

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA**

VANESSA CRISTINA ARAÚJO

**PERFIL DO ATENDIMENTO ONCOLÓGICO E UTILIZAÇÃO DE
QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES DO HOSPITAL MÁRIO PENNA**

Belo Horizonte

2008

VANESSA CRISTINA ARAÚJO

**PERFIL DO ATENDIMENTO ONCOLÓGICO E UTILIZAÇÃO DE
QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES DO HOSPITAL MÁRIO PENNA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obter o grau de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Edson Perini

Belo Horizonte

2008

A658p Araújo, Vanessa Cristina.
Perfil do Atendimento oncológico e utilização de quimioterápicos em pacientes do Hospital Mário Penna / Vanessa Cristina Araújo. – 2008.
120 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Edson Perini.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Câncer – Quimioterapia – Teses. 2. Medicamentos – Utilização – Teses. 3. Oncologia – Teses. 4. Quimioterapia – Teses.
I. Título. II. Perini, Edson. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia.

CDD: 615.14

Mestranda:

Vanessa Cristina Araújo

Orientador:

Prof. Dr. Edson Perini - Faculdade de Farmácia da UFMG

Linha de Pesquisa:

Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica

Áreas de conhecimento (CNPq/CAPES):

4.06.00.00-9- Saúde Coletiva

4.06.01.00-5- Epidemiologia

4.01.01.04-5- Cancerologia

Instituições participantes:

Faculdade de Farmácia da UFMG

Hospital Mário Penna



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



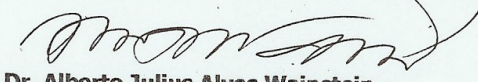
FOLHA DE APROVAÇÃO

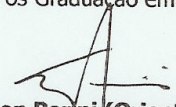
**"Perfil do atendimento oncológico e utilização de
quimioterápicos em pacientes do Hospital Mário
Penna"**

VANESSA CRISTINA ARAÚJO

Dissertação aprovada em 24/03/2008 pela Comissão Examinadora
constituída pelos seguintes membros:


Prof. Dra. Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG


Prof. Dr. Alberto Julius Alves Wainstein
Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG


Prof. Dr. Edson Perini (Orientador)
Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG

Dedico este trabalho

Aos meus Pais e ao meu irmão, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim e que com carinho, amor, atenção e respeito sempre estiveram presentes na caminhada. Nada seria possível sem vocês...

Ao Lydston, minha nova família, pelo apoio constante, força, carinho e amor. Obrigada por tudo...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois certamente Ele existe e gosta muito de mim...

A Neura Maria Araújo e Geraldo Araújo, meus pais, pela crença nos meus sonhos, pela vida, pelo amor e carinho incondicionais.

A Ricardo Henrique Araújo, meu amado irmão, mesmo distante, sempre tão presente.

Ao Dr. Lydston Rodrigues de Carvalho, meu grande amor, pela atenção e ajuda em todos os momentos.

A Kevin e Nicholas Rocha Ferreira, meus afilhados, pelas gargalhadas e por me lembrarem o quanto é bom ser criança.

A Sr. Francisco, D. Célia, Iolanda e D. Negrinha por terem me acolhido em sua família.

Ao Dr. Edson Perini por toda orientação e pelas discussões filosóficas.

A Bernadete de Souza Santos por despertar o interesse pelo mundo acadêmico.

Ao amigo Rodrigo Redondo pelas discussões estatísticas e amizade constante.

A Marcelo Marcos e Flávia Gama, grandes amigos, obrigada pelo companheirismo.

A Patrícia Brito, nova amiga, obrigada pelas ajudas estatísticas e pela amizade.

A Aline Barros e Márcia Rosa por despertarem o interesse pelo Registro Hospitalar de Câncer.

A Cristiane Malacco, Melissa Guimarães, Alexia Klein, José Antônio Aquino, Juliana Romeiro, Leonardo Barbosa e suas novas famílias pela amizade e carinho de tantos anos.

Aos meus amigos de trabalho Lucimar Araújo, Rita Brant, Gigliola Alves, Gedisnava Silva, Gilmar Martins, Marisa Lopes, Gerson Pratti, Wellerson Fabiano e Viviane Pereira pela atenção e dedicação.

A Éder Lúcio de Souza pelo apoio, disponibilidade e presteza durante a realização deste trabalho

Aos pessoal do SAME, especialmente Wayner Laia, Myrna Bertolini, Tarcisio e Andréa Diniz pela paciência e trabalho na emissão de relatórios e desarquivamento de prontuários.

A todos da Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna pela ajuda, suporte e atenção. É impossível citar o nome de todos.

Aos colegas e amigos da Faculdade de Farmácia, pela amizade e construtiva convivência.

A Rosemary Alves, secretária do Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, pela atenção e carinho sempre destinados a nós, alunos.

A todos que de alguma forma direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O Hospital Mário Penna (HMP) é uma instituição filantrópica especializada em oncologia que possui 60 leitos. Ele é mantido pela Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna, entidade de caráter assistencial e sem fins lucrativos. O HMP é classificado pelo Ministério da Saúde como CACON II (Centro de Alta Complexidade em Oncologia II), sendo referência no estado de Minas Gerais por ser o único hospital de Belo Horizonte, capital do estado, a tratar unicamente doentes oncológicos. A grande maioria dos pacientes são pessoas carentes e originários de outras unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente trabalho apresenta os resultados de cinco anos (2000 a 2004) de coleta e consolidação de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), compara os casos analíticos e não analíticos atendidos nesse período no HMP e também analisa o consumo de medicamentos quimioterápicos, nos tumores mais incidentes no segundo semestre do ano de 2006, comparando-os com os protocolos recomendados por instituições de referência, tais como: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Cancer Institute (NCI) e Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM). O RHC possui papel relevante como fonte de informações sobre diagnóstico, tratamento e evolução de pacientes. As informações são colhidas a partir dos prontuários médicos e alimentam o “software” SISRHC, que foi desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) especificamente para o processamento eletrônico de dados de base hospitalar.

Os resultados mostraram que 7.446 pacientes foram classificados como analíticos, isto é, aqueles que tiveram seu diagnóstico definido e realizaram o tratamento no hospital, sendo 51,6% do gênero masculino. Os tumores de colo do útero, próstata, esôfago e mama corresponderam a 50% do total de casos e observou-se que 93,4% dos pacientes chegaram ao hospital sem tratamento prévio. A ausência de informações sobre estadiamento foi observada em 58,0% dos casos.

Os casos não analíticos corresponderam a 4.081 pacientes, sendo 54,5% do gênero feminino. Os tumores mais incidentes também foram os de colo do útero, mama, próstata e esôfago, com aproximadamente 56% do total. O número de pacientes que chegou à Instituição sem tratamento anterior variou de 66% a 79%. A média de casos sem informação sobre estadiamento foi de 67%, superior à média dos casos analíticos.

A análise de consumo de medicamentos quimioterápicos foi realizada no período de julho a dezembro de 2006 e mostrou que 491 pacientes iniciaram tratamento quimioterápico no HMP. Ao contrário do perfil geral dos casos, o gênero feminino foi maioria, 327 pacientes, perfazendo 66,6% dos casos. A utilização desses medicamentos foi analisada nos tumores de mama, estômago, colo do útero, próstata e bexiga e a comparação com as recomendações, verificadas nos compêndios médicos nacionais e internacionais, demonstrou que o tratamento disponibilizado aos pacientes tratados no HMP e pago pelo SUS esteve de acordo com o preconizado pela literatura científica mundial.

Palavras-chave: Câncer, Quimioterapia, Medicamentos, Utilização, Oncologia.

ABSTRACT

Hospital Mário Penna (HMP) is a philanthropic institution specialized in oncology care, which is financially supported by Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna, a non-profitable association. It is located in Belo Horizonte, the capital of Minas Gerais and its capacity is limited to 60 hospital beds. The hospital is a reference health care facility for oncology patients only, considered by Brazilian Government, as a High Complexity Oncology Center, Level II (CACON II). Most patients belong to a low socio-economic level and depend on the Brazilian public health care system.

This study shows the results of a five-year study of cancer data collection and consolidation (2000 to 2004) at Hospital Cancer Registries (RHC). It also compares analytical and non-analytical cases attended at this time-period and analyses the consumption of chemotherapeutic drugs against the most incident tumors recorded in the second semester of the year 2006, comparing treatments with medical protocols recommended by current scientific worldwide reference literature. The RHC plays a relevant role as a source of data on cancer diagnosis, treatment and patient's evolution. Those data are collected from hospital patient reports and input onto SISRHC software, a specific hospital based electronic processing data device developed by Instituto Nacional do Câncer (INCA) a Brazilian government health agency.

The general results show that 7,446 patients were considered as analytical cases, which means that they had their cancer diagnosis made and treatment carried out at HMP, 51.6% of them are male. The most frequent tumors recorded on this population are uterine cervix, prostate, esophagus and breast cancer (50.0%). The data also show that 93.4% of them arrived at hospital with no previous cancer treatment and the absence of staging cancer data was recorded in 58.0% of the cases.

The non-analytical cases reached 4,081 patients. 54.5% of them are female. The most frequent tumors recorded on this non-analytical population were uterine cervix, prostate, esophagus and breast cancer (56.0%), the same types of cancer found in the analytical cases population. The number of patients which arrived in the hospital with no previous treatment ranged from 66.0% to 79.0% with no staging cancer information adding up to 67.0% (superior to the rate recorded on analytical case).

The analysis of consumption of chemotherapeutic medicine, from June to December 2006, shows that 491 patients started chemotherapy treatment at HMP, being the majority female (327 patients, 66.6%). The analysis of the use of those drugs on breast, stomach, uterine cervix, prostate and bladder tumors treatment and the comparison with the recommendation found in National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Cancer Institute (NCI) and Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM) show that the procedures done at HMP were efficient and in accordance with the international scientific medical literature.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página	
Gráfico 1	Distribuição dos casos de câncer, segundo o gênero, casos analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	25
Gráfico 2	Distribuição dos casos não analíticos de câncer, segundo o gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004.	26
Gráfico 3	Evolução dos principais tumores no gênero feminino nos anos de 2000 a 2004, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte	28
Gráfico 4	Evolução dos principais tumores no gênero masculino nos anos de 2000 a 2004, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte	29
Gráfico 5	Evolução dos principais tumores no gênero feminino nos anos de 2000 a 2004, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte	30
Gráfico 6	Evolução dos principais tumores no gênero masculino nos anos de 2000 a 2004, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte	31
Gráfico 7	Distribuição dos casos analíticos, do gênero feminino, segundo a faixa etária. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	42
Gráfico 8	Distribuição dos casos analíticos, do gênero masculino, segundo a faixa etária. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	42
Gráfico 9	Distribuição dos casos não analíticos, segundo a faixa etária, sexo feminino. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	43
Gráfico 10	Distribuição dos casos não analíticos, segundo a faixa etária, sexo masculino. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	43
Gráfico 11	Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, segundo a faixa etária e gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	45
Gráfico 12	Distribuição dos pacientes com câncer de bexiga em tratamento quimioterápico de acordo com a faixa etária e o gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	59

LISTA DE TABELAS

	Página	
Tabela 1	Distribuição das neoplasias mais freqüentes, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	27
Tabela 2	Distribuição das neoplasias mais freqüentes, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	30
Tabela 3	Distribuição dos casos analíticos, segundo diagnóstico e tratamento anteriores. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	32
Tabela 4	Distribuição dos casos não analíticos, segundo diagnóstico e tratamento anteriores. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	33
Tabela 5	Distribuição dos casos analíticos, segundo o estadiamento clínico da doença. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	34
Tabela 6	Distribuição dos casos não analíticos segundo o estadiamento clínico da doença. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	35
Tabela 7	Distribuição dos casos analíticos, segundo o grau de instrução. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	36
Tabela 8	Distribuição dos casos não analíticos, segundo o grau de instrução. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	37
Tabela 9	Distribuição dos casos analíticos, segundo a base mais importante do diagnóstico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	38
Tabela 10	Distribuição dos casos não analíticos, segundo a base mais importante do diagnóstico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	39
Tabela 11	Distribuição dos casos analíticos, segundo o estado conjugal. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	40
Tabela 12	Distribuição dos casos não analíticos, segundo o estado conjugal. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	41
Tabela 13	Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o tumor primário. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	46
Tabela 14	Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o estadiamento do tumor primário. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	48
Tabela 15	Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	49
Tabela 16	Distribuição dos pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	52

	Página	
Tabela 17	Distribuição dos pacientes com câncer de mama de acordo com o tratamento quimioterápico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	53
Tabela 18	Distribuição dos pacientes com câncer de estômago de acordo com o tratamento quimioterápico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	55
Tabela 19	Distribuição dos pacientes com câncer de próstata em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006	57
Tabela 20	Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	89
Tabela 21	Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	91
Tabela 22	Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	93
Tabela 23	Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	95
Tabela 24	Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	97
Tabela 25	Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Doxorrubicina e Cisplatina
AF5FU	Fluorouracil e Ácido Folínico
AF5FUVIN	Ácido Folínico, Fluorouracil e Vinorelbina
ANAPAM	Anastrozol e Pamidronato
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade
BCG	Bacilo Calmette Guérin (BCG)
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPPAM	Capecitabina e Pamidronato
CDDP	Cisplatina
CDDP5FU	Cisplatina e Fluorouracil
CFMP	Ciclofosfamida, Fluorouracil, Metotrexato e Pamidronato
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMF	Ciclofosfamida, Metotrexato e Fluorouracil
CMVP	Cisplatina, Mitomicina, Pamidronato e Vimblastina
ELF	Etoposido, Fluorouracil e Ácido Folínico
FAC	Fluorouracil, Doxorrubicina e Ciclofosfamida
HMP	Hospital Mário Penna
IACR	Associação Internacional de Registros de Câncer
IARC	International Agency for Research on Cancer
IFMCDDP	Cisplatina e Ifosfamida
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LETPAM	Letrozol e Pamidronato
LHRH	Hormônio Liberador de Gonadotropina
MEGPAM	Megestrol e Pamidronato
MFP	Mitomicina, Fluorouracil e Cisplatina
MITVIM	Mitomicina e Vimblastina
MS	Ministério da Saúde
MVP	Mitomicina, Vimblastina e Cisplatina
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCI	National Cancer Institute
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACPAM	Paclitaxel e Pamidronato
QT	Quimioterapia
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro hospitalar de Câncer
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UICC	Union Internationale Contre le Cancer
UICC	União Internacional Contra o Câncer
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xiv
SUMÁRIO.....	xv
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	6
2.1 O Panorama Mundial	6
2.2 O Panorama Brasileiro.....	7
2.3 Tratamento do Câncer	9
2.4 Estudo de Utilização de Medicamentos	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
4.1 Desenho.....	17
4.2 População	17
4.3 Critérios de seleção	18
4.4 Processo de coleta.....	18
4.4.1 Coleta de dados no programa SISRHC	18
4.4.2 Coleta de dados sobre a utilização de quimioterápicos.....	21

4.5	Análises	23
4.6	Aspectos éticos administrativos	24
5	RESULTADOS	25
5.1	Incidência dos casos analíticos e não analíticos de Câncer	25
5.1.1	Distribuição dos casos segundo o gênero	25
5.1.2	Distribuição dos casos segundo a localização do tumor primário	26
5.1.3	Distribuição segundo diagnósticos e tratamentos anteriores	32
5.1.4	Distribuição segundo estadiamento clínico da doença	33
5.1.5	Distribuição segundo o grau de instrução	36
5.1.6	Distribuição segundo a origem do diagnóstico	37
5.1.7	Distribuição segundo a origem de encaminhamento para o hospital	39
5.1.8	Distribuição dos casos segundo o estado conjugal	40
5.1.9	Distribuição dos casos segundo a faixa etária e o gênero	41
5.2	Perfil de Utilização de Quimioterápicos	44
5.2.1	Distribuição dos casos	44
5.2.2	Distribuição dos casos de acordo com o local de residência e de nascimento	46
5.2.3	Distribuição dos casos de acordo com o estadiamento clínico da doença e a presença de metástases	47
5.2.4	Distribuição dos casos de acordo com o tratamento anterior	48
5.2.5	Distribuição dos casos de acordo com o tempo e a linha de tratamento	49
5.2.6	Distribuição dos casos de acordo com a finalidade do tratamento	50
5.2.7	Perfil dos pacientes com câncer de mama	50
5.2.8	Perfil dos pacientes com câncer de estômago	53

5.2.9	Perfil dos pacientes com câncer de colo do útero.....	55
5.2.10	Perfil dos pacientes com câncer de próstata	56
5.2.11	Perfil dos pacientes com câncer de bexiga.....	57
6	DISCUSSÃO	60
6.1	Dados do Registro Hospitalar de Câncer.....	60
6.1.1	Distribuição dos casos segundo gênero, faixa etária, incidência das neoplasias, diagnóstico e tratamento anteriores e estadiamento clínico da doença	60
6.1.2	Distribuição dos casos segundo a origem do diagnóstico, encaminhamento para o hospital e estado conjugal	64
6.2	Utilização de Quimioterápicos.....	64
6.2.1	Análise dos casos dos pacientes com câncer de mama.....	65
6.2.2	Análise dos casos dos pacientes com câncer de estômago.....	69
6.2.3	Análise dos casos dos pacientes com câncer de colo do útero	71
6.2.4	Análise dos casos dos pacientes com câncer de próstata.....	73
6.2.5	Análise dos casos dos pacientes com câncer de bexiga	76
7	CONCLUSÕES	78
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
9	APÊNDICES	87
9.1	APÊNDICE A- Protocolo de coleta em prontuário	87
9.2	APÊNDICE B- Protocolo de coleta em APAC.....	88
9.3	APÊNDICE C- Tabela 20	89
9.4	APÊNDICE D- Tabela 21	91
9.5	APÊNDICE E- Tabela 22	93
9.6	APÊNDICE F- Tabela 23	95

9.7	APÊNDICE G- Tabela 24.....	97
9.8	APÊNDICE H- Tabela 25.....	99
10	ANEXOS.....	101
10.1	ANEXO A- Ficha do RHC	101
	ANEXO B– APAC –Autorização de Procedimento de Alto Custo/ Complexidade	102
10.2	ANEXO C- Aprovação do projeto no CEP do HMP.....	103
10.3	ANEXO D- Aprovação do projeto no COEP da UFMG	103

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de diferentes doenças com várias localizações topográficas e, mesmo dentro de uma mesma topografia, apresenta diferentes tipos morfológicos que têm em comum o crescimento celular descontrolado e a capacidade de se estender para além do tecido em que se originaram (Gadelha *et al.*, 2005). Nesse processo, o contingente de células formado apresenta perda da relação original entre forma e função e, gradativamente passa a comprometer todo o metabolismo para sustentar sua atividade descontrolada de reprodução celular. Na ausência de interferência terapêutica, ou mesmo na presença desta, com frequência, acaba por conduzir à inviabilidade metabólica do organismo e, conseqüentemente, à sua morte (Koifman, 1995).

A teoria ambiental da carcinogênese sustenta que 80% a 90% dos casos de câncer podem ser atribuídos a fatores ambientais, incluindo fatores relacionados ao estilo de vida e às práticas alimentares. Assim, em teoria, a maior parte dos cânceres pode ser evitada. O tabagismo é apontado como o mais importante carcinógeno humano isolado e está associado ao aumento do risco de incidência dos tumores de cavidade oral, faringe, laringe, pulmão, bexiga, pâncreas, rim, pélvis renal e endométrio (WHO/UICC, 2005; Chang *et al.*, 2006). O hábito de fumar é responsável por 30% de todas as mortes e as infecções crônicas por 20% (WHO/UICC, 2005). Outros fatores epidemiologicamente importantes de carcinogênese são o Papiloma Vírus Humano (HPV) e os tumores de colo de útero, a exposição à luz solar e as neoplasias de pele, o *Helicobacter pylori* e o câncer gástrico (Chang *et al.*, 2006).

Os sistemas de vigilância do câncer são essenciais para planejar, implementar e avaliar as práticas de Saúde Pública (Chang *et al.*, 2006). A

estimativa da importância das neoplasias em termos de incidência, mortalidade e prevalência é o primeiro passo para se elaborar medidas de controle num contexto global e uma das abordagens possíveis para detalhamento é a delimitação das diferenças regionais (Zago *et al.*, 2005).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é um órgão de administração direta do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde, e responsável pelas ações de controle do câncer no Brasil desde 1993. Para produzir informações a respeito da qualidade da assistência prestada ao paciente e para direcionamento das campanhas de Saúde Pública, nas esferas populacionais e hospitalares, foram criados os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e os Registros Hospitalares de Câncer (RHC), respectivamente. No Brasil existem 22 RCBP implantados, quase todos em capitais, e 146 RHC em atividade (INCA, 2003). Informações sobre a incidência do câncer originam-se dos RCBP, que são centros de coleta, armazenamento e análise da ocorrência de casos novos de neoplasias em uma população. Eles têm como principais fontes notificadoras hospitais de câncer, especializados e gerais, laboratórios de anatomia patológica, serviços de quimioterapia e radioterapia. Em Belo Horizonte, o RCBP foi implantado no ano de 2000 (INCA, 2003).

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) produz informações sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente e é utilizado para direcionamento das campanhas de Saúde Pública nas esferas hospitalares. O RHC possui papel relevante como fonte de informações a respeito de diagnóstico, do tratamento e da evolução de pacientes com neoplasia maligna. Os dados são gerados a partir da pesquisa direta aos prontuários e alimentam o programa SISRHC, desenvolvido

pelo INCA, especificamente para o processamento eletrônico de dados de base hospitalar.

O Hospital Mário Penna (HMP) é um hospital especializado em oncologia, filantrópico, de corpo clínico fechado e de médio porte (60 leitos). Possui uma Instituição mantenedora, a Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna, entidade de caráter assistencial e sem fins lucrativos. Foi inaugurado em Junho de 1971 com a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar e social na área de oncologia. Todos os seus 60 leitos são destinados ao atendimento do paciente oncológico, sendo por isso referência no estado de Minas Gerais por ser o único hospital de Belo Horizonte a tratar exclusivamente esses pacientes. Foi a primeira Instituição de Minas Gerais a ser classificada pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon II). A Portaria nº3535, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2 de setembro de 1998, define que os “Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente”. A mesma portaria define CACON II como “Instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além de tumores linfomatosos e da infância e adolescência), em todas as modalidades assistenciais citadas, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis” (Brasil, 1998a).

O HMP situa-se na Av. Churchill 232, bairro Santa Efigênia, na região centro-sul de Belo Horizonte, e atende pacientes oriundos de todo o estado de Minas Gerais, sendo que pacientes de Belo Horizonte e região metropolitana correspondem a aproximadamente 43% do total de atendimentos.

A população atendida pelo hospital é, em sua grande maioria, carente. São atendidos somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo atendimento a casos particulares e de convênio. Um estudo realizado com 154 pacientes do HMP, portadores de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, mostrou que 4,8% era analfabeta e apenas 5,8% tinha mais de oito anos de estudo. A renda mensal era baixa, com 62,3% com vencimentos de até um salário mínimo e apenas 9,1% com renda superior a três salários (Abdo *et al.*, 2002). O fato dos pacientes atendidos no HMP serem de baixa renda e possuírem pouca escolaridade faz deste grupo uma população de grande interesse epidemiológico, uma vez que alguns tipos de câncer, como o de pênis e colo uterino, apresentam maior incidência em populações menos favorecidas do ponto de vista econômico, sendo a incidência dessas neoplasias bem mais baixa em países desenvolvidos (Koifman, 1995; Stewart & Kleihves, 2003a). A variação na incidência de tumores é primariamente explicada em termos de influência de fatores de risco (Stewart & Kleihves, 2003a).

