

# REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA NO INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ, BRASIL

## Hospital Cancer Registry: Five Years of Experience at the Cancer Institute of the State of Ceará, Brazil

---

Miren Maite Uribe Arregi<sup>1</sup>

---

### Resumo

O Registro Hospitalar de Câncer do Instituto do Câncer do Ceará (RHC/ICC) vem trabalhando, desde 1994, na coleta sistemática de dados relacionados com as características pessoais, o diagnóstico, o tratamento e a evolução dos pacientes de câncer atendidos nesta instituição. Este trabalho apresenta os dados coletados referentes aos pacientes atendidos na instituição nos anos de 1992 até 1996.

Nesse período, verificou-se na instituição um aumento constante da demanda, que foi constituída prioritariamente de mulheres, especialmente com neoplasias de mama e colo do útero. Os tumores mais freqüentes em homens foram os de próstata e de pulmão. Destaca-se o declínio na freqüência do atendimento a casos câncer de colo do útero e um expressivo aumento dos casos de câncer de próstata, face ao conseqüente aumento na média de idade, especialmente nos homens. Existe uma predominância de pacientes procedentes de Fortaleza e com baixa renda, encaminhados, na sua maioria, de instituições públicas, se bem que é observada uma clara tendência ao equilíbrio entre pacientes de instituições públicas e privadas.

Apesar de a maior parte dos pacientes portadores de neoplasias chegar com tratamento prévio, especialmente cirurgia, é cada vez maior o número de tumores com estadiamento realizado ao início do tratamento, e o tratamento ser feito com modalidades terapêuticas combinadas.

Foi evidenciada a necessidade de melhoria da coleta de dados no cadastro do hospital assim como no prontuário médico, especialmente em relação à situação da doença ao final do tratamento e à sobrevida após o mesmo.

**Palavras-chave:** registro de câncer; estudo descritivo.

---

*1- Médico, Mestrado em Saúde Pública, Coordenador do Registro Hospitalar de Câncer do Instituto do Câncer do Ceará*

*Endereço para correspondência: Instituto do Câncer do Ceará – Rua Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo – Fortaleza - CE - CEP:60430-230*

## **Abstract**

*The Hospital Cancer Registry of the Cancer Institute of the State of Ceará (HCR/CCI) has been in operation since 1994, systematically collecting data about personal characteristics, diagnosis, treatment and evolution of cancer patients treated at this institution. This work presents data from 1992 to 1996.*

*In this period, it was verified an ongoing demand for the facility's services, specially from women with breast and cervix uteri neoplasms. The most frequent tumour sites in men were prostate and lung. We emphasize the reduction in the frequency of cervix uteri cancer, and a very important increase of prostate cancer cases, a consequence of the increase in the mean age, specially in men. Most patients are from Fortaleza, and of low social-economic level. They arrive, in their majority, with previous treatment, particularly surgery, from public health care institutions, although a tendency of leveling the ratio between patients from public institutions and private ones was observed. Another changing tendency was the growing proportion of tumours with staging done at the beginning of treatment, and the increasing proportion of combined treatments.*

*It was verified the need for a better data collection at various levels: at the hospital registration form, at the medical records, and also at the registry. The main requirement will be the training of receptionists and registars, and the engagement of medical professionals. The registry has to work specially on the information about the status of the disease at the end of treatment and the survival after it.*

**Key words:** cancer registry; descriptive study.

## **Introdução**

Um Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é um instrumento que visa ao aprimoramento do serviço prestado pela instituição aos seus pacientes. Neste sentido, os registros que se baseiam em dados hospitalares têm um importante papel a cumprir, na monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando os médicos no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultados dos tratamentos aplicados.<sup>1</sup>

A estratégia do registro baseia-se na coleta, estruturação e análise de informações relativas às patologias diagnosticadas e tratadas no hospital. O registro detém-se, especialmente, naqueles aspectos relativos ao tratamento realizado na instituição e na evolução posterior dos seus pacientes.

A coleta de informação sobre os casos de câncer e a produção de estatísticas sobre a ocorrência do câncer somente são justificadas se os dados coletados e consolidados forem utilizados. A informação do registro de câncer pode ser usada em várias áreas, e o valor dos dados aumenta se a possibilidade de compa-

rações entre dados de várias épocas for mantida.<sup>2</sup>

No banco de dados constituído pelo RHC, a administração do hospital e o seu corpo clínico podem obter informações importantes para definir os rumos e a condução da instituição, ou dados valiosos em relação à qualidade do próprio trabalho. É possível, assim, estabelecer comparações com padrões de outros estabelecimentos ou em diferentes momentos. A par disso, facilitam também a realização de pesquisas, que podem contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos sobre o câncer.

O Instituto do Câncer do Ceará (ICC) é uma instituição peculiar no sentido de que até meados de 1999 não contou com uma unidade hospitalar; assim, a sua oferta de serviços limitava-se ao tratamento ambulatorial. Em consequência, a maioria de seus pacientes realizava somente tratamento complementar. O RHC/ICC teve que se adaptar a esta realidade e realizar um trabalho, até o presente, que era mais de cadastro e análise da demanda e serviços prestados pela instituição e sem algumas das características dos registros tradicionais.

