

A Informação sobre a Ocupação do Paciente nos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil

Information about the Patient's Occupation on Hospital-Based Cancer Records in Brazil

Información sobre la Ocupación del Paciente en los Registros Hospitalarios de Cáncer en Brasil

Paulo Antonio de Paiva Rebelo¹

Resumo

Introdução: A associação entre a ocorrência de casos de câncer e a exposição ocupacional é conhecida há vários séculos. Apesar disto, a informação sobre o local e condições de trabalho é escassa nos prontuários de saúde. **Objetivo:** Avaliar a existência, frequência e qualidade da informação sobre a ocupação do paciente com neoplasia maligna, a partir dos dados coletados pelos Registros Hospitalares de Câncer. **Método:** Foi realizado estudo observacional e descritivo, a partir dos 1.138.951 casos da base de dados do IntegradorRHC, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), diagnosticados de 1998 a 2011, dos quais foram excluídos os casos sem informação, restando 575.333 casos (50,5%). Foram selecionadas topografias específicas, e avaliada a frequência das ocupações em cada uma delas. **Resultados:** Os dados evidenciaram preponderância de algumas ocupações e distribuição não uniforme nas diferentes topografias selecionadas, sugerindo que a distribuição das ocupações varia em função da topografia do tumor. **Conclusão:** Em função da limitação dos dados, fica evidente a necessidade de motivar o profissional de saúde para coletar a informação de modo adequado e da realização de novos estudos com ajuste pela distribuição das ocupações na população geral e controlando vieses que podem ter interferido na frequência relativa do número de casos da base de dados dos Registros Hospitalares de Câncer.

Palavras-chave: Neoplasias/etiologia; Exposição Ocupacional; Estudo Observacional; Registros Hospitalares

¹ Médico. PhD em Toxicologia Clínica e Análises Toxicológicas. Coordenador do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (HCI/INCA/MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* prebelo@inca.gov.br.
Endereço para correspondência: Paulo Antonio de Paiva Rebelo. Praça Cruz Vermelha, 23 - 3º andar, Anexo F. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20.230-130. *E-mail:* prebelo@inca.gov.br.

INTRODUÇÃO

Associação entre a ocupação e a ocorrência de câncer é conhecida desde 1775, quando Sir Percival Pott, na Inglaterra, estabeleceu a correlação entre a exposição à fuligem e a ocorrência de câncer de bolsa escrotal nos limpadores de chaminé¹, que, em decorrência do baixo nível de higiene, mantinham a sujeira do interior das chaminés e lareiras em contato com a pele, por longos períodos. Esse foi o primeiro registro que se tem notícia de câncer ocupacional.

No século seguinte, foram constatadas outras associações, principalmente referentes ao câncer de pele: exposição a arsênio (Paris em 1822); à cera e carvão (Volkman em 1875); ao alcatrão de carvão (Volkman em 1876); ao óleo de corte (Bell em 1876); radiação ultravioleta (Unna em 1894) e Cresoto (Mackenzie em 1898). Também foram relatadas associações em outras topografias, como radiação ionizante e câncer de pulmão (Harting e Hesse em 1879); aminas aromáticas e câncer de bexiga (Rehn em 1895). No século XX, novas constatações para câncer de pele e exposição a raios-X (Frieben em 1906); óleo lubrificante (Wilson em 1910); antraceno cru (Leymann em 1917) e salpeter (Prunes em 1926). Outras topografias foram: produtos cromados e pulmão (Pfeil em 1911); rádio e ossos (Martland em 1929); níquel e pulmão e seios nasais (Grenfell em 1932); asbesto e pulmão (Lynch e Smith em 1935) e álcool isopropílico e seios nasais (Weil et al. em 1952)¹.

