

Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC

Classification of Malignant Tumours - analysis and suggestions based on APAC data

Maria Inez Pordeus Gadelha,¹ Milene R. Costa,² Rosimary T. Almeida³

Resumo

A partir da análise de 286.667 autorizações para quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) de 15.196 casos de câncer da mama feminina tratados, no Estado do Rio de Janeiro, de 1999 a 2003, evidenciou-se um alto grau de inobservância do conceito de imutabilidade do estágio tumoral, sendo que a mudança do estágio, na maioria das vezes, se relaciona com a mudança de procedimento. Surpreendentemente, este fato é mais preponderante nos estabelecimentos de saúde mais completos como são os hospitais classificados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em comparação com os serviços isolados, estritamente ambulatoriais, de quimioterapia ou de radioterapia. Com base nos princípios e regras gerais do estadiamento do câncer e nos dados Sistema Único de Saúde (SUS) relativos a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) de QT e RT, analisaram-se esses dados e buscou-se contribuir para uma melhor aplicabilidade do Sistema TNM. Ao final, aponta-se para a necessidade de se avaliar como o treinamento e a atualização em sistemas de classificação dos tumores malignos vêm se dando, em todo o Brasil, nas instituições de ensino, no setor de controle e avaliação dos órgãos gestores do SUS e nos encontros científicos dos profissionais que praticam as diversas especialidades médicas envolvidas com o tratamento clínico e cirúrgico do câncer. Isto para que se possa contar com dados confiáveis para a avaliação e a comparação dos resultados terapêuticos, que se estabelecem como anos de sobrevivência por estágio clínico, ou seja, aquele definido antes de qualquer terapêutica ter sido aplicada e que deve permanecer imutável ao longo de toda a vida do indivíduo.

Palavras-chave: Estadiamento de neoplasias; CACON; APAC; TNM; Brasil.

¹. Médica/FM-UFPB. Especialista em Cancerologia-Oncologia Clínica INCA-MS, Educação para a Saúde NUTES-UFRJ e MBA-Saúde COPPEAD-UFRJ. Estagiária em Hematologia/Instituto Nacional de Cancerología-México.

². Farmacêutica. Mestranda. Programa de Engenharia Biomédica COPPE-UFRJ.

³. Engenheira. PhD em Engenharia Biomédica. Professora Adjunta do Programa de Engenharia Biomédica - COPPE/UFRJ

Endereço para correspondência: Rua General Góis Monteiro, 8 BLA - Botafogo - CEP:22290-080 - Rio de Janeiro - RJ. E-mail: igadelha@cybernet.com.br

Abstract

Data from 286,667 Brazilian Health System (SUS) orders to chemotherapy (QT) and radiotherapy (RT) procedures correspondent to 15,196 cases of female breast cancer treated at the State of Rio de Janeiro, from 1999 to 2003, showed there is a mistake of staging this tumor. The concept of not changing the tumoral stage is not being observed, and the change on staging usually follows a procedure change. Unexpectedly, this mistake was more frequent in comprehensive cancer centers (CACON) than in isolated chemotherapy and/or radiotherapy services. Under the classification of malignant tumor rules, the specialized procedure authorizations (APAC) were analysed. Results point to the revision of the educational programs to medical students, cancer surgeons, clinical oncologists and SUS managers. Thus, it will be possible getting on data to evaluate and compare therapeutic results by tumor staging.

Key words: Neoplasm staging; CACON; APAC; TNM; Brazil.

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de diferentes doenças de variadas localizações topográficas e, mesmo dentro de uma mesma topografia, de diferentes tipos morfológicos que guardam em comum duas características biológicas principais: o crescimento celular descontrolado e a capacidade de se estender para além do tecido em que se originam.

Essas características são resultado de eventos diversos, que, por conta de fatores igualmente diversos, se iniciam no âmbito molecular e, progressivamente, evoluem para o ambiente gênico, cromossômico, nuclear, celular, tecidual, orgânico e sistêmico. Por estas etapas poderem variar em velocidade e intensidade e ainda não serem conhecidas ou identificáveis para todas as neoplasias malignas, existe também variabilidade quanto ao estágio em que o câncer torna-se detectável pelos meios diagnósticos disponíveis, dos moleculares ao exame físico.

