

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

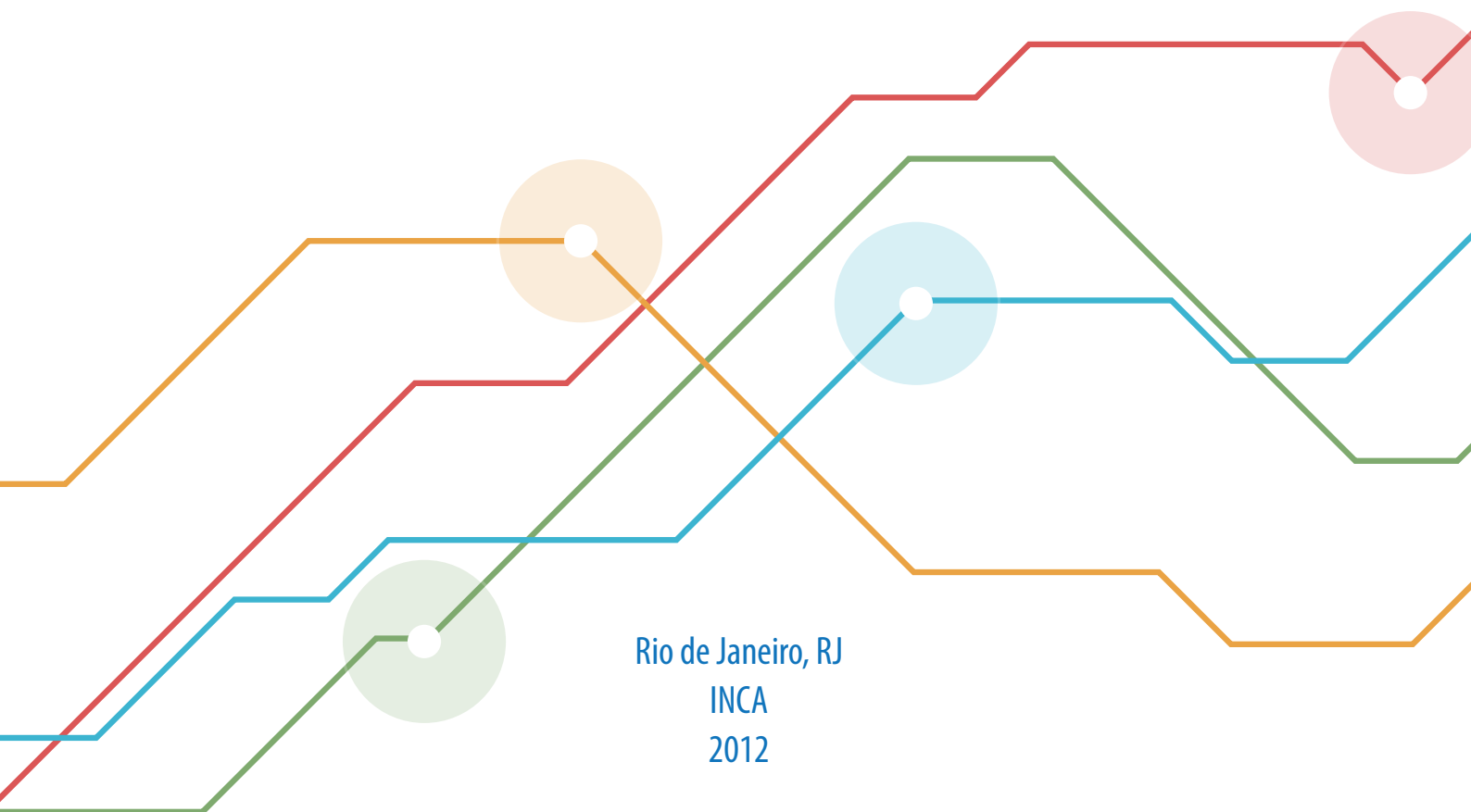
Informação dos Registros Hospitalares de Câncer como estratégia de transformação

Perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos



Informação dos Registros Hospitalares de Câncer como estratégia de transformação:

Perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos



Rio de Janeiro, RJ
INCA
2012

©2012 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsm.ms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância (CGPV)

Divisão de Vigilância e Análise de Situação

Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro

20230-240 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3207-5510

E-mail: dica@inca.gov.br

www.inca.gov.br

Edição

Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância (CGPV)

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro

20230-240 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3207-5500

Coordenação de Elaboração

Marise Souto Rebelo

Equipe de Elaboração

Alexandre Ferreira de Sousa

Ana Paula Roque da Silva

Camila Belo Tavares Ferreira

Danielle Nogueira Ramos

Elisângela Siqueira Costa Cabral

Fernando de Souza Paiva Filho

Ivo de Jesus Oliveira

Jefferson de Oliveira Ferreira

Maria do Carmo Esteves da Costa

Maria Teresa Xavier Martins

Paulo Antonio de Paiva Rebelo

Supervisão Editorial

Leticia Casado

Edição e Produção Editorial

Taís Facina

Copidesque e Revisão

Rita Rangel de S. Machado

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Fernandes Teles

Ficha Catalográfica

Mônica de Jesus Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil – Flama

FICHA CATALOGRÁFICA

IS9i	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2012. 100p.: il. ISBN 978-85-7318-215-6 (versão impressa) ISBN 978-85-7318-214-9 (versão eletrônica) 1. Neoplasias. 2. Registros hospitalares – estatísticas e dados numéricos. 3. Registros de doenças. 4. Institutos de Câncer – história. 5. Comunicação em saúde. I. Título. CDD 614.5999409
------	--

Catálogo na fonte – Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês: Information about Cancer Hospital Records as a transformation strategy: INCA's profile in 25 years

Em espanhol: Información sobre los Registros Hospitalarios de Cáncer como estrategia de transformación: perfil del INCA en 25 años

AGRADECIMENTOS

Aos técnicos que atuam nos Registros Hospitalares de Câncer do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), os quais se dedicaram para que hoje possamos nos debruçar em 25 anos de informações consolidadas que compõem o perfil da assistência hospitalar quando comemoramos 75 anos de existência do INCA.

APRESENTAÇÃO

Esta publicação, que integra as comemorações dos 75 anos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), apresenta informações sobre a assistência hospitalar processadas ao longo de 25 anos nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no período compreendido entre 1983 a 2008.

Esse é um marco na história do Instituto, criado em 13 de janeiro de 1937, pelo Presidente Getúlio Vargas, por meio da assinatura do decreto que fundou o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. Desde então, o Instituto manteve a preocupação de registrar as informações dos pacientes e de preservá-las nos seus prontuários.

A trajetória de 75 anos de assistência prestada ao paciente oncológico, que se reflete nesse conjunto de informações contidas nos três registros de câncer da instituição, protagoniza o impacto das inovações tecnológicas no diagnóstico e no tratamento, as estratégias adotadas para o controle e a prevenção, bem como a expansão do serviço de atenção oncológica. As informações dos RHC colocam em evidência o estado do paciente e as medidas tomadas para tratá-lo adequadamente e, ainda, acompanham e analisam a situação do caso no decorrer do tempo por meio do seguimento.

Nessa perspectiva histórica, as análises da assistência prestada ao paciente com câncer dialogam com os desafios presentes e futuros da instituição, tendo como referência os esforços e recursos alocados para o cumprimento de sua missão. Ademais, o resultado dessas análises traduz a evolução histórica do tratamento da doença e as mudanças na organização que fez do INCA a referência nacional em pesquisa, ensino, prevenção e tratamento do câncer.

Esta publicação disponibiliza informações de qualidade, configurando uma série temporal que evidencia a importância do registro para o estabelecimento de uma memória institucional. Dessa maneira, o INCA cumpre sua função orgânica, que é a de oferecer subsídios para a tomada de decisão no diagnóstico, no tratamento e na assistência ao paciente.

O repertório de informações compiladas e processadas por 25 anos pelos RHC permite hoje enxergar as realizações e avaliar as dificuldades enfrentadas e a complexidade das ações empenhadas no combate ao câncer.

Por outro lado, a partir da vigilância hospitalar desenvolvida nesse longo período, é possível desenvolver um processo de planejamento, com vistas ao monitoramento do horizonte e ao redimensionamento dos instrumentos necessários para a sustentabilidade, a identificação de prioridades e os avanços na atenção oncológica.

Direção-Geral

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	03
Apresentação.....	05
Introdução.....	19
Memória da vigilância hospitalar do câncer.....	21
Metodologia.....	29
Características gerais dos casos atendidos.....	31
Análise das informações segundo localização primária dos tumores selecionados.....	43
Câncer da boca (C00-C06).....	43
Câncer de cólon e reto (C18-C21).....	49
Câncer de traqueia, brônquios e pulmões (C33-C34).....	53
Câncer da mama feminina (C50).....	59
Câncer do colo do útero (C53).....	69
Câncer do corpo do útero e do ovário (C54 e C56).....	75
Câncer de próstata (C61).....	81
Câncer do esôfago (C15).....	86
Comentários finais.....	93
Referências.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo masculino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC I, INCA, de 1983 a 2008.....	34
Tabela 2 – Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo feminino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC I, INCA, de 1983 a 2008.....	35
Tabela 3 – Distribuição das idades segundo o sexo: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	38
Tabela 4 – Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo masculino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2002.....	39
Tabela 5 – Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo feminino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	40
Tabela 6 – Principais localizações do tumor, HC III, INCA, de 1994 a 2009.....	42
Tabela 7 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	45
Tabela 8 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo o estadiamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	45
Tabela 9 – Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	46
Tabela 10 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo o estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	47
Tabela 11 – Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto atendidos, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1999 a 2009, HC I, INCA.....	50
Tabela 12 – Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo primeiro tratamento realizado no INCA, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	51

Tabela 13 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	55
Tabela 14 – Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	56
Tabela 15 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	57
Tabela 16 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo os 10 principais tipos histológicos, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	62
Tabela 17 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo primeiro tratamento realizado, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	64
Tabela 18 – Medidas sumário dos intervalos de tempo (em dias) para casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	68
Tabela 19 – Sumário da distribuição percentual anual das seis principais morfologias do câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	72
Tabela 20 – Sumário da distribuição das proporções dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do colo do útero, INCA, de 1991 a 2008.....	73
Tabela 21 – Resumo da distribuição percentual anual dos óbitos por estágio do câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	74
Tabela 22 – Distribuição dos percentuais anuais: câncer do corpo do útero e do ovário, HC I, HC II, HC III, INCA, de 1983 a 2008.....	75
Tabela 23 – Sumário da distribuição percentual anual das seis principais morfologias, câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	78
Tabela 24 – Sumário da distribuição percentual anual das 10 principais morfologias do câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	79
Tabela 25 – Frequência relativa dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	80

Tabela 26 – Frequência relativa dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	80
Tabela 27 – Evolução temporal dos casos de câncer de próstata, segundo principais tipos histológicos, HC I, INCA, de 1999 a 2008.....	83
Tabela 28 – Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo primeiro tratamento realizado na instituição, HC I, INCA, de 2000 a 2008.....	84
Tabela 29 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no INCA, segundo os 10 principais tipos histológicos, HC I, INCA, de 1983 a 2008.....	87
Tabela 30 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo o estadiamento, de 1983 a 2008.....	88
Tabela 31 – Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008.....	88
Tabela 32 – Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo o estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008.....	89

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Evolução do número de RHC no Brasil (dados de 21 de outubro de 2012).....	25
Figura 2 – Evolução do número de casos registrados no IntegradorRHC por ano da consulta, Brasil, de 2000 a 2010 (dados de 21 de outubro de 2012).....	26
Figura 3 – Percentual de casos analíticos e não analíticos por ano de primeira consulta, HC I, de 1983 a 2008.....	31
Figura 4 – Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo o sexo, HC I, de 1983 a 2008.....	32
Figura 5 – Percentual de casos segundo histórico familiar de câncer, tabagismo e alcoolismo, casos analíticos, todas as topografias, ambos os sexos, HC I, de 1983 a 2008.....	32
Figura 6 – Percentual de casos analíticos e não analíticos por ano de primeira consulta, HC II, de 1991 a 2008.....	36
Figura 7 – Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo o sexo, HC II, de 1991 a 2008.....	36
Figura 8 – Percentual de casos segundo histórico familiar de câncer, tabagismo e alcoolismo, casos analíticos, todas as topografias, ambos os sexos, HC II, de 1991 a 2008.....	37
Figura 9 – Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo sexo, HC II, de 1991 a 2008.....	38
Figura 10 – Dez principais localizações do tumor em homens: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2002.....	39
Figura 11 – Dez principais localizações do tumor em mulheres: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	40
Figura 12 – Evolução temporal da frequência dos tumores ginecológicos e de mama: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	41
Figura 13 – Evolução temporal do percentual de casos analíticos e não analíticos, HC III, INCA, de 1994 a 2009.....	41
Figura 14 – Evolução temporal da frequência de tumores: casos analíticos, HC III INCA, de 1994 a 2009.....	42
Figura 15 – Evolução temporal dos casos de câncer da boca atendidos, segundo situação de chegada na instituição, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	44
Figura 16 – Distribuição do percentual mediano dos casos de câncer da boca atendidos, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	47

Figura 17 – Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	48
Figura 18 – Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	48
Figura 19 – Análise temporal da distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo situação de chegada do paciente, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	49
Figura 20 – Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2009, HC I, INCA.....	52
Figura 21 – Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2009, HC I, INCA.....	52
Figura 22 – Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2009, HC I, INCA.....	53
Figura 23 – Evolução temporal dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos, segundo situação de chegada na instituição, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	54
Figura 24 – Evolução temporal dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos, segundo estadiamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA.....	56
Figura 25 – Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	58
Figura 26 – Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	58
Figura 27 – Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008, HC I, INCA.....	59
Figura 28 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo faixas etárias, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	60
Figura 29 – Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina segundo situação de chegada na instituição, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	61
Figura 30 – Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo principais tipos histológicos, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	62

Figura 31 – Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo informação sobre estadiamento clínico do tumor, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	63
Figura 32 – Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo informação sobre estadiamento clínico do tumor, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	63
Figura 33 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo histórico familiar, HC III, INCA, de 2000 a 2009.....	65
Figura 34 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo consumo de álcool, HC III, INCA, de 2000 a 2009.....	66
Figura 35 – Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo consumo de tabaco, HC III, INCA, de 2000 a 2009.....	66
Figura 36 – Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a consulta e o diagnóstico dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	66
Figura 37 – Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre o diagnóstico e o tratamento dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	67
Figura 38 – Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a consulta e o tratamento dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009.....	67
Figura 39 – Situação de chegada da mulher em relação ao diagnóstico e tratamento, por localização primária do tumor, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	69
Figura 40 – Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	70
Figura 41 – Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do colo do útero, HC I, INCA, de 1983 a 1998.....	71
Figura 42 – Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	71
Figura 43 – Proporção de óbitos no primeiro ano do primeiro tratamento, segundo estadiamento e ano da primeira consulta, câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	74
Figura 44 – Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	76

Figura 45 – Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	76
Figura 46 – Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	77
Figura 47 – Evolução temporal dos estádios: proporção, anual de casos de câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	77
Figura 48 – Mortalidade no primeiro ano do tratamento: câncer do corpo do útero e do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008.....	81
Figura 49 – Evolução temporal dos casos de câncer de próstata, segundo situação de chegada dos pacientes, HC I, INCA, de 1999 a 2009.....	82
Figura 50 – Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo histórico familiar de câncer, HC I, INCA, de 2000 a 2009.....	85
Figura 51 – Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo consumo de álcool, HC I, INCA, de 2000 a 2009.....	85
Figura 52 – Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo consumo de tabaco, HC I, INCA, de 2000 a 2009.....	85
Figura 53 – Evolução temporal dos casos de câncer do esôfago atendidos no INCA, segundo situação de chegada à instituição, HC I, de 1983 a 2008.....	86
Figura 54 – Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HCI, INCA, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008.....	90
Figura 55 – Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008.....	90
Figura 56 – Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008.....	91

LISTA DE SIGLAS

- Cacon** – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
- CID** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CID-O** – Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia
- CGPV** – Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância
- CNCC** – Campanha Nacional Contra o Câncer
- Conprev** – Coordenação de Prevenção e Vigilância
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DNCT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- HC I** – Hospital do Câncer - Unidade I
- HC II** – Hospital do Câncer – Unidade II
- HC III** – Hospital do Câncer – Unidade III
- IARC** – International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- NIC III** – Neoplasia intraepitelial cervical grau III
- Pro-Onco** – Programa de Oncologia, *posteriormente denominado Coordenação de programas de Controle de Câncer
- Pro-Onco** – Coordenação de Programas de Controle de Câncer
- RCBP** – Registro de Câncer de Base Populacional
- RHC** – Registro Hospitalar de Câncer
- RNPT** – Registro Nacional de Patologia Tumoral
- SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade
- Sipac** – Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade
- SIRCC** – Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer
- Sisreg** – Sistema Nacional de Regulação
- SisRHC** – Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer
- SNC** – Serviço Nacional de Câncer
- SOE** – Sem Outra Especificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TNM – Classificação de Tumores Malignos

UICC – União Internacional Contra o Câncer

Unacon – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

INTRODUÇÃO

A importância do INCA vem crescendo dentro do cenário nacional da atenção oncológica. Como centro de referência de alta complexidade do Ministério da Saúde, além de prestar atenção aos pacientes com câncer, o Instituto auxilia na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica, estando sob sua responsabilidade a gestão nacional dos registros de câncer, além do planejamento e da avaliação das políticas de rastreamento de câncer desenvolvidas em estados e municípios.

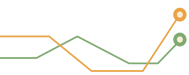
Os RHC coletam informações de todos os pacientes com diagnóstico de câncer confirmado, atendidos no hospital no qual realizou diagnóstico e/ou recebeu tratamento, a partir do prontuário e de outras fontes de dados. Caracterizam-se como espelho do desempenho do corpo clínico em relação à assistência prestada, permitindo a avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e da análise de sobrevida dos pacientes, por tipo específico de câncer.

Reúnem informações estatísticas e analíticas, identificando quais são os tipos de diagnóstico mais frequentes no hospital, o que possibilita também o acompanhamento da evolução do paciente. As informações são utilizadas pelas administrações hospitalares e pelos profissionais do corpo clínico como meios de avaliação da eficácia de diagnóstico e tratamento, como subsídios ao planejamento hospitalar e dos programas de câncer, como direcionadores das pesquisas clínico-epidemiológicas, como auxiliares na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. Por conseguinte, colaboram com a sobrevida desses pacientes¹.

Em suma, esse conjunto de informações permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição, sua condição de chegada e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

No INCA, o RHC foi implantado em 1983, sendo o registro hospitalar mais antigo do país. Desde então, a estrutura da organização foi modificada. Atualmente existem RHC em três hospitais do instituto: Hospital do Câncer I (HC I), Hospital do Câncer II (HC II) e Hospital do Câncer III (HC III), que registram tumores de acordo com o perfil específico de cada uma dessas unidades.

A longa série de informações disponíveis nos RHC apresenta grande potencial de análise, o que permite observar os padrões institucionais da assistência oncológica ao longo do tempo. Adicionalmente, o INCA vem executando ações de apoio ao planejamento, à implantação e ao funcionamento dos RHC no país, nas 264 habilitações para alta complexidade em oncologia (Centro de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon, junho 2012) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que propicia a ampliação e o aprimoramento da vigilância hospitalar de câncer no Brasil.



Nesse sentido, como forma de comemoração dos 75 anos de criação do INCA, uma publicação com informações dessa natureza é um documento de valor histórico inestimável, que será de grande utilidade para divulgar o seu papel na construção e na execução da política nacional de atenção oncológica.

Para melhor compreensão da história do INCA no enfrentamento do câncer, a vigilância hospitalar, representada pelos RHC, constitui a base do conhecimento acerca do perfil assistencial da instituição e do panorama clínico-epidemiológico das neoplasias, bem como permite discutir os avanços e a inovação alcançada nas modalidades diagnóstica, terapêutica e estrutural.

No contexto da memória institucional, no que se refere à assistência prestada ao paciente com câncer, recorre-se a essas fontes de informação, a fim de delinear o perfil de atendimento de suas unidades hospitalares (HC I, HC II e HC III) desde a implantação do primeiro RHC, efetuando-se uma análise das informações processadas durante 25 anos de história, que é marcada e delineada por mudanças ocorridas nos padrões técnicos, no valor e no uso das informações para a atenção oncológica.

O repertório analítico dessa publicação abrange os tumores de boca, esôfago, colón e reto, traqueia, brônquios e pulmões, mama, colo do útero, corpo do útero, ovário e próstata, selecionados em função de sua magnitude entre os casos atendidos nas unidades hospitalares.

MEMÓRIA DA VIGILÂNCIA HOSPITALAR DO CÂNCER

A preocupação com a vigilância do câncer é antiga e encontra referências desde 1937, quando a população passa a contar com um centro especializado para o tratamento do câncer no Rio de Janeiro. Era reconhecida, no Centro de Cancerologia, a importância dos estudos de epidemiologia do câncer e a sua difusão para o conhecimento do perfil da doença e sua detecção precoce, tanto que, a organização técnico-administrativa contava com um serviço de estatística e propaganda.

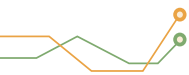
A partir da estruturação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), em 1941, as iniciativas de controle do câncer passaram a ser ampliadas com vistas a uma abrangência nacional, embora esse objetivo já fizesse parte dos planos iniciais da organização².

Entre as funções instituídas por decreto ao SNC, estavam a cargo desse órgão as investigações para identificação dos aspectos etiológicos e epidemiológicos da doença, contemplando inclusive, em seu organograma, as áreas de epidemiologia e estatística. Uma das responsabilidades do setor científico do SNC era a realização de levantamentos demográficos e sanitários sobre câncer em todo o território nacional. À época, esses estudos apontavam 60 mil casos de câncer e, anualmente, 20 mil óbitos pela doença no Brasil².

As estatísticas produzidas sobre a assistência prestada foram utilizadas para justificar a importância do Centro de Cancerologia e apontar a necessidade de um local que pudesse comportar a demanda de novos casos atendidos na unidade. Ainda na década de 1940, funcionando como órgão executivo do SNC, o Centro passa a ser denominado Instituto de Câncer que, provisoriamente, passava a funcionar nas dependências do Hospital Gaffrée e Guinle³.

A nova sede do Instituto, situada na Praça da Cruz Vermelha, é inaugurada em 1957 e recebe nova denominação em 1961, passando a Instituto Nacional de Câncer. A partir daí, passa a contar com espaço mais adequado ao volume de atendimento, modernizar-se e ampliar a assistência e suas demais atividades, o que era inviável nas antigas instalações.

Para cumprir com seu papel de nacionalização das ações de combate ao câncer, em 1967, foi criada a Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC) na estrutura organizacional do SNC. Instituições públicas e privadas dedicadas ao tratamento da doença foram filiadas, recebendo recursos financeiros para o desenvolvimento de suas atividades e garantindo a manutenção das ações de controle da incidência do câncer nas principais cidades brasileiras⁴.



Na década de 1960, a necessidade de criação de registros de câncer foi debatida entre os diretores de unidades filiadas à CNCC, culminando na implantação do primeiro registro de câncer em Pernambuco, em 1967. O SNC pretendia coordenar os registros de câncer em todo país por meio de um registro central, além de prestar assistência aos estaduais, como faziam com os de Pernambuco e São Paulo⁵.

Com o empenho e o interesse do SNC na implantação de registro na Guanabara, foi publicada a Portaria nº 72, de 30 de outubro de 1967, instituindo o Registro de Câncer da Guanabara e o Registro Central de Câncer. As primeiras informações sobre os casos de neoplasias malignas provenientes de 48 unidades hospitalares do Estado da Guanabara foram publicadas em 1970. O SNC publicou, no mesmo ano, um levantamento estatístico de casos de câncer do ano de 1968, com informações fornecidas por 27 entidades filiadas à CNCC^{5,6}.

Todo esse empreendimento era justificado pela reconhecida importância dos registros, já evidenciada por organizações internacionais, apontados como instrumentos da luta contra o câncer. Contudo, essa atividade ainda carecia de providências imediatas de insumos e pessoal que mantivesse seu total funcionamento.

Ao INCA, foram atribuídas novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Assim, ganhavam relevância a geração, a análise e a divulgação de estatísticas, a capacitação de pessoas e a produção científica.

No panorama nacional, entre os problemas a serem enfrentados na área de registro, destacava-se a falta de informações confiáveis e abrangentes sobre a incidência do câncer no Brasil. Dos existentes, apenas o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Fortaleza encontrava-se em funcionamento. Os dados nacionais então disponíveis eram do Registro Nacional de Patologia Tumoral (RNPT), criado em 1978, com o objetivo de efetuar, junto aos laboratórios de patologia, o levantamento das informações sobre diagnósticos de câncer⁷.

Para o planejamento do hospital e a avaliação do seu desempenho na assistência oncológica, a informação tratada e disseminada por meio de um registro seria a solução adequada para responder aos desafios impostos pela ocorrência da doença em nível local.

Com vistas ao atendimento dessa necessidade, optou-se pela implantação de RHC, uma estrutura de coleta sistemática de informações de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de câncer atendidos nos hospitais, cujo objetivo seria gerar as informações a serem utilizadas pelas administrações hospitalares e pelos profissionais do corpo clínico para avaliar a eficácia do diagnóstico e do tratamento dos pacientes com câncer⁸.

A prestação desse serviço voltado à vigilância hospitalar do câncer teve início no INCA com a implantação definitiva do primeiro RHC no Hospital da Praça da Cruz Vermelha, em janeiro de 1983.

Nesse mesmo período, o Instituto vivenciou o crescimento e a expansão do seu trabalho com o apoio da CNCC e com o processo de cogestão entre Ministério da Saúde e Ministério de Previdência e Assistência Social, o que duplicou o atendimento. Isso se tornou fundamental na política de controle do câncer no Brasil com o desenvolvimento de programas e convênios técnico-científicos nas áreas de prevenção, informação, educação.

A partir de 1987, a estrutura técnico-administrativa voltada à organização de um serviço de abrangência nacional para as ações de prevenção e controle do câncer passaria a ser desenvolvida pelo Programa de Oncologia (Pro-Onco). Essas ações nacionais eram desenvolvidas no âmbito do Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC), cujas linhas de trabalho concentravam-se em educação e informação sobre câncer.

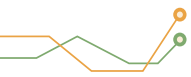
Com a desativação da CNCC, em 1990, as atividades do Pro-Onco foram absorvidas pelo INCA, sob denominação de Coordenação de Programas de Controle de Câncer, mantendo a sigla Pro-Onco.

Nesse mesmo período, mais dois registros surgem com a incorporação, na estrutura do INCA, de duas unidades hospitalares especializadas no atendimento às neoplasias em mulheres (tumores da mama e ginecológicos), o Hospital de Oncologia e o Hospital Luíza Gomes de Lemos (da Associação das Pioneiras Sociais), posteriormente nomeados, respectivamente, Hospital do Câncer II e III (HC II e HC III). O Hospital de Oncologia, fundado em 1973 e absorvido pela estrutura hospitalar do INCA em 1992, inicialmente era direcionado para todas as topografias e, em 1999, tornou-se uma instituição especializada em Ginecologia. As atividades do RHC do HC II tiveram início em abril de 1993. Atualmente, esse registro possui um banco de dados com 26.312 casos catalogados no período de 1991 a 2008. O Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos foi fundado em 1957, a fim de promover o atendimento ambulatorial na prevenção e na detecção dos cânceres ginecológico e da mama. O RHC do HC III foi implantado em 1993. Em 1999, foi reestruturado para adequar-se à proposta de ter, dentro do INCA, um centro especializado no tratamento do câncer da mama. Possui 22.614 casos registrados no período de 1999 a 2008. No HC I, foram cadastrados, de 1983 a 2008, 126.094 casos.

