncer ginecológico. Embora o período de observação seja muito pequeno, parece haver uma ligeira tendência a aumento do câncer de mama e do câncer do corpo uterino, enquanto que o de colo tenderia a declinar. A localização mamária é que apresenta as maiores taxas, mas se somarmos todas as catego-

rias uterinas elas se equivalem.

Na figura 2 apresentamos a situação da mortalidade por câncer ginecológico no Rio de Janeiro em relação às cidades incluídas na Investigação Interamericana de Mortalidade Urbana (10). Note-se que as populações foram padronizadas por idade e que o triênio de que dispúnhamos para o Rio não é o mesmo das outras cidades, embora bastante próximo. É interessante que o Rio vai se situar entre as cidades de taxas de câncer de mama elevadas e de útero baixas, com um quadro muito semelhante ao de São Paulo, ainda que no nosso caso não se tenha dado peso para causas associadas. Esse fato julgamos ajudar a validar os dados que apresentamos.

A seguir comentaremos os resultados por categoria estudada.

Tumor Maligno de Mama (170 — 7.^a revisão e 174 — 8.^a revisão)

A par da leve tendência a aumento já referida, observou-se uma peculiar distribuição etária (figuras 3 e 4). No gráfico semi-logarítmico, como já observara Lillienfeld, a curva apresenta rápida elevação entre os grupos etários de 25 a 34 anos e de 35 a 44 (4). A partir daí sofre inflexão, diminuindo o ritmo de incremento nas idades mais avançadas. Isso, no entanto, como pode ser visto na figura 4, é decorrência de sua função de crescimento ser linear, isto é, há um crescimento constante do tipo aritmético dos 25 anos em diante, que aliás se traduz por uma reta em qualquer dos triênios estudados.

A tabela 3 mostra uma taxa, ainda que padronizada por idade, maior em não brancas do que em brancas, porém, devido ao fato das estimativas por cor serem pouco precisas, já que essa característica não foi incluída no censo de 1970, são de pouca confiança. Melhor analisada, então, pela proporção de câncer de mama sobre o total de câncer ginecológico, a mortalidade proporcional foi significativamente maior em brancas do que em

não brancas (tabela 4).

Em relação ao estado civil (tabelas 5 e 6) observa-se que, uma vez ajustadas por idade, a maior taxa recaiu entre solteiras. As demais categorias apresentaram riscos muito semelhantes. Esse achado é concordante com o de outros estudos e traduziria um efeito "protetor" da paridade precoce, com a qual o estado civil apresentaria, mesmo na sociedade moderna, ainda algum grau de correlação, como também o apresenta em relação a outros fatores que podem ser intervenientes em termos de causalidade, como paridade, lactação e vida sexual ativa. (4, 5,6,7,8,9 e 12).

A distribuição por região administrativa mostra que as regiões com mais altas taxas são as áreas de maior proporção de classe média ou alta, tais como: Centro, Botafogo, Copacabana, Lagoa, Tijuca, Vila Izabel e Engenho Novo, caindo em gradiente na direção de Santa Cruz e Campo Grande (figura 10).

Tumor Maligno de Colo Uterino (171 — 7.^a revisão e 180 — 8.^a revisão)

Além da ligeira tendência a declinar, já assinalada anteriormente, o câncer de colo apresenta uma distribuição etária que, embora muito semelhante à do câncer de mama até o grupo etário de 35 a 44 anos, sofre a partir daí um processo de diminuição do ritmo de incremento (figura 3). Já a figura 5 mostra que na verdade a aceleração inicial é retomada a partir dos 65 anos.

Em relação à cor, verificou-se que a taxa entre não brancas é duas vezes maior do que entre brancas, porém, vale a mesma restrição feita em relação ao câncer de mama (tabela 3). A proporção de câncer de colo sobre o total de câncer ginecológico mostrou-se significativamente menor entre brancas do que não brancas (tabela 4).

Em relação ao estado civil, encontramos apenas uma taxa padronizada (tabela 6) mais baixa em desquitados, porém, esse grupo é muito pequeno e as variações

aleatórias são, pois, grandes.

A distribuição por região administrativa (figura 11) mostrou um aspecto peculiar importante: as taxas mais baixas estão na zona de condições sócio-econômicas melhores (Santa Tereza, Botafogo, Copacabana, Tijuca, Vila Izabel) e as mais altas em áreas pobres com grandes concentrações populacionais, no já referido "corredor epidemiológico" de doenças infecciosas do Rio de Janeiro, ou em áreas de até há poucos anos alta incidência de meretrício de baixo padrão econômico (Portuária, Rio Comprido, São Cristóvão, Ramos, Penha, Irajá).

Esses dados concordam com observações que levaram a crer que o câncer de colo está relacionado, possivelmente, com uma causa exógena, possivelmente um vírus transmitido por contato venéreo, cujo candidato mais importante é o Herpes tipo II (HSVII). Se isso não for verdade, pelo menos parece certo que se constitui em doença que está relacionada com promiscuidade sexual, vida sexual precoce, número de gestações, número de abortos, etc. (1,2,3,11 e 12).

Tumor Maligno de Corpo Uterino (172 — 7.^a revisão e 182.0 — 8.^a revisão)

Sendo uma localização pouco freqüente, é difícil afirmar se a leve tendência a subir verificada no período é significativa. Esse tumor não mostrou padrão claro em relação à cor e ao estado civil.

Já em relação à idade, verifica-se que a mortalidade só começa a ser significativa no grupo etário de 35 a 45 anos, subindo a partir daí de modo contínuo, lembrando, com uma década etária de atraso, em que pesem flutuações nos triênios e taxas de nível mais baixo, a curva do câncer de mama (figuras 3 e 6).

A distribuição por Região Administrativa também lembra a do câncer de mama com maiores taxas nas zonas de melhores condições sócio-econômicas (figura 12).

Tais características poderiam estar relacionadas à menor acessibilidade diagnós-

tica desse tumor, favorecendo sua detecção mais tardia na vida e em classes mais favorecidas em termos de assistência médica.

Outros Tumores Malignos do Útero Especificados, Inclusive o Corioepitelioma, e não Especificados (173 e 174 — 7.ª revisão e 181 e 182.9 — 8.ª Revisão)

É um grupo de difícil análise porque seu conteúdo maior é constituído de neoplasias de localização uterina não especificada.

A distribuição por cor e estado civil, bem como a distribuição geográfica (tabela 13) lembram a distribuição do tumor do colo uterino, o que faz pensar que esse seja o tumor mais presente nas declarações de óbito sem especificação quanto à natureza do tumor.

A mortalidade por grupo etário (figuras 3 e 7), apesar de mostrar semelhanças importantes com o câncer de colo nas idades mais jovens, passa a se comportar, a partir do grupo etário de 35 a 45 anos, de maneira semelhante à curva dos tumores malignos do corpo uterino, ainda que com taxas bem maiores. Parece, pois, que, especialmente nas idades mais avançadas, há uma contribuição importante de tumores de corpo uterino não especificados nas declarações de óbitos e que aí são classificados.

Tumor Maligno de ovário (175.0 — 7.ª revisão e 183.0 — 8.ª revisão) e **Demais Tumores Malignos** (Não especificados como mamários, uterinos ou de ovário) — (183.1, 183.9 e 184 da 7.ª revisão e 175.1, 175.8, 175.9 e 176 da 8.ª revisão).

O tumor de ovário apresenta-se como a terceira causa, em ordem de magnitude, de mortalidade por cânceres ginecológicos.

Parece estar em relativa estabilidade no período observado, ainda que haja um decréscimo em 1972, ano que surpreendentemente apresenta um acréscimo dos "demais" tumores ginecológicos e grande proporção de localizações não especificadas.

Na verdade, a evolução temporal dos dois

grupos ("ovário" e "demais") (figura 1) é bastante semelhante e oposta, permitindo supor que possa haver um balanço entre as duas que mais possivelmente dependeria da quantidade de tumores ovarianos não especificados que seriam incluídos entre os "restantes".

No entanto, a curva etária de ambos é bem diversa, diversa aliás dos outros grupos já analisados. O tumor de ovário tem aparição precoce no grupo etário menor de 15 anos. A partir do grupo etário de 25 a 35 anos, aumenta exponencialmente, diminuindo o ritmo a partir do grupo etário de 55 a 65 anos, dando a impressão de haver três fases ou três formas distintas dessa patologia. Já os "demais" ou "restantes", com poucos casos presentes em menores de 15 anos, sobem exponencialmente e consistentemente até o grupo etário de 75 anos e mais. (figuras 3, 8 e 9).

Ambos foram um pouco mais frequentes em brancas e em solteiras.

A distribuição por região administrativa da mortalidade por câncer de ovário é superponível à do câncer de mama, isto é, com taxas mais elevadas nas áreas mais ricas, enquanto que o padrão do grupo "restantes", embora semelhante, apresenta discrepâncias se dirigindo mais a uma distribuição do tipo da apresentada pelo câncer do colo uterino.

