



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
II Curso Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde



James Fábio de Souza Marcelino
Kátia Sampaio Coutinho
Márcia Meyrilane de Alencar Aquino

Análise das Notificações de Câncer no Município de Exu-PE
entre os anos de 2000 a 2007

RECIFE
2009

James Fábio Souza Marcelino
Kátia Sampaio Coutinho
Márcia Meyrilane de Alencar Aquino

Análise das notificações de câncer no município de Exu-PE
entre os anos de 2000 à 2007

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Souza

Recife
2009

Aquino, M. M. A; Coutinho, K. S. & Marcelino, J. F. S.
Análise das notificações de câncer no município de Exu
entre os anos 2000 e 2007 – Recife, 2009

Artigo (especialização) – FIOCRUZ, Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, 2008

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Souza

1. Câncer. 2. Epidemiologia. 3. Notificação

James Fábio Souza Marcelino
Kátia Sampaio Coutinho
Márcia Meyrilane de Alencar Aquino

Análise das notificações de câncer no município de Exu-PE entre os anos de 2000 à 2007

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 22/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Msc Islândia Maria Carvalho de Sousa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ

Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ

Aquino, M. M. A; Coutinho, K. S. & Marcelino, J. F. S. **Análise das notificações de câncer no município de Exu entre os anos 2000 e 2007**. 2009. Artigo (Especialização em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

RESUMO

A transição epidemiológica vivenciada pelo país demonstra a superposição de doenças e nela inserido a crescente expressão das neoplasias malignas. Esse artigo se propôs a identificar a situação das neoplasias no município de Exu no período de 2000 a 2007, através da análise da Ficha Municipal de Notificação do Câncer - FMNC. A metodologia utilizada foi uma abordagem quantitativa, extraído das FMNC, o tipo de câncer prevalente, o sexo e faixa etária mais atingidos, os fatores de risco envolvidos e posteriormente confrontados com os dados disponíveis pelo Ministério da Saúde/Datasus. Os resultados encontrados demonstram um maior número de neoplasias na população feminina assim como a faixa etária acima dos 60 anos de idade. A neoplasia mais frequente na população foi pulmão/garganta, assim como no sexo masculino, porém, acrescida dos cânceres de pele e próstata. No sexo feminino, houve maior expressão da neoplasia das glândulas mamárias. A exposição ao sol foi o fator de risco mais referido, seguido de hereditariedade e tabagismo. Foi identificada no ano de 2005 maior mortalidade. O aparecimento de casos foi ascendente no período, mostrando a importância do estudo situacional das neoplasias no nível local como subsídio para o planejamento e implementação das ações em saúde na Atenção Básica.

Palavras-chave: Câncer, Epidemiologia, Notificação.

Aquino, M. M. A, Coutinho, K. S. & Marcelino, J. F. S. Analysis of reports of cancer in the town of Exu between 2000 and 2007. 2009. Article (Specialization in Management of Health Systems and Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2009.

SUMMARY

The epidemiologic transition experienced by the country shows the superposition of diseases and it entered the growing expression of malignant neoplasms. This article set out to identify the position of tumors in the city of Exu in the period 2000 to 2007, by analyzing the Municipal Notification Form of Cancer - FMNC. The methodology used was a quantitative approach, drawing from FMNC, the prevalent type of cancer, sex and age group most affected, the risk factors involved and then compared with data available by the Ministry of Health / DATASUS. The results show a greater number of tumors in the female population and age above 60 years of age. The most common cancer in the population was lung / throat, as well as in males, however, increased skin cancers and prostate. In females, there was greater expression of neoplasia of the mammary glands. Sun exposure was the risk factor most frequently mentioned, followed by heredity and smoking. Was identified in 2005 increased mortality. The appearance of cases was rising in the period, showing the importance of situational study of tumors at the local level as an aid for planning and implementation of health initiatives in Primary Care.

