



INFORMATIVO VIGILÂNCIA DO CÂNCER

n.6 janeiro/julho 2015

PERFIL DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL, DE 2007 A 2011

Apresentação

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), por meio da Divisão de Vigilância e Análise de Situação, apresenta a edição nº 6 do Informativo de Vigilância do Câncer. Esta edição traz um cenário atualizado da atenção oncológica no país, usando informações dos sistemas de vigilância do câncer.

Analisou-se o perfil da assistência oncológica a partir das informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que enviaram suas bases de dados ao IntegradorRHC (sistema web que consolida e divulga informações dos RHC em nível nacional) e que podem ser acessadas no *link* <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet>.

Esta edição atualiza e amplia as informações contidas no primeiro informativo e apresenta um conteúdo mais robusto, uma vez que representa uma cobertura de 73% das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) com RHC implantado; excluindo-se os do Estado de São Paulo. Pode-se supor, portanto, que o perfil aqui apresentado seja bem semelhante à situação real para o país. Com isso, esta publicação constitui-se em importante subsídio para a elaboração de políticas voltadas para a atenção e a prevenção em câncer no Brasil.

Características Gerais do Banco de Dados

A base de análise foram as informações enviadas pelos RHC para o sistema IntegradorRHC até 10 de novembro de 2014. A análise foi realizada com o software STATA 8.0, e os resultados são apresentados por meio de gráficos e tabelas com distribuições proporcionais por topografia, sexo, faixa etária, região geográfica, origem do encaminhamento, situação de diagnóstico e estado da doença ao final do primeiro tratamento. Foram selecionados somente os casos analíticos¹, cujo ano de entrada, medido pelo ano da primeira consulta na unidade hospitalar (UH), deu-se entre 2007 e 2011.

Em relação ao comportamento biológico do tumor, a base analisada foi constituída por 95,7% de casos classificados como malignos, segundo a Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia, 3ª edição (CID-O3); já as neoplasias *in situ* e alguns tumores de comportamento incerto ou desconhecido corresponderam a 4,3% dos casos.

A base de dados nacional do IntegradorRHC, considerando os casos com data de primeira consulta de 2000 a 2012, possui 1.280.183 casos. Na presente avaliação, foram selecionados 511.444 casos analíticos, que representam 73% dos casos registrados na base (N=704.720), no período de 2007 a 2011. Na Tabela 1, observou-se que o percentual de casos analíticos por ano da primeira consulta aumentou ao longo do período, passando de 18,3% no ano de 2007 para a 21,6% em 2010. O número de casos para o ano de 2011 (último ano solicitado oficialmente) ainda deve se estabilizar, uma vez que pode ter havido atraso no envio ou mesmo o envio de bases preliminares.

Tabela 1 – Distribuição de casos analíticos segundo o ano da primeira consulta. Brasil, de 2007 a 2011

Ano	N	%
2007	93.555	18,3
2008	101.457	19,8
2009	109.591	21,4
2010	110.296	21,6
2011	96.545	18,9
Total	511.444	100,0

Fonte: IntegradorRHC.

Fontes de informações: Registros Hospitalares de Câncer

A Tabela 2 apresenta o número de RHC que enviou bases de dados para o IntegradorRHC, segundo a região geográfica do país. Em média, o número de RHC informante

¹ São definidos como analíticos os casos em que o plano terapêutico, o tratamento e o seguimento são realizados pela unidade responsável pelo atendimento aos pacientes.

variou, por ano, em torno de 150 unidades de RHC informantes, iniciando a série temporal com 136 unidades e encerrando com 135 unidades, com maior frequência em 2009 (172 unidades). Cabe ressaltar que houve expressivo aumento no quantitativo de unidades informantes, se comparado ao informativo anterior, que abrangeu o período de 2000 a 2006, quando o número médio total esteve em torno de 53 unidades informantes. As informações dos RHC do Estado de São Paulo estão na base de dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp) e o processo de incorporação ao sistema de consolidação nacional IntegradorRHC está em fase final de homologação.

Tabela 2 – Número de RHC informante segundo região geográfica. Brasil, de 2007 a 2011

Região	Número de RHC informantes				
	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	7	7	6	5	4
Nordeste	29	40	42	39	32
Sudeste	41	48	50	49	41
Sul	50	53	61	55	49
Centro-Oeste	9	11	13	13	9
Total	136	159	172	161	135

Fonte: IntegradorRHC.

A frequência de casos registrados, segundo a região geográfica e a unidade federativa (UF) dos RHC, e a frequência de casos residentes na mesma região geográfica e UF podem ser vistas na Tabela 3. Observou-se que as Regiões Sul, Nordeste e Sudeste, respectivamente, foram as que enviaram maior volume de informações, uma vez que concentram o maior número de unidades de RHC informantes. Somadas, essas três regiões correspondem a 91,3% dos casos registrados, sendo 31,8% na Região Sul, 30,7% na Região Nordeste e 28,8% na Região Sudeste. As cinco UF com maior representatividade de casos foram, em ordem decrescente: Minas Gerais (16,3%), Rio Grande do Sul (13,5%), Paraná (10%), Rio de Janeiro (9%) e Santa Catarina (8,4%). A UF mais representativa, na Região Nordeste, foi a Bahia (8,3%) e, na Região Norte, o Pará (2,1%).

Em relação ao Informativo anterior, houve implantação de RHC em Estados onde o serviço não existia, como Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Ceará, Maranhão e Goiás, além do Distrito Federal. Essa situação contribuiu para uma melhora na representatividade dos casos de cada Região.

Houve um equilíbrio entre o percentual de casos registrados e o percentual de casos residentes na maioria das UF, evidenciando haver pouco deslocamento da população atendida para Estados fora do seu domicílio. Esse aspecto pode ser reflexo da estruturação da Atenção Oncológica, determinada pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Entretanto, atendo-se apenas a valores absolutos, nos Estados de Tocantins, Piauí e Maranhão, ainda se observa um grande deslocamento de pacientes.

Tabela 3 – Distribuição de casos segundo região geográfica, UF do hospital e UF de residência. Brasil, de 2007 a 2011

Região geográfica/ Unidade de Federação	Casos registrados nos RHC		Casos residentes na UF	
	N	%	N	%
Região Norte	20.702	4,0	20.713	4,1
Acre	2.175	0,4	2.109	0,4
Amazonas	1.589	0,3	1.491	0,3
Amapá	297	0,1	733	0,1
Pará	10.589	2,1	11.057	2,2
Rondônia	103	0,0	331	0,1
Roraima	270	0,1	335	0,1
Tocantins	5.679	1,1	4.657	0,9
Região Nordeste	157.026	30,7	157.413	30,9
Alagoas	11.217	2,2	11.024	2,2
Bahia	42.302	8,3	42.949	8,4
Ceará	22.170	4,3	21.930	4,3
Maranhão	6.574	1,3	9.484	1,9
Paraíba	14.621	2,9	14.983	2,9
Pernambuco	31.341	6,1	30.934	6,1
Piauí	11.683	2,3	9.081	1,8
Rio Grande do Norte	14.694	2,9	14.669	2,9
Sergipe	2.424	0,5	2.359	0,5
Região Centro-Oeste	23.308	4,6	22.176	4,4
Distrito Federal	1.189	0,2	890	0,2
Goiás	1.224	0,2	1.367	0,3
Mato Grosso do Sul	11.907	2,3	11.665	2,3
Mato Grosso	8.988	1,8	8.254	1,6
Região Sudeste	147.520	28,8	147.430	28,9
Espírito Santo	18.098	3,5	17.842	3,5
Minhas Gerais	83.580	16,3	83.247	16,3
Rio de Janeiro	45.842	9,0	45.790	9,0
São Paulo	-	-	551	0,1
Região Sul	162.888	31,8	161.552	31,7
Paraná	51.312	10,0	50.580	9,9
Rio Grande do Sul	68.832	13,5	68.680	13,5
Santa Catarina	42.744	8,4	42.292	8,3
Total	511.444	100,0	509.284	100,0

Fonte: IntegradorRHC.