Para conhecer o perfil da morbimortalidade da doença, o panorama da assistência oncológica e as suas mudanças, fazia-se necessária a implementação de estruturas informacionais por meio de sistemas de vigilância que pudessem retratar a situação epidemiológica, para cumprimento da missão institucional e superação das barreiras impostas por esse agravo na população brasileira.

Assim, a nacionalização de um sistema de vigilância hospitalar das neoplasias foi iniciada a partir de portarias ministeriais, comentadas adiante, que subsidiaram o processo de implantação, desenvolvimento e fortalecimento dos RHC de acordo com as diretrizes do INCA.

A coordenação nacional dos registros hospitalares, na nova estrutura do INCA, é de responsabilidade da Divisão de Vigilância e Análise de Situação, área técnica vinculada hoje à Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância (CGPV), que sucedeu à Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) e, anteriormente, ao Pro-Onco.



Essa ação nacional conta com a participação ativa das coordenações estaduais dos registros hospitalares, cujo papel é estratégico no cenário da vigilância do câncer. A colaboração e a articulação desses agentes no monitoramento e na qualificação das informações permitem um maior desempenho e protagonismo aos RHC nas ações de vigilância. Resultados positivos e melhores práticas desenvolvidas nos RHC refletem o trabalho organizado e articulado da vigilância nos estados.

Por seu legado e *expertise* na área de informação, os RHC do INCA são considerados modelos técnicos para outras unidades hospitalares no Brasil. De fato, funcionam como laboratórios para novas práticas e demandas apresentadas pela comunidade técnica de registros. Esse reconhecimento torna as tarefas de aprimoramento e atenção aos padrões técnicos mais exigentes, qualificando e ampliando a experiência no tratamento e na disseminação das informações sobre o câncer.

A série histórica e a qualidade das informações dos RHC estimularam a elaboração de estudos e pesquisas com uso dessas fontes para a compreensão do perfil epidemiológico do câncer e para o fornecimento de respostas ao sistema de saúde. Sua importância para o estabelecimento de ações na área da saúde pública, redução da morbimortalidade por câncer e, ainda, melhoria da qualidade de vida dos pacientes deve ser observada.

Para construção dessa realidade, foram necessárias ações técnico-políticas, investimentos e esforços empreendidos no campo de gerenciamento da informação. Isso proporcionou a elaboração de programas e ações que suportam a infraestrutura, a formação de registradores, a assessoria técnica, a promoção de eventos técnico-científicos e o desenvolvimento de aplicativos para consolidação, análise e publicação de dados, procurando garantir a sustentabilidade aos registros de câncer e a qualidade das informações por eles produzidas.

Não somente pela riqueza das informações coletadas e registradas a partir dos prontuários dos pacientes, como também pela importância das variáveis disponíveis para avaliação de indicadores de qualidade e acesso à saúde, os RHC conquistaram visibilidade entre os interessados no controle e no tratamento das neoplasias, fornecendo subsídios, especialmente aos gestores e formuladores de políticas públicas de saúde.

Essas informações, hoje, possuem um nível de confiança satisfatório para sua utilização nos processos de tomada de decisão. Mais recentemente, os RHC estão presentes em importantes instrumentos estratégicos de saúde pública do governo federal tais como: Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil; Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) no Brasil, 2011-2022 e Política Nacional de Saúde do Trabalhador⁹⁻¹².

No que concerne à coordenação nacional dos RHC, os sistemas de informação desenvolvidos foram necessários para o atendimento das exigências legais relacionadas ao papel do INCA como consolidador e divulgador das informações.

Nesse sentido, foram desenvolvidos o aplicativo SisRHC, em 2002, para processamento eletrônico das informações sobre os casos de câncer nas unidades hospitalares, e a ferramenta *web* IntegradorRHC, em 2007, de consolidação e divulgação das informações, permitindo o livre acesso a elas⁹. Outro aspecto relevante nesse processo foi o estabelecimento de bases normativas para o funcionamento dos RHC no Brasil.

Desde 1993, o Ministério da Saúde determina, via portarias, a implantação de RHC nas unidades credenciadas no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (SIPAC-Câncer). Conforme determinado pela Portaria MS nº 170, de 1993, os hospitais do SUS que realizavam atendimento oncológico e que faziam parte desse sistema deveriam ter RHC implantados.

Dando continuidade ao processo de regulamentação, mais duas portarias foram publicadas (Portaria GM nº 3535/1998 e Portaria MS/SAS nº 741/2005)^{14,15}, apoiando a integração das informações nacionais e fundamentando seu papel na vigilância hospitalar de câncer, sendo estabelecida obrigatoriedade de envio de arquivos eletrônicos com dados desses registros para o INCA a partir de 2007.

Com a publicação da Portaria nº741, de 2005, iniciou-se a expansão dos RHC no Brasil, passando de 176, em 2005, para 268, em 2012, o que representa um aumento de 52% quando comparado ao ano dessa publicação.

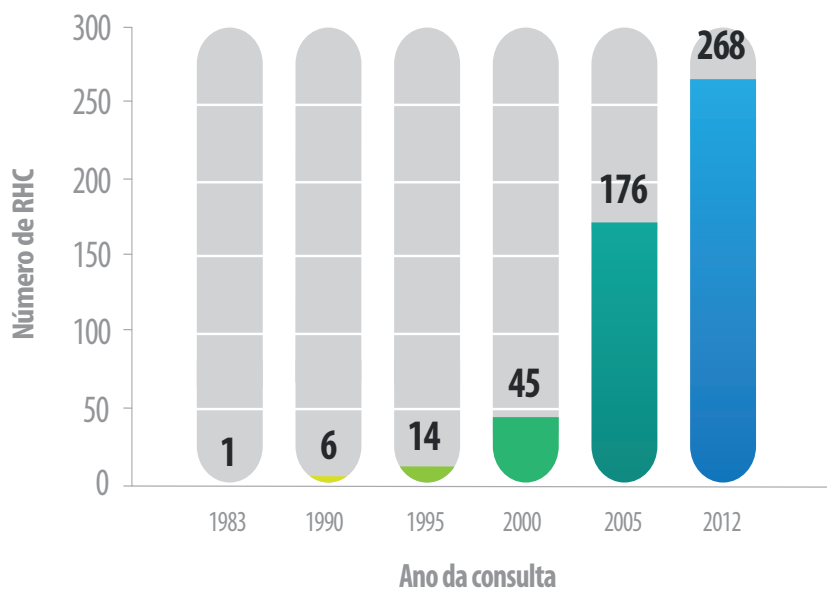
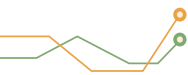


Figura 1 - Evolução do número de RHC* no Brasil (dados de 21 de outubro de 2012)

*Existem unidades habilitadas como Cacon/ Unacon que formam complexo hospitalar e possuem mais de um RHC. O número de RHC corresponde ao total de hospitais com registro, incluindo não habilitados.



Desde a implantação do IntegradorRHC, as bases enviadas relativas ao ano 2000 totalizavam 36.864 casos. Já para agosto de 2012, a base nacional apresenta informações sobre 873.112 casos registrados.

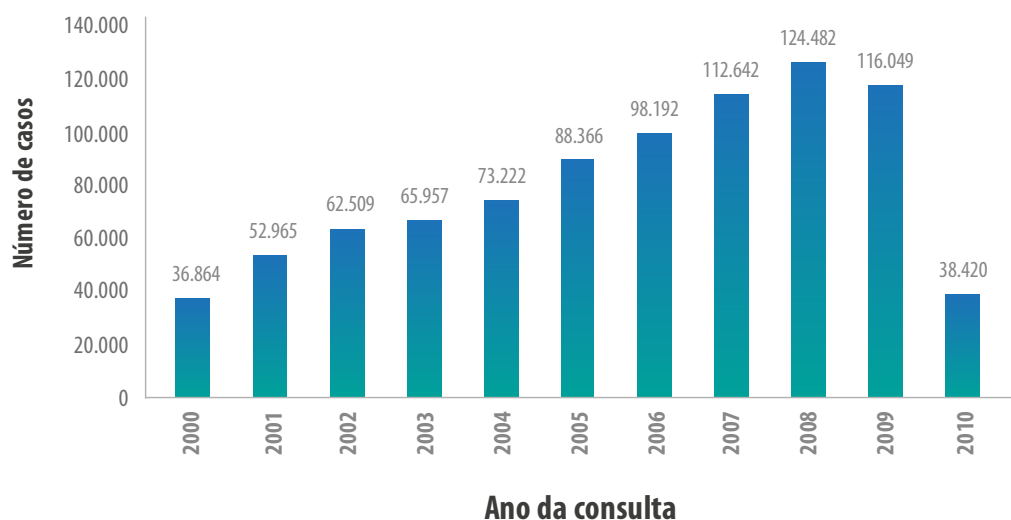


Figura 2 - Evolução do número de casos registrados no IntegradorRHC por ano da consulta, Brasil, de 2000 a 2010 (dados de 21 de outubro de 2012)

Embora as legislações sejam fundamentais para implantação dos RHC, mais importante que o cumprimento das obrigações legais é o entendimento da função e da utilidade dos RHC para retorno sobre trabalho realizado pelas unidades hospitalares na assistência ao paciente oncológico. Nesse sentido, a divulgação das informações é fundamental para a agenda de prioridades da gestão hospitalar e das ações públicas nacionais de prevenção e controle do câncer.

A possibilidade de avaliar esse repertório deve-se a inúmeros fatores, entre os quais se destacam a incorporação das soluções tecnológicas e os treinamentos ministrados para a organização, o tratamento e a transferência das informações. As limitações iniciais com o uso de aplicativos que não atendiam plenamente os requisitos do RHC deram lugar aos sistemas de informação que permitiram o gerenciamento integrado dos registros de acordo com as diretrizes preconizadas, possibilitando a condução de estudos analíticos para a melhor decisão e definição de prioridades para nortear a atenção oncológica no INCA e em todo país.

Toda essa infraestrutura informacional que permite a avaliação do perfil do INCA no atendimento às neoplasias malignas, também estendidas aos RHC ativos no Brasil, foi baseada em padrões mundialmente aceitos e reconhecidos pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer).

Esse trabalho de gestão da informação, desenvolvimento e atualização de sistemas e o monitoramento da qualidade são contínuos para que a vigilância hospitalar seja realizada de maneira efetiva e adequada.

Diante da história aqui apresentada, indiscutivelmente os RHC apresentam-se como componentes da gestão para a organização da rede assistencial aos pacientes com câncer e como facilitadores das ações de controle e avaliação da atenção oncológica no SUS.

Reconhecendo seu valor como fonte de informação, serão apresentadas, na próxima seção, análises sobre o perfil da assistência prestada ao longo da trajetória do INCA, compreendendo o período de cobertura dos seus RHC e as seguintes topografias: boca, esôfago, colón e reto, traqueia, brônquios e pulmões, mama, colo do útero, corpo do útero, ovário, próstata.

METODOLOGIA

Foram analisadas as bases de dados dos registros hospitalares de câncer referentes às três unidades hospitalares do INCA, para o período de 1983 a 2009. Os períodos disponíveis para cada uma das unidades foram: HC I, de 1983 a 2008; HC II, de 1991 a 2008 e HC III, de 1999 a 2009.

A inclusão dos casos no estudo foi restrita aos analíticos e consistiu-se da descrição das características dos casos de câncer em localizações primárias de tumor identificadas entre as mais frequentes em cada unidade, utilizando variáveis selecionadas da ficha de cadastro do tumor.

As topografias selecionadas para cada um dos hospitais foram:

- HC I: boca (C00 a C06); esôfago (C15), traqueia, brônquios e pulmões (C33 e C34); cólon, reto e ânus (C18 a C21); próstata (C61).
- HC II: colo do útero (C53), corpo do útero (C54) e ovário (C56);
- HC III: mama (C50).

Variáveis selecionadas:

- Idade e sexo.
- Diagnóstico e tratamento anterior.
- Estadiamento clínico do tumor segundo o TNM – Classificação de Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (UICC).
- Base mais importante para o diagnóstico.
- Tipo histológico.
- Primeiro tratamento recebido no INCA: para algumas patologias, foi utilizada a definição do tratamento como local, compreendendo a cirurgia e a radioterapia; ou sistêmico, correspondendo à quimioterapia e a hormonioterapia.
- Razão para não tratar no INCA.
- Tempo em dias entre consulta e diagnóstico; diagnóstico e tratamento; consulta e tratamento para os tumores de mama.
- Estado da doença ao final do primeiro tratamento no INCA.
- Ano da primeira consulta no INCA.

Os critérios conceituais e de coleta para cada variável selecionada podem ser encontrados na 1ª edição do livro *Registros Hospitalares de Câncer: Rotinas e Procedimentos*, 2000¹.



A evolução temporal dos perfis dos casos registrados teve como base o ano da primeira consulta.

As análises foram feitas utilizando-se o formato descritivo. Os resultados são apresentados sob a forma de frequências obtidas por tabulações simples entre variáveis. Na descrição das séries, utilizou-se a média das proporções anuais obtidas, medidas de dispersão e posição das distribuições percentuais.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CASOS ATENDIDOS

Hospital do Câncer I

O RHC desse hospital começou a registrar os casos atendidos na unidade a partir de 1983. As informações disponíveis para o período de 1983 a 2008 mostraram que esse RHC cadastrou 126.094 casos, dos quais 70,3% (88.609) foram classificados como analíticos e 29,7% (37.485) como não analíticos.

Entre os anos de 1983 e 1986, houve uma média de 87,6% de casos analíticos. De 1987 a 1999, houve uma grande oscilação entre o número de casos analíticos e não analíticos na unidade, alcançando, em 1991, 53,2% de casos analíticos, contra 46,8% de não analíticos. A partir de 2000, o número de analíticos tornou-se três vezes maior que o de não analíticos e a curva passou a ter estabilidade no percentual de casos analíticos, que, em 2008, chegou a ser de 77,7%.

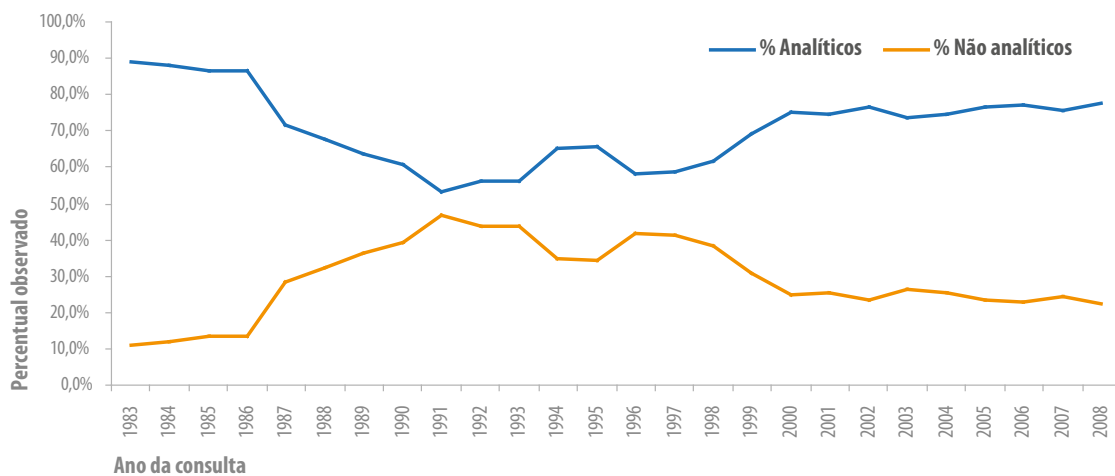


Figura 3 - Percentual de casos analíticos e não analíticos por ano de primeira consulta, HC I, de 1983 a 2008

Considerando todos os tipos de casos, houve um maior número de atendimento da população do sexo masculino: 69.955 homens (55,5%) e 56.139 mulheres (44,5%) ao longo do período. Entre os casos analíticos, o predomínio de homens permaneceu (Figura 4). Com a transferência do atendimento dos tumores ginecológicos para o HC II e com a concentração do atendimento às pacientes com neoplasia de mama no HC III, o número de mulheres atendidas no HC I diminuiu, chegando a um percentual médio de 36,4% contra 63,4% de homens atendidos.

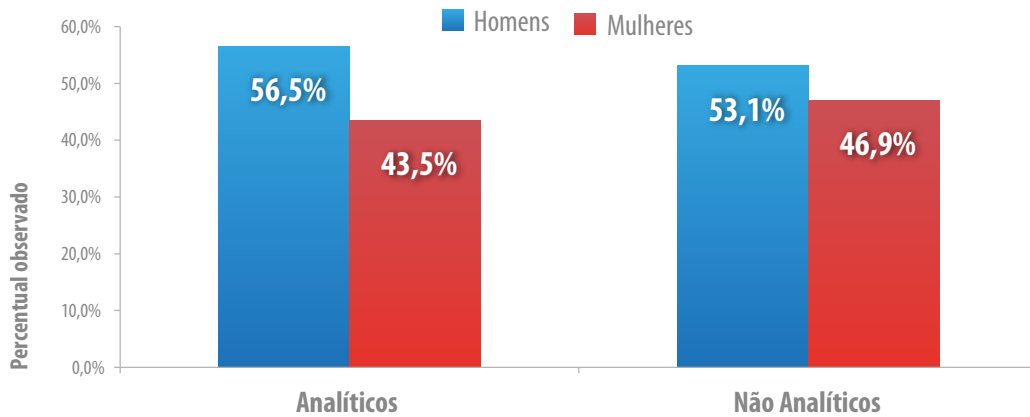
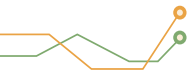


Figura 4 - Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo o sexo, HCI, de 1983 a 2008

A série histórica dos casos analíticos também mostrou predominância de mulheres no período compreendido entre 1983 e 1990, com uma média de 53,0%. A partir de 1991, a predominância foi de homens, passando de uma média de 53,9% no período entre 1991 e 1998, para uma média de 65,0% a partir de 1999.

Histórico de exposição aos fatores de risco

Considerando-se o conjunto dos casos analisados e todas as topografias, verificou-se que, na maioria (44,0%) dos casos, não há referência a histórico de câncer em membros da família, pouco mais da metade informou histórico de tabagismo (51,3%) e 40,0% de consumo de bebida alcoólica (Figura 5).

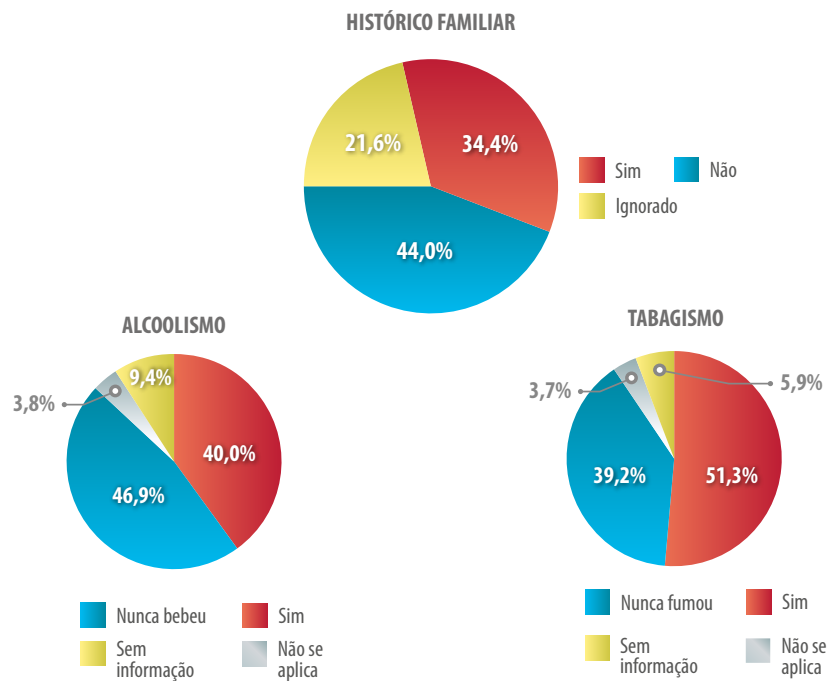


Figura 5 - Percentual de casos segundo histórico familiar de câncer, tabagismo e alcoolismo, casos analíticos, todas as topografias, ambos os sexos, HCI, de 1983 a 2008

A Tabela 1 apresenta as 10 topografias mais frequentes entre os homens no período de 1983 a 2008. Em conjunto, elas representaram 71,0% do total de casos registrados. Os tumores de pele, com aproximadamente 22,7% dos casos, de traqueia, brônquios e de pulmões (10,9%) e de laringe (8,1%) foram os três primeiros no *ranking*.

A análise temporal mostrou a manutenção da pele como localização mais frequente do câncer em homens durante todo o período e o crescimento da proporção dos tumores de cólon e reto, de próstata e de orofaringe ao longo do período (Tabela 1), provavelmente em virtude das modificações no perfil da unidade, conforme já foi assinalado.

Na população feminina, as 10 principais localizações primárias representaram 77,2% do total de casos registrados. Nesse grupo, destacam-se os tumores de pele (22,5%), mama (17,3%) e colo do útero (10,1%) (Tabela 2).

Entre as mulheres, a pele também se consolidou como a principal topografia registrada. Entretanto, o câncer nessa localização só se tornou o mais frequente a partir de 1997; a mama foi a primeira localização nos anos iniciais (até 1990 e de 1993 a 1995) e, posteriormente, assumiu o segundo lugar, mantendo-se com percentuais superiores a 20% até 1998, quando o atendimento passou a ser feito no HC III. Embora com menores proporções, o colo do útero também se consolidou como importante causa de morbidade entre as pacientes desse hospital, até a centralização do atendimento de tumores ginecológicos no HC II (Tabela 2). As mudanças no perfil da unidade, decorrente da reorganização da assistência ao câncer ginecológico e de mama, também se refletem na morbidade por câncer no sexo feminino, em razão do crescimento de outras topografias, como o cólon e reto e traqueia, brônquios e pulmões, em função da concentração dos atendimentos desses tumores no HC I.

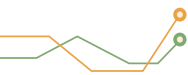
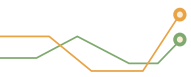


Tabela 1 - Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo masculino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC I, INCA, de 1983 a 2008

Localização primária	ANO DA CONSULTA																										TOTAL
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Pele	13,9	16,6	17,1	19,6	21,9	24,0	24,7	22,5	24,4	23,4	24,4	21,2	28,4	26,9	25,1	25,6	22,6	23,7	21,3	21,8	21,2	23,0	23,3	24,3	23,3	25,5	22,7
Traqueia, brônquios e pulmões	15,2	12,8	14,7	14,1	12,3	8,0	9,4	11,3	9,9	12,4	9,7	11,8	12,4	12,0	9,6	11,3	12,0	12,3	14,2	9,7	12,7	12,2	11,6	13,1	14,3	12,9	10,9
Laringe	8,8	9,4	8,8	8,2	7,0	9,4	7,5	10,2	8,2	8,0	7,6	6,9	8,1	8,2	7,9	7,7	20,2	7,9	8,9	9,1	8,8	7,3	7,6	7,7	7,9	5,2	8,1
Boca	12,7	10,9	11,6	10,9	10,8	10,0	11,9	11,3	12,6	11,7	11,8	12,1	10,4	8,8	9,8	9,3	10,4	9,2	11,5	10,5	9,2	10,2	9,1	9,5	9,8	9,6	6,1
Próstata	5,4	4,7	3,7	4,8	3,7	3,7	3,8	3,3	3,7	3,1	4,7	6,2	4,4	5,2	7,7	6,5	5,2	5,1	4,6	6,6	7,0	8,8	8,8	5,2	5,5	5,5	5,5
Cólon, reto e ânus	1,9	2,3	2,1	2,7	2,3	2,2	2,3	1,8	2,4	2,3	2,6	3,2	2,6	3,5	3,3	5,7	3,4	3,3	5,5	6,3	7,9	7,0	9,6	8,6	10,9	9,9	4,1
Linfonodos	3,3	3,5	3,6	2,7	3,6	4,6	3,3	3,2	3,5	3,2	3,2	3,7	3,2	3,3	3,0	3,2	4,4	4,1	4,1	3,9	4,4	3,5	4,5	3,5	4,3	4,3	3,7
Orofaringe	1,2	0,7	1,2	1,5	1,7	2,0	1,4	2,8	3,8	4,9	3,6	2,8	2,3	2,8	2,8	4,0	5,2	4,9	4,8	3,1	4,5	4,1	5,0	5,2	5,1	3,9	3,5
Estômago	4,7	3,3	2,9	3,2	2,2	2,0	1,7	3,2	2,0	2,2	2,8	2,8	2,5	2,9	2,8	2,7	3,5	2,8	2,6	4,0	4,3	4,0	3,9	3,2	4,0	4,1	3,2
Esôfago	5,1	5,3	5,1	4,2	4,1	3,1	2,7	3,3	3,9	4,1	3,6	3,1	3,7	3,3	3,3	2,7	2,9	2,9	2,3	1,9	2,6	1,8	2,3	3,1	2,9	2,0	3,2
Outras localizações	27,7	30,5	29,1	27,9	30,3	30,7	31,0	27,1	25,5	24,8	26,1	26,2	22,0	24,6	24,6	21,4	20,3	23,8	20,3	23,0	17,5	18,1	14,5	16,6	11,9	17,1	28,9

Tabela 2 - Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo feminino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC I, INCA, de 1983 a 2008

Localização primária	ANO DA CONSULTA																				TOTAL						
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pele	11,5	11,4	11,1	14,0	15,8	16,3	17,1	18,6	25,0	23,0	21,3	21,1	23,0	23,0	25,9	24,7	32,0	34,9	30,8	26,7	29,7	30,4	29,0	29,2	31,3	31,1	22,5
Mama	29,5	31,0	30,6	29,6	30,2	29,6	26,4	21,3	14,6	18,4	25,8	25,7	25,5	20,3	25,8	24,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,3	17,3
Colo do útero	21,1	18,3	17,8	18,1	17,7	18,7	19,4	19,2	21,3	16,3	12,7	12,0	10,3	9,6	5,0	4,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	10,1
Cólon, reto e ânus	3,1	3,4	3,2	3,4	4,1	3,5	3,8	4,1	3,5	5,0	6,0	4,6	4,8	5,5	5,2	7,1	8,7	8,5	10,8	14,7	13,5	14,6	13,2	13,1	14,0	14,6	7,2
Traqueia, brônquios e pulmões	2,1	2,7	3,0	3,3	3,9	2,2	2,0	3,1	4,9	3,8	4,1	4,1	4,0	4,1	4,7	5,6	8,4	7,0	7,8	6,1	8,3	8,2	7,9	8,7	7,9	8,4	5,0
Boca	3,3	2,8	3,0	3,5	3,0	3,9	2,3	3,7	4,4	5,7	4,7	3,2	3,7	4,1	3,5	3,6	5,5	6,1	6,4	6,6	5,7	6,3	6,9	5,9	5,5	5,6	4,4
Linfonodos	2,0	2,1	2,0	1,8	1,9	2,1	2,1	3,0	3,7	3,9	2,2	2,4	2,9	2,8	3,1	2,9	6,6	5,8	6,0	6,1	5,5	6,0	7,0	5,4	5,8	5,2	3,6
Estômago	1,8	1,4	1,6	1,1	1,0	1,1	1,6	1,6	0,9	1,4	1,4	2,1	2,2	2,0	1,8	2,3	3,9	2,9	4,2	5,5	5,9	4,7	4,3	3,7	4,7	5,3	2,6
Sistema hematopoético	1,2	1,6	1,7	1,9	1,2	0,9	1,3	1,0	1,7	0,7	1,7	1,3	1,9	2,9	2,4	3,5	3,4	4,9	4,8	4,1	3,6	3,3	3,8	4,6	3,7	3,3	2,4
Glândula tireoide	1,4	1,2	2,2	1,4	2,0	2,1	2,1	1,8	0,6	0,5	1,0	0,7	0,6	1,6	1,0	1,2	2,0	2,6	3,0	2,7	3,4	4,0	4,6	3,4	3,4	4,8	2,1
Outras localizações	22,8	24,1	23,9	21,9	19,4	19,6	21,9	21,9	19,3	21,2	19,1	22,7	21,1	24,0	21,5	20,6	29,2	27,2	26,1	27,5	24,3	22,4	23,3	26,1	23,6	21,4	22,8



Hospital do Câncer II

O RHC do hospital iniciou o registro dos casos atendidos na unidade a partir de 1991. As informações disponíveis para o período de 1991 a 2008 mostraram o cadastro de 26.312 casos, dos quais 74,0% (19.480) foram classificados como analíticos e 26,0% (6.832) como não analíticos.

