

Relatório do Registro Hospitalar de Câncer 2000 a 2004



ERASTO GAERTNER
H O S P I T A L

Incluindo estudo de sobrevida
de pacientes de 1990 a 1999 com
seguimento de 5 anos

Curitiba - 2007

**LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER
HOSPITAL ERASTO GAERTNER
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER**

**RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO DO
REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER
2000 A 2004**

CURITIBA, 2007

Superintendente da LPCC

Flávio Daniel Saavedra Tomasich

Coordenadora Geral do HEG

Claudiane Liga Minari Bozko

Coordenador de Suporte Técnico

Giovanni Zenedin Targa

Divisão de Suporte Técnico

Vânia Mari Salvi Andrzejewski

Supervisora do Arquivo Médico e Estatística

Regina Célia Anastácio da Silva

Equipe Técnica do RHC

Paola Andréa Galbiatti Pedruzzi

Regina Célia Anastácio da Silva

Dinarte Orlandi

Maria Elisabete de Souza Rossi

Maria de Fátima Paulino

Comissão Assessora do RHC

Ana Luiza Gomes Moraes Wiermann - Oncologia Clínica

Danielle Giacometti Sakamoto - Patologia

Vandré Dall'Agnol - Gerência de Informática

Flávio Daniel Saavedra Tomasich - Epidemiologia

Giovanni Zenedin Targa - Cirurgia Oncológica

Mara Albonei Dudeque Pianovski - Pediatria

Paula Régia Machado Soares – Radioterapia

Criação, Redação, Editoração, Distribuição e Informações:

Registro Hospitalar de Câncer - Hospital Erasto Gaertner

Liga Paranaense de Combate ao Câncer

Rua: Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas

CEP: 81520-060 - Curitiba - Paraná - Brasil

Telefone: 55(41) 3361-5183 - Fax: 55(41) 3361-5185

Home Page: <http://www.erastogaertner.com.br> e

E-mail: rhc@erastogaertner.com.br

ISSN: 1982-0437

© 2007, Liga Paranaense de Combate ao Câncer

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte

L723r	LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER. – Relatório Epidemiológico: RHC 2000 a 2004. - Curitiba: LPCC, 2007. 102 p. (CD ROM) : il. ISSN: 1982-0437 1 Registro Hospitalar. 2 Epidemiologia - Neoplasias. 3 Sobrevida. 4. Tumores Pediátricos QZ220
-------	--

Catálogo na fonte: Bibliotecária Tânia Maria Carvalho Frigo – CRB1069/92

SUMÁRIO

Introdução	2
Histórico do RHC.....	3
Metodologia	5
Modelos das Fichas Utilizadas no RHC	7
Ficha de Admissão.....	7
Ficha de Seguimento (Follow Up).....	8
Análise Geral dos Casos	9
Considerações Preliminares	9
Procedência	11
Grau de Instrução	12
Etnia	12
Faixa Etária e Sexo	13
Topografia e Sexo	14
Estadiamento Clínico.....	16
Extensão da Doença e Diagnóstico e Tratamento Prévio	17
Base mais Importante para o Diagnóstico.....	19
Tratamento Realizado na Instituição	20
Tumores mais Frequentes	21
Estado do Paciente Após o 1º Tratamento	23
Linfomas e Leucemia por Sexo	24
Morfologias Por Topografia e Sexo	25
Topografia por Sexo e Idade	40
Análise dos Casos em Menores de 20 Anos	46
Grupos Pediátricos e Grupos Etários.....	46
Sub-Grupos de Diagnóstico Pediátricos e Adolescentes	47
Sexo.....	47
Sexo.....	48
Procedência	48
Idade	49
Distribuição Segundo Tumores	50
Leucemias e Linfomas.....	50
Tumores Sólidos.....	51
Diagnóstico e Tratamento Prévio	52
Tratamento Realizado na Instituição	53
Estudo de Sobrevida	54