Sir Richard Doll e Richard Peto publicaram em 1981 um artigo que se tornou referência em cancerologia², ao estabelecer a correlação de 30% dos cânceres com a exposição ao tabaco e apontar que a estimativa da proporção de mortes por câncer atribuíveis a fatores ocupacionais era de 4%, sendo a maior contribuição devida aos casos de câncer de pulmão.

Após a publicação das estimativas de Doll e Peto, outros trabalhos foram realizados na tentativa de atualizar os valores referentes à fração atribuível à exposição ocupacional ao câncer. Contudo, essas estimativas são propensas a incertezas e limitações e as estimativas estabelecidas há mais de 20 anos por Doll e Peto ainda são consideradas válidas.

A Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC) tem publicado fascículos sobre câncer, nos quais tem apontado algumas exposições ocupacionais como carcinogênicas, em especial, a exposição a agentes químicos (isolados ou em misturas), à radiação solar, à sílica cristalina, à exaustão de motores diesel, às substâncias radioativas e à poeira de madeira³.

Apesar dessas evidências, o número de estudos realizados, no Brasil, é muito reduzido e evidenciaram que a informação sobre a história ocupacional dos pacientes é precária, o que se acredita pode resultar na subestimativa da ocorrência de casos de câncer ocupacional.

Entre as principais causas, estão a carência de informações sobre exposição de trabalhadores aos riscos carcinogênicos e o pequeno número de estudos epidemiológicos. Isso talvez seja decorrência da constatação de que a despeito desses dados serem fundamentais para a adoção de medidas preventivas não interferem diretamente no diagnóstico, terapêutica e prognóstico dos casos de câncer, se sua origem é ou não ocupacional.

Para a maioria dos profissionais de saúde, não está clara a diferença entre profissão (que diz respeito ao emprego que requer conhecimentos especiais e preparação específica); a função (que é a atribuição ou a denominação no plano de cargo); e a atividade (que por sua própria natureza, condição ou métodos de trabalho pode expor os trabalhadores a agentes físicos, químicos ou biológicos nocivos), assim muitas vezes é coletada a informação referente à formação profissional e não sobre as características do trabalho ou das circunstâncias nas quais o trabalho é realizado.

O uso de denominações ou grupamentos genéricos, também dificulta associação. A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é estruturada em um conjunto de códigos e títulos hierarquizado, composta por: 10 grandes grupos; 47 subgrupos principais; 192 subgrupos; 596 grupos de base ou famílias ocupacionais, em que se agrupam 2.422 ocupações e aproximadamente 7.258 títulos sinônimos. Assim, utilizar os grandes grupos será pouco útil, entretanto, para que seja mais bem especificado, demandará maior dedicação e conhecimento.

A associação entre determinadas exposições a agentes carcinogênicos e atividades ocupacionais também não está amplamente difundida fora dos ciclos de especialistas, o que faz com que essa informação seja insuficientemente valorizada.

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a existência, a frequência e a qualidade da informação sobre a ocupação do paciente com neoplasia maligna, a partir dos dados coletados pelos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no total de pacientes cadastrados e em topografias específicas.

MÉTODO

Foi realizado estudo observacional e descritivo, a partir dos dados disponíveis na base de dados do Integrador RHC, sistema Web desenvolvido e gerenciado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para consolidação de dados provenientes dos RHC de todo o Brasil, disponível para consulta pública na página eletrônica do INCA (<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>).

Os dados foram selecionados a partir do próprio programa, que possibilita a seleção, cruzamento de informações, apresentação em tabelas e sua exportação. A