Keywords: Cancer, Epidemiology, Notification.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1_ Distribuição dos números de casos de câncer segundo faixa etária, e sexo no município de Exu-PE no período de 2000 a 2007.....	12
QUADRO 2_ Distribuição dos fatores de riscos segundo tipo de câncer, no município de Exu-PE no período de 2000 2007.....	13
QUADRO 3_ Distribuição do N° notificações de câncer segundo FMNC e óbitos por neoplasia segundo dados da FMNC e Datasus do município de Exu-PE no período de 2000 a 2007	14

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA	10
3	RESULTADOS	11
4	DISCUSSÃO	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
	REFERÊNCIA	18
	ANEXO	20

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico têm representado um grande desafio para a Saúde Pública. Houve a gradativa redução de algumas doenças infecciosas e parasitárias, porém manutenção com aumento de expressão de outras como a hanseníase e a tuberculose, e o crescimento das doenças crônicas degenerativas, especificamente as neoplasias malignas.

As neoplasias malignas surgem como um agravo de grande impacto social e individual. Os impactos sociais da doença acarretam ao indivíduo a convivência com um agravo que possui um “imaginário simbólico” da morte iminente, ou que necessita de um tratamento longo e doloroso. Por esse motivo, a pessoa acometida por câncer é vista como incapaz de se adaptar a sua função normal (VELOSO, 2001 apud PINTO, 2006). Atinge toda sua família pois envolve aspectos emocionais, culturais e financeiros, especialmente se a pessoa acometida for o(a) provedor (a) da renda familiar.

Atualmente, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte no mundo, onde 20 milhões de pessoas vivem com a doença, sendo que cerca de 10 milhões morrem anualmente. A incidência cresce tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, como resultado da crescente exposição a fatores de risco e do aumento da expectativa de vida mostrando que a realidade brasileira se insere na mundial (BRASIL, 2007). Em 2006, o câncer mais incidente no Brasil foi o de pele não melanoma, seguido de próstata, pulmão e estômago no sexo masculino e entre o sexo feminino, os cânceres de mama e colo de útero. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima 466.730 casos novos de câncer no Brasil para o ano de 2008, destes 234.870 casos em mulheres e 231.860 em homens (BRASIL, 2007).

O Estado de Pernambuco no ano de 2004 ocupava o sétimo lugar entre os Estados Brasileiros com maiores percentuais de câncer (CEARÁ, 2004). Em 2006/2007, o estado de Pernambuco, comparado com os outros Estados da região Nordeste lidera as taxas de incidência entre os sexos, quanto aos cânceres de esôfago; cólon junção reto sigmoides, reto e ânus, e ao observar o sexo masculino separadamente, ainda ultrapassou os outros estados quanto as taxa do câncer de pulmão, lábio e cavidade oral e próstata atingindo neste último 50,12% dos casos e quanto ao sexo feminino, superou os demais estados nas taxas de câncer de mama atingindo 44,03%³.

A alta incidência do câncer e de outras doenças crônicas causam impacto no financiamento do setor saúde gerando aumento dos gastos devido à cronicidade da doença e

suas complicações que podem significar anos de utilização do serviço de saúde como uso de medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares (BERENSTEIN.,WAJNMAN, 2008)

Esse novo contexto vivenciado pelo país mostra-se como um processo dinâmico onde as variáveis podem influenciar com intensidades diferentes, de acordo com o tempo, espaço e população(PRATA,1992). Desse modo, considerando que o SUS vem passando por um processo de descentralização das ações de saúde, torna-se importante conhecer a magnitude local da doença, necessária para a efetivação de ações em saúde no sentido de ampliar as possibilidades de atuação do nível de atenção primária, principalmente no que se refere ao Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse, identificar os problemas de saúde de sua área é basilar. Todavia, as neoplasias malignas, por não constituírem o quadro de agravos de notificação compulsória e em face ao perfil epidemiológico superposto em muitos municípios, podem não estar sendo monitoradas de maneira adequada, o que interfere fortemente no planejamento local. Apenas os casos de câncer de mama e colo do útero são algumas vezes acompanhados por se tratarem de Políticas específicas da Saúde da Mulher, mas ainda contêm muita fragilidade no que se refere aos cuidados paliativos e de prevenção.

No Brasil, os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registro Hospitalares de Câncer (RHC), Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), compõem uma ferramenta de vigilância e monitoramento das neoplasias (MOURA,2006). Estes oferecem estimativas e incidências que mostram o perfil das neoplasias no país, contudo não estão presentes em todos os municípios, como acontece com os RCBP que estão disponíveis apenas em algumas capitais brasileira, limitando-se ao registro de casos, não contemplando os fatores ambientais e sociais na expressão da doença e tendo sua aplicação no nível local limitada.