O RHC do Hospital Mário Penna foi implantado em 2001 e apresenta os anos de 2000 a 2004 consolidados. Até abril de 2006 os pacientes chegavam ao HMP por procura direta pelo próprio paciente, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de origem, pelos Postos de Saúde de Belo Horizonte, pela Comissão Municipal de Oncologia de Belo Horizonte, pelos hospitais gerais da capital e interior e, também pelos Núcleos de Combate ao

Câncer (organizações que disponibilizam para os pacientes transporte até Belo Horizonte e acomodações). A partir de 2006 o HMP passou a receber pacientes encaminhados exclusivamente da Comissão Municipal de Oncologia de Belo Horizonte. Somente os pacientes que têm o diagnóstico confirmado de neoplasia maligna prosseguem com o tratamento na Instituição. O número de novos pacientes atendidos no HMP por ano é de aproximadamente 6.500 e são realizadas 32.500 atendimentos ambulatoriais de pacientes em tratamento.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O Panorama Mundial

O câncer vem ganhando dimensão qualitativamente distinta, tendo se convertido em problema de saúde pública mundial (WHO/UICC, 2005). Para tanto, têm contribuído um conjunto amplo de aspectos, destacando-se o envelhecimento da população e, sobretudo sua exposição contínua a vasto conjunto de fatores ambientais (Koifman, 1995).

As estatísticas mundiais mostram que no ano de 2000 ocorreram 10 milhões de casos novos, seis milhões de mortes e que houve 22 milhões de pessoas vivendo com câncer (Parkin, 2001). Os tipos mais comuns de novos casos são pulmão (1,2 milhão), que é também a maior causa de morte por neoplasia (1,1 milhão/ano) (Stewart & Kleihves, 2003a), mama (1,05 milhão), colo retal (945.000), estômago (876.000) e fígado (564.000), sendo que os de pulmão, estômago e fígado são os que mais causam mortes. Entre os homens ocorreram 5,3 milhões de casos novos e 4,7 milhões de óbitos e, entre as mulheres, 4,7 milhões de novos casos e 2,7 milhões casos fatais (Parkin, 2001). Do total geral de mortes, 12,5% são causadas por câncer, mais que as mortes causadas pela HIV/AIDS, tuberculose e malária em conjunto (WHO/UICC, 2005). A proporção de homens que desenvolvem tumores de pulmão, estômago, cabeça e pescoço e bexiga é maior que a de mulheres (Stewart & Kleihves, 2003a; WHO/UICC, 2005).

Em 2002 o número de novos casos foi de 10,9 milhões e a prevalência foi de 24,6 milhões de casos (WHO/UICC, 2005). Nas Américas Central e Sul e no

Caribe os mais incidentes foram próstata, pulmão e estômago entre os homens e mama, colo do útero e colo retal nas mulheres (WHO/UICC, 2005).

Estima-se que em 2020 ocorrerão 10,3 milhões de mortes por neoplasia, com aumento importante acontecendo nos países em desenvolvimento, (WHO/UICC, 2005) e em 2050 serão 16 milhões de óbitos, mesmo número de novos casos em 2020, com a incidência de 24 milhões de casos (Parkin, 2001).

2.2 O Panorama Brasileiro

No Brasil, em 1990 ocorreram 83.076 óbitos por neoplasias, correspondendo a 12,42% das causas de morte na população, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (34,34%) e das causas externas (15,05%). Já em 2003, as neoplasias passaram a ser a segunda causa de óbito, com percentual atingindo 15,5% (134.691) do total, perdendo somente para as doenças do aparelho circulatório, as quais atingiram 31,54% do total (MS, 2002).

Em 2005 o INCA estimou para 2006, a ocorrência de 472.050 novos casos de câncer na população brasileira, 49,7% em homens. Excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, o número total de casos estimados foi de 355.410, sendo 50,4% no gênero masculino (MS/INCA, 2005).

Assim como no restante do mundo, também no Brasil os homens morrem mais por neoplasia em quase todas as faixas etárias, exceto entre os 30 e 49 anos. Nesta faixa etária, as mulheres apresentam o maior número e as principais causas são as neoplasias de mama e de colo uterino. Em 2000, dos 7.551 óbitos de mulheres nessa faixa etária por câncer, cerca de 30% corresponderam às neoplasias de mama e 18,2% às de colo de útero (MS, 2004). Esse número de

óbitos vem crescendo: em 1990, o número total de óbitos por neoplasia foi 80.824, enquanto no ano de 2003 atingiu 132.980. Apesar do crescimento no número de casos, a proporção de homens manteve-se a mesma, representando 54% dos casos. A taxa de mortalidade em 2003 foi de 81,55 óbitos por 100.000 habitantes no gênero masculino e 67,28 no feminino (MS/SIM).

O Brasil se destaca como região interessante para monitoramento e controle das tendências de incidência de câncer em função de seu momento de transição demográfica e epidemiológica. No país permanecem comuns os tumores relacionados com baixo nível sócio-econômico e, associados a menos acesso à assistência em saúde, como os de colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral, ao mesmo tempo em que se observa aumento dos tumores associados a alto status sócio-econômico, como os de mama, próstata, cólon e reto (Guerra *et al.*, 2005).

No estado de Minas Gerais, previa-se, para o ano de 2006, o aparecimento de 45.010 novos casos, 49,7% entre homens. Na população mineira os tumores mais comuns são o de próstata e o de mama (MS/INCA, 2005). Nesse ano, os tumores mais incidentes continuarão sendo os de próstata e pulmão no homem e os de mama e colo uterino nas mulheres. O câncer de pele não melanoma deve atingir o patamar de 116.000 novos casos, seguido pelos de mama feminina com 49.000, próstata com 47.000, pulmão com 27.000, cólon e reto com 25.000, estômago com 23.000 e colo do útero com 19.000 (MS/INCA, 2005).

2.3 Tratamento do Câncer

As principais modalidades de tratamento do câncer são operação, radioterapia e quimioterapia, realizadas de maneira isolada ou em combinação (Stewart & Kleihves, 2003b). A destruição dos tumores pode ser melhorada com a aplicação de várias modalidades de terapia e o uso ponderado de mais de uma modalidade é muitas vezes importante (Doroshov, 2006).

A quimioterapia (QT) para o tratamento do câncer começou em 1943, quando da observação de leucopenia em militares expostos ao gás mostarda após a explosão do navio de guerra no porto de Bari, na Itália (Stewart & Kleihves, 2003b). É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos, administrados em intervalos regulares e que variam de acordo com o esquema terapêutico. A maioria desses medicamentos tem sua dose básica, para efeito antitumoral, que deve ser ajustada para cada paciente de acordo com sua superfície corporal (obtida a partir do peso e da altura), expressa em metro quadrado (m^2). Alguns quimioterápicos, entretanto, são usados em dose única, não ajustados pela superfície corporal do paciente (MS, 2003). O tratamento é aplicado em ciclos que consistem na administração de um ou mais medicamentos em intervalos regulares (esquemas terapêuticos que podem ser aplicados por dia, semana, quinzena ou a cada três a seis semanas), com finalidade paliativa, para controle temporário da doença, neoadjuvante, adjuvante ou curativa (MS, 2003).

A QT paliativa, está indicada para atenuar sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas poderá não resultar em aumento de sobrevida. A QT para controle temporário da doença é indicada para tratamento de tumores sólidos ou neoplasias hematopoéticas de evolução crônica,

que permitem longa sobrevivência, mas sem possibilidade de cura (MS, 2003). A QT neoadjuvante, também chamada prévia ou citorrredutora, é indicada para redução de tumores loco-regionalmente avançados com a finalidade de torná-los ressecáveis e prevenir metástases (Stewart & Kleihves, 2003b). A QT adjuvante é indicada após tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia detectável pelo exame físico e por exames complementares (MS, 2003). A QT curativa é aplicada em pacientes passíveis de cura, tem a finalidade de curar e se apresenta como o principal tratamento dessas neoplasias (MS, 2003).

O valor financeiro dos procedimentos é pago pelo SUS por mês e representa o custo médio mensal da quimioterapia, incluindo as aplicações, fases e ciclos que se repetem dentro de um mesmo mês, para os respectivos tumores. O SUS paga por competência e não por ciclos; assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado e pago uma única vez por mês. A mudança de esquema terapêutico significa mudança de linha e, conseqüentemente, um novo planejamento terapêutico global. Por isso, deverá ser preenchida uma nova APAC (Autorização de Procedimento de Alto Custo/ Complexidade). Há três linhas de quimioterapia que deverão seguir, obrigatoriamente as seqüências de 1^a, 2^a e 3^a linhas, contidas na descrição dos procedimentos. Não sendo autorizada quimioterapia de 1^a linha para paciente tratados previamente com quimioterapia de 2^a ou 3^a linha (MS, 2003). Considera-se de 1^a linha a melhor opção inicialmente aplicada a um paciente com determinado tumor maligno e as de 2^a e 3^a linha as indicadas para se seguirem, em caso de progressão (na vigência da quimioterapia) ou de recidiva do tumor (paciente previamente tratado com QT), em tempo inferior a dois anos (MS, 2003). O tratamento pode ser iniciado pela 2^a ou 3^a linha (quando

estiver presente no SIA/SUS), mas o médico não poderá cobrar outra linha terapêutica que se faça necessária. Sendo assim, pacientes tratados com esquemas de 2ª linha poderão receber somente esquemas de 3ª linha (MS, 2003).

A assistência oncológica está entre as mais onerosas. No período de novembro de 1999 a junho de 2006 foram gastos, no Brasil, R\$ 4.173.666.715,91 em procedimentos quimioterápicos ambulatoriais. Até junho de 2006 foram gastos R\$ 456.219.021,69, deste total, R\$ 49.543.449,30 (10,9%) gastos no estado de Minas Gerais (SIA/SUS, 2006). Devido ao alto custo, em 1998 o Ministério da Saúde criou um sistema nacional uniforme e informatizado para o registro e o controle das neoplasias. Trata-se do sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo em Oncologia (APAC/Oncologia), que permite a quantificação e a identificação dos portadores de neoplasias em tratamento com quimio e/ou radioterapia pelo SUS. Até outubro desse mesmo ano não era possível identificar os tipos de tumores nem os pacientes que eram tratados pelo SUS, além de ser impossível identificar qual era a finalidade terapêutica dos procedimentos executados (Brito *et al.*, 2005).

Para solicitação da APAC primeiro o prestador preenche o “laudo médico para emissão da APAC” e especifica o código do procedimento em questão; o autorizador analisa então o laudo, conclui sobre a finalidade do tratamento e verifica a compatibilidade do procedimento, na tabela de procedimentos. Se a solicitação for compatível, autoriza-se a APAC (MS, 2003; Gadelha *et al.*, 2005).

A autorização da APAC para os procedimentos de QT tem validade de até 3 (três) competências (meses). Quando ocorrer mudança de procedimento decorrente da substituição da QT inicialmente programada, será necessário o fechamento da APAC já autorizada, e solicitação de nova APAC, mediante

apresentação de novo Laudo Médico. Dependendo da evolução do caso poderá ocorrer a continuidade do tratamento, a sua suspensão ou a substituição da QT inicialmente programada. A APAC mesmo autorizada por um período de até 3 (três) competências para procedimentos de QT e de Radioterapia, perderá sua validade nos casos de óbito, alta do tratamento, mudança de procedimento, afastamento do paciente por período superior a um mês e abandono do tratamento (Brasil, 1998b).

A tabela de procedimentos de QT do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) é baseada em indicações terapêuticas e não em medicamentos prescritos. É de exclusiva prerrogativa e responsabilidade do médico assistente prescrever conforme condutas adotadas no serviço em que atende, depois codificar e cobrar de acordo com os procedimentos tabelados (MS, 2003). A escolha do agente quimioterápico adequado está ligada à sensibilidade de determinada doença às várias classes de drogas e à capacidade de administrar tais drogas, como agentes isolados ou em associação. A utilização em associação é baseada na toxicidade combinada para sistemas essenciais de órgãos (Doroshov, 2006).

As APAC representam importante fonte de dados para pesquisa, planejamento e avaliação na área oncológica, com crescente utilização por parte de dirigentes, gestores e pesquisadores (Brito *et al.*, 2005b). É material rico que pode subsidiar estudos epidemiológicos em serviços de saúde e planejamento para controle da doença. Apresenta informações individualizadas e detalhadas, mas com enfoque financeiro, ou seja, na remuneração do procedimento realizado (Magalhães *et al.*, 2006), com lógica contábil de controle (Brito *et al.*, 2005b). As APAC contemplam dados que identificam pacientes, informações clínicas

essenciais para uso em pesquisas e a descrição dos procedimentos quimioterápicos que é baseada nos tumores e nas finalidades terapêuticas (Brito *et al.*, 2005b). Um estudo comparou a qualidade dos dados clínicos e demográficos da APAC aos dados do prontuário de pacientes com câncer de mama, no estado do Rio de Janeiro e, mostrou que as informações disponíveis nas APAC são de boa qualidade e apresentam concordância com a dos prontuários, com exceção da variável município de residência. Essa concordância abre espaço para a utilização da APAC em estudos epidemiológicos já que seu uso representa economia de tempo e recursos quando comparado ao uso dos prontuários (Brito *et al.*, 2005b). No presente estudo optou-se por utilizar as APAC porque elas possuíam informações a respeito do paciente, da sua doença e dos medicamentos utilizados.

2.4 Estudo de Utilização de Medicamentos

A Organização Mundial de Saúde define utilização de medicamentos como a comercialização, a distribuição, a prescrição e o uso de fármacos em uma sociedade, com especial ênfase nas conseqüências médicas, sociais e econômicas. Com objetivo de conhecer os diferentes aspectos da utilização e suas relações com a realidade sócio-econômica e cultural onde ocorre e, estabelecer o nível de adequação com o conhecimento científico contemporâneo dos problemas decorrentes. Os estudos descritivos são empregados para conhecer aspectos importantes na utilização de medicamentos por determinados grupos, buscando conhecer a interação do uso de medicamentos com o processo global de assistência sanitária (Laporte *et al.*, 1989).

O presente estudo teve o objetivo de estabelecer o perfil de consumo de quimioterápicos no Hospital Mário Penna, nos tumores mais incidentes, tendo sido classificado como estudo de consumo de medicamentos. A comparação foi realizada utilizando-se Guias de Prática Clínica de entidades nacionais e internacionais de reconhecida competência. Isso se justifica porque a qualidade da assistência pode ser estudada determinando a aderência aos passos do tratamento, como estabelecido por sociedades profissionais ou organizações (Landercasper *et al.*, 2006; Graham *et al.*, 2007). Estes guias são compêndios que tornam possível aos médicos integrar o enorme volume de informações obtidas em estudos clínicos na área e, facilitar as escolhas terapêuticas para o tratamento das diferentes neoplasias (Thuerlimann *et al.*, 2007). O grande número de publicações na área de oncologia dificulta ou mesmo impossibilita que os oncologistas tenham acesso a todos os artigos. Só em janeiro de 2005 foram 1.859 publicações específicos na terapia do câncer (Sommerfield *et al.*, 2006).

O tratamento de acordo com as recomendações dos Guias tem sido associado a importante aumento de sobrevivência dos pacientes (Hebert-Croteau *et al.*, 2004) em alguns, mas não em todos os estudos (Landercasper *et al.*, 2006). Os defensores dos guias argumentam que eles melhoram a assistência e a evolução do paciente, reduzindo variações na prática médica, podendo reduzir custos. Os opositores argumentam que eles se constituem em uma visão extremamente simplificada das decisões médicas, falhando em apontar necessidades individuais dos pacientes, reduzindo a autonomia médica e aumentando a oportunidade de processos judiciais contra equipes médicas (Graham *et al.*, 2007).

A utilização dos guias é de fundamental importância para norteamento da conduta clínica a ser adotada. Mas, nos casos em que houver necessidade, a individualização do tratamento deve ser realizada para que o paciente se beneficie.

As comparações no presente trabalho foram realizadas com guias do NCCN (National Comprehensive Cancer Network), do NCI (National Cancer Institute) e do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Isso foi realizado com a finalidade de verificar as possíveis variações nos tratamentos preconizados e os realizados no HMP.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Determinar a incidência dos diferentes tipos de câncer na população de pacientes do Hospital Mário Penna (HMP) nos período de 2000 a 2004 e o perfil do uso dos quimioterápicos naqueles mais incidentes no segundo semestre de 2006.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a distribuição de casos novos dos diferentes tipos de câncer no HMP, segundo a incidência absoluta;
- Comparar os principais tipos de tumor nos pacientes analíticos, aqueles que realizaram o tratamento na Instituição, e não analíticos nos anos de 2000 a 2004;
- Identificar os dez tipos de câncer mais incidentes de acordo com gênero;
- Analisar o consumo de quimioterápicos nos tipos de câncer mais incidentes na população total do HMP;
- Comparar os protocolos utilizados nos tipos mais incidentes de câncer atendidos no HMP com as recomendações encontradas na literatura científica atual.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho

Estudo epidemiológico descritivo, com coleta retrospectiva dos dados do RHC do período de 2000 a 2004. A análise do consumo de quimioterápicos foi realizada no segundo semestre de 2006.

4.2 População

A população de estudo foi constituída por todos os pacientes admitidos no Hospital Mário Penna, com diagnóstico de tumor maligno, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004. Os pacientes que começaram o tratamento até 31/12/1999 foram excluídos, mesmo que ainda estivessem em tratamento. Esse período foi utilizado porque neste trabalho foram empregados dados coletados de maneira sistemática no processo de assistência ao paciente. A coleta e consolidação dos dados do hospital, até o momento da análise, abrangeu esses anos.

Para a análise do consumo de medicamentos foram avaliadas todas as APAC preenchidas para autorização de tratamento quimioterápico no segundo semestre de 2006. Esse período foi escolhido por ser considerado representativo do consumo desses medicamentos.

4.3 Critérios de seleção

Foram considerados elegíveis os pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna de qualquer topografia que ingressaram no HMP no período estudado.

4.4 Processo de coleta

4.4.1 Coleta de dados no programa SISRHC

Os dados utilizados foram compilados a partir do programa SISRHC versão 2.0. Como rotina é estabelecido no hospital a alimentação do programa com dados referentes aos casos de câncer tratados no HMP. A coleta de tais dados é realizada por busca direta em prontuário. Os responsáveis pelo registro, auxiliares do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), avaliam todos os prontuários de pacientes matriculados no ano em análise para verificar se o caso é ou não elegível para o cadastro. Caso positivo, o paciente é cadastrado no programa e são coletados dados sobre o mesmo e sua doença.

O critério para inclusão de casos nas bases de dados baseia-se na caracterização do diagnóstico morfológico de neoplasia maligna primária, *In situ* ou clinicamente tumor maligno. Os casos são classificados em duas categorias, analíticos e não analíticos. Na primeira são alocados os pacientes cujo planejamento e tratamento foram realizados no hospital. Na segunda figuram os pacientes que já chegaram ao hospital tratados, que não realizaram o tratamento preconizado pelo médico, que realizaram o tratamento do tumor em outra

Instituição ou pacientes sem possibilidade terapêutica (MS, 2000). O cadastro dos casos analíticos é realizado pelo preenchimento completo da ficha de registro de tumor (ANEXO A). Para os casos não analíticos a ficha é preenchida apenas com dados referentes à identificação do paciente e seu tumor. Essa ficha é anexada ao prontuário no momento de sua abertura e o seu preenchimento deve ser realizado pelo médico durante o primeiro ano de acompanhamento do paciente no hospital.

O somatório das categorias analítico e não analítico permitiu conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procurou a Instituição e sua condição de chegada. A ficha foi padronizada pelo INCA a partir das necessidades de informações do hospital e das orientações sugeridas pela OMS, pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e pela Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR) (MS, 2000). As variáveis estudadas continham informações sobre o paciente, o diagnóstico e o tratamento.

Durante a entrada de dados no programa são rotineiramente coletadas as seguintes informações sobre o paciente: nome, número do prontuário, idade (calculada pela diferença entre a data de admissão e a data de nascimento do paciente), gênero, cor (branca, preta, parda, amarela e ignorada), naturalidade e residência atual do paciente (codificados de acordo com o código de endereçamento postal, segundo a cidade, o estado e o país dos quais os pacientes eram naturais e onde residiam na ocasião da admissão no hospital), o estado civil (solteiro, casado, separado/desquitado, viúvo ou ignorado), grau de escolaridade (analfabeto, 1 grau incompleto, 1 grau completo, 2 grau incompleto, 2 grau completo, superior incompleto, superior completo e ignorado).

As informações sobre a doença, como origem de encaminhamento dos pacientes, são estratificadas segundo o serviço médico que o encaminhou ao

hospital, podendo ser de origem do SUS, não SUS, por conta própria ou ignorado. Para o diagnóstico, pacientes encaminhados com algum tipo de exame que comprovasse seu diagnóstico histológico de doença maligna feito em outro local são considerados como pacientes com diagnóstico prévio e a data desse diagnóstico é devidamente registrada. Pacientes que chegam ao hospital apenas com suspeita diagnóstica, sendo o diagnóstico estabelecido na Instituição, são considerados então sem diagnóstico prévio. O tratamento recebido antes do ingresso no hospital pode ser apenas operação, apenas radioterapia, apenas quimioterapia ou associação entre essas modalidades e outros. Quando o paciente não foi submetido a nenhum tratamento anterior, é considerado sem tratamento prévio. De acordo com a base mais importante utilizada para o diagnóstico estabelecido no HMP são consideradas as categorias apenas exame clínico e/ou enfermidade clínica, exames de imagem, endoscopia, operação exploratória/necropsia, citologia ou hematologia, histologia da metástase, histologia do tumor primário e casos em que esta informação não estava disponível.

Para fins de cadastro no RHC utiliza-se o estadiamento clínico do tumor por ocasião da primeira consulta do paciente no Hospital, dividido nos estádio de I a IV. O termo estadiamento do câncer refere-se à classificação dos pacientes de câncer com base na extensão anatômica da doença. Um sistema de classificação, como o estadiamento, é necessário para identificar grupos de casos que tenham similaridades entre si em seu comportamento clínico (Mackillop *et al.*, 2006).

Informações sobre o tratamento ao qual o paciente é submetido no hospital, também são coletadas. Os tipos de tratamento considerados são: apenas operação, apenas radioterapia, apenas quimioterapia ou associação entre essas modalidades e outros.

4.4.2 Coleta de dados sobre a utilização de quimioterápicos

Inicialmente realizou-se coleta piloto para estabelecer as informações disponíveis nos prontuários dos pacientes e quais seriam coletadas. A partir do piloto idealizou-se o “Protocolo de coleta em prontuário” (APÊNDICE A) com o objetivo de determinar o perfil de utilização de quimioterápicos por pacientes do HMP. Definiu-se coletar informações de amostra sistemática de 10% da população tratada durante todo o ano de 2006. Para a sistematização sorteou-se o primeiro caso entre os dez primeiros pacientes do ano que receberam medicamentos quimioterápicos. Todos receberam um número, de acordo com a ordem de atendimento. O paciente sorteado foi denominado “paciente um” e a partir deste caso foram coletadas as informações sobre a quimioterapia a cada dez pacientes, seqüencialmente, de acordo com a data da administração do medicamento.

