

Perfil da Assistência em um Hospital Universitário: Informações do Registro Hospitalar de Câncer, 2000-2009

Cancer Care Profile at a University Hospital: Information from the Hospital-based Cancer Registry, 2000-2009

Perfil de la Asistencia en un Hospital Universitario: Informaciones del Registro Hospitalario de Cáncer, 2000-2009

Luciana Tricai Cavalini¹; Pamella da Silva Cruz²; Guilherdiana Maria da Silva³; Ilce Ferreira da Silva⁴

Resumo

Introdução: As bases de dados do Registro Hospitalar de Câncer permitem a elaboração de atividades relacionadas à vigilância e planejamento de atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar a base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, no período de 2000-2009, segundo sexo, faixa etária, localização do tumor primário e mortalidade intra-hospitalar. **Método:** Exportação da base de dados e elaboração de tabelas de análise bivariada, com estimativa de testes de hipóteses e medidas de associação. **Resultados:** Foram registrados 3.544 pacientes, sendo 55,3% do sexo feminino. Do total de casos, para o sexo masculino, houve maior concentração na faixa etária de 60 a 79 anos (51,0%); enquanto, no sexo feminino, predominou a faixa etária de 40 a 59 anos (45,8%). No sexo masculino, os tumores mais frequentemente atendidos no serviço foram: aparelho digestivo (29,2%), seguidos por aparelho genital (19,9%) e aparelho respiratório (19,3%). No sexo feminino, os tumores da mama foram os mais registrados (37,8%), seguidos por aparelho digestivo (17,4%) e aparelho genital (13,4%). A mortalidade intra-hospitalar foi maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (10,2%), perfazendo uma razão de mortalidade entre os sexos de 1,30, estatisticamente significativa. **Conclusão:** Este trabalho visou a contribuir com a atuação do Hospital Universitário Antônio Pedro, assim como da rede hospitalar pública no país, na área da assistência oncológica.

Palavras-chave: Registros Hospitalares; Neoplasias/epidemiologia; Registros de Doenças; Sistemas de Informação; Epidemiologia dos Serviços de Saúde; Estudos Longitudinais

Financiamento: Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Processo nº 23069.031687/07-11.

¹ Professora Adjunta. Doutora. Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da UFF, Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* lutricav@vm.uff.br.

² Estudante de Enfermagem. Graduanda da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* Pamella.silva.cruz@gmail.com.

³ Servidora Técnico-Administrativa. Especialista. Setor de Epidemiologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da UFF, Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* ianda2005@ibest.com.br.

⁴ Professora Adjunta. Doutora. Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da UFF, Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* ilce23@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Luciana Tricai Cavalini. Rua Marquês de Paraná, 303 - 3º andar. Anexo HUAP. Centro - Niterói (RJ), Brasil. CEP: 24033-900. *E-mail:* lutricav@vm.uff.br.

INTRODUÇÃO

O câncer passou a ser um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento igualando o comportamento que tem nos países industrializados, com tendência de aumento da incidência em todos os países e em todas os tipos de câncer (topografias). Estima-se que, em termos mundiais, a incidência do câncer pode aumentar em 50% para o ano de 2020, com 15 milhões de casos novos¹.

Essa tendência de aumento vem sendo corroborada por estudos que demonstram esse aumento da importância do câncer no perfil epidemiológico nacional. Assim, em 1980, as neoplasias malignas eram a quinta causa de morte, sendo, atualmente, a segunda causa. Concomitantemente, as informações epidemiológicas demonstram um aumento da incidência das neoplasias em todo o Brasil e uma estabilização das taxas de mortalidade, sugerindo que podem existir falhas no sistema de saúde na implementação dos métodos de controle das neoplasias passíveis de intervenção e controle²⁻⁴.

No Brasil, com a publicação da Portaria 741/05, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) instituiu novas diretrizes para o modelo de gestão da atenção oncológica. Seus objetivos principais são: articular a gestão dessa modalidade de atenção nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), integrar assistência, prevenção, ensino e pesquisa, e promover a qualidade e uma melhor relação custo-efetividade na atenção oncológica⁵.

Dentro dessas novas diretrizes, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), já implementado anteriormente, ganha maior relevância, dada a sua capacidade de prover subsídios para a avaliação da qualidade da assistência de forma comparativa, pelo uso de informações coletadas por instrumentos padronizados. As bases de dados do RHC permitem a elaboração de atividades relacionadas à vigilância e planejamento de atenção à saúde, visando ao estabelecimento de medidas preventivas, decisões terapêuticas e outras medidas de controle. As informações obtidas no RHC não representam a totalidade dos casos novos de câncer diagnosticados e tratados; porém, uma vez que esses registros são obtidos de hospitais especializados na atenção aos pacientes com câncer, pode-se traçar, a partir de informações fidedignas, o perfil epidemiológico da assistência ao câncer⁶⁻⁷.

O Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF), por apresentar estrutura hospitalar de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento de câncer, é classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Criando uma base de dados para

análise das características demográficas, epidemiológicas e clínicas dos casos de câncer atendidos no HUAP, o RHC-HUAP é um recurso importante para o acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência oncológica realizada no hospital, de acordo com a proposta do INCA para os RHC nacionais⁸. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos pacientes com diagnóstico de câncer, por sexo e procedência, atendidos no HUAP, no período de 2000 a 2009.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional descritivo do tipo longitudinal, configurando uma série temporal. A população deste estudo foram os pacientes com diagnóstico de câncer atendidos no HUAP e registrados no seu RHC, no período de 2000 a 2009. O HUAP atende à população da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, que compreende os municípios de Niterói, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, com uma população de 1.940.391 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico 2010. O HUAP também é responsável pela atenção de média e alta complexidade de parte da população da Região Metropolitana I, onde se localiza o município do Rio de Janeiro, assim como da Região da Baixada Litorânea⁹.

Foram utilizadas as bases de dados do RHC-HUAP, que são geradas a partir da coleta de informações do prontuário na Ficha de Registro de Tumor (FRT), que é o instrumento padronizado para coleta de informações dos RHC nacionais. A nomenclatura e definições referentes a cada variável são baseadas em classificações e padrões que, no Brasil, são elaborados pelo INCA¹⁰.

O RHC-HUAP identifica os casos a serem registrados por meio da coleta e consolidação de informações através de fontes variadas, como livros de internação e alta, registros do laboratório de patologia ou da anatomia patológica, listagem de pacientes de serviços de terapêutica oncológica (quimioterapia, radioterapia), prontuários, declarações de óbito e outras fontes eventuais de informações.

A coleta das informações do RHC é feita retrospectivamente (refere-se às informações dos pacientes internados no ano anterior), por um registrador treinado exclusivamente para esse fim. O RHC-HUAP utiliza o Sistema de Informações do Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC)¹¹ desenvolvido pelo INCA, desde a sua implementação em 2000, como o aplicativo de armazenamento e processamento de dados, estando com a base completa e validada até o ano de 2009.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, desfecho da internação (óbito ou não óbito) e localização do tumor primário. Essas variáveis foram selecionadas para análise adotando-se o critério de qualidade de preenchimento

igual ou maior a 80%. A distribuição dos tumores segundo localização primária foi representada de acordo com a classificação topográfica da segunda edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O).

A análise estatística consistiu das seguintes etapas: primeiramente, foi realizada a análise bivariada, mediante o cálculo da frequência relativa da distribuição dos pacientes pelas variáveis selecionadas, para cada ano do período estudado, sendo estimado o intervalo de confiança a 95% das frequências relativas. Para a análise da mortalidade hospitalar, essa foi estimada segundo sexo e ano do óbito, de modo a permitir a estimativa da razão de mortalidade hospitalar por sexo em cada ano, adotando-se o nível de confiança de 95%.

Para a análise bivariada, foi utilizada a ferramenta “Assistente de Dados” do aplicativo *LibreOffice Calc* versão 3.3. Para o cálculo da razão de mortalidade hospitalar e dos intervalos de confiança, foi utilizado o aplicativo *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* (OpenEpi) versão 2.3.1 (disponível em <http://www.openepi.com>).

Os procedimentos seguidos por este estudo estão de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos da UFF, com a Declaração de Helsinki de 2000 e com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF (número de protocolo CAAE: 0357.0.258.000-11).

RESULTADOS

Durante o período de 2000 a 2009, o RHC-HUAP efetuou o registro de 3.544 pacientes, com tendência de

aumento do número dos casos registrados ao longo da década. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (n=1.959; 55,3%), sendo que a diferença nas frequências relativas entre os pacientes masculinos e femininos foi estatisticamente significativa (intervalos de confiança a 95% não superpostos) a partir do ano de 2005 (Tabela 1).