Sobrevida Global	54
Análise das Topografias mais Frequentes	55
Pele	55
Colo do Útero.....	59
Mama.....	62
Próstata.....	65
Cólon e Reto	68
Esôfago	72
Estômago	75
Boca.....	78
Brônquios e Pulmões	82
Orofaringe	86
Bibliografia	89
Agradecimentos.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos por tipo de diagnóstico, segundo o ano de matrícula na Instituição.....	9
Tabela 2 - Distribuição dos casos conforme elegibilidade no Registro Hospitalar de Câncer.....	10
Tabela 3 - Distribuição dos casos segundo procedência.....	11
Tabela 4 - Distribuição dos casos segundo grau de instrução.....	12
Tabela 5 - Distribuição dos casos segundo cor da pele.....	12
Tabela 6 - Distribuição dos casos segundo faixa etária e sexo.....	13
Tabela 7 - Distribuição dos casos segundo localização topográfica e sexo.....	14
Tabela 8 - Distribuição dos casos segundo estadiamento clínico.....	16
Tabela 9 - Distribuição dos casos segundo diagnóstico e tratamento prévio e avaliação da doença.....	17
Tabela 10 - Distribuição dos casos segundo bases de diagnósticos.....	19
Tabela 11 - Distribuição dos casos segundo tratamentos realizados na Instituição.....	20
Tabela 12 - Distribuição dos casos segundo a localização topográfica.....	21
Tabela 13 - Distribuição dos casos segundo o estado do paciente após a 1ª fase do tratamento.....	23
Tabela 14 - Distribuição dos casos segundo morfologia por sexo.....	24
Tabela 15 - Distribuição dos casos segundo topografia e morfologia por sexo.....	25
Tabela 16 - Distribuição dos casos segundo topografia, sexo, e faixa etária.....	40
Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual dos casos de câncer em menores de 20 anos, segundo grupos e sub-grupos de diagnóstico.....	47
Tabela 18 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo grupos de neoplasias, sexo e faixas etárias.....	48
Tabela 19 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo grupos de neoplasias e faixa etária.....	49
Tabela 20 – Taxas de sobrevida em 5 anos segundo grupos etários, sexo e estágios da doença:.....	54
Tabela 21 - Distribuição dos casos segundo a localização dos tumores de Pele e tipo histológico:.....	56
Tabela 22 - Distribuição dos casos segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	60
Tabela 23 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Colo do Útero.....	61
Tabela 24 - Distribuição dos casos de câncer de Mama segundo os tipos histológicos:.....	63
Tabela 25 – Taxas de sobrevida em 5 anos para os casos de Mama.....	64
Tabela 26 - Distribuição dos casos de câncer de Próstata segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	66
Tabela 27 - Distribuição dos casos de câncer de Cólon e Reto segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	68
Tabela 28 - Distribuição dos casos segundo as topografias que compõe o grupo do câncer Colo Retal:.....	69
Tabela 29 - Taxa de Sobrevida em 5 anos para os casos de Cólon e Reto.....	70
Tabela 30 - Distribuição percentual segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	73
Tabela 31 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Esôfago:.....	74
Tabela 32 - Distribuição dos casos segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	76
Tabela 33 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Estômago:.....	77
Tabela 34 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	79
Tabela 35 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo as topografias que compõe o grupo Boca:.....	79
Tabela 36 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Boca:.....	80
Tabela 37 - Distribuição dos casos de câncer de Pulmão segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	84
Tabela 38 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de câncer de Pulmão:.....	84
Tabela 39 - Distribuição dos casos de Orofaringe segundo os tipos histológicos mais freqüentes:.....	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos 1 e 2 - Distribuição percentual segundo procedência	11
Gráfico 3 - Distribuição percentual segundo grau de instrução	12
Gráfico 4 - Distribuição percentual segundo faixa etária e sexo	13
Gráfico 5 - Distribuição percentual segundo notificação do estadiamento clínico	16
Gráficos 6 - Distribuição percentual segundo estadiamento clínico	16
Gráfico 7 - Distribuição percentual segundo diagnostico e tratamento prévio	17
Gráficos 8 e 9- Distribuição percentual segundo extensão da doença quanto ao tratamento prévio	17
Gráfico 10 - Distribuição percentual segundo tipo de tratamento prévio	18
Gráfico 11 - Distribuição percentual segundo a base de diagnósticos	19
Gráfico 12 - Distribuição percentual segundo tratamentos realizados na Instituição	20
Gráficos 13 e 14 - Distribuição percentual segundo localização topográfica por sexo	21
Gráfico 15 - Distribuição percentual segundo topografias mais frequentes	22
Gráfico 16 - Distribuição percentual segundo o estado do paciente após a 1ª fase do tratamento	23
Gráfico 17 - Distribuição percentual segundo morfologia por sexo	24
Gráfico 18 - Distribuição dos casos segundo grupos etários.	46
Gráfico 19 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo a procedência.	48
Gráfico 20 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo faixa etária.	49
Gráfico 21 - Distribuição dos casos Pediátricos, segundo Leucemias/Linfomas e Tumores Sólidos	50
Gráfico 22 - Distribuição dos casos em Adolescentes, segundo Leucemias/Linfomas e Tumores Sólidos.	50
Gráfico 23 - Distribuição dos casos pediátricos, segundo tipos de Leucemias e Linfomas.	50
Gráfico 24 - Distribuição dos casos em adolescentes, segundo tipos de Leucemias e Linfomas	51
Gráfico 25 - Distribuição dos casos pediátricos, segundo os Tumores Sólidos.	51
Gráfico 26 - Distribuição dos casos em adolescentes, segundo os Tumores Sólidos.	52
Gráfico 27 - Distribuição dos casos de crianças e adolescentes, segundo diagnósticos e tratamentos anteriores.	52
Gráfico 28 - Distribuição dos casos pediátricos segundo tratamento realizado na instituição.	53
Gráfico 29 - Distribuição dos casos em adolescentes segundo tratamento realizado na instituição.	53
Gráfico 30 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo faixa etária e tipo histológico:	55
Gráfico 31 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo sexo e tipo histológico:	56
Gráfico 32 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo o grau de estadiamento e tipo histológico:	56
Gráfico 33 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	57
Gráfico 34 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	57
Gráfico 35 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico para os casos de Melanoma:	58
Gráfico 36 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico para os casos de Não Melanoma:	58
Gráfico 37 - Distribuição percentual segundo faixa etária e sexo:	59