RESUMO E CONCLUSÕES

Os autores realizaram um estudo descritivo da mortalidade por câncer ginecológico na cidade do Rio de Janeiro (Ex-Estado da Guanabara) no período 1965/73, analisando os dados de valor epidemiológico constantes do atestado de óbito.

Em função da Classificação Internacional de Doenças da O.M.S. e do número de óbitos de cada item da mesma, utilizaram as seguintes categorias de estudo: tumor maligno de mama (170 — 7.ª Revisão e 173 — 8.ª Revisão); tumor maligno de colo uterino (171 — 7.ª Revisão e 180 — 8.ª Revisão); tumor maligno de corpo uterino (172 — 7.ª Revisão e 182.0 — 8.ª Revisão); outros tumores malignos do úte-

ro (173 e 174 — 7.^a Revisão e 181 e 182.9 — 8.^a Revisão); e demais tumores ginecológicos malignos (183.1, 183.9 e 184 — 7.^a Revisão e 175.1, 175.8, 175.9 e 176 da 8.^a Revisão).

Além de discutir a peculiar distribuição etária de cada uma dessas categorias o trabalho mostrou que:

1. A mortalidade por câncer de mama foi a mais elevada das categorias e esteve associada à cor (nas brancas é maior), ao estado civil (nas solteiras é maior) e ao local de residência (no sentido de que nas Regiões Administrativas de melhores condições sócio-econômicas é maior, caindo em direção às áreas de tipo rural);
2. A mortalidade por câncer de colo seguiu-se em magnitude, apresentando-se associada à cor (é mais elevada em não brancas) e ao local de residência, no sentido de que as taxas mais elevadas ocorreram em áreas de condições sócio-econômicas piores;
3. A mortalidade por câncer do corpo de útero foi a mais baixa das categorias estudadas. Não apresentou associação nítida com estado civil e cor. A distribuição por região administrativa mostrou predominância nas áreas de melhores condições sócio-econômicas;

4. A mortalidade por outros tumores malignos do útero é de difícil análise porque em sua maioria é constituída por óbitos classificados como de localização não especificada do útero. Suas características levaram os autores a julgar que essa categoria inclui em sua maioria tumores malignos de colo nas idades mais jovens (até 45 anos) e a partir daí há predominio de câncer de corpo uterino;

5. A mortalidade por câncer de ovário foi a terceira em frequência quando considerados os itens individualizados de Classificação Internacional de Doenças. Foi também um pouco mais freqüente entre brancas, solteiras e em regiões melhores do ponto de vista sócio-econômico. Sua peculiar distribuição etária sugere a existência de três fases ou tipos da doença: uma com predominância até os 25 anos, outra daí até aos 55 anos e a terceira daí em diante.

6. A mortalidade pelos demais cânceres ginecológicos parece ter um comportamento de equilíbrio quantitativo com o câncer de ovário. Suas características de estado civil, cor e local de residência também coincidiram. Porém, a distribuição etária é divergente apresentando um crescimento constante durante a vida.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a colaboração de Lauro de Oliveira e Silva e de Luiz Paulo Fiães Avelino da Divisão de Processa-

mento de Dados da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro.

SUMMARY

A descriptive study on mortality by gynecological cancer based on death certificates of the former State of Guanabara during the period 1965/73 was performed.

Age, marital status and residency at death were analysed in relation to the site of cancer, according to the Interna-

tional Classification of Causes of Death. Apart from the peculiar age distribution of each gynecological malignant growth, interesting patterns were observed in relation to marital status and geographical distribution revealing, particularly, clustering in the poorer areas for cancer of the cervix and, in the richer areas, for breast cancer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADELSTEIN, A.M. et al. — Mortality from Carcinoma of the Uterus. An interventional cohort study. *Br. J. Prev. Soc. Med.* **25** (4): 186-91, 1971.
2. BERAL, V. — Cancer of the Cervix: A Sexually Transmitted Infection? *The Lancet*, May 25, 1974 (pp. 1037-1040).
3. KALLNER, G. et al. — Site Misassignment of Cervical Cancer. In *Cancer Morbidity and Mortality in Israel: 1950-1961. Part II.* *Wld. Hlth. Org. Geneva*, 1966.
4. LILIENFELD, A.M. — The relationship of cancer of the female breast to Artificial Menopause and Marital Status. *Cancer* **9**: 927-934, 1956.
5. LOWE, C. R. & Mac Mahon, B. — Breast Cancer and Reproductive History of Women in South Wales. *Lancet*, **1**: 153, 1970.
6. MAC MAHON et al. — Lactation and Cancer of the Breast. Summary of an international study. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, **42**: 185, 1970.
7. MAC MAHON, et al. — Age at first birth and breast risk. *Bull. Wild. Hlth. Org.*, **43**, 209, 1970.
8. MIRRA, A.P., et al. — Estudo epidemiológico do cancer de mama numa área de alta paridade: São Paulo, Brasil, — *Rev. Assoc. Med. Bras.* **18** (9): 357-364, 1972.
9. PASCUA, M. — Trends of female mortality from cancer of the breast and cancer of the genital organs. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, **15**: 5-41, 1956.
10. PUFFER, E.R. & Griffith, G.W. — Características de la Mortalidad Urbana. Organización Panamericana de Saúde, Publicación Científica n.º 151 — Washington, 1968.
11. SELLERS, A.H. & McLerie, E.E. — A Note on Trends in Mortality from Cancer of the Cervix, Ontario an British Columbia, 1950-1971 — *Canadian J. of P. Health*, **64**: 364-367, 1973.
12. STOCKS, P. — Statistical Investigation Concerning the Causation of Various Forms of Human Cancer. In *Cancer*, vol. 3: 116-172, de Ravan, R.W. ed. — Butterworth and Co, London, 1958.

TABELA 1
 ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS, POR CÂNCER DE TODAS AS LOCALIZAÇÕES
 E POR CÂNCER GINECOLÓGICO EM MULHERES NO RIO DE JANEIRO
 (EX-ESTADO DA GUANABARA) — PERÍODO 1965/72

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Nº DE ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS	Nº DE ÓBITOS POR CÂNCER EM GERAL	CÂNCER GINECOLÓGICO		
			Nº de Óbitos	% Sobre Total de Óbitos	% do Total de Óbi- tos por Câncer
0 — 14	29.554	422	20	0,07	4,74
15 — 24	4.267	268	42	0,98	15,67
25 — 34	6.342	627	259	6,07	41,31
35 — 44	9.644	1.923	957	9,92	49,77
45 — 54	12.087	3.121	1.468	12,14	47,04
55 — 64	17.062	3.958	1.451	8,50	36,66
65 — 74	22.470	3.894	1.114	4,96	28,61
75 e mais	31.656	3.139	742	2,34	23,64
Total	133.082	17.352	6.053	4,55	34,88

TABELA 2
MORTALIDADE POR VÁRIOS TIPOS DE CÂNCER GINECOLÓGICO: TAXAS POR 100.000 MULHERES, NO RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) - PERÍODO 1965/73

A N O	L O C A L I Z A Ç Ã O						TODAS AS LOCALIZAÇÕES
	MAMA(1)	Ú T E R O			OVÁRIO (5)	DEMAISE SEM ESPECIFICAÇÃO (6)	
		Colo (2)	Corpo (3)	Outros (4)			
1965	16,3	8,2	0,6	5,7	2,7	1,7	35,4
1966	15,0	8,0	0,7	6,8	2,9	1,4	34,8
1967	15,7	7,4	0,7	7,7	2,6	2,1	36,2
1968	16,1	8,1	1,1	6,8	3,4	1,7	37,2
1969	15,6	8,7	1,1	5,7	3,2	1,3	35,6
1970	15,4	7,7	1,4	4,6	4,0	1,5	34,6
1971	17,3	6,8	1,2	5,4	2,8	2,4	35,9
1972	16,4	7,3	0,9	5,8	1,9	2,9	35,2
1973	18,8	7,8	0,8	6,3	2,5	1,8	38,0

(1) CID - 7ª revisão - n.º 170
 CID - 8ª revisão - n.º 174

(2) CID - 7ª revisão - n.º 171
 CID - 8ª revisão - n.º 180

(3) CID - 7ª revisão - n.º 172
 CID - 8ª revisão - n.º 182.0

(4) CID - 7ª revisão - n.ºs 173 e 174
 CID - 8ª revisão - n.ºs 181 e 182.9

- Tumor maligno de partes não especificadas e de outras partes especificadas no útero, inclusive o córioepitelioma, o coriocarcinoma, o decíduoma maligno, o sincioma maligno, o neoplasma maligno da placenta e a transformação maligna de fibroma ou fibróide uterino.

(5) CID - 7ª revisão - n.º 175.0
 CID - 8ª revisão - n.º 183.0

(6) CID - 7ª revisão - n.ºs 175.1, 175.8, 175.9, 176.0, 176.1, 176.7, 176.8, 176.9
 CID - 8ª revisão - n.ºs 183.1, 183.9, 184.0, 184.1, 184.8, 184.9

- Tumor maligno da trompa de falópio, do ligamento largo, da vulva, da vagina, bem como tumores múltiplos e outros especificados e não especificados do aparelho ginecológico.