Em relação à distribuição por faixa etária, observou-se que, para o sexo masculino, a faixa etária de 60 a 79 anos concentrou a maior quantidade de casos no período (n=809; 51,0%), sendo que essa diferença foi estatisticamente significativa em relação ao sexo feminino para os anos de 2002, 2005, 2008 e 2009. No sexo feminino, obteve-se uma maior proporção de pacientes na faixa etária de 40 a 59 anos (n=898; 45,9%), alcançando-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo masculino, nessa faixa etária, para os anos de 2005 e 2008. Adicionalmente, observou-se um aumento da frequência relativa de pacientes do sexo feminino na faixa etária de 40 a 59 anos, comparando-se o ano de 2001 aos anos seguintes, exceto 2003 (Tabela 1).

A distribuição dos pacientes do sexo masculino, segundo a localização do tumor primário, demonstrou que os tumores localizados no aparelho digestivo foram os mais frequentes (n=462; 29,2%); enquanto, em comparação com o sexo feminino, essa diferença foi estatisticamente significativa nos anos de 2004, 2006 e 2009. O aparelho genital foi o segundo mais registrado (n=316; 19,9%), sendo que houve uma tendência cíclica na frequência desse tumor ao longo do período. Em seguida, os tumores do aparelho respiratório obtiveram o terceiro posto de frequência no sexo masculino (n=306; 19,3%), sendo que, em comparação ao sexo feminino, esses tumores foram significativamente mais frequentes

Tabela 1. Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo. RHC-HUAP, 2000-2009

Faixa etária (anos)	Sexo	Ano														
		2000			2001			2002			2003			2004		
		fa ^a	fr ^b	IC(fr) ^c	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)
0-39	M ^d	7	7,6	3,4-14,5	6	9,0	3,7-17,7	9	12,1	6,1-21,1	13	10,7	6,1-17,1	25	12,8	8,7-18,1
	F ^e	11	13,3	7,2-21,9	15	24,6	15,0-36,5	17	20,0	12,2-28,9	13	11,3	6,4-18,1	26	12,2	8,3-17,1
40-59	M	27	29,4	20,7-39,2	26	38,8	27,7-50,8	20	27,0	17,9-38,0	37	30,3	22,7-38,9	76	39,0	32,3-46,0
	F	32	39,0	28,6-49,3	15	24,6	15,0-36,5	41	47,1	36,8-57,6	51	44,4	35,5-53,5	102	47,7	41,0-54,4
60-79	M	53	57,6	47,4-67,4	30	44,8	33,2-56,8	41	55,4	44,0-66,4	64	52,5	43,6-61,2	86	44,1	37,3-51,1
	F	36	43,4	33,0-54,1	27	44,3	32,2-56,9	27	31,0	22,0-41,3	43	37,4	28,9-46,5	75	35,1	28,9-41,6
80 e mais	M	5	5,4	2,0-11,6	5	7,5	2,8-15,8	4	5,4	1,7-12,5	8	6,6	3,1-12,7	8	4,1	1,9-7,6
	F	4	4,8	1,6-11,2	4	6,6	2,1-15,1	2	2,3	0,4-7,4	8	7,0	3,3-12,8	11	5,1	2,7-8,8
Total ^f	M	92	52,6	45,2-59,9	67	52,3	43,7-60,9	74	46,0	38,8-53,7	122	51,5	45,1-57,8	195	47,7	42,9-52,5
	F	83	47,4	40,1-54,8	61	47,7	39,1-56,3	87	54,0	46,3-61,6	115	48,5	42,2-54,9	214	52,3	47,5-57,1

a. fa = Frequência absoluta; b. fr = Frequência relativa calculada em percentuais, para o total de pacientes do mesmo sexo, no ano considerado; c. IC(fr) = Intervalo de confiança da frequência relativa a um nível de confiança de 95%; d. M = Masculino; e. F = Feminino; f. Para o total de pacientes por sexo em cada ano, a frequência relativa foi calculada para o total geral de pacientes.

em quase todo o período (exceto pelos anos de 2001-2003 e 2006) (Tabela 2).

No sexo feminino, observou-se que os tumores localizados em mama foram os mais frequentes (n=840; 37,8%), com um aumento estatisticamente significativo na frequência a partir de 2004, seguidos pelos tumores do aparelho digestivo (n=340; 17,4%), que foram mais frequentes em 2000 em comparação aos outros anos. Em seguida, a terceira maior frequência foi encontrada nos tumores dos órgãos genitais (n=263; 13,4%), embora tenham sido significativamente menos frequentes do que no sexo masculino, para o ano de 2009 (Tabela 2).