Porém, essas diferenças e variabilidade tornam-se características comuns em sistemas de classificação que buscam organizar a informação sobre o estágio evolutivo em que uma neoplasia maligna está sendo diagnosticada, dos quais o mais utilizado, em todo o mundo, é o Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, da União Internacional de Combate ao Câncer, que, no Brasil, passou a ser conhecido como *estadiamento*.

A adequada aplicação desse Sistema resulta essencial para a qualidade e confiabilidade de registros médicos, protocolização de condutas terapêuticas, parametrização de processos avaliativos e comparativos de resultados terapêuticos, e troca de informação fluente entre especialista e instituições, em todo o mundo. A orientação do Sistema Único de Saúde (SUS) relativa a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), especificamente de procedimentos de

quimioterapia (QT) e de radioterapia (RT), busca garantir a adequada aplicação do estadiamento do câncer,¹ o que contribui para que utilidade do sistema de classificação seja preservada e seus objetivos, mantidos.

O aprofundamento da análise dos dados de APAC de RT e QT de câncer da mama feminina no Estado do Rio de Janeiro,² para fins de uma dissertação de mestrado, evidenciou a ocorrência de mudanças de estágio, na maioria das vezes relacionada à mudança do procedimento. E foi essa observação que levou as autoras a conceber o presente trabalho, como forma de contribuir para uma melhor utilização do sistema TNM.

O SISTEMA TNM E SEUS OBJETIVOS

O Sistema TNM foi idealizado nos anos 1940 e assumido pela União Internacional Contra o Câncer nos anos 1950 e, desde então, vem sendo continuamente revisado e publicado, estando em sua 6ª edição, de 2002,³ com a versão em Português Brasileiro em 2004.⁴

Esse Sistema inclui os tipos tumorais mais comuns localizados em: Lábio e Cavidade Oral (carcinomas), Faringe (carcinomas), Laringe (carcinomas), Cavidade Nasal e Seios Paranasais (carcinomas), Glândulas Salivares (carcinomas), Glândula Tireóide (carcinomas), Esôfago (carcinomas), Estômago (carcinomas), Intestino Delgado (carcinomas), Cólon e Reto (carcinomas), Canal Anal (carcinomas), Fígado (carcinoma hepatocelular primário e colangiocarcinoma hepático do ducto biliar intra-hepático), Vesícula Biliar (carcinomas), Vias Biliares Extra-Hepáticas (carcinomas), Ampola de Vater (carcinomas), Pâncreas (carcinoma do pâncreas exócrino), Pulmão (carcinomas), Pleura (mesotelioma maligno), Ossos (tumores malignos primários do osso, exceto linfomas, mieloma múltiplo, osteossarcoma superficial/justacortical e condrossarcoma justacortical), Partes Moles (condrossarcoma extra-esquelético, osteossarcoma extra-esquelético, sarcoma de Ewing

extra-esquelético, tumor neuroectodérmico primitivo - PNET, fibrossarcoma, leiomiossarcoma, lipossarcoma, histiocitoma fibroso maligno, hemangiopericitoma maligno, mesenquimoma maligno, tumor maligno da bainha de nervo periférico, rabiomiossarcoma, sarcoma sinovial e sarcoma SOE, ou seja, sem outra especificação), Pele (carcinomas e melanoma maligno), Mama (carcinomas), Vulva (carcinomas), Vagina (carcinomas), Colo do Útero (carcinomas), Corpo do Útero (carcinomas e tumores mesodérmicos mistos malignos), Ovário (tumores epiteliais e não epiteliais), Trompa de Falópio (carcinoma), Córion Placentário (tumores trofoblásticos gestacionais: coriocarcinoma, mola hidatiforme invasora e tumor trofoblástico de localização placentária), Pênis (carcinomas), Próstata (adenocarcinomas), Testículo (tumores de células germinativas), Rim (carcinomas de células renais), Pelve Renal (carcinomas), Ureter (carcinomas), Bexiga (carcinomas), Uretra (carcinomas), Pálpebra (carcinomas), Conjuntiva (carcinomas e melanoma maligno), Úvea (melanoma maligno), Retina (retinoblastoma), Órbita (sarcomas de partes moles e osso), Glândula Lacrimal (carcinoma) e Sistema Linfopoético (Doença/Linfoma de Hodgkin e Linfomas não Hodgkin).^{1,2}