O objetivo deste trabalho é analisar a evolução da demanda de casos de câncer no Instituto do Câncer do Ceará e do atendimento prestado pela instituição aos pacientes de câncer, nos anos 1992 a 1996. São apresentados, inicialmente, dados gerais com características dos pacientes, dos tumores e dos procedimentos levados a cabo na instituição. A seguir, é realizada uma apresentação individualizada e mais detalhada dos principais tumores atendidos no ICC, durante esse período de cinco anos.

## Material e Métodos

O RHC/ICC faz uma coleta sistematizada de dados relacionados com as características pessoais, o diagnóstico, o tratamento e a evolução dos pacientes com câncer atendidos nesta instituição. As informações levantadas seguem a padronização recomendada pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)<sup>3</sup>, assim como as recomendações do Instituto Nacional de Câncer (INCA)<sup>4</sup>.

A principal fonte de informação é o prontuário hospitalar. Os dados nele coletados são registrados numa ficha elaborada para o RHC/ICC, a partir de uma ficha padrão do INCA. Também, em casos duvidosos, são consultados alguns membros do corpo clínico da instituição, para esclarecimento.

Para realização desta pesquisa, a população estudada foi constituída por todas as neoplasias malignas, atendidas no ICC, por primeira vez, durante os anos de 1992/1996. É importante salientar que a unidade trabalhada é a neoplasia e não o paciente que pode vir a ter mais de um tumor, cada um dos quais será registrado separadamente. Foram considerados cadastráveis todos os tumores de pacientes matriculados no ICC. Os tumores malignos foram registrados separadamente dos benignos e de outras patologias. Para efeito de registro, apenas os tumores incluídos na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia<sup>5,6</sup> como malignos primários ou metastáticos foram eleitos.

As variáveis analisadas neste trabalho foram as seguintes: sexo, idade, local de residência, profissão, serviço de entrada,

origem do encaminhamento, situação em relação a diagnóstico e tratamento prévios, tipo de tratamento prévio, base mais importante de diagnóstico, localização topográfica, tipo histológico, estadiamento à chegada na instituição, localização de metástase à distância, tratamento recebido na instituição e o estado da doença ao final do tratamento.

Para a classificação e codificação da topografia e histologia dos tumores, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia<sup>6</sup>. Para o estadiamento dos tumores, seguiu-se a Classificação do Tumores Malignos – TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC)<sup>7</sup>.

Os dados foram coletados manualmente, posteriormente, após uma primeira verificação, foram digitados no programa EPI-INFO (US Department of Health and Human Services e Public Health Service and Centers of Disease Control – USA).

A análise dos dados foi realizada com base no EPI-INFO e no WORD e EXCEL for WINDOWS para a elaboração de tabelas e gráficos. A mesma constou de três fases fundamentais: análise de validade e consistência, análise univariada e análise bivariada. Para a comparação de percentuais, foi utilizado o teste  $X^2$ , considerando o nível de significação ( $\alpha$ ) de 0,05.

## Resultados

No período de 1992 até 1996 foram cadastrados, no ICC, 8.280 pacientes novos. Dentre eles, 562 não eram casos de neoplasia maligna ou nunca receberam tratamento por diferentes motivos. A demanda aumentou constantemente durante estes cinco anos, tendo o número de pacientes cadastrados, a cada ano, sempre superado o do ano anterior; o incremento global, entre 1992 e 1996, foi de 16,4%. O aumento de número de casos acontece em ambos os sexos. A distribuição sempre favoreceu às mulheres que, em todos os anos, respondem por praticamente 2/3 dos casos registrados.

A idade média dos pacientes do ICC foi de 53,6 anos, sendo 55,2, para os homens e 52,8, para as mulheres. No sexo masculino, o intervalo entre 55 e 79 anos agrupa 55,3%

dos casos. No feminino, 67,7% das pacientes tinham entre 40 e 69 anos (Gráfico 1). A idade mínima foi de poucos meses (< 1 ano) e a máxima de 95 anos. Observa-se um aumento constante, ao longo dos cinco anos, da idade média (e mediana) dos pacientes de sexo masculino, enquanto, no sexo feminino, estas medidas mantiveram-se estáveis.

Três profissões foram mais frequentemente declaradas pelos pacientes do ICC somando 58,4% dos casos. São elas: doméstica, aposentado e agricultor. A primeira, característica do sexo feminino, agrupa 57,1% das ocupações informadas pelas mulheres. Dentre os aposentados, 62,7% são homens. Os agricultores também são, em sua maioria, homens. Assim, dentre os 363 pacientes que referiram esta profissão, 293 (80,7%) foram homens.

A maioria dos pacientes do ICC declarou proceder Fortaleza, na sua maioria, ou seja, em 53% dos casos; o percentual de pacientes procedentes do interior foi de 43,3% e, 3,3%, chegaram de outros Estados. Dentre os pacientes que informam residência fora da capital, uma boa parte (12,4%) procede da área metropolitana: Caucaia, Maranguape e

Maracanaú. A procedência é bastante diversificada, destacando, porém, os municípios com maior número de habitantes que, normalmente, são também os que contam com maiores recursos de serviços de saúde.