Analisando-se a mortalidade intra-hospitalar, observou-se que essa foi maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (10,2%), perfazendo uma razão de mortalidade entre os sexos de 1,30 estatisticamente significativa (Tabela 3). Ao longo dos anos, observou-se uma tendência de aumento da mortalidade hospitalar para ambos os sexos.

DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma análise exploratória das informações essenciais do RHC-HUAP, em sua primeira

Tabela 1. Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo. RHC-HUAP, 2000-2009 (continuação)

Faixa etária (anos)	Sexo	Ano														
		2005			2006			2007			2008			2009		
		fa ^a	fr ^b	IC(fr) ^c	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)
0-39	M ^d	11	6,0	3,2-10,3	14	7,3	4,2-11,6	14	7,9	4,6-12,6	16	7,2	4,3-11,2	19	7,3	4,6-10,9
	F ^e	29	12,4	8,6-17,1	26	10,7	7,3-15,1	25	9,5	6,4-13,5	33	11,1	7,9-15,0	31	8,6	6,0-11,8
40-59	M	58	31,9	25,4-38,9	74	38,3	31,7-45,4	59	33,3	26,7-40,5	85	38,3	32,1-44,8	93	35,6	30,0-41,6
	F	109	46,6	40,3-53,0	107	44,0	37,9-50,3	121	46,0	40,0-52,1	156	52,3	46,7-58,0	164	45,4	40,3-50,6
60-79	M	105	57,7	50,4-64,7	98	50,8	43,7-57,8	90	50,9	43,5-58,2	108	48,7	42,1-55,2	134	51,3	45,3-57,4
	F	77	32,9	27,1-39,1	93	38,3	32,3-44,5	104	39,5	33,8-45,6	94	31,5	26,5-37,0	140	38,8	33,9-43,9
80 e mais	M	8	4,4	2,1-8,2	7	3,6	1,6-7,0	14	7,9	4,6-12,6	13	5,9	3,3-9,6	15	5,8	3,4-9,1
	F	19	8,1	5,1-12,2	17	7,0	4,3-10,8	13	4,9	2,8-8,1	15	5,0	3,0-8,0	26	7,2	4,9-10,2
Total ^f	M	182	43,8	39,0-48,6	193	44,3	39,7-49,0	177	40,2	35,7-44,9	222	42,7	38,5-47,0	261	42,0	38,1-45,9
	F	234	56,2	51,5-61,0	243	55,7	51,0-60,4	263	59,8	55,1-64,3	298	57,3	53,0-61,5	361	58,0	54,1-61,9

a. fa = Frequência absoluta; b. fr = Frequência relativa calculada em percentuais, para o total de pacientes do mesmo sexo, no ano considerado; c. IC(fr) = Intervalo de confiança da frequência relativa a um nível de confiança de 95%; d. M = Masculino; e. F = Feminino; f. Para o total de pacientes por sexo em cada ano, a frequência relativa foi calculada para o total geral de pacientes.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por localização do tumor primário e sexo. RHC-HUAP, 2000-2009

LTP*	Sexo	Ano														
		2000			2001			2002			2003			2004		
		fa ^a	fr ^b	IC(fr) ^c	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)
Ap. dig.	M ^d	31	33,7	24,6-43,8	20	29,9	19,8-41,6	23	31,1	21,3-42,3	32	26,2	19,0-34,6	60	30,1	24,6-37,5
	F ^e	26	31,3	27,5-48,1	9	14,8	7,4-25,4	24	27,6	19,0-37,7	20	17,4	11,3-25,1	32	15,0	10,6-20,2
Genitais	M	23	25,0	17,0-34,6	6	9,0	3,7-17,7	17	23,0	14,5-33,6	23	18,9	12,6-26,5	34	17,4	5,3-13,3
	F	13	15,7	9,0-24,7	14	23,0	13,7-34,7	18	20,7	13,2-30,2	19	16,5	10,6-24,2	32	15,0	10,6-20,2
Ap. resp.	M	15	16,3	9,8-24,9	7	10,4	4,7-19,6	16	21,6	13,4-32,1	22	18,0	9,3-21,9	38	19,5	14,4-25,5
	F	1	1,2	0,1-5,8	7	11,5	5,2-21,4	7	8,1	3,6-15,3	13	11,3	6,4-18,1	21	9,8	6,3-14,4
Mama	M	0	0,0	0,0-3,2	0	0,0	0,0-4,4	0	0,0	0,0-4,0	0	0,0	0,0-2,4	1	0,5	0,0-2,5
	F	19	22,9	14,8-32,8	13	21,3	12,4-32,9	6	6,9	2,8-13,8	30	26,1	18,7-34,7	87	40,7	34,2-47,3
Outras	M	23	25,0	17,0-34,6	34	50,7	38,9-62,6	18	24,3	15,6-35,1	45	36,9	28,7-45,7	62	31,8	25,6-38,6
	F	24	28,9	19,9-39,3	18	29,5	19,1-41,8	32	36,8	27,2-47,3	33	28,7	21-37,5	42	19,6	14,7-25,4
Total ^f	M	92	52,6	45,2-59,9	67	52,3	43,7-60,9	74	46,0	38,8-53,7	122	51,5	45,1-57,8	195	47,7	42,9-52,5
	F	83	47,4	40,1-54,8	61	47,7	39,1-56,3	87	54,0	46,3-61,6	115	48,5	42,2-54,9	214	52,3	47,5-57,1