Notas: (1) Em 2.016 casos, a UF de residência foi ignorada. (2) Em 144 casos, a UF de residência é estrangeira. (3) Não há de informação dos RHC de São Paulo.

A Figura 1 mostra a evolução temporal do percentual de casos registrados segundo a região geográfica do RHC, no período de 2007 a 2011. De forma geral, ainda que com pequenas variações ao longo do período, observou-se uma estabilidade de casos registrados, independente das regiões geográficas do país. Todavia, corroborando as informações apresentadas na Tabela 3, verificou-se que as Regiões Sul, Nordeste e Sudeste concentraram os maiores percentuais de casos.

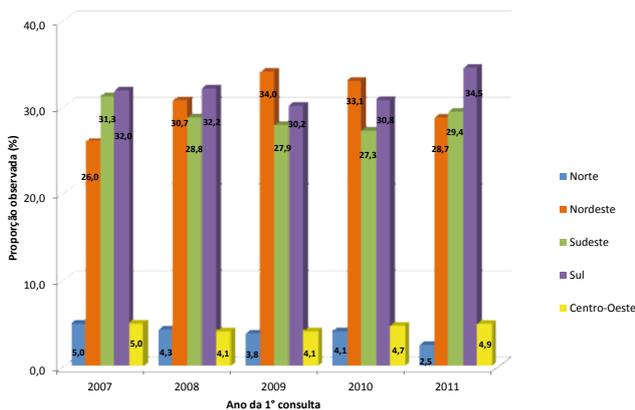


Figura 1 – Distribuição do percentual de casos registrados por região da unidade hospitalar, segundo o ano da primeira consulta. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Informações sobre câncer na população atendida

Sexo e Idade

O sexo feminino representou 52,9% (N=270.363) dos casos analíticos. A Figura 2 mostra a distribuição de idade, segundo sexo e regiões geográficas do país. A idade mediana do sexo masculino foi de 63 anos e, a do sexo feminino, de 56 anos. Observou-se que, em todas as regiões geográficas, a idade mediana masculina foi maior, comparativamente à feminina.

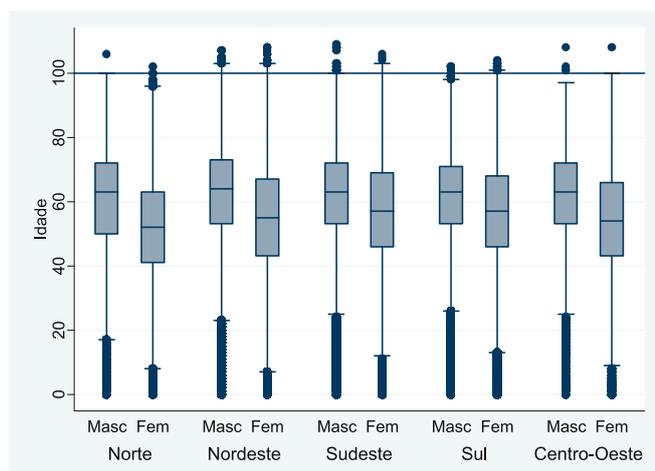


Figura 2 – Distribuição da idade em anos, segundo sexo e região geográfica. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

A Figura 3 apresenta a distribuição percentual dos casos de todas as neoplasias, segundo faixa etária. Entre os casos registrados, 73,2% concentram-se entre 45 e 79 anos.

Entretanto, o percentual acumulado de casos mostrou que 61,4% dos pacientes apresentaram idade de até 64 anos. Observou-se ainda que 2,7% dos casos registrados foram de câncer infantojuvenil, na faixa etária de 0 a 19 anos.

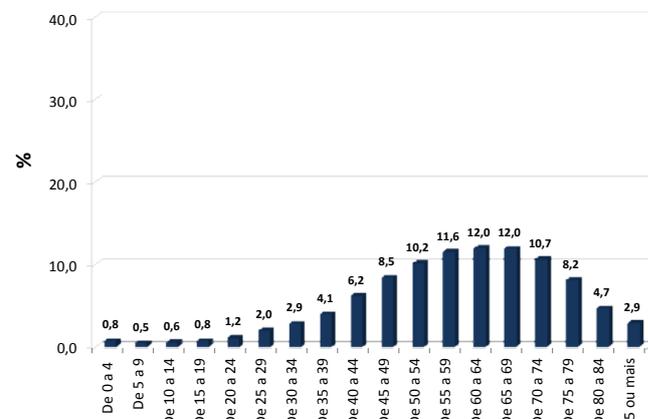


Figura 3 – Percentual de casos de câncer atendidos segundo faixa etária, todas as topografias. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Principais topografias por grupos de idade

O perfil de ocorrência de neoplasia em crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos) mostra-se diferente dos adultos, sendo observadas variações nos principais locais primários de ocorrência do tumor, diferentes origens histológicas e comportamentos clínicos. Os tumores que incidem nessa faixa etária tendem a cursar menores períodos de latência e ter crescimento rápido, tornando-se bastante invasivos, embora respondam melhor ao tratamento. Considerando isso, as localizações mais frequentes são apresentadas separadamente, por grupos de idade: de 0 a 19 anos (Tabela 4) e acima dos 19 anos (Tabela 5).

A Tabela 4 mostra 13.863 casos de câncer infantojuvenil classificados segundo a Classificação Internacional de Câncer na Infância (CICI). Os grupos mais frequentes foram as leucemias (29,9%) e os linfomas (16,7%). Entre o grupo das leucemias, a do tipo linfóide (64,9%) e a mieloide (21,4%) foram as que mais se destacaram. Já no grupo dos linfomas, os mais frequentes foram o de Hodgkin (50,4%) e o não Hodgkin (29,7%).

Na Tabela 5, do total de casos de neoplasias nos adultos, o câncer da mama foi o mais frequente (16,6%), sendo o câncer de pele o segundo mais frequente (14,6%). O câncer da próstata figurou como a terceira neoplasia que mais acomete os pacientes atendidos (13,0%). Juntas, essas neoplasias responderam por 44,1% dos casos. Entre os tumores da pele, os melanomas correspondem a 9,5% dos identificados.