O encaminhamento dos pacientes foi, com maior frequência, de serviços públicos (4.055), quando comparados com os procedentes de serviços privados (2.149).

O diagnóstico tem base microscópica em 7.036 casos (92%), contra apenas 186 sem microscopia (2%); não houve especificação em 6% dos casos. No período 1992-1996, 55,3% das neoplasias chegaram no ICC com tratamento prévio, em sua grande maioria cirurgia exclusiva (67,4%). A participação da cirurgia nos tratamentos prévios, isolada ou combinada com outro tipo de tratamento, se dá em 78,8% dos tumores que chegam ao ICC já tratados (Tabela 1).

Dentre os casos atendidos, 37,6% foram estadiados ao início do tratamento. Pode ser observada uma tendência ao aumento do percentual de tumores com estadiamento. Dentre os casos estadiados, a maioria (62,0%) foi de casos considerados avançados,

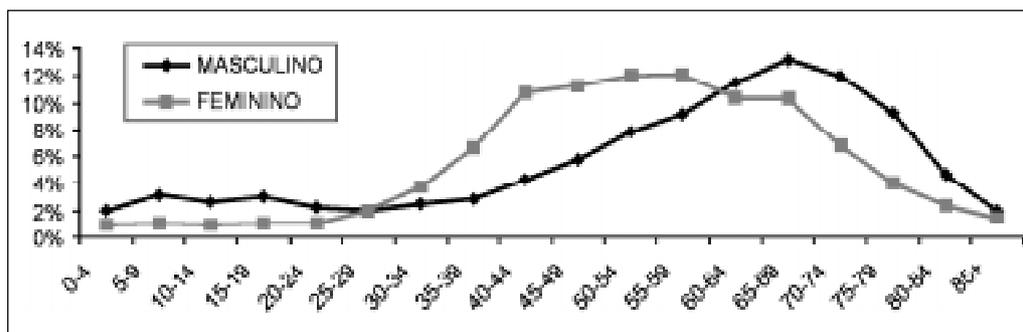


Gráfico 1 - Distribuição das neoplasias, segundo faixa etária e sexo - ICC, 1992/96

Tabela 1 - Distribuição das Neoplasias Malignas, segundo situação sobre diagnóstico e tratamento no momento da abordagem inicial - ICC, 1992/96

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRÉVIO	1992		1993		1994		1995		1996	
	Freq	%								
Sem diagnóstico, sem tratamento	153	10,6	194	13,2	193	13,0	265	16,0	127	7,7
Com diagnóstico, sem tratamento	546	37,9	525	35,6	494	33,2	503	30,3	567	34,3
Com diagnóstico, com tratamento	684	47,5	706	47,9	787	52,8	878	52,9	948	57,4
Não informado	56	3,9	50	3,4	16	1,1	14	0,8	11	0,7
TOTAL	1.439	100,0	1.475	100,0	1.490	100,0	1.660	100,0	1.654	100,0

ou seja, estádios III ou IV (Tabela 2). Dentre os tumores que chegaram sem tratamento prévio, observa-se um aumento do percentual de tumores estadiados.

As localizações tumorais mais freqüentemente tratadas no ICC foram, no período, a mama feminina, com 1.788 casos ou 23,2% das neoplasias tratadas na instituição, neste período e os tumores de colo do útero, com 1.588 casos, com 20,6%. As duas localizações somam 43,8% de todos os tumores tratados no ICC, no quinquênio. As dez localizações mais freqüentes corresponderam a 5.996 tumores ou 77,7% do total de neoplasias tratadas na instituição no período. As duas localizações principais, mama feminina e colo do útero, com 43,8% de todos os casos atendidos na unidade, correspondem a neoplasias do sexo feminino o que é coerente com o fato de que, sistematicamente, as mulheres representam 2/3 dos pacientes atendidos na instituição.

No sexo masculino, o tumor mais comumente tratado é o de próstata com 18,2% dos casos, seguido pelo de pulmão com 13,1%. Comparando com a distribuição das localizações mais freqüentes em mulheres pode ser observado que a mesma é mais heterogênea no grupo dos homens, ou seja, apesar do destaque dos tumores mencionados, a freqüência dos mesmos não é tão grande e diferente dos outros, como acontece no grupo das mulheres.

Como já foi observado, no grupo feminino há dois tumores que predominam de forma importante sobre os outros. As neoplasias de

mama e colo do útero correspondem a 65,3% de todos os tumores em mulheres (Tabela 3).

O tipo de tratamento mais freqüentemente aplicado foi a radioterapia exclusiva (49,5%), seguido pela quimioterapia exclusiva (16,2%). Isto se deve, em parte, ao tipo de tumores tratados prioritariamente no serviço, especialmente em função do peso do câncer de colo uterino, com tratamento quase que exclusivamente radioterápico, sendo também consequência da própria história do ICC, considerando que o serviço de radioterapia foi o início de tudo, a ele se agregando os demais, que ganharam força lentamente. Desde o ano de 1993, observa-se uma tendência de queda constante da participação da radioterapia exclusiva, aumentando a procura dos serviços da quimioterapia e da hormonioterapia exclusivas, bem assim o peso dos tratamentos combinados (Gráfico 3).

