

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E TIPOS DE  
CÂNCER A PARTIR DE UM SISTEMA DE REGISTRO  
HOSPITALAR**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO  
Modalidade Artigo Publicável**

**Tassiéli Mendes Simas**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional**  
**Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável-

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E TIPOS DE**  
**CÂNCER A PARTIR DE UM SISTEMA DE REGISTRO**  
**HOSPITALAR**

Elaborado por  
**Tassiéli Mendes Simas**

Orientado e Co-orientado por  
**Prof<sup>a</sup>. D<sup>ra</sup>. Elenir Fedosse**  
**Enf<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de**  
**Saúde, Ênfase Hematologia-Oncologia, da Universidade Federal de**  
**Santa Maria (UFSM, RS)**

**Comissão Examinadora:**

**Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup>. Elenir Fedosse**  
(UFSM)-Presidente

**Assist. Social M<sup>a</sup>. Denise**  
**Pasqual Schmidt**  
(UFSM)

**Enf<sup>a</sup>. D<sup>ra</sup>. Sandra Marcia**  
**Soares Schmidt**  
(UFSM)

Santa Maria, 20 de março de 2014.

## RESUMO

Trabalho de Conclusão de Especialização  
Curso de Pós-Graduação Programa de Residência Multiprofissional  
Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,  
Área de Concentração Hematologia-Oncologia  
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

### ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E TIPOS DE CÂNCER A PARTIR DE UM SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR

Autor: Tassiéli Mendes Simas

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. D<sup>ª</sup>. Elenir Fedosse

Co-orientadora: Enf<sup>ª</sup>. M<sup>ª</sup>. Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 20 de março de 2014

**Introdução:** O perfil demográfico brasileiro tem se alterado ao longo dos anos, através das frequentes modificações relacionadas à urbanização e avanços tecnológicos, além da maior exposição da população a fatores de risco, próprios da atualidade. O câncer - conjunto de mais de 100 tipos distintos de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células anormais – é um desses fatores. Informações provenientes de registros de câncer abastecem sistemas de informação, que por sua vez resultam em estimativas, pesquisas, estudos epidemiológicos, fontes de planejamento em saúde. **Objetivo:** associar os fatores de risco com os tipos de câncer mais prevalentes de um hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, a partir de seu Registro Hospitalar de Câncer. **Método:** Estudo quantitativo, analítico, a partir de dados secundários de um Sistema de Informação em Saúde/Registro Hospitalar de Câncer, compreendendo o período de 2010-2011. Foi realizada a análise descritiva das variáveis. **Resultados:** Foram analisados 865 casos analíticos. Do total da amostra, 318 (30%) dos indivíduos possuíam Câncer de Mama, 260 (24%) Câncer do Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial, 176 (17%) Câncer de Próstata e 111 (10%) Câncer de Pulmão e Brônquios. Evidenciou-se a grande maioria de casos de câncer de mama em mulheres brancas, com significativo percentual de histórico familiar de câncer, possuindo maior grau de escolaridade. Para os cânceres de próstata, pulmões e brônquios houve uma prevalência entre os homens brancos, com menor grau de escolaridade. No sistema hematopoiético e reticuloendotelial chamou a atenção o alto índice de falta de informação na maioria das variáveis que os caracterizam, assim como em outros cânceres em menor proporção, condição que dificultou a associação pretendida. **Conclusão:** Salienta-se a concordância da associação encontrada, neste estudo, com a literatura consultada, e a importância de um registro completo e de qualidade de informações da inscrição/entrada do sujeito em uma unidade de assistência oncológica ao resultado do tratamento realizado. É importante que se faça o uso correto do instrumento Folha de Registro do Tumor, fonte de informações que alimenta os Sistemas de Registros Hospitalares, para que se possa desenvolver pesquisas o que, consequentemente, contribuir na proposição de políticas públicas de saúde e seu

planejamento e implementação. Assinala-se a necessidade de uma qualificação contínua da equipe que atua no Registro Hospitalar de Câncer, bem como dos demais trabalhadores responsáveis pelo registro de informações em prontuários (da recepção ao cuidado especializado).

**Palavras-chaves:** Câncer; Fatores de risco; Registro Hospitalar de Câncer.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Brazilian demographic profile has changed over the years, through frequent changes related to urbanization and technological advances, and the largest population exposure to risk factors themselves today. Cancer - set of over 100 different types of diseases that have in common the uncontrolled growth of abnormal cells - is one of those factors. Information from cancer registries supply information systems, which in turn result in estimates, research, epidemiological studies, sources of health planning. **Objective:** To associate the risk factors with the most prevalent types of cancer in a hospital accredited as Assistance Unit High Complexity in Oncology from your Hospital Cancer Registry. **Method:** quantitative, analytical study based on secondary data from a Health Information System / Hospital Cancer Registry, covering the period 2010-2011. Descriptive analysis of variables was performed. **Results:** 865 analytic cases were analyzed. Of the total sample, 318 ( 30 % ) of subjects had Breast Cancer, 260 ( 24 % ) Cancer of Hematopoietic and Reticuloendothelial System, 176 ( 17 % ) Prostate cancer and 111 ( 10 % ) lung cancer and bronchi. Evidenced the great majority of cases of breast cancer among white women, with a significant percentage of family history of cancer, having more education. For cancers of the prostate, lung and bronchus there was a prevalence among white men with less education. In the hematopoietic and reticuloendothelial system drew attention to the high rate of missing information in most of the variables that characterize them, as well as other cancers to a lesser extent, a condition that hindered the desired association. **Conclusion:** We emphasize the consistency of the association found in this study with the literature, and the importance of a complete record and quality of information the registration / entry of the subject in a cancer care unit to the result of the treatment. It is important to make proper use of the Record Sheet Tumor, source of information that feeds Systems Hospital Records instrument, so you can develop research which, in turn, contribute to the proposition of public health policy and planning and implementation. Points out the need for ongoing training of team working in the Hospital Cancer Registry, and other workers responsible for recording information in medical records ( Reception to specialist care ).