A análise da evolução temporal da frequência relativa a esses tipos de caso (Figura 6) sugere uma mudança no perfil de atendimento do hospital em dois momentos: do início do período até 1996, e de 1999 até 2003 observa-se uma redução do percentual de casos analíticos, de maneira que a razão casos analíticos/ não analíticos tornou-se duas vezes menor em 2001 (redução de 35,3% para 15,6%). Esse decréscimo foi consequência da redução de pacientes com tratamento iniciado que procuraram a unidade para complementação terapêutica.

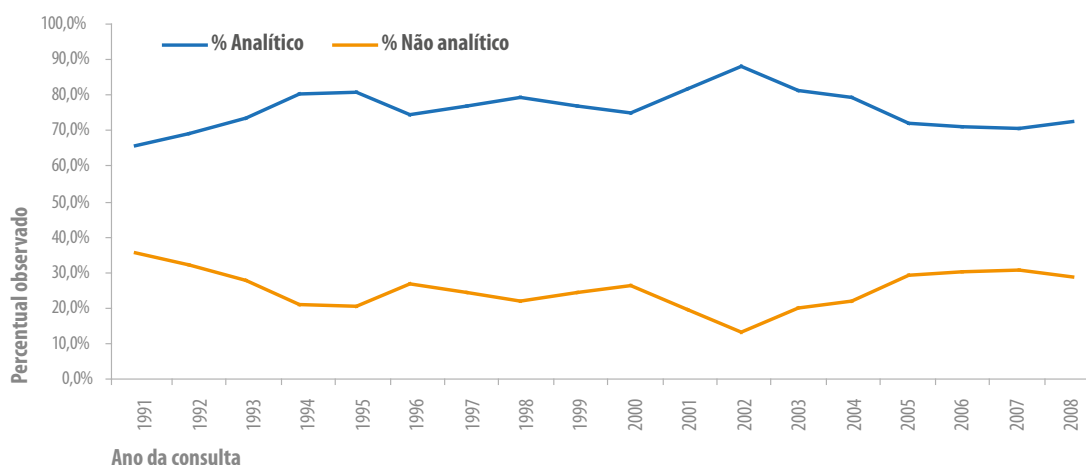


Figura 6 - Percentual de casos analíticos e não analíticos por ano de primeira consulta, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Pela análise final, foi observado que a população do sexo feminino predominou sobre a do masculino: 23.705 mulheres (90,1%) versus 2.607 homens (9,9%), predominância observada tanto entre os casos analíticos como entre os não analíticos (Figura 7).

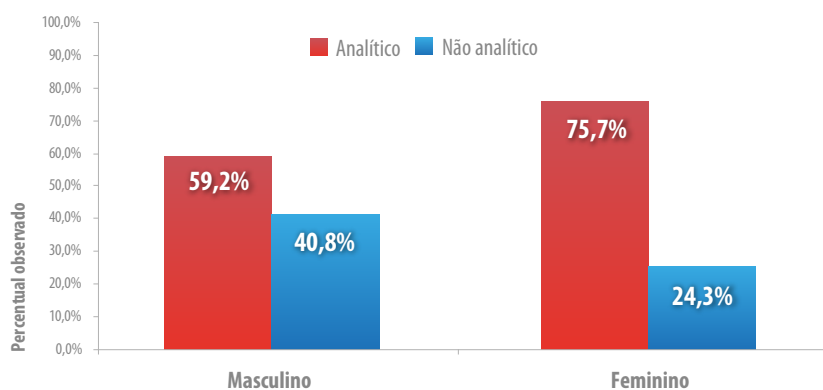


Figura 7 - Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo o sexo, HC II, INCA, de 1991 a 2008

A série histórica dos casos analíticos mostrou a prevalência de mulheres no período compreendido entre 1991 e 2008. Da década de 1990 até 2001, o percentual de mulheres manteve-se entre 82,0% a 98,0%, perfazendo uma mediana de 87,0%. A partir de 2002, as mulheres passaram a representar a totalidade dos casos atendidos, em função da especialização para atenção ao câncer ginecológico adotada pelo hospital.

A avaliação que se segue é fundamentada apenas nos casos analíticos, uma vez que representam o tipo de caso recomendado para análises da qualidade da atenção hospitalar.

Histórico de exposição aos fatores de risco

Histórico familiar de câncer foi reportado pela quinta parte dos casos, histórico de tabagismo por pouco menos de 20,0% e alcoolismo por menos de 5,0% dos casos, considerando-se ambos os sexos (Figura 8).

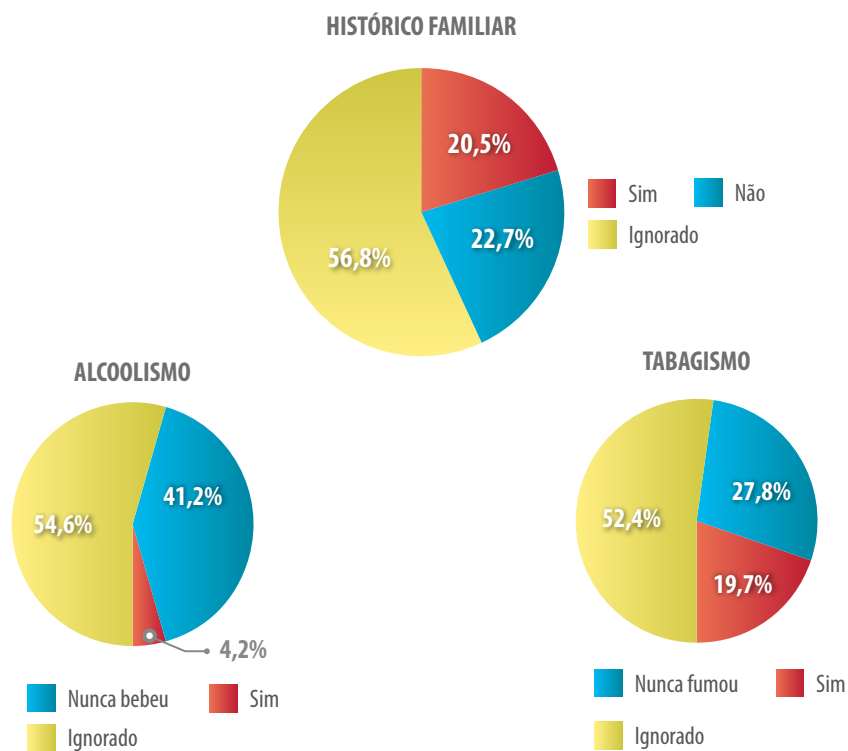


Figura 8 - Percentual de casos segundo histórico familiar de câncer, tabagismo e alcoolismo, casos analíticos, todas as topografias, ambos os sexos, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Idade

Em relação à distribuição das idades segundo o sexo, observou-se um perfil diferenciado entre homens e mulheres: essas apresentaram uma idade inferior àqueles (idade mediana de 60 e 52 anos, respectivamente, Tabela 3).

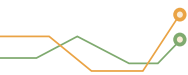


Tabela 3 - Distribuição das idades* segundo o sexo: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008

SEXO	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%	Moda
Masculino	12	92	49	60	69	63
Feminino	14	100	41	52	64	46

*Idade na primeira consulta

Entre os homens, a frequência de casos aumentou gradualmente até as faixas de 60 a 64 anos e 65 a 69 anos, quando alcança os valores máximos (14,7% e 14,3%, respectivamente), reduzindo rapidamente nas faixas seguintes.

Verificou-se, porém, entre as mulheres, um aumento da proporção de casos até os 44 anos, alcançando seus valores máximos na faixa de 40 a 44 anos (11,9%), situação que se estabilizou de 45 a 50 anos (11,7%) e, após um leve decréscimo, de 60 a 64 anos (10,1%), reduzindo-se de forma mais acentuada a partir de então (Figura 9).

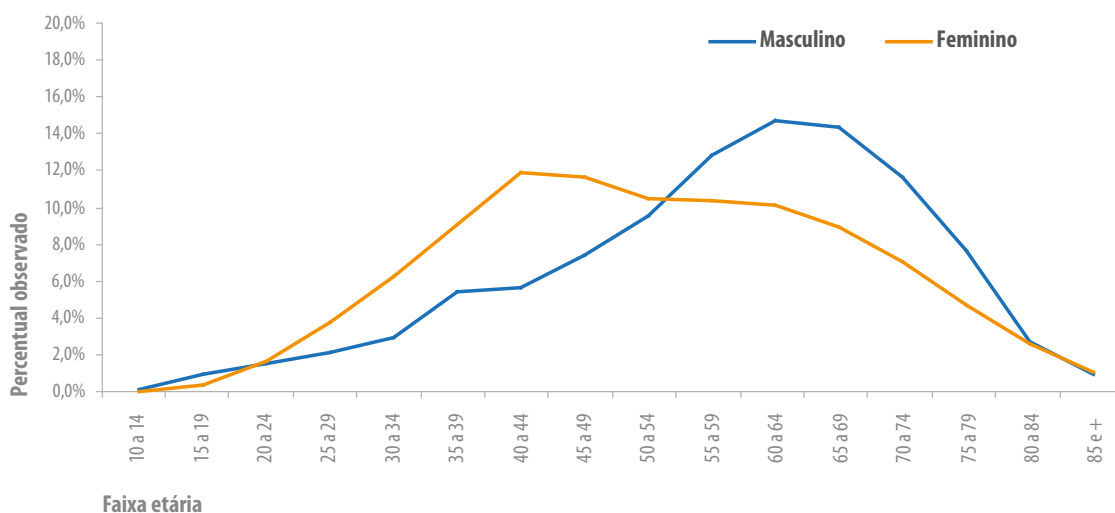


Figura 9 - Percentual de casos analíticos e não analíticos segundo o sexo, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Localização primária do tumor

A Figura 10 apresenta a frequência das 10 topografias que predominaram entre os homens no período do estudo. Em conjunto, elas representaram 91,2% do total de casos registrados. Os tumores em órgãos do aparelho digestivo foram os mais comuns, correspondendo a, aproximadamente, 60,0% das localizações apresentadas. Cólon e estômago foram os principais órgãos comprometidos, seguidos de esôfago e pele, localizações observadas em mais de 10,0% dos casos analisados. Os casos relacionados ao tumor de próstata foram menos frequentes.

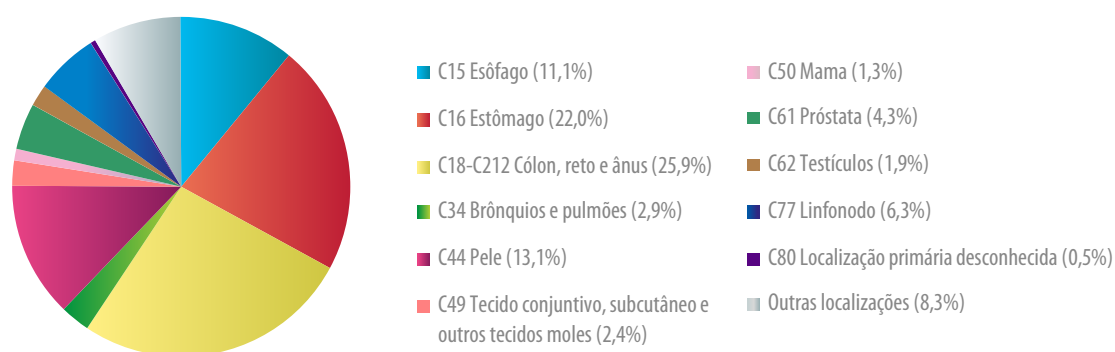


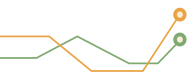
Figura 10 - Dez principais localizações de tumor em homens: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2002

A evolução temporal mostra um aumento anual gradativo dos casos de tumor de cólon (C18-C21), resultando em uma frequência quatro vezes maior em 2000, em comparação ao primeiro ano do estudo (Tabela 4). As informações relativas aos dois últimos anos são referentes aos pouquíssimos casos registrados em homens, em função das modificações no perfil da unidade, conforme já foi assinalado.

Tabela 4 - Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo masculino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2002

Localização Primária	Ano da Consulta											
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Esôfago	9,9	11,0	21,4	6,9	15,5	14,1	6,4	10,8	9,9	11,9	0,0	0,0
Estômago	19,2	19,3	28,2	29,0	24,3	24,8	19,2	20,0	15,2	27,8	8,0	0,0
Cólon, reto e ânus	9,9	14,5	13,7	27,5	26,2	28,9	31,4	27,2	35,1	39,2	4,0	0,0
Brônquios e pulmões	10,6	4,1	5,1	1,5	2,9	3,4	1,6	1,0	1,2	0,6	0,0	0,0
Pele	18,4	22,1	14,5	13,0	17,5	11,4	16,0	11,3	10,5	2,8	0,0	0,0
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	4,3	4,8	2,6	1,5	2,9	2,0	0,5	2,6	3,5	0,6	0,0	0,0
Mama	0,7	3,5	0,9	1,5	1,0	1,3	1,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Próstata	3,6	2,1	0,0	0,8	0,0	3,4	6,9	10,3	5,3	4,6	4,0	50,0
Testículos	4,3	0,7	1,7	2,3	1,9	0,0	2,7	2,1	2,9	0,0	4,0	0,0
Linfonodo	7,8	4,8	1,7	9,9	2,9	4,7	3,7	5,1	7,0	6,3	52,0	50,0
Localização primária desconhecida	0,0	0,7	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0	1,0	0,6	1,1	0,0	0,0
Outras localizações	11,4	12,4	9,4	5,3	4,9	6,0	10,1	6,2	8,8	5,1	28,0	0,0

Na população feminina, as 10 principais localizações primárias representaram 98,0% do total de casos registrados. Desse grupo, destacaram-se os tumores ginecológicos, que corresponderam à maioria dos casos. Isoladamente, o colo do útero foi a localização primária para 53,1% dos casos registrados (Figura 11).



A mama foi a segunda localização mais frequente, com quase 17,0% dos casos, seguida do corpo do útero e do ovário, observados em 10,2% e 7,5%, respectivamente. Tumores do tubo digestivo foram mais raros nesse grupo.

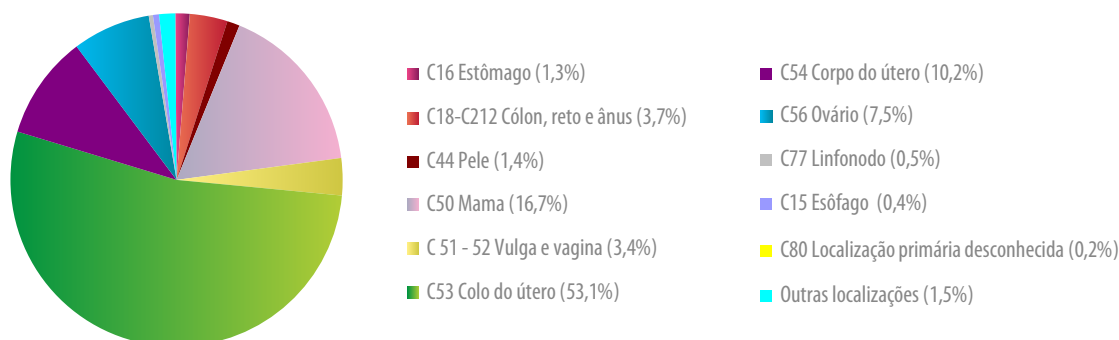


Figura 11 - Dez principais localizações de tumor em mulheres: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Na série histórica (Tabela 5), vê-se que o tumor da mama ocupa o primeiro lugar no *ranking* de ocorrência até 1998, correspondendo a valores entre 42,0% e 50,0% dos casos (percentual mínimo de 42,7%, máximo de 49,9%, mediana de 46,0%). A partir de então, constatou-se a ausência de registros de tumor da mama no hospital. Em contrapartida, a partir desse ano, os tumores do colo do útero, ovário, corpo do útero, vulva e vagina assumiram posição de destaque, constituindo-se nas quatro localizações primárias mais frequentes. O colo de útero assumiu o primeiro lugar até o final do período, alcançando frequências que superaram o dobro dos valores observados no início do período.

Tabela 5 - Evolução temporal das 10 topografias mais frequentes no sexo feminino, segundo o ano da primeira consulta: percentual de casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2002

Localização Primária	Ano da Consulta																	
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estômago	3,3	2,0	1,9	2,5	2,8	2,7	2,4	2,4	2,0	3,1	0,3	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3
Cólon, reto e ânus	4,0	3,9	5,1	4,7	7,1	7,4	7,1	9,2	6,8	7,5	1,2	0,7	0,9	0,9	0,3	1,1	1,3	1,1
Pele	3,4	4,1	2,6	2,2	2,4	2,8	4,0	3,5	0,9	0,8	0,3	0,4	0,3	0,0	0,1	0,3	0,7	0,2
Mama	49,9	45,4	48,1	45,2	46,7	46,6	44,3	42,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vulva e vagina	2,0	0,9	2,4	2,4	1,9	1,5	0,7	1,2	2,9	3,8	3,8	5,1	3,7	4,8	5,7	5,1	5,2	4,9
Colo do útero	25,3	29,4	28,3	30,9	28,0	25,2	28,3	30,4	69,4	65,0	73,5	71,6	67,6	66,4	68,7	62,8	64,3	59,8
Corpo do útero	4,5	6,0	4,3	5,1	3,0	4,3	4,4	3,3	7,8	8,4	10,3	12,3	14,9	15,4	13,9	18,7	17,0	21,5
Ovário	2,8	3,5	3,3	3,1	5,2	4,8	4,7	4,2	7,5	7,7	7,9	8,9	11,4	11,2	9,9	11,2	10,0	10,9
Linfonodo	0,9	0,8	0,6	1,2	0,8	1,5	1,2	0,4	0,4	0,7	1,3	0,0	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Esôfago	0,9	1,2	1,1	0,7	0,4	1,1	0,7	0,9	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Localização primária desconhecida	0,3	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Outras localizações	2,9	3,0	2,4	1,6	1,7	2,2	2,1	1,9	1,7	2,1	1,1	1,0	0,7	0,7	0,9	0,7	1,3	1,3

Para colo do útero, apesar do incremento da morbilidade por essa neoplasia a partir de 1999, observou-se (Figura 12) uma estabilidade em patamares mais elevados até o final do período. Para os tumores de corpo do útero, vulva e vagina e ovário, a curva apresenta um aspecto de crescimento.

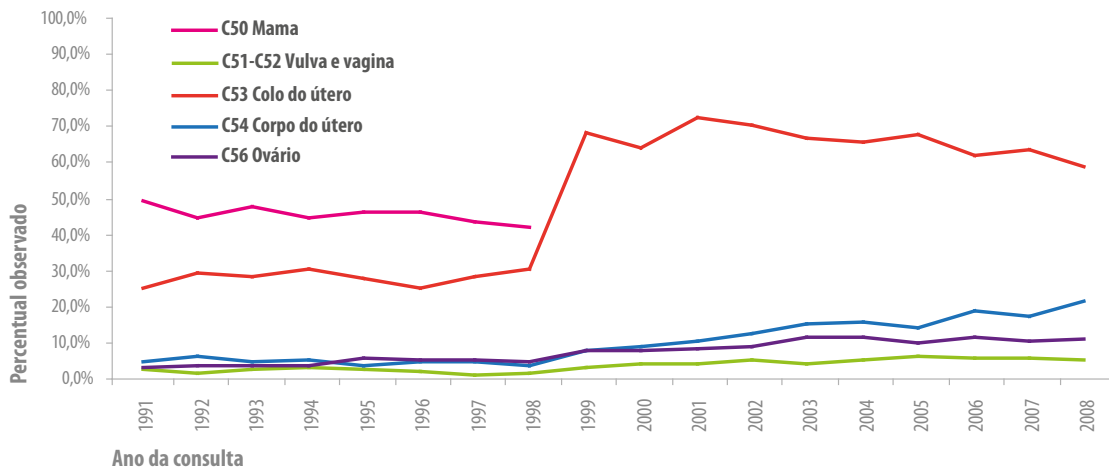


Figura 12 - Evolução temporal da frequência dos tumores ginecológicos e de mama: casos analíticos, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Hospital do Câncer III

O RHC do hospital começou a registrar os casos atendidos na unidade a partir de 1994. As informações disponíveis para o período de 1994 a 2009 mostraram que ele cadastrou 18.729 casos, dos quais 86,5% (18.048) foram classificados como analíticos e 13,5% (2.821) como não analíticos.

Na evolução temporal do percentual de casos, observa-se um aumento de casos analíticos e a consequente redução de casos não analíticos, a partir de 1999. Esse decréscimo foi fruto do aumento de pacientes com tratamento iniciado que procuraram a unidade para complementação terapêutica.

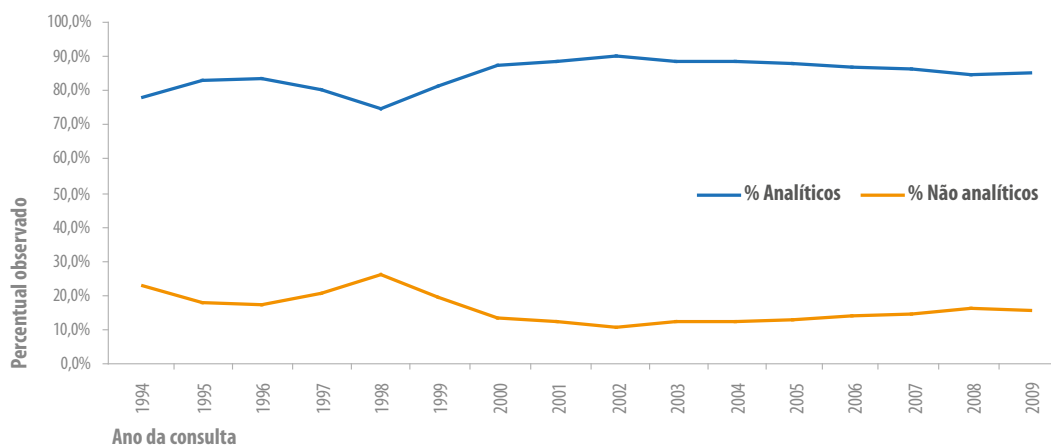
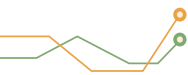


Figura 13 - Evolução temporal do percentual de casos analíticos e não analíticos, HC III, INCA, de 1994 a 2009



Localização primária do tumor

A Tabela 6 apresenta a frequência das topografias que predominaram no período de 1994 a 2009. Os tumores de mama foram os mais comuns em todo o período, correspondendo a, aproximadamente, 70,0% das localizações apresentadas de 1994 a 1998 (Figura 14).

Em 1999, com a unificação dos serviços de mastologia e ginecologia das unidades hospitalares do INCA, o HC III passou a centralizar toda assistência aos pacientes com câncer da mama, tornando-se a unidade de referência para esse câncer no INCA. No período de 1999 a 2009, quase a totalidade dos casos (99,0%) referiu-se ao atendimento de casos da mama feminina.

Tabela 6 - Principais localizações do tumor, HC III, INCA, de 1994 a 1999

Localização	Ano															
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pele	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Mama	73,1	73,0	68,6	70,6	83,7	99,7	100	99,5	99,6	99,8	99,8	100,0	100,0	99,8	99,7	99,7
Vulva	0,4	0,5	0,6	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vagina	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Colo do útero	18,6	19,8	25,8	24,8	13,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Corpo do útero	5,3	4,6	2,9	2,9	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ovário	1,9	1,7	1,1	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros órgãos genitais	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Linfonodos	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Localização primária desconhecida	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0

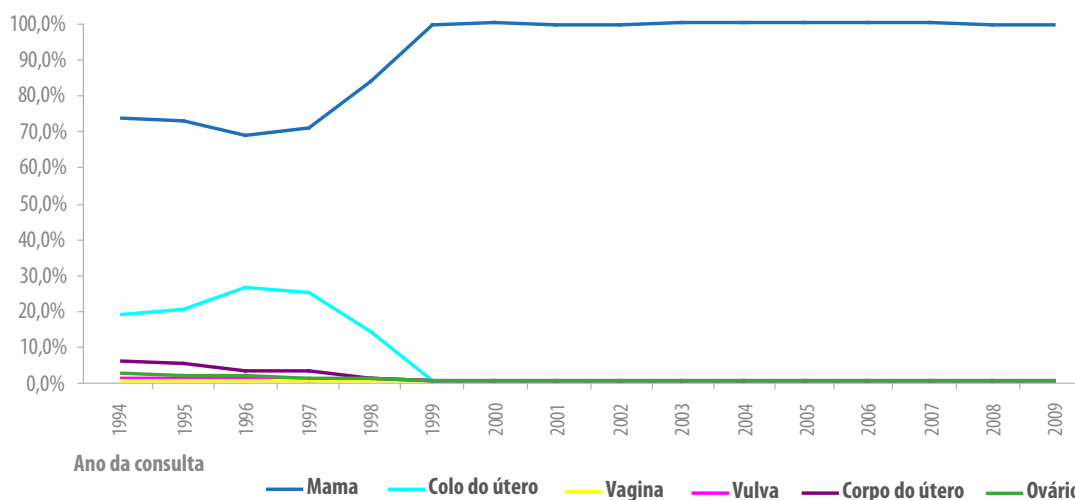


Figura 14 - Evolução temporal da frequência de tumores: casos analíticos, HC III, INCA de 1994 a 2009

ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES SEGUNDO LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DOS TUMORES SELECIONADOS

Câncer da boca (C00-C06)

Nesta publicação, considerou-se câncer da boca os tumores de: lábio (C00), base da língua (C01), outras partes e partes não especificadas da língua (C02), gengiva (C03), assoalho da boca (C04), palato (C05) e outras partes e partes não especificadas da boca (C06), em acordo aos critérios estabelecidos no Manual do RHC¹.

O câncer da boca foi a quarta localização mais observada entre os homens e a sexta entre as mulheres registradas no RHC do HC I, sendo responsável por, respectivamente, 6,1% e 4,4% dos atendimentos em homens e mulheres.

Entre os homens, sua magnitude manteve-se em patamares que variaram entre 12,7% (1983) e 10,0% (1988), conforme apresentado na Tabela 1, e vem decaindo discretamente a partir de 1996 (máximo de 12,2%, em 1983, e mínimo de 8,8% em 1996). Entre as mulheres, as proporções observadas inicialmente praticamente dobraram a partir de 2000 (de 3,3%, em 1983, para 6,1%).

A idade mediana dos pacientes atendidos no HC I com câncer da boca foi de 58 anos, na maioria homens (75,7%). O número de casos analíticos teve mediana de 70,1%, contra 29,9% de casos não analíticos.

Acesso

Até o fim dos anos 1990, os casos diagnosticados como câncer da boca chegavam ao HC I sem diagnóstico e sem tratamento, tendo um percentual mediano de 70,4%. Contudo, a partir do ano 2000, a situação mudou de perfil, com uma queda gradativa dos casos sem diagnóstico e, em 2006, os casos passaram a chegar com diagnóstico, alcançando um percentual aproximado de 80,0% em 2008 (Figura 15).