Partindo da necessidade de compreender as ocorrências das neoplasias no município, em 2006, um grupo de profissionais da Atenção Básica criou um banco municipal de informações sobre o câncer por meio de uma Ficha Municipal de Notificação do Câncer (FMNC). A referida FMNC foi fruto de várias discussões sobre a necessidade de realizar o acompanhamento dos pacientes com neoplasias e foi validada por todos os profissionais (médicos e enfermeiras) que compunham a Atenção Básica na época de sua implantação.

Neste contexto, este estudo objetivou analisar o registro municipal das neoplasias malignas por meio da FMNC no período de 2000 a 2007, na perspectiva de conhecer sua magnitude e distribuição para auxiliar no planejamento local.

2 METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo de natureza quantitativa. O estudo foi realizado no período de maio a novembro de 2007 no município de Exu, distante 630 km da capital Recife, que concentrava em 2007 uma população estimada em 30.569 habitantes(IBGE,2007). A Atenção Básica contemplava em média 70% de área coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e 100% de cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse contingente populacional dispõe ainda de um Centro de Especialidades, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e um Hospital Municipal que realiza procedimentos de média complexidade, referenciando a alta complexidade para Hospitais Estaduais ou financia para Hospitais de Estados vizinhos devido sua proximidade geográfica.

Para coleta dados foi solicitado a todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que notificassem por meio da FMNC os casos atuais curas e óbitos por neoplasia no período de 2000 a 2007. Após notificação pelos ACS o médico ou enfermeira da unidade de referência checava a consistência dos dados e complementava-os quando necessário. A FMNC contempla os dados demográficos, clínicos, epidemiológicos e evolução do caso. Para a notificação foi considerado caso de câncer qualquer indivíduo residente em Exu com a confirmação diagnóstica de neoplasia maligna por meio de exames específicos para cada caso e os casos de óbitos cuja causa básica tinha sido câncer.

Com o intuito de agregar mais representatividade ao estudo analisou-se 50 notificações, o que corresponde a 100% dos casos registrados na FMNC no período de 2000 à 2007. Para consolidação dos dados, foi utilizada uma planilha contendo as variáveis sexo, faixa etária, tipo de câncer, fatores de risco e evolução do caso. A análise foi realizada por meio de frequência e taxa de incidência.

Considerações éticas

O presente estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Recife – PE, sob o parecer de nº 113/2008.

3 RESULTADOS

Foram resgatados por meio da FMNC, 50 casos de neoplasias malignas entre os anos estudados. O nível de preenchimento das fichas foi considerado satisfatório quanto às variáveis sexo e faixa etária e tipo de câncer e evolução do caso, entretanto, o campo referente aos fatores de risco associado apresentou em algum momento, falha da informação sendo que 08 (16%) das notificações não fizeram referência a tais fatores.

Quanto às características demográficas, identificou-se a distribuição de 56% dos casos (28) no sexo feminino sendo os demais (22) 44% no sexo masculino. Quanto à faixa etária, houve predominância entre os idosos, onde 66% (33) ocorreram em pessoas de 60 anos ou mais, seguida pela faixa etária de 50 a 59 anos com 12% (6 casos) e 40 a 49 com 10% (5 casos). Os demais estão dispostos entre a faixa etária de 0 a 39 anos e restritos à população feminina.

No que se refere à distribuição do tipo de câncer 16% (8) dos cânceres foram de pulmão/traquéia e brônquios. O câncer de pele apresentou a mesma porcentagem do câncer de mama com 12% (06). As neoplasias de próstata, colo de útero, e estômago apareceram com 05 casos separadamente, representando 10% do total. O câncer de fígado ocorreu em 8% (04), a leucemia em 6% dos casos (3), os cânceres de boca, intestino e cérebro apresentam 4% equivalente a 02 casos por tipo. Foi identificado ainda um câncer no nervo ciático e pâncreas/vesícula biliar, com 2% por tipo. Salienta-se que a terminologia “garganta” indicada na FMNC, foi substituída aqui pela denominação traquéia e brônquios e, junção destes ao câncer de pulmão está baseado na classificação do INCA. Quadro I.