Os nomes dos pacientes e os medicamentos utilizados foram coletados do Caderno da Quimioterapia do Serviço de Quimioterapia do HMP. Após a coleta do nome dos pacientes no caderno da quimioterapia, determinou-se o número do prontuário e o desarquivamento do mesmo. De posse do prontuário, o protocolo de coleta foi preenchido. Apenas o número de identificação do prontuário foi coletado, caso fosse necessária nova consulta.

Esta metodologia de coleta mostrou-se ineficaz, uma vez que o tratamento quimioterápico se faz em ciclos das drogas e o paciente é alocado no caderno de quimioterapia e na estatística do setor de acordo com esse ciclo. Assim, o número de entradas não corresponde ao número de pacientes, e sim ao número de ciclos de medicamentos quimioterápicos. Como os ciclos de medicamentos são variáveis,

um mesmo paciente pode figurar duas vezes no mesmo mês e outro paciente pode não aparecer por mais de um mês. Sendo assim, a amostragem de 10% dos ciclos poderia não ser representativa da população estudada.

Diante dessa dificuldade, o processo de coleta foi modificado, optando-se por coletar as informações de todos os pacientes que receberam quimioterapia no segundo semestre, do dia 01 de julho a 31 de dezembro de 2006. Um novo protocolo de coleta foi idealizado (APÊNDICE B) e a coleta passou a ser feita diretamente das APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade). Assim, todas as APAC preenchidas no segundo semestre foram consultadas. As APAC, arquivadas no setor de quimioterapia do HMP, foram solicitadas ao setor e analisadas individualmente para preenchimento do protocolo de coleta. Para essa população não houve divisão entre casos analíticos e não analíticos.

O novo protocolo contemplou dados como gênero e idade e a data de início de tratamento do paciente no hospital foi substituída pela data do diagnóstico. As cidades de nascimento e residência do paciente foram também discriminadas, uma vez que o local de residência pode fornecer informações para avaliar a utilização do hospital como centro de referência ou como indício sobre a etiologia do câncer e pode mostrar riscos não ocupacionais de exposição. A data da realização do esquema quimioterápico foi substituída por data de início deste esquema.

Os dados relativos à doença do paciente foram coletados, como o código da Classificação Internacional de Doenças (CID), a localização do tumor primário, seu estadiamento, a presença de metástases e suas localizações, se o tumor era ou não recidiva de tumor anteriormente tratado e outros tratamentos a que o paciente foi ou estava sendo submetido, como operações, radioterapia ou mesmo

quimioterapia anteriores. A recidiva foi conceituada como reaparecimento da doença após a remissão da mesma. Os dados relativos ao esquema quimioterápico também foram determinados, como data de início do ciclo, medicamentos utilizados, número de meses que seria administrado este esquema, linha do medicamento utilizado e a finalidade (curativa, paliativa, adjuvante ou neoadjuvante), de acordo com o padrão utilizado na APAC.

Estabelecido o perfil geral de consumo de quimioterápicos, foram definidos os esquemas de utilização desses medicamentos nos cinco tipos de câncer mais incidentes observados nessa amostra. Esses esquemas foram então comparados com protocolos recomendados na literatura mais recente.

4.5 Análises

Os dados do programa SISRHC foram digitados no programa Microsoft Excel[®] para elaboração de tabelas e gráficos que discriminassem as informações dos anos analisados.

Após a coleta dos dados das APAC, as informações foram digitadas no programa Microsoft Excel[®] e posteriormente exportadas para o programa SPSS[®] 14.0 for Windows[®], onde foram realizadas as análises dos dados. Todas as análises foram realizadas pela descrição simples de freqüências e foram realizadas no Laboratório de Epidemiologia do Departamento de Farmácia Social na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais.

4.6 Aspectos éticos administrativos

A pesquisa envolveu seres humanos de maneira indireta por utilizar informações produzidas a partir do atendimento prestado aos pacientes do HMP. Por isso foi privilegiada a defesa da integridade e dignidade dos “sujeitos de pesquisa”. Para tanto o projeto foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Mário Penna (CEP) e da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) (ANEXOS C e D).

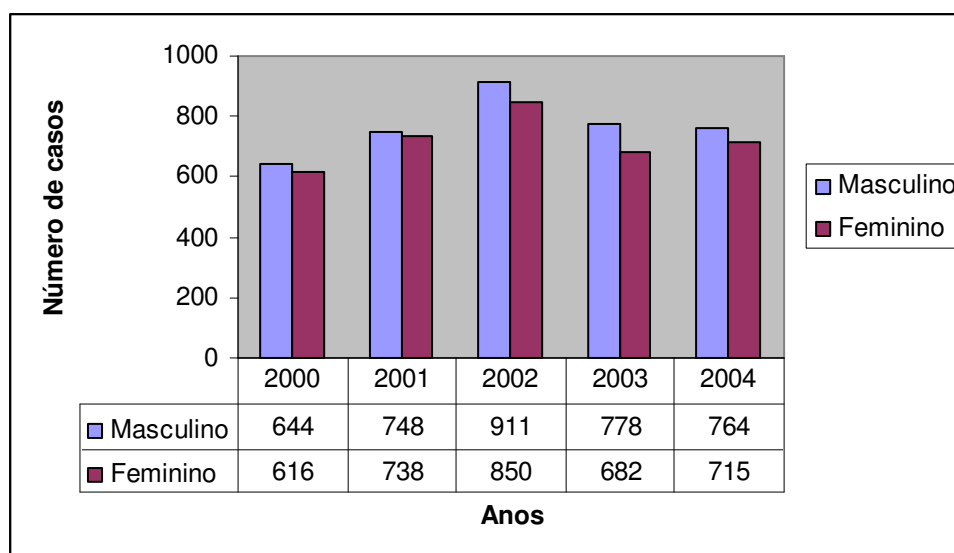
5 RESULTADOS

5.1 Incidência dos casos analíticos e não analíticos de Câncer

5.1.1 Distribuição dos casos segundo o gênero

No período de 2000 a 2004 foram atendidos 7.446 pacientes, classificados como analíticos no HMP. Destes, 3.845 (51,6%) eram do gênero masculino e 3.601 (48,4%) do gênero feminino. Em todos os anos, o número de homens atendidos foi maior (gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de câncer, segundo o gênero, casos analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004.

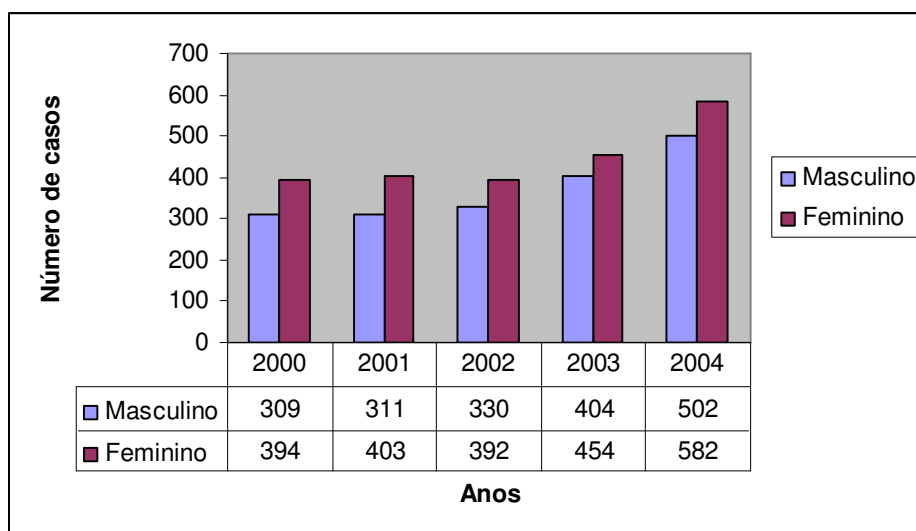


Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

No mesmo período foram atendidos 4.081 pacientes, classificados como não analíticos, ou seja, aqueles que não realizaram o tratamento do tumor primário no

HMP. Destes, 1.856 (45,5%) foram do gênero masculino e 2.225 (54,5%) do feminino. A distribuição dos casos não analíticos, em todos os anos estudados, mostrou maior número de mulheres (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos casos não analíticos de câncer, segundo o gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004.



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.2 Distribuição dos casos segundo a localização do tumor primário

Os tumores mais incidentes, de acordo com a localização do tumor primário e o gênero, para o consolidado dos casos analíticos, foram os de colo do útero, próstata, esôfago e mama. Essas neoplasias corresponderam a aproximadamente 50% do total e foram seguidos pelos tumores de pele, estômago, boca, laringe, bexiga e ovário, que juntos somaram cerca de 29% dos casos (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das neoplasias mais freqüentes, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004.

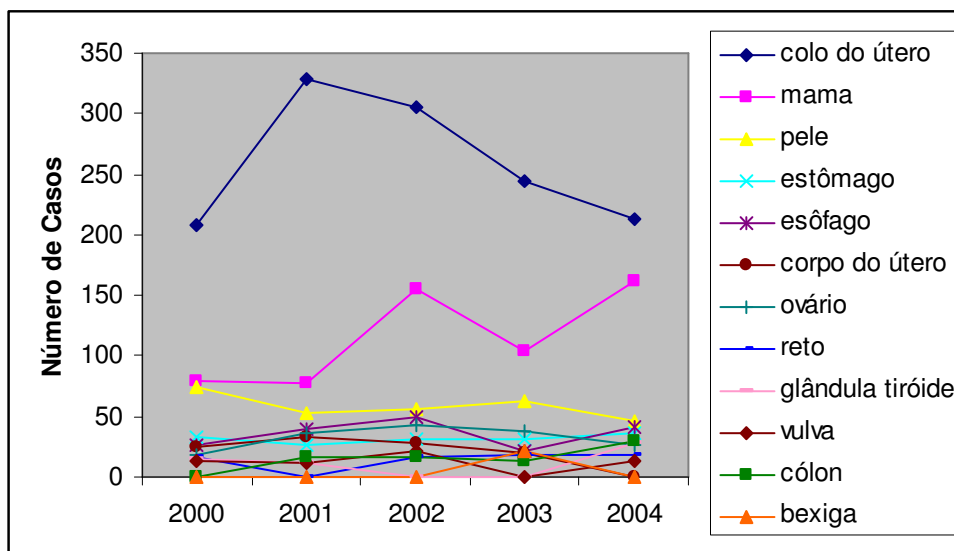
Localização do tumor primário	feminino		masculino		total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Colo do útero	1290	36,2	-	-	1290	17,4
Próstata	-	-	1143	29,8	1143	15,5
Esôfago	174	4,9	483	12,6	657	8,9
Mama	582	16,3	16	0,4	598	8,1
Pele	283	7,9	282	7,4	565	7,6
Estômago	156	4,4	365	9,5	521	7,0
Boca	93	2,6	308	8,0	401	5,4
Laringe	36	1,0	261	6,8	297	4,0
Bexiga	57	1,6	125	3,3	182	2,5
Ovário	161	4,5	-	-	161	2,2
Outras localizações	769	20,5	848	22,3	1580	21,2
Total	3601	100,0	3845	100,0	7446	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A análise do comportamento ao longo dos anos mostrou que o perfil diferiu em alguns aspectos. Durante todo o período, os tumores de colo de útero e próstata foram os dois mais incidentes, destacando-se que em 2003 e 2004 a neoplasia de próstata ultrapassou a de colo de útero como a mais incidente. Os tumores de pele, mama, esôfago e estômago aparecem com incidências intermediárias, variando entre si no período. Esses, somados aos dois principais, variaram no período de 50% a 60% dos casos.

Entre as mulheres os tumores mais incidentes no período foram os de colo do útero, mama e pele, sendo que os dois primeiros corresponderam a média de 52,8% dos casos (gráfico 3).

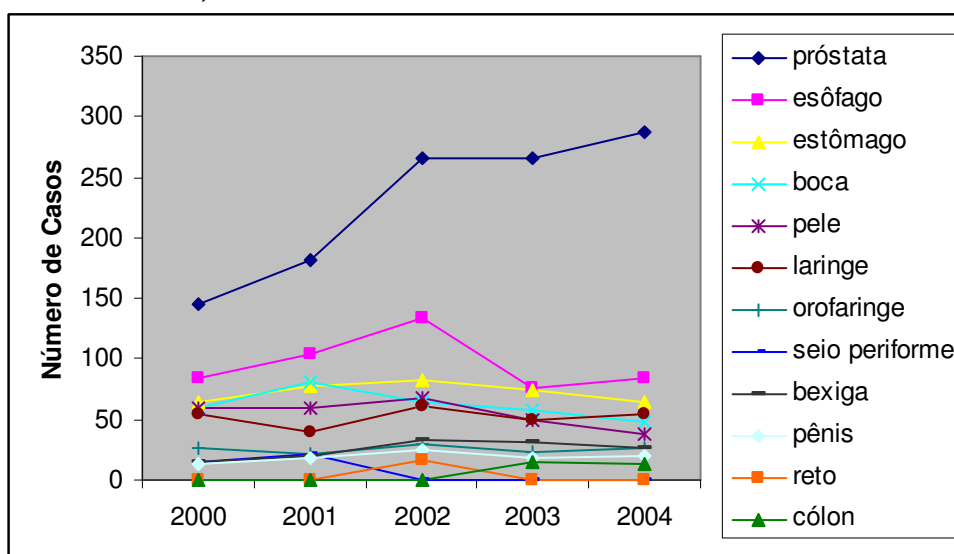
Gráfico 3 - Evolução dos principais tumores no gênero feminino nos anos de 2000 a 2004, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

Entre os homens, os tumores de próstata e esôfago ocuparam o primeiro e o segundo lugar, respectivamente. O tumor de estômago ocupou a terceira posição em todos os anos, exceto em 2001, quando o tumor de boca apresentou número de casos maior (gráfico 4). O tumor de próstata foi o mais incidente nessa população em todos os anos e apresentou tendência de aumento dos casos ao longo do período.

Gráfico 4 - Evolução dos principais tumores no gênero masculino nos anos de 2000 a 2004, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

Os tumores mais incidentes entre os casos não analíticos foram os de colo do útero, mama, próstata e esôfago corresponderam a aproximadamente 56% do total (tabela 2). Estes quatro tumores também foram os mais incidentes entre os casos analíticos atendidos no HMP no mesmo período. Foram seguidos pelos tumores de boca, estômago, pele, orofaringe, laringe e cólon.

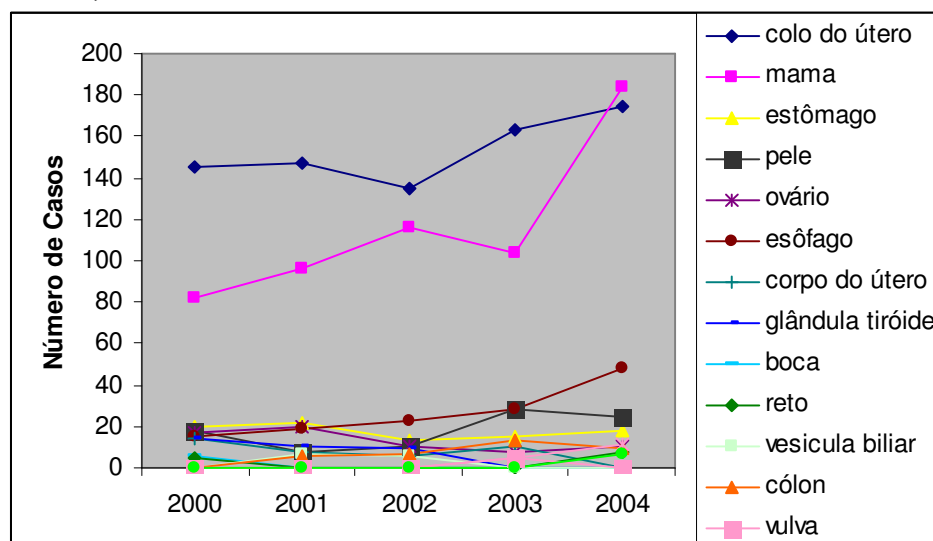
Tabela 2 - Distribuição das neoplasias mais freqüentes, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004.

Localização do tumor primário	feminino		masculino		total	
	casos	%	casos	%	casos	%
Colo do útero	775	34,6	-	-	775	18,8
Mama	593	26,4	8	0,4	601	14,6
Próstata	-	-	480	25,6	480	11,7
Esôfago	133	5,9	328	17,5	461	11,2
Boca	71	3,2	258	13,8	329	8,0
Estômago	84	3,7	139	7,4	223	5,4
Pele	90	4,0	78	4,2	168	4,1
Orofaringe	29	1,3	85	4,5	114	2,8
Laringe	16	0,7	80	4,3	96	2,3
Cólon	36	1,6	46	2,5	82	2,0
Outras localizações	398	18,3	354	19,9	752	18,8
Total	2225	100,0	1856	100,0	4081	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A análise da evolução do número de casos não analíticos, ao longo dos cinco anos estudados, no gênero feminino, mostrou que os tumores de colo do útero e mama foram os mais incidentes em todos os anos nessa população, e que em 2004 o de mama se tornou o primeiro (gráfico 5).

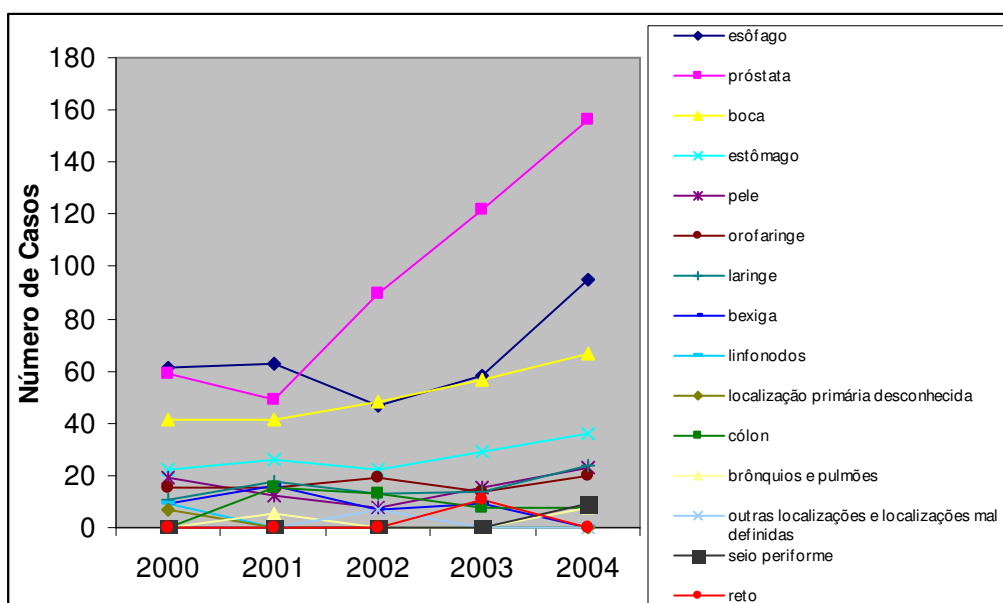
Gráfico 5 - Evolução dos principais tumores no gênero feminino nos anos de 2000 a 2004, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A análise da evolução temporal dos casos não analíticos de câncer, em homens, evidenciou que determinados tumores não apresentaram uma linha contínua, mas apenas alguns pontos, porque apenas em anos isolados aconteceram casos, como a neoplasia de brônquios e pulmões, que apresentou casos apenas em 2001 e 2004. O tumor de próstata a partir de 2001 apresentou grande aumento do número de casos, o que foi observado também com a neoplasia de boca, mas com menor intensidade. Apenas em 2001 o tumor de próstata ocupou o segundo lugar (gráfico 6).

Gráfico 6 - Evolução dos principais tumores no gênero masculino nos anos de 2000 a 2004, casos não analíticos. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte.



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

Os tipos de câncer em mulheres e homens atendidos no Hospital Mário Penna no período estudado é apresentado, em valores absolutos e relativos, por ano de consolidação, nos APÊNDICES C, D, G, H, I e J. A incidência absoluta na população total, por ano estudado está nos APÊNDICES E e F.

5.1.3 Distribuição segundo diagnósticos e tratamentos anteriores

A condição de chegada dos pacientes analíticos ao hospital, com relação ao diagnóstico e tratamento anteriores, foi analisada. O número de pacientes que chegaram à Instituição sem diagnóstico prévio e sem tratamento anterior decresceu no período, passando de 46,7% dos pacientes no ano de 2000 a 24,4% do total em 2004. Embora, o número de pacientes que chegaram ao hospital com o diagnóstico tenha crescido no período, passou de 53,1% para 75,5%, observou-se que a porcentagem de pacientes sem tratamento prévio representou a grande maioria, em média 93,4% dos pacientes do período (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos analíticos, segundo diagnóstico e tratamento anteriores. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Diagnóstico e tratamentos anteriores	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Sem diagnóstico/ sem tratamento	588	46,7	662	44,5	720	40,9	466	31,9	361	24,4
Com diagnóstico/ sem tratamento	599	47,5	764	51,4	903	51,3	882	60,4	996	67,3
Com diagnóstico/ com tratamento	71	5,6	57	3,8	135	7,7	110	7,5	122	8,2
Sem informação	2	0,2	3	0,2	3	0,2	2	0,1	0	0,0
Total	1260	100,0	1486	100,0	1761	100,0	1460	100,0	1479	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

O número de pacientes não analíticos que chegaram à Instituição sem tratamento anterior variou de 66% a 79%. Já os que chegaram com diagnóstico definido variou de 75% a 86% dos casos. Os pacientes que chegaram ao hospital já diagnosticados e tratados também sofreu variações de 20% a 34% do total (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos não analíticos, segundo diagnóstico e tratamento anteriores. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Diagnóstico e tratamentos anteriores	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Sem diagnóstico/ sem tratamento	169	24,0	131	18,3	96	13,3	193	22,5	260	24,0
Com diagnóstico/ sem tratamento	387	55,0	340	47,6	381	52,8	489	57,0	577	53,2
Com diagnóstico/ com tratamento	140	19,9	241	33,8	242	33,5	171	19,9	247	22,8
Sem informação	7	1,0	2	0,3	3	0,4	5	0,6	0	0,0
Total	703	100,0	714	100,0	722	100,0	858	100,0	1084	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.4 Distribuição segundo estadiamento clínico da doença

A distribuição por estadiamento dos casos de câncer analíticos atendidos no HMP evidenciou grande número de casos sem informações sobre o estágio da doença no momento do diagnóstico. A média de casos sem informação no período do estudo foi de 58,0%, e variou de 42,0% a 66,0% (tabela 5). Observou-se que mesmo com o passar dos anos não houve melhora na disponibilização deste dado no prontuário. Apenas uma pequena proporção dos casos foi diagnosticada como tumor *In situ* e a distribuição entre os demais estádios variou ao longo dos anos. A proporção de pacientes classificados como não estadiáveis decresceu e foi de 0% em 2004.

A elevada taxa de ausência de informação impossibilitou estabelecer se a maior proporção de casos nos estádios II, III e IV foi uma característica real dessa população. Nos casos em que o estadiamento estava presente, esses pacientes representaram a maior proporção de doentes. No entanto, a ausência de informação representou mais de 60% da amostra e não foi possível determinar se

essa concentração traduziu a condição de chegada dos pacientes ao hospital. As informações sobre o estadiamento do tumor são disponibilizadas no prontuário pelo médico e coletadas para alimentar o programa SISRHC. A ausência dessas informações evidenciou problemas no preenchimento desse prontuário.