**Keywords:** Cancer; Risk factors; Hospital Cancer Registry.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CRACON – Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia

FRT – Folha de Registro de Tumor

IARC – International Agency for Research on Cancer

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIPAC – Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade

SisRHC – Sistema de Informação em Saúde/Registro Hospitalar de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** – Distribuição dos casos de câncer, segundo dados registrados no SisRHC.

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Características demográficas e de riscos para câncer de sujeitos diagnosticados com câncer de mama.

**Tabela 2** – Características demográficas e de riscos para câncer do Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial.

**Tabela 3** – Características demográficas e de riscos para câncer de próstata.

**Tabela 4** – Características demográficas e de riscos para câncer de pulmão e brônquios.

**Tabela 5** – Associação entre o tipo de câncer e os fatores de risco.

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** – Ficha do Registro Hospitalar de Câncer.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 MÉTODO .....	12
3 RESULTADOS .....	14
4 DISCUSSÃO.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

## INTRODUÇÃO

Câncer é o nome designado a um conjunto de mais de 100 tipos distintos de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Sua origem se dá por condições multifatoriais, esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (INCA, 2013).

Conforme estimativas mundiais da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, no ano de 2012. A previsão é de que o número de casos continue aumentando nos países em desenvolvimento e que incida cada vez mais em países desenvolvidos, caso medidas preventivas não sejam amplamente realizadas (INCA, 2013). Para 2030, estão previstos 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes por câncer, levando-se em consideração o crescimento e envelhecimento populacional, a redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento. Para o Brasil, no período 2014- 2015 é previsto a ocorrência de, aproximadamente, 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a dimensão do problema do câncer no país (INCA, 2013).

Com relação aos tipos de câncer, pele do tipo não melanoma (182 mil) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Nos homens, prevalecem os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; já nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide. No Rio Grande do Sul, as estimativas para o biênio 2014-2015 são de 37.910 casos de câncer com as maiores prevalências, respectivamente, para o câncer de próstata, mama, pulmão, leucemias, linfoma não Hodgking e linfomas de Hodgking (INCA, 2013).

Diante destas estimativas, é importante ponderar que o Brasil tem alterado seu perfil demográfico ao longo dos anos, através das frequentes modificações relacionadas à urbanização e avanços tecnológicos, além da maior exposição da população a fatores de risco, próprios da atualidade.

Entende-se por risco a chance de uma pessoa saudável, exposta a determinados fatores, hereditários ou ambientais, adquirir determinada doença. Fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (INCA, 2013). Um mesmo fator pode representar risco para uma série de doenças, a exemplo do tabagismo, que é fator de risco para mais de um tipo de câncer, além de doenças respiratórias e cardiovasculares. Da mesma forma, múltiplos fatores de risco podem influenciar na origem de uma mesma doença. Em virtude disso, o estudo dos fatores de risco, combinados ou isolados, permite estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de câncer (INCA, 2010).

Convém ressaltar que nem sempre é fácil reconhecer a relação entre exposição a fatores de risco e o desenvolvimento de uma doença, principalmente quando essa relação deve-se a comportamentos sociais comuns. Em doenças crônicas, por exemplo, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos à exposição. Até o momento, reconhece-se que o meio ambiente - em geral, ocupacional, de consumo, social e cultural -, onde se encontram muitos fatores de risco, está relacionado com a maioria dos casos de câncer (80%) (INCA, 2010).

Frente à significativa mudança no perfil de morbimortalidade, associada à transformação demográfica e à maior prevalência de doenças crônicas como o câncer, a vigilância epidemiológica tem buscado garantir a produção fidedigna de informações em saúde. Dessa forma, informações provenientes de registros de câncer, abastecem sistemas de informação, pesquisas, estimativas, estudos epidemiológicos e constituem fonte de planejamento em saúde para posterior investimento em medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação em oncologia (INCA, 2010).

O primeiro Registro Hospitalar de Câncer (RHC) brasileiro foi implantado no ano de 1983 e, desde 1993, o funcionamento dos RHC no Brasil é amparado por base legal (Portaria nº 171, do Ministério da Saúde [MS]).

A referida portaria incluiu os hospitais de atendimento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), considerando obrigatória a existência de RHC para melhorar a qualidade da informação hospitalar (INCA, 2010).

Em 1998, a Portaria nº 3.535, regulamentou os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), evidenciou a necessidade dos RHC nestas instituições. Em

2005, a Portaria nº 741 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), redefiniu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os CACON e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON), conforme suas aptidões e qualidades, reafirmando, que as Unidades e Centros devem dispor e manter em funcionamento o RHC informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo INCA (INCA, 2010).

Os RHC são fontes de informações com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de câncer. Ao se implantar um RHC, objetiva-se à avaliação da qualidade assistencial e a criação de uma base de dados hospitalares para traçar o perfil dos pacientes oncológicos atendidos naquela unidade (KLIGERMAN, 2001).

O registro hospitalar apresenta-se como recurso de acompanhamento e avaliação da qualidade do trabalho oncológico e permite identificar os resultados finais do tratamento, a monitoração e a avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, com isso, ajuda a equipe de saúde no acompanhamento dos casos e oferece dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados (INCA, 2010). Assim, visam o aprimoramento do serviço prestado pela instituição e facilitam o planejamento de saúde. Vão, dessa forma, ao encontro da proposta da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, que visa a redução da mortalidade e incapacidade e a diminuição da incidência de câncer, com ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Em vista disso, acredita-se que, com a implantação completa dos RHC, estar-se-á fomentando uma assistência qualificada e integral, uma vez que, além de dispor informações e documentar a assistência oncológica, também tenta assegurar o seguimento dos usuários (INCA, 2010).

Diante do exposto, este estudo pretende associar os fatores de risco com os tipos de câncer mais prevalentes de um hospital credenciado como uma UNACON, a partir de seu RHC.