Tabela 4 – Distribuição dos tipos de câncer (CICI) em crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos). Brasil, de 2007 a 2011

Tumores pediátricos - grupos	N	%
I. Leucemias, doenças mieloproliferativas e doenças mielodisplásicas	4.144	29,9
a. Leucemias linfoides	2.690	64,9
b. Leucemias mieloides agudas	887	21,4
c. Doenças crônicas mieloproliferativas	218	5,3
d. Síndrome mielodisplásica e outras doenças mieloproliferativas	43	1,0
e. Leucemias especificadas e outras não especificadas	306	7,4
II. Linfomas e neoplasias reticuloendoteliais	2.318	16,7
a. Linfomas de Hodgkin	1.168	50,4
b. Linfomas não Hodgkin (exceto linfoma de Burkitt)	688	29,7
c. Linfoma de Burkitt	347	15,0
d. Miscelânea de neoplasias linforeticulares	63	2,7
e. Linfomas não especificados	52	2,2
III. Sistema Nervoso Central (SNC) e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais	1.303	9,4
a. Ependimomas e tumor do plexo coroide	181	13,9
b. Astrocitomas	491	37,7
c. Tumores embrionários intracranianos e intraespinhais	367	28,2
d. Outros gliomas	155	11,9
e. Outras neoplasias intracranianas e intraespinhais especificadas	89	6,8
f. Neoplasias intracranianas e intraespinhais não especificadas	20	1,5
IV. Neuroblastoma e outros tumores de células nervosas periféricas	464	3,3
a. Neuroblastoma e ganglioneuroblastoma	443	95,5
b. Outros tumores de células nervosas periféricas	21	4,5
V. Retinoblastoma	357	2,6
VI. Tumores renais	705	5,1
a. Nefroblastoma e outros tumores renais não epiteliais	634	89,9
b. Carcinomas renais	55	7,8
c. Tumores renais malignos não especificados	16	2,3
VII. Tumores hepáticos	108	0,8
a. Hepatoblastoma	65	60,2
b. Hepatocarcinoma	37	34,3
c. Tumores hepáticos malignos não especificados	6	5,6
VIII. Tumores ósseos malignos	1.158	8,4
a. Osteossarcomas	737	63,6
b. Condrossarcomas	27	2,3
c. Tumor de Ewing e sarcomas ósseos relacionados	257	22,2
d. Outros tumores ósseos malignos especificados	44	3,8
e. Tumores ósseos malignos não especificados	93	8,0
IX. Tecidos moles e outros sarcomas extraósseos	829	6,0
a. Rabdiossarcomas	386	46,6
b. Fibrossarcomas, tumores da bainha do nervo periférico e outras neoplasias fibromatosas	73	8,8
c. Sarcoma de Kaposi	4	0,5
d. Outros sarcomas de tecidos moles especificados	218	26,3
e. Sarcomas de tecidos moles não especificados	148	17,9
X. Tumores de células germinativas, tumores trofoblásticos e neoplasias gonadais	685	4,9
a. Tumores de células germinativas intracranianos e intraespinhais	66	9,6
b. Tumores malignos de células germinativas extracranianas e extragonadais	120	17,5
c. Tumores malignos de células germinativas gonadais	374	54,6
d. Carcinomas gonadais	72	10,5
e. Outros tumores gonadais malignos e tumores gonadais não especificados	53	7,7

Tabela 4 – Continuação

Tumores pediátricos - grupos	N	%
XI. Outras neoplasias malignas epiteliais e outros melanomas malignos	1.481	10,7
a. Carcinoma de córtex adrenal	52	3,5
b. Carcinoma de tireoide	293	19,8
c. Carcinoma de nasofaringe	149	10,1
d. Melanoma maligno	98	6,6
e. Carcinomas de pele	185	12,5
f. Outros carcinomas e carcinomas não especificados	704	47,5
XII. Outras neoplasias malignas e não especificadas	311	2,2
a. Outros tumores malignos especificados	12	3,9
b. Outros tumores malignos não especificados	299	96,1
Total	13.863	100,0

Fonte: IntegradorRHC.

Obs.: O percentual do grande grupo (de I a XII) relaciona-se ao total de tumores infantis, e os percentuais de cada subgrupo relacionam-se ao total do grande grupo

Principais topografias segundo sexo

Entre as mulheres, destacaram-se as neoplasias da mama e do colo do útero, sendo responsáveis por 47% dos casos analisados. O terceiro tipo foi o câncer de pele (12,9%), no qual 10,6% eram melanomas. Entre o sexo masculino, o tumor da próstata foi o mais comum (26,8%), seguido do câncer de pele (15,7%), com 8,4% de melanomas. O câncer do pulmão foi responsável por 5,6% dos casos em pacientes do sexo masculino e por 2,9% do sexo feminino (Tabela 6). As demais neoplasias mais frequentes comuns a ambos os sexos, foram: cólon e reto, estômago e sistema hematopoético-reticuloendotelial.

Tabela 5 – Topografias mais frequentes em adultos (acima de 19 anos). Brasil, de 2007 a 2011

CID-O	Localização primária	N	%
C50	Mama	82.334	16,6
C44	Pele	72.400	14,6
C61	Próstata	64.656	13,0
C53	Colo do útero	45.380	9,1
C18 - C20	Cólon, junção retossigmoide e reto	31.762	6,4
C33 - C34	Traqueia, brônquios e pulmões	21.419	4,3
C16	Estômago	19.107	3,8
C42	Sistema hematopoético e reticuloendotelial	16.858	3,4
C00 - C06	Boca	15.289	3,1
C15	Esôfago	13.628	2,7
	Outras topografias	114.457	23,0
Total		497.290	100,0

Fonte: IntegradorRHC.

Tabela 6 - Topografias mais frequentes segundo sexo. Brasil, de 2007 a 2011

CID-O	Topografias	N	%
Sexo masculino			
C61	Próstata	64.683	26,8
C44	Pele	37.882	15,7
C18 - C20	Cólon, junção retossigmoide e reto	15.775	6,5
C33 - C34	Traqueia, brônquios e pulmões	13.592	5,6
C16	Estômago	12.420	5,2
C00 - C06	Boca	11.585	4,8
C42	Sistema hematopoético e reticuloendotelial	11.436	4,7
C15	Esôfago	10.289	4,3
C32	Laringe	8.860	3,7
C77	Linfonodos	6.435	2,7
	Outras topografias	48.047	19,9
Sexo feminino			
C50	Mama	81.326	30,1
C53	Colo do útero	45.575	16,9
C44	Pele	34.855	12,9
C18 - C20	Cólon, junção retossigmoide e reto	16.114	6,0
C42	Sistema hematopoético e reticuloendotelial	9.847	3,6
C73	Glândula tireoide	9.337	3,5
C33 - C34	Traqueia, brônquios e pulmões	7.878	2,9
C54	Corpo do útero	7.597	2,8
C56	Ovário	7.164	2,6
C16	Estômago	6.730	2,5
	Outras topografias	43.939	16,3

Fonte: IntegradorRHC.

Topografias mais frequentes segundo as regiões das unidades hospitalares

As Figuras 4 e 5 apresentam a distribuição das topografias mais frequentes, segundo as cinco regiões geográficas do Brasil, separadas por sexo. No sexo masculino, o câncer da próstata foi o mais frequente em todas as regiões. A neoplasia de pele foi a segunda mais frequente, exceto na Região Norte, onde o câncer do estômago ocupou a segunda posição. Já entre as mulheres, o câncer da mama foi a que apresentou maior proporção de casos em todas as regiões, à exceção da Região Norte, onde a localização mais frequente foi colo do útero. A neoplasia de pele figurou na terceira posição em todas as regiões.