A distribuição das dez neoplasias mais freqüentes, entre os pacientes analíticos, de acordo com o estadiamento clínico da doença, mostrou que em todos os anos o número de casos sem informação foi muito grande, chegando a representar até 80% dos casos em alguns tipos de tumor. O câncer de mama foi o que apresentou maior taxa de estadiamento ao longo de todos os anos. Em todo o período não se evidenciou alteração desse perfil.

Tabela 5 - Distribuição dos casos analíticos, segundo o estadiamento clínico da doença. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Estadiamento clínico da doença	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
In situ	4	0,3	41	2,8	85	4,9	68	4,7	56	3,8
Estádio I	86	6,8	105	7,1	85	4,9	83	5,7	60	4,1
Estádio II	130	10,4	241	16,3	200	11,4	161	11,1	143	9,7
Estádio III	119	9,5	210	14,2	173	9,9	107	7,4	108	7,3
Estádio IV	103	8,2	210	14,2	185	10,6	136	9,3	137	9,3
Não estadiável	49	3,9	45	3,0	22	1,3	0	0,0	0	0,0
Sem informação	764	60,9	634	42,4	1011	57,2	905	61,9	975	65,8
Total	1260	100,0	1486	100,0	1761	100,0	1460	100,0	1479	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A distribuição dos casos de câncer não analíticos evidenciou grande número de casos em que sem informações sobre o estágio da doença, no momento do diagnóstico. A média de casos sem informação no período do estudo foi de 67%, superior à média dos casos analíticos, variando de 52% a 82% (tabela 6). Assim como nos casos analíticos a elevada taxa de ausência de informação no prontuário durante todos os anos impossibilitou estabelecer se a maior proporção

de casos nos estádios II, III e IV é uma característica real dessa população. As informações sobre o estadiamento do tumor são disponibilizadas no prontuário pelo médico. A ausência dessas informações evidenciou problemas no preenchimento desse prontuário. O mesmo fato foi observado entre os casos analíticos.

A distribuição das neoplasias mais freqüentes de acordo com o estadiamento clínico da doença, por ano estudado mostrou o mesmo perfil dos pacientes analíticos. Os pacientes sem informação representaram até 80% dos casos em alguns tipos de tumor e o câncer de mama e de colo do útero apresentaram as maiores taxas de estadiamento em quase todos os anos.

Tabela 6 - Distribuição dos casos não analíticos segundo o estadiamento clínico da doença. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Estadiamento clínico da doença	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
In situ	5	0,7	5	0,7	16	2,2	13	1,5	15	1,4
Estádio I	32	4,6	28	3,9	16	2,2	27	3,2	15	1,4
Estádio II	79	11,2	113	15,9	78	10,8	74	8,7	47	4,4
Estádio III	81	11,5	110	15,5	70	9,7	66	7,8	30	2,8
Estádio IV	47	6,7	68	9,6	54	7,5	65	7,6	85	7,9
Não estadiável	18	2,6	19	2,7	7	1,0	1	0,1	1	0,1
Sem informação	441	62,7	371	51,7	481	66,5	612	71,1	891	82,1
Total	703	100,0	714	100,0	722	100,0	858	100,0	1084	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.5 Distribuição segundo o grau de instrução

A distribuição dos casos analíticos atendidos no HMP de acordo com o grau de instrução do paciente mostrou que no primeiro ano de coleta, o RHC não dispôs de informação em 99% dos casos. Nos anos seguintes esta porcentagem diminuiu e passou a representar apenas 0,2% dos pacientes em 2004 (tabela 7). O número de pacientes que apresentou escolaridade igual ao primeiro grau completo ou superior variou de 6,0% a 9,0% do total de pacientes, em todos os anos. A grande maioria dos pacientes eram analfabetos ou cursaram apenas o primeiro grau, sem, no entanto, concluí-lo.

Tabela 7 - Distribuição dos casos analíticos, segundo o grau de instrução. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Grau de Instrução	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Analfabeto	7	0,6	529	35,6	473	26,9	281	19,2	337	22,8
1º grau incompleto	2	0,2	346	23,3	932	52,9	917	62,8	1007	68,1
1º grau completo	1	0,1	38	2,6	85	4,8	34	2,3	14	0,9
2º grau completo	0	0,0	52	3,5	57	3,2	68	4,7	107	7,2
Nível superior	0	0,0	1	0,1	5	0,3	9	0,6	11	0,7
Sem informação	1250	99,2	520	35,0	209	11,9	151	10,3	3	0,2
Total	1260	100,0	1486	100,0	1761	100,0	1460	100,0	1479	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A distribuição dos casos não analíticos de acordo com o grau de instrução do paciente também evidenciou que no primeiro ano de coleta do RHC, não se dispôs de informação em 99% dos casos. Nos anos seguintes esta porcentagem diminuiu, passando a representar apenas 0,5% dos pacientes em 2004. O número de pacientes que apresentou primeiro grau completo ou mais variou de 8% a 12% do total, em todos os anos, com uma média de 9,8% (tabela 8). A grande maioria

dos pacientes eram analfabetos ou cursaram apenas o primeiro grau, sem, no entanto, concluí-lo.

Tabela 8 – Distribuição dos casos não analíticos, segundo o grau de instrução. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Grau de Instrução	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Analfabeto	7	1,0	347	48,6	268	37,1	243	28,3	314	29,0
1º grau incompleto	1	0,1	97	13,6	344	47,6	503	58,6	631	58,2
1º grau completo	0	0,0	16	2,2	17	2,4	19	2,2	8	0,7
2º grau completo	0	0,0	36	5,0	39	5,4	64	7,5	110	10,1
Nível superior	1	0,1	6	0,8	6	0,8	5	0,6	16	1,5
Sem informação	694	98,7	212	29,7	48	6,6	24	2,8	5	0,5
Total	703	100,0	714	100,0	722	100,0	858	100,0	1084	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.6 Distribuição segundo a origem do diagnóstico

A distribuição dos casos analíticos mostrou a histologia do tumor primário como responsável por cerca de 93% a 99% dos diagnósticos, de acordo com o ano de consolidação (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos casos analíticos, segundo a base mais importante do diagnóstico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Base mais importante	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Exame clínico e/ou enfermidade clínica	1	0,1	3	0,2	4	0,2	4	0,3	1	0,1
Exames por imagem	9	0,7	12	0,8	17	1,0	7	0,5	0	0,0
Endoscopia	9	0,7	32	2,2	28	1,6	10	0,7	8	0,5
Operação exploradora/necropsia	1	0,1	2	0,1	4	0,2	0	0,0	2	0,1
Citologia ou hematologia	32	2,5	22	1,5	10	0,6	5	0,3	1	0,1
Histologia da metástase	6	0,5	2	0,1	2	0,1	0	0,0	3	0,2
Histologia do tumor primário	1177	93,4	1396	93,9	1649	93,6	1429	97,9	1461	98,8
Sem informação	25	2,0	17	1,1	47	2,7	5	0,3	3	0,2
Total	1260	100,0	1486	100,0	1761	100,0	1460	100,0	1479	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A distribuição dos casos não analíticos de acordo com a base mais importante do diagnóstico mostrou que a histologia do tumor primário foi responsável por 82% a 99% dos diagnósticos (tabela 10). A concentração da histologia como principal base de diagnóstico foi resultado da política do Sistema Único de Saúde que exige esse exame para aprovação do tratamento.

Tabela 10 - Distribuição dos casos não analíticos, segundo a base mais importante do diagnóstico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Base mais importante	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Exame clínico e/ou patologia clínica	3	0,4	2	0,3	3	0,4	2	0,2	0	0,0
Exames por imagem	15	2,1	2	0,3	5	0,7	2	0,2	4	0,4
Endoscopia	6	0,9	19	2,7	8	1,1	6	0,7	7	0,6
Cirurgia exploradora/necropsia	2	0,3	0	0,0	1	0,1	2	0,2	2	0,2
Citologia ou hematologia	24	3,4	5	0,7	3	0,4	1	0,1	1	0,1
Histologia da metástase	5	0,7	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Histologia do tumor primário	574	81,7	654	91,6	672	93,1	836	97,4	1069	98,6
Sem informação	74	10,5	31	4,3	29	4,0	9	1,0	1	0,1
Total	703	100,0	714	100,0	722	100,0	858	100	1084	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.7 Distribuição segundo a origem de encaminhamento para o hospital

A maior parte dos pacientes analíticos que chegaram ao HMP foram encaminhados de outras unidades do Sistema Único de Saúde. Essa proporção alcançou 99,4% no ano de 2004.

O mesmo perfil foi observado entre os pacientes não analíticos, com proporção de pacientes encaminhados de outras unidades do SUS que chegou a 99,7% dos casos em 2004. Em ambas as populações, o número de casos sem informação decresceu ao longo dos anos estudados.

5.1.8 Distribuição dos casos segundo o estado conjugal

A análise do estado conjugal dos casos analíticos neste período mostrou que aproximadamente metade dos pacientes era casada. O número de pessoas viúvas variou entre 10% e 15 % da população atendida e a porcentagem de solteiros variou entre 14% e 20%. Apenas um pequeno número era separado, desquitado ou divorciado (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos casos analíticos, segundo o estado conjugal. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Estado conjugal	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Casado	377	29,9	716	48,2	887	50,4	802	54,9	873	59,0
Solteiro	171	13,6	246	16,6	330	18,7	270	18,5	303	20,5
Desquitado/separado/divorciado	31	2,5	49	3,3	75	4,3	65	4,5	70	4,7
Viúvo	125	9,9	200	13,5	250	14,2	211	14,5	225	15,2
Sem informação	556	44,1	275	18,5	219	12,4	112	7,7	8	0,5
Total	1260	100,0	1486	100,0	1761	100,0	1460	100,0	1479	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A análise do estado conjugal dos casos não analíticos neste período mostrou que aproximadamente metade dos pacientes era casada e apenas um pequeno número era separado, desquitado ou divorciado. O número de pessoas viúvas variou entre 3% e 19 % da população atendida e a porcentagem de solteiros variou entre 4% e 21%. Esses índices são muito próximos dos encontrados na análise dos casos analíticos. Em 2000 a ausência de informação sobre o estado conjugal representou 83% dos casos. Nos anos posteriores esta taxa reduziu-se consideravelmente, chegando a atingir 0,2% em 2004 (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos casos não analíticos, segundo o estado conjugal. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

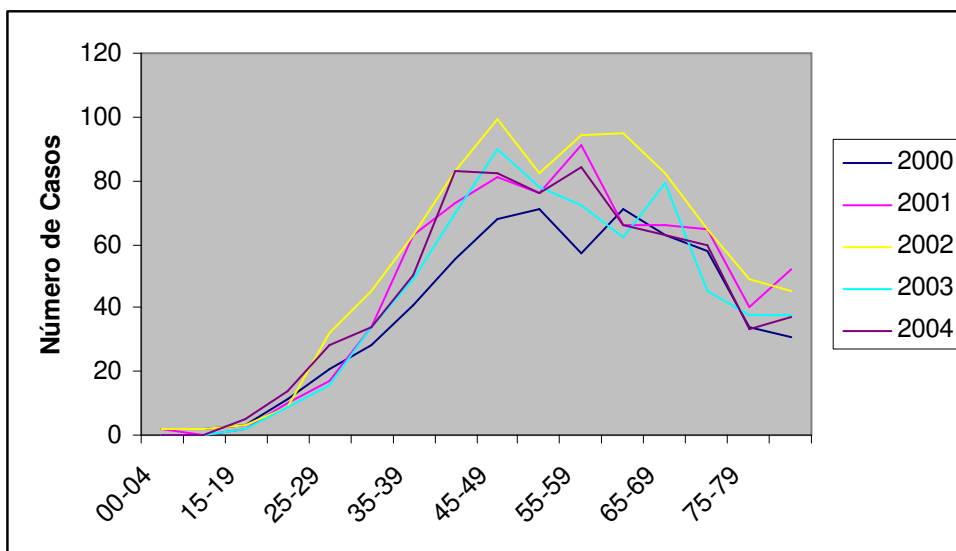
Estado conjugal	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Casado	66	9,4	343	48,0	361	50,0	471	54,9	592	54,6
Solteiro	29	4,1	134	18,8	146	20,2	165	19,2	231	21,3
Desquitado/separado/divorciado	2	0,3	15	2,1	45	6,2	44	5,1	53	4,9
Viúvo	24	3,4	114	16,0	127	17,6	161	18,8	206	19,0
Sem informação	582	82,8	108	15,1	43	6,0	17	2,0	2	0,2
Total	703	100,0	714	100,0	722	100,0	858	100,0	1084	100,0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.1.9 Distribuição dos casos segundo a faixa etária e o gênero

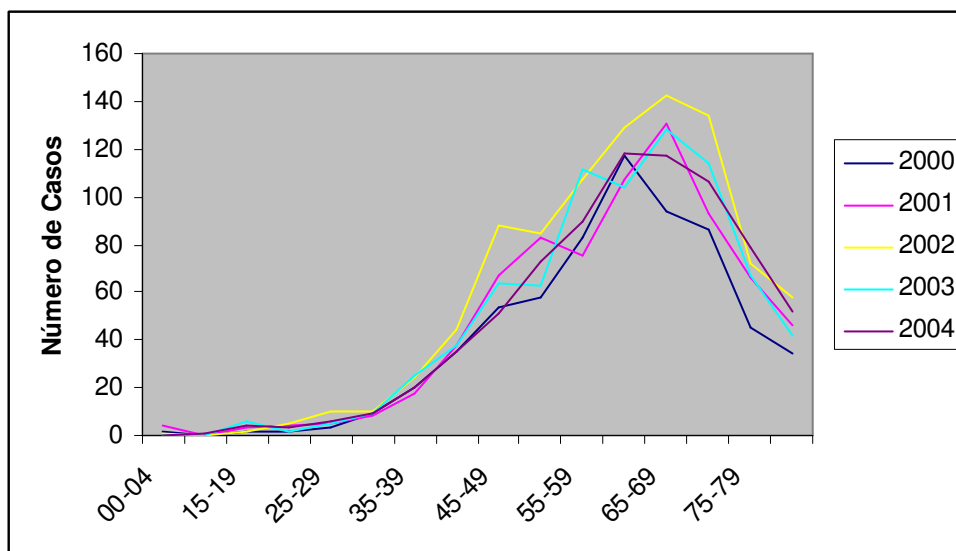
A classificação dos casos analíticos, de acordo com a faixa etária, mostrou maior concentração de casos em mulheres entre 45 e 70 anos (gráfico 7) e entre homens entre 60 e 79 anos (gráfico 8). A distribuição manteve padrão durante todo o período, com mesmo comportamento das diferentes faixas etárias ao longo dos anos.

Gráfico 7 - Distribuição dos casos analíticos, do gênero feminino, segundo a faixa etária. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

Gráfico 8 - Distribuição dos casos analíticos, do gênero masculino, segundo a faixa etária. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

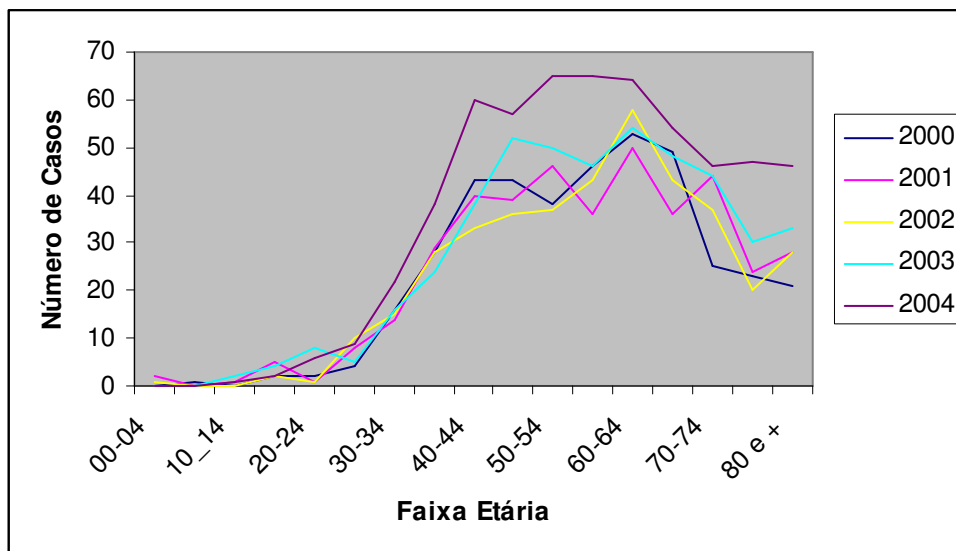


Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

A classificação dos pacientes não analíticos se assemelhou aos casos analíticos, com mesmo perfil de concentração de mulheres entre 45 e 70 anos

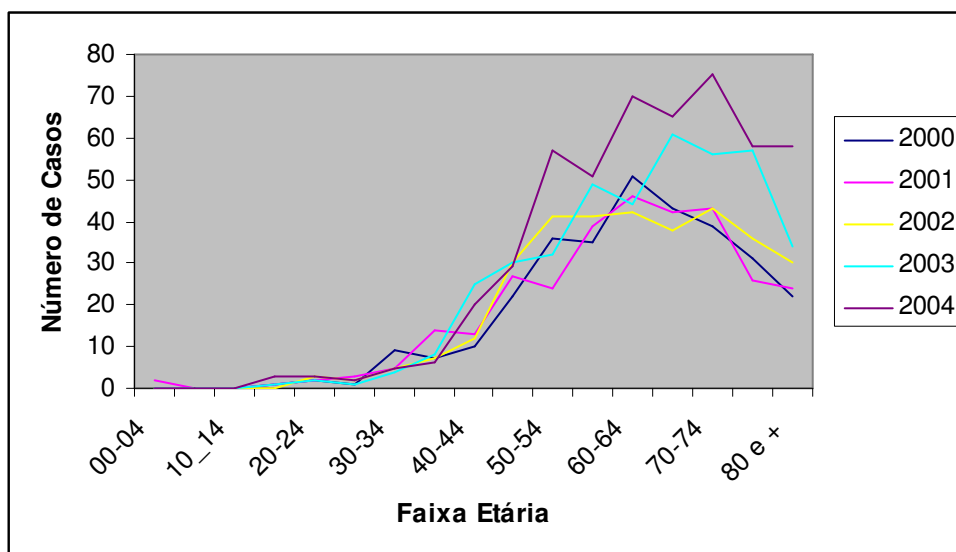
(gráfico 9) e de homens entre 60 e 79 anos (gráfico 10). O padrão de distribuição dos casos, de acordo com as faixas etárias, foi constante ao longo dos anos.

Gráfico 9 - Distribuição dos casos não analíticos, segundo a faixa etária, sexo feminino. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

Gráfico 10 - Distribuição dos casos não analíticos, segundo a faixa etária, sexo masculino. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004



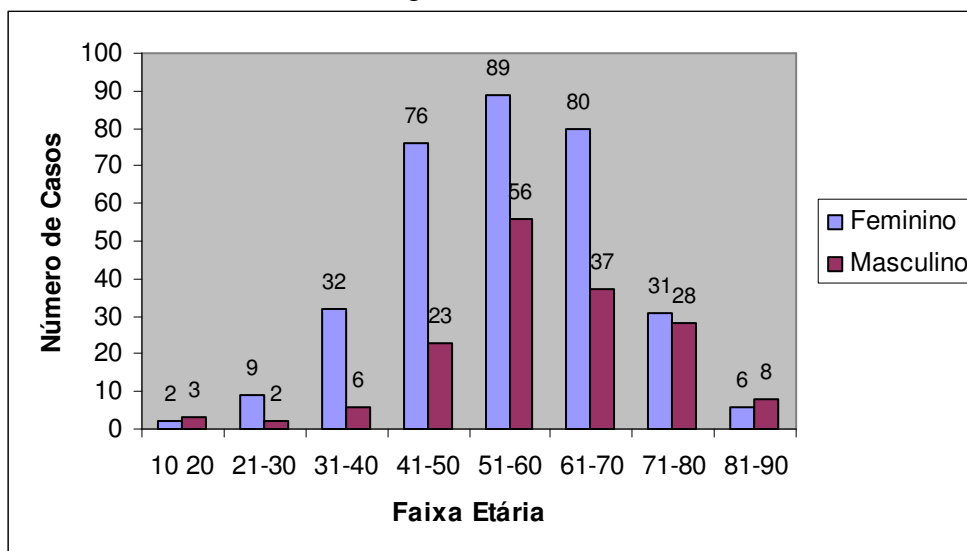
Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

5.2 Perfil de Utilização de Quimioterápicos

5.2.1 Distribuição dos casos

Nos meses de julho a dezembro de 2006, 491 pacientes iniciaram tratamento quimioterápico no Hospital Mário Penna. Ao contrário do perfil geral dos casos, o gênero feminino foi maioria, 327 pacientes, perfazendo 66,6% dos casos. Na APAC, a idade esteve disponível para 488 (99,4%) desses pacientes, sendo a média e mediana de 57 anos. A idade dos pacientes variou de 16 anos a 90 anos, com desvio padrão de 13 anos. Ao se considerar a média de idade de acordo com o gênero, os homens apresentaram idade média superior, de 60 (+/-14) anos e as mulheres de 55,0 (+/-13 anos). A distribuição etária entre os gêneros segue padrão aproximado ao padrão do perfil geral dos casos, com concentração dos casos masculinos entre 50 e 70 anos de idade e nas mulheres a partir de 40 anos (gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, segundo a faixa etária e gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006



Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

Nesta população, o tumor de mama foi o mais incidente e correspondeu a 35,8% dos casos, evidenciando grande incidência de um único tumor. As neoplasias de estômago e colo do útero corresponderam, cada uma, a aproximadamente 7,0% do total de casos. O tumor de próstata foi responsável por 6,0% dos casos e o de bexiga, cólon e reto corresponderam, individualmente, a aproximadamente 5,0% do total de tumores. Os demais sítios corresponderam a menos de 4,0% do total de casos (tabela 13).

Tabela 13- Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o tumor primário. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Tumor primário	Casos	Frequência
Mama	176	35,8
Estomago	34	6,9
Colo de útero	33	6,7
Próstata	29	5,9
Bexiga	26	5,3
Cólon	24	4,9
Reto	21	4,3
Ovário	20	4,1
Linfoma não Hodgkin	17	3,5
Língua	15	3,1
Esôfago	13	2,6
Orofaringe	13	2,6
Linfoma Hodgkin	12	2,4
Metástase de tumor primário desconhecido	5	1,0
Outras localizações	53	10,6
Total	491	100,0

Outras localizações incluem: boca (4 casos)/ cabeça e pescoço, laringe, mola hidatiforme, pênis, pulmão e útero (3 casos)/ amígdala, boca e hipofaringe, face, hipofaringe, linfoma maligno, nasofaringe, sarcoma de partes moles, seio periforme e testículo (2 casos)/ CEC região genital, células plasmáticas, cervical, desconhecido, faringe, glândula submandibular, linfoma difuso, melanoma, pâncreas, pele (couro cabeludo), retroperitônio, seio da face e seio maxilar (1 caso).