Quadro 1- Distribuição dos números de casos de câncer segundo faixa etária, e sexo no município de Exu-PE no período de 2000 a 2007

Faixa etária (Anos)	Neoplasia	Feminino		Masculino		
		Casos	%	Neoplasia	Casos	%
0-9	Leucemia	01	2	*	*	*
	TOTAL:	01	2			
10-19	Leucemia	01	2	*	*	*
	TOTAL:	01	2			
20-29	Colo de útero	02	4	*	*	*
	Nervo Ciático	01	2			
	TOTAL:	03	6			
30-39	Colo de útero	01	2	*	*	*
	TOTAL:	01	2			
40-49	Mama	03	6	Cérebro	01	2
	Pulmão/ Garganta	01	2	TOTAL	01	2
	TOTAL:	04	8			
50-59	Colo de útero	02	4	Pele	01	2
	Pulmão/traq. brônq	01	2	Pulmão/ Garganta	01	2
	Mama	01	2	TOTAL	02	4
	TOTAL:	04	8			
60 OU MAIS	Fígado	03	6	Próstata	05	10
	Estômago	04	8	Pele	04	8
	Mama	02	4	Pulmão/ traq. brônq	04	8
	Boca	02	4	Intestino	02	4
	Pele	01	2	Fígado	01	2
	Pulmão/ traq. brônq	01	2	Estômago	01	2
	Cérebro	01	2	Leucemia	01	2
	TOTAL:	14	28	Pâncreas/vesícula biliar	01	2
				TOTAL	19	38
Total Geral		28	56		22	44

Fonte: FMNC.

Quando houver (*) significa não houve notificação de casos.

Entre os homens, os cânceres de próstata, pele e pulmão/traquéia e brônquios apresentaram a mesma porcentagem com 10% , sendo os que mais atingem essa população, seguido por câncer de intestino com 4% (2). Os demais não atingiram 5% separadamente.

Em relação ao tipo de câncer no sexo feminino, a neoplasia das glândulas mamárias sobressai com 12% (6) seguido do colo de útero com 10% (5), estômago com 8% (4) e fígado com 6% (3). Neste sexo também surgiram casos de neoplasias de pele, boca, cérebro, leucemia e nervo ciático como demonstrado no quadro 1.

No espaço para registro de fatores de risco referidos a FMNC oferecia cinco possibilidades e permitia o acréscimo de outros. Nas notificações os fatores associados ao câncer obteve-se que 41% dos registros continham o fator exposição ao sol, 37% hereditariedade, outros 37% registros de tabagismo, 24% consumo de álcool e apenas 2% apresentaram três parceiros sexuais ou mais.

Quadro 2-Distribuição dos fatores de risco referidos segundo tipo de câncer, no município de Exu-PE no período de 2000 a 2007

Tipo de câncer	Fatores de Risco				
	Hereditariedade Sex. ou mais	Exposição ao Sol Não infor.	Tabagismo	Alcoolismo	3 parc.
Pele	02	05	01	01	
Próstata	01	03	01		02
Mama	02	02	03	01	01
Colo de útero	02	01	01	02	02
Pulmão /traquéia e brônquios	03	02	06	02	
Estômago	01	03	04	01	01
Intestino	02				
Cérebro		01		02	
Leucemia	02	01		02	01
Boca	02	01	02		
Fígado	02	02	01	01	
Ciático					01
Pâncreas/vesícula bilar				01	

Fonte: FMNC

No que diz respeito ao ano de notificação, aquele que registrou o maior número de notificações foi 2007 com 16 casos, seguido pelo ano de 2005 com 12 casos. A taxa de incidência nesses anos atinge 52,3/100.000 e 36,6/100.000 (taxa calculada sobre 32.725 habitantes) respectivamente (BRASIL,2008).

Quando analisadas a evolução das neoplasias, entre os casos ocorreram 61% de óbitos (31), 10% (05) obtiveram cura, 25% (13) se encontra em tratamento e 4% (02) aparecem como clientes que recusam o tratamento. O maior número de óbito ocorreu nos anos de 2005 com 11 casos e 2007, com 10 óbitos no ano.

Quando comparados os dados de óbitos segundo dados do DATASUS, há diferenças entre os registros. Todavia no Sistema de Informações o ano que mais registrou óbitos por câncer no município também foi o de 2005(CERVI., RIBEIRO,2005). Entretanto este não dispõe dos dados dos anos seguintes.