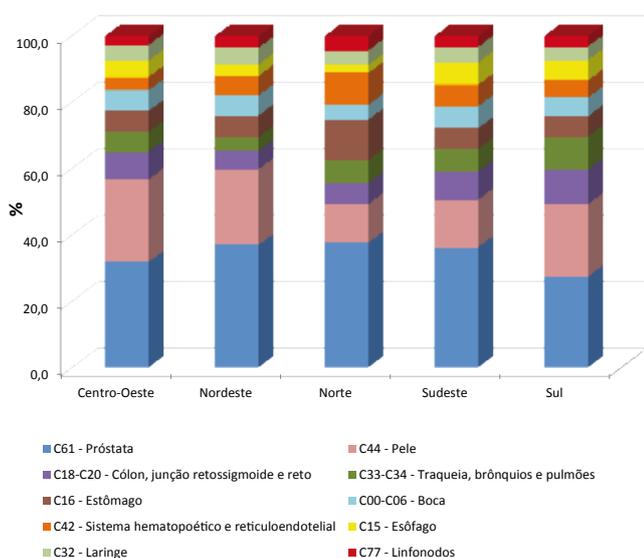


Figura 4 - Topografias mais frequentes do sexo masculino, segundo região. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

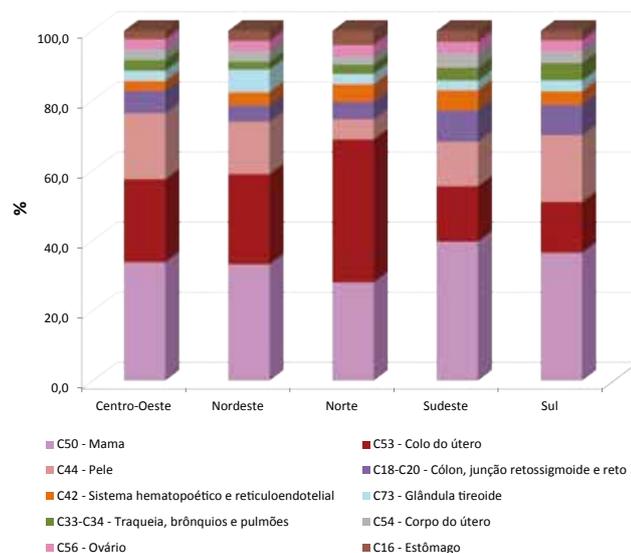


Figura 5 - Topografias mais frequentes do sexo feminino, segundo Região. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Topografias mais frequentes segundo faixa etária

Selecionaram-se as cinco topografias mais frequentes: mama; colo do útero; próstata; cólon, junção retossigmoide e reto; e traqueia, brônquios e pulmões, para proceder às análises subsequentes por faixa etária, conforme apresentado a seguir.

Câncer da mama (C50)

O câncer da mama é o tipo mais frequente em mulheres. Na Figura 6, observa-se que 63,6% das pacientes concentraram-se na faixa etária de 40 a 64 anos, com maior proporção na faixa etária de 45 a 59 anos.

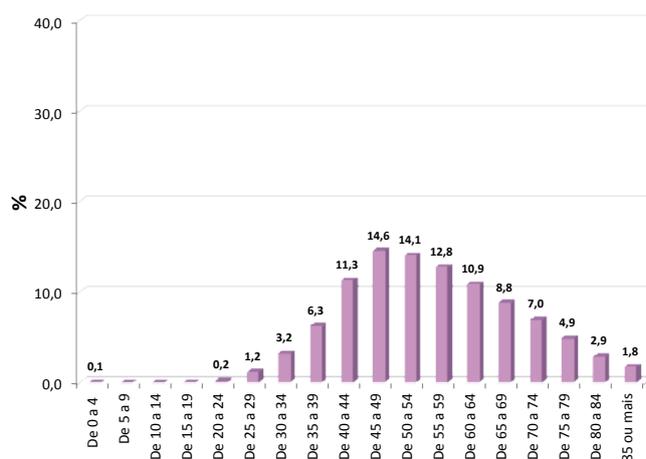


Figura 6 - Percentual de casos de câncer da mama segundo faixa etária. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Câncer do colo do útero (C53)

O câncer do colo do útero é o segundo tipo mais frequente em mulheres. A Figura 7 mostra a distribuição percentual dos casos dessa neoplasia por faixa etária. Observou-se casos diagnosticados já na faixa etária de 15 a 19 anos, entretanto, a maioria (54,8%) concentrou-se na faixa etária de 30 a 59 anos, com maior proporção na faixa etária de 40 a 49 anos.

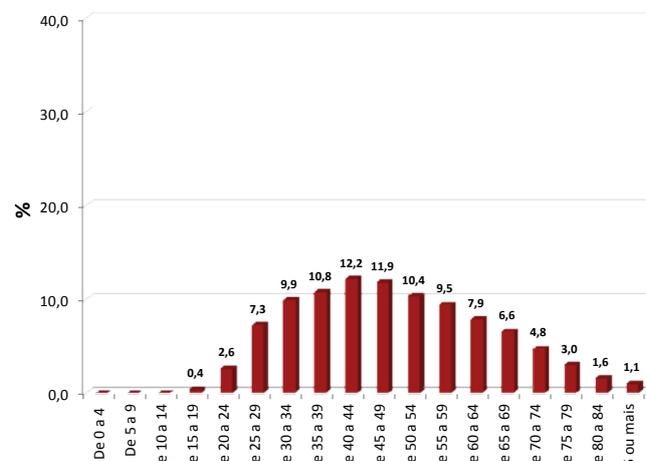


Figura 7 - Percentual de casos de câncer do colo do útero segundo faixa etária. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Câncer da próstata (C61)

O câncer da próstata é o tipo mais frequente em homens. Os casos, em sua maioria, surgiram a partir da faixa etária de 45 a 49 anos, mas observou-se que 73,4% dos casos concentram-se entre 60 e 79 anos (Figura 8).

Câncer de cólon, junção retossigmoide e reto (C18-C20)

No sexo feminino, é o quarto tipo mais frequente, alcançando 6,0% do total de casos. No sexo masculino, é o terceiro tipo mais frequente, alcançando 6,5% do total de casos. Na Figura 9, observa-se que 63,7% do total de casos masculinos e 60,0% do total de casos femininos concentram-se entre 50 e 74 anos.

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

O câncer de traqueia, brônquios e pulmões é o sétimo tipo mais frequente para o sexo feminino, alcançando 2,9% do total de casos. Para o sexo masculino, é o quarto tipo mais frequente, alcançando 5,6% do total de casos. Na Figura 10, observa-se que 85,2% e 79,4% do

total dos casos de homens e mulheres, respectivamente, concentram-se entre 50 e 79 anos.