TABELA 3

MORTALIDADE POR CÂNCER GINECOLÓGICO: TAXAS PADRONIZADAS ANUAIS MÉDIAS, SEGUNDO A COR, POR 100.000 MULHERES, NO RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) - PERÍODO 1965/73

C O R	L O C A L I Z A Ç Ã O						TODAS AS LOCALI- ZAÇÕES
	MAMA	Ú T E R O			OVÁRIO	DEMAIS E SEM ESPE- CIFICAÇÃO	
		Colo	Corpo	Outros			
Branca	16,2	6,2	0,9	5,4	3,0	1,9	33,5
Não Branca	18,2	13,1	1,2	8,4	2,9	2,1	45,8
T o t a l	16,4	7,8	0,9	6,1	2,9	1,9	36,0

TABELA 4

PROPORÇÃO DAS VÁRIAS LOCALIZAÇÕES SOBRE O TOTAL DE CÂNCER GINECOLÓGICO POR COR. RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) - 1965/73

LOCALIZAÇÃO COR	MAMA	Ú T E R O			OVÁRIO	DEMAIS	TODOS
		Colo	Corpo	Outros			
Branca	48,57 (a)	18,27 (b)	2,66	16,23	8,66	5,61	100,00
Preta	38,71	28,69	2,03	19,10	6,46	5,01	100,00
Parda	41,54	28,79	3,28	16,67	6,44	3,28	100,00
T o t a l	45,82	21,48	2,62	16,86	7,99	5,23	100,00

(a) $p < 0,01$ (b) $p < 0,01$

TABELA 5

MORTALIDADE POR CÂNCER GINECOLÓGICO: TAXAS BRUTAS ANUAIS MÉDIAS, SEGUNDO O ESTADO CIVIL, POR 100.000 MULHERES DE 15 ANOS E MAIS, NO RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) - PERÍODO 1965/73

ESTADO CIVIL	LOCALIZAÇÃO						TODAS AS LOCALIZAÇÕES
	MAMA	ÚTERO			OVÁRIO	DEMAIS SEM ESPECIFICAÇÃO	
		Colo	Corpo	Outros			
Casada	23,92	10,18	0,89	7,71	3,74	2,11	48,55
Solteira	13,14	6,39	0,71	3,92	2,70	1,40	48,26
Viúva	58,83	31,40	5,35	29,38	9,46	9,70	144,12
Desquitada	34,81	11,19	4,35	11,19	5,60	1,24	68,38
Total	23,07	10,94	1,33	7,85	3,96	2,63	49,78

TABELA 6

MORTALIDADE POR CÂNCER GINECOLÓGICO: TAXAS PADRONIZADAS ANUAIS MÉDIAS, SEGUNDO O ESTADO CIVIL, POR 100.000 MULHERES DE 15 ANOS E MAIS, NO RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) - PERÍODO 1965/73

ESTADO CIVIL	LOCALIZAÇÃO						TODAS AS LOCALIZAÇÕES
	MAMA	ÚTERO			OVÁRIO	DEMAIS SEM ESPECIFICAÇÃO	
		Colo	Corpo	Outros			
Casada	22,24	11,80	1,01	7,86	3,55	2,21	48,67
Solteira	27,99	12,97	1,70	8,95	5,10	3,09	59,80
Viúva	21,18	12,56	1,39	9,39	3,64	2,84	51,00
Desquitada	22,95	7,27	3,33	8,46	0,84	0,94	43,79
Total	23,07	10,94	1,33	7,85	3,96	2,63	49,78

FIGURA 1

MORTALIDADE POR CÂNCER EM GERAL E POR CÂNCER GINECOLÓGICO POR
100 000 MULHERES DO RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965/1973