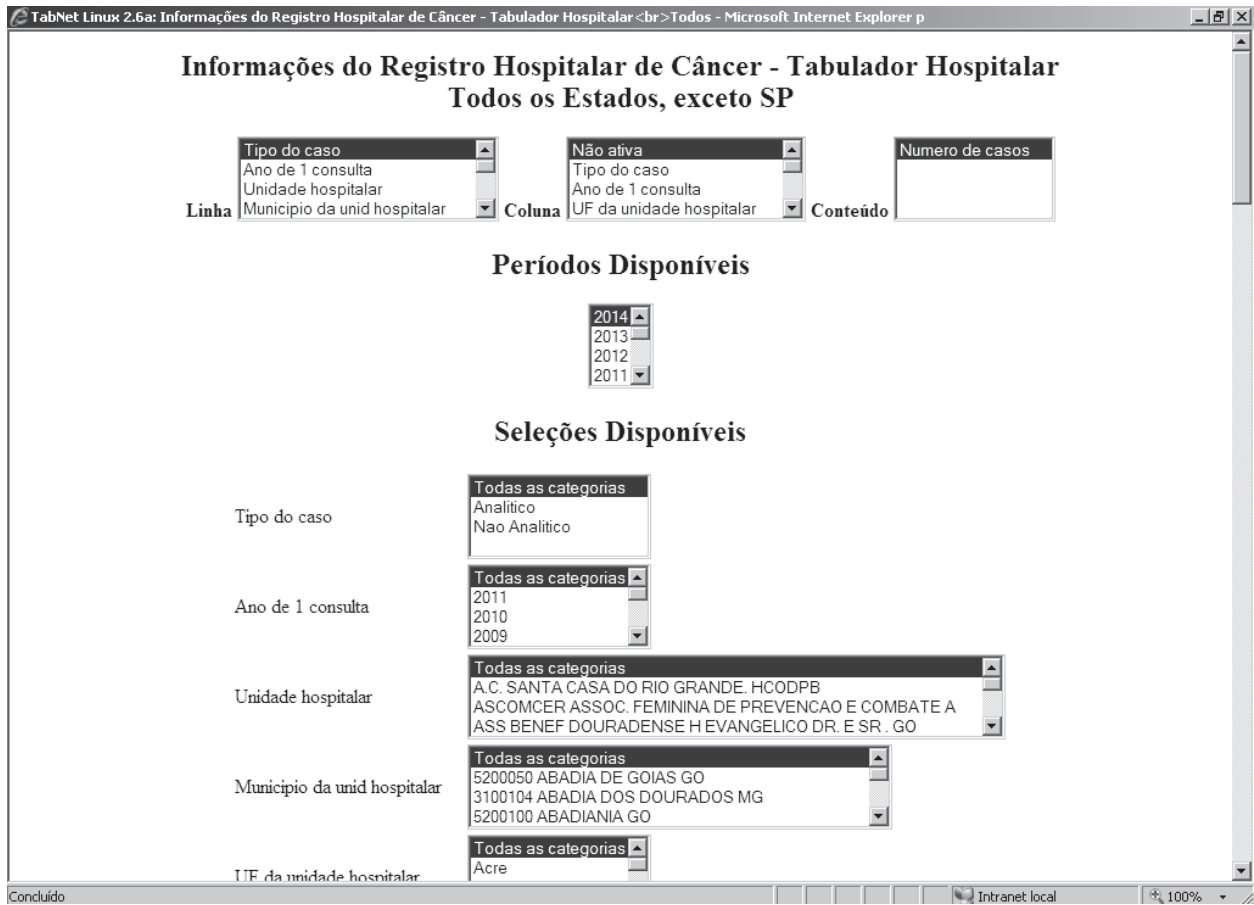


Figura 1. Tela de consultas ao banco de dados do SisRHC

seleção dos casos foi feita com base nas variáveis ocupação e localização do tumor primário, que fazem parte da base de dados. O período selecionado foi de 13 anos (compreendido entre 1998 e 2011), totalizando 1.138.951 casos de câncer diagnosticados, no período, nos hospitais que enviam suas bases de dados consolidadas ao Integrador SisRHC, oriundas de todos os Estados brasileiros, com exceção de São Paulo (que utiliza outro sistema de armazenamento e processamento eletrônico de dados).