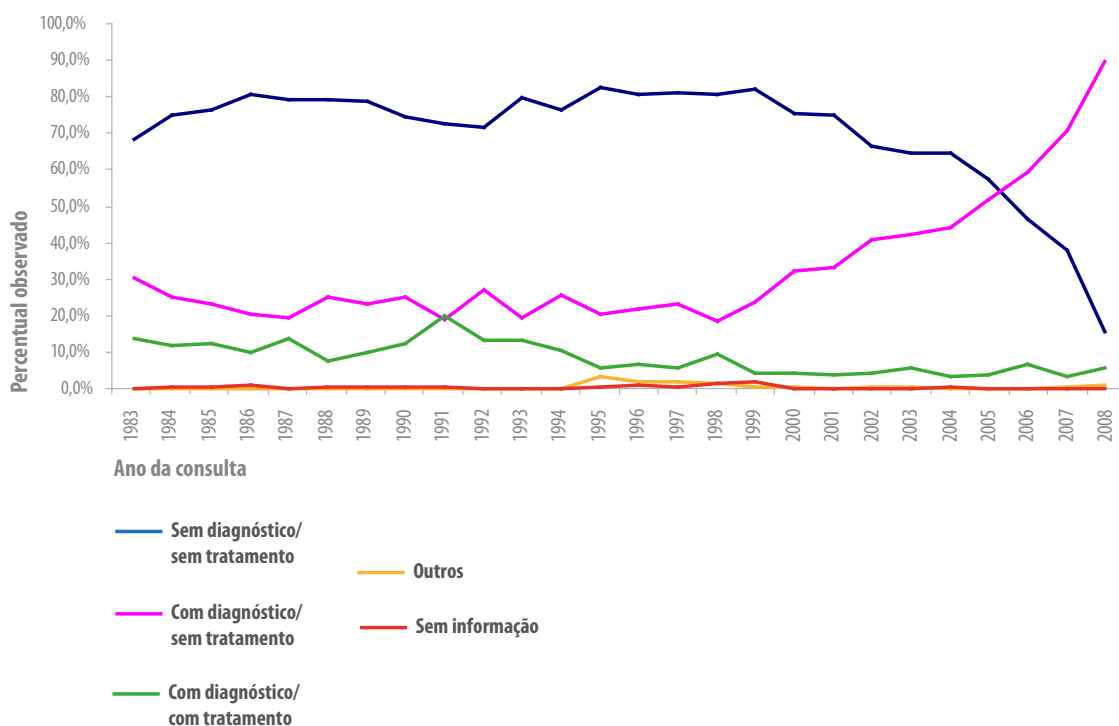
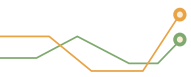


Figura 15 - Evolução temporal dos casos de câncer da boca atendidos, segundo situação de chegada na instituição, de 1983 a 2008, HCl, INCA

Base diagnóstica

A base diagnóstica de maior magnitude foi a histologia do tumor primário, apresentando mediana do percentual para o período de 96,6%, o que representa não somente boa qualidade da informação sobre o diagnóstico, mas também diagnóstico de certeza de excelente padrão. Por um breve espaço de tempo, precisamente entre os anos de 1987 e 1994, houve, provavelmente, um problema de classificação, com um grande número de casos sem informação para a variável. Em 1993 houve o pior desempenho, com 62,4% de casos sem informação.

Tipo histológico

Para os casos de carcinoma escamocelular, sem outras especificações (SOE), a mediana foi de 90,7%, seguida pelo carcinoma adenoide cístico, com mediana de 1,1% (Tabela 7). É importante observar que, para os casos com diagnóstico firmado por exames diferentes da histopatologia do tumor, a mediana foi de 0,5%.

Tabela 7 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Tipo Histológico	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Neoplasia maligna	0,7	0,0	1,8	0,3	0,5	0,8
Carcinoma, SOE	0,6	0,0	2,1	0,1	0,5	0,9
Carcinoma verrucoso, SOE	0,6	0,0	1,4	0,3	0,5	0,7
Carcinoma escamocelular, SOE	90,5	86,7	93,9	89,5	90,7	92,0
Adenocarcinoma, SOE	0,7	0,0	1,7	0,3	0,5	1,2
Carcinoma adenoide cístico	1,1	0,0	2,9	0,8	1,1	1,5
Carcinoma mucoepidermoide	1,0	0,0	2,1	0,6	1,0	1,4
Carcinoma ductal infiltrante, SOE	0,3	0,0	1,5	0,0	0,0	0,3
Sarcoma de Kaposi	0,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,3
Clinicamente tumor maligno	1,1	0,0	4,5	0,3	0,5	1,8
Outros	3,2	0,6	6,7	2,4	3,2	3,7

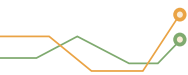
Nota: a codificação clinicamente tumor maligno é utilizada pela Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) para classificação de morfologia nos casos em que a histologia não foi realizada.

Estadiamento

A maioria dos casos chegou ao INCA em estágio avançado da doença (estádios III e IV), com mediana de 59,7%, em relação a 18,3% dos casos que chegaram em estádios iniciais (I e II). Os casos sem informação para o estadiamento, que apresentaram mediana de 20,3%, tiveram uma significativa redução a partir de 2001, quando chegou a ser de 12,1% (Tabela 8).

Tabela 8 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo o estadiamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Estadiamento	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
<i>In situ</i>	0,4	0,0	1,3	0,0	0,3	0,8
I	6,5	3,0	11,4	4,5	6,0	8,1
II	11,8	6,5	18,9	8,3	11,3	14,8
III	17,9	12,6	24,1	15,5	17,9	20,6
IV	42,5	35,1	51,1	40,5	42,7	44,8
Não se aplica	0,4	0,0	1,6	0,0	0,3	0,6
Sem informação	20,5	12,1	30,9	17,1	20,3	23,7



Tratamento

O tratamento mais frequente no período entre 2000 e 2008 foi a radioterapia, seguida por tratamento combinado local. É importante considerar a qualidade da informação para essa variável, pois não houve casos sem informação para o período (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008, HC I, INCA

Tratamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Isolado										
Cirurgia	33,8	26,0	30,9	32,0	25,9	24,6	20,7	20,2	22,5	26,0
Quimioterapia	1,1	0,8	1,3	0,7	2,1	1,1	0,9	0,8	1,6	1,2
Radioterapia	38,1	47,2	31,5	26,8	34,5	37,0	37,0	39,6	32,8	36,4
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,1
Combinado										
Local	22,8	22,3	29,6	26,8	31,3	29,1	27,2	25,5	29,1	27,1
Local + sistêmico	4,3	3,6	6,8	13,7	6,3	7,8	14,2	13,6	14,1	9,3

Razão para não tratar

Os casos registrados a partir do ano 2000 que tiveram alguma razão para a não realização de tratamento na instituição apresentaram uma mediana de 20,9%. Entre eles estão os classificados como doença em estágio avançado, falta de condições clínicas dos pacientes ou outras doenças associadas (mediana de 55,8%). Outras razões não discriminadas segundo critérios do RHC apresentaram mediana de 27,1%.

Estado ao final do primeiro tratamento

Até 1987, a classificação do caso como não se aplica (pacientes que não realizaram tratamento no INCA) era inexpressiva, quando não era inexistente, provavelmente por um alto percentual de casos sem informação. A partir desse ano, houve uma inversão na classificação: o não se aplica passou a ser usado maciçamente, com uma diminuição expressiva dos casos sem informação. Na sequência da série histórica dessa variável, o ano de 1993 foi crítico em relação à

qualidade da informação, pois ocorreram mais de 60,0% de casos sem informação no prontuário dos pacientes com essa patologia.

No geral, ao longo do período, os casos classificados como não se aplica tiveram mediana de 29,3%. Isso representa que, nesses casos, o HC I não realizou o primeiro tratamento do paciente e/ ou o óbito ocorreu antes do início do primeiro tratamento. Em seguida, vieram os casos sem evidência de doença, com mediana de 27,8%.

Tabela 10 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo o estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Estado da doença	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Sem evidência da doença	54,6	33,7	71,8	48,3	52,6	62,2
Remissão parcial	5,3	0,8	24,1	2,6	4,5	6,4
Doença estável	7,8	1,4	21,6	3,7	6,8	9,0
Doença em progressão	13,5	3,3	36,3	8,1	10,2	11,9
Fora de possibilidades terapêuticas (FPT)	10,6	0,0	23,4	5,8	11,7	15,9
Óbito	8,3	3,8	13,1	6,3	8,5	10,0

Nota: foram excluídos os casos sem informação (mediana de 14,5%) e não se aplica (mediana de 29,3%).

Histórico familiar de câncer

Na análise, observou-se que a maioria dos casos não tinha histórico familiar de câncer (Figura 16).

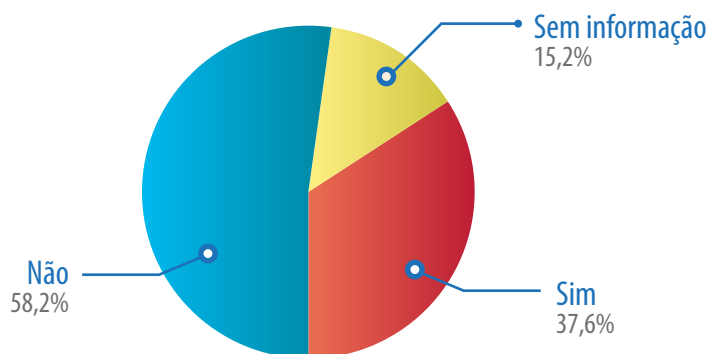
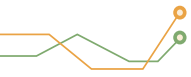


Figura 16 - Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008, HC I, INCA
Nota: informação coletada a partir de 2000.



Alcoolismo

O alcoolismo, sendo um dos principais fatores de risco para o câncer da boca, teve um excelente preenchimento da informação, tendo mediana de 2,5% para os casos sem informação no período.

Na análise, observou-se que a maioria dos casos tinha histórico de consumo de bebida alcoólica (Figura 17).

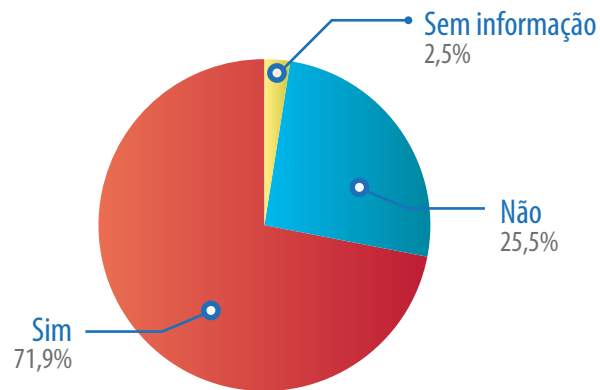


Figura 17 - Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008, HC I, INCA
Nota: Informação coletada a partir de 2000. Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,2% de casos registrados como não se aplica.

Tabagismo

Juntamente com o alcoolismo, o consumo de tabaco é considerado um dos principais fatores de risco para o câncer da boca. Verificou-se um excelente preenchimento da informação, tendo apenas 1,7% de mediana para os casos sem informação no período.

Na análise, observou-se que a maioria dos casos tinha histórico de consumo de tabaco (Figura 18).

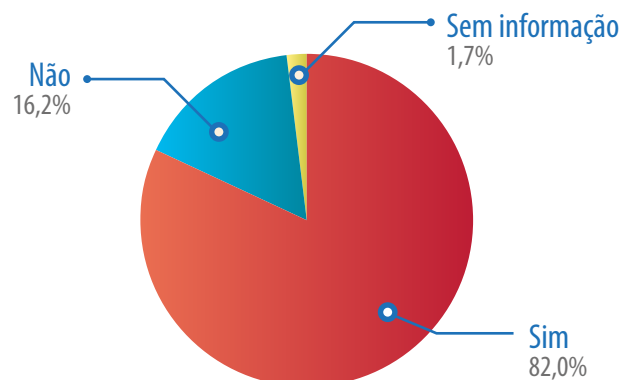


Figura 18 - Distribuição percentual dos casos de câncer da boca atendidos, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008, HC I, INCA
Nota: informação coletada a partir de 2000. Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,2% de casos registrados como não se aplica.

Câncer de cólon e reto (C18-C21)

O câncer localizado no intestino grosso foi a sexta causa de atendimento de homens no HC I (4,1%) e a quarta em mulheres (7,2%). Entre os homens registrados nesse hospital, os tumores do reto (2,1%) e cólon e junção retossigmoide (1,7%), tiveram maior representatividade do que os de ânus e canal anal (0,3%). Nas mulheres, a ocorrência de tumor nesses órgãos foi, respectivamente, de 2,5%, 2,8% e 1,9% dos casos (de 1993 a 2008).

A topografia também se mostrou importante nos pacientes atendidos no HC II, representando a primeira localização de tumores em homens (25,9% no período de 1991 a 2001) e a quinta (3,7% de 1991 a 2008) no grupo feminino. No sexo masculino, os tumores do cólon e junção retossigmoide (12,4%) e do reto (11,9%) também predominaram sobre os localizados no ânus e no canal anal (1,6%). No sexo feminino, as localizações cólon e junção retossigmoide foram mais frequentes (2,1%) do que reto (0,9%) e ânus e canal anal (0,7%).

A análise temporal nessa localização (C18-C21) mostrou um aumento proporcional progressivo dos casos entre os homens no HC II, de modo que, em 2000, as proporções anuais quadruplicaram (de 9,9%, em 1991, para 39,2%). Entre as mulheres, a tendência foi de queda.

A seguir, serão apresentadas algumas informações referentes aos casos de câncer de cólon e reto atendidos no INCA e cadastrados pelo RHC da instituição.

Acesso

No período entre 1983 e 1993, observaram-se proporções similares de casos nas três condições, inicialmente, com discreto predomínio da condição de chegar com diagnóstico e com tratamento, prevalecendo assim até 1994. Depois desse ano, houve uma importante elevação da proporção de casos que chegaram apenas para iniciar o tratamento no HC I, com consequente redução das demais condições de chegada do paciente.

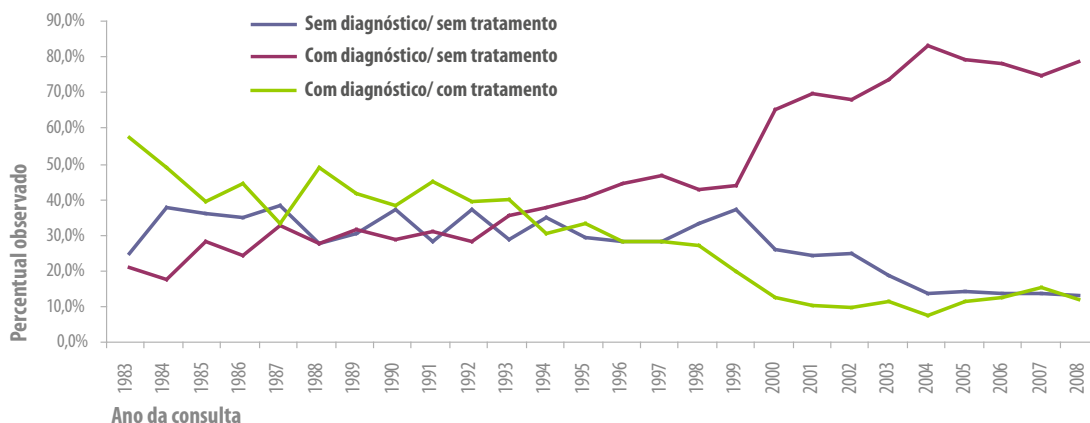
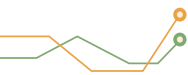


Figura 19 - Análise temporal da distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo situação de chegada do paciente, de 1983 a 2008, HC I, INCA



Base diagnóstica

Quase a totalidade dos casos têm a histologia do tumor primário como base do diagnóstico, evidenciando excelente qualidade diagnóstica para o câncer de cólon e reto na instituição. O percentual mediano no período foi 97,2%. Entretanto, de 1988 a 1994, observou-se uma queda na qualidade dessa informação com alto percentual de sem informação para essa variável.

Tipo histológico

Na Tabela 11, são apresentados os 10 tipos histológicos mais frequentes dos casos de câncer do cólon e reto atendidos no INCA. Observa-se que a maioria dos casos tem como morfologia o adenocarcinoma, SOE. O percentual mediano observado no período foi 67,8%, e observa-se tendência de aumento no período (26,3%), especialmente a partir de 1999.

O carcinoma escamocelular apresenta tendência de redução expressiva (93,8%) ao longo dos anos, especialmente a partir do ano 2000. Em relação às neoplasias malignas, SOE, nota-se redução expressiva (93,6%) ao longo do período.

Tabela 11 - Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto atendidos, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1999 a 2009, HC I, INCA

Tipo Histológico	Adenocarcinoma, SOE	Carcinoma escamocelular, SOE	Adenocarcinoma produtor de mucina	Adenocarcinoma mucinoso	Carcinoma de células em anel de sinete	Neoplasia maligna	Outros	Clinicamente tumor maligno
1983	63,1	14,6	0,0	1,9	0,0	7,8	5,8	4,9
1984	68,1	15,0	0,0	0,9	0,9	3,5	8,8	0,0
1985	59,5	12,9	0,0	0,9	0,0	7,8	6,0	5,2
1986	66,4	14,5	0,0	3,8	0,0	3,1	2,3	3,8
1987	63,1	18,1	3,4	1,3	3,4	4,7	2,7	2,0
1988	69,1	13,7	2,9	0,7	2,2	3,6	3,6	3,6
1989	57,6	15,7	8,1	2,3	1,7	1,2	8,1	4,7
1990	59,6	14,5	8,3	2,1	4,1	2,6	3,6	2,6
1991	66,8	19,3	3,7	1,6	0,5	2,1	3,7	0,5
1992	68,8	16,7	2,8	0,9	2,3	0,9	5,1	0,9
1993	64,5	20,1	2,7	1,0	1,0	2,0	4,4	0,7
1994	69,3	15,8	6,4	0,5	2,0	0,5	4,5	0,0
1995	63,7	19,9	5,5	1,5	1,0	1,0	4,0	0,0
1996	66,8	11,5	6,8	1,7	3,8	1,3	4,7	0,0
1997	63,2	17,7	4,3	2,6	1,3	1,3	6,5	0,4
1998	67,4	10,9	5,7	1,5	2,1	0,3	9,7	0,0
1999	75,2	11,0	3,7	2,3	0,9	0,9	4,1	0,0
2000	80,0	0,6	7,7	0,0	0,6	0,0	9,0	0,6
2001	79,0	0,4	8,2	1,2	2,1	0,8	7,4	0,8
2002	77,9	1,7	11,0	1,0	2,0	0,0	6,0	0,3
2003	66,9	0,6	17,4	3,1	1,1	0,9	9,1	0,9
2004	83,1	0,0	5,1	2,4	1,5	0,3	7,3	0,0
2005	85,8	0,3	3,8	3,8	1,3	0,0	4,6	0,0
2006	85,7	0,0	4,8	3,3	1,8	1,2	2,7	0,0
2007	80,4	0,2	6,8	2,5	2,0	0,2	6,8	0,2
2008	79,7	0,9	8,0	1,7	2,8	0,5	5,7	0,0
Total	72,5	8,3	6,1	1,9	1,8	1,3	5,8	0,8

Estadiamento

Não foi possível apresentar as informações de estadiamento desse tumor, visto que há um alto percentual de sem informação (superior a 60,0%) para essa variável em todo o período. Assim, a ausência dessa informação no prontuário dos pacientes prejudicou a análise proposta para esta publicação.

Primeiro tratamento

A maior parte dos casos recebeu tratamento combinado (local + sistêmico). O percentual mediano dessa modalidade de tratamento no período foi 56,9%.

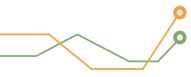
A cirurgia isolada foi o segundo tratamento mais comum para esse tumor, entretanto, essa modalidade terapêutica vem apresentando redução ao longo dos anos. O percentual mediano no período foi 29,2%.

Tabela 12 - Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo primeiro tratamento realizado, de 2000 a 2008, HCl, INCA

Tratamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Isolado										
Cirurgia	42,6	35,9	32,2	29,2	29,7	27,2	25,3	24,9	26,8	29,0
Quimioterapia	7,8	5,5	4,8	4,9	4,5	7,9	7,5	10,5	8,6	7,1
Radioterapia	2,6	5,5	3,0	3,4	5,9	3,3	4,3	4,5	5,4	4,3
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Combinado										
Local	5,2	4,4	2,2	3,4	3,0	2,6	4,3	5,1	5,4	4,0
Sistêmico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1
Local + sistêmico	41,7	48,6	57,8	59,2	56,9	59,0	58,7	54,4	53,5	55,5

Razão para não tratar

Aproximadamente 12,0% dos casos não receberam tratamento antineoplásico na instituição. Desses, a maioria (58,0%) ocorreu em razão de doença em estágio avançado, falta de condições clínicas dos pacientes ou doenças associadas, seguida de 20,7% por outras razões.



Estado da doença ao final do primeiro tratamento

Não foi possível apresentar as informações sobre o estado da doença ao final do primeiro tratamento, visto que há um alto percentual de sem informação (29,5%) e não se aplica (27,7%) para essa variável em todo o período.

O estado da doença ao final do primeiro tratamento é uma variável essencial para avaliar a efetividade do tratamento realizado, portanto, novamente a ausência dessa informação no prontuário dos pacientes prejudicou a análise proposta para esta publicação.

Histórico familiar

Esse é um importante fator de risco para o câncer de cólon e reto. Na análise, observou-se que a maioria dos casos tinha histórico familiar de câncer (Figura 20).

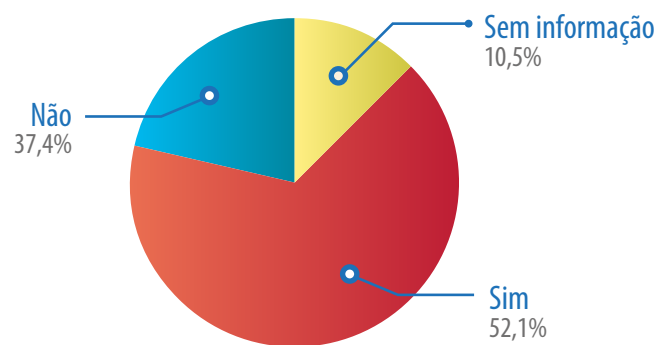


Figura 20- Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo histórico familiar de câncer, INCA, de 2000 a 2009, HC I, INCA

Alcoolismo

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de álcool (Figura 21).

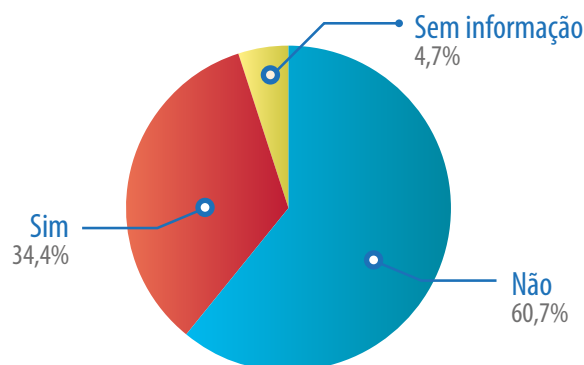


Figura 21- Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2009, HC I, INCA
Nota: Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,1% de casos registrados como não se aplica.

Tabagismo

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de tabaco (Figura 22).

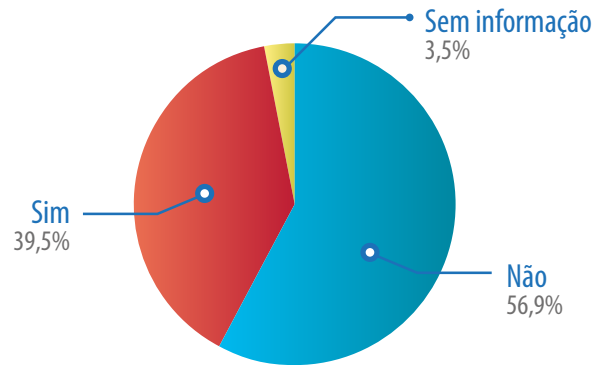


Figura 22 - Distribuição percentual dos casos de câncer de cólon e reto, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2009, HC I, INCA
 Nota: Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,1% de casos registrados como não se aplica.

Câncer de traqueia, brônquios e pulmões (C33-C34)

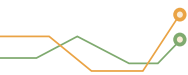
No HC I, os tumores nessa topografia constituíram-se na segunda causa de atendimento em homens com câncer (10,9%), a quinta entre as mulheres (5,0%).

No HC II, o tumor de brônquios e pulmões correspondeu a mais de 99,0% dos casos registrados e ocupou o sétimo lugar no quadro de morbidade por câncer na unidade de 1991 a 2000 (2,9%), quando parou de ser registrado.

A análise da série do HC I com a proporção de casos com esse tumor mostrou um padrão de crescimento tanto para o sexo masculino como para o feminino.

A idade mediana dos pacientes atendidos no HC I com câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi de 63 anos, com maioria de homens (73,9%). O número de casos analíticos teve mediana de 65,9%, contra 34,1% dos casos não analíticos.

Os resultados da análise considerando o câncer dessa localização e as variáveis selecionadas, referentes aos casos registrados no HC I, são descritos em seguida.



Acesso

Até meados de 1986, a maioria dos casos chegou ao INCA com diagnóstico e, dentro dessa condição, a maioria para realizar o primeiro tratamento no INCA. Desde então, observou-se uma importante mudança: a partir de 1993, os casos que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento apresentaram mediana de 66,0%.

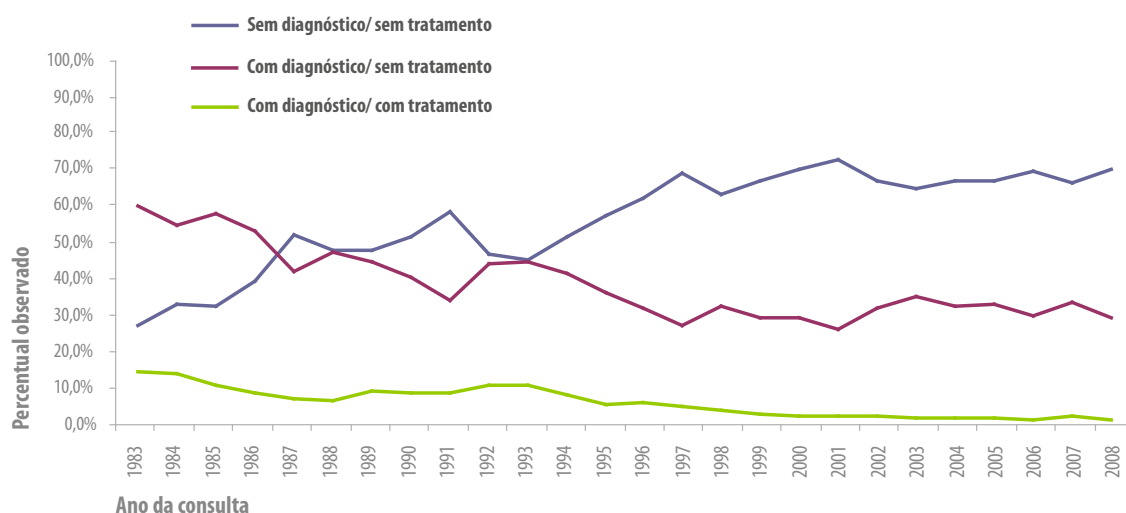


Figura 23 - Evolução temporal dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos, segundo situação de chegada na instituição, de 1983 a 2008, HCl, INCA

Base diagnóstica

No período de 1988 a 1994, houve um alto percentual de casos sem informação, com mediana de 42,8%, alcançando 70,0% em 1993. A partir de 1994, com a melhora da qualidade da informação, as bases diagnósticas mais frequentes foram a citologia e a histologia do tumor primário, que tiveram percentual mediano de 48,9% e 44,6%, respectivamente.