## **2 MÉTODO**

Estudo quantitativo, analítico, a partir de dados secundários de um Sistema de Informação em Saúde/Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC), compreendendo o

período de 2010-2011. A base de dados pertence a um hospital público habilitado, conforme já indicado, como uma UNACON, que se configura como referência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes de uma estratégica região de saúde (região central) do Rio Grande do Sul.

O período escolhido decorreu do fato de que está assegurada a qualidade e fidedignidade dos dados cadastrados no RHC do referido hospital.

O cadastro é realizado a partir da Ficha de Registro de Tumor (FRT) - (Anexo A) - e executado por uma profissional qualificada para a função, pelo INCA. Utilizou-se para a análise dados referentes aos cânceres mais prevalentes em homens e mulheres; ocupando-se e discutindo-se resultados com um percentual acima de 10%. Deste modo, são analisados os casos de câncer de mama, câncer de próstata, câncer dos sistemas hematopoiético e reticuloendotelial e câncer de pulmão e brônquios.

O câncer de pele também obteve alto índice de prevalência, porém não foi analisado devido grande possibilidade de viés. A exclusão justifica-se, pois o câncer de pele inclui os tumores do tipo melanoma e o não-melanoma, mas o SisRHC não permite a distinção de ambos para análise. Ressalta-se que o não-melanoma configura-se como a maior parte dos casos de câncer de pele, porém, como não requer notificação compulsória, possui baixa letalidade e tratamento ambulatorial, além de ser sub-registrado e sub-diagnosticado (INCA, 2005), não foi possível incluí-lo, neste estudo.

Sendo assim, a amostra foi composta por 856 cadastros de neoplasias malignas. Foram incluídos no estudo apenas os casos analíticos, que compreendem os usuários do hospital desde a primeira consulta, abrangendo todo o acompanhamento do tratamento (segundo critérios próprios do programa SisRHC para o cadastro de casos analíticos). Os critérios de exclusão, além do já exposto acima, compreenderam os casos não-analíticos referentes ao período do estudo; esses foram excluídos devido não representarem dados fidedignos de todo o percurso do paciente neste hospital ( muitas vezes, constatam-se registros que indicam a realização de procedimentos isolados).

A análise dos dados consistiu na descrição das variáveis selecionadas da FRT. Analisou-se as variáveis sexo, raça, escolaridade, histórico familiar de câncer, consumo de álcool e consumo de tabaco para os cânceres mais prevalentes.

Os dados foram organizados no Programa *Microsoft Office Excell 2003 for Windows* e, posteriormente trabalhados estatisticamente no programa *Statistica SPSS* versão 15, com confiabilidade de 95%. Realizou-se análise descritiva e testes para

avaliação da associação do tipo de câncer com os fatores de risco através do Teste Qui-Quadrado. Verificou-se a associação global entre as variáveis e a associação local entre categorias, calculando-se os resíduos ajustados. O resíduo ajustado tem distribuição normal com média zero e desvio padrão igual a 1. Desta forma, caso o resíduo ajustado seja maior que 1,96, em valor absoluto, pode-se dizer que há evidências de associação significativa entre as duas categorias naquela análise. Quanto maior for o resíduo ajustado, maior a associação entre as categorias.

Foram considerados, em todas as etapas deste estudo, os preceitos da Nova Resolução para Pesquisas com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto que originou este artigo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (número de protocolo CAAE 21509613.4.0000.5346).

### 3 RESULTADOS

Apresenta-se na Figura 1 dados relativos aos tipos de cânceres.

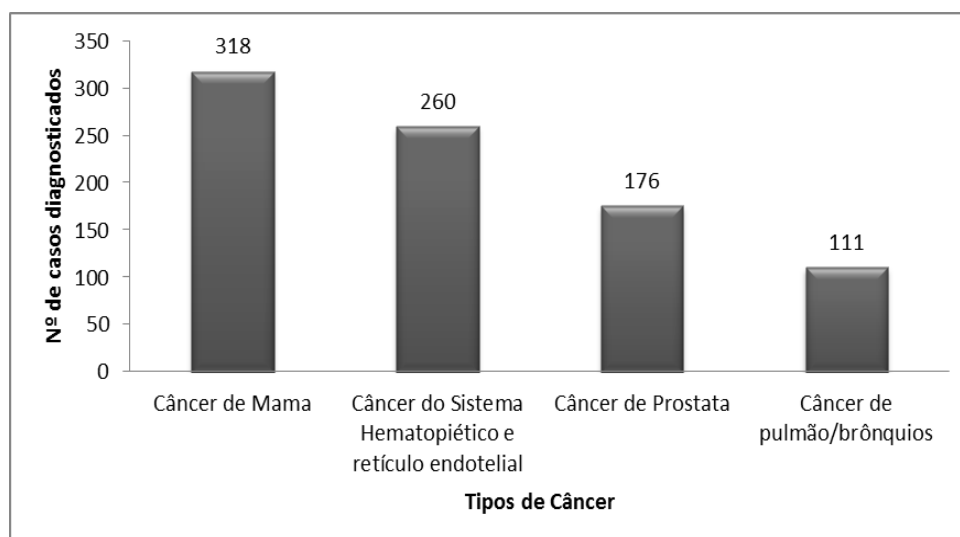


Figura 1: Distribuição dos casos de câncer, segundo dados registrados no SisRHC

Note-se que total da amostra, 30% dos indivíduos possuíam Câncer de Mama, 24% Câncer do Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial, 17% Câncer de Próstata e 10% Câncer de Pulmão e Brônquios.

Nas tabelas, a seguir, vê-se a descrição das variáveis demográficas - sexo, raça, escolaridade e de risco - histórico familiar de câncer, consumo de álcool e consumo de tabaco -, analisadas para cada tipo de câncer mais prevalente (Tabela 1 – câncer de mama; Tabela 2 – câncer do sistema hematopoiético e reticuloendotelial; Tabela 3 - câncer de próstata e Tabela 4 - câncer de pulmão e brônquios. E, por último, apresenta-se a Tabela 5 representativa da associação entre os tipos de câncer e fatores de risco.