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

5.2.2 Distribuição dos casos de acordo com o local de residência e de nascimento

O local de residência dos pacientes é indicador importante do perfil da população usuária e da cobertura que o serviço oferece aos pacientes residentes em Minas Gerais. A informação sobre a cidade de residência foi disponibilizada em 98,4% das APAC, sendo que os pacientes residentes em Belo Horizonte corresponderam a 24,2%, seguidos pelos de Contagem (5,9%) dos casos, Ribeirão das Neves (3,9%), Ibirité (3,1%) e Betim (2,9%). Estas quatro cidades integram a Região Metropolitana de Belo Horizonte e, juntas, corresponderam a 40% dos

pacientes atendidos. Os demais pacientes eram oriundos de outras 119 cidades de Minas Gerais.

5.2.3 Distribuição dos casos de acordo com o estadiamento clínico da doença e a presença de metástases

As informações sobre o estadiamento dos tumores encontraram-se presentes em 485 (98,8%) das APAC preenchidas no segundo semestre de 2006. Observou-se que 41,6% dos casos eram estágio III, IIIA ou IIIB e o estágio IV representou 30% da população atendida. Os tumores em estágio II, IIA ou IIB representaram 18,5% dos casos e os tumores no primeiro estágio representaram apenas 10,4% restantes (tabela 14). Observou-se uma grande diferença na proporção de pacientes estadiados na população geral em comparação aos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o estadiamento do tumor primário. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Estadiamento	Casos	Frequência
I	48	9,8
IA	1	0,2
IB	2	0,4
II	83	16,9
IIA	2	0,4
IIB	6	1,2
III	186	37,9
IIIA	3	0,6
IIIB	15	3,1
IV	139	30
Total	485	100

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

As metástases estiveram presentes em 374 casos (76,2%), em 106 casos não houve disseminação tumoral à distância e em cinco casos não foi possível avaliar sua presença. Em apenas seis casos esta informação não estava presente. Os tumores metastáticos não apresentam possibilidade de cura e representaram a maior proporção de casos dessa população.

5.2.4 Distribuição dos casos de acordo com o tratamento anterior

Aproximadamente 27% dos pacientes foi sido submetido apenas a operação, enquanto 33,3% foi sido submetido a procedimentos cirúrgicos associados a algum outro tratamento. A utilização prévia de medicamentos quimioterápicos sem associação com outra terapia esteve presente em apenas 6,5% dos pacientes, mas fez parte do esquema terapêutico recebido em 30,9% dos

casos (tabela 15) e 22,2% dos pacientes eram virgens de tratamento, no momento em que iniciaram o tratamento quimioterápico.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Tratamento anterior	Casos	Freqüência
Operação	132	26,9
Quimioterapia	32	6,5
Radioterapia	30	6,1
Operação + Quimioterapia	64	13,0
Operação + Radioterapia	23	4,7
Operação + Quimioterapia + Radioterapia+ Hormonioterapia	20	4,1
Operação + Quimioterapia + Radioterapia	37	7,5
Operação + Quimioterapia + Hormonioterapia	12	2,4
Quimioterapia + Radioterapia+ Hormonioterapia	3	0,6
Operação + Hormonioterapia	5	1,0
Quimioterapia + Radioterapia	14	2,9
Hormonioterapia	1	0,2
Quimioterapia + Hormonioterapia	2	0,4
Operação + Hormonioterapia+ Radioterapia	3	0,6
Nenhum	109	22,2
Não informado	4	0,8
Total	491	100,0

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

5.2.5 Distribuição dos casos de acordo com o tempo e a linha de tratamento

A informação sobre o tempo de tratamento do esquema prescrito esteve presente em 98,2% dos casos e variou de 2 a 60 meses de administração das drogas. Considerando os casos em que a informação esteve disponível, 60,2% dos casos teve indicação de utilizar a droga por seis meses e 10,2% dos pacientes por doze meses. Em 12,9%, que corresponderam a 62 casos, o tempo total foi de 60

meses. Desses últimos, 59 pacientes eram portadores de câncer de mama e três possuíam câncer de próstata.

A informação sobre a linha de tratamento a qual o paciente foi submetido, se de primeira, segunda ou terceira, esteve disponível apenas em 79 casos. Desses, 46,8% deles foram tratados com procedimentos de primeira linha e 53,2% com procedimentos de segunda linha.

5.2.6 Distribuição dos casos de acordo com a finalidade do tratamento

A finalidade do tratamento pode ser dividida em paliativa, adjuvante, neoadjuvante, curativa e de controle. Um total de 256 (52,1%) pacientes receberam tratamento com finalidade paliativa, enquanto a terapia adjuvante esteve presente em 116 (23,6%) casos e a neoadjuvante em 59 (12,0%) casos. Apenas 36 (7,3%) pacientes usaram a medicação com finalidade curativa e 22 (4,5%) para controle da doença. Esta informação não esteve presente em apenas dois dos 491 casos. A alta proporção de pacientes que receberam tratamento paliativo evidenciou uma realidade ruim dos pacientes em tratamento quimioterápico no HMP.

5.2.7 Perfil dos pacientes com câncer de mama

A amostra foi constituída de 176 pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, aproximadamente 36% da população total. Apenas três casos foram do gênero masculino e os demais 98,3% foram mulheres. A média de

idade foi de 55 anos, com as duas paciente mais jovens, com 29 anos, e a mais idosa com 86 anos. Os três casos masculinos tinham 60, 62 e 77 anos de idade.

A proporção de pacientes com idade entre 41 e 60 anos foi de 49,5%, 11,9% da amostra esteve entre 30 e 40 anos e 35,2% entre 61 e 80.

O estadiamento clínico do tumor mostrou que 46,5% da população era estágio III, 29% eram estágio II, 15,4% eram estágio IV e apenas 8,5% estavam no primeiro estágio. Em apenas um caso esta informação não estava disponível.

As metástases estiveram presentes em 142 (80,7%) casos e 32 pacientes ainda não apresentavam disseminação tumoral à distância. Apenas em dois casos não houve esta informação.

Apenas um paciente não foi submetido a tratamentos anteriores. A intervenção cirúrgica foi observada em 58,1% dos pacientes e a quimioterapia prévia em 73,9% dos casos (tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Tratamento anterior	Casos	Freqüência
Operação	22	12,5
Quimioterapia	37	21
Radioterapia	13	7,4
Operação + Quimioterapia	29	16,5
Operação + Radioterapia	5	2,8
Operação + Quimioterapia + Radioterapia+ Hormonioterapia	20	11,4
Operação + Quimioterapia + Radioterapia	28	15,9
Operação + Quimioterapia + Hormonioterapia	12	6,8
Quimioterapia + Radioterapia+ Hormonioterapia	1	0,6
Operação + Hormonioterapia	2	1,1
Quimioterapia + Radioterapia	1	0,6
Hormonioterapia	1	0,6
Quimioterapia + Hormonioterapia	2	1,1
Operação + Hormonioterapia+ Radioterapia	2	1,1
Nenhum	1	0,6
Total	176	100,0

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

A análise do tempo de tratamento mostrou que 45% tiveram indicação para tratamento por seis meses, em 12,3% a medicação foi prescrita para um período de 12 meses e em 34,5% para um período de 60 meses.

A informação sobre a linha de tratamento esteve disponível em apenas 38 (21,5%) dos casos. Nesses, 47,4% das terapias indicadas eram de primeira linha e 52,8% de segunda linha.

O tratamento foi considerado adjuvante em 84 (47,7%) casos, neoadjuvante em 20 (11,4%) e paliativo em 71 (40,3%) pacientes. Em apenas um caso a informação não esteve presente.

Os pacientes com câncer de mama foram submetidos a 20 diferentes tipos de tratamento. O tratamento com a droga tamoxifeno foi observado em 38,1% dos casos e 22,7% dos pacientes utilizaram os medicamentos fluorouracil,

doxorrubicina e ciclofosfamida (FAC) de maneira concomitante. Os demais esquemas foram utilizados em menos de 7,5% dos pacientes (tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes com câncer de mama de acordo com o tratamento quimioterápico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Esquemas	Casos	Freqüência
TAMOXIFENO	67	38,1
FAC (fluorouracil, doxorrubicina e ciclofosfamida)	40	22,7
CMF(ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil)	13	7,4
MEGESTROL	10	5,7
CAPECITABINA	8	4,5
PACLITAXEL	8	4,5
ANASTROZOL	7	4,0
MVP (mitomicina, vimblastina e cisplatina)	6	3,4
PAMIDRONATO	3	1,7
AF5FUVIN (ácido folínico, fluorouracil, vinorelbina)	2	1,1
ANAPAM (anastrozol e pamidronato)	2	1,1
MEGPAM (megestrol e pamidronato)	2	1,1
AC (doxorrubicina e cisplatina)	1	0,6
CAPPAM (capecitabina e pamidronato)	1	0,6
CDDP (cisplatina)	1	0,6
CFMP (ciclofosfamida, fluorouracil, metotrexato e pamidronato)	1	0,6
CMPV (cisplatina, mitomicina, pamidronato e vimblastina)	1	0,6
LETPAM (letrozol e pamidronato)	1	0,6
MITVIM (mitomicina e vimblastina)	1	0,6
PACPAM (paclitaxel e pamidronato)	1	0,6
Total	176	100,0

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

5.2.8 Perfil dos pacientes com câncer de estômago

O tumor de estômago foi o segundo mais incidente na população que recebeu tratamento quimioterápico, com um total de 34 pacientes. Desses, 13 (38,0%) foram do gênero feminino e 21 (62,0%) do masculino. A idade média foi de 62 anos, maior que a observada no câncer de mama. O paciente mais jovem tinha

47 e o mais idoso 85 anos. A maior concentração de pacientes aconteceu na faixa etária entre 51 e 70 anos, com 76,5% do total.

O estadiamento dos tumores de estômago mostrou que apenas 2,9% eram estágio II, 41,2% eram estágio III e o restante era do quarto estágio. As metástases estavam presentes em 97,1% dos pacientes.

A proporção de pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, de maneira isolada ou em conjunto com outras terapias, foi de 73,6%. A quimioterapia anterior foi realizada em 20,6% dos casos e a radioterapia foi usada de maneira isolada em 5,9% dos pacientes e 20,6% deles era virgem de tratamento.

A maior parte dos pacientes, 85%, utilizou o esquema por seis meses e 6,1% por doze meses. Essa informação não esteve presente em um caso e aproximadamente 3,0% dos casos utilizaram o esquema por nove, 36 e 37 meses, respectivamente.

Os tumores de estômago foram tratados com cinco diferentes esquemas. As drogas etoposido, fluorouracil e ácido folínico (ELF) foram utilizadas de maneira conjunta em 52,9% dos casos e a combinação mitomicina, fluorouracil e cisplatina (MFP) em 29,4% dos casos (tabela 18). A linha de tratamento não estava disponível em nenhum dos 34 casos. O tratamento teve finalidade paliativa, para alívio de sinais e sintomas, em todos os pacientes.

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes com câncer de estômago de acordo com o tratamento quimioterápico. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Esquemas	Casos	Frequência
ELF (etoposido, ácido folínico, fluorouracil)	18	52,9
MFP (mitomicina, fluorouracil e cisplatina)	10	29,4
CDDP5FU (cisplatina e fluorouracil)	3	8,8
IMATINIB	2	5,9
AF5FU (ácido folínico e fluorouracil)	1	2,9
Total	34	100,0

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

5.2.9 Perfil dos pacientes com câncer de colo do útero

A população de pacientes com neoplasia de colo do útero foi constituída por 33 pacientes, a mais jovem com 26 anos e a mais idosa com 86 anos. A média de idade foi de 54 anos. A maior concentração de pacientes se deu na faixa etária entre 41 e 60 anos, com 21% dos pacientes. O estadiamento mostrou que 72,7% das pacientes possuíam neoplasias estágio III e 12,1% eram estágio IV. A quimioterapia teve finalidade neoadjuvante em 66,7% dos casos e paliativa no restante.

Nesta população 14 pacientes possuíam metástases e 17 não apresentavam disseminação tumoral à distância. Em um caso essa informação não estava disponível e em outro não foi possível avaliar.

Mais da metade dessa população (51,5%) não foi submetida a nenhum tratamento anterior. A radioterapia foi aplicada, de maneira isolada, em 21,2% dos casos. A operação foi única terapia em apenas 6,1% dos casos e a associação destes foi observada em 12,1% da população. Uma paciente foi submetida a

quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia e outras duas receberam tratamento radioterápico e quimioterápico prévio.

Esta população recebeu três diferentes esquemas quimioterápicos: cisplatina (CDDP), de maneira isolada, em 72,7% dos casos, em combinação com fluorouracil (CDDP5FU) em 24,2% dos casos e com ifosfamida (IFMCDDP) em uma paciente. Ao se considerar o número de meses de tratamento, 66,7% das pacientes utilizaram o esquema por seis meses, 12,1% por três meses e 9,1% por quatro meses.

5.2.10 Perfil dos pacientes com câncer de próstata

A população de pacientes com câncer de próstata no HMP foi constituída por 29 casos. A idade média dos pacientes foi 70 anos e variou de 48 anos a 90 anos. A distribuição de acordo com a faixa etária mostrou que 58,6% dos pacientes tinha entre 61 e 80 anos.

Quanto ao local de residência, um terço dos pacientes residia em Belo Horizonte e 10% em Contagem e os demais eram originários de quinze municípios do estado de Minas Gerais. Quando observamos o local de nascimento, um paciente era do Estado da Bahia e outro era de Pernambuco.

A presença de metástases foi observada em 89,7% dos casos e dois pacientes, um estágio II e outro estágio IV, não apresentaram disseminação à distância. Foi observado estadiamento II em 24,1% dos casos, estágio III em 27,6% dos acometidos e estágio IV em 48,3% dos pacientes.

A população com câncer de próstata não foi submetida a tratamento anterior em 17,2% dos casos e 68,8% dos pacientes foram submetidos a

intervenções cirúrgicas, com presença ou ausência de outras terapias. Apenas 6,8% do total de casos foi submetido a quimioterapia prévia (tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes com câncer de próstata em tratamento quimioterápico, de acordo com o tratamento anterior. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006

Tratamento anterior	Casos	Freqüência
Nenhum	5	17,2
Operação	13	44,8
Radioterapia	3	10,3
Operação + radioterapia	2	6,9
Operação + radioterapia + quimioterapia	1	3,4
Radioterapia + quimioterapia + hormonioterapia	1	3,4
Operação + hormonioterapia	3	10,3
Operação + hormonioterapia + radioterapia	1	3,4
Total	29	100,0

Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

Foram utilizados três diferentes esquemas terapêuticos nessa população. A flutamida foi utilizada por 25 pacientes, a mitoxantrona em três casos como monoterapia e em outro caso em associação com prednisona. O período de utilização médio do tratamento foi de 28 meses e variou de seis a sessenta meses. Essa informação não esteve presente para um paciente e 53,6% utilizaram o esquema por 12 meses, quatro fizeram tratamento por seis meses e três por 60 meses. A informação sobre a linha de tratamento esteve disponível em doze casos e todos eles foram de primeira linha. A finalidade do tratamento foi paliativa em 28 casos e no outro não houve essa informação.

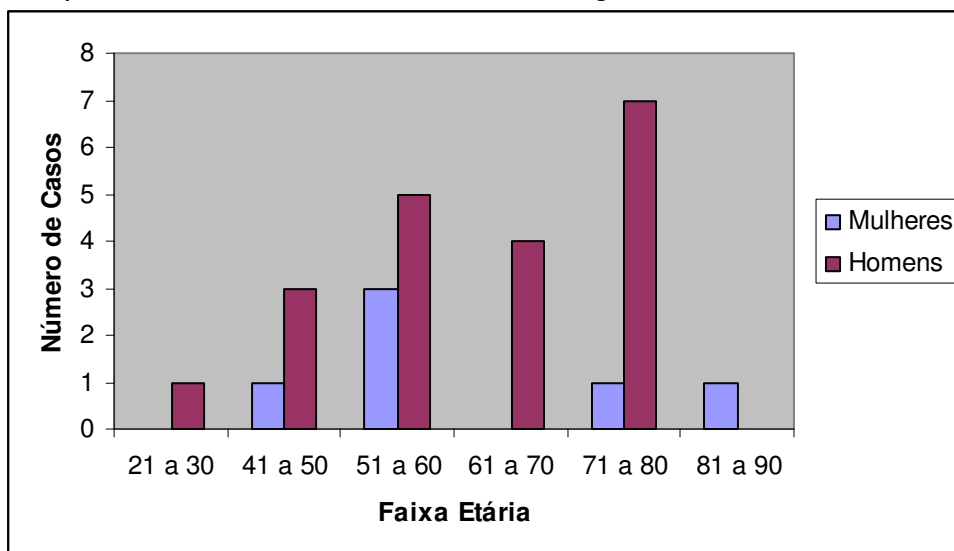
5.2.11 Perfil dos pacientes com câncer de bexiga

A população de pacientes com câncer de bexiga foi composta por 26 pacientes, 20 homens e apenas seis mulheres. A idade média dos casos foi de

62,9 anos, sendo o paciente mais jovem com 22 anos e o mais velho com 84 anos. A faixa etária mais comum entre os homens foi de 71 a 80 anos e entre as mulheres de 51 a 60 anos (gráfico 12). As cidades de Belo Horizonte e Contagem corresponderam, cada uma delas, pelo local de residência de 19,2% dos casos. Os demais casos residiam em outros quinze municípios.

Todos os tumores foram classificados no primeiro estágio e apenas dois pacientes possuíam metástases. Quanto ao tratamento anterior recebido, apenas três pacientes eram virgens de tratamento, ou seja, receberam a primeira intervenção terapêutica e 22 deles foram submetidos à procedimentos cirúrgicos, sendo que três desses também receberam quimioterapia anterior. Em um caso a informação não esteve disponível.

Gráfico 12 - Distribuição dos pacientes com câncer de bexiga em tratamento quimioterápico de acordo com a faixa etária e o gênero. Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, segundo semestre de 2006



Fonte: Serviço de Quimioterapia do Hospital Mário Penna

Todos os pacientes foram tratados com Bacilo Calmette Guérin (BCG) e o tempo de duração de tratamento variou de dois a dez meses. A maior parte dessa população (34,6%) foi tratada por seis meses e 26,9 % por quatro meses. Em nenhum dos casos a linha de tratamento foi informada e a finalidade foi o controle da doença em 17 casos e a adjuvância em nove pacientes.

6 DISCUSSÃO

6.1 Dados do Registro Hospitalar de Câncer

6.1.1 Distribuição dos casos segundo gênero, faixa etária, incidência das neoplasias, diagnóstico e tratamento anteriores e estadiamento clínico da doença

A população atendida no HMP não pode ser considerada representativa dos casos de câncer na população brasileira, mas seus dados apresentaram semelhanças e apontam a importância do RHC como instrumento de produção de informações não apenas sobre a qualidade da assistência prestada na esfera hospitalar, mas também como ferramenta auxiliar de informação para o direcionamento das campanhas de saúde pública. A comparação do número de casos analíticos e não analíticos mostrou que apenas 64,6% dos pacientes que ingressaram no HMP realizaram o tratamento do tumor primário na Instituição. Isto provavelmente se deveu ao fato do tratamento radioterápico, preconizado para muitos tumores, não ser realizado no hospital.

Os tumores mais incidentes entre as mulheres foram colo do útero e mama, que acometem mulheres mais jovens (MS, 2004), o que explicou a concentração de casos a partir de 45 anos. A neoplasia de próstata foi a mais incidente entre os homens e por acometer pacientes mais idosos (Denis *et al.*, 2006) explicou o maior número de casos masculinos entre 60 e 79 anos.

Na população do HMP, as neoplasias de colo de útero foram as mais incidentes entre os pacientes analíticos e não analíticos, como observado na literatura mundial, que o coloca como um tumor muito incidente em países em desenvolvimento e em populações menos favorecidas economicamente (Herbst *et al.*, 2006) e mata mulheres jovens, enquanto ainda estão criando suas famílias (Schiffman, 2005). Os países em desenvolvimento são responsáveis por até 80% dos casos de câncer cervical (Follen *et al.*, 2006) e na América Latina, o Brasil é um dos países com maior taxa de incidência desse tumor (Guimarães *et al.*, 2004). Mulheres desfavorecidas economicamente são afetadas de modo particular, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (Follen *et al.*, 2006).

O tratamento das neoplasias de colo do útero é dependente do estadiamento do tumor (NCCN, 2006a), sendo que a radioterapia e a operação representam tratamento adequado e eficaz para os estádios iniciais (Guimarães *et al.*, 2004; NCCN, 2006a). A radioterapia pode ser utilizada como único tratamento em algumas situações, o que pode explicar a alta proporção desse tumor entre os pacientes não analíticos do HMP, que não disponibiliza essa modalidade de tratamento.

O tumor de próstata é um dos mais importantes cânceres entre os homens no mundo, com uma incidência de 25,3 casos por 100.000 homens (Nelen, 2007). As estimativas brasileiras para o ano de 2006 o colocaram como o mais incidente dos tumores entre os homens (INCA, 2005). Na população do HMP foi o segundo mais incidente entre os casos analíticos e o terceiro entre os não analíticos. O tratamento desta enfermidade também inclui operação, radioterapia e quimioterapia (NCI, 2007a), dependendo do tempo de sobrevida estimado e do estágio do tumor (NCCN, 2007c). A ausência do serviço de radioterapia fez que os pacientes

tratados com esta modalidade de terapia fossem encaminhados para outros serviços e por isso classificados como não analíticos.

O tumor de esôfago foi terceiro entre os analíticos e o quarto entre os não analíticos. O número de casos em homens é três vezes maior que em mulheres (Tosello *et al.*, 2004) e na população do HMP foi observada uma razão de 2,8 entre os gêneros. O consumo de álcool e o tabagismo são os principais fatores de risco para esta neoplasia (Guerra *et al.*, 2005). O tratamento também é realizado com operação, quimioterapia e/ou radioterapia (NCCN, 2007b). Os pacientes que necessitam ser tratados com essa última modalidade são encaminhados a outros serviços.

O tumor de mama ocupou a quarta posição entre os analíticos e o segundo entre os não analíticos. As opções de tratamento incluem a operação e/ou radioterapia para tratamento loco - regional e a quimioterapia e hormonioterapia para tratamento sistêmico (SBM/SBC/SBP/FEBRAGO, 2001; NCCN, 2007e). A proporção de pacientes com essa neoplasia que não realizaram a etapa mais importante do tratamento no HMP foi quase o dobro das pacientes que o fizeram, o que pode refletir a escolha dos médicos pela radioterapia para o tratamento dessas pacientes.

A comparação dos pacientes analíticos e não analíticos quanto ao estado de chegada ao hospital mostrou que a proporção de casos sem diagnóstico prévio foi maior entre os analíticos e que apenas em 2004 esta proporção foi semelhante. Os pacientes que ingressaram sem tratamento estavam em maior número entre os analíticos e representaram a maioria dessa população. Se o tratamento inicial do tumor já havia sido realizado, como a operação, este pode ter sido o motivo da classificação dos casos na categoria de não analíticos.