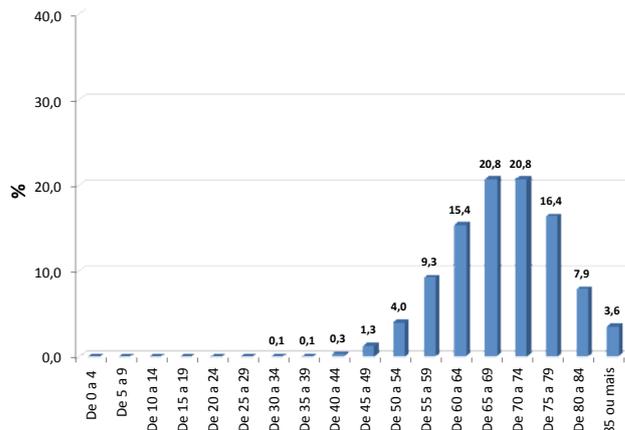


Figura 8 - Percentual de casos de câncer da próstata segundo faixa etária. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

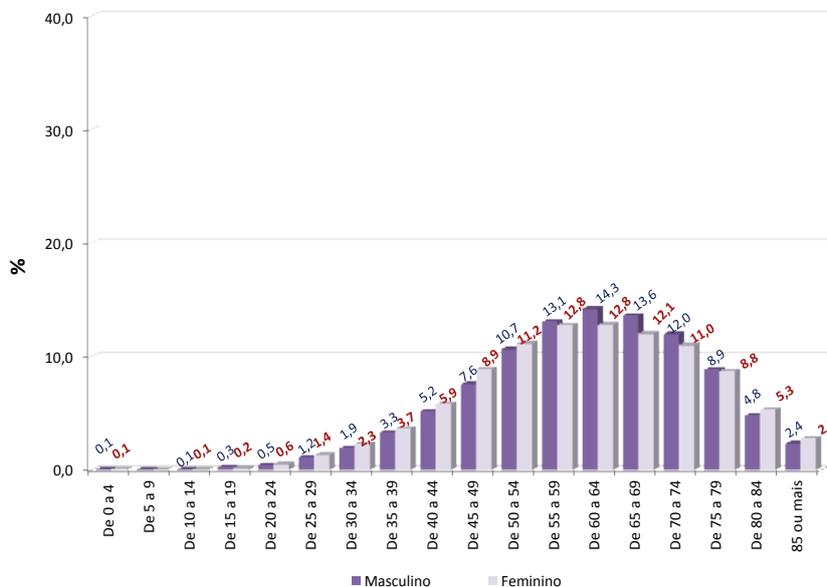


Figura 9 - Percentual de casos de câncer em cólon, junção retossigmoide e reto segundo faixa etária. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

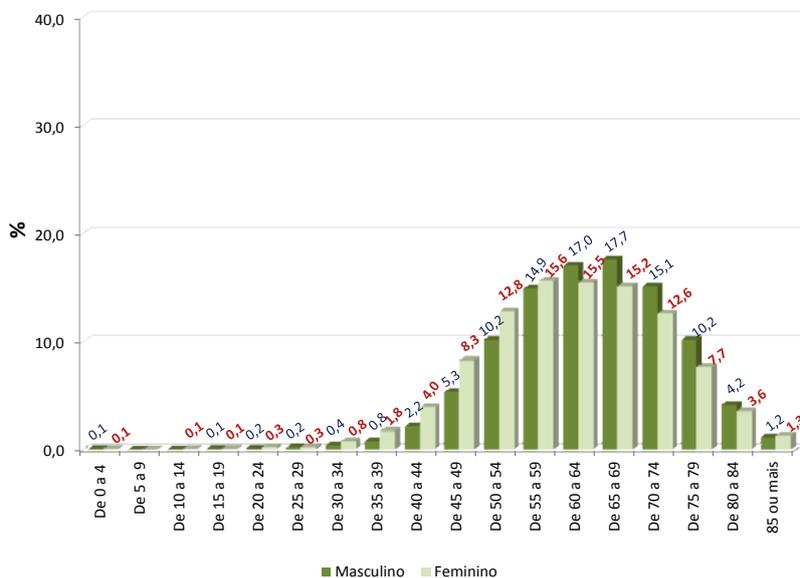


Figura 10 - Percentual de casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões segundo faixa etária. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Origem do encaminhamento

Os casos, em sua maioria, foram encaminhados para os hospitais (66,8%) via Sistema Único de Saúde (SUS). O encaminhamento por meio de unidades da rede privada que não prestam assistência ao SUS (setor privado não SUS) representou 13,7%, enquanto a opção definida como 'por conta própria do paciente' foi 2,8%. O percentual de respostas sem informações foi de 13,2%.

Observa-se que aproximadamente 16,8% dos casos de câncer da mama foram encaminhados para as UH via setor privado não SUS (Figura 11), o que pode ser resultado da maior complexidade exigida para o diagnóstico e o tratamento desse tumor. Essa condição pode ser um reflexo de diferenças de acesso, já que se consegue, de forma mais ágil, utilizar a rede privada até o diagnóstico, no entanto, pelo alto custo do tratamento, observa-se uma preferência pela rede pública para realizá-lo. Em contrapartida, apenas 8,9% dos casos de câncer do colo do útero foram encaminhados para as UH via rede privada não SUS.

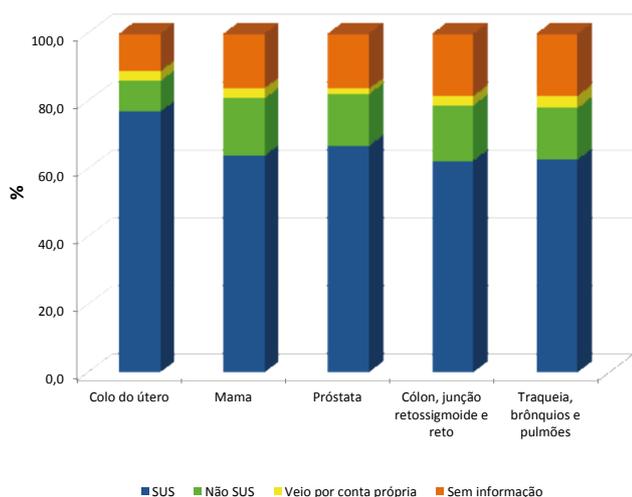


Figura 11 - Percentual de casos de câncer segundo a origem do encaminhamento, entre as cinco topografias mais frequentes. Brasil, de 2007 a 2011

Fonte: IntegradorRHC.

Diagnóstico e tratamento anteriores

A maioria dos pacientes (91,3%) chegou às UH sem ter realizado tratamento, o que configura uma situação favorável para a avaliação da assistência hospitalar.

Nos casos de câncer do colo do útero, grande parte dos pacientes (61,4%) chegou às UH com diagnóstico e sem tratamento, consequência de uma melhor estruturação da rede para a assistência desses casos, como resultado da organização proposta pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle desse câncer (Figura 12). Entretanto, quase 30% dos casos chegaram às UH para avaliação

diagnóstica, o que ainda demonstra a necessidade de melhorar a organização da referência (a menos que, nesses casos, a própria UH seja o polo de diagnóstico). Para o câncer da mama, observa-se que a proporção entre os casos que chegam à UH com diagnóstico e sem tratamento (41,4%) e aqueles que chegam sem diagnóstico e sem tratamento (38,4%) é bem semelhante. Essa situação pode representar as diferentes formas de organização do atendimento e do acesso ao tratamento oncológico.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia, que podem ser realizadas em outros níveis de atenção, são consideradas exames diagnósticos para o câncer de cólon, junção retossigmoide e reto; ainda assim, apenas metade dos pacientes (51,6%) deu entrada nas UH já com o diagnóstico e sem tratamento.

A proporção de casos de câncer em traqueia, brônquios e pulmões que chegou nessas UH sem diagnóstico foi elevada (42,8%), possivelmente porque seu diagnóstico exige maior complexidade. Contudo a maioria de seus casos (52,5%) já chegou ao hospital com diagnóstico.