Tabela 1: Características demográficas e de riscos para câncer de sujeitos diagnosticados com câncer de mama.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	19	6%
Feminino	299	94%
Raça/cor		
Branca	269	85%
Preta	14	4%
Parda	1	0,3%
Amarela	3	1%
Sem informação	31	10%
Escolaridade		
Nenhuma	7	2%
Fundamental Incompleto	116	37%
Fundamental Completo	35	11%
Nível médio	46	14%
Nível superior incompleto	4	1%
Nível superior completo	28	9%
Sem informação	82	26%
Histórico Familiar de Câncer		
Sim	105	33%
Não	62	19%
Sem informação	151	47%
Consumo de Bebida Alcoólica		
Nunca	126	40%
Ex-consumidor	1	0,3%
Sim	11	3%
Não avaliado	1	0,3%
Sem informação	179	56%
Consumo de Tabaco		
Nunca	104	32,7%
Ex-consumidor	14	4,4%

Sim	45	14,2%
Não avaliado	1	0,3%
Não se aplica	1	0,3%
Sem informação	153	48,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1.600</b>	<b>100%</b>

A partir da Tabela 1, verifica-se que 94% eram do sexo feminino e 85% da raça branca. O grau de instrução mais frequente foi o ensino fundamental incompleto. Para história familiar de câncer da mama, 33% dos casos registrados foram positivos, porém, considerando-se o alto índice de “sem informação”, o percentual sobe para 63%. Quando se refere ao alcoolismo, em sua maioria (40%), as respondentes disseram nunca ter consumido álcool, porém, quando retirados os casos “sem informação”, o percentual é de 91%. A maioria das mulheres respondeu “nunca” (32,7%) para o que se refere ao consumo de tabaco. Nesse quesito, novamente, chama a atenção o alto índice de “sem informação” (48,1%).

Tabela 2: Características demográficas e de riscos para câncer do Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	138	53%
Feminino	122	47%
<b>Raça/cor</b>		
Branca	217	83%
Preta	5	2%
Parda	10	4%
Sem informação	28	11%
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	21	8%
Fundamental Incompleto	104	40%
Fundamental Completo	20	8%
Nível médio	15	6%
Nível superior incompleto	2	1%
Nível superior completo	10	4%
Sem informação	88	34%
<b>Histórico Familiar de Câncer</b>		
Sim	35	13%
Não	40	15%
Sem informação	185	71%
<b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>		
Nunca	63	24%



Ex-consumidor	5	2%
Sim	15	6%
Não se aplica	29	11%
Sem informação	148	57%
Consumo de Tabaco		
Nunca	49	19%
Ex-consumidor	13	5,0%
Sim	35	13,5%
Não se aplica	30	11,5%
Sem informação	133	51,2%
<b>TOTAL</b>	<b>1.570</b>	<b>100%</b>

Note-se, na Tabela 2, prevalência semelhante entre os sexos. Quanto à raça, pertencem, majoritariamente, à raça branca; mas quando se considera apenas os que responderam a esta questão, verifica-se que esse percentual é de 93%. No quesito escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi o que apresentou maior índice. A história familiar de câncer foi positiva para apenas 15%, porém houve alto índice de “sem informação” (71%), o que modifica o índice para 53% com câncer hematopoiético ou reticuloendotelial na família, considerando-se apenas os que responderam. Em relação ao alcoolismo, verificou-se que 24% responderam nunca ter consumido álcool ; quando considera-se apenas os que responderam a questão, verifica-se que esse percentual é 43%. Quanto ao tabagismo pode-se identificar que 19% responderam nunca terem consumido contra 18,5% que são ex-consumidores ou fumantes. No entanto, chama a atenção o índice alto de “sem informação”, tanto para a resposta referente ao consumo de álcool, quanto tabaco.

Tabela 3: Características demográficas e de riscos para câncer de próstata.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Raça/cor		
Branca	145	82%
Preta	13	7%
Parda	6	3%
Amarela	1	0,6%
Sem informação	11	6%
Escolaridade		
Nenhuma	12	7%
Fundamental Incompleto	96	55%
Fundamental Completo	9	5%
Nível médio	5	3%
Nível superior incompleto	2	1%

Nível superior completo	5	3%
Sem informação	47	27%
Histórico Familiar de Câncer		
Sim	38	22%
Não	35	20%
Sem informação	103	58%
Consumo de Bebida Alcoólica		
Nunca	40	23%
Ex-consumidor	18	10%
Sim	22	13%
Sem informação	96	54%
Consumo de Tabaco		
Nunca	35	19,9%
Ex-consumidor	27	15,3%
Sim	39	22,2%
Sem informação	75	42,6%
<b>TOTAL</b>	<b>879</b>	<b>100%</b>

Na Tabela 3 verifica-se que em sua maioria os pacientes são da raça branca ; excluindo-se os que não tem informação completa esse percentual passa a ser de 88%. O ensino fundamental incompleto é o grau de instrução mais prevalente. Em relação ao histórico familiar, 22% relataram ter conhecimento de algum caso na família; considerando apenas os respondentes, esse percentual sobe para 52%. No que diz respeito ao consumo de álcool, verificou-se paridade entre o uso (ex-consumidor ou consumidor ativo) (23%) e não uso (23%). Chama a atenção nesse quesito a taxa alta de “sem informação” (54%). Relativo ao consumo de tabaco a maior parte dos respondentes utiliza ou já utilizou (37,5%), porém também se destaca a ausência de resposta em 42,6% dos casos.