Tipo histológico

Até o ano 2000, o tipo histológico mais frequente era o carcinoma escamocelular, SOE, seguido do adenocarcinoma, SOE e do carcinoma, SOE. Juntos, apresentaram mediana de 73,7% dos casos atendidos no HCl.

A partir de 2001, os adenocarcinomas tornaram-se mais frequentes, com mediana de 36,9%, enquanto os casos de carcinoma escamocelular, SOE tiveram mediana de 29,2%. A Tabela 13 apresenta os 10 tipos histológicos mais frequentes nos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões atendidos no INCA.

Tabela 13 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Histologia	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Neoplasia maligna	1,5	0,2	4,8	0,7	1,1	1,8
Carcinoma, SOE	9,4	0,3	19,9	3,1	11,7	14,0
Carcinoma de células grandes, SOE	2,3	0,0	8,2	0,9	1,5	2,7
Carcinoma indiferenciado, SOE	1,7	0,0	9,1	0,5	1,0	1,4
Carcinoma de células pequenas, SOE	2,9	0,0	5,1	2,1	3,0	3,8
Carcinoma <i>oat cell</i>	7,5	4,8	11,4	6,1	7,6	8,6
Carcinoma escamocelular, SOE	38,8	26,4	52,7	30,9	40,0	46,2
Adenocarcinoma, SOE	29,1	15,4	40,4	25,0	28,9	34,5
Clinicamente tumor maligno*	2,4	0,0	8,1	1,0	2,1	2,9
Outros	4,5	1,4	8,7	3,1	3,9	5,4

*A codificação clinicamente tumor maligno é utilizada pela CID-0 para classificação de morfologia nos casos em que a histologia não foi realizada.

Estadiamento

Os sintomas do câncer de pulmão surgem, geralmente, quando a doença já está em estágio mais avançado. Em razão disso, a maior parte dos diagnósticos é feita de forma tardia, uma vez que tumores iniciais, por não produzirem sintomas, não justificam procedimentos investigatórios. Medidas para o diagnóstico precoce tornam-se importantes, mas, ao mesmo tempo, apresentam certa dificuldade de aplicabilidade pelas questões já mencionadas.

A maioria dos casos chegou ao INCA em estádios avançados (III e IV), confirmando a literatura. Os casos classificados como não se aplica foram os tumores da traqueia (não estadiáveis). O número de casos sem informação para o estadiamento clínico de câncer de brônquios e pulmões cadastrados no INCA apresentou-se muito alto, com mediana de 43,6%; entre os anos de 1992 e 1994, o percentual chegou a 71,0% de casos sem informação. É importante observar que isso poderá mascarar os resultados encontrados. A partir de 2001, o número de casos sem informação teve uma diminuição significativa, apresentando mediana de 32,8%.

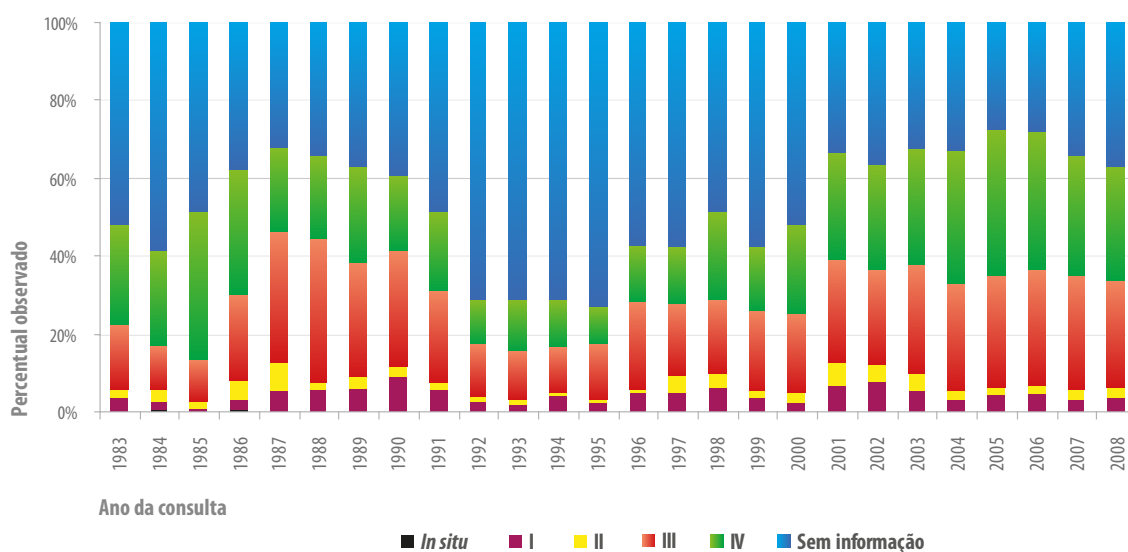


Figura 24 - Evolução temporal dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo estadiamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Primeiro tratamento

No período entre 2000 e 2008, os tratamentos mais frequentes foram a radioterapia e a combinação entre os tratamentos local e sistêmico, com percentual mediano de 38,9% e 31,8%, respectivamente.

Tabela 14 - Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008, HC I, INCA

Tratamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Isolado										
Cirurgia	5,3	7,5	4,6	6,1	5,6	3,2	6,6	7,3	5,6	5,9
Quimioterapia	18,6	19,3	23,4	26,2	26,6	21,0	16,1	19,3	22,0	21,3
Radioterapia	47,4	34,2	33,9	35,4	35,1	40,3	42,5	42,1	38,9	38,9
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Combinado										
Local	1,4	3,2	1,3	2,1	0,6	2,9	3,7	1,1	2,0	2,1
Sistêmico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8	0,0	0,1
Local + sistêmico	27,4	35,9	36,8	30,2	32,0	32,3	30,7	29,3	31,5	31,7

Razão para não realização do primeiro tratamento

Os casos registrados a partir do ano 2000 que tiveram alguma razão para a não realização de tratamento na instituição apresentaram mediana de 21,6%. A maioria desses casos (mediana de 69,6%) ocorreu em razão de doença em estágio avançado, falta de condições clínicas dos pacientes ou doenças associadas, seguida por motivo de óbito, com mediana de 11,1%.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento

A maioria dos casos, cerca de 33%, foi classificada como não se aplica para o estado da doença ao final do primeiro tratamento, sugerindo que a maioria dos pacientes não recebeu o tratamento preconizado pelo hospital e/ou que o óbito ocorreu antes do início do primeiro tratamento. Até o ano de 1987, esses casos não chegavam a 1,0%, mas, a partir desse ano, houve um aumento significativo, chegando a alcançar 70,0% dos casos. Situação semelhante ocorreu com os casos classificados como óbito, que, até o ano de 1987, apresentaram mediana de 17,0%.

Tabela 15 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008, HC I, INCA

Estado da doença	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Sem evidência da doença	9,0	5,7	18,0	6,6	9,0	10,2
Remissão parcial	7,2	3,0	19,1	4,5	5,8	7,7
Doença estável	11,3	2,3	30,5	5,1	8,5	14,0
Doença em progressão	25,4	13,4	45,7	18,7	25,1	28,0
Fora de possibilidades terapêuticas (FTP)	18,8	0,0	38,2	6,2	22,5	28,4
Óbito	28,2	14,3	41,7	26,1	28,5	31,4

Nota: foram excluídos os casos sem informação (mediana de 35,6%) e não se aplica (mediana de 21,8%).

Histórico familiar

Essa informação começou a ser coletada a partir do ano de 2000. Observou-se um alto percentual de casos sem informação. O percentual mediano para os casos que tinham histórico familiar de câncer foi de 40,8%, ficando bem próximo dos casos que não tinham histórico (Figura 25).

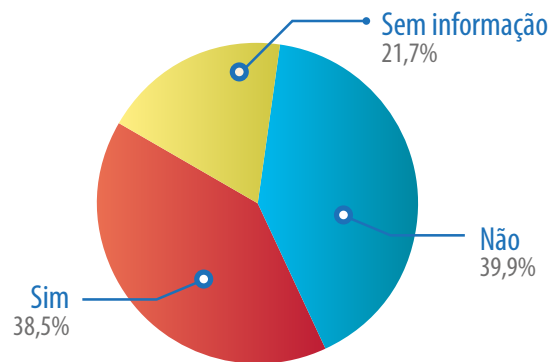


Figura 25 - Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008, HCl, INCA

Alcoolismo

Essa informação, assim como a anterior, também começou a ser coletada a partir do ano 2000. Em torno de 47,0% dos casos apresentaram hábito de consumir bebida alcoólica (Figura 26).

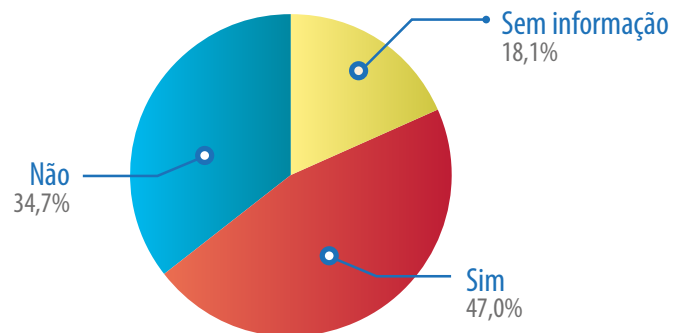


Figura 26 - Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008, HCl, INCA

Nota: Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,2% de casos registrados como não se aplica.

Tabagismo

Essa informação também começou a ser coletada a partir do ano de 2000. O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de traqueia, brônquios e pulmões. A qualidade da informação para a variável tabagismo é muito boa, tendo um percentual mediano de 3,8% para os casos preenchidos como sem informação para o período de 2000 a 2008. O uso de tabaco foi registrado em 84,5% dos casos (Figura 27).

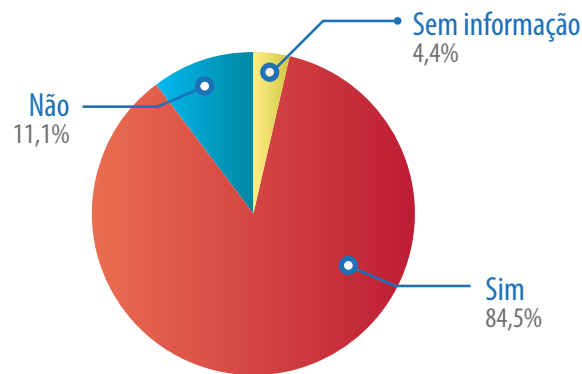


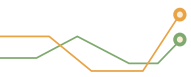
Figura 27 - Distribuição percentual dos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008, HC I, INCA

Câncer da mama feminina (C50)

O tumor da mama feminina consolidou-se como o principal responsável pela busca de atendimento no INCA pelas mulheres com câncer desde 1983. Nesse ano, foi o primeiro no *ranking* das neoplasias malignas mais frequentes no HC I, situação que permaneceu até 1990, sendo superada pelo câncer da pele apenas em 1991 e 1992 e pelo câncer do colo do útero, em 1991 (Tabela 16).

O câncer da mama também foi primeiro mais registrado no HC II, alcançando percentuais que variaram entre 40,0% e 49,9% de 1991 a 1998, e no HC III, apresentando-se na demanda assistida em percentuais superiores a 68,0% de 1994 até 1998, em função da herança da especialização para a assistência à mulher estabelecida desde a época da Fundação das Pioneiras Sociais. Após 1999, consolidou-se como patologia de atendimento exclusivo no HC III, correspondendo a quase 100% dos casos registrados.

A análise segundo variáveis selecionadas referentes aos casos de câncer de mama feminina atendidos no INCA é apresentada em seguida, tendo como base informações do RHC do HC III. No período entre 1983 e 1998, foram atendidos, no INCA, 8.812 casos de câncer da mama feminina e, no período de 1999 a 2009, foram 14.733 casos.



Faixa etária

A distribuição percentual por faixa etária aumentou a partir dos 40 anos, alcançando seus valores máximos nas faixas situadas entre 45 e 49 anos (14,0%) e entre 50 e 54 anos (13,6%). Após a faixa etária de 55 a 59 anos, observou-se um decréscimo progressivo nas idades posteriores (Figura 28).

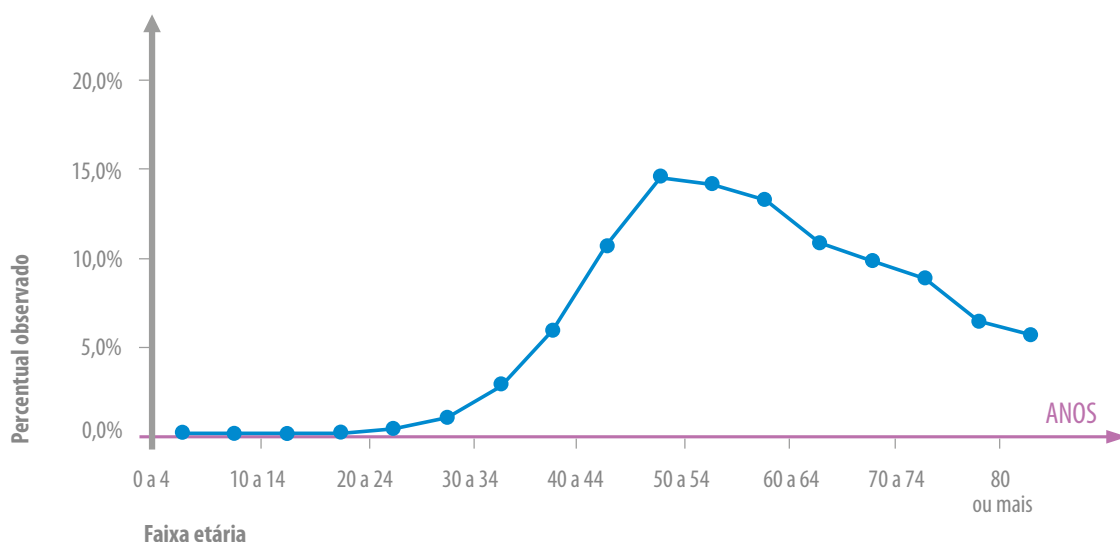


Figura 28 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo faixas etárias, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Acesso

No período entre 1999 e 2001, mais de 70,0% dos casos chegaram no INCA sem diagnóstico. Entretanto, nos anos seguintes, ocorreu um aumento no número de casos que chegaram com diagnóstico e uma consequente redução de casos sem diagnóstico, evidenciando a recente política que preconiza a chegada das pacientes já com o diagnóstico confirmado, apoiada por ações fortalecidas pela rede de atenção oncológica (Figura 29).

Atualmente, a maioria dos pacientes que procuram o HC III é referenciada pelos Polos de Mama, por meio do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg). Esses polos submetem os pacientes a uma triagem médica que seleciona os com diagnóstico ou suspeita clínica de patologia maligna de mama para consulta. Os que não apresentam patologia maligna de mama são reencaminhados a outras instituições de saúde de referência ou para os Polos de Patologia Benigna para tratamento específico.

Aproximadamente 2,0% dos casos no período foram admitidos para complementação do tratamento antineoplásico, principalmente para a realização de radioterapia, visto que esse serviço não é ofertado em todas as unidades

hospitalares que atendem pacientes com câncer. Esse percentual, que inicialmente era mais alto, apresentou redução ao longo do período, o que possivelmente reflete a política de ampliação da rede oncológica (Figura 29).

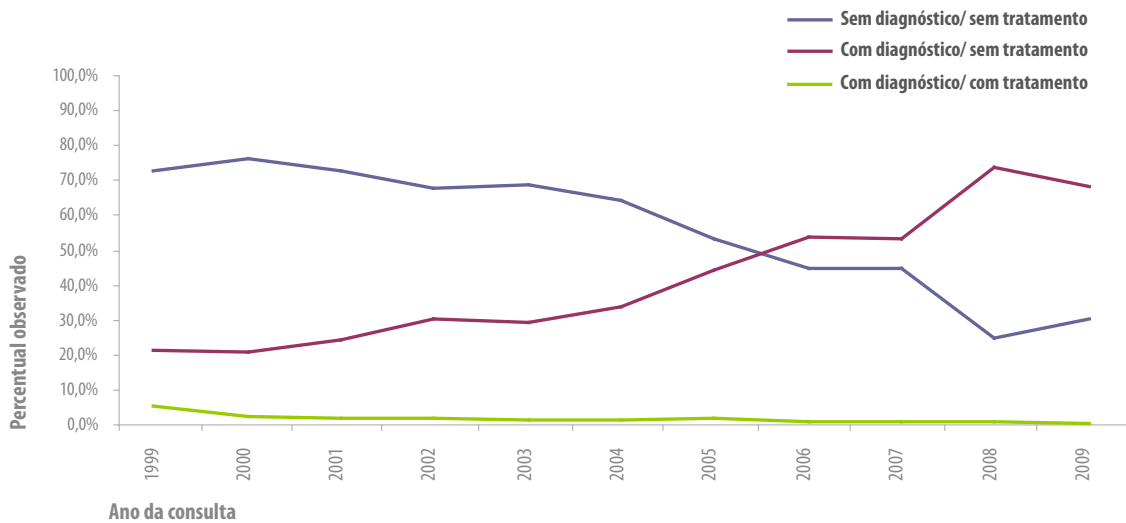


Figura 29- Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo situação de chegada na instituição, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Base do diagnóstico

A quase totalidade dos casos teve na histologia do tumor primário a base do diagnóstico, evidenciando a excelente qualidade diagnóstica para o câncer da mama na instituição. Isso propicia uma programação adequada do tratamento e, conseqüentemente, evita a realização de cirurgias para os casos de patologia benigna. O percentual mediano registrado no período foi 99,9%.

Tipo histológico

Na Tabela 16, são apresentados os 10 tipos histológicos mais frequentes dos casos de câncer da mama atendidos no INCA. Observa-se que a maioria deles (77,6%) tem como morfologia o carcinoma ductal infiltrante, SOE, resultado compatível com as informações de incidência desse tumor no país.

Pacientes com esse tipo de tumor geralmente apresentam um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico quando comparadas às pacientes com tipos menos frequentes de carcinoma invasivo da mama¹⁶.

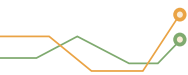


Tabela 16 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo os 10 principais tipos histológicos, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Tipo histológico	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Carcinoma ductal infiltrante, SOE	82,0	83,4	79,4	81,9	77,5	71,9	70,1	74,3	79,2	75,7	77,1	77,6
Carcinoma lobular, SOE	5,3	5,1	5,8	4,8	6,7	9,6	8,1	6,5	5,4	7,3	6,2	6,4
Adenocarcinoma papilar intraductal com invasão	3,1	1,6	1,8	1,6	1,9	3,2	3,3	2,4	2,5	2,5	2,2	2,4
Carcinoma intraductal não infiltrante, SOE	1,2	1,3	2,7	2,9	3,5	2,2	1,5	2,4	1,2	1,5	3,4	2,2
Adenocarcinoma mucinoso	1,5	1,7	3,0	1,5	3,5	2,2	1,8	2,7	1,5	2,3	1,5	2,1
Carcinoma ductal infiltrante e lobular	0,2	0,5	0,8	1,2	1,0	1,6	2,0	1,1	0,6	1,4	0,5	1,0
Carcinoma ductal infiltrativo misto com outros tipos de carcinoma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,8	1,8	1,1	0,9	0,9	0,6
Carcinoma ductal <i>in situ</i>, tipo sólido	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	1,0	0,9	1,5	1,6	0,6
Carcinoma intracístico, SOE	0,6	0,4	0,6	1,2	0,7	0,8	0,8	0,1	0,5	0,2	0,5	0,6
Outros	6,1	6,0	5,9	4,9	5,1	7,6	10,2	7,6	7,2	6,7	6,2	6,7

O carcinoma ductal infiltrante foi o tipo histológico de maior magnitude, porém apresentou tendência à estabilidade, apontando para um declínio bem pequeno (5,0%). Em contrapartida, o carcinoma lobular, mesmo com magnitude pequena, mostrou-se em ascensão aproximada de 30,0% no período a partir de 2002 (Figura 30).

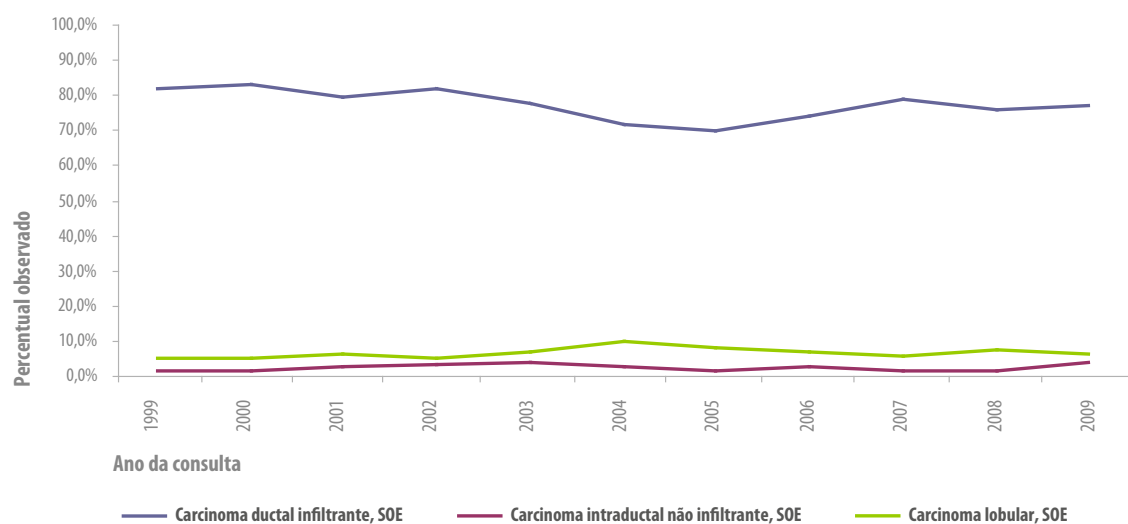


Figura 30 - Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo principais tipos histológicos, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Estadiamento

Ao longo do período, ficou evidente a melhora da qualidade da informação sobre o estadiamento clínico do câncer de mama na instituição a partir do ano de 1999 (Figura 31). Esse cenário reflete as diversas iniciativas que foram implantadas para garantir o preenchimento dessa informação nos prontuários dos pacientes.

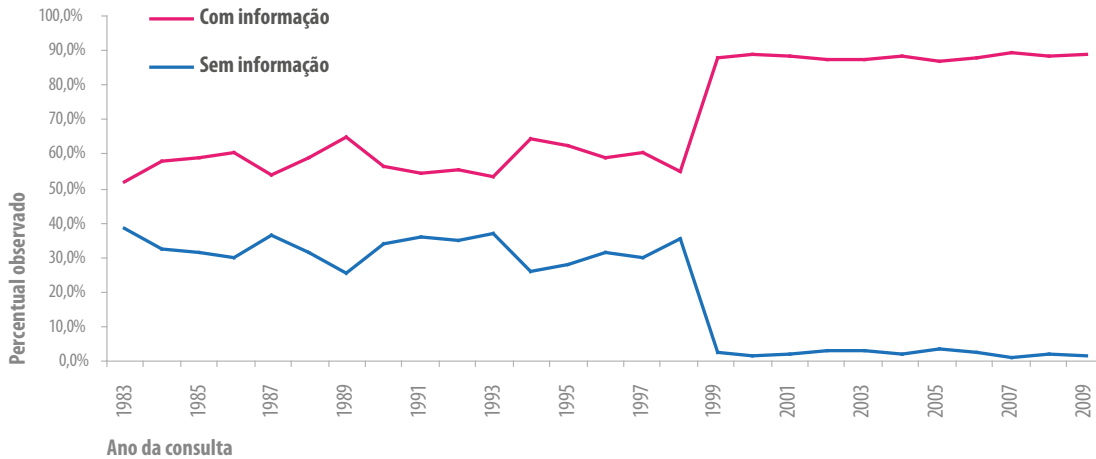


Figura 31 - Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo informação sobre estadiamento clínico do tumor, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Observou-se que a maioria dos casos chegou na instituição em estádios II e III. O percentual mediano no período foi respectivamente, 36,3% e 32,1% para esses estádios.

Analisando a série histórica, observou-se um aumento de estádios *in situ* e I (tumores de melhor prognóstico), especialmente a partir de 1999, possivelmente em decorrência da implantação do Programa Viva Mulher. Em consequência, nota-se uma redução dos casos em estádios III e IV, evidenciando que o diagnóstico desse tumor tem sido mais precoce. Esse cenário provavelmente se deve às políticas públicas implementadas ao longo do período no país.

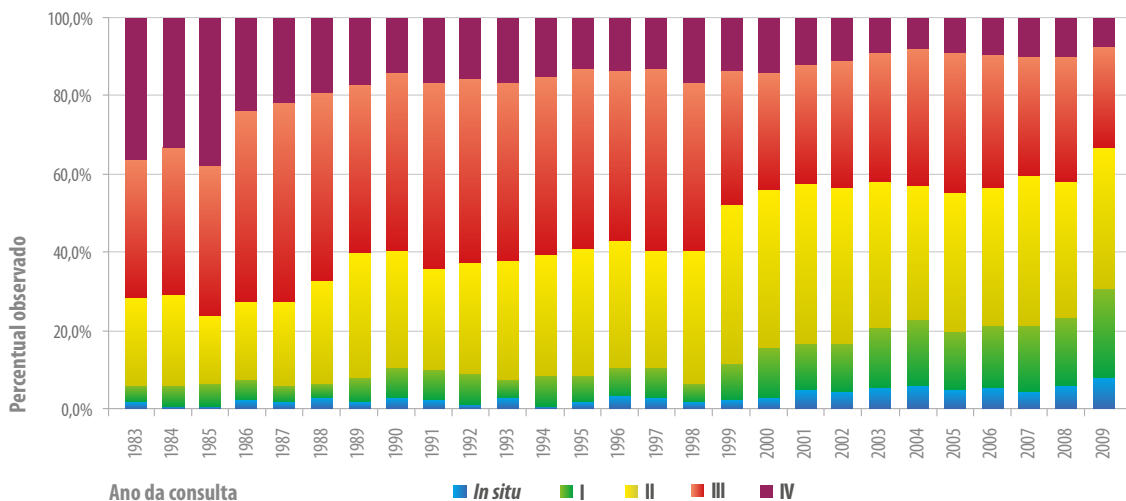


Figura 32 - Evolução temporal dos casos de câncer da mama feminina, segundo informação sobre estadiamento clínico do tumor, HC III, INCA, de 1999 a 2009



Tratamento

A maior parte dos casos recebeu tratamento combinado (local + sistêmico). O percentual mediano dessa modalidade de tratamento no período foi de 79,6%.

Tabela 17 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo primeiro tratamento realizado, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Tratamento	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Isolado												
Cirurgia	4,2	4,0	4,6	4,3	5,2	6,6	4,6	5,7	5,6	6,8	6,3	5,7
Quimioterapia	5,5	3,8	2,2	0,3	1,6	2,3	1,3	1,9	2,8	0,3	1,3	2,4
Radioterapia	0,5	0,4	0,2	0,4	0,3	0,1	0,5	0,2	0,7	0,2	0,3	0,4
Hormonioterapia	3,6	2,7	2,5	2,2	1,3	1,2	1,9	1,8	2,9	2,8	0,9	2,4
Combinado												
Local	4,4	5,6	4,9	5,3	5,3	5,3	5,5	13,3	4,3	4,6	5,4	6,4
Sistêmico	4,6	5,3	4,9	2,7	5,9	6,1	6,3	7,3	6,3	5,2	7	6,1
Local + sistêmico	76,1	79,6	80	85,2	80,4	78,4	79,8	69,8	77,4	80	78,7	76,7

Entre os pacientes com estágio *in situ*, 55,2% foram submetidos a procedimento cirúrgico combinado com outra modalidade de tratamento e 43,1% realizaram apenas cirurgia. Já entre os pacientes com estágio I, 89,0% realizaram cirurgia combinada com outra modalidade de tratamento e 10,5% realizaram somente cirurgia.