Em praticamente todas as localizações topográficas e tipos morfológicos dos tumores acima, o estadiamento pode ficar resumido nos seguintes *estádios*:^{1,3,4} Estádio 0 - carcinoma *in situ*; Estádio I - invasão local inicial; Estádio II - tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; Estádio III - tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa; Estádio IV - tumor localmente avançado ou, como é quase o critério geral de classificação, presença de metástases à distância.

O Sistema TNM admite duas classificações: a clínica (TNM ou cTNM), estabelecida antes de qualquer terapêutica ter sido aplicada, e a patológica (pTNM), a partir da análise da peça operatória. O pTNM só se aplica, obviamente, aos casos operados e pode, ou não, coincidir com o cTNM, porém jamais modificá-lo.

Uma das Regras Gerais do Sistema TNM, a terceira, é que, uma vez definidas as categorias T (de tumor), N (de *node*, linfonodo) e M (de metástase) e estabelecidos a classificação TNM e o estágio tumoral (este, como já ressaltado, é classificável de 0 a IV na quase totalidade dos tumores), a categorização e o estágio devem ser imutáveis, ou seja, *permanecer inalterados no prontuário médico*. Os casos em que essa informação é ou torna-se indisponível, o Sistema TNM recomenda que sejam analisados separadamente (da mesma forma que os casos de tumores malignos múltiplos e os inicialmente identificados por autopsia), classificando-os como casos

especiais, em que os símbolos y e r significam, respectivamente, que a classificação é *realizada durante ou após uma terapêutica multimodal inicial* e que o estadiamento é pós-terapêutico, de um tumor recidivado após um período sem evidência de doença.^{3,4}

O estágio em que uma neoplasia maligna é diagnosticada é dependente de variáveis tumorais (tipo histopatológico, localização anatômica, velocidade de crescimento e potencial de invasão e disseminação), das condições de resistência imunológica do organismo e da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde. E a aplicação de um sistema de classificação de tumores malignos permite inferir sobre o comportamento biológico do tumor, selecionar condutas terapêuticas, prever complicações, estimar prognósticos, organizar a avaliação dos resultados terapêuticos, padronizar a publicação desses resultados, facilitar a troca de informações entre os especialistas e contribuir para a pesquisa oncológica. Porém, o principal objetivo diz respeito à comparação entre os resultados terapêuticos, por estágio, obtidos nos diversos centros de tratamento do câncer, nacionais e internacionais,^{1,3-5} o que se torna inviável se, à cada episódio evolutivo da neoplasia, o seu estágio se modifique.

Assim, a aplicação de conceitos como *reestadiamento*, *estádio inicial* e *estádio atual* contradiz frontalmente aquela terceira regra geral, pois, por exemplo, um caso de recidiva com metástases ósseas de um câncer de mama inicialmente diagnosticado e tratado como em estágio II permanecerá neste mesmo estágio, não devendo passar a ser classificado como IV.^{1,5}

O SISTEMA TNM E A AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS E QUIMIOTERÁPICOS

O SUS conta com dois sistemas de informação sobre a produção dos serviços, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). Os instrumentos que nutrem esses sistemas de dados são, para o SIH-SUS, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, para o SIA-SUS, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