Analisando a evolução, segundo faixas etárias específicas, observa-se uma tendência à diminuição do número de crianças (menores de 15 anos), com percentuais cada vez menores em relação ao número total de pacientes. Assim, em 1992, os menores de 15 anos eram 5,8% dos pacientes atendidos no ICC; esse percentual, em 1996, caiu para 3,9%, com diminuição também nos números absolutos. Esta queda, tanto em números absolutos quanto em freqüências relativas, deu-se mais no sexo masculino. Outra característica desta faixa etária é que também diminuiu a variedade dos tratamentos aplicados na instituição, restringindo-se, na atualidade, a oferta de tratamento para esta

Tabela 2 - Distribuição das Neoplasias Malignas, segundo estadiamento e ano ICC, 1992/96

ESTADIAMENTO	1992		1993		1994		1995		1996	
	Freq	%								
I	45	9,8	28	6,7	52	9,2	75	9,9	45	6,4
II	160	34,7	124	29,7	155	27,5	206	27,2	216	30,6
III	176	38,2	166	39,8	209	37,1	277	36,5	242	34,3
IV	80	17,3	99	23,7	148	26,2	200	26,4	202	28,7
SUBTOTAL (SIM)	461	32,1	417	28,3	564	37,9	758	45,7	705	42,6
NÃO	978	67,9	1058	71,7	926	62,1	902	54,3	949	57,4
TOTAL	1.439	100,0	1.475	100,0	1.490	100,0	1.660	100,0	1.654	100,0

Tabela 3 - Principais localizações tumorais, ambos os sexos - ICC, 1992/96

CID-O	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	Freq.	%
174-175	Mama	1.788	23,2
180	Colo do útero	1.588	20,6
162	Traquéia, brônquios e pulmão	470	6,1
185	Próstata	467	6,0
153-154	Cólon e reto	333	4,3
196	Linfonodos	329	4,3
140-145	Cavidade oral	292	3,8
183	Ovário	277	3,6
173	Pele	244	3,2
169	Sist. hematopoiético e reticuloendotelial	208	2,7
	Outros	1.792	23,2
	<b>TOTAL</b>	<b>7.718</b>	<b>100,0</b>

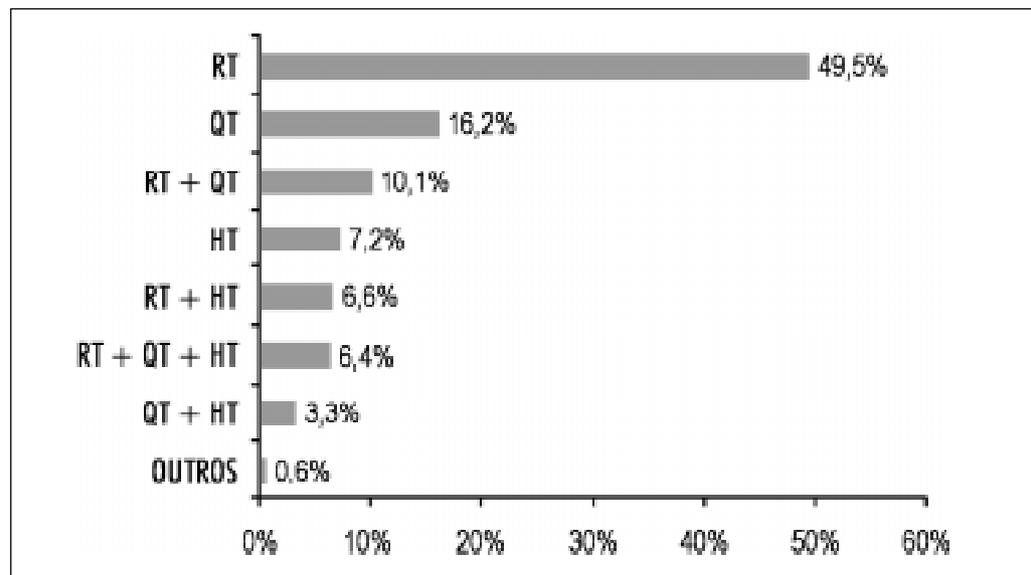


Gráfico 2- Distribuição dos tratamentos das neoplasias malignas - ICC, 1992/96

faixa etária quase exclusivamente à radioterapia. Em 1992, a radioterapia exclusiva cobria 76,9% dos tratamentos realizados no ICC, pelos menores de 15 anos; já em 1996 ela responde por 93,8% da oferta do ICC para essa faixa etária, sendo a variedade dos tumores coberta em 44,6% por diferentes tipos de leucemias, 20,0% por tumores encefálicos e 18,5% por tumores linfáticos.