Quadro 3 - Distribuição do N° notificações de câncer segundo FMNC e óbitos por neoplasia segundo dados da FMNC e Datasus do município de Exu-PE no período de 2000 a 2007.

Ano	N° de notificações	N° de óbitos FMNC	N° de óbitos DATASUS
2000	00	00	04
2001	02	00	06
2002	02	01	13
2003	04	01	14
2004	08	01	15
2005	12	11	22
2006	07	07	-
2007	15	10	-
TOTAL	50	31	74

Fonte: FMNC/DATASUS, (2008).

4 DISCUSSÃO

Observa-se que no município a maioria das neoplasias malignas notificadas no período ocorreu no sexo feminino. Este dado já demonstra a mesma ordem da estimativa da incidência do câncer em 2008 lançada pelo INCA, onde o Estado de Pernambuco apresentará um maior número de casos no sexo feminino com um total de 10.050 em detrimento à estimativa de casos novos no sexo masculino que não atinge 8 mil casos (BRASIL,2008). A estimativa é que neste mesmo ano, o Estado atinja uma taxa bruta de 190,59/100.000 entre os homens e 224,04/100.000 mulheres (BRASIL,2008).

A faixa etária predominante foi a de 60 anos ou mais. Estudos semelhantes^{7,10} também demonstram a predisposição dessa faixa etária para as neoplasias, sugerindo relação do aumento da expectativa de vida com o maior tempo de exposição a fatores de risco (CERVI., RIBEIRO,2005).

Os dados referentes à infância coincidem com várias pesquisas onde corresponde de 2% a 3% dos diagnósticos de câncer (RANGEL et al.,2011.,MOURA et al.,2006). Ressalta-se ainda que apesar das neoplasias malignas na infância apresentarem baixo percentual dos diagnósticos, nos países em desenvolvimento ainda representam a terceira causa de morte nessa faixa etária (RANGEL et al.,2002).

Quanto a neoplasia predominante, em ambos os sexos teve destaque a de pulmão/garganta com 16% dos casos (08). Entre as mulheres, sobressaem-se as neoplasias malignas da mama, o que demonstra a mesma tendência vivenciada pelo país, região nordeste e Estado³. Vários estudos apontam essa neoplasia como a mais incidente na população feminina sendo também a principal causa de morte por câncer (RANGEL et al.,2002., BRASIL,2008).

Comumente, a população masculina demonstra tendência de adoecer pela neoplasia de próstata sendo superada apenas pelo câncer de pele não melanoma que se apresenta com maior incidência entre os homens (VIEIRA,et al., 2008). Pode-se perceber que apesar de destaque neste estudo, demonstrou a mesma porcentagem das neoplasias de pele e pulmão/traquéia e brônquios. Esse dado remete a grande exposição ao sol que essa população é submetida devido ao clima semi-árido bem como a associação ao tabagismo.

Em geral, alguns dos fatores que expõem o indivíduo ao risco de ter câncer são consumos de bebidas alcoólicas, uso do tabaco, exposição intensa ao sol e hábitos alimentares inadequados (BRASIL,2008).No estudo, a exposição ao sol mostra-se como a mais freqüente

entre as notificações, sendo a mais referida com relação ao câncer de pele. O tabagismo foi o fator de risco mais apontado entre as notificações de pulmão/traquéia e brônquios, desse modo, no geral, observa-se que os fatores de risco referidos têm associação com neoplasia identificada. Contudo, durante a análise das notificações, esse foi o campo com preenchimento menos satisfatório por gerar incerteza quanto a real ausência de possíveis fatores associados ao risco de adoecer ou ausência de investigação durante o seu preenchimento. Com o intuito de minimizar possíveis falhas na investigação, poderia acrescer um item a ser assinalado frente à ausência de tais fatores.