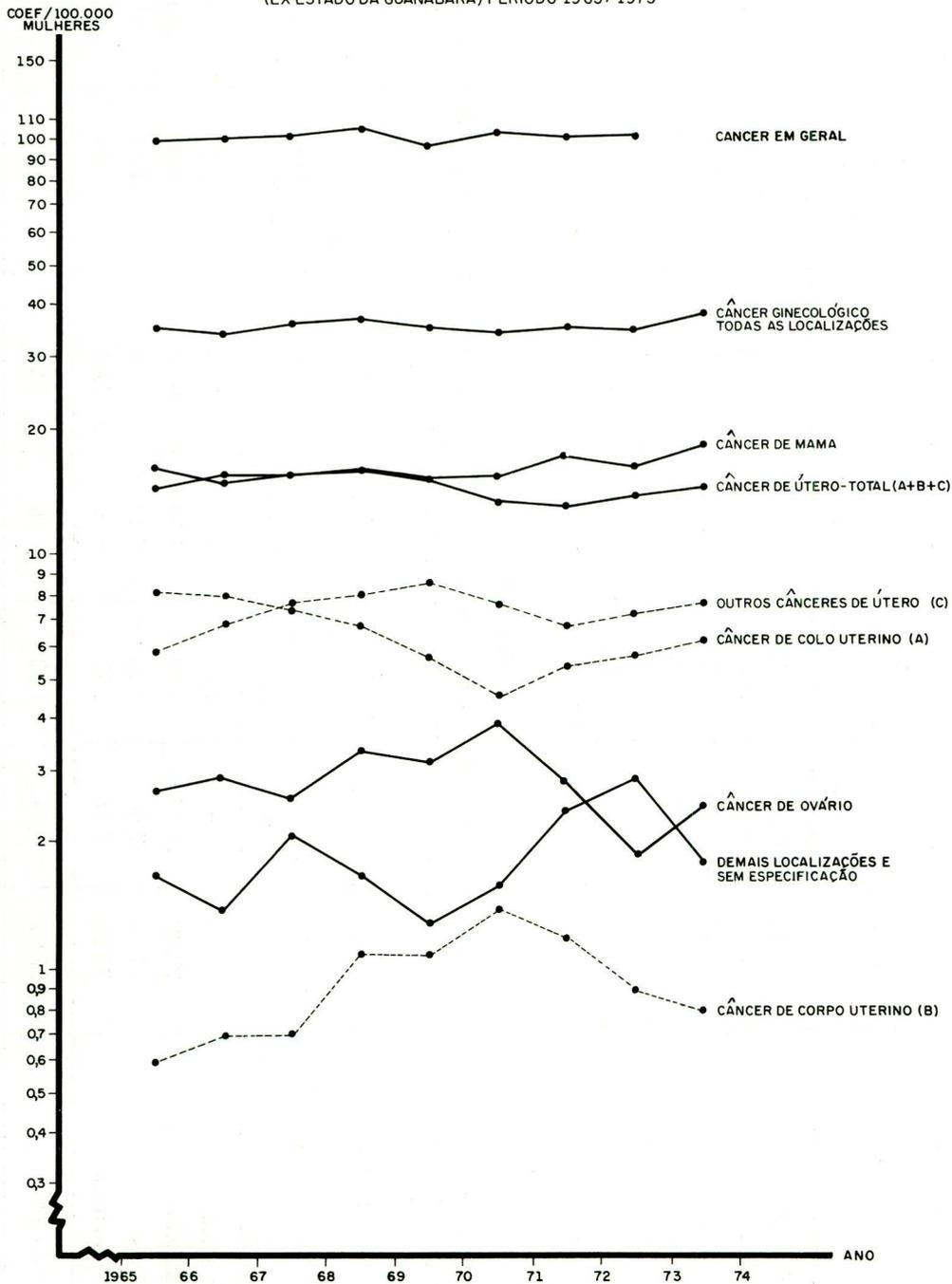


FIGURA 3

MORTALIDADE POR CÂNCER GINECOLÓGICO POR GRUPO ETÁRIO - RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965/1973

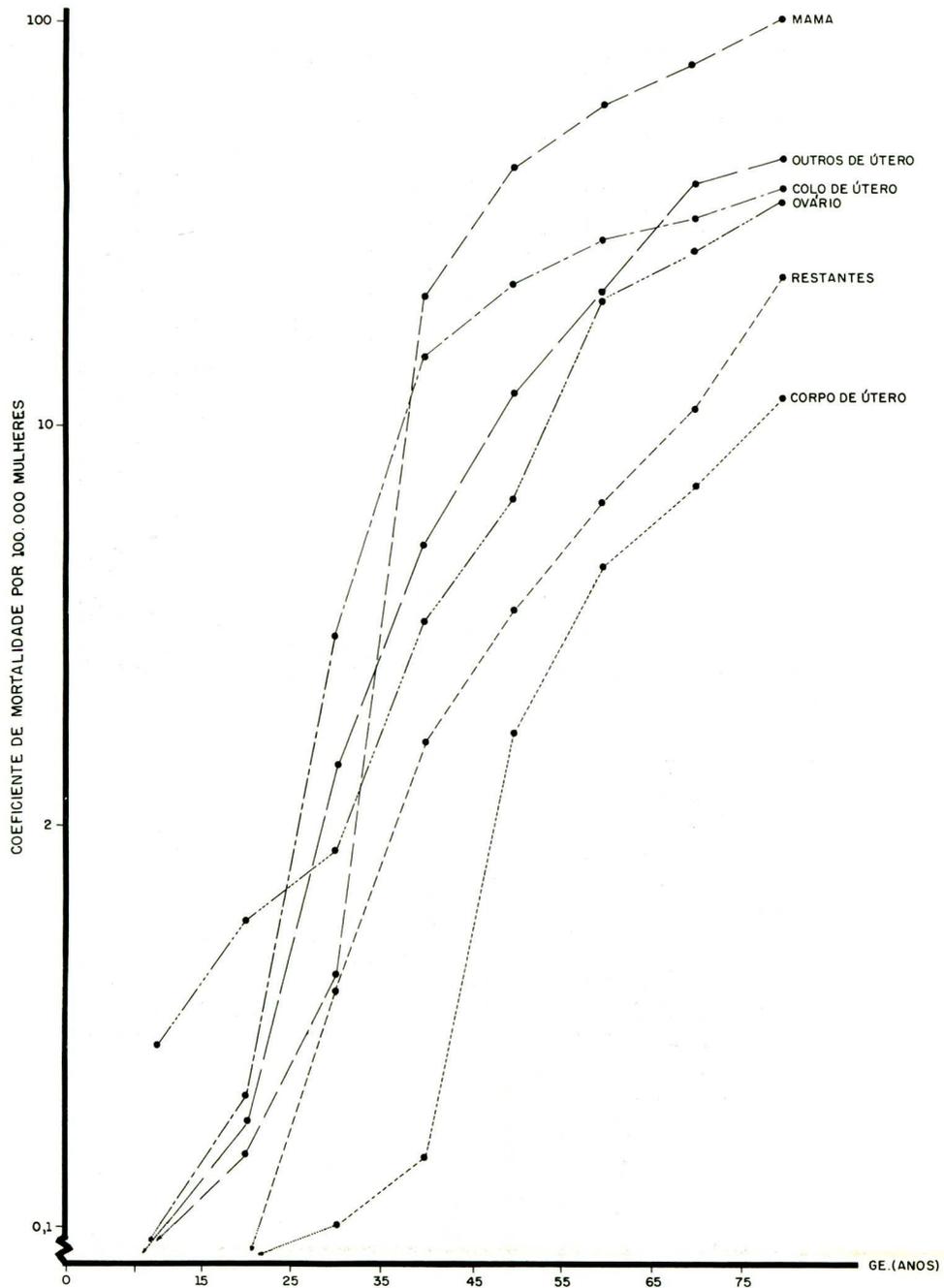


FIGURA 2

TAXAS DE MORTALIDADE AJUSTADAS POR IDADE POR TUMORES GINECOLÓGICOS MALIGNOS POR 100 000 MULHERES DE 15 A 74 ANOS - CIDADES DA INVESTIGAÇÃO INTERAMERICANA DE MORTALIDADE (*), 1962/64 E RIO DE JANEIRO 1965/1967

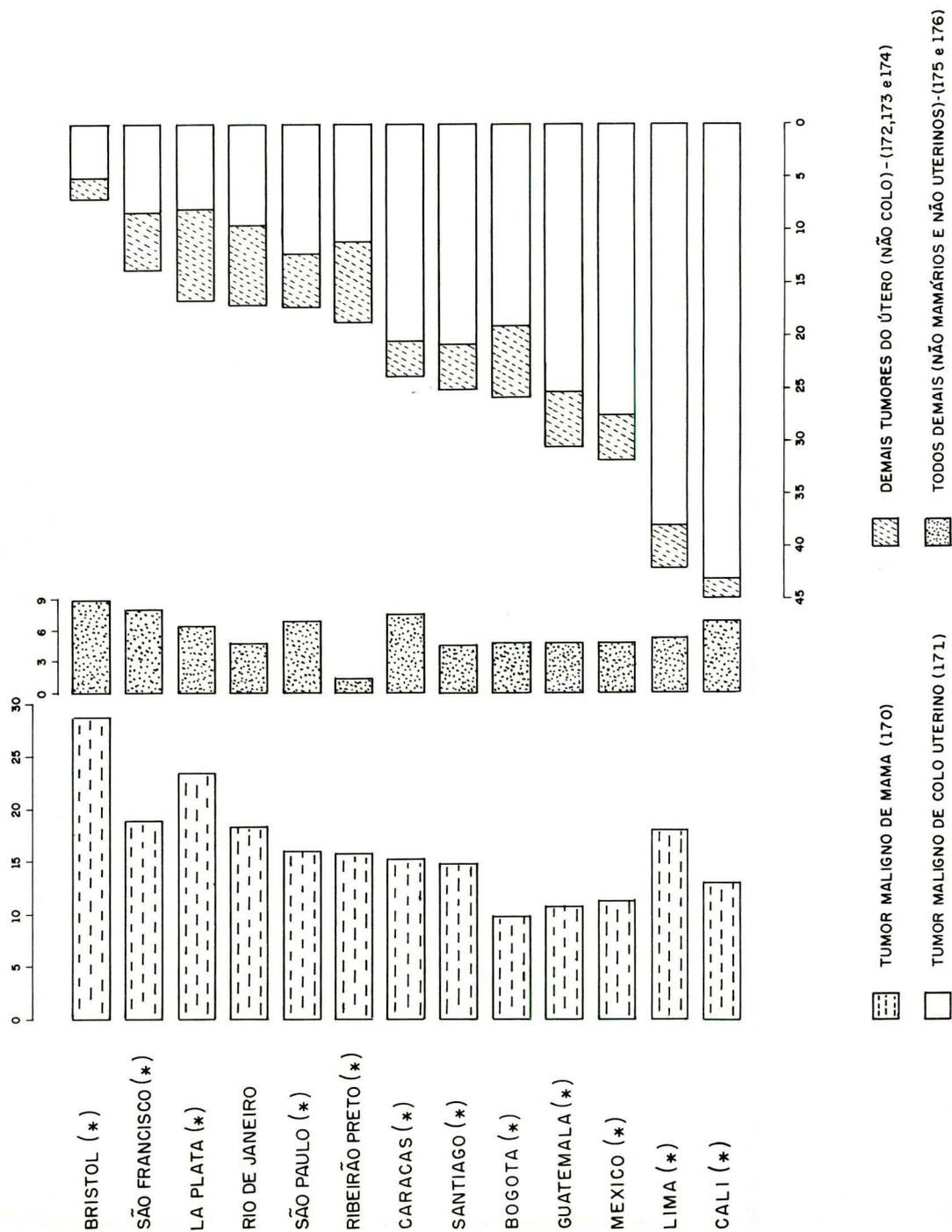


FIGURA 4

MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA POR GRUPO ETÁRIO-RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965/1973