Uma realidade diferente é a das pessoas idosas (60 anos ou mais), que vêm tendo uma

proporção cada vez maior na clientela do ICC. Este aumento verifica-se desde 1992 e é estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Em 1992 eram 557 pacientes maiores de 60 anos contra 711 em 1996. Isto se explica, em parte, pelo aumento de certos tipos de neoplasias como próstata, característico de pessoas com idade avançada. Os tumores mais frequentemente apresentados pela população idosa que comparece ao ICC são os de mama (19,0%), próstata (16,2%), colo do útero

(12,2%) e pulmão (7,7%), segundo dados de 1996, admitida a correspondência com os mais frequentemente tratados na instituição.

É importante destacar que em quase 30% dos casos não se tem nenhuma informação sobre a situação do tumor após o tratamento; verifica-se um percentual elevado (27%) de abandonos durante o tratamento. A falta de acesso a meios diagnósticos imprescindíveis para uma avaliação crítica da situação da doença antes, durante e após o tratamento, pode ser um dos motivos para a falta de informação e coloca em dúvida também os outros resultados.

## Discussão

A demanda apresentou um crescimento constante neste período, onde a maioria dos registros correspondeu ao sexo feminino, com 66,7% dos casos (5.151 tumores), contra 33,3% (2.567 tumores) para os homens. Esta percentagem manteve-se constante durante os cinco anos. O fato pode se dar em razão de a maioria dos tumores tratados no ICC corresponder a colo do útero (exclusivo) e mama, localizações quase exclusivamente femininas, com raras ocorrências no homem, como caso da mama. Os dois tipos correspondem aos tumores mais freqüentes em mulheres no Brasil e, especificamente no Nordeste, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA).<sup>8</sup> Os tumores mais comuns em homens (pulmão, próstata e estômago) têm tratamento predominantemente cirúrgico, modalidade terapêutica que não estava entre as ofertadas pela instituição. Quando comparados com os resultados de outras instituições que contam com Registro Hospitalar de Câncer, com perfis de oferta de serviços mais completa, observa-se que a diferença entre os sexos não é tão importante. Tanto assim que no Hospital AC Camargo de São Paulo, a proporção de casos é de 46,5% para o sexo masculino e 53,5% para o feminino<sup>9</sup>; em Florianópolis, no Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), a relação foi de 48,5% para o sexo masculino e 51,4% para o feminino; em Goiânia, no Hospital Araújo Jorge, os dados são mais parecidos com os do ICC, com 40,6% de homens e 59,4% de mulheres<sup>11</sup>.

Um hospital nordestino, o Aristides Maltez, de Salvador, apesar de oferecer cirurgia, apresenta uma proporção de casos semelhante à do ICC, com 36,4% de homens e 63,6% de mulheres<sup>12</sup>. Desta forma, o fato de os tumores de mama e colo do útero serem os mais comuns no Nordeste pode influenciar nessa demanda por parte das mulheres, sendo uma justificativa mais real do que a oferta de serviços da instituição.

Pode ser observada, nos resultados da pesquisa, uma diferença na distribuição da idade entre os dois sexos, apresentando-se as mulheres com idade inferior a dos homens. Com efeito, a média de idade dos homens é de 55,2 anos e a das mulheres é de 52,8; (na mediana, menos afetada pelos valores extremos, os homens têm 60,0 e as mulheres 50,0 anos). Esta diferença fica explicada porque os tumores mais freqüentemente tratados em mulheres (colo do útero e mama) são mais comuns em mulheres novas ou de média idade, enquanto que os mais comumente tratados nos homens (próstata e pulmão) são mais freqüentes em homens de meia idade e idosos. É interessante observar que, enquanto as idades média e mediana das mulheres mantiveram-se quase constantes, nos homens elas foram aumentando de forma constante, ano a ano. O principal fator envolvido foi o aumento também contínuo do número de tumores de próstata, tratados a cada ano.

Somando 58,4% dos casos, as profissões mais declaradas pelos pacientes do ICC foram as de doméstica, aposentado/a e agricultor. A categoria "aposentado" não deveria ser considerada como profissão pois é muito heterogênea, e pode incluir desde um motorista até um agente administrativo, dentre outros. A coleta deste tipo de informação sempre foi deficiente no ICC, especialmente devido à falta de treinamento dos funcionários responsáveis pelo cadastro dos pacientes.

Por essas informações, pode ser percebido que os pacientes do ICC, em sua grande maioria, são de um nível sócio-econômico baixo. Essa constatação pode ter uma influência durante o curso do tratamento. Pacientes com menos recursos, baixo nível educacional, com condições de vida precárias, menor conhecimento e controle sobre os fatores contribuintes ao desenvolvimento da doença,

desconhecimento da importância de alguns sintomas, freqüentemente convencidos da irreversibilidade da doença fazem com que a procura do atendimento seja, a maior parte das vezes, tardia. Somando-se a isso a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, o certo é que, quando conseguem chegar até um serviço, com freqüência já seja em um estágio bem avançado da doença. Nessa circunstância, os procedimentos a que serão submetidos, muito agressivos por sinal, comprometem sua qualidade de vida, além do que o seu prognóstico é definitivamente prejudicado. A continuidade do próprio tratamento também é abalada, às vezes, pela dificuldade de transporte até a instituição, favorecendo uma alta taxa de abandono.