* LTP = Localização do tumor primário; a. fa = Frequência absoluta; b. fr = Frequência relativa calculada em percentuais, para o total de pacientes do mesmo sexo, no ano considerado; c. IC(fr) = Intervalo de confiança da frequência relativa a um nível de confiança de 95%; d. M = Masculino; e. F = Feminino; f. Para o total de pacientes por sexo em cada ano, a frequência relativa foi calculada para o total geral de pacientes.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por localização do tumor primário e sexo. RHC-HUAP, 2000-2009 (continuação)

LTP*	Sexo	Ano														
		2005			2006			2007			2008			2009		
		fa ^a	fr ^b	IC(fr) ^c	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)	fa	fr	IC(fr)
Ap. dig.	M ^d	53	29,1	22,9-36,0	60	31,1	24,9-37,9	46	26,0	19,9-32,8	60	27,0	21,5-33,2	77	29,5	24,2-35,3
	F ^e	42	18,0	13,4-23,3	28	11,5	7,4-16,0	47	17,9	13,6-22,9	52	17,5	13,5-22,1	60	16,6	13,0-20,7
Genitais	M	44	24,2	18,4-30,8	27	14,0	9,6-19,4	43	24,3	18,4-31,0	38	17,1	12,6-22,5	61	23,4	18,5-28,8
	F	37	15,8	11,6-20,9	24	9,9	6,6-14,1	40	15,2	11,2-19,9	30	10,1	7,0-13,9	36	10,0	7,2-13,4
A p . resp.	M	27	14,8	10,2-20,6	30	15,5	10,9-21,2	36	20,3	14,9-26,8	57	25,7	20,3-31,7	58	22,2	17,5-27,6
	F	10	4,3	2,2-7,5	21	8,6	5,6-12,7	20	7,6	4,8-11,3	30	10,1	7,0-13,9	28	7,8	5,3-10,9
Mama	M	1	0,6	0,0-2,7	2	1,0	0,2-3,4	0	0,0	0,0-1,7	2	0,9	0,2-2,9	1	0,4	0,0-1,9
	F	104	44,4	38,2-50,9	92	37,9	31,9-44,1	101	38,4	32,7-44,4	117	39,3	33,8-44,9	171	47,4	42,3-52,5
Outras	M	67	36,8	30,0-44,0	74	38,3	31,7-45,4	52	29,4	23,0-36,4	65	29,3	23,6-35,5	64	24,5	19,6-30,0
	F	41	17,5	13,1-22,8	78	32,1	26,5-38,2	55	20,9	16,3-26,1	69	23,2	18,6-28,2	66	18,3	14,6-22,5
Total ^f	M	92	52,6	45,2-59,9	67	52,3	43,7-60,9	74	46,0	38,8-53,7	122	51,5	45,1-57,8	195	47,7	42,9-52,5
	F	83	47,4	40,1-54,8	61	47,7	39,1-56,3	87	54,0	46,3-61,6	115	48,5	42,2-54,9	214	52,3	47,5-57,1

* LTP = Localização do tumor primário; a. fa = Frequência absoluta; b. fr = Frequência relativa calculada em percentuais, para o total de pacientes do mesmo sexo, no ano considerado; c. IC(fr) = Intervalo de confiança da frequência relativa a um nível de confiança de 95%; d. M = Masculino; e. F = Feminino; f. Para o total de pacientes por sexo em cada ano, a frequência relativa foi calculada para o total geral de pacientes.