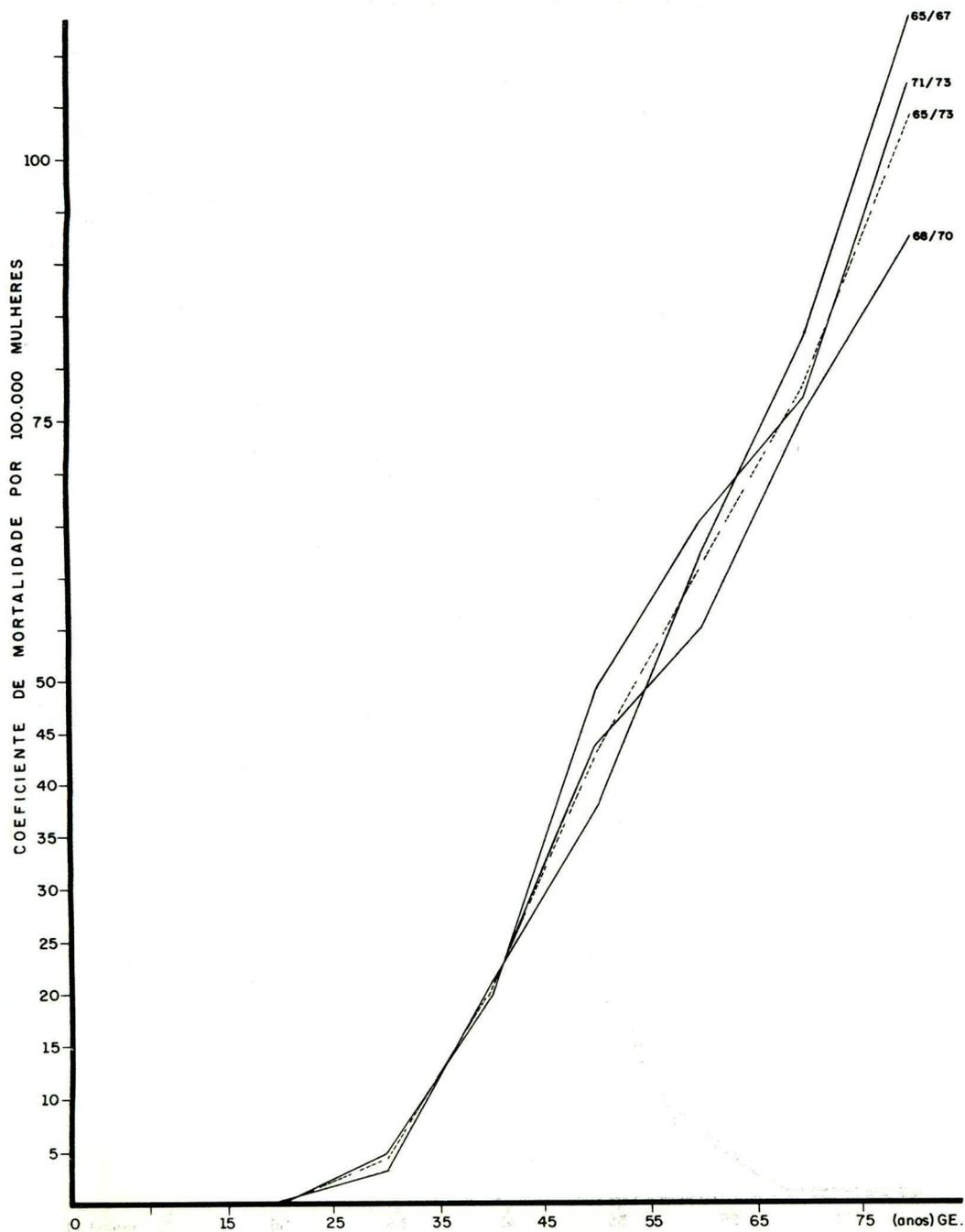


FIGURA 5

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO POR G. ETÁRIO-RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965 /1973

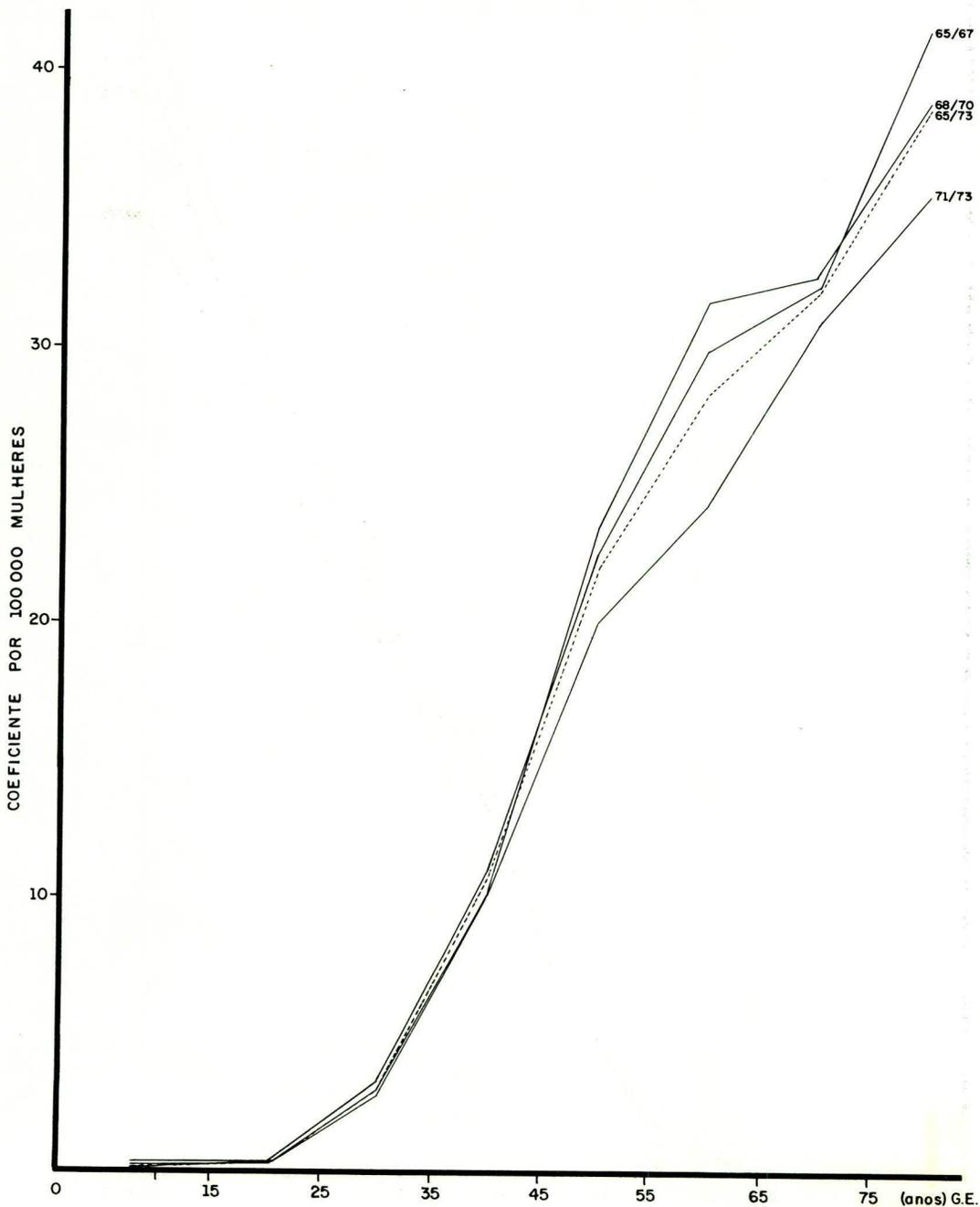


FIGURA 6

MORTALIDADE POR CÂNCER DE CORPO DE ÚTERO POR G. ETÁRIO-RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965/1973

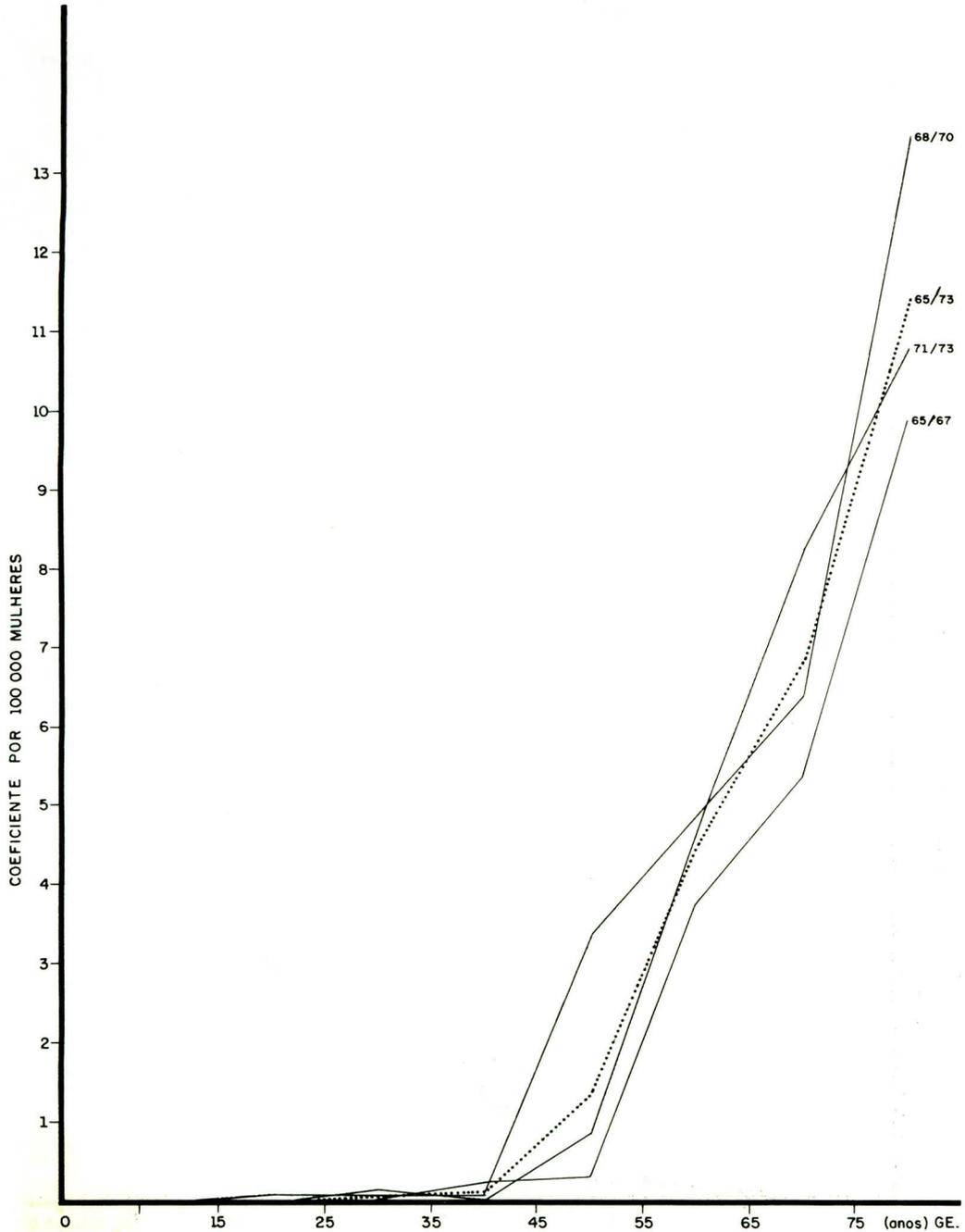


FIGURA 7

MORTALIDADE POR TUMORES MALIGNOS DO ÚTERO NÃO ESPECIFICADOS OU ESPECIFICADOS, MAS NÃO DE COLO OU CORPO, POR GRUPO ETÁRIO NO RIO DE JANEIRO