Razão para não tratar

Foram identificados: um caso de recusa de tratamento; sete casos de doença avançada; um caso não tratado por outras razões, representando 0,06% do total de casos.

Estado da doença ao final do 1º tratamento

A maioria dos casos foi considerada em situação de remissão completa da doença ao final do primeiro tratamento. O percentual mediano observado no período foi 78,8%. Na análise segundo estadiamento, notou-se que, nos casos de

câncer de mama em estádios iniciais (*in situ* e estágio I), 98,9% têm remissão completa da doença ao final do primeiro tratamento. Entre os casos com estadiamento II, esse percentual é de 96,3%. Já para os casos com estágio III, esse percentual cai para 71,7% e, no estágio IV, reduz drasticamente para 0,3%.

Aproximadamente 27,9% dos casos em estágio IV evoluíram para o óbito ao final do primeiro tratamento. Os percentuais de casos que foram a óbito, segundo estadiamento clínico do tumor, foram, respectivamente, 27,9% (estádio IV); 3,8% (estádio III); 0,6% (estádio II); 0,2% (estádio I) e 0,2% (*in situ*).

Histórico familiar

Mais da metade dos casos apresentou histórico familiar de câncer (Figura 33).

Sabe-se que histórico familiar, principalmente em parentes de primeiro grau, antes da faixa de 50 anos, constitui importante fator de risco para o câncer de mama e pode indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. Contudo o câncer de mama de caráter hereditário corresponde à faixa de 5,0% a 10,0% do total de casos¹⁷.

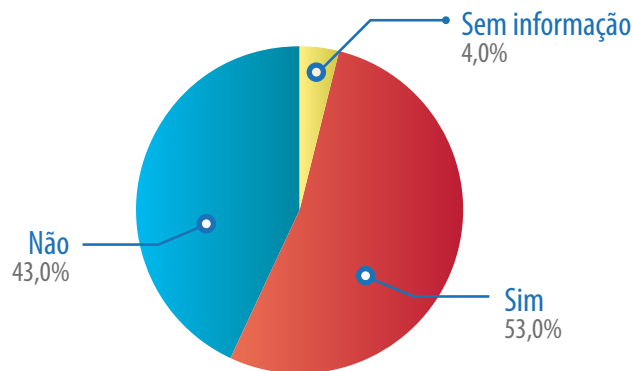


Figura 33 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo histórico familiar, HC III, INCA, de 2000 a 2009

Alcoolismo

A ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia) é considerada um fator de risco para câncer de mama.

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de álcool (Figura 34).

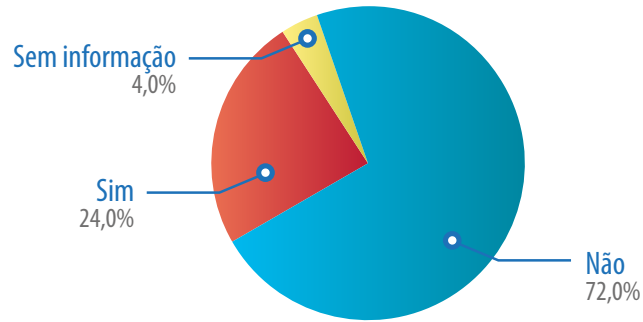


Figura 34 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo consumo de álcool, HC III, INCA, de 2000 a 2009

Tabagismo

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de tabaco (Figura 35).

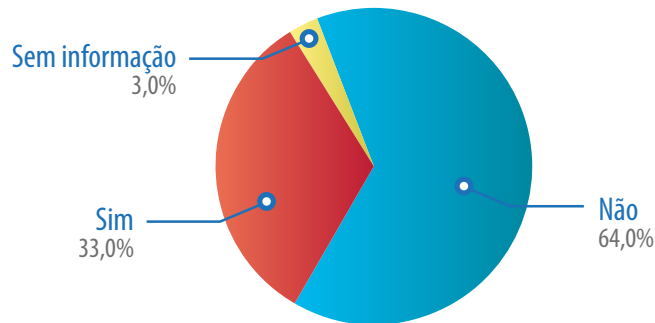


Figura 35 - Distribuição percentual dos casos de câncer da mama feminina, segundo consumo de tabaco, HC III, INCA, de 2000 a 2009

Análise dos intervalos de tempo entre consulta, diagnóstico, tratamento

Tempo entre a consulta e o diagnóstico

Observou-se uma redução da mediana do intervalo de tempo, em dias, entre a consulta e o diagnóstico dos casos de câncer da mama feminina atendidos na instituição. Entretanto, notou-se que, a partir de 2002, ocorreu um aumento desse intervalo, atingindo seu pico em 2004.

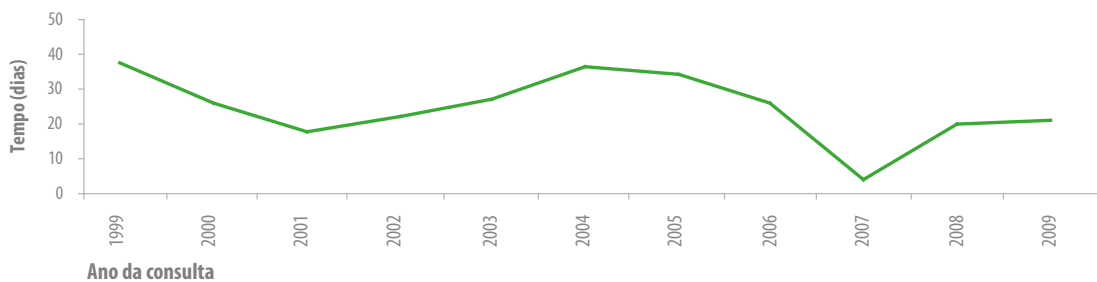


Figura 36 - Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a consulta e o diagnóstico dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Tempo entre o diagnóstico e o tratamento

Ao contrário do verificado na variável anterior, houve um aumento da mediana do intervalo de tempo, em dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento dos casos de câncer da mama feminina atendidos na instituição, especialmente a partir do ano 2003. No ano de 2009, ocorreu uma pequena redução.

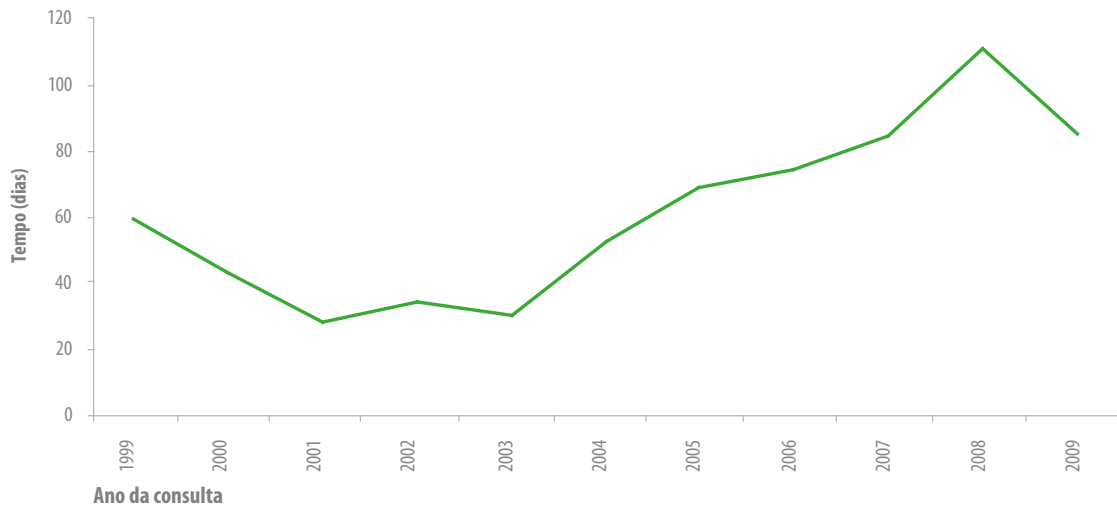


Figura 37 - Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre o diagnóstico e o tratamento dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009

Tempo entre a consulta e o tratamento

Assim como na variável tempo entre consulta e diagnóstico, houve uma redução expressiva da mediana do intervalo de tempo, em dias, entre a consulta e o início do tratamento dos casos de câncer da mama feminina atendidos na instituição. Entretanto, nos anos de 2004 e 2007, os valores medianos foram mais elevados (65 e 69 dias, respectivamente).

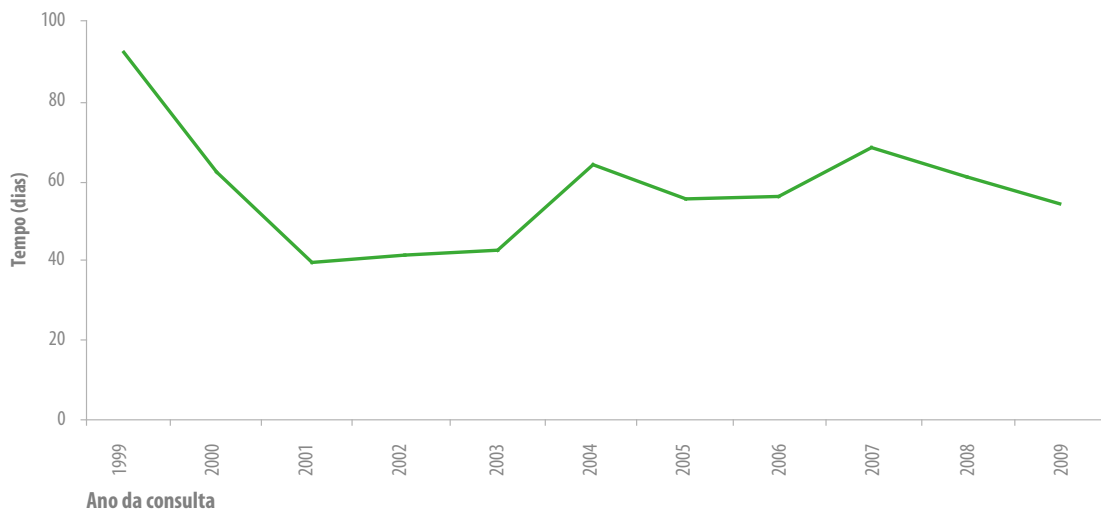


Figura 38 - Evolução temporal da mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a consulta e o tratamento dos casos de câncer da mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009



Tabela 18 - Medidas sumário da distribuição dos intervalos de tempo (em dias) para casos de câncer de mama feminina, HC III, INCA, de 1999 a 2009

		Ano da consulta										
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consulta/ diagnóstico	Média	61	39	29	32	39	47	43	38	37	119	36
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	664	813	482	405	1719	395	358	881	428	1.557	342
	25%	22	7	0	7	13	15	3	0	0	73	6
	50%	38	27	19	23	28	37	35	27	6	112	22
	75%	74	56	40	42	47	66	63	56	62	147	44
	Moda	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico/ tratamento	Média	78	57	45	53	58	78	85	86	96	119	97
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	1.883	1.240	1.559	492	2.360	1.967	1.305	758	627	1.557	585
	25%	29	17	7	8	7	26	27	39	53	73	56
	50%	60	43	28	34	30	53	69	75	85	112	86
	75%	105	78	62	70	83	113	126	117	124	147	123
	Moda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
Consulta/ tratamento	Média	113	75	45	57	58	81	69	74	85	76	69
	Mínimo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Máximo	769	813	1.559	443	1823	490	584	900	548	551	387
	25%	64	36	7	28	26	42	38	40	46	41	37
	50%	93	63	28	42	43	65	56	57	69	62	55
	75%	139	96	62	68	70	103	87	90	111	92	86
	Moda	64	56	0	39	42	39	49	42	52	56	35

Câncer do colo do útero (C53)

Primeiro tumor mais frequente no total do período analisado, constituiu uma importante causa de morbidade hospitalar por câncer nas três unidades hospitalares. No HC I, no período de 1983 até 1998, excluindo-se o câncer de pele, o do colo do útero foi a segunda localização mais frequente em mulheres atendidas na unidade (10,1%, N=3877 casos). Nessa unidade, entretanto, a observação temporal mostra uma redução progressiva do número de casos a partir do ano de 1983, quando representou 21,0% dos cadastros no RHC, sendo 17,7% a proporção anual mediana registrada até 1998 e uma média anual de 241 casos. No HC III, esse também foi o segundo tipo de câncer mais presente nas mulheres assistidas pela unidade entre 1994 e 1998 (23,2%, N=929). Nesse período, à exceção de 1998, o percentual anual foi superior a 20,0%, tendo como média 185,8 casos por ano.

Após 1998, a atenção ao câncer nessa localização foi concentrada no HC II, conforme citado anteriormente. A série temporal, apresentada na Figura 12, registra o crescimento proporcional dos casos atendidos após esse ano nesse hospital, quando o número anual de casos mais que triplicou: a média elevou-se de 229,8 casos por ano, até 1998, para 768,2.

As referências que se seguem são relativas à assistência prestada no HC II. Para a variável estadiamento, também é apresentada informação sobre os casos atendidos no HC I, de 1983 a 1988.

Acesso

O acesso ao tratamento na unidade privilegiou mulheres encaminhadas pela rede de saúde com diagnóstico prévio da doença. Apenas um pequeno grupo (17,7%) teve seu diagnóstico realizado no hospital (Figura 39). A histologia (do tumor ou da metástase) foi o procedimento diagnóstico utilizado para quase 100% dos casos, valor que evidencia sua qualidade.

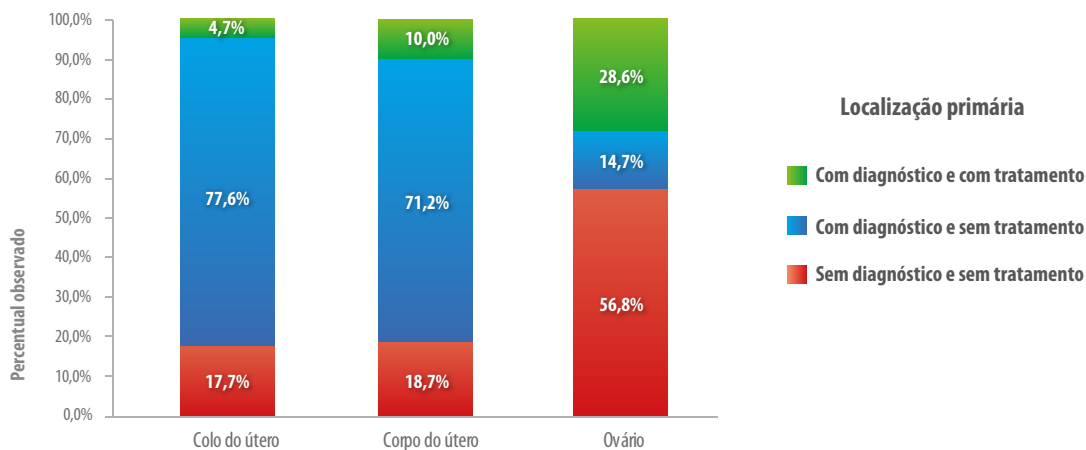
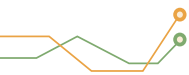


Figura 39 - Situação de chegada da mulher em relação ao diagnóstico e ao tratamento, por localização primária do tumor, HC II, INCA, de 1991 a 2008



A análise temporal (Figura 40) mostra que a condição com diagnóstico e sem tratamento foi a predominante, invertendo-se por um curto período, de 1995 até 1997, em favor da situação sem diagnóstico e sem tratamento. Após, uma acentuada elevação da proporção de mulheres que buscaram diagnóstico e tratamento desse câncer, os casos com diagnóstico e sem tratamento voltaram a predominar, alcançando valores superiores a 80,0% até o último ano desse estudo. Casos com diagnóstico e tratamento foram pouco comuns.

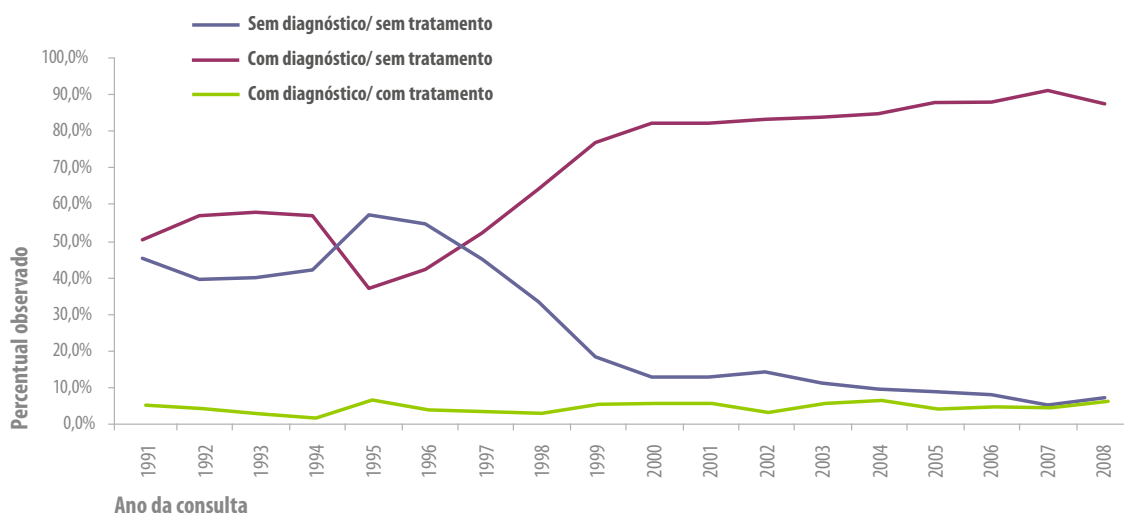


Figura 40 - Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Idade

O grupo portador dessa neoplasia constituiu-se de mulheres relativamente jovens, com idade mediana de 46 anos e intervalo interquartil de 38 a 58 anos.

Estadiamento

Para análise dessa variável, foram também considerados o estadiamento dos casos com consulta no HC I, de 1983 a 1998. Na Figura 41, o padrão inicial mostra predomínio do estágio III com relação aos demais, e uma situação a favor da doença não invasiva em relação ao estágio I, que perdura ao longo do tempo, especialmente em 1990 (20,7%) e de 1994 a 1997, quando atinge seus maiores patamares (variação entre 23,2% a 35,5%).

No HC II, menos da metade das mulheres (44,0%) chegou com doença não invasiva ou inicial (*in situ* e estágio I), embora tenham sido observadas variações ao longo do tempo. A proporção anual de casos com lesão *in situ* variou de 15,4%, em 2007, a 39,8% em 1998, sendo 22,9% a proporção mediana. A tendência foi de queda, após o aumento do percentual de casos com lesão não invasiva ocorrido em 1998. Por outro lado, para a doença no estágio I, os

percentuais mínimo e máximo obtidos foram, respectivamente, 12,1%, em 1995, 24,8%, em 2005, e mediana de 19,5%. Depois de 2002, a tendência foi de crescimento.

Os casos com doença no estágio II prevaleceram no início do período, quando foi registrado o percentual mais elevado (36,2%), mantendo-se como estágio mais comum até 1998, quando foi registrado o percentual mínimo (17,2%). Depois de 1998, a frequência de doença nesse estágio manteve-se entre 21,0% e 29,0%. A mediana da distribuição dos percentuais anuais obtidos no período completo foi de 25,9%.

A doença avançada no estágio III foi bastante frequente, apresentando percentuais de 26,6%, 19,3% e 38,5% para mediana, mínimo e maior percentual anual registrado, respectivamente. Doença metastática (estágio IV) foi menos observada: mediana de 2,6% e percentual anual mínimo e máximo, igual a 0,5% e 5,2%, respectivamente. A série histórica mostrou uma tendência de aumento desse percentual (Figura 42).

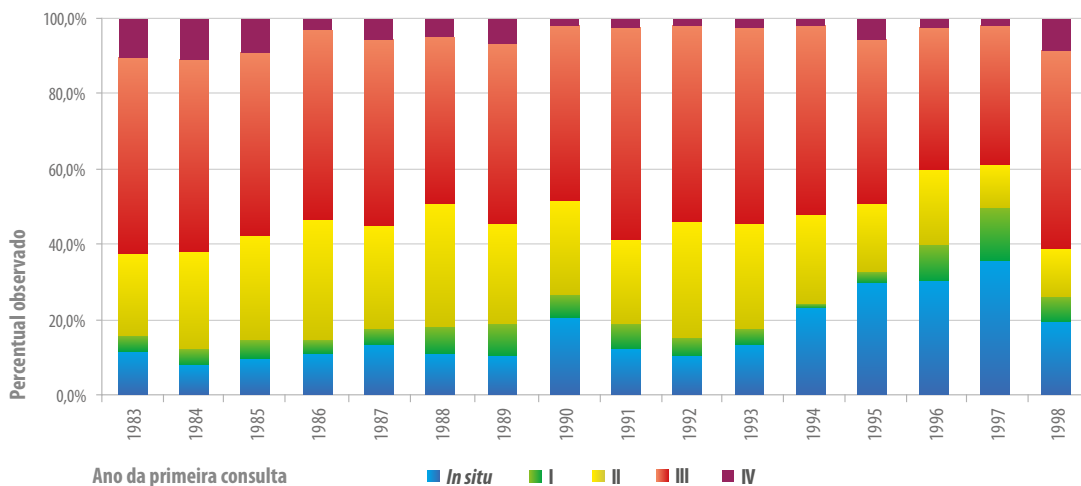


Figura 41 - Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do colo do útero, HCl, INCA, de 1983 a 1998

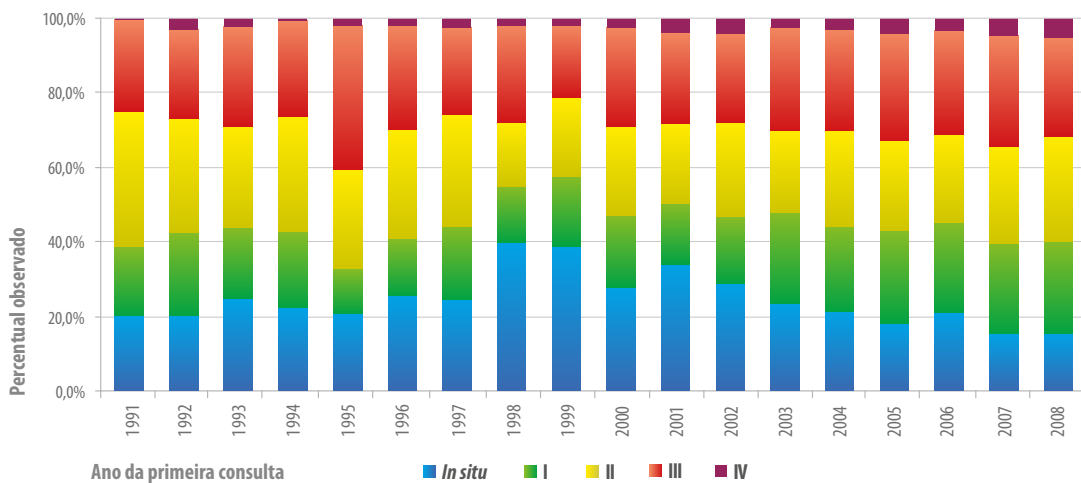
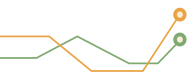


Figura 42 - Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do colo do útero, HCII, INCA, de 1991 a 2008



Tipo histológico

As neoplasias de células escamosas predominaram, correspondendo a 86,7% do total de casos analíticos de câncer do colo do útero, enquanto os adenocarcinomas corresponderam a 8,2% dos casos.

A distribuição dos percentuais obtida para as seis morfologias mais frequentes mostrou que, em conjunto, essas morfologias representaram, no mínimo, 88,2% dos tumores, em 2006, predominando valores superiores a 93% no restante do tempo. Um sumário da distribuição das proporções anuais relativas à ocorrência dessas morfologias é descrito na Tabela 19.

Tabela 19 - Sumário da distribuição percentual anual das seis principais morfologias do câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Histologia	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Carcinoma escamocelular, SOE	58,5	47,5	68,3	54,3	58,2	63,0
Neoplasia intraepitelial cervical grau III*	23,6	14,7	37,6	19,6	22,2	25,7
Carcinoma de células escamosas, microinvasor	4,4	0,8	7,3	2,4	5,4	6,6
Adenocarcinoma, SOE	4,6	3,0	7,9	3,2	4,4	5,3
Carcinoma adenoescamoso	2,5	1,5	4,1	1,8	2,4	3,0
Adenocarcinoma papilar, SOE	1,1	0,0	2,3	0,6	1,2	1,6

*Inclui casos classificados como carcinoma escamocelular *in situ*.

O carcinoma escamoso prevaleceu durante todo o período, sendo o carcinoma escamocelular, SOE, a morfologia mais registrada. Carcinomas assim classificados foram registrados em, no máximo, 68,3% dos casos, valor observado no primeiro ano do período, e representaram mais da metade dos tumores na maior parte do período (Tabela 19). Na segunda posição, está a neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III), que apresentou um crescimento a partir do primeiro ano, alcançando valores próximos a 37,0% nos anos de 1998 e 1999. A partir de 2001, apresentou um decréscimo, e alcançou os menores valores em 2007 e 2008. A lesão escamosa microinvasora foi menos comum, correspondendo a menos de 7,0% dos casos na maioria do período.

Entre os adenocarcinomas, adenocarcinoma, SOE e adenocarcinoma papilar, SOE foram as morfologias mais registradas, correspondendo a uma proporção anual mediana de 4,4% e 1,2% dos casos, respectivamente.

Tratamento

Até 1997, a radioterapia isolada foi o principal procedimento terapêutico indicado, sendo posteriormente superado pela cirurgia isolada e, a partir de 2004, pelo esquema combinando radioterapia e quimioterapia, que se manteve como primeira indicação no restante do período (Tabela 20). Essa combinação foi inserida a partir de 1999, sendo, inicialmente, adotada para uma pequena proporção de casos. Durante o período posterior, passou a ser o protocolo terapêutico mais adotado, representando quase 50% dos tratamentos realizados em 2008.

Tabela 20 - Sumário da distribuição das proporções dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do colo do útero, HC II, INCA,, de 1991 a 2008

Tratamento realizado	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Cirurgia	37,1	29,8	52,1	32,8	37,9	41,2
Radioterapia	42,3	12,6	64,9	18,7	47,7	57,3
Quimioterapia	0,6	0,0	2,5	0,0	0,4	0,8
Combinado (cirurgia+radioterapia)	4,1	1,2	8,3	2,6	3,6	4,5
Combinado (cirurgia+radioterapia+quimioterapia)	0,8	0,0	2,6	0,0	0,6	1,4
Combinado (radioterapia+quimioterapia)	14,7	0,0	49,3	0,6	4,0	42,6
Outras combinações	0,03	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0

*Inclui casos classificados como carcinoma escamocelular *in situ*.

O tratamento cirúrgico isolado foi predominante nos estádios iniciais, sendo realizado em quase 100,0% dos casos com lesão não invasiva e 65,6% dos casos no estágio I. A doença no estágio II foi tratada com radioterapia isolada (57,8%), sendo a combinação cirurgia e radioterapia o segundo esquema terapêutico adotado (35,1%). Para os estádios avançados III e IV, a radioterapia isolada ou associada à quimioterapia (66,2% e 66,9%, respectivamente) foram os principais tratamentos realizados. Vale ressaltar que, com a incorporação dessa combinação, em 1999, sua realização apresentou padrão de crescimento em todos os estádios da doença invasiva, especialmente nos mais avançados (III e IV). No estágio III, observou-se um incremento de 67,8% ao final do período, em comparação com o primeiro ano de sua utilização, e, para o estágio IV, de 13,1%.