Tabela 4: Características demográficas e de riscos para câncer de pulmão e brônquios.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Raça/cor		
Branca	98	88%
Preta	5	5%
Parda	2	2%
Sem informação	6	5%
Escolaridade		
Nenhuma	10	9%
Fundamental Incompleto	66	59%
Fundamental Completo	6	5%
Nível médio	9	8%

Nível superior completo	1	1%
Sem informação	19	17%
Histórico Familiar de Câncer		
Sim	24	22%
Não	19	17%
Sem informação	68	61%
Consumo de Bebida Alcoólica		
Nunca	29	26%
Ex-consumidor	13	12%
Sim	27	24%
Sem informação	42	38%
Consumo de Tabaco		
Nunca	7	6%
Ex-consumidor	29	26%
Sim	62	56%
Sem informação	13	12%
<b>TOTAL</b>	<b>575</b>	<b>100%</b>

A Tabela 4 demonstra que 88% dos casos são da raça branca, excluindo 6 pacientes sem informação esse percentual sobe para 93%. O grau de instrução mais prevalente foi o fundamental incompleto; é importante salientar a ausência dessa informação em 17% dos casos. Em relação ao histórico familiar, 22% citaram ter algum caso de câncer de pulmão e brônquios na família; considerando-se apenas os casos registrado com informação, esse percentual muda para 56%. No que diz respeito ao consumo de álcool, 36% já consumiram ou ainda o consomem (a ausência dessa informação é relativamente pequena, 2%, qdo comparada aos outros tipos de câncer). Para o consumo de tabaco, destaca-se o alto percentual de pacientes ex-consumidores ou consumidores ativos (82%); ressalta-se que em 12% dos casos não se tem a informação de ex ou consumo atual.

Apresenta, a seguir, a Tabela 5 que representa a associação entre os tipos mais prevalentes de câncer e os fatores de risco analisados:

Tabela 5: Associação entre o tipo de câncer e os fatores de risco.

Variáveis	Tipo de câncer			p-valor
	Sist. Hemato/reticulo	Mama	Próstata	
<b>Raça</b>				
Branca	217 (93,5%)	269 (93,7%)	145 (87,9%)	98 (93,3%) 0,108

Não Branca	15 (6,5%)	18 (6,3%)	20 (12,1%)	7 (6,7%)	
<b>Escolaridade</b>					
Nenhuma	21 (12,5%)	7 (3%)	12 (9,3%)	10 (10,9%)	
Fundamental	104 (60,5%)	116 (49,2%)	96 (74,4%)	66 (71,7%)	
Incompleto					
Fundamental	20 (11,6%)	35 (14,8%)	9 (7,0%)	6 (6,5%)	<0,0001
Completo					
Ensino médio	15 (8,7%)	46 (19,5%)	5 (3,9%)	9 (9,8%)	
Superior	12 (7,0%)	32 (13,6%)	7 (5,4%)	1 (1,1%)	
<b>Histórico Familiar</b>					
Sim	35 (46,7%)	105 (62,9%)	38 (52,1%)	24 (55,8%)	0,098
Não	40 (5,3%)	62 (37,1%)	35 (47,9%)	19 (44,2%)	
<b>Alcoolismo</b>					
Nunca	63 (75,9%)	126 (91,3%)	40 (50,0%)	29 (42,0%)	<0,0001
Ex	5 (6,0%)	1 (0,7%)	18 (22,5%)	13 (18,8%)	
Sim	15 (18,1%)	11 (8,0%)	22 (27,5%)	27 (39,1%)	
<b>Tabagismo</b>					
Nunca	49 (50,5%)	104 (63,8%)	35 (34,7%)	7 (7,1%)	<0,0001
Ex	13 (13,4%)	14 (8,6%)	27 (26,7%)	29 (29,6%)	
Sim	35 (36,1%)	45 (27,6%)	39 (38,6%)	62 (63,3%)	

Analisando-se a Tabela 5, pode-se verificar que existiu associação entre o tipo de câncer com as variáveis escolaridade ( $p < 0,0001$ ), alcoolismo ( $p < 0,0001$ ) e tabagismo ( $p < 0,0001$ ).

Para a variável escolaridade, identificou-se o que para o câncer hematopoiético e reticuloendotelial não há nenhuma associação com a escolaridade. Porém, a escolaridade ensino fundamental incompleto está associada à prevalência de câncer de próstata e de pulmão e houve associação entre ensino médio e superior com câncer de mama.

Para a variável referente ao alcoolismo, houve associação com alguns tipos de câncer. Essa associação é dada entre a resposta “nunca” com o “câncer de mama”, assim como, com “ex consumidor” de álcool com câncer de próstata e câncer de pulmão e brônquios. Ainda, pacientes que responderam sim ao consumo de álcool estão associados ao câncer de pulmão.

Para a variável que se refere ao tabagismo, verificou-se associação entre nunca ter fumado e câncer de mama, e também, entre ser “ex fumante” e câncer de próstata e de pulmão e brônquios. Além disso, houve associação entre ser fumante e ser portador de câncer de pulmão.

## 4 DISCUSSÃO

O estudo da frequência e distribuição dos diferentes tipos de câncer, bem como dos fatores de risco influenciáveis, são fundamentais ao adequado monitoramento e controle do câncer. Por ser o Brasil um país de grandes dimensões e contrastes geográficos significativos, reforça-se a importância em pesquisar o comportamento do câncer segundo as regiões.

Neste sentido, os RHCs têm colaborado de modo decisivo no estabelecimento de diretrizes para a política nacional de prevenção e controle do câncer, para a alocação de recursos de diagnóstico e tratamento do câncer e para a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes (KLIGERMAN, 2001). O presente estudo descreveu a prevalência de câncer na região central, estratégica no que se refere à assistência à saúde, do Rio Grande do Sul, salientando a maior ocorrência dos tipos: mama (30%), sistema hematopoiético e reticuloendotelial (24%), próstata (17%) e pulmão e brônquios (10%).