Esta situação não é própria do Ceará e do Brasil. Nos Estados Unidos, segundo a Sociedade Americana de Câncer<sup>13</sup>, para os cânceres diagnosticados entre 1989 e 1993, a sobrevivência de cinco anos, para todas as localizações foi de 60%, para os brancos, e de 44%, para os negros. A maior parte desta diferença é atribuída ao fato de que estes são diagnosticados em estádios mais tardios. Muitos cânceres, incluindo os de pulmão, próstata, cólon e reto, mama feminina, são diagnosticados em estágio muito avançado, com maior freqüência, em brancos do que em negros. Para a maioria dos brancos existem testes de rastreamento disponíveis, e a detecção precoce e o tratamento mais precoce pode aumentar a sobrevivência. O comportamento em relação ao rastreamento varia entre grupos étnicos e raciais. Valores culturais e sistemas de crenças podem afetar as atitudes sobre o rastreamento ou os cuidados médicos. Fatores, como a falta de um seguro de saúde ou transporte, podem impedir o acesso ao atendimento de saúde e podem levar a um diagnóstico tardio e a uma sobrevivência menor.

Esta é uma visão do que acontece nos EUA com as chamadas minorias. Considerando que no Ceará, o grupo social que carece, em geral, de informações sobre a doença e sobre a sua reversibilidade, assim como de acesso, tanto a uma vida saudável quanto aos serviços de saúde é maioria, é bom pensar no impacto que isto tem em mortes prematuras, invalidez, aumento da envergadura das intervenções terapêuticas, ou seja, no custo social e

econômico para essa população que, até o presente, foi a clientela prioritária do ICC. Num recente estudo sobre a mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995, foi evidenciada uma tendência ao declínio da mortalidade nesta capital, sobretudo da mortalidade por causas evitáveis. Algumas exceções nessa tendência geral foram a mortalidade no grupo de doenças evitáveis por diagnóstico e tratamento médico precoces, especialmente o câncer, e o grupo de mortes violentas.

Os casos de câncer encaminhados à instituição foram, com maior freqüência, por serviços públicos (52%), mas pode ser percebida uma tendência à mudança. A relação entre o serviço público e o privado vem mudando ao longo dos últimos anos, passando de uma predominância nítida dos encaminhamentos do setor público para um equilíbrio entre os dois. Ainda em alguns tipos de neoplasia, a predominância é claramente do setor privado, como no caso dos tumores de próstata, onde 55,3% dos pacientes são encaminhados por instituições privadas, contra 33,7% de públicas.

O local de residência mais freqüentemente citado pelos pacientes foi Fortaleza, com 54%; sendo, 43% procedentes do interior do Ceará e 3% de outros estados. Este dado deve ser olhado com desconfiança, vez que foram observados alguns erros no processo de coleta. Se, por um lado, os pacientes têm tendência a declarar endereços de parentes ou amigos em Fortaleza, com medo de perder o atendimento, por outro lado, os funcionários responsáveis pela coleta não foram treinados de forma a garantir a qualidade da informação por eles coletada. Suspeita-se que parte dos pacientes cadastrados como residentes em Fortaleza proceda realmente do interior do estado.

A oferta de tratamento do ICC se fazia limitada, contando apenas com um Serviço de Prevenção, onde, além das ações de prevenção, eram realizadas pequenas cirurgias e alguns procedimentos diagnósticos simples; Serviço de Radioterapia e Serviço de Oncologia Clínica. Isto fazia com que muitos pacientes (55,3%) chegassem à instituição já tratados, para receberem tratamentos complementares.

Dentre os casos atendidos, 37,6% foram

estadiados ao início do tratamento. Esta proporção pode parecer baixa, mas é uma média em um processo de mudança, com uma tendência clara ao aumento da proporção de casos com estadiamento que se evidencia desde o ano de 1992. A diferença na proporção de casos com estadiamento, nos anos 1992/96, é estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), evidenciando uma tendência ao aumento de casos com estadiamento prévio ao início do tratamento.

Uma das dificuldades em relação ao estadiamento é o fato de que a maioria das neoplasias chega com tratamento prévio, ou seja, a situação e as principais referências para o mesmo nem estão mais presentes. O fato de que, com muita frequência, esse tratamento não seja feito em instituições especializadas, nem por oncologistas, faz com que muitos deles também não tenham estadiamento prévio ao primeiro tratamento e, em outros casos, que este não seja confiável.

Outra dificuldade importante relaciona-se, parcialmente, com o estrato sócio-econômico dos pacientes e com a disponibilidade de serviços de saúde. Alguns tumores permitem o estadiamento clínico que, se bem não seja completo, o que seria ideal, reflete a realidade do caso. Em outros casos, não é possível prescindir de exames, como raio X de tórax, ultrassom abdominal, que, mesmo não sendo muito sofisticados, são quase inacessíveis para os nossos pacientes, pela demora para a sua realização, não são feitos em tempo hábil, para não retardar o tratamento de forma a comprometer o prognóstico do mesmo.