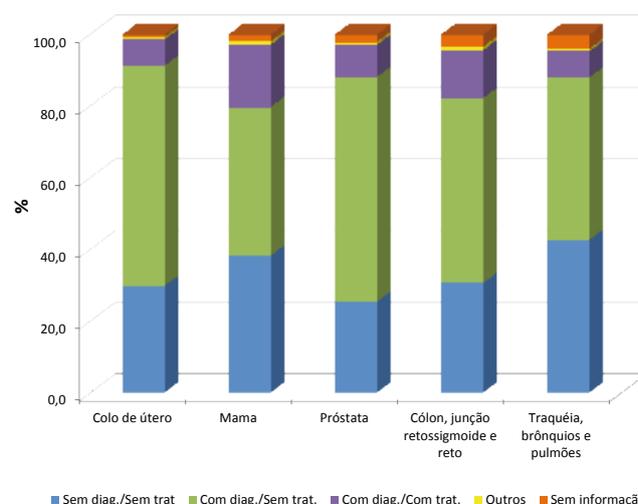


Figura 12 - Situação de diagnóstico e tratamento anteriores segundo as cinco topografias mais frequentes. Brasil, de 2007 a 2011

Fonte: IntegradorRHC.

Ao analisar os pacientes segundo sua condição de chegada à UH, por região geográfica (Figura 13), percebe-se que as Regiões Centro-Oeste e Nordeste possuem perfis bem parecidos, com relação à situação de diagnóstico e tratamento anterior. Nesses dois grupos, mais de 90% dos casos chegaram às UH sem tratamento. Tanto na Região Norte quanto na Sudeste, a predominância dos casos chegou ao hospital na condição de com diagnóstico e sem tratamento, com os percentuais respectivos de 54,1% e 54,4%.

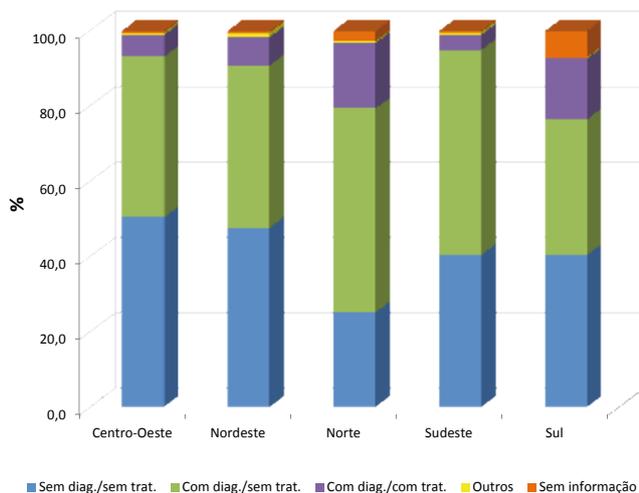


Figura 13 - Percentual de casos de câncer segundo a situação do diagnóstico e tratamento anteriores, conforme região. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

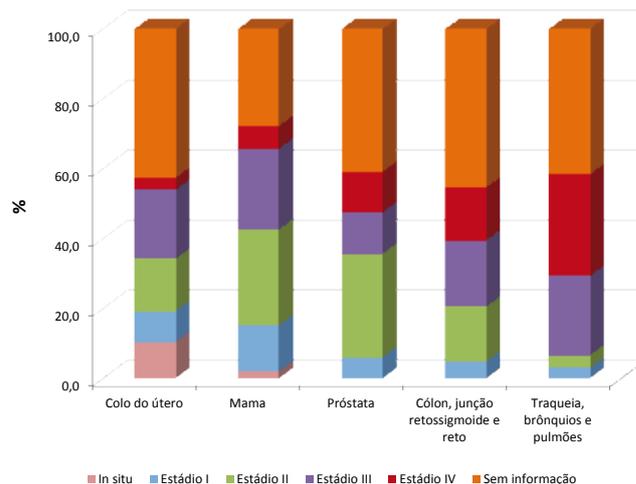


Figura 14 - Estadiamento dos tumores para as cinco topografias mais frequentes. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Estadiamento do tumor

Na Figura 14, são apresentados os cinco tipos mais frequentes de câncer, exceto pele, segundo o estadiamento do tumor. Observou-se, para todos os tumores, que a proporção dos casos que chegam com estágio *in situ* foi bem pequena. Ressalta-se a proporção expressiva de casos sem declaração de estadiamento do tumor nas topografias analisadas, sendo que o câncer da mama foi a localização de tumor com a menor proporção de casos sem informação, comparativamente às demais neoplasias.

Apesar de estádios avançados (III e IV) serem observados para todos os tumores apresentados, traqueia, brônquios e pulmões foram as localizações com maior proporção de casos com doença avançada (51,7%). Tumores da mama e do colo do útero apresentaram as maiores proporções de casos que chegaram às UH em estádios iniciais *in situ* e I.

Os casos de câncer do colo do útero foram os que apresentaram maior proporção de estadiamento *in situ* e menor proporção de doença avançada (23,2%). Esse resultado pode ser consequência de programas nacionais de rastreamento para essa neoplasia, que estimulam e fortalecem a procura do atendimento, segundo critérios previamente estabelecidos, o que permite o diagnóstico precoce desses tumores e de lesões precursoras não invasivas, quando o tratamento antineoplásico mostra-se mais eficaz. Chama a atenção, entretanto, que os casos *in situ* tenham sido tratados em unidades de alta complexidade, uma vez que esse tipo de câncer pode ser diagnosticado e tratado, se na condição de não invasivo, em nível ambulatorial, não precisando dos recursos diagnósticos e terapêuticos em unidades de alta complexidade em oncologia.

Na Figura 15, são apresentados os estadiamentos desses tumores, segundo as cinco regiões geográficas. A análise da Região Centro-Oeste fica prejudicada pela grande proporção de casos sem informação (69,8%). As outras regiões apresentaram proporções próximas de 50%, o que também é bastante preocupante. As Regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores percentuais de tumores em estádios iniciais (*in situ*, I e II) (26,1 e 24,9, respectivamente). Em relação aos casos com tumores em estádios avançados III e IV, a Região Norte foi aquela com maior proporção (27,2%). Cabe destacar que o alto percentual de casos sem informação pode mascarar a situação real, entretanto, mais preocupante é a falta do registro dessa informação no prontuário médico, uma vez que o estadiamento do tumor é que define a intenção do tratamento. Além disso, a falta da informação afeta os resultados dos estudos de sobrevivência, que produzem indicadores importantes para gestão de políticas públicas e avaliação da assistência.

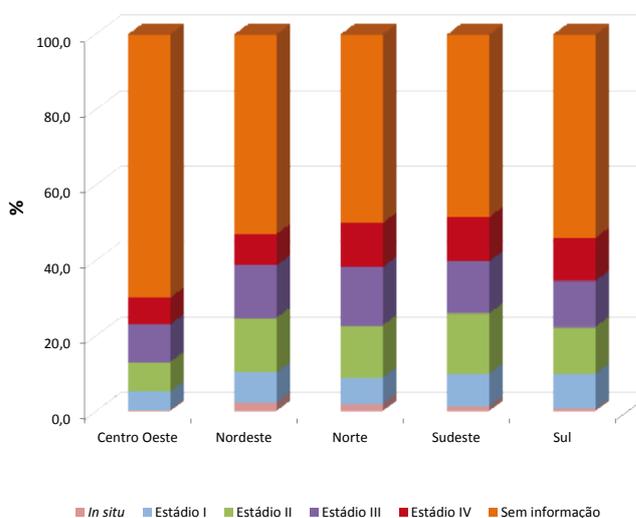


Figura 15 - Percentual de estadiamento dos cinco tumores mais frequentes, exceto pele, segundo região. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento

O estado da doença ao final do primeiro tratamento está associado ao estadiamento do tumor. Quanto menor o estadiamento do tumor, melhor será o prognóstico da doença. Da mesma forma, quanto maior o estadiamento do tumor, em geral, pior será o prognóstico da doença. Entretanto, ressalta-se que, para uma análise mais contextualizada do estado da doença ao final do primeiro tratamento, segundo as cinco topografias mais frequentes, seria interessante a avaliação de outros fatores como: o tratamento realizado, a idade do paciente, a presença de comorbidades e a própria história natural da doença.