A AIH é utilizada há décadas. Porém, foi em novembro de 1998 que se deu no âmbito do SUS a implantação de APAC de radioterapia (RT) e de quimioterapia (QT), mediante a apresentação de um laudo médico com três blocos distintos de dados: do estabelecimento de saúde, do doente e do médico solicitante; da neoplasia (inclusive obrigatoriamente o estágio pelo Sistema TNM, a menos que nele a neoplasia não esteja contemplada); e do planejamento terapêutico

global.¹ Essa iniciativa foi concebida para possibilitar, a partir da cobrança e pagamento de procedimentos de QT ou RT: controle, avaliação e auditoria; consultoria à distância e expedição de pareceres; planejamento e programação desses procedimentos nos serviços especializados; organização da assistência oncológica; fonte de dados para estudos epidemiológicos e para o registro hospitalar de câncer; produção científica; avaliação de resultados; e estimativa da demanda atendida e reprimida.⁶⁻⁹

Para a autorização de RT ou de QT ficou estabelecido o seguinte fluxo:¹

- a) A unidade prestadora solicita a autorização para a realização de procedimento(s), mediante o preenchimento do Laudo Médico para Emissão de APAC, e especifica o(s) código(s) do(s) procedimento(s) utilizado(s).
- b) O autorizador analisa o laudo, conclui sobre a finalidade do tratamento solicitado e verifica, na tabela de procedimentos, de acordo com a finalidade do tratamento e as compatibilidades do(s) procedimento(s), se a solicitação é coerente com o lá exposto; caso tenha dúvida, solicita consultoria.
- c) Se a solicitação estiver de acordo, libera(m)-se o(s) procedimento(s) solicitado(s) de acordo com o previsto e programa-se o acompanhamento do Planejamento Terapêutico Global.
- d) Autorizado(s) o(s) procedimento(s) solicitado(s), é fornecido à unidade solicitante um número de APAC e a unidade cobra do SUS no final do mês o valor mensal do respectivo tratamento.
- e) O SUS paga à unidade o valor tabelado relativo ao(s) respectivo(s) procedimento(s).

As bases técnicas do que se generalizou chamar APAC-Onco vêm dos princípios da ciência e da prática oncológicas, especialmente o estadiamento do tumor, a associação concomitante ou seqüencial de métodos terapêuticos e as finalidades do tratamento do câncer.^{1,10-13} Dado que o procedimento terapêutico e sua finalidade são dependentes do estágio evolutivo em que a neoplasia maligna se encontra, e sendo o estágio do tumor uma característica imutável, os conceitos de estabilidade ou progressão tumoral - na vigência de um tratamento - e de recidiva (ou recaída) tumoral - após um intervalo livre de doença - se impõem e são perfeitamente compatíveis com o que se estabelece no Sistema TNM.

Por isso, a autorização de RT ou de QT prevê que, à mudança de esquema terapêutico dentro de uma mesma finalidade ou à mudança de finalidade terapêutica, deve apresentar-se um novo Planejamento Terapêutico Global para o novo procedimento solicitado. Com isso, o novo Laudo Médico para Emissão de APAC

passa a ter, necessariamente, pelo menos um tratamento anterior a informar; porém, obrigatoriamente, sem alterar o estágio do caso.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados utilizados neste estudo são oriundos da base de dados das APAC de QT e RT, do SIA-SUS, e foram obtidos na página oficial do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), na *Internet*. Os dados são disponibilizados sob a forma de arquivos compactados, que necessitam ser integrados numa única tabela a fim de que possam ser analisados. Para a elaboração da tabela única de dados foi utilizado um método especificamente desenvolvido por outro estudioso e já divulgado.¹⁴

A etapa seguinte foi a criação de um identificador capaz de individualizar os casos de câncer e, assim, possibilitar o acompanhamento de sua respectiva história na base de dados. A identificação dos casos foi feita por meio da criação de uma variável identificadora denominada "caso". Esta variável é constituída pela aglutinação dos caracteres que formam o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), a data de nascimento, o sexo e o diagnóstico principal - que é dado pelos códigos existentes no Capítulo II (neoplasias) da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10). Ressalta-se que o número de CPF do paciente é apresentado de forma codificada na base de dados do sistema, o que protege sua identidade. É importante notar também, que esta variável identifica o caso de câncer e não o paciente. Se um mesmo indivíduo apresenta mais de um tumor com CID-10 distintos, ele irá configurar na base de dados como mais de um caso de câncer.

