



INFORMATIVO VIGILÂNCIA DO CÂNCER

n.1 setembro/dezembro 2011

PANORAMA DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A PARTIR DAS INFORMAÇÕES DO IntegradorRHC

Apresentação

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), por meio da Divisão de Informação e Análise de Situação, lança agora a primeira edição do Informativo Vigilância do Câncer. Com esta publicação, o INCA pretende retratar o cenário da atenção oncológica e a morbimortalidade por este agravo no Brasil usando informações dos sistemas de vigilância do câncer.

Neste número, apresenta-se o panorama da assistência oncológica a partir das informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que enviaram suas bases de dados ao IntegradorRHC, sistema web desenvolvido pelo INCA para consolidação e divulgação de dados hospitalares, que podem ser acessados na página (<http://irhc.inca.gov.br>).

Espera-se que as informações contidas neste informativo contribuam para o planejamento, desenvolvimento de ações estratégicas e uso eficiente dos recursos disponíveis para prevenção e controle do câncer no país.

Características Gerais do Banco de Dados

A análise foi feita a partir das bases de dados dos RHC disponibilizadas para *download* na página eletrônica do IntegradorRHC, utilizando o programa estatístico Epi Info, versão 6.0. O *download* das bases de dados foi realizado no dia 22 de julho de 2010.

Foram selecionados, para avaliação, os casos classificados como analíticos¹ que tiveram a primeira consulta na UH entre 2000 e 2006. Em relação ao comportamento biológico do tumor, a base analisada foi constituída por 94,5% de casos classificados como malignos, segundo a Classificação

Internacional de Doenças para Oncologia, 3ª edição (CID-O-3); já as neoplasias *in situ* e alguns tumores de comportamento incerto ou desconhecido corresponderam a 5,1% dos casos.

Com o intuito de minimizar o número de casos múltiplos nas bases de dados, foram selecionados apenas os casos analíticos dessas bases. Entretanto, cabe ressaltar que o problema da multiplicidade de casos, mesmo minimizado, ainda persiste, visto que os processos de consolidação estadual e nacional ainda não foram realizados. Entende-se por consolidações estadual e nacional o processo de identificação de casos múltiplos, ou seja, de um mesmo paciente que recebeu assistência em mais de uma UH para tratar determinado tumor. Pelo processo de consolidação das bases de dados, esse caso identificado passa a ser contabilizado apenas uma vez, com o intuito de não superestimar o número de casos nas bases consolidadas, estaduais e nacional.

Identificaram-se 254.819 casos analíticos, que representam 76,5% dos casos registrados na base completa (N=332.886).

Na Tabela 1, observa-se um acréscimo médio de 1,4% de casos analíticos registrados, durante o período de 2000 a 2006, segundo o ano da primeira consulta nas UH.

Tabela 1 – Distribuição de casos analíticos segundo o ano da primeira consulta nas UH

Ano	N	%
2000	22.484	8,8
2001	31.527	12,4
2002	39.835	15,6
2003	37.158	14,6
2004	39.454	15,5
2005	40.748	16,0
2006	43.613	17,1
Total	254.819	100,0

Fonte: IntegradorRHC

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.

As Fontes dos Dados: os Registros Hospitalares de Câncer

A base de dados analisada contou com informações provenientes de 99 RHC, em 18 Unidades Federadas (UF) (Tabela 2). Destaca-se a ausência de informações dos RHC das seguintes UF: Acre, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Rondônia, Roraima e São Paulo². Dessa forma, é importante sinalizar que os dados apresentados refletem apenas o universo de casos analíticos assistidos pelos hospitais dos RHC que enviaram bases de dados para o IntegradorRHC.

A frequência de casos registrados, segundo a Região e a UF dos RHC, pode ser observada na Tabela 2. As Regiões Sudeste (36,7%) e Sul (26,6%) foram as que enviaram maior volume de dados. As seis UF com maior representatividade de casos foram, em ordem decrescente: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Piauí, Paraná e Bahia. O predomínio de casos nessas UF é determinado pela combinação das seguintes situações: existência de unidades que isoladamente concentram grande proporção dos casos (Rio de Janeiro, Piauí e Bahia) e maior número de RHC informantes (Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraná).

Em relação à procedência dos casos registrados, observou-se que as UF de residência com maior representatividade foram Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Bahia e Paraná (Tabela 2).

O fluxo para assistência ao câncer dá-se principalmente na UF de domicílio, o que pode ser reflexo da estruturação da Atenção Oncológica determinada pela Portaria SAS/MS nº 741. Em média, 96,9% dos casos (máximo de 99,9%, no Rio Grande do Sul, e mínimo de 87,8%, no Pará) foram atendidos em hospitais localizados na própria UF de residência dos pacientes (dados não apresentados em tabela).

Na Tabela 2, observa-se que há um pequeno fluxo de atendimento de casos fora da UF de residência, o que justifica a presença de residentes em UF que não enviaram informação.

Vale destacar a situação do RHC do Piauí, onde cerca de 47% (n=7.502) dos casos registrados residem em outros Estados, dos quais 82% (n=6.207) residem no Maranhão (dados não apresentados na tabela).

A Figura 1 mostra a evolução do percentual de casos registrados segundo a região da UF do RHC, no período de 2000 a 2006. Observa-se que o padrão para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste é de estabilidade.

No Sudeste, o padrão é de queda no percentual de casos informados, embora a região se mantenha com o maior volume de casos no período analisado, e

estabilidade no número de unidades informantes (com uma redução apenas em 2004). Essa queda pode ser explicada por alguns fatores, tais como: os RHC do Espírito Santo não enviaram base de dados referentes ao período de 2001 a 2004; houve decréscimo no número de RHC informantes do Estado de Minas Gerais, em 2004, o que resultou na redução do número de casos (dados não apresentados na Tabela 3). Os RHC do Rio de Janeiro não influenciaram a tendência temporal da Região Sudeste, visto que apresentaram estabilidade no número de casos enviados ao longo do período (dados não apresentados na Figura 1).

Em contrapartida, na Região Sul, observa-se um aumento do envio de casos e da representatividade da região no cenário nacional, ao longo do período, possivelmente devido ao crescimento no número de RHC informantes na região.