Na Figura 16, observou-se que os tumores que apresentaram as maiores proporções de casos sem evidência da doença após o primeiro tratamento foram os cânceres do colo do útero (32,1%) e da mama (25,8%), que também tiveram as maiores proporções de casos em estádios iniciais.

A maior proporção de óbitos ocorreu nos casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, em parte explicada pela alta proporção de estadiamento avançado que, na maioria dos casos, retrata o mau prognóstico da doença.

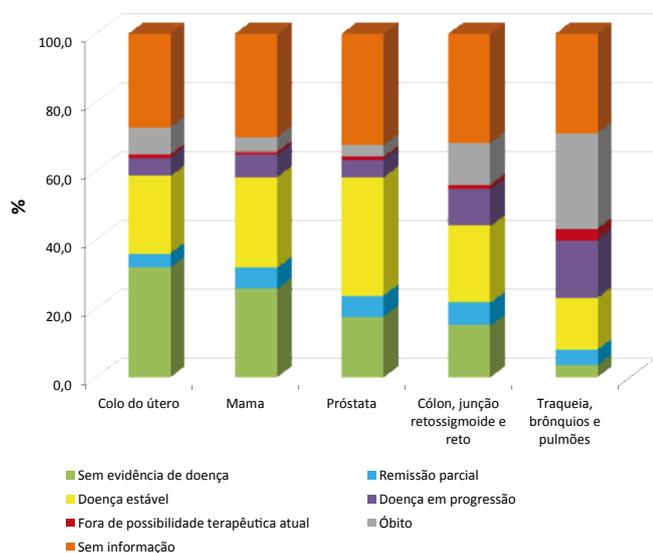


Figura 16 - Percentual de estado da doença ao final do primeiro tratamento, segundo as cinco topografias mais frequentes. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Em uma análise entre as regiões (Figura 17), Sudeste e Sul apresentaram uma maior proporção de remissão completa da doença (28,4% e 27,2% respectivamente). A Região Norte apresentou o maior percentual de óbitos (13,9%) e de doença em progressão (13,2%).

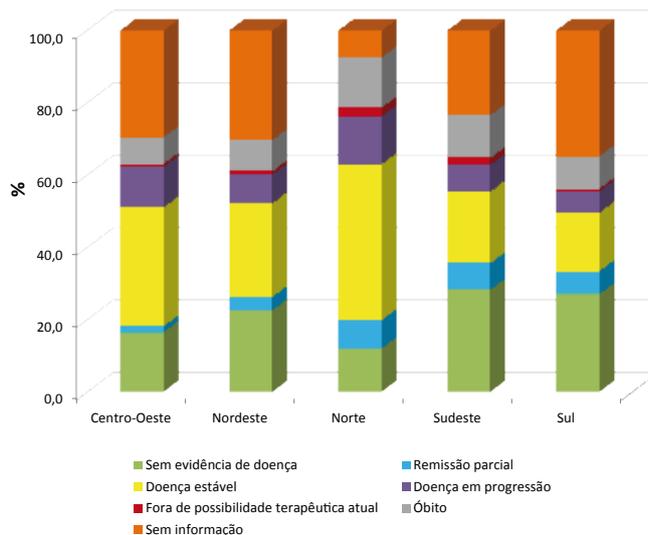


Figura 17 - Estado da doença ao final do primeiro tratamento, segundo região. Brasil, de 2007 a 2011
Fonte: IntegradorRHC.

Tempo entre diagnóstico e tratamento

As Figuras 18 e 19 mostram a distribuição do tempo entre diagnóstico e tratamento por região do país e as cinco principais topografias. De forma geral, o menor tempo mediano observado deu-se para o câncer do pulmão (23 dias), seguido do câncer de cólon e reto (32 dias). O maior tempo mediano foi para o câncer da próstata, com um intervalo de 44 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Observou-se uma distribuição heterogênea do tempo entre diagnóstico e tratamento por regiões geográficas do país (Figura 19). A Região Centro-Oeste foi a com menor tempo mediano, 16 dias, seguida da Região Sul, com 33 dias. O Sudeste foi a região com maior intervalo de tempo mediano, 44 dias entre diagnóstico e tratamento. Para o Brasil, o tempo mediano observado foi de 36 dias. Destaca-se que, tanto para os principais tipos de câncer quanto para a análise por região geográfica, o tempo mediano entre o diagnóstico e o tratamento não ultrapassou 45 dias.

De modo a validar o perfil apresentado, a Tabela 7 traz o grau de incompletude de algumas variáveis presentes na Ficha de Registro de Tumor, utilizada nos RHC para coleta dos dados e alimentação no sistema SisRHC. Nota-se que ainda há uma enorme dificuldade em relação ao preenchimento de determinadas variáveis, como grau de instrução, ocupação principal, estadiamento clínico do tumor, estado da doença ao final do primeiro tratamento, alcoolismo e tabagismo, pois essas variáveis apresentam um alto percentual de incompletude. Enfatize-se aqui a necessidade urgente de reduzir substancialmente o número de casos sem informação, especialmente em variáveis fundamentais para avaliar a qualidade da assistência, tais como estadiamento e estado da doença ao final do primeiro tratamento. Os gestores estaduais precisam enfrentar esse desafio e apoiar os RHC no delineamento de estratégias que possam modificar a realidade das UH.

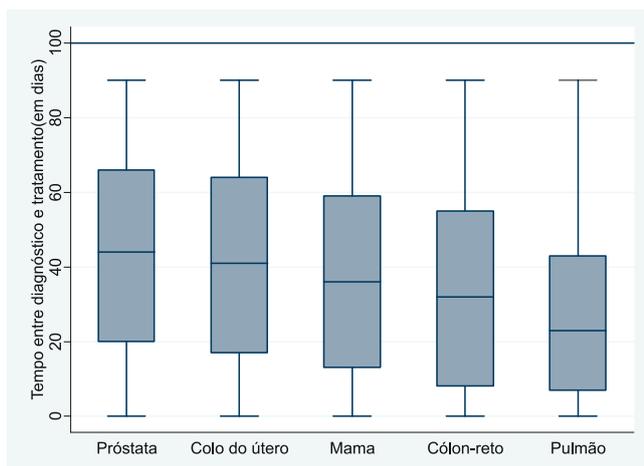


Figura 18 - Distribuição do tempo entre diagnóstico e tratamento em dias, segundo as cinco principais topografias. Brasil, de 2007 a 2011

Fonte: IntegradorRHC.