Gráfico 38 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	59
Gráfico 39 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:	60
Gráfico 40 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:.....	60
Gráfico 41 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:.....	61
Gráfico 42 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo faixa etária:	62
Gráfico 43 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo o grau de estadiamento:	63
Gráfico 44 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:.....	63
Gráfico 45 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	63
Gráfico 46 - Curva de sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em câncer de Mama:.....	64
Gráfico 47 - Distribuição dos casos de câncer de Próstata segundo faixa etária:	65
Gráfico 48 - Distribuição percentual de câncer de Próstata segundo o grau de estadiamento:	65
Gráfico 49 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	66
Gráfico 50 - Distribuição percentual de câncer de Próstata segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	66
Gráfico 51 - Curva de Sobrevida Global em 5 anos em tumores de Próstata:	67
Gráfico 52 - Distribuição dos casos de câncer de Cólon e Reto segundo faixa etária e sexo:	68
Gráfico 53 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo o grau de estadiamento:	69
Gráfico 54 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	69
Gráfico 55 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	70
Gráfico 56 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo sexo em câncer de Cólon e Reto:	70
Gráfico 57 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em câncer de Cólon e Reto:.....	71
Gráfico 58 - Distribuição dos casos segundo a faixa etária e sexo:.....	72
Gráfico 59 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:	72
Gráfico 60 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	73
Gráfico 61 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:.....	73
Gráfico 62 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em tumores de Esôfago:	74
Gráfico 63 - Distribuição dos casos segundo faixa etária e sexo:	75
Gráfico 64 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:	75
Gráfico 65 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	76
Gráfico 66 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:.....	76
Gráfico 67 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:.....	77
Gráfico 68 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo faixa etária e sexo:	78
Gráfico 69 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo o grau de estadiamento:	79
Gráfico 70 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:	80