Quanto aos Estados que compõem a Região Sul, o Paraná permaneceu com um número tímido de casos enviados entre 2000 e 2003 e, a partir de 2004, observa-se um aumento significativo de casos registrados; o Rio Grande do Sul apresentou aumento expressivo a partir de 2002, mantendo o envio do número de casos constante a partir de então (dados não apresentados na Figura 1). Em contrapartida, no Estado de Santa Catarina, houve decréscimo significativo no número de casos registrados em 2004 e 2005, o que não refletiu na tendência temporal da região (dados não apresentados na Figura 1).

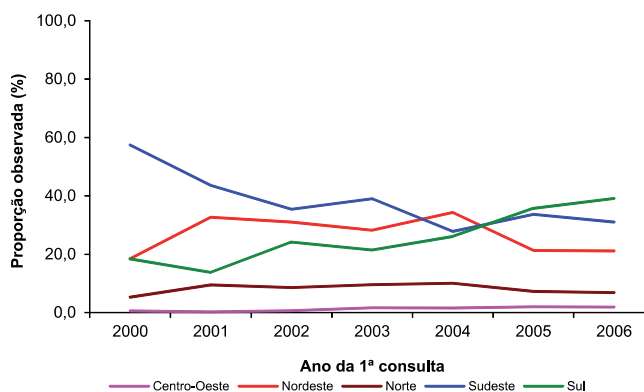


Figura 1 – Evolução temporal do percentual de casos segundo a região da unidade hospitalar, 2000 a 2006

Fonte: IntegradorRHC

A Tabela 3 mostra a evolução temporal de RHC informantes por ano, por região geográfica, na qual observa-se crescimento do número de RHC na Região Sul (principalmente no Paraná e no Rio Grande do Sul).

² As informações dos RHC de hospitais localizados em São Paulo são divulgadas por meio da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e ainda não integram as bases de dados do IRHC.

Tabela 2 – Frequência de casos segundo Região, UF do hospital e UF de residência dos casos, 2000-2006

Região/Unidade da Federação	Casos registrados nos RHC		Casos residentes na UF	
	N	%	N	% ***
Região Norte	21.162	8,3	21.829	8,6
Acre*	-	-	55	0,0
Amapá*	-	-	570	0,2
Amazonas	6.138	2,4	5.409	2,1
Pará	12.834	5,0	13.620	5,4
Rondônia*	-	-	82	0,0
Roraima*	-	-	290	0,1
Tocantins	2.190	0,9	1.803	0,7
Região Nordeste	68.709	27,0	68.338	27,0
Alagoas	9.741	3,8	9.674	3,8
Bahia	15.849	6,2	16.148	6,4
Ceará*	-	-	171	0,1
Maranhão*	-	-	6.668	2,6
Paraíba	3.088	1,2	3.257	1,3
Pernambuco	11.598	4,6	11.476	4,5
Piauí	17.357	6,8	9.892	3,9
Rio Grande do Norte	9.906	3,9	9.919	3,9
Sergipe	1.170	0,5	1.133	0,5
Região Centro-Oeste	3.444	1,4	3.678	1,5
Distrito Federal*	-	-	48	0,0
Goiás*	-	-	162	0,1
Mato Grosso	1.232	0,5	2.239	0,9
Mato Grosso do Sul	2.212	0,9	1.229	0,5
Região Sudeste	93.475	36,7	92.388	36,5
Espírito Santo	3.591	1,4	3.658	1,4
Minas Gerais	35.972	14,1	35.897	14,2
Rio de Janeiro	53.912	21,2	52.670	20,8
São Paulo*	-	-	163	0,1
Região Sul	68.029	26,6	67.176	26,5
Paraná	15.851	6,2	15.691	6,2
Rio Grande do Sul	39.589	15,5	38.792	15,3
Santa Catarina	12.589	4,9	12.693	5,0
Total**	254.819	100,0	253.409	100,0

Fonte: IntegradorRHC

* Ausência de informação dos RHC do Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Rondônia, Roraima e São Paulo.

**1.410 casos com UF de residência ignorada.

***Valores inferiores a 0,1% apresentados como 0,0.

Tabela 3 – Número de RHC informantes segundo região geográfica, 2000 a 2006

Região	Número de RHC informantes						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norte	4	4	4	4	5	4	4
Nordeste	7	10	11	9	10	11	11
Centro-Oeste	2	1	1	3	3	3	2
Sudeste	19	20	20	21	16	21	19
Sul	9	9	12	14	17	26	34
Total	41	44	48	51	51	65	70

Fonte: IntegradorRHC

Unidades Hospitalares e Habilitações

Para a análise, as UH foram agrupadas segundo características comuns, pois, dentro de cada UF, há grande variabilidade de situações. Para tal, utilizou-se como base a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, que define as UH em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e seus derivados.

No Quadro 1, estão apresentados os tipos de habilitação (estabelecidos na Portaria SAS nº 62, de 11 de março de 2009) dos hospitais que enviaram os dados e que, portanto, fazem parte dessa análise. As siglas para cada tipo de habilitação foram criadas a fim de facilitar a organização do gráfico apresentado a seguir.

A Figura 2 mostra o percentual dos casos registrados segundo os 12 tipos de habilitação e o percentual de cada habilitação em relação ao total. Entre as UH informantes, a habilitação como Unacon é a mais frequente, seguida de CP e URH. Observa-se que o grupo de UH com habilitação CP foi o que apresentou maior representatividade nas informações analisadas, atingindo quase metade dos casos analisados, embora esse não seja o tipo de habilitação predominante. Por outro lado, o mais frequente, Unacon, teve uma participação tímida no total de casos analisados.