Foram excluídos 192.569 casos por não haver a informação sobre a ocupação, 282.109 casos (24,8%) de trabalhadores informais e outros tipos de trabalho para os quais não foi possível classificar o tipo de atividade do paciente e 88.940 casos (7,8%) de tumores pediátricos e em pessoas consideradas como incapazes. Assim, foram selecionados para o estudo 575.333 casos de câncer (50,5%), no período estudado, entre os quais havia registro referente à ocupação do paciente nas bases dos RHC do Brasil.

A ficha de coleta de dados dos RHC, no Brasil, abrange um conjunto padronizado de informações sobre os casos de câncer atendidos nessas instituições, do qual faz parte o dado referente à ocupação preponderante (e não

necessariamente aquela exercida no momento da coleta)⁴, codificada com base na CBO, no nível de agregação de três dígitos, conforme utilizado no Censo Populacional de 1980, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A localização do tumor é classificada de acordo com os códigos topográficos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – Terceira edição (CID-O/3), da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴.

Os dados foram posteriormente selecionados por topografia específica, em função da existência de evidência de que nessas localizações há uma associação com exposição ocupacional¹. As ocupações foram agrupadas por similaridade e analisadas as frequências absolutas e relativas por ocupação, em cada topografia selecionada.

O trabalho não esgota a potencialidade dos dados, nem explora todas as associações entre câncer e ocupação já conhecida. É exemplificativo para demonstrar a importância do tema e a necessidade de realização de novos estudos.

RESULTADOS

Foram identificadas 266 diferentes categorias de ocupação na amostra, algumas delas aparecem com maior

frequência, tais como: trabalhadores domésticos (10,7% dos casos), os profissionais do comércio (4,2%), os condutores de veículos (4,1%) e os pedreiros e estucadores (3,4%). Se agruparmos as categorias de trabalhadores agropecuários (24,2%), os trabalhadores de domicílios, serventia e assemelhados (23%), e os professores (4,5%), também encontramos grande frequência.

Por outro lado, nas profissões que, em geral são apontadas como mais expostas a agentes carcinogênicos, encontram-se baixas frequências, como os diferentes profissionais de química e de física (0,1%) e os trabalhadores com madeira (0,5%).

A seguir, são apresentadas as análises da variável ocupação em topografias selecionadas.

Cânceres nos Seios da Face

Foram selecionados 2.974 casos de câncer, nas topografias correspondentes aos seios da face (C30.0 - cavidade nasal; C31.0 - seio maxilar; C31.1 - seio etmoidal; C31.2 - seio frontal; C31.3 - seio esfenoidal; C31.8 - lesão sobreposta dos seios da face; e C31.9 - seio da face, sem outras especificações (soe)) que correspondem a 0,26% do total de casos.

Destes, também foram excluídos 1.286 casos (43,2% da amostra) por não terem informação sobre a ocupação ou ser imprecisa. Dos 1.688 remanescentes (56,8%), as ocupações mais frequentes foram respectivamente: os trabalhadores agropecuários (30,3%), as domésticas, trabalhadores de serventia, os trabalhadores em domicílios, hotéis e assemelhados (23,3%), os pedreiros, estucadores e assemelhados (7,8%), os condutores de veículos (5,3%), os profissionais do comércio (4,1%), carpinteiro, marceneiro e outros trabalhadores com madeira (1,4%) e os professores (2,2%).

Entre trabalhadores com madeira, encontrou-se frequência de 1%, que é o dobro da encontrada na avaliação do total de casos (0,5%). Não foram encontrados casos de tumores nos seios da face em profissionais das áreas de química e de física.

Cânceres de Pleura

Na população estudada, foram selecionados os 498 casos de tumores de pleura (C38.4). Destes, à semelhança dos grupos anteriores, foram excluídos 256 casos (51,4%) por não atenderem ao critério de inclusão em relação à ocupação.