Finalmente, após a criação da variável "caso", a tabela de dados foi ordenada de forma que todas as APAC geradas para o mesmo caso estivessem sucessivamente agrupadas em ordem crescente de data de registro. Foram selecionados para as análises apenas os registros de APAC referentes aos casos de câncer de mama feminina tratados no Estado do Rio de Janeiro.

Para evitar as situações que os tornariam de menor qualidade e significância, os dados de 1998 e de 2004 foram desprezados, dado que a APAC-Onco foi implantada em novembro de 1998 e os dados de 2004 ainda não estavam integralmente disponíveis ao momento do levantamento.

Assim, a análise dos dados consistiu na sua descrição no que diz respeito ao número de casos atendidos e produção de APAC de 1999 a 2003. Para a investigação das mudanças de estadiamento, foram utilizadas rotinas

computacionais capazes de detectar e contabilizar as mudanças de estadiamento e a concomitância destas mudanças com alterações no procedimento solicitado.

A criação da tabela de dados e as análises foram realizadas utilizando-se o software SAS® versão 8.0.¹⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados correspondentes a 15.196 casos tratados de 1999 a 2003, e que demandaram 286.667 APAC neste período, estão dispostos nas tabelas 1, 2 e 3, distribuídos por tipo de unidade, conforme o cadastro dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Serviços Isolados de RT ou de QT credenciados no Estado do Rio de Janeiro.

De imediato, observa-se que os CACON - ao contrário do que se poderia esperar já que por natureza são estabelecimentos de saúde mais complexos e essencialmente formadores de recursos humanos especializados - apresentam os maiores percentuais de mudança de estágio. Também, que os CACON II e I têm maior variabilidade nos percentuais, sem tendência progressiva de queda ao longo dos anos.

Olhando-se mais detalhadamente a Tabela 1, vê-se que as unidades do tipo CACON II apresentaram maiores percentuais de casos com mudanças de estágio, enquanto os serviços isolados de RT sempre apresentaram os menores percentuais. Neste último caso, essa melhor posição pode ser explicada tanto por um menor número de tratamentos por doente como pelo menor tempo de duração da radioterapia. Observa-se também que o CACON III apresentou uma diminuição progressiva do percentual de casos com mudanças no decorrer dos anos analisados, o que pode estar refletindo uma melhoria na qualidade do preenchimento dos laudos médicos para emissão de APAC.

Como verificou-se que a mudança do estágio está fortemente associada a mudança do procedimento

solicitado, procurou-se na Tabela 2 resumir os percentuais de ocorrência de mudança de estágio concomitante a mudança do procedimento, que se mostraram muito próximos a 100% para alguns tipos de unidades.

Tabela 2 - Percentuais anuais de ocorrência de mudança de estádios em concomitância a mudança de procedimento em relação ao respectivo total de casos e conforme a classificação cadastral da unidade.

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE	ANOS				
	1999	2000	2001	2002	2003
CACON III	63,7%	89,2%	98,1%	97,1%	99,3%
CACON II	66,7%	81,0%	88,7%	80,3%	78,7%
CACON I com RT	65,9%	65,7%	70,6%	57,1%	64,4%
CACON I sem RT	12,5%	0,0%	25,0%	27,3%	64,7%
Serviço Isolado de QT	11,0%	46,2%	18,5%	17,4%	19,2%
Serviço Isolado de QT e RT	73,9%	68,0%	67,1%	83,0%	68,6%
Serviço Isolado de RT	66,7%	33,3%	16,7%	50,0%	16,7%

Para o CACON III, apesar do percentual de casos com mudança de estágio decrescer no período analisado, a ocorrência desta mudança concomitante à mudança de procedimento eleva-se de 63,7%, no ano de 1999, até 99,3% no ano de 2003. Quando comparados ao CACON III, os demais tipos de unidades apresentaram percentuais de ocorrência de concomitância menor. Mais uma vez, os valores elevados e a variabilidade dos percentuais dos CACON apresentados na Tabela 2 são preocupantes, por serem eles, de um modo geral, instituições formadoras de recursos humanos.