Unidades não habilitadas correspondem a 11% do total de UH dessa análise e situam-se na quinta posição

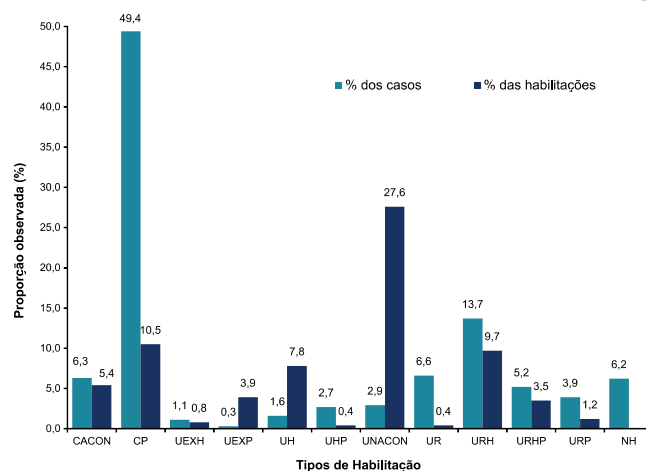


Figura 2 – Percentual de casos segundo tipo de habilitação em alta complexidade em oncologia e percentual de cada tipo de habilitação em relação ao total de habilitações

Fonte: IntegradorRHC

no *ranking* em relação ao volume de casos. Ressalta-se que, pela Portaria nº 741, somente as UH habilitadas em oncologia têm obrigatoriedade em implantar RHC e enviar base de dados para o INCA.

A fim de facilitar a análise, esses tipos de habilitação foram recodificados para cinco novos grupos, apresentados na Tabela 4. Esses grupos foram formados segundo a similaridade observada em relação aos perfis de morbidade. Nas próximas análises, serão utilizados esses cinco grupos para descrever variáveis como topografias mais frequentes, diagnóstico e tratamento anterior e estado da doença ao final do primeiro tratamento.

Quadro 1 – Habilitações das UH em alta complexidade em oncologia

Sigla da habilitação	Descrição da habilitação*
CP	Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica
Cacon	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UEXH	Unacon Exclusiva de Hematologia
UEXP	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica
UH	Unacon com Serviço de Hematologia
UHP	Unacon com Serviços de Hematologia e de Oncologia Pediátrica
Unacon	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UR	Unacon com Serviço de Radioterapia
URH	Unacon com Serviço de Radioterapia e Hematologia
URHP	Unacon com Serviços de Radioterapia, de Hematologia e de Oncologia Pediátrica
URP	Unacon com Serviços de Radioterapia e de Oncologia Pediátrica
NH	Unidade não habilitada pelo SUS**

*Fonte da descrição da habilitação: Portaria SAS nº 62, de 11 de março de 2009.

** Classificação utilizada para unidades não habilitadas pelos SUS, mas que possuem RHC e enviaram base de dados.

Tabela 4 – Frequência de casos segundo os grupos de habilitação*, 2000 a 2006

Siglas dos grupos de habilitações*	N	%
CP	125.949	49,4
Cacon	15.981	6,3
Unacon**	93.690	36,8
UEX***	3.492	1,4
NH	15.707	6,2
Total	254.819	100,0

Fonte: IntegradorRHC

*Recodificação feita a partir das habilitações conferidas às UH que enviaram casos.

** Inclui as unidades habilitadas como Unacon, exceto as exclusivas de Hematologia e Oncologia Pediátrica classificadas como UEX (Quadro 1).

*** Unidades com habilitação exclusiva para Hematologia ou Oncologia Pediátrica.

Informações Sobre Câncer na População Atendida

Procede-se à descrição dos casos segundo algumas variáveis de interesse:

Sexo e Idade

As mulheres representam 56,7% (N=144.513) dos casos analisados.

Na Figura 3, observa-se pouca dispersão da variável idade, com idades mais elevadas e idade mediana maior entre os homens. A média de idade de homens e mulheres com neoplasia que foram registrados nesses RHC é, respectivamente, 58,6 e 54,2 anos.

A idade mínima é igual a zero, que corresponde aos casos com idade menor que um ano, que é classificada dessa forma no SisRHC, sistema desenvolvido e distribuído pelo INCA para todos os RHC do Brasil.

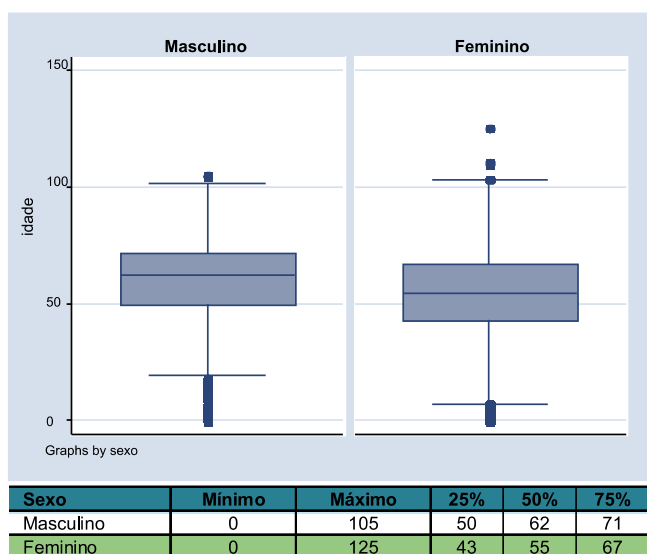


Figura 3 - Distribuição da idade dos casos*, em anos, segundo sexo

Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 31 casos com idade ignorada e 35 casos com sexo ignorado.

A distribuição dos casos de neoplasia segundo faixa etária (Figura 4) mostrou que cerca de 78% dos casos registrados se concentram entre 40 e 79 anos. Apenas 3,5% dos casos registrados se referem à faixa etária infantil (0-19 anos).

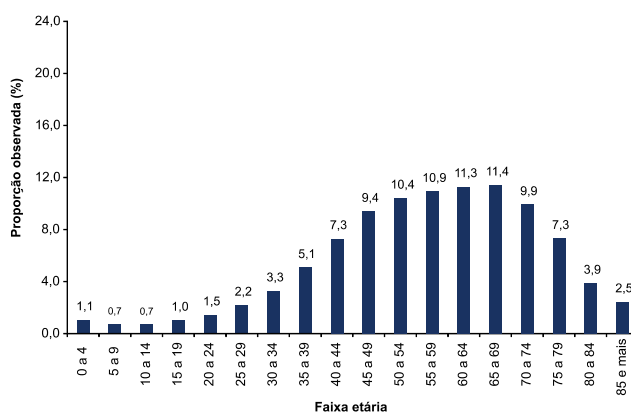


Figura 4 - Percentual de casos de neoplasia atendidos segundo faixa etária, todas as topografias, 2000 a 2006

Fonte: IntegradorRHC

Topografia

Principais topografias por grupos de idade

O perfil de ocorrência de neoplasia em crianças e adolescentes (0 a 19 anos de idade) mostra-se diferente do dos adultos, sendo observadas variações nos principais locais primários de ocorrência do tumor, diferentes origens histológicas e comportamentos clínicos. Os tumores tendem a cursar com menores períodos de latência e crescimento rápido, tornando-se bastante invasivos, embora respondam melhor à quimioterapia.