Gráfico 71 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	80
Gráfico 72 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Sexo:.....	81
Gráfico 73 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:.....	81
Gráfico 74 - Distribuição dos casos de câncer de Pulmão segundo faixa etária e sexo:	83
Gráfico 75 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo o grau de estadiamento:	83
Gráfico 76 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:.....	83
Gráfico 77 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	84
Gráfico 78 - Sobrevida em 5 anos para os casos de câncer de Pulmão:.....	85
Gráfico 79 - Distribuição dos casos de Orofaringe segundo faixa etária e sexo:.....	86
Gráfico 80 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo o grau de estadiamento:	87
Gráfico 81 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo o tipo de tratamento realizado na instituição: ..	87
Gráfico 82 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:	88

APRESENTAÇÃO

O Brasil apresenta um quadro sanitário onde encontramos dois opostos constituídos por doenças ligadas à pobreza, típicas de países em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, características de países mais afluentes.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) preconiza que o câncer deve ser tratado como um problema de saúde pública. A gestão das ações de prevenção e assistência no Brasil, e por recomendação da OMS, é realizado por meio do INCA (Instituto Nacional do Câncer).

O número de casos novos e os índices de mortalidade são crescentes com 11 milhões de casos novos por ano no mundo e 7 milhões de mortes pela doença. No Brasil a estimativa, segundo o INCA, para o ano de 2006 é de 472 mil casos novos e 130 mil mortes, correspondendo à segunda causa de morte no País.

Há vários fatores envolvidos e que contribuem para o aumento da incidência do câncer no Brasil entre eles o aumento crescente da expectativa de vida da população, a industrialização e a urbanização. Por outro lado os avanços tecnológicos no setor da saúde possibilitaram melhorias no diagnóstico e tratamento, com impacto na redução das taxas de mortalidade em algumas neoplasias porém, ainda pouco significativas na análise geral da sobrevida.

Os custos da doença no país são classicamente divididos em custos diretos e indiretos. Os custos diretos incluem os gastos com campanhas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Os custos indiretos são representados pelas perdas de produção dos trabalhadores decorrentes da incapacidade, morbidade e mortalidade provocadas pela doença.

O médico, independente da sua especialidade pode contribuir para o controle da doença através de ações de promoção da saúde uma vez que o câncer é causado na maioria dos casos por agentes exógenos. O tabaco é considerado pela Organização Mundial da Saúde a maior causa isolada e evitável de doenças e mortes no mundo sendo o agente externo mais conhecido na carcinogênese.

A compreensão do câncer e o desenvolvimento de formas de tratamento apenas são possíveis a partir do conhecimento do funcionamento das células e suas interações com o organismo. A biologia molecular em muito têm contribuído no avanço de novas formas de tratamento e conhecimento da epidemiologia do câncer. Desta forma a epidemiologia molecular se refere ao uso de técnicas moleculares na pesquisa epidemiológica. Como exemplo podemos citar os estudos moleculares do HPV (papiloma vírus humano) mostrando uma interação do vírus com o câncer do colo do útero, os efeitos induzidos dos raios ultravioletas nas mutações da proteína p53 e câncer da pele, correlação da aflotoxina e o vírus da hepatite com o carcinoma hepatocelular, etc.

O Registro Hospitalar de Câncer tem como principal objetivo o registro e seguimento dos casos admitidos, avaliando a extensão e qualidade da sobrevida e de forma indireta, a qualidade do atendimento prestado na instituição.

Mais uma vez o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner cumpre a sua missão através desta publicação, disponibilizando à comunidade e às autoridades de saúde, os dados do período de 2000 a 2004.