(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965 / 1973

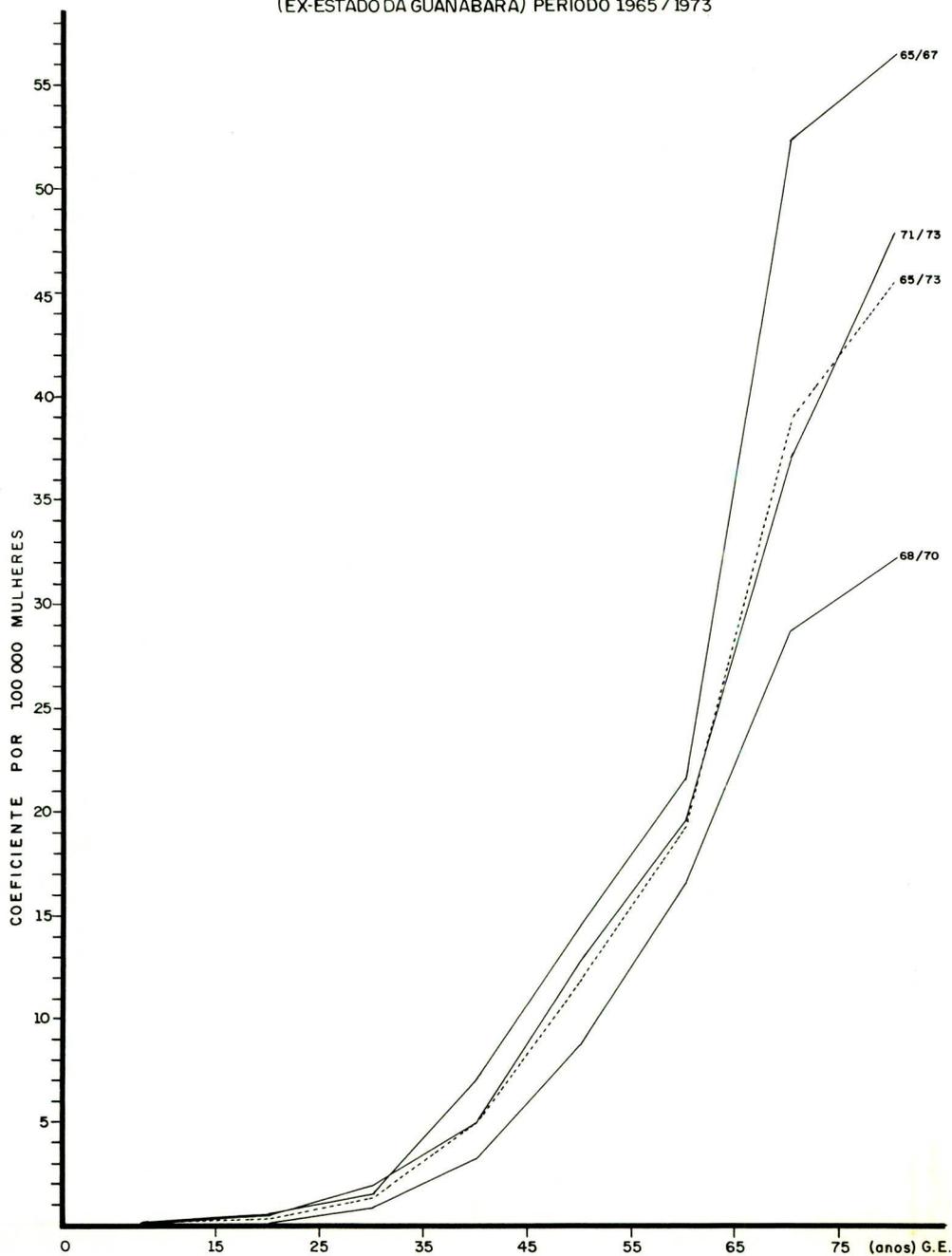


FIGURA 8

MORTALIDADE POR CÂNCER DE OVÁRIO POR GRUPO ETÁRIO•RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965 /1973

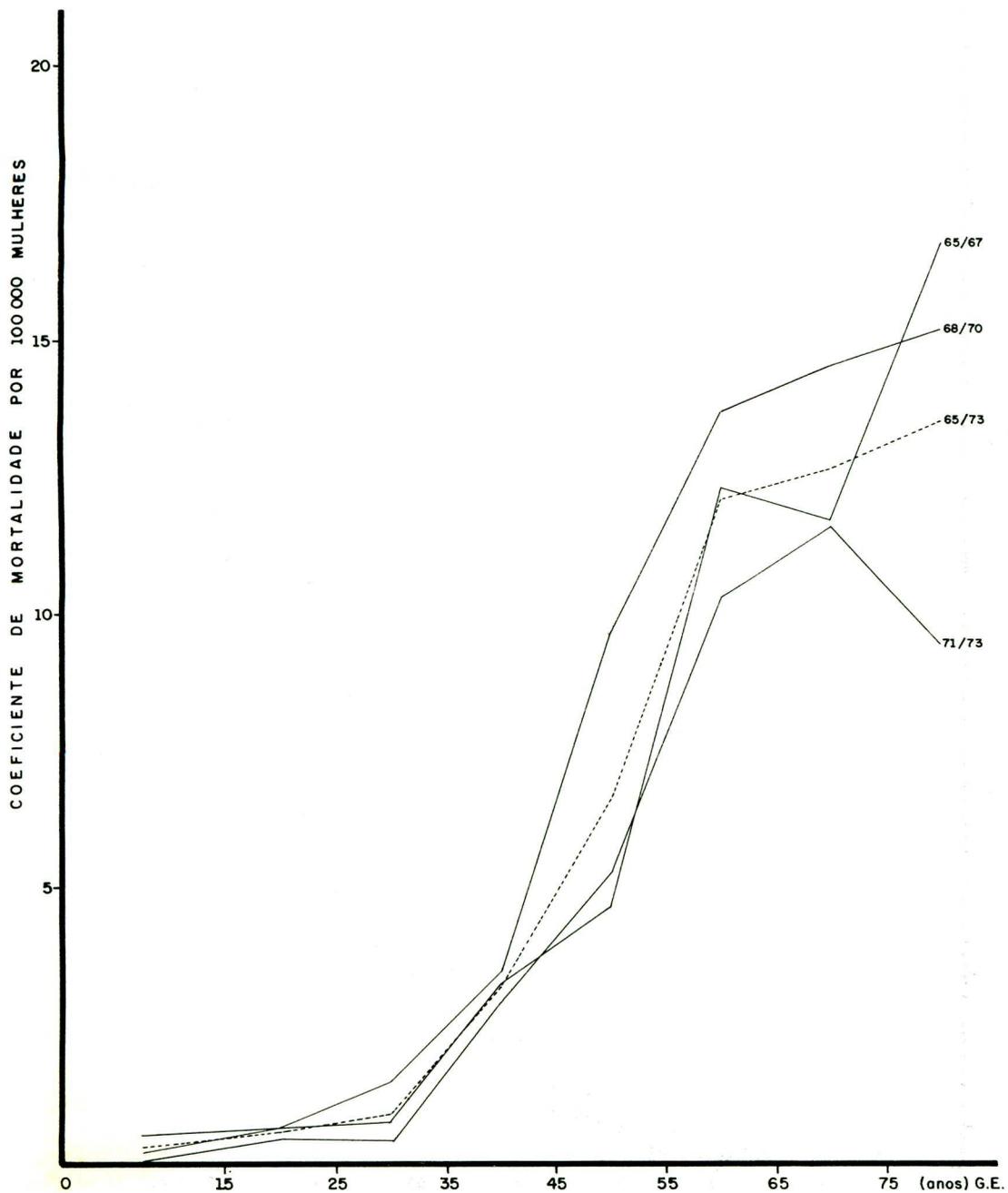
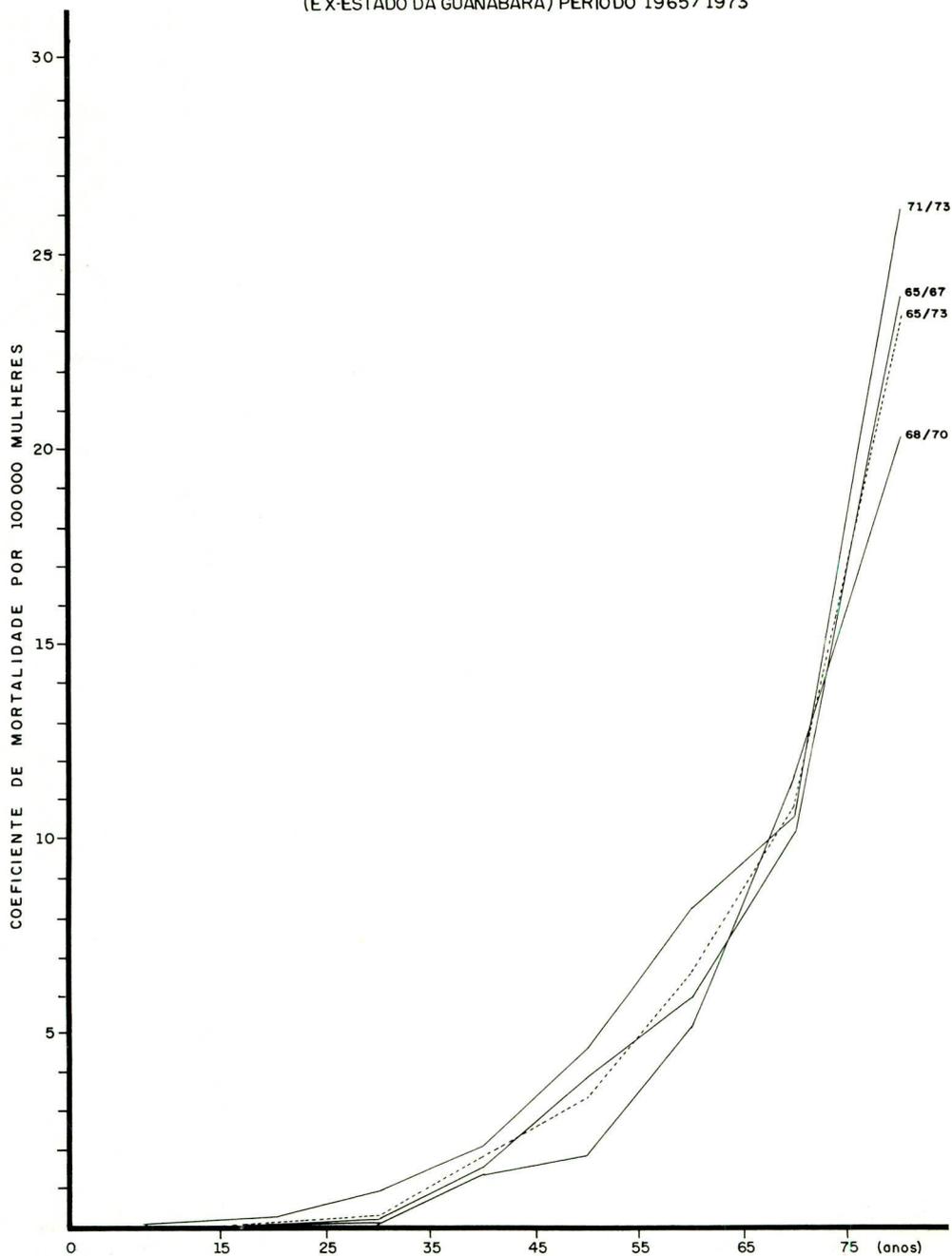