Comparando com dados de outros registros hospitalares, pode-se observar que o percentual de casos sem estadiamento é predominante na maioria deles. No Hospital Aristides Maltez, é de 55,1%; em Goiânia, Hospital Araújo Jorge, em dados de 1986 a 1991, havia 68,5% de casos sem estadiamento<sup>11</sup>; no CEPON de Florianópolis, em relação a dados de 1996, observa-se uma proporção de 49% de casos não estadiados<sup>10</sup>; os melhores resultados procedem do Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, com 32,3% de casos. Cabe destacar que, em todos os casos, estão aqui incluídos os casos com tratamento prévio. Estes dados mostram que

esse tipo de dificuldade é comum em todo o país e vai além, se se considerar a observação de Parkin sobre Registros de Câncer em países em desenvolvimento, que aponta nestes países, a falta de meios e tecnologia para o diagnóstico e o tratamento de pacientes com câncer como fator impeditivo para o acurado registro de câncer nos hospitais<sup>15</sup>.

Dentre os casos estadiados, a maioria (62,0%) foi de casos considerados avançados, ou seja, estádios III ou IV, o que indica a existência de problemas de acesso à detecção precoce e à prevenção. Essa problemática pode ser devida à falta de acesso ao serviço de saúde como um todo, à falta de capacitação dos profissionais de saúde, que não estariam conseguindo detectar ou reconhecer sinais precoces da doença, nem realizar, com competência, a prevenção e, finalmente, à falta de conhecimento da população, evidenciada pela falta de cuidado e não procura de atenção diante dos primeiros sinais, bem como na existência de tabus e crenças sobre a irreversibilidade da doença. Esta situação também é semelhante em outros registros.

A frequência relativa dos tumores vem se mantendo constante na maioria, não havendo variações significativas nos percentuais de tumores de mama, pulmão, ovário, corpo do útero, linfáticos, e cavidade oral, dentre outros. Houve sim, uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) na frequência de atendimento a tumores de colo do útero, com uma diminuição do número de atendimentos a estas neoplasias e, ao contrário, um aumento (estatisticamente não significativo) do número de atendimentos a neoplasias de próstata, que passaram de um percentual de 4,6%, em 1992, para 7,5% dos atendimentos do ICC, em 1996. Percebe-se que a partir do ano 1993 e até 1996, tem havido também uma tendência (significativa) ao aumento de atendimentos de tumores de reto, que passaram de 3,2%, em 1993, para 6,8% em 1996. É difícil interpretar estas mudanças sem contar com dados relativos a outros serviços de tratamento de câncer no Estado, pois é possível que as incidências desses tumores estejam mudando ou, simplesmente, que os pacientes estejam mudando ou, sendo encaminhados com maior frequência ao ICC, ao contrário do

que possa estar acontecendo com as pacientes de colo do útero.

O tipo de tratamento mais frequentemente realizado no ICC foi a radioterapia. Nesse período, 5.603 tumores foram tratados com radioterapia, exclusiva ou combinada com outro tipo de terapia, em algum momento do processo de tratamento. Isto indica que a radioterapia teve participação em 72,6% de todos os procedimentos terapêuticos levados a cabo nos pacientes novos desses anos. Salienta-se que 3.802 pacientes, praticamente a metade (45,5%) dos pacientes registrados entre 1992 e 1996, receberam tratamento exclusivamente radioterápico. No entanto, analisando a evolução nos últimos anos, pode-se observar que, apesar de o peso da radioterapia, no conjunto de tratamentos (exclusivos ou conjugados) utilizados no ICC, manter-se constante, oscilando ao redor de 73%, o peso da conduta exclusivamente radioterápica vem caindo de forma constante e significativa ( $p < 0,001$ ), revelando a opção cada vez mais freqüente por tratamentos combinados, o que é uma tendência universal. Em consequência, cabe destacar a importância crescente da hormonioterapia entre os procedimentos oferecidos pela instituição. Em 1992, ela participava de 22,7% dos procedimentos e, em 1996, o percentual de participação estava já em 25,8%, com um aumento constante e estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). A quimioterapia também vem apresentando um aumento significativo ( $p < 0,001$ ) de participação (33,6% em 1992 e 41,0% em 1996) no conjunto de procedimentos, apesar de diminuir de forma constante o peso como terapia exclusiva.

Baseado nessas informações vê-se que, nesse período, houve um efetivo aumento na demanda de atendimento no ICC. Os pacientes foram predominantemente mulheres jovens e de meia idade com neoplasias de mama e colo do útero. Entre os homens, os tumores mais comuns foram os de próstata e pulmão. Cabe destacar um declínio na freqüência de atendimento a câncer de colo do útero e um expressivo aumento dos casos de câncer de próstata. Assim, o grupo de pacientes de idade avançada, teve um acréscimo considerável.

Existe uma inquestionável predominância de pacientes de baixa renda. Porém verificou-

se um aumento progressivo do percentual de pacientes com encaminhamento de entidades privadas, algumas também filantrópicas. A necessidade de treinamento sobre coleta de dados cadastrais ficou evidenciada pela baixa qualidade de algumas informações, como profissão e procedência do paciente.

O percentual de neoplasias em estágio avançado é muito importante mostrando deficiências nos serviços de prevenção e detecção precoce.