O resultado desta publicação é fruto de um esforço contínuo e persistente de todos que participaram de forma direta ou indireta no registro, coleta, armazenamento e consolidação dos dados aqui publicados.

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Médica Oncologista
Registro Hospitalar de Câncer
Hospital Erasto Gaertner

INTRODUÇÃO

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHCs) têm por finalidade coletar e armazenar os dados referentes aos casos de câncer da instituição e divulgação dos resultados gerados através de relatórios. Os dados obtidos através desta importante publicação e de outras anteriormente divulgadas estão disponíveis a todos os profissionais de saúde, autoridades, e à população de forma geral. Atualmente o Registro Hospitalar de Câncer - RHC do Erasto Gaertner conta com 32.343 casos cadastrados entre os anos de 1990 e 2004.

Existe um envolvimento grande do Erasto Gaertner e da Liga Paranaense de Combate ao Câncer em estimular as atividades do RHC mantendo a análise constante do perfil e da qualidade da assistência oncológica prestada na instituição através dos dados gerados pelo registro.

O controle da qualidade do nosso registro é uma preocupação constante entre os profissionais envolvidos neste trabalho. O programa de educação continuada proporciona a constante atualização dos registradores e demais profissionais promovendo ainda uma maior integração com os demais setores e colaboradores da instituição.

O Registro Hospitalar de Câncer do Erasto Gaertner vem através deste relatório divulgar os dados do período de 5 anos da sua série histórica, referente aos anos de 2000 a 2004.

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Médica Oncologista
Registro Hospitalar de Câncer
Hospital Erasto Gaertner

HISTÓRICO DO RHC



Vista do Hospital Erasto Gaertner - HEG

O Hospital Erasto Gaertner (HEG), uma das Unidades Operacionais da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, em funcionamento desde 1972, é um hospital especializado em oncologia e se localiza na região sul, em Curitiba, capital do Paraná, sendo classificado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia nível II - CACON II.

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) tem buscado na realização do seu trabalho, a melhoria de qualidade da assistência médica prestada aos pacientes com câncer, resgatando informações sobre atendimento, podendo avaliar

a qualidade do diagnóstico, tratamento empregado, aplicação de protocolos terapêuticos e a análise de sobrevida desses pacientes.

O Hospital Erasto Gaertner tem se preocupado em preservar a qualidade das informações dos pacientes admitidos, mantendo um Arquivo Médico com prontuário único, distribuídos por ordem seqüencial, o que possibilitou, após a realização de cursos sobre Registro Hospitalar de Câncer no INCA (RJ) e a grande motivação dos funcionários envolvidos, o surgimento do Registro Hospitalar de Câncer. O RHC do HEG foi implantado em novembro de 1992, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde, dentro das diretrizes que objetivam dotar o país de um sistema qualificado de informações sobre câncer. Iniciou suas atividades preenchendo retrospectivamente fichas de tumores de pacientes do ano de 1990 e 1991.

Em maio de 1993, tendo como base os dados dos prontuários de 1991, foram elaborados relatórios para apresentação na 4ª. Reunião Brasileira de Registros de Câncer realizada em Porto Alegre/RS.

No mês de agosto de 1993 foi completado o levantamento das Fichas de Admissão e organizado um relatório para a publicação "Câncer no Brasil", editado e divulgado pela Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco) do Instituto Nacional do Câncer (INCA) - Ministério da Saúde.

Em 1995, para a 6ª. Reunião Anual de Registros de Câncer realizada no Rio de Janeiro foi editado pela Liga Paranaense de Combate ao Câncer o folheto "Registro Hospitalar de Câncer - Análise de 1991 a 1994".

Em 1996, para a 7ª. *Reunião Anual de Registros de Câncer* realizada em Salvador, foi preparada a publicação inédita sobre a Análise de Sobrevida Global de todos os casos, e das topografias mais prevalentes do ano de 1991.