Considerando isso, as localizações mais frequentes são apresentadas separadamente, por grupos de idade: de 0 a 19 anos (Tabela 5) e acima dos 19 anos (Tabela 6).

A Tabela 5 mostra que as neoplasias do sistema hematopoético e reticuloendotelial, linfonodos e encéfalo são os três tipos mais frequentes em crianças e adolescentes. As leucemias representam cerca de 94% dos tumores localizados no sistema hematopoético e reticuloendotelial.

Tabela 5 - Topografias mais frequentes em crianças e adolescentes (0 a 19 anos), 2000 a 2006*

Código da CID-O e Descrição	N	%
C42 - Sistemas hematopoético e reticuloendotelial	2.845	31,1
C77 - Linfonodos	1.190	13,0
C71 - Encéfalo	831	9,1
C40 - Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	681	7,4
C64 - Rim	487	5,3
C49 - Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	424	4,6
C69 - Olho e anexos	260	2,8
C44 - Pele	204	2,2
C56 - Ovário	189	2,1
C74 - Glândula suprarrenal	188	2,1
Outras topografias	1.843	20,3
Total**	9.142	100,0

Fonte: IntegradorRHC

* Utilizamos a CID-O, e não a Classificação Internacional do Câncer na Infância, a fim de seguir o mesmo padrão nas demais análises.

**Excluídos 13 casos com códigos de topografias inexistentes na CID-O, 3ª Edição.

Tabela 6 - Topografias mais frequentes em adultos (acima de 19 anos), 2000 a 2006

Código da CID-O e Descrição	N	%
C50 - Mama	41.453	16,9
C53 - Colo do útero	34.591	14,1
C44 - Pele	31.925	13,0
C61 - Próstata	20.315	8,3
C18-20 - Cólon, junção retossigmoide e reto	12.757	5,2
C33-34 - Traqueia, brônquios e pulmões	12.079	4,9
C16 - Estômago	8.724	3,6
C42 - Sistemas hematopoético e reticuloendotelial	8.446	3,4
C15 - Esôfago	6.704	2,7
C32 - Laringe	6.104	2,5
Outras topografias	62.279	25,4
Total*	245.377	100,0

Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 287 casos com códigos de topografias inexistentes na CID-O - 3ª Edição.

Nos adultos, considerando-se ambos os sexos, as quatro localizações mais frequentes foram mama, colo do útero, pele e próstata (Tabela 6). Dentre os tumores da pele, os melanomas correspondem a 10,9% dos identificados.

Principais topografias segundo sexo

Entre as mulheres, destacam-se as neoplasias da mama e do colo do útero, sendo responsáveis por mais de 50% dos casos analisados entre as brasileiras; já entre os homens, o tumor da próstata é o mais comum (Tabela 7).

As neoplasias de pele, cólon e reto, sistemas hematopoético e reticuloendotelial, traqueia, brônquios e pulmões e estômago estão entre os tipos mais frequentes em ambos os sexos.

Topografias mais frequentes segundo o perfil de habilitação das Unidades Hospitalares

A Figura 5 apresenta a distribuição das topografias mais frequentes segundo cinco grupos de habilitação. Os grupos Cacon, CP, Unacon e NH apresentam uma característica em comum, com respeito às quatro topografias mais frequentes (pele, mama, colo do útero e próstata), embora em diferentes posições no *ranking*. Como esperado, o grupo que se destaca é o UEX, constituído por unidades especializadas em hematologia e oncologia pediátrica, em que 81,8% dos casos possuem tumor primário em sistemas hematopoético e reticuloendotelial.

Tabela 7 - Topografias mais frequentes segundo sexo, 2000 a 2006*

Topografias	N	%
SEXO FEMININO		
Mama	41.022	28,4
Colo do útero	34.718	24,0
Pele	14.673	10,2
Cólon, junção retossigmoide, reto	6.784	4,7
Sistemas hematopoético e reticuloendotelial	5.204	3,6
Ovário	4.083	2,8
Corpo do útero	3.816	2,6
Traqueia, brônquios e pulmões	3.758	2,6
Glândula tireoide	3.565	2,5
Estômago	3.083	2,1
Outras topografias	19.479	13,4
SEXO MASCULINO		
Próstata	20.327	18,5
Pele	17.478	15,9
Traqueia, brônquios e pulmões	8375	7,6
Sistemas hematopoético e reticuloendotelial	6.086	5,5
Cólon, junção retossigmoide, reto	6.045	5,5
Estômago	5.660	5,1
Laringe	5.239	4,8
Esófago	5.105	4,6
Linfonodos	3.827	3,5
Bexiga	2.654	2,4
Outras topografias	28.079	25,5

*Excluídos 269 casos com códigos de topografia inexistentes na CID-O, 3ª Edição.

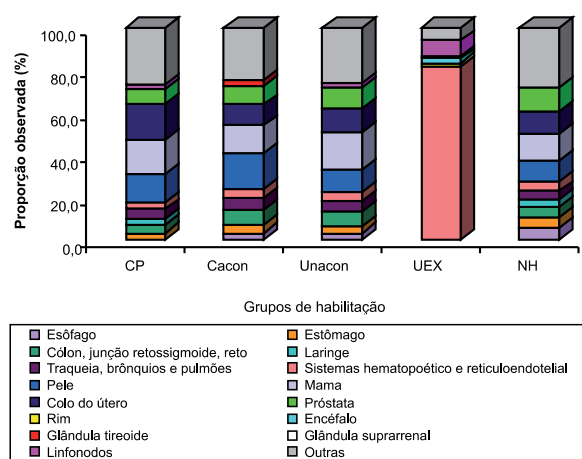


Figura 5 - Topografias mais frequentes segundo grupo de habilitação, 2000 a 2006*

Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 269 casos com códigos de topografia inexistente na CID-O - 3ª Edição.