Mortalidade no primeiro ano do primeiro tratamento

Conhecer a situação da doença ao final do primeiro tratamento é uma etapa fundamental na avaliação da resposta mais imediata da conduta terapêutica adotada pelo profissional assistente. No RHC, a análise dessa condição é feita por meio de variável que classifica o estado da doença segundo seis critérios, entre os quais se inclui o óbito ao



final dessa etapa. Em função de inconsistências observadas nessa variável, em relação aos óbitos ocorridos na fase pós-tratamento, o critério utilizado foi a sua data, incluindo-se na análise aqueles que ocorreram no primeiro ano após o tratamento.

Foi observado um total de 1.221 óbitos com essa característica. A taxa de mortalidade, no grupo de mulheres assistidas pelo hospital durante o primeiro ano da consulta, variou de 7,0%, em 1999, a 16,5%, em 1994, sendo a mediana igual 13,4%.

Os óbitos predominaram no grupo de mulheres com doença no estágio III, que, no primeiro ano, foi responsável por um percentual de 38,1% dos óbitos e manteve valores superiores a 48,0% durante o restante do período, alcançando seu valor máximo (68,4%) em 1995, com mediana de 60,0%. O segundo lugar foi ocupado pelo estágio II que, no primeiro ano, apresentou percentual de óbitos igual ao estágio III e um percentual mediano de 20,0% dos óbitos ocorridos em um prazo de até um ano após a consulta inicial (Figura 43 e Tabela 21).

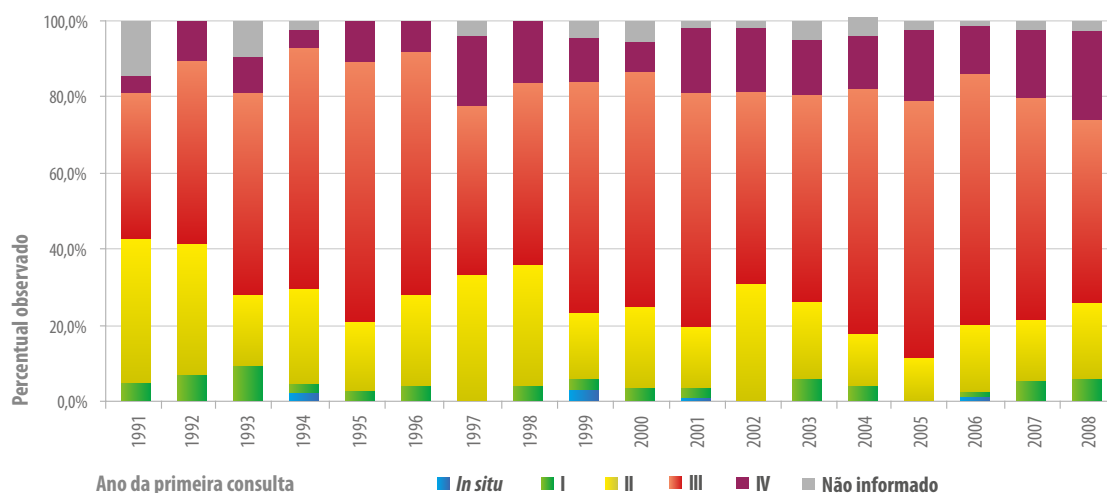


Figura 43 - Proporção de óbitos no primeiro ano do primeiro tratamento, segundo estadiamento e ano da primeira consulta, câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Tabela 21 - Resumo da distribuição percentual anual dos óbitos por estágio do câncer do colo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Estádio	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
<i>In situ</i>	0,4	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0
I	3,6	0,0	9,4	2,4	3,8	5,2
II	22,7	11,6	38,1	17,4	20,2	29,4
III	56,8	38,1	68,4	48,8	59,7	63,9
IV	13,2	4,5	23,5	9,6	13,2	17,1
Não estadiado/ ignorado	3,3	0,0	15,3	1,4	2,2	4,2

A causa básica foi classificada como ignorada pelo RHC para 14,4% dos óbitos, óbito por câncer para 38,7% e, em 43,7%, como “sintomas, sinais, achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte” (Capítulo XVIII da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*), sendo a categoria mais comum outras causas mal definidas e as não especificadas (R99). A causa ignorada do óbito predominou nos estádios II, III e IV, nessa ordem, apenas nos primeiros seis anos. Os óbitos por sinais e sintomas relacionados no Capítulo XVIII foram os mais frequentes até 2004, quando perderam magnitude. Por outro lado, o câncer passou a ser mais registrado como causa do óbito a partir de 1998. Após 2003, tornou-se a principal causa de óbito na população estudada. Considerando-se que a elevada proporção de óbitos nos estádios avançados (III e IV) foi consequência dessa doença, essas alterações provavelmente são fruto da melhoria do acesso e da qualidade da informação no SIM, em especial no que se refere ao registro da causa básica nas declarações de óbito, não respondendo pelas modificações no padrão de ocorrência dos óbitos em pacientes com essa neoplasia.

Câncer do corpo do útero e do ovário (C54 e C56)

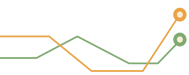
Terceira e quarta localizações mais frequentes de tumor em mulheres atendidas no HC II, onde representaram 10,2 % (N=1836) e 7,5 % (N=1348) dos casos, respectivamente (Figura 44). Os tumores no corpo do útero e no ovário foram menos comuns no HC I e igualmente no HC III, sendo associados a, respectivamente, 1,9% (N=746) e 1,7% (N=666) dos casos, no primeiro, e 3,4% (N=140) e 1,4% (N=55), no segundo hospital.

A magnitude da ocorrência desses tipos de câncer, apresentada sob a forma de medidas descritivas da distribuição da proporção de casos anualmente registrados no RHC dos três hospitais (Tabela 22), aponta para uma variação ao longo do tempo. Uma redução dos registros dessas topografias, após 1998, no HC I e no HC III, foi consequência da concentração do atendimento a tumores com essas localizações no HC II.

Tabela 22 - Distribuição dos percentuais anuais: câncer do corpo do útero e do ovário, HC I, HC II, HC III, INCA, de 1983 a 2008

Unidade Hospitalar	Localização	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
HCI	Corpo do útero	2,8	0,8	5,1	1,9	2,7	3,7
	Ovário	2,4	1,7	3,5	2,1	2,3	2,4
HCII	Corpo do útero	10,0	3,0	21,5	4,4	8,1	14,7
	Ovário	7,4	2,8	11,4	4,3	7,6	10,0
HCIII	Corpo do útero	3,8	2,3	5,5	2,9	3,5	4,7
	Ovário	1,5	0,8	2,3	1,2	1,5	1,6

Uma abordagem mais detalhada, contemplando algumas informações da ficha de cadastro do tumor, é apresentada em seguida, para o HC II.



Conforme observado no câncer do colo do útero (Figura 40), as mulheres com câncer do corpo do útero, em sua maioria, procuraram o hospital para tratamento, com diagnóstico prévio (71,2%), condição que se elevou de maneira temporal, em detrimento da procura para diagnóstico e tratamento na unidade (Figura 44).

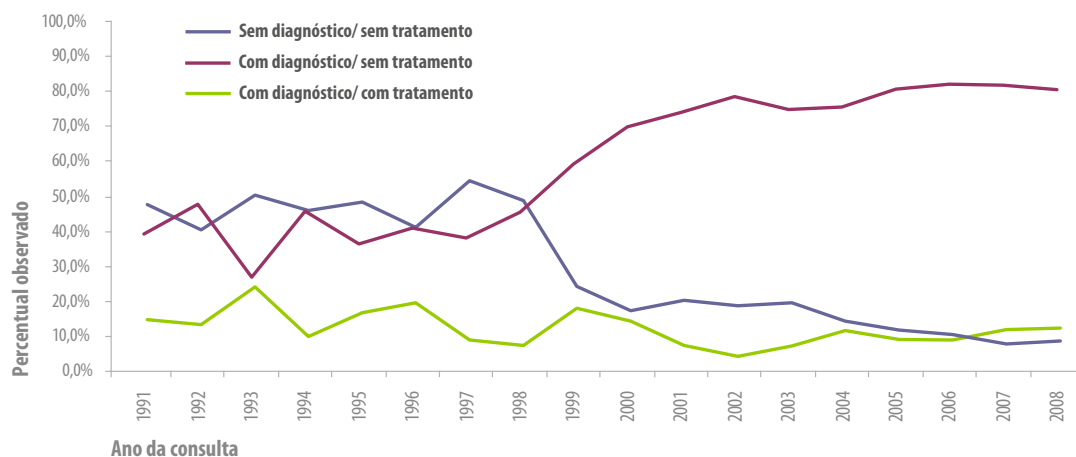


Figura 44 - Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

A situação é inversa para os casos de câncer de ovário, que tiveram como motivação para a procura de atendimento no hospital a busca do diagnóstico e do tratamento (Figura 45), além de ter apresentado uma proporção mais elevada de casos tratados previamente (proporção anual mediana de 28,1%) do que a verificada para os casos com diagnóstico e sem tratamento, situação que permanece durante todo o período.

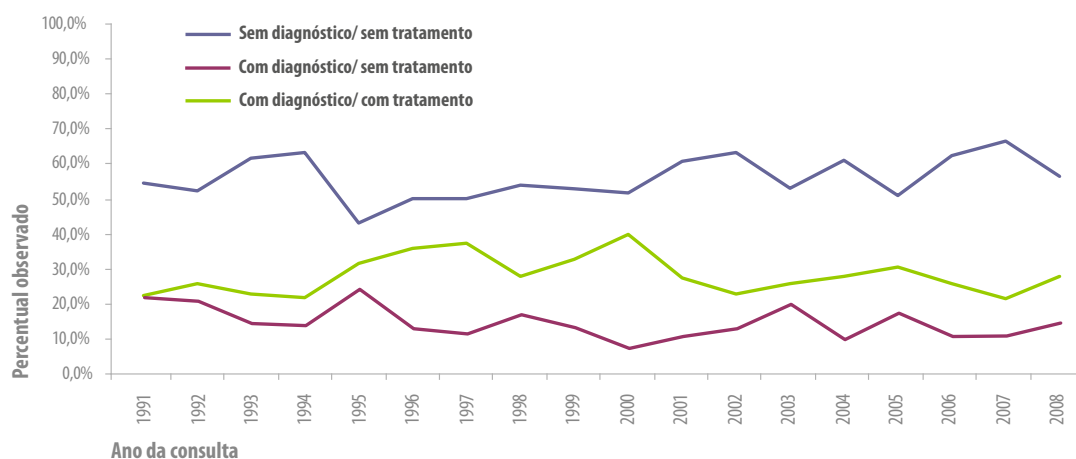


Figura 45 - Situação dos casos em relação ao diagnóstico e ao tratamento anteriores: câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Idade

Pacientes com câncer do corpo do útero têm idade mais avançada do que aquelas com câncer de ovário (intervalo interquartil de 57 a 72 anos e mediana de 64 anos, contra intervalo interquartil de 44 a 55 anos e mediana de 54 anos, respectivamente).

Estadiamento

Estádio inicial (*in situ* e I) foi mais frequente nos casos de câncer de corpo do útero (49,0%). O padrão de ocorrência foi irregular no início do período (de 1991 a 1997), com variações de 66,7%, maior valor, observado em 1992, a 25,0%, menor valor, em 1993. Um crescimento importante foi visto a partir de 1998 (47,1%) até 2002, quando representou 57,5% dos estádios de doença nessa localização e estabilização em patamares entre 44,0% e 52,0% até 2008 (Figura 46).

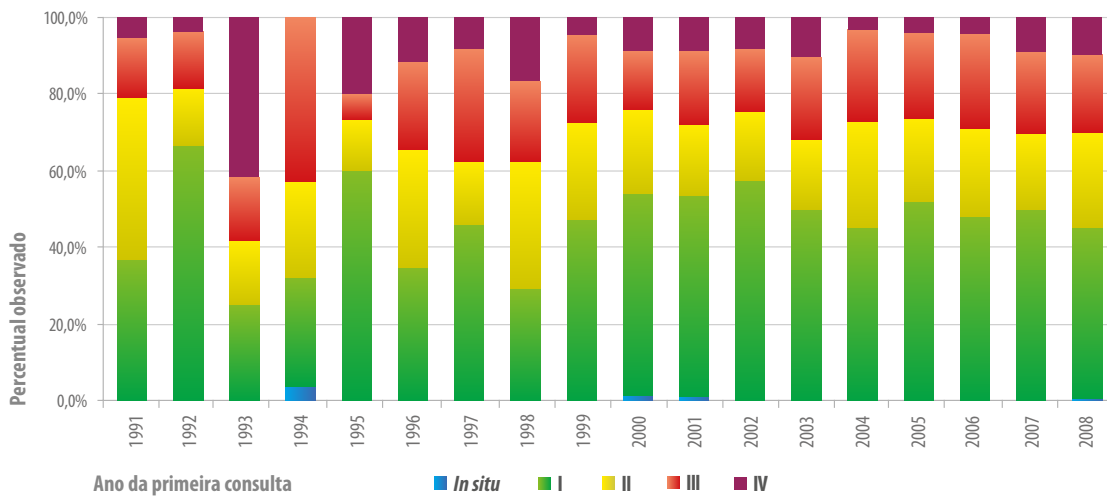


Figura 46 - Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do corpo do útero, HCII, INCA, de 1991 a 2008

Entre os casos de câncer de ovário, prevaleceu o estágio III (43,6%), seguido do estágio I (34,7%) que, a partir de 2002, apresentou um padrão de crescimento (de 24,3% para 44,0%, em 2008 – Figura 47).

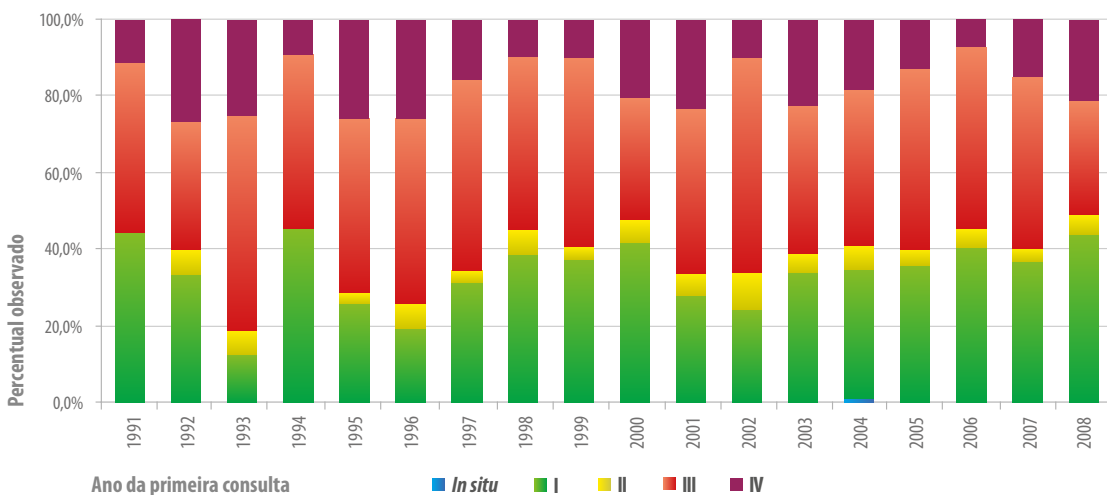
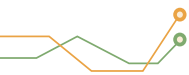


Figura 47 - Evolução temporal dos estádios: proporção anual de casos de câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008



Histologia

As 10 morfologias dos tumores de corpo do útero mais frequentes são apresentadas na Tabela 23. Em conjunto, as morfologias apresentadas corresponderam a 93,8% dos resultados dos exames histopatológicos realizados.

O adenocarcinoma endometriode, registrado na metade dos casos, ocupou o primeiro lugar. Seu registro vem aumentando progressivamente ao longo dos anos, a partir de 1996, em função da melhoria da qualidade do diagnóstico histológico, uma vez que o adenocarcinoma, SOE, primeiro colocado até 2007, vem apresentando uma redução progressiva ao longo do período (Tabela 23).

Tabela 23 - Sumário da distribuição percentual anual das seis principais morfologias, câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Histologia	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Adenocarcinoma endometriode	35,2	38,0	40,2	42,7	45,6	48,3
Adenocarcinoma, SOE	26,3	24,0	21,6	20,0	18,2	16,1
Tumor misto mulleriano	10,1	9,6	9,8	9,5	9,2	9,0
Cistadenocarcinoma papilar seroso	2,8	3,0	3,2	3,4	3,6	3,9
Adenocarcinoma papilar, SOE	5,9	5,6	5,4	5,2	4,3	3,7
Carcinoma adenoescamoso	5,6	5,1	4,9	4,5	4,3	4,1
Adenocarcinoma de células claras, SOE	3,0	3,2	3,4	3,4	3,3	3,3
Cistadenoma seroso	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9
Leiomiossarcoma SOE	1,6	1,7	1,7	1,6	1,7	1,9
Sarcoma do estroma endometrial, SOE	1,7	1,8	1,9	1,7	1,6	1,7

Para o câncer do ovário, destacou-se o cistadenocarcinoma papilar seroso, primeiro dos 10 tumores malignos mais diagnosticados, presente em 26,0% dos casos (Tabela 24), que se manteve em destaque durante todo o período. Vale ressaltar a importância de lesões de malignidade *borderline*, como o tumor cístico mucinoso de malignidade limítrofe

e o carcinoma seroso de malignidade limítrofe, identificados em 4,9% e 2,1%, dos casos e registrados de maneira contínua a partir de 1998 e 2000, respectivamente, quando apresentam um padrão de crescimento.

Tabela 24 - Sumário da distribuição do percentual anual das 10 principais morfologias do câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Histologia	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Cistadenocarcinoma papilar seroso	26,7	15,4	22,1	28,2	31,6	36,5
Adenocarcinoma, SOE	10,6	0,0	8,2	11,0	13,8	19,4
Cistadenocarcinoma mucinoso	9,9	0,0	7,5	9,2	13,6	22,1
Cistadenocarcinoma seroso	10,2	1,9	5,6	7,9	14,4	27,3
Adenocarcinoma endometriode	7,5	0,0	4,7	7,1	10,0	17,4
Tumor maligno de células da granulosa	4,2	0,0	2,3	4,3	6,4	7,7
Adenocarcinoma papilar, SOE	4,5	0,0	2,4	3,7	5,0	19,2
Adenocarcinoma viloso	3,4	0,0	0,0	2,6	5,0	15,4
Cistadenocarcinoma, SOE	2,0	0,0	0,0	2,0	2,8	6,8
Adenocarcinoma mucinoso	1,6	0,0	0,0	0,9	2,1	6,7

Tratamento

A cirurgia associada à radioterapia foi o esquema terapêutico mais adotado para o câncer de corpo do útero, seguido de perto pela cirurgia isolada (Tabela 25). A predominância do primeiro esquema de tratamento manteve-se na maior parte dos anos, em determinados momentos, alternando-se com a cirurgia e, nessa situação, ocupando a primeira posição e compartilhando valores similares. A radioterapia isolada manteve-se como o terceiro procedimento mais utilizado, durante todo o período. Embora menos frequentes, a série mostrou um crescimento do tratamento com quimioterapia isolada a partir de 2006 e com cirurgia e quimioterapia a partir de 2003.

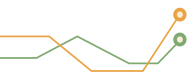


Tabela 25 - Frequência relativa dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do corpo do útero, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Tratamento realizado	Ano da Consulta																			Total
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Cirurgia	19,4	30,0	44,1	45,5	48,0	31,3	40,5	32,3	27,3	35,0	40,7	40,7	37,5	29,5	34,2	38,9	35,7	31,8	35,3	
Cirurgia+ radioterapia	61,1	47,5	26,5	43,2	36,0	40,6	40,5	48,4	40,0	38,8	40,7	35,3	36,4	44,9	47,3	36,8	30,4	30,0	38,4	
Radioterapia	16,7	20,0	14,7	6,8	16,0	25,0	16,2	9,7	20,9	17,5	11,4	12,0	15,9	14,2	12,3	7,6	11,7	7,8	13,0	
Cirurgia+ quimioterapia	0,0	0,0	5,9	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,9	0,8	2,0	1,1	4,5	4,1	8,1	7,6	18,0	5,1	
Cirurgia+ radioterapia+ quimioterapia	0,0	2,5	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	1,9	0,8	2,7	0,6	0,6	0,0	3,2	5,8	3,2	2,0	
Quimioterapia	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	1,6	0,7	1,1	2,3	0,7	2,2	4,1	5,5	1,9	
Radioterapia+ quimioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,3	0,0	1,1	0,7	1,1	3,5	1,4	0,9	
Outras combinações	2,8	0,0	5,9	0,0	0,0	3,1	2,7	6,5	8,2	3,9	4,1	5,3	7,4	2,8	0,7	2,2	1,2	2,3	3,4	

O câncer de ovário foi tratado basicamente com cirurgia e quimioterapia que, isoladamente ou em combinação, foram as principais modalidades terapêuticas adotadas. Combinados, esses dois procedimentos mantiveram-se como principal modalidade terapêutica durante todos os anos do estudo. Isoladamente, observou-se uma alternância ao longo do período entre esses procedimentos, com momentos de predomínio de um ou outro sobre o esquema combinado (cirurgia, em 1995 e quimioterapia, em 1997), com crescimento da cirurgia nos dois últimos anos (Tabela 26).

Tabela 26 - Frequência relativa dos esquemas terapêuticos realizados em pacientes com câncer do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Tratamento realizado	Ano da Consulta																			Total
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Cirurgia	31,8	26,1	19,2	33,3	40,9	19,4	22,5	25,6	30,2	26,3	27,7	19,4	35,1	26,6	23,1	30,6	33,7	38,2	28,9	
Cirurgia+ quimioterapia	40,9	43,5	38,5	51,9	34,1	47,2	32,5	43,6	34,9	45,3	44,7	53,7	34,3	42,2	41,3	50,5	44,6	40,0	42,5	
Quimioterapia	22,7	17,4	38,5	14,8	15,9	30,6	40,0	23,1	26,4	27,4	22,3	21,3	29,1	28,1	33,7	18,0	21,8	20,0	25,1	
Cirurgia+ radioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,1	0,0	0,0	1,6	1,0	0,0	0,0	0,9	0,7	
Cirurgia+ radioterapia+ quimioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,5	0,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,5	
Radioterapia+ quimioterapia	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,9	0,0	1,1	0,9	0,0	0,8	1,0	0,0	0,0	0,9	0,6	
Outras combinações	0,0	13,0	3,8	0,0	4,5	0,0	5,0	7,7	5,7	1,1	3,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	

Mortalidade no primeiro ano do tratamento

Entre os casos de câncer do corpo do útero, a mortalidade variou em torno de 10,8% a 28,1%, mantendo-se estável durante o período de observação, embora tenha ocorrido um decréscimo na proporção de óbitos nos três últimos anos.

O câncer do ovário apresentou índices de mortalidade que variaram de 12,6% a 30,8%, valor observado em 1993, com mediana de 17,3%. Após 2003, ocorreu uma redução dos percentuais de óbitos, que se mantiveram em níveis inferiores a 18,0% (Figura 48).

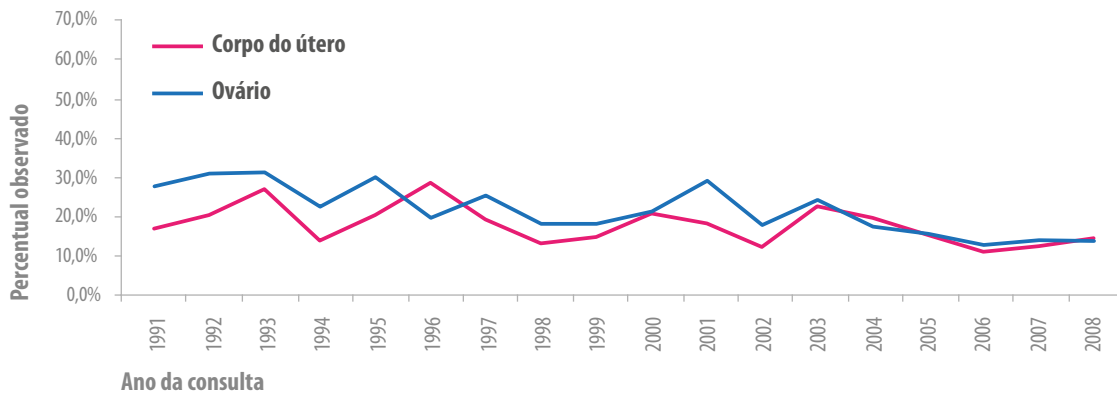


Figura 48 - Mortalidade no primeiro ano do tratamento: câncer do corpo do útero e do ovário, HC II, INCA, de 1991 a 2008

Câncer da próstata (C61)

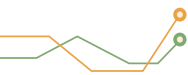
Apesar de ser o câncer mais incidente na população brasileira e a segunda causa de óbitos por câncer em homens, as informações dos RHC não refletem a magnitude da doença. A próstata apresentou-se entre as 10 localizações de tumor mais frequentes na população atendida, sendo, no HC I, a quinta neoplasia maligna mais frequente, registrada em 5,5% dos casos com consulta de 1983 a 2008 e 4,3% dos casos de 1991 a 2001, no HC II.

A observação da série temporal apresentada na Tabela 1 mostrou o crescimento proporcional dos casos de câncer de próstata a partir de 1993, quando foi observado o maior percentual de casos (8,8%, em 2004).

A seguir, serão apresentadas algumas informações referentes aos casos de câncer de próstata atendidos no INCA e cadastrados pelo RHC da instituição.

Acesso

Na década de 1980, a maior parte dos casos chegava na instituição apenas para complementação do tratamento.



Especialmente a partir do final da década de 1990, observou-se que a maioria dos pacientes chegou na instituição com diagnóstico para iniciar o tratamento. Em contrapartida, o percentual de casos que chegaram sem diagnóstico apresentou redução. Esse quadro evidencia uma mudança do perfil na entrada para assistência no INCA, refletindo a recente política institucional que preconiza a chegada dos pacientes já com o diagnóstico pela expectativa da organização da rede.

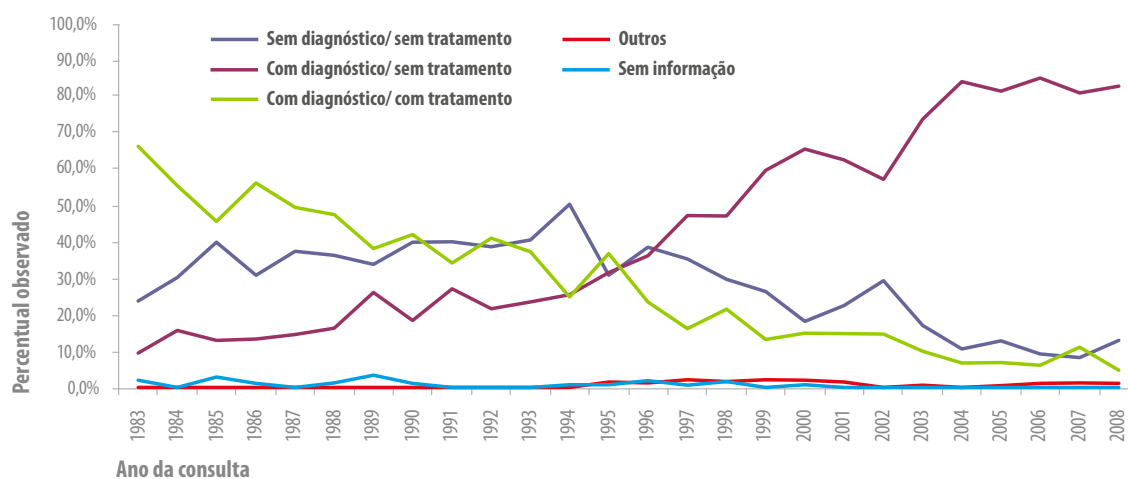


Figura 49 - Evolução temporal dos casos de câncer de próstata, segundo situação de chegada dos pacientes, HCI, INCA, de 1999 a 2009

Base do diagnóstico

Quase a totalidade dos casos teve a histologia do tumor primário como base do diagnóstico, evidenciando excelente qualidade diagnóstica para os casos de câncer de próstata atendidos na instituição. O percentual mediano no período foi 94,4%. Entretanto, no período entre 1988 a 1994, observou-se um alto percentual de casos sem informação para essa variável. O percentual mediano foi 46,4% no referido período.