Permaneceram então 242 casos de câncer localizados na pleura (47,6% do total), cujas ocupações com maior frequência foram as domésticas, trabalhadores de serventia, os trabalhadores em domicílios, hotéis e assemelhados (20,2%), os trabalhadores agropecuários (16,9%), os condutores de veículos (7,0%), os pedreiros, estucadores e assemelhados (4,1%), os profissionais do comércio (6,6%), os profissionais de saúde (3,7%), os professores (2,9%) e os carpinteiros, marceneiros e outros trabalhadores com madeira (0,4%).

Os mesoteliomas malignos de pleura, reconhecidamente associados com a exposição ao asbesto, têm 65 casos na base de dados, dos quais 25 casos (38,5%) não dispunham de informação sobre a ocupação.

Cânceres do Pulmão

Selecionados 50.795 casos de tumores de pulmão (classificados nos seguintes códigos da CID/O-3 para localização primária: C34.0 - brônquio principal; C34.1 - lobo superior do pulmão; C34.2 - lobo médio do pulmão; C34.3 - lobo inferior do pulmão; C34.8 - lesão sobreposta do pulmão; C34.9 - pulmão, soe). Como nas topografias anteriores, foram excluídos 46,4% dos casos (23.552 casos). Portanto, permaneceram na amostra 27.243 casos (53,6%).

A análise dos casos remanescentes evidenciou como ocupações com maior frequência os trabalhadores agropecuários (22,9%), as domésticas, trabalhadores de serventia, os trabalhadores em domicílios, hotéis e assemelhados (16,6%), os profissionais do comércio (8,5%), os condutores de veículos (6,4%), os pedreiros, estucadores e assemelhados (5,4%), os professores (2,6%), os profissionais de saúde (1,6%), os carpinteiros, marceneiro e outros trabalhadores com madeira (2,1%), os soldados, montadores de estruturas metálicas e assemelhados (0,6%), e os químicos e físicos eram apenas 0,1%.

Cânceres da Bexiga

Os 17.585 casos de tumores de bexiga foram selecionados a partir das localizações topográficas correspondentes aos códigos CID/O-3 a seguir especificados: C67.0 - trígono da bexiga; C67.1 - cúpula da bexiga; C67.2 - parede lateral da bexiga; C67.3 - parede anterior da bexiga; C67.4 - parede posterior da bexiga; C67.5 - colo da bexiga; C67.6 - orifício ureteral; C67.7 - úraco; C67.8 - lesão sobreposta da bexiga; e C67.9 - bexiga, soe. Também foram excluídos 8.315 casos (47,3%) para atender aos critérios de seleção, restando para análise 9.270 casos (52,7% dos casos).

A análise dos casos remanescentes evidenciou como ocupações com maior frequência os trabalhadores agropecuários (28,2%), as domésticas, trabalhadores de serventia, os trabalhadores em domicílios, hotéis e assemelhados (14,4%), os profissionais do comércio (9,7%), os condutores de veículos (8,4%), os pedreiros, estucadores e assemelhados (4,6%), os professores (2,0%), os profissionais de saúde (1,4%), os carpinteiros, marceneiros e outros trabalhadores com madeira (1,4%), os soldados, montadores de estruturas metálicas e assemelhados (0,5%), e os químicos e físicos eram apenas 0,1%.

DISCUSSÃO

A dificuldade de conhecer os ambientes de trabalhos – com sua multiplicidade de processos e uso de variados

agentes de risco químicos, físicos, biológicos e a associações destes – alguns reconhecidamente carcinogênicos, tem se constituído em uma das principais dificuldades em estabelecer o nexo causal entre exposição ocupacional e câncer.

Outra dificuldade está relacionada ao período de latência entre a exposição e o início de sinais e sintomas⁵; muitas vezes essas manifestações só ocorrem após o final do contrato de trabalho.