A adequada aplicação do Sistema de Estadiamento é essencial para a qualidade e confiabilidade dos registros médicos, protocolização de condutas terapêuticas, parametrização de processos avaliativos e comparativos de resultados terapêuticos e troca de informações fluentes entre especialistas e instituições, em todo o mundo (Gadelha *et al.*, 2005). Na população estudada foi observado ausência do estadiamento na maior parte dos casos em todos os anos, sem tendência de melhora. A ausência dessa informação foi alta em ambas as populações, sendo maior ainda entre os não analíticos. Nos casos em que a informação esteve disponível foi observado que os tumores *in situ* representaram maior proporção entre os casos analíticos, mesmo fato observado nos tumores com estadiamento I e IV. Mas, devido a ausência de informações, não se pode afirmar se esta tendência é real. Os tipos de tumor com maior taxa de estadiamento foram o de mama e colo do útero, em quase todos os anos.

A presença de estadiamentos III e IV representou aproximadamente 20% do total dos casos analíticos e 17% dos não analíticos, sendo que esse estadiamento avançado pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde com finalidade diagnóstica, pouca efetividade da política de detecção precoce para os casos de câncer de mama, da baixa produtividade de algumas unidades assistenciais e da desintegração entre os diversos níveis do sistema que em conjunto acarretam diagnósticos em estágio avançado de tumores malignos (Brito *et al.*, 2005a).

6.1.2 Distribuição dos casos segundo a origem do diagnóstico, encaminhamento para o hospital e estado conjugal

A histologia do tumor primário apresentou perfil semelhante em ambas as populações, sendo responsável por cerca de 95,5% dos diagnósticos dos casos analíticos e 92,5% entre os casos não analíticos. Esta alta prevalência também foi observada na literatura (Arregi, 2000).

A origem de encaminhamento ao hospital mostrou que a maior parte dos pacientes foi encaminhado de outras unidades do Sistema Único de Saúde. Em ambas as populações, os pacientes encaminhados de outras fontes externas ao SUS apresentaram decréscimo ao longo dos anos.

Observou-se diminuição dos casos sem informação para o estado conjugal, o que denota melhoria na coleta e alimentação das informações no banco de dados. A proporção de pacientes casados foi muito semelhante em todos os anos nas duas populações, o que também ocorreu com os demais estados conjugais.

6.2 Utilização de Quimioterápicos

O objetivo principal do trabalho foi a análise dos esquemas de quimioterápicos nos tipos de tumor mais incidentes na população total. Assim a comparação desses esquemas com os dados da literatura atual foi realizada para os tumores de mama, estômago, colo do útero, próstata e bexiga, que representaram 60% do total da amostra estudada, e figuraram entre os dez mais comuns nos casos analíticos nos cinco anos estudados.

6.2.1 Análise dos casos dos pacientes com câncer de mama

O câncer de mama é o mais comum e a segunda causa de morte por neoplasias em mulheres ocidentais e a ocorrência em homens é cem vezes menor (Lorhisch & Piccart, 2006). Talvez tenha a história natural mais heterogênea de todos os tumores, com casos com desfecho fatal em meses ou, quando diagnosticado e tratado inicialmente, com evolução de mais de duas décadas antes do aparecimento da doença metastática (Weiss *et al.*, 2003). Essa neoplasia tem desenvolvimento relativamente lento, o que deveria favorecer o diagnóstico precoce (Brito *et al.*, 2005a). Porém, na amostra observou-se 62% dos casos em estadiamento III ou IV e a presença de metástases em 80,7% dos casos, o que evidenciou pequena proporção de diagnóstico nas fases iniciais da doença. A maior fração de estadiamento correspondeu aos estádios II e III, assim como em outros estudos brasileiros (Brito *et al.*, 2005a). A intervenção cirúrgica foi observada em 58,1% dos pacientes, valor aproximado aos 54,9% das mulheres com mesma enfermidade que foram atendidas na cidade do Rio de Janeiro pelo SUS, no período de 2000 a 2003 (Magalhães *et al.*, 2006).

Tumores de mama estádios I, II, IIIA e IIIC operáveis requerem tratamento com diferentes modalidades terapêuticas e as opções devem ser discutidas com o paciente antes da escolha da terapia (NCI, 2007e; NCCN, 2007e). As opções incluem a operação e/ou radioterapia para tratamento loco - regional e a quimioterapia e hormonioterapia para tratamento sistêmico (SBM/SBC/SBP/FEBRAGO, 2001; NCCN, 2007e). As alternativas terapêuticas para o tratamento dos tumores primários incluem operação conservadora

associada a radioterapia, ou mastectomia seguida ou não de reconstrução, ambas com sobrevida equivalente (Lorhisch & Piccart, 2006; NCI, 2007e; NCCN, 2007e). A terapia adjuvante sistêmica, com tamoxifeno ou quimioterapia, deve ou não ser realizada, de acordo com o comprometimento dos linfonodos, o estado de pré ou pós-menopausa, e a responsividade dos receptores de estrógeno e progesterona do tumor (SBM/SBC/SBP/FEBRAGO, 2001; NCI, 2007e; NCCN, 2007e). O objetivo dessa terapia é reduzir o risco de recorrência e morte e ainda, aumentar as possibilidades de cura (Thuerlimann *et al.*, 2007). A recomendação atual do tempo de utilização do tamoxifeno é de 5 anos, período após o qual a terapia deve ser descontinuada (NCI, 2007e; NCCN, 2007e). Nos casos em que a quimioterapia for indicada, um dos esquemas recomendados é ciclifosfamida, metotrexate e fluorouracil (CMF), assim como ciclifosfamida, doxorrubicina e fluorouracil (FAC), sendo que o último apresenta discreta vantagem em relação ao primeiro (NCI, 2007e). Na amostra de pacientes com esse tumor apenas 32 casos não apresentaram metástases e, desses, dois foram tratados com CMF e cinco com FAC e o restante utilizou tamoxifeno. O tratamento de todos eles teve finalidade adjuvante, assim como dois pacientes em que a presença ou ausência de metástases não foi informada sendo que um utilizou o esquema FAC e o outro o medicamento tamoxifeno. Todos os medicamentos utilizados estavam de acordo com o preconizado pela literatura mundial.

O tratamento dos tumores metastáticos de mama tem finalidade paliativa (Delgado, 2004; Lorhisch & Piccart, 2006; NCI, 2007e; NCCN, 2007e), o que está de acordo com o observado de que todos os 71 pacientes submetidos a quimioterapia paliativa possuíam metástases. A terapêutica desses tumores envolve hormonioterapia e/ou quimioterapia, sendo que a radioterapia e a operação

podem estar indicadas com metástases sintomáticas limitadas (NCI, 2007e). O tratamento hormonal é especialmente indicado nos pacientes em que a doença envolve apenas ossos e tecidos moles e naqueles que não receberam terapia anti-estrogênica adjuvante ou a receberam a mais de um ano (Delgado, 2004; NCI, 2007e; NCCN, 2007e), sendo o tamoxifeno a mais bem estabelecida terapia endócrina (NCCN, 2007e). Os medicamentos de segunda linha dessa terapia incluem os inibidores da aromatase (anastrozol e letrozol) e também megestrol, estrógenos, andrógenos e o fulvestranto (NCI, 2007e; NCCN, 2007e). Pacientes que tiveram progressão tumoral sob hormonioterapia são candidatos à quimioterapia citotóxica, assim como os pacientes com receptor hormônio negativo e aqueles com metástase visceral (NCI, 2007e). Um número de combinações de regimes quimioterápicos são apropriados para a terapia adjuvante (NCCN, 2007e). Alguns dos agentes que podem ser utilizados como monoterapia são o paclitaxel, capecitabina, fluorouracil, metotrexato, doxorrubicina, ciclofosfamida, cisplatina, vinorelbina, vimblastina e mitomicina e as combinações CA (ciclofosfamida+doxorrubicina), docetaxel e doxorrubicina, FAC (fluorouracil, doxorrubicina e ciclofosfamida), CMF (ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil), doxorrubicina e paclitaxel, docetaxel e capecitabina, vinorelbina e epirubicina (NCI, 2007e; NCCN, 2007e). A taxa de progressão da doença, a presença de comorbidades, e a preferência do médico e do paciente vão influenciar na escolha da terapia para cada indivíduo. Nenhum dado comprova a superioridade de um regime em particular (NCI, 2007e). A terapia sistêmica com o uso de bifosfonatos, conjuntamente à quimio ou hormonioterapia (Delgado, 2004; NCCN, 2007e), para reduzir a morbidade em pacientes com metástases ósseas deve ser considerada e entre as drogas usuais está o pamidronato (NCI, 2007e). Entre as pacientes, três

utilizaram essa droga como monoterapia, duas em associação ao megestrol, duas com o anastrozol, duas com o letrozol, uma com a capecitabina e outra com o paclitaxel. Na população estudada, 165 pacientes foram tratadas com uma droga ou um dos esquemas anteriormente listados e preconizados pelos guias especializados, o que mostra uma aderência a esses manuais e uma adequada assistência aos pacientes.

A associação ácido fólico, fluorouracil e vinorelbina foi utilizada por dois pacientes. Estas duas últimas drogas são indicadas para tratamento em monoterapia e a combinação é considerada ativa, com baixa toxicidade e como representativa de uma boa escolha terapêutica em pacientes que necessitam de terapia de segunda linha (Gebbia *et al.*, 2006). Em um caso foi utilizada a combinação ciclofosfamida, metotrexato, fluorouracil, um esquema padrão, associado ao pamidronato (CMFP), que tem eficácia extensivamente documentada e é muito utilizada (Adesunkanmi *et al.*, 2006). O esquema cisplatina, mitomicina e vimblastina (MVP) é considerado bem tolerado, com baixa toxicidade e com atividade promissora em câncer de mama avançado (Urruticoechea *et al.*, 2005). Uma paciente, com metástase óssea, utilizou esse esquema em associação ao pamidronato, conforme preconizado para diminuição da morbidade (NCI, 2007e). Apenas uma paciente utilizou a mitomicina associada a vimblastina, duas drogas indicadas como monoterapia (NCI, 2007e; NCCN, 2007e), que mostrou ser efetiva e bem tolerada para os tumores resistentes a antraciclinas (Kalofonos *et al.*, 2001).

6.2.2 Análise dos casos dos pacientes com câncer de estômago

O câncer gástrico é a segunda maior causa de morte por neoplasia no mundo (Schwarzmann *et al.*, 2004), com pico de incidência na sexta década de vida do indivíduo, sendo o número de homens acometidos o dobro das mulheres (Maruyama *et al.*, 2006). Foi o segundo mais incidente na população que recebeu tratamento quimioterápico no HMP, com proporção de 1,6 homens para cada mulher.

O tratamento dos tumores de estômago depende do seu estadiamento. Para os cânceres no segundo estágio, a ressecção cirúrgica com linfadenectomia regional é a terapia de escolha (NCI, 2007d) e o tipo de ressecção será determinado pelo grau de comprometimento do órgão (NCI, 2007d). No terceiro e quarto estádios a operação deve ser radical nos tumores que podem ser ressecados. No entanto, a maioria dos tumores estágio IV não metastáticos não são ressecáveis (NCI, 2007d). A quimiorradiação adjuvante ou neoadjuvante deve ser considerada nos estádios II e III e é padrão nos casos estágio IV após a operação (NCI, 2007d), como observado na população estudada.

Nos casos em que há presença de metástase à distância ou disseminação peritoneal não existe possibilidade de cura (Maruyama *et al.*, 2006) e a quimioterapia será paliativa (NCCN, 2007b) podendo causar remissão, mas sem prolongar a vida do paciente (NCI, 2007d). Os resultados mostraram tratamento paliativo para todos os pacientes, sendo que apenas um não apresentava disseminação tumoral à distância.

As opções de tratamento para esses pacientes ainda são alvo de controvérsias e, embora existam várias combinações ativas de drogas, ainda não

está definido a melhor terapia sistêmica (Maruyama *et al.*, 2006). Com finalidade paliativa, a quimioterapia com a combinação de diferentes agentes é preferível ao tratamento com um único agente (NCCN, 2007b). Agentes com estabelecida atividade nesse tumor são o fluorouracil, mitomicina, etoposídeo e cisplatina e algumas novas drogas incluem paclitaxel, docetaxel, irinotecano, epirrubicina, oxaliplatina, etoposídeo oral e a combinação de uracil e tegafur (NCCN, 2007b).

Um dos tratamentos padronizados é a combinação das drogas etoposídeo, fluorouracil e ácido folínico (ELF) (NCI, 2007d), utilizada em 18 casos nos estádios II, III e IV. A associação cisplatina mais fluorouracil foi utilizada por três pacientes e também é uma terapia padrão (NCI, 2007d). Outra associação também padrão é fluorouracil, cisplatina e epirrubicina (NCI, 2007d), que demonstrou ter eficácia semelhante ao esquema mitomicina, fluorouracil e cisplatina (Ross *et al.*, 2002) que foi utilizada por dez pacientes. Os esquemas contendo fluorouracil são priorizados no Japão, um dos países, ao lado da China e Coreia, com as mais altas taxas de morte devidas a esse carcinoma (Sasaki *et al.*, 2007). Sua associação ao ácido folínico também é recomendada (NCCN, 2007b). Essa associação foi utilizada por um paciente com este tumor na população estudada.

Os tumores de estroma gastrointestinal têm padronizado como terapia primária o medicamento mesilato de imatinib (NCCN, 2007b), utilizado por dois pacientes na amostra estudada, ambos portadores desse tumor.

A inexistência de terapias de segunda linha estabelecidas para essa neoplasia (NCCN, 2007b) explicou a ausência da informação sobre a linha de tratamento.

6.2.3 Análise dos casos dos pacientes com câncer de colo do útero

O carcinoma de colo uterino *in situ* tem incidência máxima na terceira década de vida, diminuindo progressivamente, sendo muito raro após os sessenta anos. Já o carcinoma invasivo é mais incidente na quarta e quinta década de vida e diminui após os 65 anos (Guimarães *et al.*, 2004).

O tratamento das neoplasias de colo do útero é dependente do estadiamento do tumor (NCCN, 2006a), mas o planejamento em geral inclui outras variáveis de prognóstico importante, como volume do tumor e presença de metástase linfonodal (Follen *et al.*, 2006). A radioterapia e a operação representam tratamento adequado e eficaz para tumores em estádios iniciais (Guimarães *et al.*, 2004; NCCN, 2006a). O tamanho do tumor é um importante fator prognóstico e deve ser avaliado cuidadosamente na escolha da melhor terapia (NCI, 2007c).

Os tumores estágio IA têm opções equivalentes de tratamento padronizadas: histerectomia total, conização, histerectomia radical para tumores mais profundos ou radiação intracavitária (NCI, 2007c). A associação entre radioterapia e operação também pode ser necessária (NCCN, 2006a). A cisplatina é considerada o agente mais efetivo (Follen *et al.*, 2006) e é recomendada como quimioterapia de primeira linha no câncer cervical metastático ou recorrente, com taxas de resposta de aproximadamente 20 a 30% (Follen *et al.*, 2006; NCCN, 2006a). Entretanto, os regimes de combinação são preferidos quando a cisplatina foi usada previamente (NCCN, 2006a), aumentando as taxas de resposta em 30% a 50%. Porém, tendem a ser de curta duração e com média de sobrevida de 7 a 10 meses (Follen *et al.*, 2006). As drogas ifosfamida e fluorouracil são indicadas como terapia de segunda linha nesses casos (NCCN, 2006a). A combinação ifosfamida

mais cisplatina tem sido muito estudada e apresenta boa tolerância e taxa de resposta (Cervellino *et al.*, 1995).

Pacientes com tumores estadiados IB e II têm a radioterapia e a histerectomia radical associada à linfadenectomia pélvica bilateral como tratamento padronizado (FEBRASGO/SBC, 2001; NCCN, 2006a; NCI, 2007c). A quimioterapia com cisplatina, associada ou não ao fluorouracil, deve ser considerada em pacientes com linfonodos positivos, margens cirúrgicas positivas e doença parametrial residual (Follen *et al.*, 2006; NCI, 2007c), e deve ser o tratamento de escolha para os tumores estágio IIB, IIIA, IIIB e IVA (NCCN, 2006a). A utilização da radioterapia associada a esse esquema quimioterápico em tumores maiores também é um tratamento preconizado (NCI, 2007c) e mostra vantagens em termos de sobrevida (FEBRASGO/SBC, 2001; NCCN, 2006a). O risco de morte por câncer cervical diminui de 30% a 50% com o uso da terapia de quimiorradiação (FEBRASGO/SBC, 2001; Follen *et al.*, 2006; NCI, 2007c). Havia um único caso nessa população com estágio IB, o qual havia sido submetida previamente a tratamento cirúrgico e radioterápico e apresentou comprometimento dos linfonodos. Essa paciente utilizou o medicamento cisplatina em associação ao fluorouracil, de acordo com o preconizado pela literatura. Outra paciente, com tumor metastático no segundo estágio e radioterapia anterior, também utilizou o mesmo esquema, com finalidade paliativa.

O tratamento preconizado do câncer cervical estágio IIB é a radioterapia associada à quimioterapia (FEBRASGO/SBC, 2001; NCI, 2007c) com cisplatina como monoterapia ou associada ao fluorouracil (NCI, 2007c). Na população estudada houve apenas uma paciente com neoplasia neste estágio e foi tratada com a associação cisplatina mais fluorouracil, de acordo com o preconizado. A

recomendação para os tumores estadiados III é a mesma para os tumores estágio IIB (NCI, 2007c). A amostra foi constituída de 24 pacientes com neoplasias estágio III, sendo que 22 delas utilizaram a cisplatina como única droga e duas a utilizaram em associação com o fluorouracil, o que mostra que o preconizado pela literatura foi adotado no tratamento desses casos. Um total de 22 mulheres com tumores estágio III realizaram tratamento com finalidade neoadjuvante, sendo que 18 não possuíam metástases e todas usaram a cisplatina como única droga. A terapia neoadjuvante com uma única droga alcança resposta objetivas (regressão ou remissão do tumor) em 20% a 30% dos casos; em poliquimioterapia estes índices podem chegar a 90% (Guimarães *et al.*, 2004).

A recomendação para tumores estágio IV é a mesma que para os estádios anteriores (NCI, 2007c). Apenas quatro pacientes dessa amostra foram estadiadas nessa fase, sendo que duas usaram a cisplatina em monoquimioterapia e as outras usaram a associação cisplatina mais fluorouracil, de acordo com a recomendação da literatura.

6.2.4 Análise dos casos dos pacientes com câncer de próstata

O câncer de próstata clínico é uma doença predominantemente presente em pessoas idosas, com pico de incidência e mortalidade por volta dos 70 anos de idade (Denis *et al.*, 2006). A população de pacientes do HMP com câncer de próstata, em tratamento quimioterápico, mostrou este perfil. A doença metastática é considerada, atualmente, incurável (NCI, 2007a). Isto condiz com os dados coletados, que mostraram o tratamento com finalidade paliativa em 28 dos 29 casos e a ausência dessa informação no outro.

O bloqueio androgênico é o tratamento padrão para o câncer de próstata metastático (NCI, 2007a). Os métodos utilizados são os análogos do Hormônio Liberador de Gonadotropina (LHRH), estrogênios, antiandrógenos e a orquiectomia bilateral. Pode ser realizado como monoterapia ou em associação com outro método, que é a terapia combinada ou bloqueio androgênico máximo (SBU, 2006b).

A monoterapia com flutamida não é a opção terapêutica recomendada na maioria dos casos, pois parece ser menos eficaz que castração cirúrgica ou por medicamentos em primeira linha (SBU, 2006b, NCCN, 2007b). Mas, por manterem os níveis de testosterona elevados, podem ser a opção mais adequada para pacientes que desejam manter atividade sexual, o que é possível em 50% dos casos (Denis *et al.*, 2006; SBU, 2006a). As taxas de sobrevida podem ser um pouco menores com monoterapia com antiandrogênios não esteróide (Seidenfeld *et al.*, 2000). Embora constitua um tema polêmico, o emprego desses medicamentos como monoterapia oferece uma alternativa atraente, principalmente quando se avalia a qualidade de vida para os pacientes com tumores localmente avançados, sem a presença de metástases à distância (SBU, 2006a).

Pacientes com estadiamento III e IV podem apresentar sintomas urinários e o controle desses sintomas é uma importante consideração do tratamento que pode ser realizado por manipulação hormonal, entre os quais está a utilização da flutamida (NCI, 2007a).

A flutamida, um antiandrogênico não esteróide, foi o medicamento utilizado por 25 pacientes (86,2%). Desses pacientes, treze foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, três à radioterapia, dois foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e radioterápicos, dois submetidos a operação e

hormonioterapia e cinco casos utilizaram a flutamida como monoterapia, sem tratamento prévio. Três deles apresentam tumores localmente avançados, sem a presença de metástases à distância. Em nove casos esse medicamento foi utilizado como terapia de primeira linha, sendo que três desses pacientes não haviam sido submetidos a nenhum tratamento anterior, três haviam sofrido procedimentos cirúrgicos, outros dois haviam sido tratados com operação mais hormonioterapia e um havia realizado radioterapia. Para os demais pacientes que utilizaram flutamida não estava presente a informação a respeito da linha de tratamento. O procedimento cirúrgico ao qual os pacientes haviam sido submetidos não foi coletado, podendo ser prostatectomia radical e/ou orquiectomia. A utilização da flutamida após esse último procedimento, conhecido como castração cirúrgica, é recomendada para o câncer de próstata metastático (SBU, 2006b).

Nos casos em que o tumor se encontra localmente avançado, a utilização da flutamida como monoterapia em primeira linha nos cinco pacientes que não haviam sido submetidos a tratamento prévio pode ter sido a escolha para a preservação da atividade sexual.

Pacientes com câncer de próstata metastático sob terapia hormonal invariavelmente evoluem, após alguns anos, para doença hormônio refratária e óbito, em média após dois anos (D'Império, 2004; Denis *et al.*, 2006). Nesses pacientes, o tratamento com mitoxantrona associado a prednisona permite a melhora da dor em aproximadamente 30% dos casos, o que proporciona uma melhor qualidade de vida a esses pacientes (Tannock *et al.*, 1996; D'Império, 2004; NCCN, 2007b), mas sem aumento da sobrevida. A utilização da mitoxantrona foi observada em três casos como monoterapia e em outro caso em associação com prednisona.

Estudos que compararam a utilização da mitoxantrona com docetaxel, ambos associados com prednisona, mostraram a superioridade do docetaxel na sobrevida, em termos de diminuição da dor, do nível do Antígeno Prostático Específico e melhoria da qualidade de vida, mas com alta incidência de efeitos adversos (Tannock *et al.*, 2004). Assim os regimes contendo docetaxel são agora o padrão para este grupo de pacientes (NCCN, 2007b). No entanto, a associação prednisona mais mitoxantrona permanece um tratamento apropriado para os pacientes que possam ser susceptíveis aos efeitos tóxicos do docetaxel (Tannock *et al.*, 2004). No HMP, neste grupo de pacientes, não foi observada a utilização do docetaxel.

6.2.5 Análise dos casos dos pacientes com câncer de bexiga

A população estudada com câncer de bexiga teve idade média de 63 anos, o que está de acordo com a literatura, que mostra que apesar de ocorrer em qualquer idade, a incidência aumenta diretamente com o passar dos anos, sendo mais freqüente entre os sessenta e setenta anos (SBU/SBP, 2006a; Bayley & Gospodarowicz, 2006). O diagnóstico em indivíduos antes dos 40 anos de idade é raro (NCCN, 2007f). Mas o paciente mais jovem foi diagnosticado com este tumor aos 22 anos.