Tabela 3. Mortalidade hospitalar dos pacientes com câncer (indicadores e razões) segundo sexo e ano. RHC-HUAP, 2000-2009

Ano	Sexo						RMH	IC95%
	Masculino			Feminino				
	Óbitos	n	Mortalidade (%)	Óbitos	n	Mortalidade (%)		
2000	0	92	0,00	1	83	1,20	NE	NE
2001	3	67	4,48	4	61	6,56	0,68	0,16-2,93
2002	6	74	8,11	7	87	8,05	1,01	0,35-2,87
2003	9	122	7,38	4	115	3,48	2,12	0,67-6,70
2004	25	195	12,82	14	214	6,54	2,05	1,10-3,83
2005	24	182	13,19	19	234	8,12	1,62	0,92-2,87
2006	21	193	10,88	18	243	7,41	1,47	0,81-2,68
2007	33	177	18,64	45	263	17,11	1,09	0,73-1,64
2008	39	222	17,57	38	298	12,75	1,38	0,91-2,08
2009	49	261	18,77	49	361	13,57	1,38	0,96-1,99
Total	209	1585	13,19	199	1959	10,16	1,30	1,08-1,56

RMH = Razão de mortalidade hospitalar; IC95% = Intervalo de confiança a um nível de 95%; NE = Não estimada (pela presença de valores iguais a zero nas células da tabela).

década de implementação. Destaca-se, de imediato, o aumento do número de casos de câncer registrados no RHC-HUAP, a partir do ano de 2003, em relação aos anos anteriores. Isso pode refletir um efetivo aumento da demanda populacional em busca de assistência oncológica no HUAP, que é credenciado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Uma explicação alternativa para esse aumento pode estar

relacionada ao amadurecimento e ao aprimoramento das técnicas de coletas de informações do próprio Registro, de modo a reduzir, continuamente, a quantidade de perdas e sub-registros. Essa hipótese é plausível, uma vez que a implementação de sistemas de vigilância de doenças em âmbito hospitalar apresenta um efeito de aumento dos casos identificados de doença, em função da sistematização do registro da informação¹².

Com relação ao sexo, a proporção de pacientes do sexo feminino foi maior que do sexo masculino, a partir do ano de 2005, o que provavelmente ocorreu em função do número crescente de casos registrados ao longo do período. Esse crescimento da amostra permitiu a identificação de diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos pacientes por sexo a partir de 2005. Uma proporção maior de pacientes oncológicos do sexo feminino pode estar refletindo o efeito de envelhecimento populacional, que é mais pronunciado no sexo feminino. Isso poderia levar a uma maior proporção de casos de câncer do sexo feminino na população atendida pelo HUAP, em função da maior sobrevida geral dos indivíduos desse sexo¹³. Adicionalmente, isso pode refletir a sobremortalidade masculina específica para as neoplasias, pois há evidências de predomínio, na população masculina, de tipos de câncer com pior sobrevida³. Por outro lado, essa maior proporção de pacientes do sexo feminino pode estar relacionada, igualmente, à organização da oferta de serviços oncológicos específicos do HUAP, que pode ser mais concentrada no cuidado de neoplasias típicas ou mais frequentes no sexo feminino.

A concentração dos pacientes nas faixas etárias mais avançadas é esperada, visto que, com o desenrolar do processo de transição demográfica e consequente envelhecimento populacional, as neoplasias, doenças tipicamente concentradas nas faixas etárias mais avançadas, consolidam-se, não apenas como importante causa de morbimortalidade, mas como elemento crescente de demanda aos serviços de saúde, especialmente os hospitalares¹⁴⁻¹⁶.

Em relação às localizações mais frequentes dos tumores primários observadas nos pacientes de ambos os sexos, nota-se que há uma correspondência esperada, porém não exata, com o perfil epidemiológico do câncer no país³. Essa correspondência parcial pode ser justificada pela própria organização da assistência oncológica, não apenas em termos locais, mas em termos regionais¹⁷⁻¹⁸. Esse achado vai ao encontro da mesma hipótese já levantada na análise dos resultados por sexo.

Neste estudo, houve uma maior mortalidade hospitalar no sexo masculino. A maior mortalidade por câncer no sexo masculino é consistente com as evidências nacionais e internacionais^{3,19-20} e reflete o predomínio, no grupo de pacientes estudados, de localizações de câncer com pior sobrevida, tais como o câncer de estômago e o de pulmão^{3,19}, o que, igualmente, corrobora os achados já descritos para a distribuição dos casos de câncer do HUAP por sexo.

O aumento da mortalidade hospitalar observada pode ser atribuído a aspectos relacionados à qualidade da assistência, como o crescimento do número de casos de câncer (incluindo casos de maior gravidade) atendidos na hospitalar²¹. Uma explicação alternativa para esse aumento da mortalidade hospitalar seria o aumento da

identificação da ocorrência óbito nos pacientes com câncer nas informações coletadas pelo RHC.