O próprio trabalhador tem dificuldade de identificar os riscos aos quais esteve exposto, uma vez que produtos com os quais trabalha(ou) só são conhecidos pelos nomes comerciais ou, ainda, nunca foram alertados a respeito do risco potencial desses agentes isoladamente ou em associação com outras exposições às quais esteve sujeito ao longo da vida ocupacional.

Mas tudo isto talvez fosse superado se a origem ocupacional do câncer interferisse no diagnóstico e no prognóstico da doença. Contudo, isso não acontece e o valor dessa informação, que é fundamental para a aplicação de medidas de prevenção e controle, não traz benefício para o paciente ou interferem no curso do tratamento proposto e na evolução da doença, os quais são estabelecidos em função do tipo histológico, da topografia e do estadiamento do tumor.

A incidência de casos de câncer e a prevalência atual da doença refletem a exposição passada, e as medidas de proteção, que serão adotadas a partir de agora, só terão reflexo no futuro a médio e longo prazos.

No Brasil, os trabalhos sobre câncer ocupacional são restritos à área acadêmica de saúde pública ou a serviços especializados ocupacionais. Algumas ocupações são de difícil compreensão para o profissional de saúde que nunca presenciou essas atividades ou conheceu os ambientes nos quais é realizada⁵.

Outra informação que seria muito importante diz respeito ao efeito aditivo e sinérgico dos agentes carcinogênicos. O estudo clássico de Hammond, Selikoff e Seidman⁶, em 1979, é sobre o efeito ativo da exposição a agentes físicos e químicos, no qual avaliaram a mortalidade por câncer de pulmão ajustado por idade e por 100.000 pessoas. Na população geral, verificou-se que a mortalidade é de 11 casos por 100.000 indivíduos. Quando expostos às fibras de asbesto, a ocorrência sobe para 58 casos. Entre os tabagistas, foram encontrados 123 casos. Entretanto, quando indivíduos tabagistas eram expostos também ao asbesto, a ocorrência foi de 602 casos por 100.000 expostos, muito superior ao que seria esperado para as exposições isoladamente (123+58= 181 casos).

Para os cânceres de cavidade oral e orofaringe, tabaco e álcool são os principais fatores de risco reconhecidos, mas também estão descritas as associações com o exercício de determinadas atividades como pescadores e agricultores, pintores, açougueiros, pedreiros, encanadores

e trabalhadores da construção civil, instaladores de carpete e atividades em oficinas mecânicas⁷.

A situação ideal para avaliar a magnitude da doença, associada à exposição, é aquela na qual se teria a observação do indivíduo durante o período de efetiva exposição, com registro do histórico ocupacional detalhado que permitisse estabelecer a densidade de incidência, a partir da soma dos períodos durante os quais cada indivíduo da população esteve exposto ao risco de se tornar um caso, em que deveriam se considerar a dose da exposição, os processos de absorção, a capacidade de metabolização, os processos de detoxificação e de reparo do DNA, a capacidade de excreção, o mecanismo de ação do agente, a susceptibilidade do indivíduo exposto, a variabilidade intra e interindividual e a magnitude e o grau de consequência do dano.

Na realidade, as informações do RHC são muito menos ambiciosas. O objetivo de incluir a ocupação preponderante do paciente era apenas para oferecer um campo chave que possibilitasse selecionar casos na base de dados, para subsidiar a busca de informações mais detalhadas nos prontuários ou a aplicação de inquéritos em populações selecionadas em estudos caso-controle.

Apesar da diversidade de ocupações (266 categorias), foram observados 50% dos casos sem a informação. Da metade remanescente, alguns são bastante específicos, como sapateiros e relojoeiros, enquanto outros são denominações absolutamente genéricas, como: funcionário público, policial militar e outros.

Pela diversidade e especificidade das ocupações classificadas, parece evidente que, quando a informação sobre a ocupação está presente no prontuário, os registradores são capazes de codificá-las.