No primeiro semestre de 1997 teve participação ativa junto ao INCA e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba para a organização e realização do Curso de Registradores para Registros de Base Populacional, o que levou à implantação do Registro de Base Populacional de Curitiba. Oportunidade em que contou com os promotores: Instituto Nacional do Câncer, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer, Associação Brasileira de Registros de Câncer, Fundação Oncocentro de São Paulo e a Liga Paranaense de Combate ao Câncer, que, junto com o Centro de Projetos de Ensino e Pesquisa organizaram a "*Reunião Sul Brasileira Sobre Registros de Câncer*" em Curitiba.

Em outubro de 1998 organizou a 9ª *Reunião Anual de Registros de Câncer* em Curitiba, juntamente com o *I Treinamento Latinoamericano de Registradores de Câncer*, e a publicação de relatório com dados do período de 1990 a 1996.

Em novembro de 2000, na *11ª Reunião Anual de Registros de Câncer* em Salvador recebeu o prêmio de Menção Honrosa pelo trabalho (pôster) dos 10 anos de RHC.

Em outubro de 2001, no *1º Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal* em Curitiba, recebeu o prêmio de Menção Honrosa pelo trabalho (oral) "10 anos de RHC", com a publicação do mesmo na Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia - BCI.

Em março de 2002, no *5º Congresso Brasileiro de Epidemiologia - Epi 2002* em Curitiba, apresentou 11 trabalhos obtidos dos dados do RHC, sendo 2 em apresentação oral e 9 na forma de Pôster.

O trabalho "10 anos de RHC" foi apresentado durante o 14º Congresso Internacional de Odontologia em Ponta Grossa/Pr em setembro de 2002 e no 8º Congresso Internacional de Câncer Bucal no Rio de Janeiro, em dezembro de 2002.

Em julho de 2003, no *XXV Congresso Brasileiro de Cirurgia* em Porto Alegre, apresentou o "Relatório do Registro Hospitalar de Câncer do HEG".

Em agosto de 2003, durante o *VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* em Brasília, apresentou os trabalhos "Câncer na Infância e na Adolescência" e "Estudo da sobrevida de 10.933 casos de câncer tratados no Hospital Erasto Gaertner".

Em setembro de 2003, no *XIX Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço* em Curitiba, apresentou o trabalho "Estudo da sobrevida de 10.933 casos de câncer tratados no Hospital Erasto Gaertner, no período de 1990 a 1995, e seguidos por 5 anos".

Em 2003, foi editado a publicação com a série histórica de 10 anos do Registro, "10 Anos de RHC – 1990 a 1999", que totalizou 21.073 tumores, trabalho que só foi possível graças a parceria entre a Liga Paranaense de Combate ao Câncer - LPCC e a Secretaria Estadual de Saúde - SESA.

Em 2004 foi publicada a série histórica de 12 anos, com dados dos tumores na infância e na adolescência, no total de 1.256 tumores. Este trabalho foi possível graças a parceria entre a Liga Paranaense de Combate ao Câncer - LPCC e a Secretaria Estadual de Saúde - SESA.

Em outubro de 2005 participou da XIV Reunião da Associação Brasileira de Registros de Câncer (ABRC) em Fortaleza/CE e do painel: Estudos de Sobrevida em Câncer – Estratégias para seguimento no RHC.

Em dezembro de 2005, I Jornada de Registro Hospitalar de Câncer do CEDIT (Centro de Diagnóstico e Tratamento Oncológico do Hospital Ministro Costa Cavalcanti) em Foz do Iguaçu – Paraná.

O RHC do Erasto Gaertner participou ainda na estruturação dos Registros Hospitalares de Câncer do Hospital das Clínicas do Paraná, em Curitiba, e do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, em Foz do Iguaçu, Paraná.

Em dezembro de 2005 foi finalizado o Relatório contendo os últimos 5 anos de dados RHC - HEG, período de 2000 a 2004, com 11.270 tumores.