Quanto às características dos pacientes, de acordo com cada tipo de câncer salienta-se, para o câncer de mama a presença majoritária do sexo feminino (94%). Ainda para este câncer, 85% pertenciam à raça branca, assim como o encontrado nos estudos de Cintra, Guerra, Bustamante-Teixeira (2008) e Schneider, D'Orsi (2009). Também para câncer de mama, chamou a atenção o índice de 63% com histórico familiar da doença, considerando-se apenas os que responderam à questão. Sobre isso, sabe-se que a história familiar de risco para este tipo de câncer é significativo, podendo indicar predisposição genética, associada à presença de mutações em determinados genes (BRASIL, 2013). A presença do câncer de mama associado com o histórico familiar é bem definida. Estudos apontam que história familiar de câncer em parentes de primeiro grau aumenta o risco de câncer em duas vezes (PINHEIRO et. al., 2013).

Os altos índices de “sem informação” chamaram atenção no que se refere ao consumo de álcool (56%) e tabaco (48,1%), bem como à informação sobre histórico familiar (47%) de câncer de mama. Ressalta-se que tais dados, assim como todos os que integram o formulário de registros de câncer atendidos nos hospitais referências, são importantíssimos para o cuidado em oncologia, no entanto, a falta de rigor técnico em seu preenchimento compromete não apenas o levantamento de dados, mas também o cuidado integral na área. A implantação de um RHC é um grande desafio, devido às

dificuldades que necessitam superação para se pensar em uma integralidade e qualidade de dados (NASCIMENTO; ALVES, 2012), por isso, é importante que se invista, cada vez mais, na formação profissional dos trabalhadores da saúde para que gerem informações completas e precisas sobre suas práticas. Há que se construir, nas unidades hospitalares brasileiras, uma tradição em registros pontuais e relevantes para o cuidado em saúde, sobretudo, nos casos oncológicos.

Os cânceres hematopoiéticos e reticuloendoteliais que compreendem, inclusive, a maioria das leucemias, apresentaram também percentuais altos de “sem informação” para os quesitos histórico familiar (71%), consumo de álcool (57%) e tabaco (51,2%). Porém, sabe-se da importância em investigar essas informações, visto que a história familiar de algumas leucemias, por exemplo, representa fator de risco para o maior acometimento por algumas doenças linfoproliferativas (YAMAMOTO, FIGUEIREDO; 2005).

Tanto para o câncer de próstata quanto para o de pulmão, destaca-se a alta prevalência na raça branca (82% e 88% respectivamente). No entanto, estudos mostram cânceres como os de próstata, com maior frequência em brancos, devido a maior disponibilidade de testes de rastreamento e detecção para essa raça, configurando uma situação de desigualdade social que reflete iniquidades na acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, é notável que existe uma variação no comportamento em relação ao rastreamento entre grupos étnicos e raciais (ARREGUI, 2000). Salienta-se que para o câncer de próstata, nosso estudo pode ter sido prejudicado, mais uma vez, pela ausência de informação no que se refere à história familiar (58%), ao consumo de álcool (54%) e tabaco (42,6%).

Para os casos de câncer de pulmão, analisando-se a descrição das variáveis, destacou-se o percentual de 59% dos homens com câncer de pulmão com escolaridade de ensino fundamental incompleto. Sobre isso, é importante lembrar que, muitas vezes, coexistem fatores de risco relacionados à pobreza e ao desenvolvimento. Nesse sentido, o Brasil com suas diferenças regionais acentuadas, é marcado por desigualdades socioeconômicas refletidas em menor acesso à educação, o que pode repercutir na maior frequência de determinados tipos de câncer, como o de pulmão (CASTRO, 2004).

Para o consumo de álcool, 36% dos pacientes com câncer de pulmão consumiam ou eram ex-consumidores, porém houve um percentual de 38% sem informação sobre

esse uso. A ausência de informação também foi significativa aqui para história familiar (61%).

No que se refere ao uso do tabaco entre os pacientes deste estudo, portadores de câncer de pulmão, 82% utilizam ou já utilizaram. Em uma pesquisa de caso-controle realizada em uma cidade médio porte do Brasil, comprovou-se risco populacional para câncer de pulmão atribuível ao fumo de 63% para ex-fumantes e de 71% para fumantes. Ainda, na capital do Rio Grande do Sul encontram-se as maiores taxas de incidência ajustadas por idade do país, 54,9/100.000 em homens e 16,1/100.000 em mulheres (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Analisando-se as informações obtidas a partir da associação entre os tipos de câncer com os fatores de risco selecionados por meio da aplicação do Teste Qui-Quadrado, encontrou-se associação entre ocorrência de câncer de pulmão e de próstata com menor escolaridade e câncer de mama com maior escolaridade ( $p < 0,0001$ ). Também se identificou associação entre uso de álcool e câncer de pulmão e próstata ( $p < 0,0001$ ) e entre consumo de tabaco e câncer de pulmão ( $p < 0,0001$ ).

Menor escolaridade (apenas ensino fundamental e muitos incompletos) foi associada à ocorrência de câncer de próstata e de pulmão. No que se refere ao câncer de próstata, geralmente associa-se sua ocorrência a falta de informação a respeito da prevenção e tratamento precoce a baixos níveis de escolaridade. Assim, a desinformação atinge com maior amplitude a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico, exigindo ações educativas que voltem suas atenções para este grupo (GOMES et. al., 2008).

No que diz respeito ao câncer de pulmão, também existe estudo que aponta a associação entre baixo nível de escolaridade com a ocorrência da doença, considerando que a parcela da população com piores condições socioeconômicas e baixo nível de escolaridade são as que apresentam taxas mais altas de prevalência de tabagismo (WUNSCH FILHO et al, 2010). Assim, a escolaridade necessita ser compreendida por sua relação com comportamentos de prevenção e acesso ao diagnóstico precoce e tratamento (WEBER et al, 2007).