Também se observa (Tabela 1) que, quanto maior o número de casos na topografia, maior é a diversidade de ocupações identificadas, e que ocupações prevalentes na base de dados, como os trabalhadores agropecuários (24,2% da população geral) e os trabalhadores domiciliares e assemelhados (23% dos casos), aparecem em todas as topografias estudadas com alta frequência, apesar de apresentarem variações entre elas, como os agropecuários que são 30,3% nos casos de seios da face e 16,9% nos tumores de pleura; enquanto os trabalhadores domésticos e assemelhados são 23,3% nos tumores de seios da face e 14,4% nos tumores de bexiga. Os profissionais de comércio são 9,7% dos casos de tumores de bexiga e 4,1% dos de seios da face; enquanto os condutores de veículo são respectivamente 8,4% e 5,3%, para as mesmas topografias.

Apesar de não ter sido utilizada neste estudo, a base de dados possui outras informações que podem ser importantes em estudos relacionados à ocupação, como por exemplo, a informações sobre o município de origem, para ocupações como os do setor agropecuário, nos quais a região geográfica é de interesse.

Tabela 1. Distribuição percentual de casos por ocupação e topografia do tumor. Período: 1998 a 2011

Ocupação	Total	Seios da Face	Pleura	Pulmão	Bexiga
Profissionais de Comércio	4,2	4,1	6,6	8,5	9,7
Condutores de Veículos	4,1	5,3	7,0	6,4	8,4
Pedreiros e Estucadores	3,4	7,8	4,1	5,4	4,6
Grupo Agropecuária	24,2	30,3	16,9	22,9	28,2
Grupo Trabalhadores Domésticos e Serventia	23,0	23,3	20,2	16,6	14,4
Grupo Professores	4,5	2,2	2,9	2,6	2,0

Fonte: Banco de dados do SisRHC.

Também não foi possível fazer ajuste pelo número de profissionais empregados em cada uma dessas categorias. Os dados podem estar enviesados, pela alta frequência de determinadas ocupações ocorrendo em pequenas populações que não são identificadas em função do pequeno número de expostos ou no sentido contrário, pelo grande número de casos, mesmo que essa ocorrência seja baixa na categoria, em consequência do alto número de pessoas naquela categoria, em particular, influenciando a frequência relativa do número de casos na base de dados dos RHC.

Como está descrito na publicação do INCA - *Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho*¹, o Brasil já dispõe de sistemas que, se corretamente utilizados, dariam conta da vigilância dos casos de câncer, da vigilância dos expostos e da vigilância da exposição a agentes cancerígenos. Mesmos os sistemas de informação, que contam com preciosos bancos de dados, como os Registros de Câncer e da Previdência Social, são pouco explorados para fins de vigilância ou de estimativas de exposição.

Infelizmente, essa realidade não mudou nos últimos anos, se forem considerados estudos anteriores⁸ que há 20 anos chamavam a atenção para o mesmo problema.

Portanto, a melhoria na coleta e no uso das informações referentes à ocupação dos pacientes, à exposição ocupacional e à potencial relação com a ocorrência de casos de câncer relacionados ao trabalho está condicionada ao profissional de saúde e aos gestores para que estejam cientes da necessidade e importância de coletar, armazenar e analisar essas informações para aprimorar os sistemas de informações em saúde e sua colaboração para a saúde pública e o planejamento da assistência à saúde.

CONCLUSÃO

Os números acima apresentados deixam evidente que a informação sobre a ocupação é insuficiente. Por outro lado, mesmo naqueles prontuários que possuem a informação, ela é limitada porque considera apenas a ocupação preponderante e não coleta as condições nas quais o trabalho foi realizado, se houve exposição e no caso de ocorrência, sua frequência e duração.