Tipo histológico

Quase a totalidade dos casos atendidos no INCA foi classificada como adenocarcinoma, SOE. O percentual mediano observado no período foi 94,5%. Neoplasia maligna mostrou redução expressiva (87,2%) ao longo dos anos, especialmente a partir do ano de 1991.

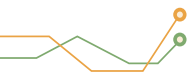
Houve também redução expressiva dos casos classificados como tumores com diagnóstico clínico, sem confirmação por exame citológico ou histológico (9990/3), o que evidenciou melhora no diagnóstico do tumor. A definição do tipo histológico do tumor (morfologia) é fundamental para o planejamento terapêutico dos pacientes.

Tabela 27 - Evolução temporal dos casos de câncer da próstata, segundo principais tipos histológicos, HCI, INCA, de 1999 a 2008

Tipo histológico	Adenocarcinoma, SOE	Neoplasia maligna	Carcinoma de células acinosas	Carcinoma, SOE	Carcinoma escamocelular, SOE	Carcinoma indiferenciado, SOE	Outros	Clinicamente tumor maligno
1983	81,3	4,7	0,0	2,8	0,0	1,9	0,9	6,5
1984	84,5	8,3	0,0	1,2	0,0	0,0	3,6	2,4
1985	90,1	4,2	0,0	1,4	1,4	0,0	0,0	1,4
1986	89,1	6,5	0,0	0,0	2,2	0,0	1,1	0,0
1987	88,1	6,0	0,0	1,2	1,2	0,0	1,2	1,2
1988	92,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
1989	84,9	6,5	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	6,5
1990	88,3	3,2	0,0	1,1	0,0	1,1	1,1	4,3
1991	95,3	1,2	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,2
1992	95,5	2,2	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0
1993	93,6	1,6	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	1,6
1994	97,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
1995	98,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1996	92,3	6,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6	0,0
1997	97,4	0,5	0,0	0,0	1,0	0,0	0,5	0,5
1998	96,0	0,0	0,5	0,5	1,5	0,0	1,0	0,5
1999	95,9	1,4	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2000	97,4	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	1,3	0,0
2001	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2002	73,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	26,0	0,0
2003	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0
2004	99,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
2005	93,3	1,7	4,7	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
2006	96,0	1,7	0,6	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6
2007	97,5	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
2008	86,9	0,6	11,4	0,6	0,0	0,0	0,6	0,0
Total	93,1	1,9	1,2	0,5	0,3	0,1	1,8	0,8

Estadiamento

Como o padrão utilizado pelo RHC para estadiamento de tumores é o sistema TNM, e como o câncer de próstata, até sua 5ª edição, não tinha prevista essa classificação, não foi possível apresentar as informações sobre estadiamento desse tumor, visto que há um alto percentual de sem informação para essa variável dentro do período referente até a 5ª edição. Para a 6ª edição, esse tumor já tinha sua classificação no TNM, entretanto, não foi possível resgatá-la dos prontuários, permanecendo o alto índice de sem informação para o restante dos anos aqui analisados. O percentual mediano observado foi 80,1%.



Tratamento

A maior parte dos casos foi submetida ao tratamento isolado com cirurgia ou radioterapia (Tabela 28).

Observou-se aumento expressivo de tratamento combinado local, que dobrou o seu percentual entre o ano do início e do fim do período (aumento de 115,4%) e da radioterapia isolada (aumento de 52,6%) ao longo do período.

Tabela 28 - Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo primeiro tratamento realizado na instituição, HC I, INCA, de 2000 a 2008

Tratamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Isolado										
Cirurgia	36,8	47,1	50,0	50,3	56,5	38,8	51,5	40,7	31,0	45,3
Quimioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1
Radioterapia	35,9	30,4	39,6	39,1	34,9	52,8	34,6	42,1	54,8	41,1
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Combinado										
Local	2,6	3,9	2,1	3,7	2,9	2,3	6,9	8,3	5,6	4,1
Sistêmico	0,0	2,0	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Local + sistêmico	8,5	5,9	0,7	1,2	1,4	3,3	2,3	5,5	5,6	3,5

Razão para não tratar

Aproximadamente 7,3% dos casos não receberam tratamento antineoplásico na instituição. Desses, 26,5% ocorreram em razão de doença em estágio avançado, falta de condições clínicas dos pacientes ou outras doenças associadas; 49,0% por outras razões e 14,7% por não apresentarem informação para essa variável.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento

Não foi possível apresentar as informações sobre o estado da doença ao final do primeiro tratamento, visto que há um alto percentual de sem informação para essa variável em todo o período. O percentual mediano observado foi 41,4%.

Histórico familiar

Aproximadamente 37,0% dos casos apresentava histórico familiar de câncer (Figura 50).

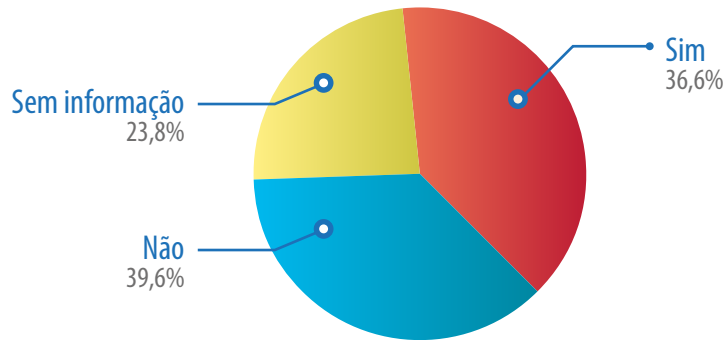


Figura 50 - Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo história familiar de câncer, HC I, INCA, de 2000 a 2009

Alcoolismo

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de álcool (Figura 51).

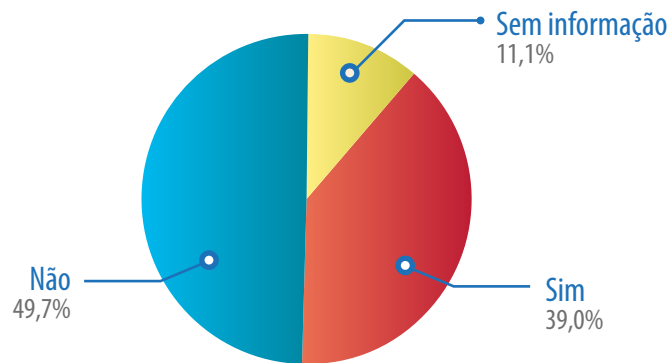


Figura 51 - Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo consumo de álcool, HC I, INCA, de 2000 a 2009
Nota: Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,2% de casos registrados como não se aplica.

Tabagismo

A maioria dos casos não apresentava histórico de consumo de tabaco (Figura 52).

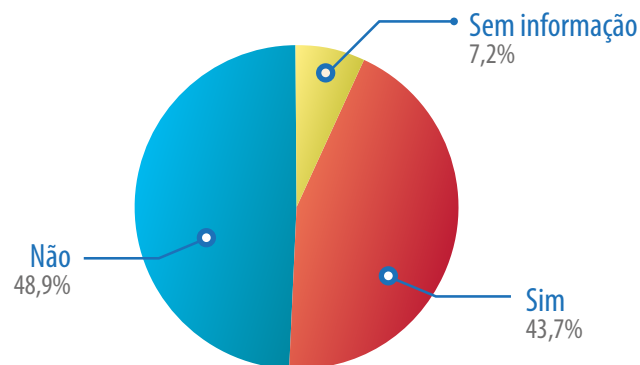
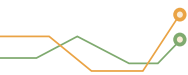


Figura 52 - Distribuição percentual dos casos de câncer de próstata, segundo consumo de tabaco, HC I, INCA, de 2000 a 2009
Nota: Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,3% de casos registrados como não se aplica.



Câncer do esôfago (C15)

O câncer do esôfago foi o décimo mais frequente no HC I, correspondendo a 3,2% dos tumores observados em homens no período sob estudo e a quarta posição no HC II (11,1%).

A análise da evolução temporal mostrou que, proporcionalmente, o esôfago teve seus maiores percentuais de 1983 a 1985, quando obteve seu valor máximo (5,3%), apresentando uma redução progressiva da proporção dos casos a partir de então. A proporção anual mediana registrada foi de 3,1%.

No HC II, o esôfago foi a quarta localização de câncer mais presente na população do sexo masculino assistida pela unidade entre 1991 e 2000 (11,1%). Nesse hospital, o câncer do esôfago foi registrado em proporções anuais que variaram de 6,4% a 21,4% e mediana de 10,9% entre os homens. Nas mulheres, apesar de situado entre as 10 localizações mais frequentes, esse câncer representou um máximo de 1,2% dos casos, tendo 0,4% como percentual de ocorrência anual. Cânceres de esôfago deixaram de ser registrados no HC II a partir de 2001.

Os resultados relativos ao câncer do esôfago são apresentados a seguir. As análises foram realizadas com base nas informações do RHC do HC I.

A idade mediana dos pacientes atendidos no HC I com câncer de esôfago foi de 60 anos, com maioria de homens (75,3%). O número de casos analíticos teve mediana de 62,1%, contra 37,9% dos casos não analíticos.

Acesso

Até o ano 2000, a situação de chegada dos pacientes ao INCA se alternava: antes de 1991, chegavam sem diagnóstico e sem tratamento, depois desse ano, os pacientes passaram a chegar com o diagnóstico já confirmado para o tumor. Desde 2001, esse perfil se consolidou, observando-se um percentual mediano de aproximadamente 70,0% para os casos já com diagnóstico (Figura 53).

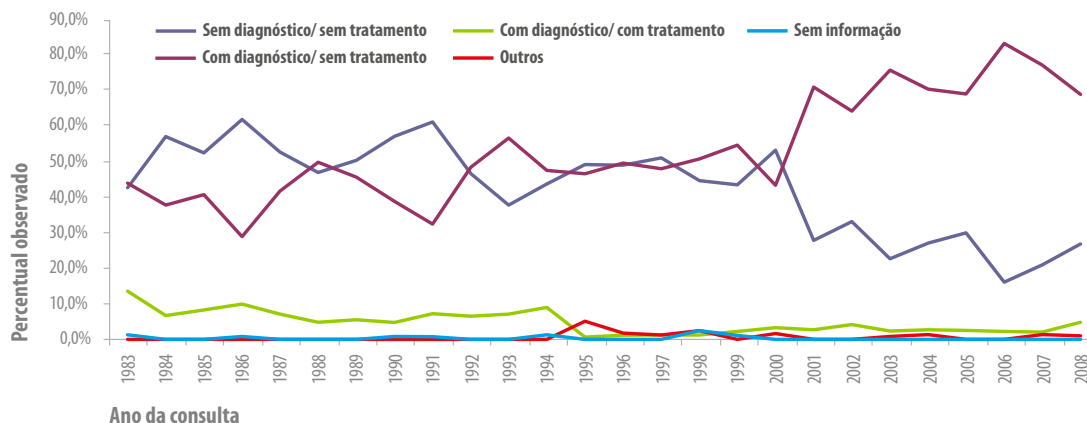


Figura 53 - Evolução temporal dos casos de câncer do esôfago atendidos no INCA, segundo situação de chegada à instituição, HC I, de 1983 a 2008

Base diagnóstica

A mediana do percentual para o período foi de 94,4% para a histologia do tumor primário, o que representa uma boa qualidade da confirmação diagnóstica e da informação. Entre os anos de 1987 e 1994, observou-se uma mudança de perfil, provavelmente por um problema de classificação, com um grande número de casos sem informação para a variável, tendo, em 1993, o pior desempenho, com 61,6% de casos sem informação.

Tipo histológico

Os casos de carcinoma escamocelular, SOE, tiveram mediana de 88,3%, seguidos por adenocarcinoma, SOE, com mediana de 5,9%, para o período observado. Juntas, elas representaram aproximadamente 94,0% do total das morfologias (Tabela 29).

Tabela 29 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HCl I, INCA, segundo os 10 principais tipos histológicos, de 1983 a 2008

Histologia	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Neoplasia maligna, SOE	0,8	0,0	3,2	0,0	0,3	1,5
Carcinoma, SOE	1,1	0,0	3,1	0,2	0,9	1,7
Carcinoma indiferenciado, SOE	0,2	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
Carcinoma de células pequenas	0,3	0,0	2,0	0,0	0,0	0,6
Carcinoma escamocelular, SOE	88,0	80,2	95,2	86,0	88,3	91,6
Carcinoma escamoso ceratinizado, SOE	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Adenocarcinoma, SOE	5,9	0,8	13,3	3,8	5,9	7,5
Carcinoma de células em anel de sinete	0,3	0,0	2,8	0,0	0,0	0,4
Clinicamente tumor maligno*	2,1	0,0	8,9	0,0	0,9	3,6
Outros	1,2	0,0	4,7	0,6	0,7	1,3

*A codificação clínica tumor maligno é utilizada pela CID-0 para classificação de morfologia nos casos em que a histologia não foi realizada.

Estadiamento

Houve muitos casos sem informação para estadiamento clínico do tumor para essa topografia, chegando a um percentual de 96,6% em 1997. Portanto, não foi possível realizar uma análise precisa em razão da falta de informação.

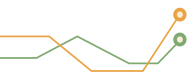


Tabela 30 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo o estadiamento, de 1983 a 2008

Estadiamento	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
<i>In situ</i>	0,5	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0
I	0,4	0,0	2,4	0,0	0,0	0,8
II	3,7	0,6	19,1	1,9	2,4	8,5
III	3,5	0,6	14,6	1,9	2,5	4,0
IV	4,1	0,0	12,9	1,8	3,2	7,2
Não se aplica	0,3	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Sem informação	84,7	10,5	96,6	80,2	88,1	92,5

Tratamento

O tratamento mais frequente no período entre 2000 e 2008 foi a radioterapia, seguido pelo tratamento combinado local e sistêmico. Não houve casos para o tratamento combinado sistêmico (Tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo a modalidade terapêutica, de 2000 a 2008

Tratamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Isolado										
Cirurgia	4,0	1,5	6,8	6,2	18,4	14,6	4,5	12,4	15,9	8,8
Quimioterapia	0,0	0,0	6,8	6,2	2,0	0,0	3,4	3,1	7,2	3,3
Radioterapia	73,3	58,8	32,2	35,8	51,0	2,4	44,3	43,3	34,8	43,7
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,2
Combinado										
Local	14,7	8,8	8,5	3,7	8,2	9,8	4,5	2,1	4,3	6,7
Local + sistêmico	8,0	30,9	45,8	48,1	20,4	73,2	42,0	39,2	37,7	37,3

Razão para não tratar

A mediana dos casos registrados a partir do ano 2000 que tiveram alguma razão para a não realização de tratamento antineoplásico na instituição foi de 13,9%. A maioria desses casos (mediana de 63,6%) ocorreu em razão de doença

em estágio avançado, falta de condições clínicas dos pacientes ou outras doenças associadas. Outras razões não discriminadas segundo critérios do RHC tiveram mediana de 14,3%.

Estado ao final do primeiro tratamento

Até 1987, o uso da classificação não se aplica era inexpressivo, havia, porém, um alto percentual de casos sem informação. A partir desse ano, houve uma modificação do perfil dessa informação: o não se aplica passou a ser usado de forma predominante, com uma diminuição expressiva dos casos sem informação. O ano de 1987 foi crítico para essa variável, pois apresentou 66,7% de casos sem informação.

No geral, ao longo do período, os casos classificados como não se aplica tiveram mediana de 39,8%, o que provavelmente significou que, nesses casos, não houve a realização do primeiro tratamento pelo hospital (o tratamento foi realizado antes de o paciente ser matriculado no HC I) e/ou o óbito ocorreu antes do início do primeiro tratamento. Em seguida vieram os casos sem informação, com mediana de 22,7%, e os que foram à óbito, com mediana de 8,3%.

Tabela 32 - Medidas sumário da distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo o estado da doença ao final do tratamento, de 1983 a 2008

Estado da doença	Média	Mínimo	Máximo	25%	50%	75%
Sem evidência da doença	16,2	4,0	33,9	8,9	15,4	22,1
Remissão parcial	5,8	0,0	14,7	3,1	6,2	8,4
Doença estável	14,8	2,1	40,0	9,6	13,5	20,1
Doença em progressão	16,4	3,8	35,3	8,6	13,6	20,3
Fora de possibilidade terapêutica (FPT)	20,1	0,0	42,6	8,2	24,6	30,0
Óbito	26,7	9,3	45,5	18,5	26,3	32,5

Nota: foram excluídos os casos sem informação (média de 27,7%) e não se aplica (média de 38,0%).

Histórico familiar de câncer

Na análise, observou-se que a maioria dos casos não tinha histórico familiar de câncer (Figura 54).

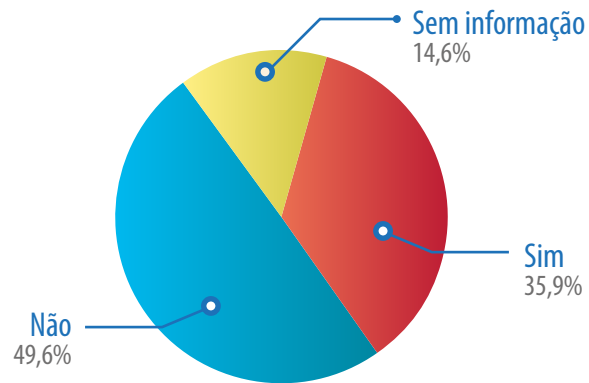


Figura 54 - Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo histórico familiar de câncer, de 2000 a 2008
Nota: Informação coletada a partir de 2000.

Alcoolismo

A informação sobre alcoolismo, um dos principais fatores de risco para o câncer do esôfago, teve um bom preenchimento, obtendo uma mediana de 4,6% de casos sem informação no período.

Na análise, observou-se que na maioria dos casos o histórico de consumo de bebida alcoólica esteve presente de forma expressiva (Figura 55).

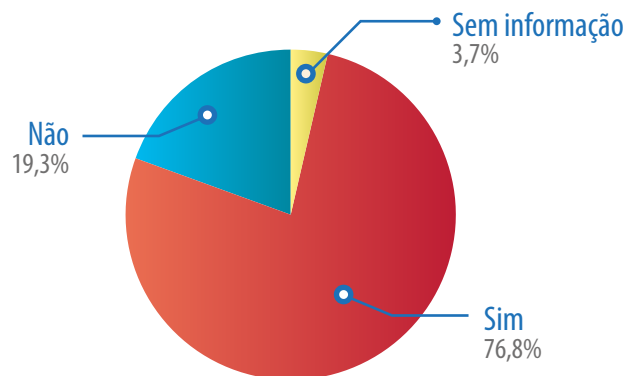


Figura 55 - Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo consumo de álcool, de 2000 a 2008
Nota: Informação coletada a partir de 2000. Não foi apresentado no gráfico o percentual de 0,3% de casos registrados como não se aplica.

Tabagismo

Juntamente com o alcoolismo, o consumo de tabaco é considerado um dos principais fatores de risco para o câncer do esôfago. A variável teve um excelente preenchimento da informação, apresentando apenas 2,3% de mediana para os casos sem informação no período.

Na análise, observou-se que a maioria dos casos tinha histórico de consumo de tabaco (Figura 56) em níveis mais elevados do que os obtidos para o consumo de álcool.

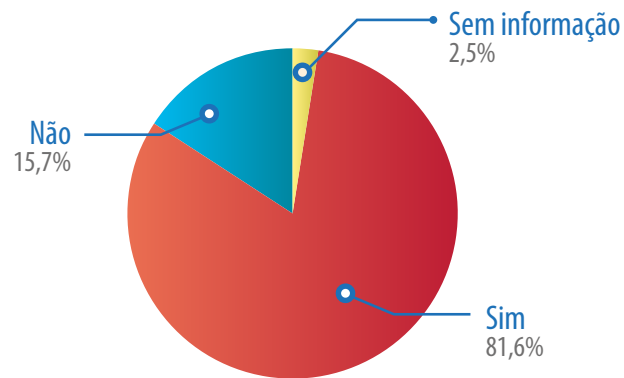


Figura 56 - Distribuição percentual dos casos de câncer do esôfago atendidos no HC I, INCA, segundo consumo de tabaco, de 2000 a 2008
 Nota: Informação coletada a partir de 2000.

COMENTÁRIOS FINAIS

As análises realizadas a partir das informações dos RHC apontam para importantes mudanças ocorridas no instituto. A organização da atenção oncológica, expressa através das políticas nacionais para a Alta Complexidade em Oncologia, introduzidas em 1993, 1998 e 2005, certamente interferiu na mudança do perfil dos pacientes atendidos no Instituto. Da mesma forma, a reestruturação do atendimento dos cânceres ginecológicos e de mama, que foram transferidos para o HC II e o HC III em 1999, respectivamente, e a concentração do atendimento a cânceres das demais localizações no HC I contribuíram para a modificação do perfil dos casos atendidos.

A redução da proporção dos casos não analíticos a partir de 1999, principalmente no HC I, parece ser o resultado da ampliação da rede habilitada para realização de procedimentos de alta complexidade em oncologia, em consequência da implantação dos Cacon e das Unacon. Esses centros, em conformidade com o nível de complexidade estabelecido (I, II ou III), passaram a disponibilizar para o SUS atendimento em quimioterapia e/ou em radioterapia, ampliando a oferta desses procedimentos para tratamento do câncer.

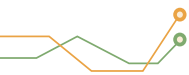
Paralelamente, a introdução das políticas nacionais para o controle dos cânceres do colo do útero e de mama também contribuiu para a mudança do perfil dos pacientes com essas neoplasias.

A melhoria do nível de organização dos serviços de saúde para prevenção e controle do câncer e a implantação de regras internas voltadas à redução do atendimento de patologias benignas fizeram com que pacientes com diagnóstico prévio, que buscaram o primeiro tratamento no Instituto, fossem a clientela dominante. Entre as topografias analisadas, apenas nos casos do câncer dos pulmões e ovário prevaleceram os pacientes sem diagnóstico.

Entretanto, ainda houve muitas situações em que o acesso ao tratamento ocorreu em estádios avançados, apesar de melhoras ocorridas ao longo do tempo para alguns tumores, como observado para mama e colo do útero, por exemplo, com o aumento de casos de lesões *in situ* e estágio I.

Considerando que o tratamento de pacientes em estádios avançados é pouco eficaz e em alguns casos não é realizado, medidas voltadas ao diagnóstico precoce do câncer precisam ser estimuladas junto aos serviços de saúde que assistem à população.

O diagnóstico dos casos, realizado fora ou dentro do Instituto, foi predominantemente histológico, demonstrando uma ótima capacidade dos serviços para a investigação adequada dos casos de câncer. Entretanto, morfologias



classificadas como SOE ainda foram registradas entre as mais frequentes, conforme foi apresentado nas tabelas das morfologias. Apesar da existência de casos que chegam com diagnóstico realizado fora do Instituto, uma melhor especificação da morfologia do tumor confere mais qualidade ao diagnóstico histológico.

Traqueia, brônquios e pulmões tiveram diagnóstico feito por citologia e histologia (mediana de 48,9% e 44,6%, respectivamente) e tiveram a morfologia classificada como clinicamente tumor maligno pela CID-O entre as nove mais frequentes.

Em relação ao tratamento, observaram-se variações dos protocolos para algumas localizações, por exemplo, com a incorporação da quimioterapia em combinação com a radioterapia, no tratamento do câncer do colo do útero, e da radioterapia associada à quimioterapia, no estudo considerado como tratamento local mais sistêmico, para câncer de traqueia, brônquios e pulmões. A introdução de novos esquemas terapêuticos reflete a busca por uma maior efetividade no tratamento do câncer.

Considerando-se o óbito como estado ao final do primeiro tratamento (ou no primeiro ano do tratamento), observou-se que os maiores percentuais ocorreram nas localizações que apresentaram maiores proporções de casos em estádios avançados, corroborando a importância do diagnóstico precoce. A mama foi a localização com menor proporção de óbito nessa avaliação.

O tabagismo se consolidou como importante fator de risco, principalmente, nos casos de câncer de boca, traqueia, brônquios, pulmões e mama.

A variação dos intervalos de tempo entre consulta na unidade e o diagnóstico e entre a consulta e o tratamento mostrou redução no número de dias no decorrer do período. Por outro lado, o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento aumentou, possivelmente em função do aumento dos casos que chegam na unidade com diagnóstico, conforme apresentado nessa análise, sugerindo atraso no acesso ao tratamento na instituição. Considerando a recomendação do INCA para o intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento, que estabelece três meses como prazo máximo⁹, verificou-se que essa meta foi atingida.

Para finalizar, vale destacar a importância da qualidade das informações que comprometeu algumas análises apresentadas. Nesse sentido, destacaram-se o estadiamento e o estado da doença ao final do primeiro tratamento. Fundamentais na avaliação do prognóstico da doença e na efetividade do tratamento, tais variáveis merecem ser destacadas pelo elevado grau de incompletude observado para algumas localizações primárias.

Para garantir a qualidade das informações dos RHC, o prontuário de saúde deve permitir o conhecimento da história completa do paciente, de forma que as informações necessárias ao cadastro do tumor possam ser coletadas e incorporadas em estudos de avaliação e que possibilitem o direcionamento de intervenções capazes de melhorar a assistência ao paciente com câncer na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Resenha da luta contra o câncer: documentário do Serviço Nacional de Câncer. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Teixeira LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos. 2010;17 Suppl 1:13-31.
4. Teixeira LA, Fonseca CMO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
5. Campanha Nacional de Combate ao Câncer (Brasil). O registro de câncer da Guanabara: 1968. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Câncer; 1970.
6. Campanha Nacional de Combate ao Câncer (Brasil). Estatística de câncer 1968: dados de 27 entidades participantes da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Câncer; 1970.
7. Abreu E. Pro-onco 10 anos [editorial]. Rev Bras Cancerol. 1997;43(4).
8. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. IntegradorRHC: ferramenta para vigilância hospitalar de câncer [folder]. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
9. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil [folder]. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2012 maio 11); Sec.1:140-141.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).



12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília (2012 ago 24);Sec.1:46-51.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 170, de 17 de dezembro de 1993. Normatiza o credenciamento dos hospitais no SIPAC-CÂNCER. Diário Oficial da União, Brasília (1993 dez 20).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União, Brasília (1998 out 14);Sec.1:53-54.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 741, 19 de dezembro de 2005, com Anexos: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005 dez 23);Sec.1:113.
16. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(1):113-131.
17. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Este livro foi impresso em offset,
papel couché 120g, 4/4
Fonte: Myriad Pro Condensed, corpo 12.
Rio de Janeiro, novembro de 2012.

Versão eletrônica

ISBN 978-85-7318-215-6



Versão impressa

ISBN 978-85-7318-214-9



Ministério da
Saúde