Nos Estados Unidos, no ano de 2007, eram esperados 67.160 novos casos deste tumor, sendo 50.040 em homens e o restante em mulheres (ACS, 2007). De maneira geral, a proporção de casos de homens para mulheres é de 2,5 (Bayley & Gospodarowicz, 2006). Os casos atendidos no HMP mantiveram proporção aproximada, com a população masculina correspondendo a 77% dos casos.

Aproximadamente 70 a 80% dos tumores de bexiga são superficiais no momento do diagnóstico (SBU/SBP, 2006a; Bayley & Gospodarowicz, 2006; NCI, 2007b) o que responde pela mortalidade global baixa desse câncer (Bayley & Gospodarowicz, 2006). No HMP todos os tumores foram classificados no primeiro estágio e apenas dois pacientes possuíam metástases. A sobrevivência de pacientes com doença metastática varia entre oito e doze meses (Bayley & Gospodarowicz, 2006).

O tratamento padrão do tumor superficial de bexiga é a ressecção transuretral (SBU/SBP, 2006a; NCI, 2007b; NCCN, 2007f). Em casos específicos, em que o risco de recorrência for maior, deve ser empregada a terapia intravesical utilizando-se medicamentos como a mitomicina C, thiotepa, doxorubicina ou a imunoterapia com o Bacilo Calmette Guérin (BCG) (Bayley & Gospodarowicz, 2006; NCI, 2007b). Essa última apresenta menores taxas de recorrência, sendo por isso mais indicada para a terapia seqüencial (NCCN, 2007f), mas com maior toxicidade quando comparada à mitomicina C (SBU/SBP, 2006a). O BCG, que retarda a recorrência e progressão do tumor, é eficaz no carcinoma *in situ*, com taxa de resposta completa de 70%, mas com 50% de recidiva (Bayley & Gospodarowicz, 2006).

Na população estudada, todos os pacientes utilizaram BCG por via intravesical. Esse é o tratamento preconizado, que mostra que tumores com moderado ou alto risco de recidiva e progressão, após a ressecção transuretral, devem ser tratados preferencialmente com esquemas de BCG de indução e manutenção por períodos variados (SBU/SBP, 2006b).

7 CONCLUSÕES

- Os principais tumores observados na população de pacientes analíticos foram colo do útero, próstata, esôfago e mama. Esses mesmos tumores também foram os mais incidentes entre os pacientes não analíticos;
- Os pacientes analíticos e não analíticos apresentaram perfil semelhante quanto aos tumores mais incidentes, o estadiamento clínico, o estado conjugal, a origem do diagnóstico e de encaminhamento para o hospital;
- Observou-se melhora na coleta de dados do RHC, evidenciada ao longo dos anos pelo decréscimo de casos sem informação;
- Evidenciou-se baixa frequência de estadiamento dos tumores em todos os anos, sem evidência de melhoria da disponibilização dos dados clínicos no prontuário médico;
- Na população que recebeu tratamento quimioterápico os tumores mais incidentes foram mama, estômago, colo do útero, próstata e bexiga;
- A quimioterapia disponibilizada no HMP, e paga pelo SUS, esteve de acordo com o preconizado por entidades como o National Comprehensive Cancer Network (NCCN), o National Cancer Institute (NCI) e Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM). O que demonstrou a qualidade do tratamento médico oferecido a essa população.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, N.E.; GARROCHO, A.A.; AGUIAR, M.C.F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 357-362, 2002.

ACS – AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts and figures**. 2007. Disponível em: <<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>>. Acesso em: 18 out 2007.

ADESUNKANMI, A.R.K.; LAWAL, O.O.; ADELUSOLA, K.A.; DUROSIMI, M.A. The severity, outcome and challenges of breast cancer in Nigeria. **The Breast**, v. 15, p. 399-409, 2006.

AOKI, M.; AKAHIRA, J.; NIIKURA, H.; SAITO, S.; ABE, Y.; AINDA, T.; SATO, N.; KITAMURA, T.; OTSUKI, K.; KATAHIRA, A.; UTSUNOMIYA, H.; OKAMURA, C.; TAKANO, T.; ITO, K.; OKAMURA, K.; YAEGASHI, N. Retrospective analysis of concurrent chemoradiation with the combination of bleomycin, ifosfamide and cisplatin (BIP) for uterine cervical cancer. **Tohoku J Exp Med**, v. 204, n. 4, p. 309-15, 2004.

ARREGI, M.M.U. Registro Hospitalar de Câncer: cinco anos de experiência do Instituto do Câncer do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 377-87, 2000.

BAYLEY, A.; GOSPODAROWICZ, M.K. Cânceres do trato gênito-urinário, não prostáticos. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 27, p. 599-631.

BRASIL. Portaria GM n 3535. Estabelece uma rede hierarquizada dos Centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Diário Oficial da União 1998a; 2 set.

BRASIL. Portaria GM n 3536. Determina a implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). Diário Oficial da União 1998b; 2 set.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p.874-81, 2005.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Avaliação da concordância de dados clínicos e demográficos entre Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade Oncológica e prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único

de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1829-35, 2005.

CERVELLINO, J.C.; ARAUJO, C.E.; SÁNCHEZ, O.; MILES, H.; NISHIHAMA, A. Cisplatin and ifosfamide in patients with advanced squamous cell carcinoma of the uterine cervix. A phase II trial. **Acta Oncol**, v. 34, n. 2, p. 257-9, 1995.

CHANG, S.; BONDY, M.L.; GURNEY, J.G. Epidemiologia do Câncer. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 5, p. 91-120.

D'IMPÉRIO, M. Câncer de próstata. In: GUIMARÃES, J.R.Q. (Org.), **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. cap. 40, p. 411-417.

DELGADO. L.; PIRES, L. A. Tratamento Sistêmico do Câncer da mama-Hormonioterapia e Quimioterapia. In: GUIMARÃES, J.R.Q. (Org.), **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. cap. 25, p. 295-306.

DENIS, L.J.; GOSPODAROWICZ, M.K.; GRIFFITHS, K. Câncer de próstata. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 26, p. 585-598.

DOROSHOW, J.H. Princípios da Oncologia Médica. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 10C, p. 243-59.

FEBRAGO/SBC- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/ Sociedade Brasileira de Cancerologia. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero**. 2001. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina).

FOLLEN, M., TORTOLERO-LUNA, G., VLASTOS, A., BODURKA, D.C. Câncer de Colo do Útero e Lesões Precursoras. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 24, p. 537-558.

GADELHA, M.I.P.; COSTA, M.R.; ALMEIDA, R.T. Estadiamento de tumores malignos- análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 193-9, 2005.

GEBBIA, V.; CARUSO, M.; BORSELLINO, N.; AJELLO, R.; TIRRITO, M.L.; CHIARENZA, M.; VALENZA, R.; VERDERAME, F.; VARVARA, F.; MARRAZZO, A.; BAJARDI, E.; FERRAO, F.; BORDONARO, R.; TRALONGO, P. Vinorelbine and 5-

fluorouracil bolus and/or continuous venous infusion plus levofolinic acid as second-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an analysis of results in clinical practice of the Gruppo Oncologico Italia Meridionale (GOIM). **Anticancer Res**, v. 26, n. 4B, p. 3143-50, 2006.

GRAHAM, I.D.; BROUWERS, M.; DAVIES, C.; TETROE, J. Ontario doctors' attitudes toward and use of clinical practice guidelines in oncology. **J Eval Clin Pract**, v. 13, n. 4, p. 607-15, 2007.

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.

GUIMARÃES, J. R.Q.; MELCHERT, M.; PINHEIRO, W. Câncer de Colo Uterino - Quimioterapia. In: GUIMARÃES, J.R.Q. (Org.), **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. cap. 29, p. 329-337.

HÉBERT-CROTEAU, N. ; BRISSON, J. ; LATREILLE, J. ; RIVARD, M. ; ABDELAZIZ, N. ; MARTIN, G. Compliance with consensus recommendations for systemic therapy is associated with improved survival of women with node-negative breast cancer. **J Clin Oncol**, v. 22, n. 18, p. 3685-93, 2004.

HERBST, R.S.; BAJORIN, D.F.; BLEIBERG, H.; BLUM, D.; HAO, D.; JOHNSON, B.E.; OZOLS, R.F.; DEMETRI, G.D.; GANZ, P.A.; KRIS, M.G.; LEVIN, B.; MARKMAN, M.; RAGHAVAN, D.; REAMAN, G.H.; SAWAYA, R.; SCHUCHTER, L.M.; SWEETENHAM, J.W.; VAHDAT, L.T.; VOKES, E.E.; WINN, R.J.; MAYER, R.J. Clinical Cancer Advances 2005: major research advances in cancer treatment, prevention, and screening- A report from the American Society of Clinical Oncology. **J Clin Oncol**, v. 24, n. 1, p. 190-205, 2006.

KALOFONOS, H.P.; ONYENADUM, A.; KOSMAS, C.; KOUTRAS, A.; PETSAS, T.; EFTHIMIOU, V.; KOUKOURAS, D.; TZORACOLEFTERAKIS, E.; ANDRIKOPOULOS, P.; ANDROULAKIS, J. Mitomycin C and vinblastine in anthracycline-resistant metastatic breast cancer: a phase II study. **Tumori**, v. 87, n. 6, p. 394-7, 2001.

KOIFMAN, S. Incidência de câncer no Brasil. In: Minayo, M. C. S. **Os Muitos Brasis**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. 143-176.

LANDERCASPER, J.; DIETRICH, L.L.; JOHNSON, J.M. A breast center review of compliance with National Comprehensive Cancer Network Breast Cancer guidelines. **Am J Surg**, v. 192, n.4, p. 525-7, 2006.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. Epidemiologia do medicamento- Princípios Gerais. São Paulo:Hucitec-Abrasco, 1989. 264p.

LORHISCH, C.; PICCART, M. Câncer de Mama. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 23, p. 505-536.

MACKILLOP, W.J.; GROOME, P.A.; GOSPODAROWICZ, M.K.; O'SULLIVAN, B. O papel do estadiamento do câncer na medicina baseada em evidência. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 9, p. 191-207.

MAGALHÃES, V.C.L.; COSTA, M.C.E.; PINHEIRO, R.S. Perfil do atendimento no SUS às mulheres com câncer de mama atendidas na cidade do Rio de Janeiro: relacionando os sistemas de informações SIH e APAC-SAI. **Cad Saúde Colet**, v. 14, n. 2, p. 375-98, 2006.

MARUYAMA, K.; KODERA, Y.; NAKAO, A. Câncer de Estômago. In: POLLOCK, R.E.; DOROSHOW, J.H.; KHAYAT, D. NAKAO, A.; O'SULLIVAN, B. (Ed.), **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed. São Paulo: John Wiley & Sons Inc. & Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 20, p. 447-462.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil**. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Cap. Mortalidade, 95-166.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Bases Técnicas para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade- APAC-Oncologia**. Rio de Janeiro: INCA/SAS/MS, 2003. 53p. (Sistema de Informações Ambulatoriais de Sistema Único de Saúde- SAI/SUS).

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Volume 3. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Evolução da Mortalidade no Brasil. MS. **Saúde Brasil 2004- Uma Análise da Situação de Saúde**. Brasília: Editora MS, 2004. Cap.3, 85-134.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE /SVS- Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/c10.def>> acesso em: 29 de agosto de 2006 às 17:25.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE /SVS- Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sai/cnv/pauf.def>> acesso em: 02 de setembro de 2006

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE /SVS- Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/b02.def>> acesso em: 29 de agosto de 2006 às 20:00.

MS/INCA - MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2006**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 94 p.

NCCN - National Comprehensive Cancer Network. **Bladder Cancer:** Including Upper Tract Tumors and Urothelial Carcinoma of the Prostate. 2007f. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/bladder.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.1.2007).

NCCN - National Comprehensive Cancer Network. **Esophageal Cancer.** 2007b. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/esophageal.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.1.2007).

____ **Prostate Cancer:** 2007c. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/prostate.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.2.2007).

____ **Cervical Cancer:** 2006a. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/cervical.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.2.2006).

____ **Gastric Cancer:** 2006b. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/gastric.pdf>. Acesso em: 27 outubro 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.2.2007).

____ **Soft Tissue Sarcoma:** 2007d. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/sarcoma.pdf>. Acesso em: 27 outubro 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.2.2007).

____ **Breast Cancer:** 2007e. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, v.2.2007).

NCI – NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Prostate cancer (PDQ®):** treatment health professional version. 2007a. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/prostate/healthprofessional/allpages>>. Acesso em: 18 out 2007.

____ **Bladder cancer (PDQ®):** treatment health professional version. 2007b. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/bladder/HealthProfessional/allpages>>. Acesso em: 18 out 2007.

____ **Cervical cancer (PDQ®):** treatment health professional version. 2007c. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/HealthProfessional/allpages>>. Acesso em: 18 out 2007.

____ **Gastric cancer (PDQ®):** treatment health professional version. 2007d. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/gastric/HealthProfessional/allpages>>. Acesso em: 18 out 2007.

____ **Breast cancer (PDQ®): treatment health professional version.** 2007e. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional/allpages>>. Acesso em: 18 out 2007.

NELEN, V. Epidemiology of prostate cancer. **Recent Results Cancer Res**, v. 175, p. 1-8, 2007.

PARKIN, D.M. Global cancer statistics in the year 2000. **Lancet**, v. 2, p.533-43, 2001.

MS/SNAS/INCA/CNCT/PVC- MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER / COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO / PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE CÂNCER. **Registros Hospitalares de Câncer- Rotinas e Procedimentos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2000, 162 p.

ROSS, P.; NICOLSON, M.; CUNNINGHAM, D.; VALLE, J.; SEYMOUR, M.; HARPER, P.; PRICE, T.; ANDERSON, H.; IVESON, T.; HICKISH, T.; LOFTS, F.; NORMAN, A. Prospective Randomized Trial Comparing Mitomycin, Cisplatin, and Protracted Venous-Infusion Fluorouracil (PVI 5-FU) With Epirubicin, Cisplatin, and PVI 5-FU in Advanced Esophagogastric Cancer. **J Clin Oncol**, v. 20, n. 8, p. 1996-2004, 2002.

SASAKI, E.; MAEDA, Y.; SASAKI, T. Comparison the standard therapies of gastric cancer in Japan with those in the West. **Gan To Kagaku Ryoho**, v. 34, n. 5, p. 700-4, 2007.

SBM/SBC/SBP/FEBRAGO- Sociedade Brasileira de Mastologia/ Sociedade Brasileira de Cancerologia/Sociedade Brasileira de Enfermidade/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**. 2001. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina)

SBU/SBP- Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Enfermidade. **Câncer de bexiga - parte I**. 2006a. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina)

SBU/SBP- Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Enfermidade. **Câncer de bexiga - parte II**. 2006b. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina).

SBU- Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de próstata localmente avançado: hormônio e radioterapia**. 2006a. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina)

____. **Câncer de próstata metastático: tratamento e complicações**. 2006b. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em: 17 out 2007. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina)

SCHIFFMAN, M.; CASTLE, P. E. The promise of global cervical-cancer prevention. **N Engl J Med**, v. 353, n. 20, p. 2101-2104, 2005.

SCHWARTSMANN, G.; MATTEI, J.; MOREIRA, L.F. Neoplasias Gastrointestinais. In: GUIMARÃES, J.R.Q. (Org.), **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. cap. 29, p. 329-337.

SEIDENFELD, J.; SAMSON, D.J.; HASSELBLAD, V.; ARONSON, N.; ALBERTSEN, P.C.; BENNETT, C.L.; WILT, T.J. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. **Ann Intern Med**, v. 132, n. 7, p. 566-577, 2000.

SOMERFIELD, M.R.; HAGERTY, K.L.; DESCH, C.E. ASCO Clinical Practice Guidelines: Frequently Asked Questions. **Journal of Oncology Practice**, v.2, p.41-3, 2006.

STEWART, B.W., KLEIHUES, P. Cancer management. In: Stewart, B.W., Kleihues, P. **World cancer report**. France: IARC Press, 2003b. cap.6, p.271-301.

STEWART, B.W.; KLEIHUES, P. The Global Burden of Cancer. In: Stewart, B.W., Kleihues, P. **World cancer report**. France: IARC Press, 2003a. cap.1, p.12-19.

TANNOCK, I.F.; DE WIT, R.; BERRY, W.R.; HORTI, J.; PLUZANSKA, A.; CHI, K.N.; OUDARD, S.; THEODORE, C.; JAMES, N.D.; TURESSON, I.; ROSENTHAL, M.A.; EISENBERGER, M.A. Docetaxel plus Prednisone or Mitoxantrone plus Prednisone for Advanced Prostate Cancer. **N Engl J Med**, v. 351, p. 1502-12, 2004.

TANNOCK, I.F.; OSOBA, D.; STOCKLER, M.R.; ERNST, D.S.; NEVILLE, A.J.; MOORE, M.J.; ARMITAGE, G.R.; WILSON, J.J.; VENNER, P.M.; COPPIN, C.M.; MURPHY, K.C. Chemotherapy with mitoxantrone plus prednisone or prednisone alone for symptomatic hormone-resistant prostate cancer: a Canadian randomized trial with palliative end points. **J Clin Oncol**, v. 14, n. 6, p. 1756-1764, 1996.

THUERLIMANN, B.; KOEBERLE, D.; SENN, H.J. Guidelines for the adjuvant treatment of postmenopausal women with endocrine-responsive breast cancer: past, present and future recommendations. **Eur J Cancer**, v. 43, n. 1, p. 46-52, 2007.

TORSELLO, C. A. Epidemiologia. In: GUIMARÃES, J.R.Q. (Org.), **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. cap. 1, p. 27-37.

URRUTICOECHEA, A.; ARCHER, C.D.; ASSERSOHN, L.A.; GREGORY, R.K.; VERRILL, M.; MENDES, R.; WALSH, G.; SMITH, I.E.; JOHNSTON, S.R.D. Mitomycin C, vinblastine and cisplatin (MVP): an active and well-tolerated salvage regimen for advanced breast cancer. **Br J Cancer**, v. 92, p. 475-9, 2005.

WEISS, R.B.; WOOLF , S.H.; DEMAKOS, E.; HOLLAND, J.F.; BERRY, D.A.; FALKSON, G.; CIRRINCIONE, C. T.; ROBBINS, A.; BOTHUN, S.; HENDERSON, I.C.; NORTON, L. Natural History of More Than 20 Years of Node-Positive Primary Breast Carcinoma Treated With Cyclophosphamide, Methotrexate, and Fluorouracil–Based Adjuvant Chemotherapy: A Study by the Cancer and Leukemia Group B. **J Clin Oncol.**, v. 21, n.9, p. 1825-35, 2003.

WHO/UICC. Global action against cancer. Geneva: WHO press, 2005. 24 p.

ZAGO, A.; PERREIRA, L.A.A.; BRAGA, A.L.F.; BOUSQUAT, A. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 641-5, 2005.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A- Protocolo de coleta em prontuário

Estudo da utilização de quimioterápicos em pacientes do HMP

Protocolo de coleta em prontuário

Data da coleta-

Número do prontuário-

Gênero-

Idade-

Data de início de tratamento no HMP-

Dados sócio-demográficos

Grau de instrução-

Ocupação-

Local de Nascimento-

Local de residência-

Estado civil-

Clínica de entrada-

Fumante- sim

não

não especificado

Etilista- sim

não

não especificado

Historia familiar- sim

não

não especificado

Dados do tumor

CID-

Localização do tumor primário-

Estadiamento do tumor primário-

Presença de metástases-

Localização das metástases-

Recidiva?

Outros tratamentos a que foi ou está sendo submetido-

Dados do esquema quimioterápico

Data da realização-

Medicamento-

Número de ciclos-

Linha-

Finalidade-

curativa

paliativa

adjuvante

neoadjuvante

QT anterior-

Pertence aos dez tipos mais incidentes?

9.2 APÊNDICE B- Protocolo de coleta em APAC

Estudo de utilização de quimioterápicos em pacientes do HMP

Protocolo de coleta em APAC

Data da coleta-

Número do prontuário-

Gênero-

Idade-

Data de diagnóstico-

Local de residência-

Local de nascimento-

Dados do tumor

CID-

Localização do tumor primário-

Estadiamento do Tumor Primário-

Presença de metástases-

Localização das metástases-

Recidiva?

Outros tratamentos a que foi ou esta sendo submetido-

Dados do esquema quimioterápico

Data de início deste tratamento-

Medicamento-

Número de meses-

Linha-

Finalidade- curativa paliativa adjuvante neoadjuvante controle

QT anterior-

Pertence aos dez tipos mais incidentes?