Selecionaram-se cinco topografias dentre as mais frequentes: mama, colo do útero, próstata, cólon, junção retossigmoide e reto e traqueia, brônquios e pulmões para proceder às análises.

Topografias mais frequentes segundo faixa etária

As cinco neoplasias mais frequentes, exceto as da pele, entre o total de casos registrados, foram distribuídas segundo faixas etárias.

Neoplasia da mama (C50)

A neoplasia da mama é o tipo mais frequente em mulheres e representa 28,4% do total de neoplasias nesse sexo. Na Figura 6, observa-se que 62,9% dos casos se concentram entre 40 e 64 anos.

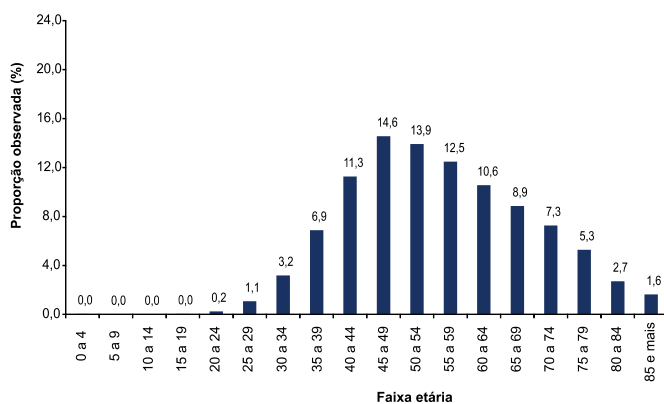


Figura 6 - Percentual de casos de neoplasia da mama segundo faixa etária, 2000 a 2006

Fonte: IntegradorRHC

Neoplasia do colo do útero (C53)

A neoplasia do colo do útero é o segundo tipo mais frequente em mulheres e representa 24% do total de casos. Na Figura 7, observa-se que 58,7% dos casos se concentram entre 35 e 59 anos.

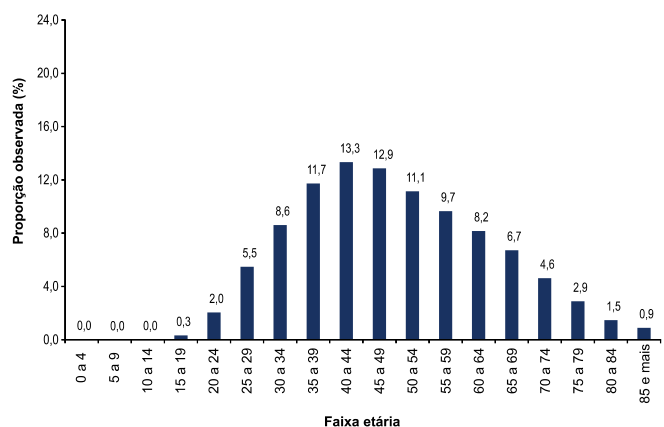


Figura 7 - Percentual de casos de neoplasia do colo do útero segundo faixa etária, 2000 a 2006

Fonte: IntegradorRHC

Neoplasia da próstata (C61)

A neoplasia da próstata é o tipo mais frequente em homens e representa 18,5% do total de casos. Na Figura 8, observa-se que 59,7% dos casos se concentram entre 65 e 79 anos.

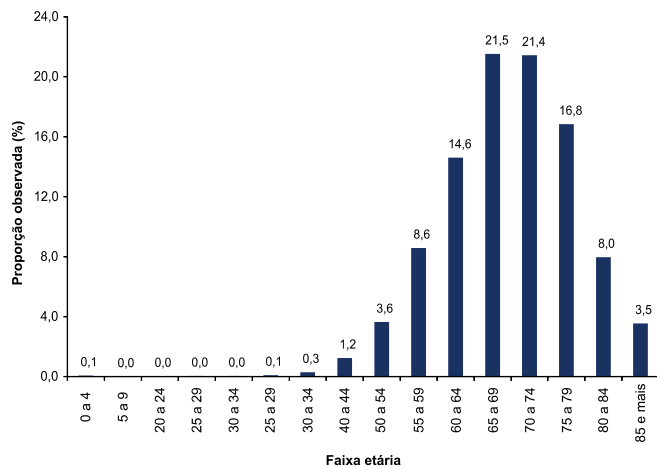


Figura 8 - Percentual de casos de neoplasia da próstata segundo faixa etária, 2000 a 2006
Fonte: IntegradorRHC

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

No sexo feminino, é o quarto tipo mais frequente, alcançando 4,7% do total de casos. No sexo masculino, é o quinto tipo mais frequente, alcançando 5,5% do total de casos. Na Figura 9, observa-se que 61% do total de casos se concentram entre 50 e 74 anos.

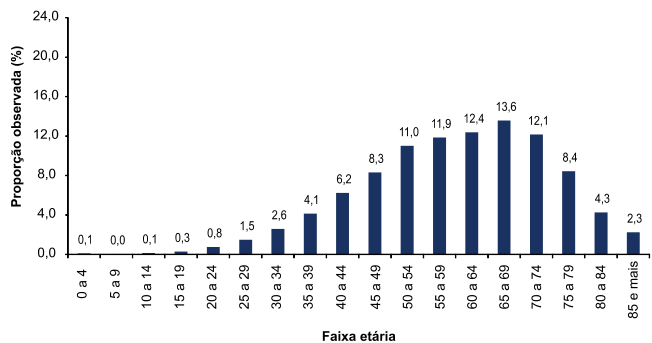


Figura 9 - Percentual de casos de neoplasia em cólon, junção retossigmoide e reto segundo faixa etária, 2000 a 2006
Fonte: IntegradorRHC

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

A neoplasia de traqueia, brônquios e pulmões é o oitavo tipo mais frequente no sexo feminino, alcançando 2,6% do total de casos. No sexo masculino, é o terceiro tipo mais frequente, alcançando 7,6% do total de casos. Na Figura 10, observa-se que 62,3% do total dos casos se concentram entre 55 e 74 anos.