FIGURA 9

MORTALIDADE POR TUMORES GINECOLÓGICOS MALIGNOS DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES
(NÃO MAMÁRIOS, UTERINOS OU OVARIANOS) E SEM ESPECIFICAÇÃO
RIO DE JANEIRO
(EX-ESTADO DA GUANABARA) PERÍODO 1965/1973



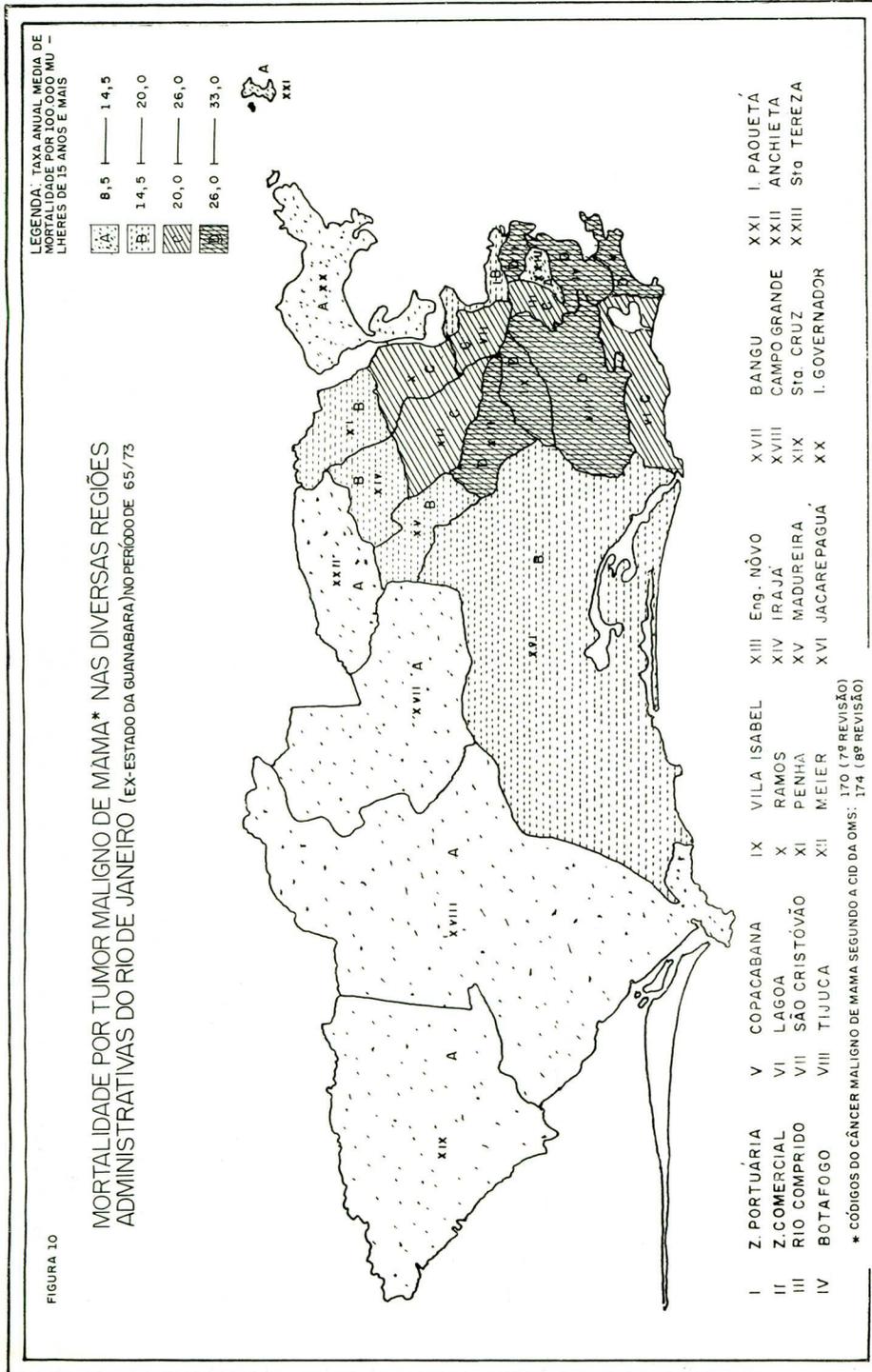
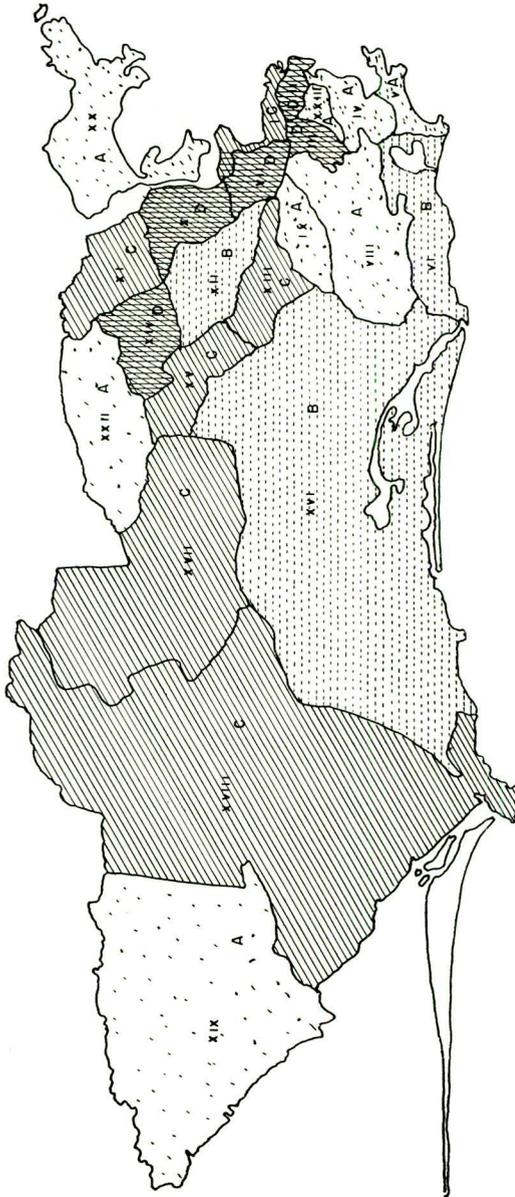
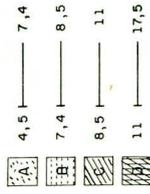