Como a mudança de procedimentos se dá por falta de resposta terapêutica e a mudança de estágio sugere progressão tumoral na vigência da radioterapia ou da quimioterapia, a forte associação entre a mudança de estágio e a mudança de procedimento expressa a prática de se mudar o estágio. Essa prática, em contrário ao que conceitua a terceira regra geral do Sistema TNM, torna-se ainda mais contraditória quando se considera o curto período dos dados analisados, que não justificaria a aplicação do conceito do estadiamento pós-terapêutico, de um tumor recidivado após um período sem evidência de doença - justificativa que seria igualmente questionável e agravada pelos altos percentuais verificados.

Quanto ao número de vezes em que, em pelo menos uma vez, diferentes estádios foram informados para um mesmo caso de câncer, a Tabela 3 mostra o total de casos, por tipo de unidade, com suas respectivas média, desvio padrão, mediana e números mínimo e máximo de vezes em que essa duplicidade mínima se deu. E chama a atenção, nessa tabela, o número máximo de

Tabela 1 - Percentuais anuais de casos para os quais houve pelo menos uma mudança de estágio em relação ao respectivo total de casos e conforme a classificação cadastral da unidade.

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE	ANO				
	1999	2000	2001	2002	2003
CACON III	18,3%	15,6%	13,9%	11,9%	10,0%
CACON II	23,2%	11,7%	19,8%	26,6%	21,4%
CACON I com RT	16,5%	8,4%	5,7%	7,2%	9,3%
CACON I sem RT	7,1%	2,3%	9,3%	6,9%	17,4%
Serviço Isolado de QT	33,8%	4,1%	6,8%	8,7%	4,4%
Serviço Isolado de QT e RT	8,7%	8,3%	7,9%	7,0%	7,1%
Serviço Isolado de RT	3,8%	3,0%	4,8%	1,8%	3,9%

Tabela 3 - Distribuição por tipo de unidade do número em que pelo menos dois estádios são declarados para um mesmo caso de câncer.

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE	Número de casos com pelo menos dois estádios	Número de estádios por paciente	
		Média de mudanças de estádio (\pm Desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)
CACON III	3.020	2,0 (\pm 1,4)	1 (1-12)
CACON II	442	1,9 (\pm 1,4)	1 (1-8)
CACON I com RT	227	1,7 (\pm 1,0)	1 (1-6)
CACON I sem RT	36	1,3 (\pm 0,7)	1 (1-5)
Serviço Isolado de QT	155	1,3 (\pm 0,5)	1 (1-4)
Serviço Isolado de QT e RT	340	2,2 (\pm 1,6)	2 (1-10)
Serviço Isolado de RT	19	1,1 (\pm 0,2)	1 (1-2)

mudanças observado nos CACON e Serviços Isolados de QT e RT, impondo-se analisar qual a conseqüência pedagógica do dado expresso no CACON III, que chegou a 12 vezes, superando o número máximo de mudança de estádios encontrado nos Serviços Isolados de QT e RT. De novo, e certamente pelos motivos já apontados anteriormente, as unidades do tipo Isolada RT apresentam o menor número médio de mudanças.

CONCLUSÃO

A terceira regra geral do Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, de uso mundial, determina que, uma vez definidas as categorias tumorais, linfonodais e de metástases à distância e estabelecidos a classificação TNM e o estágio tumoral, eles devem ser imutáveis, ou seja, permanecer inalterados no prontuário médico. Os casos em que essa informação é ou torna-se indisponível, o Sistema TNM recomenda que sejam analisados separadamente, identificando-os como casos especiais, em que um dos símbolos utilizados é o r, significando que o estadiamento é pós-terapêutico, de um tumor recidivado após um período sem evidência de doença.