Esse cenário só mudará quando os profissionais de saúde estiverem motivados a coletar a informação, convencidos de que ela é valiosa para prevenção e controle, a exemplo do que ocorreu com o tabagismo a partir dos anos 1980, em especial para a topografia pulmonar, sendo comum encontrar informações sobre o tipo, tempo e frequência de consumos.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
2. DOLL R, PETO R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun;66(6):1191-308.
3. World Health Organization. *IARC monographs on evaluation of carcinogenic risks to humans: dry cleaning, some chlorinated solvents and other industrial chemicals*. Lyon: Iarc;1995 [acesso em 20 maio 2014] Disponível em: http://www.epa.gov/region7/cleanup/chicago_heights/pdf/ar/000040393285.pdf.
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). *Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão*. Rio de Janeiro: Inca;2010.
5. ALGRANTI E, BUSCHINELLI JTP, CAPITANI EM. Câncer de pulmão ocupacional. *J bras pneumol.* 2010 Nov-Dez;36(6):784-94.
6. HAMMOND EC, SELIKOFF IJ, SEIDMAN H. Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates. *Ann N Y Acad Sci.* 1979;330:473-90.
7. ANDREOTTI M, RODRIGUES NA, CARDOSO LMN, FIGUEIREDO RAO, ELUF-NETO J, WÜNSCH-FILHO V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública.* 2006 Mar;22(3):543-52.
8. REBELO PAP. A importância da profissão na história clínica do paciente. *Arq Bras Med.* 1996;70(1):37-42.

Abstract

Introduction: Cancer incidence and its association with occupational exposure has been known for several centuries. Nevertheless, information about the workplace and work conditions is scarce in medical records. **Objective:** To assess the existence, frequency and quality of occupational information for patients with malignant neoplasms, from the data collected by the hospital-based cancer records. **Method:** An observational and descriptive study was performed involving 1,138,951 cases from the database IntegradorRHC from Brazilian National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA) diagnosed between 1998 and 2011. Half of the cases without information were excluded, leaving 575,333 cases (50.5%). Selected topography was assessed to evaluate the frequency of occupations in each one of them. **Results:** The data showed a preponderance of certain occupations and non-uniform distribution in the different topographies selected, suggesting that the distribution of occupations varies depending on the tumor location. **Conclusion:** Due to the limitation of data, there's an evident need to motivate health professionals to collect appropriated information and to conduct new studies to adjust the distribution of occupations according to the general population and controlling biases that may have affected the relative frequency of the number of cases from the database of the hospital-based cancer records.

Key words: Neoplasms/etiology; Occupational Exposure; Observational Study; Hospital Records

Resumen

Introducción: La asociación entre la ocurrencia de casos de cáncer y la exposición ocupacional se conoce hace varios siglos. A pesar de ello, la información sobre el local y las condiciones de trabajo es escasa en los registros médicos. **Objetivo:** Determinar la existencia, la frecuencia y la calidad de la información sobre la ocupación de los pacientes con tumores malignos, a partir de los datos recogidos por los Registros de Hospitales del Cáncer. **Método:** Se realizó una investigación observacional y descriptivo, a partir de los 1.138.951 casos de la base de datos del Integrador RHC, del Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que se diagnosticaron entre 1998 y 2011, de los cuales se excluyeron los casos sin información, con lo que sobraron 575.333 casos (50,5%). Se seleccionaron topografías específicas y, se evaluó la frecuencia de las ocupaciones en cada una. **Resultados:** Los datos evidenciaron la preponderancia de algunas ocupaciones y la distribución irregular en las diferentes topografías seleccionadas, lo que sugirió que la distribución de las ocupaciones varía de acuerdo a la topografía del tumor. **Conclusión:** En función de la limitación de los datos, queda evidente la necesidad de que se motive al profesional de salud para que recolecte los datos de forma adecuada, se realicen nuevos estudios con ajuste según la distribución de las ocupaciones en la población general y se controlen las irregularidades que puedan haber interferido en la frecuencia relacionada al número de casos de la base de datos de los Registros Hospitalarios de Cáncer.

Palabras clave: Neoplasias/etiología; Exposición Profesional; Estudio Observacional; Registros de Hospitales