FIGURA 11

MORTALIDADE POR TUMOR MALIGNO DE COLO DE ÚTERO* NAS DIVERSAS
REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) NO PERÍODO
DE 1965/1973

LEGENDA: TAXA ANUAL MÉDIA DE
MORTALIDADE POR 100.000 MU -
LHERES DE 15 ANOS E MAIS



- I Z. PORTUÁRIA
- II Z. COMERCIAL
- III RIO COMPRIDO
- IV BOTAFOGO
- V COPACABANA
- VI LAGOA
- VII SÃO CRISTÓVÃO
- VIII TIJUCA
- IX VILA ISABEL
- X RAMOS
- XI PENHA
- XII MEIER
- XIII Eng. NÓVO
- XIV IRAJÁ
- XV MADUREIRA
- XVI JACAREPAGUA
- XVII BANGU
- XVIII CAMPO GRANDE
- XIX Sta. CRUZ
- XX I. GOVERNADOR
- XXI I. PAQUETA
- XXII ANCHIETA
- XXIII Sta. TEREZA

* CÓDIGOS DO CÂNCER MALIGNO DE COLO DE ÚTERO SEGUNDO A CID DA OMS: 171 (7ª REVISÃO); 180 (8ª REVISÃO)

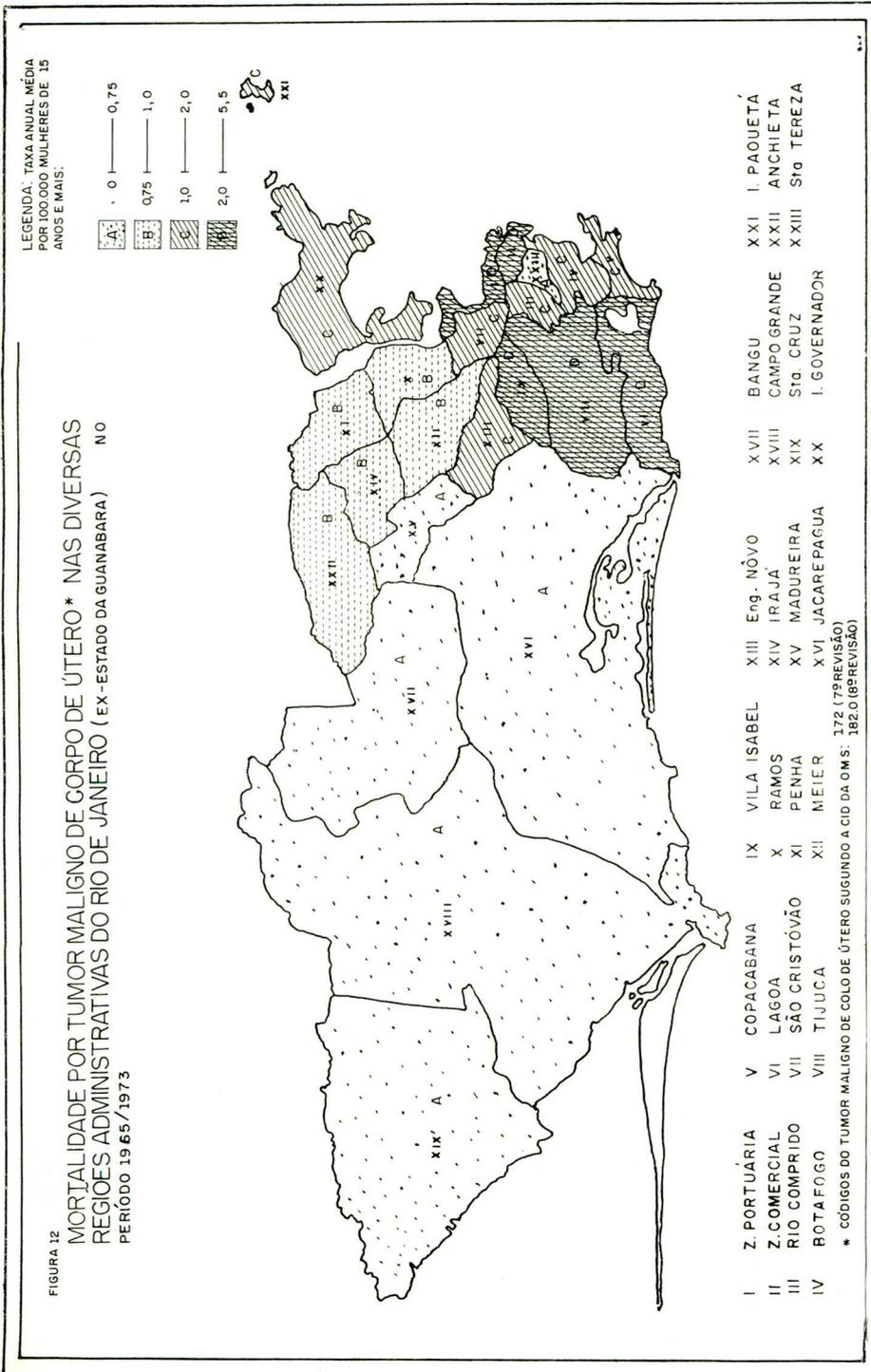
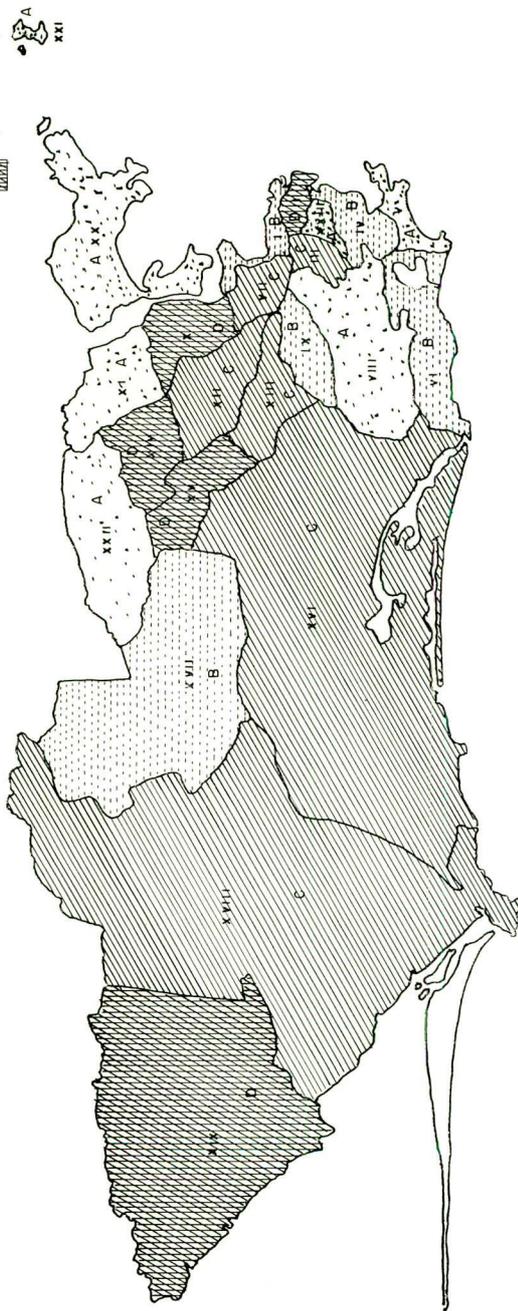
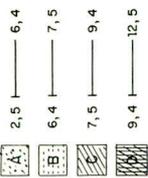


FIGURA 13

MORTALIDADE POR OUTROS TUMORES MALIGNOS DE ÚTERO* NAS DIVERSAS
REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO RIO DE JANEIRO (EX-ESTADO DA GUANABARA) NO
PERÍODO 1965/1973

LEGENDA: TAXA ANUAL MÉDIA
DE MORTALIDADE POR 100.000
MULHERES DE 15 ANOS E MAIS:



- I Z. PORTUÁRIA
- II Z. COMERCIAL
- III RIO COMPRIDO
- IV BOTA FOGO
- V COPACABANA
- VI LAGOA
- VII SÃO CRISTÓVÃO
- VIII TIJUCA
- IX VILA ISABEL
- X RAMOS
- XI PENHA
- XII MEIER
- XIII Eng. NÓVO
- XIV IRAJÁ
- XV MADUREIRA
- XVI JACAREPAGUA
- XVII BANGU
- XVIII CAMPO GRANDE
- XIX Sta. CRUZ
- XX I. GOVERNADOR
- XXI I. PAQUETA
- XXII ANCHIETA
- XXIII Sta. TEREZA

* OUTROS TUMORES MALIGNOS DE ÚTERO: CORIOEPITELIOMA, ETC. E NÃO-ESPECIFICADOS
CÓDIGOS SEGUNDO A CID DA OMS: 173 E 174 (7ª REVISÃO); 181 E 182.9 (8ª REVISÃO)