No Brasil, no quadro geral da mortalidade as neoplasias malignas ocupam o segundo lugar entre as causas de morte, o que representou 16,7% do total de óbitos no ano de 2005, cedendo espaço apenas para as doenças do aparelho circulatório (BRASIL,2008).¹³. Neste mesmo ano, a mortalidade proporcional por neoplasias no município de Exu seguindo a FMNC foi de 6,14%, entretanto ao analisar segundo os dados do DATASUS essa porcentagem atinge 12,2% do total de óbitos no município, semelhante ao encontrado na região Nordeste que é de 13,8% ocorrendo disparidade entre os dados referentes aos óbitos sugerindo fragilidade na captação dos casos. Contudo, fica evidenciado sua magnitude no município assim como a importância do incremento das ações locais sobre as doenças crônicas, especialmente as neoplasias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As modificações no perfil demográfico e epidemiológico vivenciados pelo país, torna necessário estudos que visem a compreensão do comportamento das doenças crônicas degenerativas. A Ficha Municipal de Notificação do Câncer foi um importante instrumento utilizado para elucidação do câncer no município.

Acreditamos que os dados disponíveis ainda são limitados. A escolha por um resgate histórico torna-se vantajoso ao buscar todos os casos de câncer ocorridos nos últimos anos. Entretanto, não há dificuldade no aprofundamento dos óbitos por câncer por os principais informantes serem os familiares. Há ainda, a possibilidade da busca não ter resgatado todos os casos, pois existe forte preconceito no que se refere à doença levando-o a omissão da mesma. Outra limitação foi à indisponibilidade do dado por falta de conhecimento da família sobre o caso ou imperícia do registrador

Contudo, acreditamos que os resultados encontrados permitiram traçar um perfil do câncer no município e por meio deste diagnóstico que identifica faixa etária mais atingida, tipo de câncer mais incidente, entre outros, viabiliza a implementação das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento sobre a doença, buscando também a redução da exposição a fatores de risco através da educação em saúde e melhoria do acesso aos serviços de saúde.

A implantação da FMNC possibilitou maior registro dos casos como pode ser observado em 2007, bem como, mais padronização no registro. Foi possível conhecer o caso antes que o mesmo houvesse sido registrado no DATASUS, o que pode facilitar o acompanhamento do paciente.

REFERÊNCIAS

- BERENSTEIN, Cláudia Koepfel; WAJNMAN Simone. **Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde:** uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cad. Saúde Pública* v. 24 n. 10. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 22 nov. 2008.
- BRASIL. **2º Congresso Internacional de Controle de Câncer – ICCC.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/arquivos/2ICCC>> Acesso em: 02 fev. 2008.
- BRASIL. **Análise da situação de saúde:** Perfil de mortalidade do Brasileiro. Brasília, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- BRASIL. **Estimativa/2008. Incidência de Câncer no Brasil.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.
- BRASIL. **Incidência de morbidade e fatores de risco:** taxa de incidência de neoplasia maligna 2008. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2008.
- CEARÁ. **Informe Epidemiológico- Mortalidade por Câncer no Estado do Ceará.** 2004. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 21 nov. 2008.
- CERVI, Adriane; HERMSDORFF, Helen Hermana Miranda; RIBEIRO, Rita de Cássia. Lane. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, dez. 2005.
- GONÇALVES, A. T. C. et al. **Câncer de mama:** mortalidade crescente na região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cad. Saúde Pública* v. 23 n. 8 Rio de Janeiro 2007. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 27 nov. 2008.
- IBGE. **Cidades, Pernambuco 2007.** Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 set. 2008.
- MOURA, L. et al. Avaliação do registro de câncer de base populacional do município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 15, n. 4. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 nov. 2008.
- PRATA, P. R. Transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr./jun. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 07 abr. 2008.
- RANGEL, MRU et al. Estudo epidemiológico do câncer em menores de vinte anos, no Estado de Sergipe- Brasil, no período de 1980 à 1999. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n.2. 2000. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 04 nov. 2008.
- VELOSO, 2001 apud PINTO, A.C, GIÓIA-MARTINS, D.F. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídio para intervenção psicológica. **Revista da Sociedade Brasileira de**

Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. 2006. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>>. Acesso em: 07 jan. 2009.

VIEIRA, L.J.E.S, et al. Prevenção do Câncer de próstata na visão dos usuários portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. 2008. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 15 dez. 2008.