Para o câncer de mama, nosso estudo encontrou associação à maiores escolaridades (ensino médio e superior). Pesquisa realizada em São Paulo demonstrou que o nível de escolaridade pode influenciar em medidas preventivas do câncer de mama e conseqüentemente na detecção precoce do tumor, no seu estudo a maioria dos

casos de mulheres com câncer possuíam ensino médio (PINHEIRO et. al., 2013). Outro estudo, com mulheres nordestinas, apontou que tanto o exame clínico das mamas quanto a mamografia foram mais frequentes nas mulheres com maior escolaridade, o que pode influenciar na busca por serviços e atendimentos médicos frente a aparecimento de nódulos e/ou suspeitas de câncer de mama. Já mulheres com menor escolaridade, por serem mais vulneráveis, devem ser vistas como prioridade em estratégias de prevenção de câncer de mama (LIMA, 2011).

No que se refere ao consumo de álcool, o presente estudo encontrou associação entre ser “ex consumidor” e ocorrência de câncer de próstata e câncer de pulmão e brônquios. Também identificou associação entre consumir tabaco e câncer de pulmão.

Autores apontam que o álcool e o tabaco são dois fatores de risco mais importantes não só para o desenvolvimento de cânceres como também para seu prognóstico. O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer de boca, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior e também pode ser associado à ocorrência de câncer de fígado. São atribuídas de 2% a 4% das mortes por câncer ao álcool, e mais especificamente de 50% a 70% de todas as mortes por câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago (FEITOSA; PONTES, 2011). No entanto, estudos que relacionem especificamente o consumo de álcool com índices significativos de câncer de pulmão e próstata não foram encontrados na revisão de literatura realizada.

Sobre a associação entre o consumo de tabaco e a ocorrência de câncer de pulmão, há tempos há divulgação da forte relação entre o hábito de fumar e menor expectativa de vida (ZAMBONI, 2002). Fumar constitui um importante fator de risco para câncer e já se comprovou que a cessação do hábito contribuiria para reduções significativas na incidência de câncer de pulmão, laringe e esôfago (MENEZES et al, 2002).

Ademais, concluindo-se a análise a que se propôs este estudo, foi possível notar que, em grande parte dos casos, houve ausência de informações importantes no que se refere a algumas variáveis, o que pode ter conferido viés a este trabalho em alguns momentos. Assim como em outros estudos, a falta de informações em prontuários prejudica a correta análise do perfil do câncer. Alguns estudos apontam para a falta de qualidade da informação do RHC, ressaltando um melhor aprimoramento da informação desde o momento da entrada do paciente ao serviço, para que o RHC cumpra sua função



de ferramenta de gestão da assistência oncológica com eficiência (CAVALINI et. al., 2012). Devido a isto é que se assinala para a importância e necessidade de treinamento a respeito da coleta de dados cadastrais, conforme outra pesquisa, onde foi evidenciada a baixa qualidade de algumas informações (ARREGUI, 2000).

Assim, concorda-se que, muitas vezes, os RHCs, enfrentam problemas estruturais para a sua manutenção e acabam refletindo em dados incompletos, prejudicando as análises e comparações da situação do câncer nas diferentes regiões do país (GUERRA, GALLO, MENDONÇA; 2005). Por isso a importância da manutenção de uma equipe treinada e dedicada ao registro, para a produção de dados de qualidade (ARREGUI, 2000).

Note-se que as dificuldades estruturais relativas aos RHC têm sido referidas desde o início dos anos 10 deste século, o que se configura como indício da necessidade de maiores investimentos em recursos de pessoal (qualificação profissionais para registrar sua prática, por exemplo) e material (suporte computacional, por exemplo) para se alcançar resultados epidemiológicos e se propor políticas cada vez mais apropriadas para cada problema de saúde, sobretudo, nos casos de câncer, de grande magnitude e alto custo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sendo o câncer uma doença crônica, com números de casos em notável crescimento se faz importante que idealizações de ações em saúde sejam realizadas. Para isso é fundamental que Registros Hospitalares de Câncer estejam em constantes atualizações.

Os dados coletados permitiram associar determinados fatores de risco com cânceres mais prevalentes conforme registros de um hospital universitário. Evidenciou-se a grande maioria de casos de câncer de mama em mulheres brancas, com significativo percentual de histórico familiar de câncer, possuindo maior grau de escolaridade. Porém alguns fatores apresentaram significativas faltas de informações, como no caso do álcool e do tabaco. No que se refere ao sistema hematopoiético e reticuloendotelial o que chamou a atenção foi o alto índice de “sem informação” nas diferentes variáveis podendo prejudicar o estudo. Para os cânceres de próstata e

pulmões e brônquios houve uma prevalência entre os homens brancos, com menor grau de escolaridade, no entanto, novamente variáveis como histórico familiar, consumo de álcool e tabaco apresentaram um elevado índice no quesito que não possui informação.

Diante disto salienta-se a importância de um registro hospitalar com preenchimento completo e de qualidade dos dados. Neste estudo muitos dados apresentaram-se como “sem informação” podendo comprometer a fidedignidade dos resultados. É importante que se faça o uso correto do instrumento FRT que irá alimentar os sistemas de registros hospitalares, pois é através disto que pesquisas, políticas públicas e ações em saúde poderão ser planejadas e implantadas.

Desta forma é importante assinalar para a necessidade de uma qualificação contínua da equipe que atua no RHC, bem como, dos trabalhadores de saúde que são responsáveis pelo registro de informações em prontuários, incluindo todos os profissionais que prestam cuidado ao paciente, indo além somente da figura do médico, pois todos influenciam na integralidade do cuidado em saúde, no momento em que não fazem a sua parte na atualização e manutenção das informações. Apesar de essa não ser uma tarefa fácil nem rotineira, deve-se tentar constantemente que isso seja realizado e também que os profissionais responsáveis diretos pelos RHCs possuam treinamento e atualizações constantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARREGUI, MMU. Registro Hospitalar de Câncer: Cinco Anos de Experiência no Instituto do Câncer do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n.4, p.377-387, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. SisRHC - Sistema de Registro Hospitalar de Câncer: manual de operação. Versão 2. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p

CASTRO, M. S. M.; Padrões espaço-temporais da mortalidade por câncer de pulmão no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, n. 2, 2004.