9.3 APÊNDICE C- Tabela 20

Tabela 20 - Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

(continua)

Localização	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Lábio	5	0,8	6	0,8	0	0,0	2	0,3	1	0,1
Base da língua	2	0,3	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Outras partes e partes não especificadas da língua	1	0,2	6	0,8	5	0,6	6	0,9	10	1,4
Gengiva	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Assoalho da boca	3	0,5	0	0,0	2	0,2	1	0,1	1	0,1
Palato	0	0,0	3	0,4	1	0,1	1	0,1	2	0,3
Outras partes e partes não especificadas da boca	9	1,5	7	0,9	6	0,7	5	0,7	5	0,7
Glândula parótida	3	0,5	3	0,4	1	0,1	1	0,1	3	0,4
Outras glândulas salivares maiores	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Amígdala	0	0,0	1	0,1	0	0,0	3	0,4	0	0,0
Orofaringe	4	0,7	7	0,9	3	0,4	7	1,0	10	1,4
Nasofaringe	0	0,0	1	0,1	6	0,7	1	0,1	0	0,0
Seio periforme	1	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Hipofaringe	2	0,3	3	0,4	1	0,1	0	0,0	2	0,3
Outras localizações, e as mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Esôfago	26	4,2	40	5,4	49	5,8	21	3,1	41	5,7
Estômago	33	5,4	27	3,7	31	3,7	32	4,7	36	5,0
Intestino delgado	1	0,2	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Cólon	7	1,1	16	2,2	16	1,9	14	2,1	29	4,1
Junção Retossigmoidiana	1	0,2	3	0,4	4	0,5	1	0,1	1	0,1
Reto	16	2,6	3	0,4	16	1,9	18	2,6	18	2,5
Ânus e canal anal	0	0,0	2	0,3	3	0,4	2	0,3	0	0,0
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	6	1,0	6	0,8	5	0,6	3	0,4	3	0,4
Vesícula biliar	7	1,1	5	0,7	1	0,1	3	0,4	3	0,4
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	1	0,2	2	0,3	2	0,2	4	0,6	0	0,0
Pâncreas	5	0,8	2	0,3	4	0,5	4	0,6	3	0,4
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	0	0,0	2	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Cavidade nasal e ouvido médio	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Seios da face	2	0,3	3	0,4	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Laringe	12	2,0	5	0,7	11	1,3	5	0,7	6	0,8
Traquéia	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Brônquios e pulmões	0	0,0	2	0,3	2	0,2	7	1,0	3	0,4
Coração, mediastino e pleura	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0

Tabela 20 - Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

(conclusão)

Localização	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações não especificadas	1	0,2	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,3	1	0,1
Pele	75	12,2	53	7,2	56	6,6	62	9,1	46	6,4
Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Retroperitônio e peritônio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	2	0,3	4	0,5	6	0,7	2	0,3	1	0,1
Mama	80	13,0	78	10,6	156	18,4	104	15,2	161	22,5
Vulva	13	2,1	12	1,6	21	2,5	11	1,6	13	1,8
Vagina	3	0,5	1	0,1	4	0,5	4	0,6	1	0,1
Colo do útero	208	33,8	328	44,4	305	36,0	245	35,9	213	29,8
Corpo do útero	25	4,1	33	4,5	28	3,3	19	2,8	11	1,5
Útero	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Ovário	18	2,9	36	4,9	43	5,1	38	5,6	27	3,8
Placenta	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	3	0,4
Pênis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Próstata	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Testículo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros órgãos genitais masculinos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rim	1	0,2	4	0,5	4	0,5	6	0,9	7	1,0
Pelve renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Bexiga	10	1,6	7	0,9	9	1,1	22	3,2	10	1,4
Olho e anexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Outros órgãos urinários e não especificados	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Encéfalo	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Medula espinhal, nervos cranianos e partes do SNC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glândula tireóide	15	2,4	11	1,5	12	1,4	12	1,8	28	3,9
Glândula supra renal	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Outras localizações e localizações mal definidas	5	0,8	4	0,5	6	0,7	0	0,0	4	0,6
Linfonodos	1	0,2	1	0,1	6	0,7	4	0,6	1	0,1
Localização primária desconhecida	7	1,1	4	0,5	6	0,7	3	0,4	2	0,3
Total	616	100,0	738	100,0	850	100,0	682	100,0	715	100,0

9.4 APÊNDICE D- Tabela 21

Tabela 21 - Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Localização	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Lábio	11	1,7	10	1,3	6	0,7	4	0,5	7	0,9
Base da língua	8	1,2	17	2,3	7	0,8	6	0,8	6	0,8
Outras partes e partes não especificadas da língua	12	1,9	15	2,0	20	2,2	12	1,5	10	1,3
Gengiva	0	0,0	3	0,4	4	0,4	2	0,3	0	0,0
Assoalho da boca	9	1,4	9	1,2	4	0,4	13	1,7	1	0,1
Palato	1	0,2	7	0,9	1	0,1	2	0,3	2	0,3
Outras partes e partes não especificadas da boca	18	2,8	20	2,7	22	2,4	18	2,3	22	2,9
Glândula parótida	4	0,6	7	0,9	8	0,9	3	0,4	2	0,3
Outras glândulas salivares maiores	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,3	1	0,1
Amígdala	2	0,3	7	0,9	4	0,4	7	0,9	0	0,0
Orofaringe	26	4,0	21	2,8	30	3,3	23	3,0	26	3,4
Nasofaringe	10	1,6	10	1,3	5	0,6	1	0,1	5	0,7
Seio periforme	15	2,3	22	2,9	14	1,5	15	1,9	12	1,6
Hipofaringe	9	1,4	14	1,9	12	1,3	12	1,5	10	1,3
Outras localizações, e as mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe	4	0,6	3	0,4	4	0,4	2	0,3	1	0,1
Esôfago	84	13,1	104	13,9	134	14,7	76	9,8	85	11,1
Estômago	64	10,0	78	10,5	82	9,0	74	9,5	64	8,4
Intestino delgado	2	0,3	1	0,1	1	0,1	1	0,1	5	0,7
Cólon	3	0,5	4	0,5	15	1,7	15	1,9	13	1,7
Junção retossigmoidiana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Reto	9	1,4	7	0,9	16	1,8	10	1,3	11	1,4
Ânus e canal anal	2	0,3	2	0,3	2	0,2	1	0,1	2	0,3
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	4	0,6	8	1,1	4	0,4	3	0,4	0	0,0
Vesícula biliar	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	1	0,1
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pâncreas	8	1,2	5	0,7	2	0,2	5	0,6	4	0,5
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Cavidade nasal e ouvido médio	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Seios da face	4	0,6	6	0,8	1	0,1	2	0,3	0	0,0
Laringe	54	8,4	39	5,2	61	6,7	49	6,3	55	7,2
Taqueia	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Brônquios e pulmões	3	0,5	2	0,3	3	0,3	8	1,0	5	0,7
Coração, mediastino e pleura	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1

(continua)

Tabela 21 - Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Localização	2000		2001		2002		2003		(conclusão) 2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações não especificadas	1	0,2	2	0,3	2	0,2	1	0,1	1	0,1
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Pele	59	9,2	60	8,0	68	7,5	50	6,4	38	5,0
Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Retroperitônio e peritônio	1	0,2	3	0,4	0	0,0	2	0,3	2	0,3
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	6	0,9	5	0,7	2	0,2	1	0,1	0	0,0
Mama	3	0,5	2	0,3	8	0,9	5	0,6	6	0,8
Vulva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vagina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colo do útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Corpo do útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ovário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Placenta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pênis	13	2,0	18	2,4	25	2,8	18	2,3	19	2,5
Próstata	146	22,7	182	24,4	266	29,3	265	34,1	288	37,7
Testículo	4	0,6	1	0,1	7	0,8	6	0,8	7	0,9
Outros órgãos genitais masculinos	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Rim	6	0,9	6	0,8	6	0,7	8	1,0	12	1,6
Pelve renal	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Bexiga	15	2,3	20	2,7	33	3,6	31	4	26	3,4
Olho e anexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Outros órgãos urinários e não especificados	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encéfalo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Medula espinhal, nervos cranianos e partes do SNC	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Glândula tireóide	5	0,8	8	1,1	3	0,3	6	0,8	2	0,3
Glândula supra renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras localizações e localizações mal definidas	3	0,5	5	0,7	7	0,8	5	0,6	3	0,4
Linfonodos	3	0,5	2	0,3	6	0,7	7	0,9	2	0,3
Localização primária desconhecida	8	1,2	6	0,8	4	0,4	5	0,8	3	0,4
Total	644	100,0	748	100,0	911	100,0	778	100,0	764	100,0

9.5 APÊNDICE E- Tabela 22

Tabela 22 - Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004 (continua)

Localização	2000	2001	2002	2003	2004
Lábio	16	16	6	6	8
Base da língua	10	18	8	6	6
Outras partes e partes não especificadas da língua	13	21	25	18	20
Gengiva	0	4	5	3	1
Assoalho da boca	12	9	6	14	2
Palato	1	10	2	3	4
Outras partes e partes não especificadas da boca	27	27	28	23	27
Glândula parótida	7	10	9	4	5
Outras glândulas salivares maiores	0	2	1	3	1
Amígdala	2	8	4	10	0
Orofaringe	30	28	33	30	36
Nasofaringe	10	11	11	2	5
Seio periforme	16	23	14	16	12
Hipofaringe	11	17	13	12	12
Outras localizações, e as mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe	4	3	5	2	2
Esôfago	110	144	183	97	126
Estômago	97	105	113	106	100
Intestino delgado	3	2	2	2	6
Cólon	10	20	31	29	42
Junção retossigmoidiana	1	3	4	1	1
Reto	25	10	32	28	29
Ânus e canal anal	2	4	5	3	2
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	10	14	9	6	3
Vesícula biliar	7	5	3	3	4
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	1	3	2	4	0
Pâncreas	13	7	6	9	7
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	0	2	3	0	0
Cavidade nasal e ouvido médio	3	0	1	0	1
Seios da face	6	9	2	2	1
Laringe	66	44	72	54	61
Traquéia	0	0	2	0	0
Brônquios e pulmões	3	4	5	15	8
Coração, mediastino e pleura	0	0	1	1	1
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	3	1	0	0	1
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações não especificadas	2	3	3	2	2
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	1	2	3	1

Tabela 22- Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004 (conclusão)

Localização	2000	2001	2002	2003	2004
Pele	134	113	124	112	84
Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo	0	0	1	0	0
Retroperitônio e peritônio	1	3	0	2	3
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	8	9	8	3	1
Mama	83	80	164	109	167
Vulva	13	12	21	11	13
Vagina	3	1	4	4	1
Colo do útero	208	328	305	245	213
Corpo do útero	25	33	28	19	11
Útero	0	0	1	1	0
Ovário	18	36	43	38	27
Placenta	0	0	1	0	3
Pênis	13	18	25	18	19
Próstata	146	182	266	265	288
Testículo	4	1	7	6	7
Outros órgãos genitais masculinos	0	0	1	0	0
Rim	7	10	10	14	19
Pelve renal	0	0	1	0	1
Bexiga	25	27	42	53	36
Olho e anexos	0	0	0	0	2
Outros órgãos urinários e não especificados	0	1	1	1	0
Encéfalo	1	0	0	0	2
Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do SNC	0	0	1	0	0
Glândula tireóide	20	19	15	18	30
Glândula supra renal	0	0	1	0	0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	0	1	1	0	0
Outras localizações e localizações mal definidas	8	9	13	5	7
Linfonodos	4	3	12	11	3
Localização primária desconhecida	15	10	10	8	5
Total de casos	1260	1486	1761	1460	1479

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

9.6 APÊNDICE F- Tabela 23

Tabela 23 - Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

(continua)

Localização do tumor primário	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Lábio	1	0,3	1	0,2	0	0,0	3	0,7	4	0,7
Base da língua	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	3	0,5
Outras partes e partes não especificadas da língua	3	0,8	2	0,5	0	0,0	4	0,9	2	0,3
Gengiva	0	0,0	1	0,2	2	0,5	1	0,2	3	0,5
Assoalho da boca	2	0,5	1	0,2	1	0,3	4	0,9	2	0,3
Palato	1	0,3	3	0,7	1	0,3	2	0,4	1	0,2
Outras partes e partes não especificadas da boca	6	1,5	3	0,7	5	1,3	2	0,4	5	0,9
Glândula parótida	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,2	0	0,0
Outras glândulas salivares maiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Amígdala	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,7	0	0,0
Orofaringe	5	1,3	4	1,0	5	1,3	5	1,1	11	1,9
Nasofaringe	1	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Seio periforme	1	0,3	0	0,0	3	0,8	2	0,4	3	0,5
Hipofaringe	1	0,3	1	0,2	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Outras localizações, e as mal definidas, do lábio, cavidade oral e faringe	2	0,5	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Esôfago	15	3,8	19	4,7	23	5,9	28	6,2	48	8,2
Estômago	20	5,1	22	5,5	13	3,3	15	3,3	18	3,1
Intestino delgado	3	0,8	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,3
Cólon	1	0,3	6	1,5	7	1,8	13	2,9	9	1,5
Junção retossigmoidiana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Reto	5	1,3	6	1,5	6	1,5	3	0,7	8	1,4
Ânus e canal anal	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,2	1	0,2
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	4	1,0	6	1,5	4	1,0	4	0,9	3	0,5
Vesícula biliar	4	1,0	7	1,7	6	1,5	2	0,4	4	0,7
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,5
Pâncreas	2	0,5	0	0,0	1	0,3	2	0,4	3	0,5
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Cavidade nasal e ouvido médio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Seios da face	1	0,3	2	0,5	0	0,0	1	0,2	2	0,3
Laringe	2	0,5	2	0,5	1	0,3	4	0,9	7	1,2
Traquéia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brônquios e pulmões	1	0,3	3	0,7	0	0,0	3	0,7	1	0,2
Coração, mediastino e pleura	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2

Tabela 23 - Distribuição das neoplasias em mulheres, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004 (conclusão)

Localização do tumor primário	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,2	0	0,0
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações não especificadas	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,2	1	0,2
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Pele	18	4,6	8	2,0	10	2,6	28	6,2	25	4,3
Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Retroperitônio e peritônio	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,2	0	0,0
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles.	1	0,3	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0
Mama	82	20,8	96	23,9	116	29,6	104	22,9	184	31,6
Vulva	3	0,8	1	0,2	3	0,8	5	1,1	6	1,0
Vagina	3	0,8	2	0,5	2	0,5	3	0,7	4	0,7
Colo do útero	145	36,8	147	36,6	135	34,4	163	35,9	175	30,1
Corpo do útero	14	3,6	8	2,0	6	1,5	10	2,2	2	0,3
Útero	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Ovário	17	4,3	20	5,0	10	2,6	8	1,8	10	1,7
Placenta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Pênis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Próstata	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Testículo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros órgãos genitais masculinos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rim	2	0,5	2	0,5	2	0,5	3	0,7	2	0,3
Pelve renal	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Bexiga	4	1,0	2	0,5	3	0,8	4	0,9	6	1,0
Olho e anexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Outros órgãos urinários e não especificados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encéfalo	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	2	0,3
Medula espinhal, nervos cranianos e partes do SNC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glândula tireóide	14	3,6	10	2,5	9	2,3	4	0,9	7	1,2
Glândula supra renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	1	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras localizações e localizações mal definidas	1	0,3	2	0,5	2	0,5	3	0,7	4	0,7
Linfonodos	1	0,3	1	0,2	1	0,3	4	0,9	1	0,2
Localização primária desconhecida	2	0,5	2	0,5	2	0,5	4	0,9	3	0,5
Total	394	100,0	403	100,0	392	100,0	454	100,0	582	100,0

9.7 APÊNDICE G- Tabela 24

Tabela 24 - Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

(continua)

Localização do tumor primário	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Lábio	7	2,3	6	1,9	6	1,8	9	2,2	8	1,6
Base da língua	2	0,6	10	3,2	7	2,1	10	2,5	9	1,8
Outras partes e partes não especificadas da língua	10	3,2	9	2,9	16	4,9	8	2,0	18	3,6
Gengiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0	3	0,6
Assoalho da boca	4	1,3	6	1,9	4	1,2	5	1,2	5	1,0
Palato	6	1,9	6	1,9	3	0,9	7	1,7	10	2,0
Outras partes e partes não especificadas da boca	12	3,9	4	1,3	12	3,6	14	3,5	14	2,8
Glândula parótida	0	0,0	1	0,3	1	0,3	4	1,0	1	0,2
Outras glândulas salivares maiores	1	0,3	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0
Amígdala	2	0,6	2	0,6	1	0,3	6	1,5	2	0,4
Orofaringe	15	4,9	15	4,8	19	5,8	14	3,5	20	4,0
Nasofaringe	2	0,6	2	0,6	3	0,9	0	0,0	0	0,0
Seio periforme	2	0,6	2	0,6	6	1,8	5	1,2	9	1,8
Hipofaringe	0	0,0	5	0,6	0	0,0	2	0,5	3	0,6
Outras localizações, e as mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe	1	0,3	1	0,3	3	0,9	2	0,5	1	0,2
Esôfago	61	19,8	63	20,3	47	14,3	58	14,4	95	18,9
Estômago	22	7,1	26	8,4	22	6,7	29	7,2	36	7,2
Intestino delgado	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5	2	0,4
Cólon	2	0,6	15	4,8	13	4,0	8	2,0	8	1,6
Junção retossigmoidiana	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Reto	6	1,9	2	0,6	5	1,5	11	2,7	6	1,2
Ânus e canal anal	1	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	6	1,9	1	0,3	6	1,8	3	0,7	1	0,2
Vesícula biliar	2	0,6	1	0,3	1	0,3	1	0,2	1	0,2
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	3	1,0	2	0,6	0	0,0	2	0,5	0	0,0
Pâncreas	2	0,6	3	1,0	0	0,0	1	0,2	3	0,6
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Cavidade nasal e ouvido médio	0	0,0	3	1,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Seios da face	3	1,0	1	0,3	1	0,3	2	0,5	1	0,2
Laringe	11	3,6	18	5,8	13	4,0	14	3,5	24	4,8
Traquéia	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brônquios e pulmões	3	1,0	5	1,6	5	1,5	6	1,5	8	1,6
Coração, mediastino e pleura	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabela 24 - Distribuição das neoplasias em homens, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

Localização do tumor primário	2000		2001		2002		2003		2004	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de localizações não especificadas	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Pele	19	6,2	12	3,9	8	2,4	15	3,7	23	4,6
Nervos periféricos, sistema nervoso Autônomo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Retroperitônio e peritônio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Tecido conjuntivo, subcutâneo e tecidos moles	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,5	0	0,0
Mama	2	0,6	1	0,3	0	0,0	5	1,2	6	1,2
Vulva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vagina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colo do útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Corpo do útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Útero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ovário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Placenta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pênis	4	1,3	5	1,6	4	1,2	4	1,0	2	0,4
Próstata	59	19,2	49	15,8	90	27,4	122	30,2	156	31,1
Testículo	3	1,0	1	0,3	4	1,2	2	0,5	1	0,2
Outros órgãos genitais masculinos	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rim	2	0,6	1	0,3	1	0,3	4	1,0	3	0,6
Pelve renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Bexiga	9	2,9	16	5,1	7	2,1	9	2,2	6	1,2
Olho e anexos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,2
Outros órgãos urinários e não especificados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encéfalo	0	0,0	3	1,0	1	0,3	0	0,0	2	0,4
Medula espinhal, nervos cranianos e partes do SNC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glândula tireóide	1	0,3	4	1,3	2	0,6	4	1,0	1	0,2
Glândula supra renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Outras localizações e localizações mal definidas	2	0,6	1	0,3	7	2,1	0	0,0	4	0,8
Linfonodos	9	2,9	1	0,3	1	0,3	2	0,5	1	0,2
Localização primária desconhecida	7	2,3	1	0,3	3	0,9	3	0,7	4	0,8
Total	309	100,0	311	100,0	330	100,0	404	100,0	502	100,0

9.8 APÊNDICE H- Tabela 25

Tabela 25 - Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004 (continua)

Localização do tumor primário	2000 casos	2001 casos	2002 casos	2003 casos	2004 casos
Lábio	8	7	6	12	12
Base da língua	3	10	8	10	12
Outras partes e partes não especificadas da língua	13	11	16	12	20
Gengiva	0	1	2	5	6
Assoalho da boca	6	7	5	9	7
Palato	7	9	4	9	11
Outras partes e partes não especificadas da boca	18	7	17	16	19
Glândula parótida	0	2	2	5	1
Outras glândulas salivares maiores	1	1	2	0	1
Amígdala	2	3	1	9	2
Orofaringe	20	19	24	19	31
Nasofaringe	3	4	3	0	0
Seio periforme	3	2	9	7	12
Hipofaringe	1	6	1	2	4
Outras localizações, e as mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe	3	2	5	2	1
Esôfago	76	82	70	86	143
Estômago	42	48	35	44	54
Intestino delgado	3	0	2	2	4
Cólon	3	21	20	21	17
Junção retossigmoidiana	2	0	0	0	0
Reto	11	8	11	14	14
Ânus e canal anal	1	1	2	1	2
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	10	7	10	7	4
Vesícula biliar	6	8	7	3	5
Outras partes e partes não especificadas das vias biliares	3	3	0	4	3
Pâncreas	4	3	1	3	6
Outros órgãos digestivos e localizações mal definidas do aparelho digestivo	2	0	0	1	1
Cavidade nasal e ouvido médio	0	3	0	1	0
Seios da face	4	3	1	3	3
Laringe	13	20	14	18	31
Traquéia	1	0	0	0	0
Brônquios e pulmões	4	8	5	9	9
Coração, mediastino e pleura	0	2	0	0	1
Ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros	0	0	2	1	0
Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações não especificadas	1	2	1	1	2
Sistema hematopoiético e retículo endotelial	0	2	1	0	1
Pele	37	20	18	43	48
Nervos periféricos e sistema nervoso autônomo	0	0	0	1	0


Tabela 25 - Distribuição das neoplasias, ambos os gêneros, segundo a localização do tumor primário, casos não analíticos atendidos no Hospital Mário Penna, Belo Horizonte, 2000 a 2004

(conclusão)

Localização do tumor primário	2000 casos	2001 casos	2002 casos	2003 casos	2004 casos
Retroperitônio e peritônio	1	0	1	1	1
Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	1	2	1	4	0
Mama	84	97	116	109	190
Vulva	3	1	3	5	6
Vagina	3	2	2	3	4
Colo do útero	145	147	135	163	175
Corpo do útero	14	8	6	10	2
Útero	0	0	1	0	0
Ovário	17	20	10	8	10
Placenta	0	0	0	0	2
Pênis	4	5	4	4	2
Próstata	59	49	90	122	156
Testículo	3	1	4	2	1
Outros órgãos genitais masculinos	1	0	0	0	0
Rim	4	3	3	7	5
Pelve renal	1	0	0	0	1
Bexiga	13	18	10	13	12
Olho e anexos	0	0	0	3	1
Outros órgãos urinários e não especificados	0	0	0	0	0
Encéfalo	0	4	2	0	4
Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do SNC	0	0	0	0	0
Glândula tireóide	15	14	11	8	8
Glândula supra renal	0	0	0	0	0
Outras glândulas endócrinas e estruturas relacionadas	1	2	1	0	0
Outras localizações e localizações mal definidas	3	3	9	3	8
Linfonodos	10	2	2	6	2
Localização primária desconhecida	9	3	5	7	7
Total	703	714	722	858	1084

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer Hospital Mário Penna

ANEXO B – APAC – Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC QUIMIOTERAPIA	Nº / Unidade
Identificação da Unidade			
Nome		CGC	
Dados do Paciente			
Nome do Paciente			
CPF do Paciente		Nome da mãe	
Endereço Logradouro, nº, complemento, bairro			
Município	UF	CEP	Data nascimento
			SEXO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Dados da Solicitação			
CPF do Médico		Nome do Médico	
CÓDIGO (S) DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO			
Localização do tumor			CID-10 Topografia
LINHA ONCOLÓGICA REGIONAL <input type="checkbox"/> SÍM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> INVALÍDAS <input type="checkbox"/>			
Localização de Metástase (s)			
Estádio (UICC)	Estádio (outro sistema)	CID-10 Metástase	Grau Histopatológico
Diagnóstico Clínico/Histopatológico			Data
TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)			
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		QUAL(AS)	
DATAS DE INÍCIO			
1º Tratamento	2º Tratamento	3º Tratamento	
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global			
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO	
VIA <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> IVEB <input type="checkbox"/>			
FINALIDADE <input type="checkbox"/> CURATIVA <input type="checkbox"/> PRÉVIA <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DE CONTROLE			
ESQUEMA (Siga ou abreviatura)	Nº TOTAL DE MESES	MESES JÁ AUTORIZADOS	
DATA			
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO			

10.2 ANEXO C- Aprovação do projeto no CEP do HMP

Andamento do projeto - CAAE - 0003.0.261.203-05					
Título do Projeto de Pesquisa					
Estudo da Incidência dos diferentes tipos de câncer e da utilização de quimioterápicos em pacientes do Hospital Mário Penna					
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP	
Aprovado no CEP	02/12/2005 15:17:25	14/12/2005 15:15:37			
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	14/12/2005 15:15:37	Folha de Rosto	18/2005	CEP	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	25/11/2005 16:11:54	Folha de Rosto	FR79954	Pesquisador	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	02/12/2005 15:17:25	Folha de Rosto	0003.0.261.203-05	CEP	

10.3 ANEXO D- Aprovação do projeto no COEP da UFMG

Andamento do projeto - CAAE - 0500.0.203.261-05					
Título do Projeto de Pesquisa					
Estudo da Incidência dos diferentes tipos de câncer e da utilização de quimioterápicos no Hospital Mário Penna					
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP	
Aprovado no CEP	26/12/2005 09:42:53	09/03/2006 11:40:46			
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	15/12/2005 21:05:44	Folha de Rosto	FR81651	Pesquisador	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/12/2005 09:42:53	Folha de Rosto	0500.0.203.261-05	CEP	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	09/03/2006 11:40:45	Folha de Rosto	500/05	CEP	