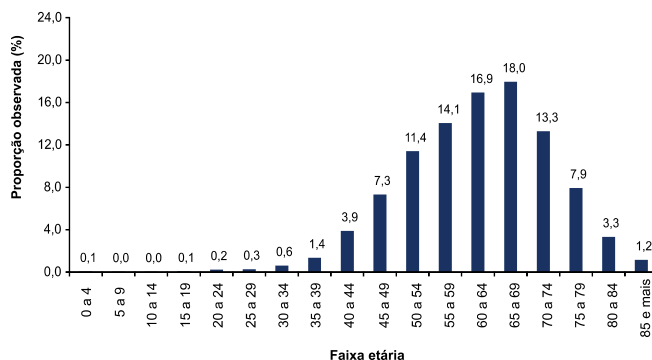


Figura 10 - Percentual de casos de neoplasia de traqueia, brônquios e pulmões segundo faixa etária, 2000 a 2006
Fonte: IntegradorRHC

Origem do Encaminhamento

Os casos, em sua maioria, foram encaminhados para os hospitais (75,9%) 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 18,1%, enquanto o por conta própria do paciente foi 6%.

Observa-se que aproximadamente 23,5% dos casos de neoplasia 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 tratamento desse tumor. O diagnóstico desse tumor requer tecnologias que, muitas vezes, ultrapassam o nível ambulatorial e, em geral, seu tratamento necessita de procedimentos que requerem especialização para assistência em oncologia.

Em contrapartida, apenas 12,4% dos casos de neoplasia do colo do útero foram encaminhados para as UH via rede privada não SUS, em função da menor complexidade exigida no diagnóstico e no tratamento desse tumor.

Cabe ressaltar que essa neoplasia pode ser diagnosticada e tratada, se não invasiva, em nível ambulatorial, não precisando dos recursos diagnósticos e terapêuticos em unidades de alta complexidade em Oncologia.

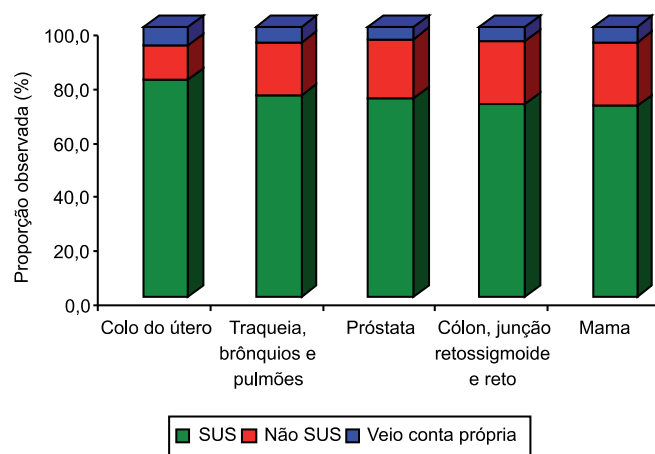


Figura 11 - Percentual de casos de neoplasia segundo a origem do encaminhamento entre as cinco topografias mais frequentes, 2000 a 2006*
Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 11.539 casos sem informação para origem do encaminhamento.

Na evolução temporal estratificada pelos grupos de habilitação, destaca-se que houve mudança no perfil de encaminhamento para as UH com habilitação Unacon com Hematologia. Houve diminuição no percentual de casos que vieram por conta própria e aumento no percentual de encaminhamento pela rede do SUS. Os outros tipos de habilitação possuem uma evolução temporal constante quanto à origem do encaminhamento (dados não apresentados).

Diagnóstico e Tratamento Anterior

A maioria dos casos (87,1%) chegou às UH sem ter realizado tratamento, o que configura uma situação ideal para a avaliação da assistência hospitalar.

Grande parte dos casos de neoplasia do colo do útero chega às UH com diagnóstico, refletindo uma melhor estruturação da rede para a assistência desses casos, como resultado da organização da assistência proposta pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle desse tumor (Figura 12). Entretanto, ainda 30,3% dos casos chegam às UH sem diagnóstico.

Apesar de existir um Programa Nacional de Prevenção e Controle para a neoplasia da mama, observa-se que a maior proporção desses casos (46,9%) chega às UH sem diagnóstico.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia, que podem ser realizadas em outros níveis de atenção, são consideradas exames diagnósticos para a neoplasia de cólon, junção retossigmoide e reto, o que proporciona que 64,7% dos pacientes deem entrada nas UH já com o diagnóstico.

A proporção de casos de neoplasia em traqueia, brônquios e pulmões que chega nessas UH sem diagnóstico é elevada (45,2%) possivelmente porque seu diagnóstico exige maior complexidade.

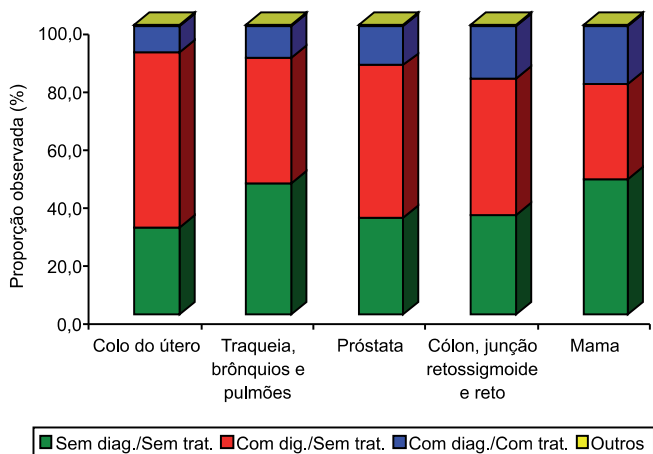


Figura 12 - Situação de diagnóstico e tratamento anteriores segundo as cinco topografias mais frequentes, 2000 a 2006*
Fonte: IntegradorRHC
*Excluídos 2.361 casos sem informação para diagnóstico e tratamento anteriores.

Ao analisar as variáveis diagnóstico e tratamento anterior, segundo os grupos de habilitação (Figura 13), percebemos que os grupos CP e Cacon 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. No grupo Unacon e NH, mais de 80% dos casos chegaram sem tratamento. O grupo que se destaca é o UEX, no qual 92,6% dos casos chegaram às UH sem diagnóstico e sem tratamento.