No atendimento, é de destacar o percentual cada vez mais elevado de tumores com estadiamento feito ao início do tratamento e a tendência à maior utilização de tratamentos combinados. Também evidencia-se a necessidade de melhorar as informações referentes ao estado da doença ao final do tratamento e a necessidade de implementar, na rotina do registro, o seguimento dos pacientes, com a finalidade de obter dados que permitam a avaliação dos resultados da terapêutica aplicada pela instituição a longo prazo.

Nesta análise retrospectiva de cinco anos, observou-se a importância da manutenção de uma equipe treinada e dedicada exclusivamente ao registro para a produção de dados de qualidade. Durante o ano 1996, por exemplo, quando estavam sendo coletados os dados relativos ao ano 1994, um grupo de estudantes participou da coleta de dados. Ficou evidenciado que os dados desse ano tiveram discordâncias importantes em relação aos outros. O profissional que exerce essa função de coleta de dados deve ter conhecimentos sobre anatomia, histologia e terapêutica básica, para poder identificar e diferenciar entre os tipos de tratamento, estadiamento, codificação, entre outros. Não é uma tarefa fácil, rotineira que qualquer profissional possa executar, daí ser imprescindível contar com um treinamento adequado e atualização constante.

## Conclusão

Nestes cinco anos de trabalho, o RHC/ICC coletou, processou e analisou dados sobre os pacientes atendidos na instituição, que permitiram uma melhor caracterização da sua clientela e auxiliaram no processo de

planejamento. Pelas características especiais da unidade, não foi possível se aprofundar num dos objetivos básicos de um RHC, a avaliação da qualidade do tratamento dado na entidade. Pode-se considerar que, após esses anos de experiência, o RHC/ICC poderá ser mantido melhor atualizado respondendo aos desafios da sua manutenção, visando cumprir suas funções de informação para o sistema de saúde do estado e do país.

### Referências Bibliográficas

1. SHANMUGARATNAM, K. Introdução. In: JENSEN, O.M.; PARKIN, D.M.; MACLENNAN, R.; MUIR, C.S.; SKEET, R.G. Cancer registration principles and methods. Lyon, IARC, 1991. (Publicações Científicas da IARC, nº. 95) 1995; 304p. Cap. 1, p1-2
2. JENSEN, O.M.; STORM, H.H. Finalidades e usos do Registro de Câncer. In: JENSEN, O.M.; PARKIN, D.M.; MACLENNAN, R.; MUIR, C.S.; SKEET, R.G. Cancer registration principles and methods. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991. (Publicações Científicas da IARC, nº. 95) 1995; 304p. Cap. 3, p7-22
3. YOUNG, J. L. O Registro de Câncer de Base Hospitalar. in: JENSEN, OM PARKIN, D.M MACLENNAN, R. MUIR, C.S SKEET, R.G Cancer registration principles and methods. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991. (Publicações Científicas da IARC, nº. 95) 1995; 304p. Cap. 13, p185-191
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instruções para o preenchimento das fichas de Registro Hospitalar. Rio de Janeiro. Pro-Onco, 1993; 16p.
5. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. DATAPREV. Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 1989; /s.l./119 p
6. PERCY, C. VAN HOLTEN, V. MUIR, C. (Eds.) CID - O - Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. 2. Ed. São Paulo. Universidade de São Paulo/Fundação Oncocentro de São Paulo. 1996; 168p.
7. UICC. TNM – Classificação de tumores malignos. 5. Ed. Rio de Janeiro. INCA / Pro-Onco. 1998; 235p
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 1998. Rio de Janeiro. INCA/Pro-Onco, 1998; 18p.
9. HAMADA, G.S NISHIMOTO, I. N TORLONI, H (Eds.) Registro hospitalar de câncer. Estatística de 1994. Rio de Janeiro: Fundação Antônio Prudente - Hospital A C. Camargo, 1996; 53p. [Monografias de Registro Hospitalar de Câncer - Hospital A C. Camargo, vol. 1]
10. TEIXEIRA, A. M. B LEBARBENCHON, R GARCIA, R.N DELFINO, T. S (Eds.) Registro hospitalar de câncer. 1996. Florianópolis. Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina – CEPON, 1998; 47p
11. CARNEIRO, A B CABRAL, C. F (Eds.) Registro hospitalar de câncer: dados referentes ao período de 1986 - 1991. Goiânia: Associação de Combate ao Câncer em Goiás; Hospital Araújo Jorge. 1997; 49p
12. SILVA, E.S REBELO, M.S SOUSA, A F ABIB, A R SANTOS D. N (Eds.) Registro hospitalar de câncer: dados do Hospital Aristides Maltez. 1990. Rio de Janeiro: INCA-Pro-Onco, 1995; 40p
13. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts and figures - 1998. Atlanta: 1998; 36p
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 1998; Rio de Janeiro. INCA/Pro-Onco, 1998, 18p
15. PARKIN, D.M. SANGHVI, L.D. O Registro de câncer em países em desenvolvimento. In: JENSEN, OM PARKIN, D.M MACLENNAN, R. MUIR, C.S SKEET, R.G Cancer registration principles and methods. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991. (Publ. Cient. da IARC, nº. 95) 1995; 304p. Cap. 14, p193-205