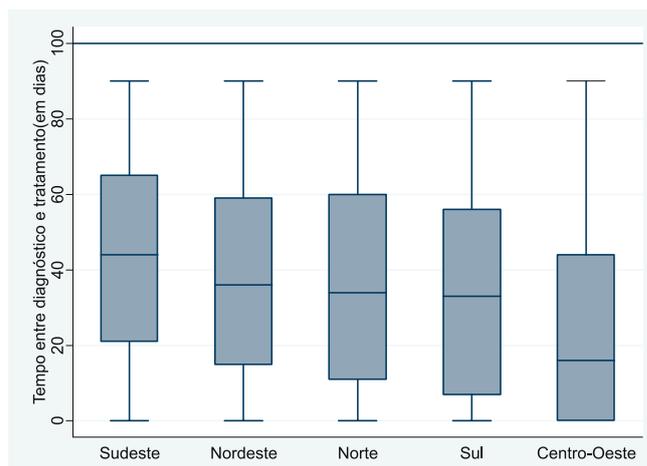


Figura 19 - Distribuição do tempo entre diagnóstico e tratamento, em dias, segundo região do país. Brasil, de 2007 a 2011

Fonte: IntegradorRHC.

Tabela 7 – Percentual de incompletude das variáveis da Ficha de Registro de Tumor. Brasil, de 2007 a 2011

Incompletude	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Identificação do paciente						
Sexo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Data de nascimento	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Idade na data da 1ª Consulta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Local de nascimento	1,1%	1,4%	1,3%	5,1%	10,0%	2,9%
Raça/cor da pele	31,8%	11,5%	9,3%	6,9%	12,5%	10,2%
Grau de instrução	20,6%	34,3%	30,7%	25,2%	43,2%	30,2%
Ocupação principal	40,9%	42,7%	34,5%	42,0%	52,8%	40,5%
Procedência	0,2%	0,4%	0,2%	0,4%	2,5%	0,4%
Caracterização do diagnóstico						
Data da primeira consulta no hospital	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Data do primeiro diagnóstico do tumor	0,3%	2,8%	1,1%	4,2%	0,9%	2,5%
Diagnóstico e tratamento anteriores	2,8%	0,4%	0,4%	7,1%	0,5%	2,6%
Base mais importante para diagnóstico	0,2%	40,0%	0,6%	2,0%	0,5%	0,9%
Caracterização do tumor						
Localização do tumor primário	1,2%	1,3%	1,7%	1,8%	1,5%	1,6%
Tipo histológico do tumor primário	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Estadiamento clínico do tumor	22,3%	30,4%	28,9%	25,7%	46,5%	28,9%
Caracterização 1º tratamento						
Clínica do início do tratamento	5,5%	2,8%	1,6%	9,5%	0,1%	4,6%
Data do início do primeiro tratamento	10,7%	8,5%	4,0%	7,8%	4,7%	6,9%
Estado da doença ao final 1º tratamento	6,7%	28,2%	22,3%	32,9%	28,2%	27,1%
Variáveis opcionais						
Estado conjugal atual	13,5%	14,4%	5,4%	26,2%	16,4%	15,6%
Alcoolismo	48,6%	52,7%	22,8%	57,3%	77,2%	46,5%
Tabagismo	27,9%	48,9%	20,0%	52,0%	74,7%	41,9%

Fonte: IntegradorRHC.

Comentários Finais

Neste Informativo, identificou-se, de forma abrangente, o perfil da atenção oncológica no país. Nesse sentido, a frequência, em ordem decrescente, das regiões geográficas com mais Unidades Hospitalares (UH) que enviaram bases de dados foram: Sul, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Observou-se que, em pessoas com até 19 anos, os tumores mais frequentes foram as leucemias e os linfomas; e, naquelas com mais de 19 anos, foram os cânceres de mama, pele, próstata, colo do útero, cólon, junção retossigmoide e reto e traqueia brônquios e pulmões. A Região Nordeste destacou-se como a de maior proporção de casos de câncer do colo do útero.

Aproximadamente 70% dos casos de câncer foram encaminhados para a rede de atenção oncológica, via Sistema Único de Saúde (SUS); e, a maioria dos pacientes de câncer chegou às UH sem ter realizado tratamento. Observou-se que grande parte dos casos de câncer do colo do útero e da próstata foi diagnosticada antes do encaminhamento para a rede.

Os tumores de mama e do colo do útero apareceram com mais casos em estágios iniciais (*in situ* e I), em contraste com os tumores de traqueia, brônquios e pulmões que apresentaram mais casos em estágios avançados (III e IV). Na Região Norte observou-se mais casos de câncer em estágios avançados (III e IV). Ainda assim, o que chama a atenção é o número de casos sem informação sobre o estadiamento do tumor.

Sobre a distribuição das topografias mais frequentes, o perfil observado é semelhante ao perfil apresentado pelas estimativas de incidência de câncer no Brasil para o biênio 2014-2015.

Em referência às limitações da base de dados, ressalta-se que a consolidação ainda é feita somente em nível nacional, fato que pode acarretar possíveis casos repetidos, implicando, potencialmente, em superestimação do número de casos. Outra limitação fica por conta de que alguns Estados podem não ter a representatividade dos seus casos, pois existem UH em que o RHC não foi implantado; e, inclusive onde o RHC foi implantado, a base pode não ter sido consolidada para o período analisado; e ainda, alguns RHC, mesmo já com base consolidada, não a enviaram para o IntegradorRHC.

A ausência de informação dos RHC de São Paulo ainda foi importante limitação para análise do cenário nacional, sendo esse o Estado com mais unidades habilitadas para alta complexidade em oncologia no Brasil.

As análises apresentadas neste Informativo apontam para o potencial uso dos sistemas de informação existentes, a exemplo das informações dos RHC, na avaliação da assistência oncológica, constituindo-se em ferramenta indispensável no enfrentamento dos desafios para a assistência oncológica, principalmente como subsídio na elaboração de políticas oportunas e adequadas.

Informações adicionais

Lembrete de acesso ao tabulador público, no site do IntegradorRHC:

- 1 – Entrar na página do IntegradorRHC: (<https://irhc.inca.gov.br>).
- 2 – Clicar diretamente no link “Tabular Dados”.
Obs.: O acesso é público, não sendo necessário possuir senha. O cadastro (campos login e senha) é exclusivo aos profissionais que atuam nos RHC.
- 3 – Na tela apresentada, entrar no link “Consultas”, abaixo da expressão Tabulador Hospitalar.
- 4 – Selecionar o tabulador de acordo com o interesse e clicar no botão “Enviar”.
- 5 – O sistema apresentará uma tela com o tabulador escolhido, que proporcionará a seleção das variáveis a serem tabuladas, por intermédio da ferramenta Tabnet (linha, coluna e caixas de seleção).

As informações disponíveis referem-se às unidades que já efetuaram o envio da base de dados para o site do IntegradorRHC.

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).
2015 INCA/ Ministério da Saúde.

Tiragem: 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)
Divisão de Vigilância e Análise de Situação
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
(21) 3207-5500 - <http://www.inca.gov.br>

Edição

SERVIÇO DE EDIÇÃO E INFORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Supervisão Editorial: Letícia Casado. **Edição e Produção Editorial:** Taís Facina. **Copidesque e revisão:** Rita Machado. **Capa, Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá.

Organização: Marceli de Oliveira Santos, Marise Souto Rebelo.

Equipe de elaboração: Jurema Corrêa da Mota, Marceli de Oliveira Santos, Marianna França Veloso.

Colaboradores: Elisângela Siqueira Costa Cabral, Ivo de Jesus Oliveira