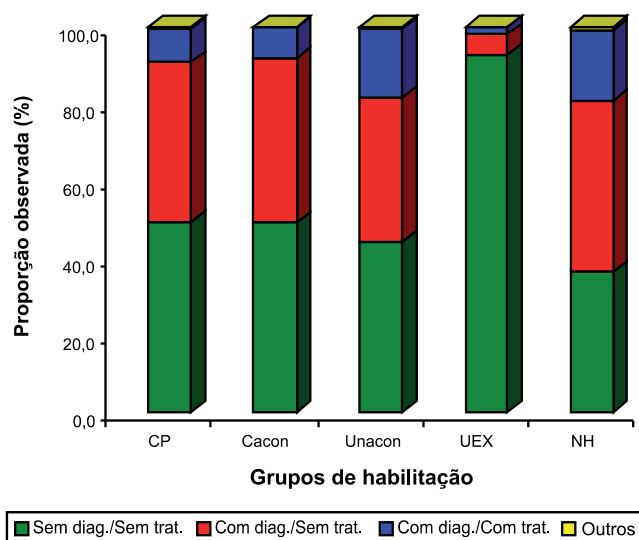


Figura 13 - Percentual de casos de neoplasia segundo a situação do diagnóstico e tratamento anterior, conforme grupo de habilitação, 2000 a 2006*
Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 4.690 casos sem informação para diagnóstico e tratamento anteriores.

Estadiamento do Tumor

Na Figura 14, são apresentados os cinco tipos mais frequentes de neoplasia, exceto pele, segundo o estadiamento do tumor. Observa-se, para todos os tumores, que a proporção dos casos que chegam com estágio *in situ* é bem pequena.

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 (86,5%). Tumores da mama e do colo do útero apresentam as maiores proporções de casos que chegaram às UH em estádios iniciais *in situ* e I.

Os casos de neoplasia do colo do útero foram os que apresentaram maior proporção de estadiamento *in situ*, e menor proporção de doença avançada (37,3%). Esse resultado pode ser consequência de Programas Nacionais de Rastreamento para essa neoplasia, que permitem o diagnóstico precoce desses tumores e de lesões precursoras não invasivas, quando o tratamento antineoplásico mostra-se mais eficaz.

Na Figura 15, são apresentados os estadiamentos desses tumores segundo os cinco grupos de habilitação. Unacon foi o grupo que apresentou menor proporção (13,4%) de casos com tumores em estádios iniciais *in situ* e I. Os grupos CP e Cacon apresentaram as maiores proporções de estádios iniciais, 20,9% e 19,1%, respectivamente.

Com relação aos casos com tumores em estádios avançados III e IV, CP foi o grupo com menor proporção (44,1%), enquanto Unacon foi o grupo com maior proporção (51,3%).

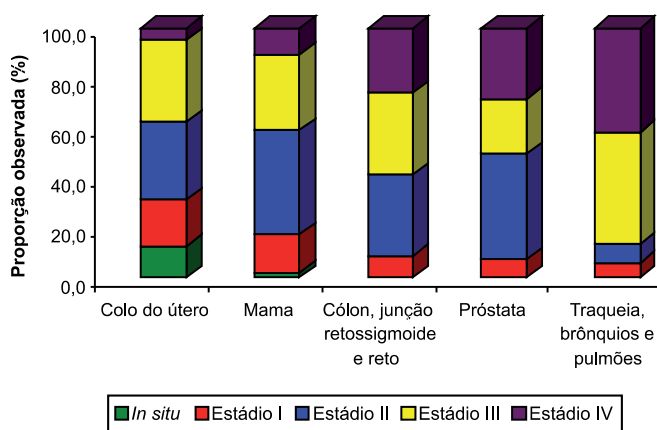


Figura 14 - Estadiamento dos tumores para as cinco topografias mais frequentes 2000 a 2006*
 Fonte: IntegradorRHC
 *Excluídos 33.574 casos sem estadiamento informado.

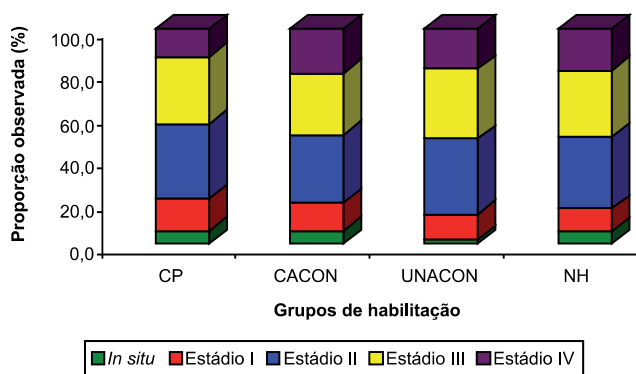


Figura 15 - Percentual de estadiamento dos tumores dos cinco tumores mais frequentes, exceto pele, segundo grupos de habilitação, 2000 a 2006*
 Fonte: IntegradorRHC
 *Excluídos 33.574 casos sem estadiamento informado.

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, observa-se que os tumores que apresentaram as maiores proporções de casos sem evidência da doença após o primeiro tratamento foram as neoplasias do colo do útero e da mama, que tiveram as maiores proporções de casos em estádios iniciais.

A maior proporção de óbitos ocorreu nos casos de neoplasia de traqueia, brônquios e pulmões, e de cólon, junção retossigmoide e reto, justamente as que possuem maior proporção de estádios avançados. A neoplasia do pulmão destaca-se pela grande proporção de óbitos após o primeiro tratamento, 32,4%, o que pode ser explicado, em parte, pela alta proporção de estadiamento avançado (86,5%), uma vez que a sintomatologia pode não estar presente nos estádios iniciais.

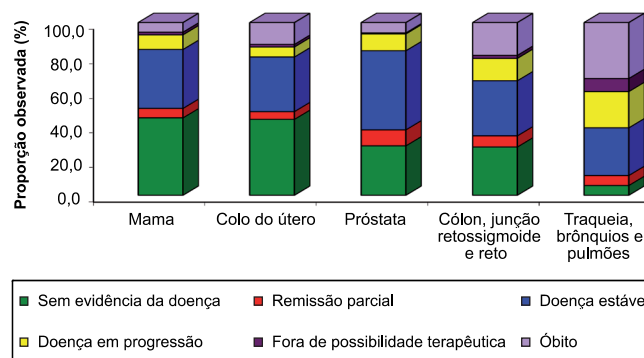


Figura 16 - Percentual de estado da doença ao final do primeiro tratamento segundo as cinco topografias mais frequentes, 2000 a 2006*
 Fonte: IntegradorRHC
 *Excluídos 35.760 casos sem informação para estado da doença ao final do primeiro tratamento.