As limitações analíticas observadas neste estudo estão, majoritariamente, concentradas na qualidade da informação do RHC, que reflete diretamente a qualidade da informação disponível nos registros hospitalares. Assim, nota-se a importância da busca pelo aprimoramento da informação registrada desde o momento da entrada do paciente no serviço, para que o RHC possa cumprir adequadamente sua função de ferramenta de gestão da assistência oncológica hospitalar^{7,22}. Para isso, são necessários a participação e o comprometimento de todos os atores envolvidos no RHC (desde os profissionais de saúde envolvidos na assistência até os gestores do sistema de saúde), e a disponibilidade de recursos físicos e tecnológicos para a adequada implementação do sistema de informação (desde a etapa de registro até a divulgação da informação)²³.

Assim, tendo em vista a posição prioritária do câncer como um problema de saúde pública no Brasil e o histórico de implementação de políticas públicas de assistência oncológica, este estudo demonstra potencial de apoio do RHC à gerência hospitalar nessa área de atenção. A interpretação de suas informações tem como objetivo conscientizar não apenas os profissionais de saúde e a gerência da unidade hospitalar, mas também a população de referência para o serviço. Isso possibilitaria a formulação e implantação de melhorias na assistência à saúde, pautadas na definição de prioridades baseadas em evidências e na participação de todos os atores envolvidos na assistência oncológica²⁴⁻²⁵.

CONCLUSÃO

O RHC-HUAP vem atuando, desde o ano 2000, na coleta contínua e sistemática das informações sobre os pacientes com câncer sob sua responsabilidade. Essas informações têm sido coletadas e processadas, e atualmente seu volume é substancial, o que possibilita a execução de análises quantitativas. Os resultados do estudo demonstram a potencialidade de utilização da base de dados do RHC-HUAP não apenas como ferramenta de gerência hospitalar, mas também nas atividades acadêmicas (ensino, pesquisa e extensão) desse hospital universitário. Evidencia-se, assim, a importância dos RHC em geral, pela sua contribuição na avaliação da atuação da rede hospitalar pública no país, na área da assistência oncológica, uma vez que podem gerar evidências que apontem para a necessidade de melhorias na assistência médico-hospitalar nas estratégias para prevenção e controle do câncer. No caso particular do RHC-HUAP, não obstante os desafios decorrentes da complexidade de sua missão institucional, a mesma relevância, em nível regional e estadual, é reconhecida.

AGRADECIMENTOS

A Diogo de Souza Santos, Thaís Mansur Motta e Michele de Oliveira Bloomfield Fernandes, bolsistas do Projeto de Extensão “Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário Antonio Pedro” dos anos de 2008, 2009 e 2010.

CONTRIBUIÇÕES

Luciana Tricai Cavalini contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; Pamella da Silva Cruz contribuiu na obtenção de dados e redação; Guilherdiana Maria da Silva contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e obtenção de dados; Ilce Ferreira da Silva contribuiu na interpretação de dados e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Guanche Garcell H, García Arzola E, González Isla J, Salomón Zaldívar E, Pérez Montero P. Tendencias de la morbilidad y letalidad hospitalaria por cáncer. *An Med Interna*. 2007;24(1):12-4.
2. Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(3):250-7.
3. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev bras cancerol*. 2005;51(3):227-34.
4. Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Levi F, Curado MP, Malvezzi M, et al. Trends in cancer mortality in Brazil, 1980-2004. *Eur J Cancer Prev*. 2010;19(2):79-86.
5. Carvalho FM. A trajetória histórica do Instituto Nacional de Câncer e do Brasil em relação a sua responsabilidade pública e a cidadania brasileira [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, Instituto A Vez do Mestre, Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Gestão Pública; 2008.
6. Bergamasco VD, Marta GN, Kowalski LP, Carvalho AL. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. *Rev bras cir cabeça pescoço*. 2008;37(1):15-9.
7. Kligerman J. Registro hospitalar de câncer no Brasil [editorial]. *Rev bras cancerol*. 2001;47(4):357-9.
8. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: INCA; c2004. 431 p.
9. Santos AEL. Práticas privadas da esfera pública. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7; 2006 ago 28-30; Florianópolis, BR. Florianópolis: Editora Mulheres; 2006. 5 p.
10. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA; 2000. 158 p.
11. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). SisRHC - Sistema de Registro Hospitalar de Câncer: manual de operação. Versão 2. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
12. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. *Rev Saúde Públ*. 2007;41(3):487-91.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Conclusões; p. 339-50.
14. Leal EAS, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. *Rev bras ginecol obstet*. 2003;25(2):81-6.
15. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Públ*. 2005;39(6):874-81.
16. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2463-6.
17. Schnitman A. Análise da fidedignidade da declaração da causa básica de morte por câncer em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Públ*. 1990;24(6):490-6.
18. Gomes Júnior SCS, Almeida RT. Comparação do registro da produção ambulatorial em oncologia no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):141-50.
19. Moraes MF. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil em 1998 [editorial]. *Rev bras cancerol*. 1998;44(1):5-6.
20. Lawrence D, Holman CD, Jablensky AV, Threlfall TJ, Fuller SA. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(5):382-8.
21. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(supl 1):S109-18.
22. Middleton RJ, Gavin AT, Reid JS, O'Reilly D. Accuracy of hospital discharge data for cancer registration and