Porém, a análise de dados relativos a quimioterapia e radioterapia do câncer da mama feminina, no Estado do Rio de Janeiro, de 1999 a 2003, revelam um alto grau de inobservância desse conceito, inclusive, e muitas vezes de forma preponderante, naqueles estabelecimentos de saúde mais completos como o são os centros hospitalares de alta complexidade em oncologia, os CACON, em comparação com os serviços isolados, estritamente ambulatoriais, de quimioterapia ou de radioterapia.

Essa preponderância aponta para a necessidade de se avaliar como o treinamento e a atualização no uso de sistemas de classificação dos tumores malignos vêm se dando, em todo o Brasil, nas escolas médicas, nos CACON (muitos deles hospitais de ensino e pesquisa), nos órgãos de controle e avaliação das secretarias de saúde e nos encontros científicos dos profissionais que praticam as diversas especialidades envolvidas com o tratamento clínico e cirúrgico do câncer. Isso, sem esquecer que o envio dos dados clínicos e cirúrgicos completos para o anátomo-patologista é essencial para que ele estabeleça o correto estadiamento patológico, da mesma forma que anotar adequadamente as informações sobre o estadiamento clínico e patológico dos casos nos respectivos prontuários é indispensável para o Registro Hospitalar de Câncer.

Tudo para possibilitar a avaliação e a comparação dos resultados terapêuticos do câncer, que se estabelecem como anos de sobrevida por estágio clínico, ou seja, aquele definido antes de qualquer terapêutica ter sido aplicada e que deve permanecer imutável ao longo de toda a vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Bases Técnicas Para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade APAC - Oncologia. Rio de Janeiro: INCA; 2003 [citado em 10 jan 2003]. Disponível em: www.saude.gov.br.
- 2- Costa MR, Gomes SCS, Almeida RT. Perfil do atendimento ambulatorial de mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. In: 3º Congresso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica; 2004; João Pessoa, PB.

- 3- American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. 6th ed. New York: Springer; 2002.
- 4- Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. TNM Classificação de tumores malignos. 6a ed. Rio de Janeiro. INCA; 2004 [citado em 30 jan 2005]. Disponível em: www.inca.gov.br.
- 5- Gadelha MIP. [cartas ao leitor]. Rev Bras Cancerol. 1996;42(2):85.
- 6- Gadelha MIP. Como promover e trabalhar em parceria. In: Petrucci VL, Rua MG. Ações premiadas no 1º Concurso de Experiências Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal, 1996. Anais do "Workshop" Estratégias Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal; 1996; Brasília, DF. Brasília: ENAP; 1998. p. 135-8.
- 7- Gadelha MIP. SUS-ONCO - Programa de Controle e Avaliação em Oncologia [palestra apresentada em Seção Científica]. Instituto Nacional de Câncer; 1998 out 30; Rio de Janeiro, RJ.
- 8- Gadelha MIP. APAC - Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia: conceitos e finalidades [palestra apresentada em Seção Científica]. Instituto Nacional de Câncer; 1999 maio 15; Rio de Janeiro, RJ.
- 9- Gadelha MIP. Visão crítica das APACS. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Cancerologia; 2000; Salvador, BA. Sociedade Brasileira de Cancerologia; 2000.
- 10- Gadelha MIP. Indicações da quimioterapia antineoplásica [informe]. Rev Bras Cancerol. 1996;42(3):196-7.
- 11- Sikora K, Advani S, Korolchouk V, Magrath I, Levy L, Pinedo H, et al. Essential drugs for cancer therapy: a World Health Organization consultation. Ann Oncol. 1999;10:10:385-90.
- 12- World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
- 13- DeVita VT, Hellman S, Rosenberg AS. Cancer: principles and practice of oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 14- Gomes SCS, Martino R, Almeida RT. Rotinas de integração das tabelas do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Coletiva. 2003;11(2):231-54.
- 15- SAS OnlineDoc [database on the Internet]. Cary (NC): SAS Institute, Inc.; c1999 [cited 2004 Jun 9]. Available from: <http://v8doc.sas.com/sashtml/>