Entre os hospitais, o grupo CP apresentou maior proporção de remissão completa da doença (Figura 17).

No grupo de unidades classificadas como CP, Cacon e Unacon, a proporção de óbitos variou de 9,6% a 11,7%, valor observado nas Unacon.

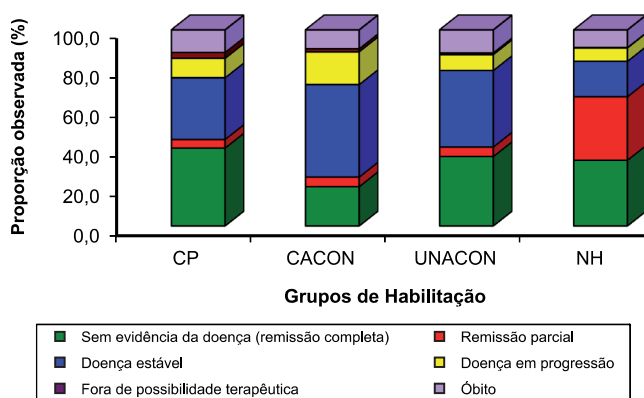


Figura 17 - Estado da doença ao final do primeiro tratamento segundo grupos de habilitação, 2000 a 2006*
 Fonte: IntegradorRHC
 *Excluídos 35.760 casos sem informação para estado da doença ao final do primeiro tratamento.

Comentários Finais

Este informativo apresenta as primeiras análises com os dados nacionais dos RHC que enviaram base de dados referente ao período de 2000 a 2006. Identificou-se

a potencialidade desses dados, mas é importante ressaltar suas limitações, devido às disparidades apresentadas pelos próprios RHC, principalmente em relação ao perfil das unidades notificantes e ao quantitativo de bases consolidadas.

A ausência de informação dos RHC do Acre, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Rondônia, Roraima e São Paulo limita a avaliação da assistência oncológica no cenário nacional. Além disso, mesmo as UF que apresentam dados de seus RHC podem não ter a representatividade dos seus casos, pois existem UH em que:

- RHC não foi implantado.
- RHC foi implantado, mas não tem base consolidada.
- RHC tem base consolidada, mas não enviou a base de dados para o IntegradorRHC.
- RHC tem base consolidada, enviou a base para o IntegradorRHC, mas os dados não foram representativos do período de 2000 a 2006.

Outra limitação da presente análise se refere ao fato de a base utilizada não ter sido consolidada em nível estadual e nacional, o que implica a presença de possíveis casos múltiplos e a consequente superestimação do número de casos.

Observa-se, nas análises, que as regiões que mais enviaram casos foram, em ordem decrescente: Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Há uma tendência de aumento do envio de casos ao longo do período, o que sugere que futuras análises serão mais representativas do cenário nacional.

As topografias mais frequentes são: mama; colo do útero; pele; próstata; cólon, junção retossigmoide e reto; e traqueia, brônquios e pulmões, correspondendo a mais de 50% do total de casos. Excluindo as neoplasias da pele, observa-se que cerca de 74% desses casos foram encaminhados às UH via rede SUS. As neoplasias do colo do útero e da próstata são aquelas que apresentam maior proporção de casos que chegam às UH com diagnóstico e sem tratamento.

Observa-se que as neoplasias do colo do útero e da mama apresentam as maiores proporções de estadiamentos iniciais *in situ* e I e de remissão completa da doença ao final do primeiro tratamento, provavelmente pela possibilidade de rastreamento para detecção precoce. Em contrapartida, as neoplasias de traqueia, brônquios e

pulmões apresentam a maior proporção de estadiamentos avançados III e IV e a maior proporção de óbitos ao final do primeiro tratamento, possivelmente por conta do pior prognóstico desse tumor. O que surpreende é observar a alta proporção de óbitos encontrada para a neoplasia do colo do útero ao final do primeiro tratamento, ou seja, antes de completar um ano após o tratamento. Erro na definição do estadiamento, complicações decorrentes do tratamento e comorbidades, entre outros, são possíveis fatores relacionados a esses óbitos precoces que precisam ser identificados.

É interessante sinalizar que as dez neoplasias mais frequentes em homens e mulheres correspondem às topografias mais frequentes, segundo a publicação *Estimativas de Câncer do INCA 2010/2011*, lançada em novembro de 2010, com exceção dos cânceres de linfonodo e sistemas hematopoético e reticuloendotelial, que estão entre os dez mais frequentes no *ranking* dos dados analisados neste informativo. Esse achado pode estar relacionado ao perfil de atendimento das próprias UH analisadas.

O tipo de habilitação mais frequente é Unacon, porém o que enviou mais casos foi Cacon com serviço de oncologia pediátrica, geralmente constituído por unidades de longa data especializadas na atenção ao câncer. A distribuição das topografias mais frequentes é bem similar entre os grupos de habilitação, mas o grupo UEX se destaca por apresentar um perfil diferenciado de morbidade, o que é compatível com o perfil dos componentes desse grupo: unidades que realizam atendimento exclusivo ao câncer pediátrico e em hematologia oncológica – que tem as leucemias como a doença mais frequente. Esse grupo também se destaca por receber aproximadamente 93% dos casos sem diagnóstico e tratamento anterior. Em relação ao estadiamento do tumor, CP apresenta a maior proporção de doença em estádios iniciais, cerca de 21%, e a maior proporção de casos sem evidência da doença após o primeiro tratamento, entretanto, Unacon foi o grupo com maior proporção de estádios avançados além da maior proporção de óbitos.

Apesar das limitações apontadas, o informativo apresenta características importantes da assistência prestada pelas UH e aponta para o potencial uso das informações dos RHC na avaliação da assistência hospitalar aos pacientes oncológicos.

Expediente:

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

© 2011 INCA/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidos 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://bvsmms.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 Ações Estratégicas
Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)
Divisão de Informação e Análise de Situação
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
(21) 3207-5500
www.inca.gov.br

Edição

COORDENAÇÃO-GERAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO (CEDC)
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500

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



Ministério da
Saúde