Anexos

Dados Clínicos	<p>27-Localização do C.A _____</p> <p>28- Metástase: 1.Sim 2- Não</p> <p>29-Sinais e Sintomas</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cefaléia ()</td> <td style="width: 33%;">Anorexia ()</td> <td style="width: 33%;">Ascite ()</td> </tr> <tr> <td>Prostação ()</td> <td>Lesões Cutâneas ()</td> <td>Nódulos Mamários ()</td> </tr> <tr> <td>Mialgia ()</td> <td>Hematuria ()</td> <td>Febre ()</td> </tr> <tr> <td>Náuseas / vômitos ()</td> <td>Diarréia ()</td> <td>Desidratação ()</td> </tr> <tr> <td>Lesões de Boca ()</td> <td>Poliúria / Oliguria / Anúria ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gengivorragia ()</td> <td>Desnutrição ()</td> <td>Dores Abdominais ()</td> </tr> <tr> <td>Manifestações Neurológicas ()</td> <td>Corrimento Vaginal / Uretral ()</td> <td></td> </tr> </table>		Cefaléia ()	Anorexia ()	Ascite ()	Prostação ()	Lesões Cutâneas ()	Nódulos Mamários ()	Mialgia ()	Hematuria ()	Febre ()	Náuseas / vômitos ()	Diarréia ()	Desidratação ()	Lesões de Boca ()	Poliúria / Oliguria / Anúria ()		Gengivorragia ()	Desnutrição ()	Dores Abdominais ()	Manifestações Neurológicas ()	Corrimento Vaginal / Uretral ()	
Cefaléia ()	Anorexia ()	Ascite ()																					
Prostação ()	Lesões Cutâneas ()	Nódulos Mamários ()																					
Mialgia ()	Hematuria ()	Febre ()																					
Náuseas / vômitos ()	Diarréia ()	Desidratação ()																					
Lesões de Boca ()	Poliúria / Oliguria / Anúria ()																						
Gengivorragia ()	Desnutrição ()	Dores Abdominais ()																					
Manifestações Neurológicas ()	Corrimento Vaginal / Uretral ()																						
Dados Laboratoriais	<p style="text-align: center;">MULHER</p> <p>30-CITOLOGIA DE COLO DE ÚTERINO:</p> <p>DATA: ____/____/____</p> <p>NIC I () NIC II () NIC III ()</p> <p>Sem alterações () Não realizado ()</p> <p>31- MAMOGRAFIA:</p> <p>DATA: ____/____/____</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Bi-Rads I ()</td> <td style="width: 50%;">Bi-Rads II ()</td> </tr> <tr> <td>Bi-Rads III ()</td> <td>Bi-Rads IV ()</td> </tr> <tr> <td>Sem Alterações ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não Realizado ()</td> <td></td> </tr> </table> <p>32-USG:DA TA: ____/____/____ RESULTADO:</p>	Bi-Rads I ()	Bi-Rads II ()	Bi-Rads III ()	Bi-Rads IV ()	Sem Alterações ()		Não Realizado ()		<p style="text-align: center;">HOMEM</p> <p>33-USG:DATA: ____/____/____ RESULTADO:</p> <p>34- PSA: DATA: ____/____/____</p> <p>RESULTADO: Normal () Elevado () Muito Elevado ()</p> <p>Não Realizado ()</p> <p>35- TOQUE RETAL:DATA ____/____/____ RESULTADO:</p>													
Bi-Rads I ()	Bi-Rads II ()																						
Bi-Rads III ()	Bi-Rads IV ()																						
Sem Alterações ()																							
Não Realizado ()																							
Dados do Caso	<p>36-OUTROS EXAMES Tomografia _____ Histopatológico _____ RX _____ Ressonância Magnética _____ Biópsia _____ Leocrograma _____ Mielograma _____ Outros _____</p> <p>37- TRATAMENTO: Quimioterapia: Adjuvante () Neo Adjuvante () Ignorado () Radioterapia: Adjuvante () Neo Adjuvante () Ignorado () Cirurgia: Adjuvante () Neo Adjuvante () Ignorado () Hormonioterapia; OBS _____</p>																						

Conclusão	38- CLASSIFICAÇÃO FINAL:	39-ENCERRAMENTO DO CASO;
	1-Confirmação Laboratorial ()	DATA: __/__/__
	2-Confirmação Epidemiológica ()	CURA __/__/__
	3-Descartado ()	ÓBITO: __/__/__
4-Inconclusivo ()	OUTROS: __/__/__	

INVESTIGADOR: _____ DATA : _____