CAVALINI, L.T.; CRUZ, P.S.; SILVA G.M.; SILVA, I.F. Perfil da Assistência em um Hospital Universitário: Informações do Registro Hospitalar de Câncer, 2000-2009. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.2, p.153-161, 2012.

CINTRA, J.R.D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 54, n. 4, p. 339-346, 2008.

FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil), **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605-613, 2011.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S.; ARAÚJO, F. C.; NASCIMENTO, E. F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 235-246, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO,C. V. M.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

INCA. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. –Rio de Janeiro: INCA, 2010.

\_\_\_\_\_.Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

KLIGERMAN, J. Registro hospitalar de câncer no Brasil [editorial]. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 357-359, 2001

LIMA, A. L. P.; ROLIM, N. C. O. P.; GAMA, M. E. A.; PESTANA, A. L.; SILVA, E. L.; CUNHA, C. L. F. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.7, p. 1433-1439, 2011.

MENEZES, A; HORTA, B.L.; OLIVEIRA, A. L. B.; KAUFMANN, R.; DUQUIA, R.; DINIZ, A.; MOTTA, L. H.; CENTENO, M. C.; ESTANISLAU, G.; GOMES, L. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 129-134, 2002.

NASCIMENTO, L. R.; ALVES, S. V. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 473-482, 2011.

PINHEIRO, A.B.; LAUTER, D.S.; MEDEIROS, G.C.; CARDOZO, I.R.; MENEZES, L.M.; SOUZA, R.M.B.; ABRAHÃO, K.; CASADO, L.; BERGMAN, A.; THULER, L.C.S. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n.3, p.351-359, 2013.

SCHNEIDER, I.J.C; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.6, p. 1285-1296, 2009.

YAMAMOTO, M.; FIGUEIREDO, V. L. P. Epidemiologia da leucemia linfocítica crônica e leucemia linfocítica crônica familiar. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v.27, n. 4, p. 229-232, 2005.

WEBER, C. R.; BERTOLLO, E.; GOMES, T. N.; PERLINI-GIRARDON, N. M. O. Mortalidade por câncer no município de santo augusto/rs: Traçando o Perfil Epidemiológico. **Revista Contexto & Saúde**, v. 6, n. 12, p. 7-16, 2007

WÜNSCH, V. F.; MIRRA, A. P.; LOPEZ, R. M.; ANTUNES, L.F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 175-187, 2010.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. **J Pneumol**, v. 28, n. 1, p. 41-47, 2002.

### ANEXOS

## ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

NOME DA INSTITUIÇÃO

# FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

03 - TIPO DE DOCUMENTO

- 1- Cartão SUS
- 2- CPF
- 3- Identidade (RG)
- 4- Título de eleitor
- 5- PIS/PASEP
- 6- Certidão de nascimento
- 7- Outro
- 9- Sem informação

02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE

05 - NOME COMPLETO DA MÃE

06 - SEXO

- 1- Masculino    2- Feminino

07 - DATA DO NASCIMENTO

08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

09 - LOCAL DE NASCIMENTO

10 - RAÇA / COR DA PELE

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Amarela
- 4- Parda
- 5- Indígena
- 9- Sem informação

11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

- 1- Nenhuma
- 2- Fundamental incompleto
- 3- Fundamental completo
- 4- Nível médio
- 5- Nível superior incompleto
- 6- Nível superior completo
- 9- Sem informação

12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL

13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)

#### ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE

15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA

16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA

18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA

20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO

17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA

19 - CEP DA RESIDÊNCIA

#### ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

- 1- Sem diag./Sem trat.
- 2- Com diag./Sem trat.
- 3- Com diag./Com trat.
- 4- Outros
- 9- Sem informação

24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

- 1- Clínica
- 2- Pesquisa clínica
- 3- Exame por imagem
- 4- Marcadores tumorais
- 5- Citologia
- 6- Histologia da metástase
- 7- Histologia do tumor primário
- 9- Sem informação

#### ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

27 - TNM

28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM)

28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)

29 - pTNM

30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

## ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- 1- Recusa do tratamento  
 2- Tratamento realizado fora  
 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas  
 4- Abandono do tratamento  
 5- Complicações de tratamento  
 6- Óbito  
 7- Outras razões  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1- Nenhum  
 2- Cirurgia  
 3- Radioterapia  
 4- Quimioterapia  
 5- Hormonioterapia  
 6- Transplante de medula óssea  
 7- Imunoterapia  
 8- Outras  
 9- Sem informação

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)  
 2- Remissão parcial  
 3- Doença estável  
 4- Doença em progressão  
 5- Suporte terapêutico oncológico  
 6- Óbito  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

37 - ÓBITO POR CâNCER

- 1- Sim  
 2- Não  
 9- Ignorado

## ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO

- 1- Sim  
 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO

- 1- Sim  
 2- Não

## ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

## ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1- Solteiro  
 2- Casado  
 3- Viúvo  
 4- Separado judicialmente  
 5- União consensual  
 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CâNCER

- 1- Sim  
 2- Não  
 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA

- 1- Nunca  
 2- Ex-consumidor  
 3- Sim  
 4- Não avaliado  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca  
 2- Ex-consumidor  
 3- Sim  
 4- Não avaliado  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS  
 2- Não SUS  
 3- Veio por conta própria  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1- Exame clínico e patologia clínica  
 2- Exames por imagem  
 3- Endoscopia e cirurgia exploradora  
 4- Anatomia patológica  
 5- Marcadores tumorais  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1- Direita  
 2- Esquerda  
 3- Bilateral  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não  
 2- Sim  
 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)  
 2- Plano de saúde  
 3- Particular  
 4- Outros  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)  
 2- Plano de saúde  
 3- Particular  
 4- Outros  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

## ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

## ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1-  
 2-  
 3-  
 4-  
 5-  
 6-  
 7-  
 8- Não se aplica  
 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3