- epidemiological research in Northern Ireland. *Cancer Causes Control*. 2000;11(10):899-905.
23. Cuervo LG, Roca S, Rodríguez MN, Stein J, Izquierdo J, Trujillo A, et al. Evaluation of institutional cancer registries in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6(3):202-6.
24. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(2):569-84.
25. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Informação para saúde. *Rede Câncer*. 2009;(8):28-30.

Abstract

Introduction: The database of the Hospital-based Cancer Registry allow the design of activities related to surveillance and planning of health care. **Objective:** To analyze the Hospital Cancer Registry database from the Antonio Pedro University Hospital at the Fluminense Federal University, over the 2000-2009 period, by gender, age group, tumor primary site and hospital mortality. **Method:** By exporting the database and design of bivariate analysis tables, with estimative of hypothesis tests and measures of association. **Results:** 3,544 patients were registered, 55.3% of which were female. Out of the total cases, in male, there was a higher concentration of patients from 60 to 79 year old (51.0%); while in the female cases, the concentration occurred in the group from the 40 to 59 years of age (45.8%). In male patients, the tumors of the digestive system occurred in higher number (29.2%), followed by genitals (19.9%) and the respiratory system (19.3%). In female patients, breast tumors were the most registered (37.8%), followed by the digestive system (17.4%) and genitals (13.4%). The intra-hospital mortality was higher among men (13.2%) than women (10.16%), resulting in a mortality rate by gender of 1.30, which is statistically significant. **Conclusion:** This study aimed to contribute to the role of Antonio Pedro University Hospital, as well as of the Brazilian public hospital network, in the oncology care area.

Key words: Hospital Records; Neoplasms/epidemiology; Diseases Registries; Information Systems; Health Services Epidemiology; Longitudinal Studies

Resumen

Introducción: Las bases de datos del Registro Hospitalario del Câncer permiten la elaboración de las actividades relacionadas a la vigilancia y la planificación de la atención a la salud. **Objetivo:** Análisis a la base de datos del Registro Hospitalario del Câncer del Hospital Universitario Antonio Pedro de la Universidad Federal Fluminense, en el período de 2000-2009, según sexo, edad, ubicación del tumor primario y mortalidad intrahospitalaria. **Método:** Exportación de la base de datos y preparación de tablas de análisis bivariada, con estimación de pruebas de hipótesis y medidas de asociación. **Resultados:** Se registraron 3.544 pacientes, 55,3% mujeres. Del total de casos, para los varones, hubo una mayor concentración entre las edades de 60 a 79 años (51,0%), mientras que para las mujeres la concentración ha ocurrido entre las edades de 40 a 59 años (45,8%). Entre los varones, los tumores más frecuentes ubicados en el aparato digestivo ocurrieron en mayor número (29,2%), seguido por el aparato genital (19,9%) y aparato respiratorio (19,3%). Entre las mujeres, los tumores de mama han sido los más registrados (37,8%), seguido por el aparato digestivo (17,4%) y aparato genital (13,4%). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor entre los varones (13,2%) que entre las mujeres (10,2%), encontrando una razón de letalidad entre los sexos de 1,30, estadísticamente significativa. **Conclusión:** Este estudio tuvo el objetivo de contribuir con la actuación del Hospital Universitário Antônio Pedro, así como de la red hospitalaria pública en el país, en el campo de la asistencia del câncer.

Palabras clave: Registros de Hospitales; Neoplasias/epidemiología; Registros de Enfermedades; Sistemas de Información; Epidemiología de los Servicios de Salud; Estudios Longitudinales