Em 2006 recebeu o prêmio Eric Holowaty pelo trabalho "Oral Cavity Cancer - Evaluation of Cases between 1990 and 2003 from the Cancer Hospitalization Records of Hospital Erasto Gaertner", apresentado durante o 28º Annual Meeting Of The International Association Of Cancer Registries, em Goiânia.

O Registro Hospitalar atualmente conta com um banco de dados de 32.343 tumores cadastrados, referentes ao período de 1º de Janeiro de 1990 a 31 de dezembro de 2004, totalizando 15 anos. Quanto às Fichas de Seguimento, o RHC do Erasto Gaertner tem acumulado um cadastro de "follow up" dos casos do período de 1º de Janeiro de 1990 a 30 de Junho de 2003, todos disponíveis em sistema informativo e com dados atualizados de sobrevida, motivo de orgulho para os profissionais da equipe.

A partir de fevereiro de 2007 foi instituído estágio obrigatório para os médicos residentes em cancerologia (cirúrgica e clínica) e especialização em radioterapia no RHC, totalizando 20 horas.

METODOLOGIA

Os dados de casos classificados como elegíveis foram coletados de prontuários médicos do paciente junto ao SAME (Serviço de Arquivo Médico). As fichas de admissão e seguimento utilizadas (vide páginas seguinte) são baseadas no formato padrão da Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pró-Onco), do Instituto Nacional do Câncer.

Os casos considerados elegíveis para o RHC são as neoplasias malignas (/3), confirmação histológica de tumor malignos primários ou metastáticos (/3,/6,/9), tumores in situ (/2), tumores de comportamento incerto (/1), leucemias com comprovação laboratorial.

Os casos considerados não elegíveis incluem os casos com diagnóstico de neoplasia maligna que chegam ao hospital para tratamento porém que retornam ao serviço de origem sem seguimento, diagnóstico na instituição mas que por qualquer motivo realizam o tratamento em outro serviço, tumores benignos e tratamento incompleto. Os dados dos casos não elegíveis são arquivados em cadastro especial e não computados no relatório.

Os dados do prontuário médico são coletados por técnicos em registro de câncer, (registradores), especificamente treinados e supervisionados de maneira contínua pelo médico coordenador do RHC através do controle de qualidade. O controle de qualidade consiste no preenchimento de fichas de admissão pelo médico coordenador de 20% dos casos selecionados de forma aleatória para posterior comparação com a ficha preenchida inicialmente pelos registradores.

A codificação da topografia e morfologia dos tumores seguiu as normas da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O, 2ª. Edição). O estadiamento dos tumores quando aplicado e disponível no prontuário médico seguiu a Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer – UICC (5ª edição). Além do TNM outras classificações são freqüentemente utilizadas e registradas tais como a FIGO (tumores genitais femininos), Chang (meduloblastoma), Evans e D'Angio (neuroblastoma), Reese-Ellsworth e CCSG (retinoblastomas), Ann Arbor (Doença de Hodgkin) e Murphy (Linfomas não Hodgkin), NWTs-3 (tumor de Wilms) e Enneking (tumores ósseos).

Os casos de câncer em crianças e adolescentes foram analisados em dois grupos. Os casos pediátricos (pacientes menores de 15 anos de idade) foram distribuídos por faixas etárias (até 1 ano, 2 a 4 anos, 5 a 9 anos e 10 a 14 anos) e os adolescentes (pacientes de 15 a 19 anos de idade) foram agrupados de acordo com a International Classification of Childhood Cancer (ICCC), um sistema organizado por Birch e Marsden e revisado em 1996 pelo IARC para ser usada com a segunda edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O). A ICCC é baseada na histologia dos tumores da infância.

Na análise dos casos segundo procedência, sexo, escolaridade e idade, usou-se como base os pacientes cadastrados no RHC e quando se refere a topografias, estadiamentos e outras variáveis relacionadas com o câncer usou-se o total de tumores cadastrados no RHC, diferenças essas apresentadas nas tabelas iniciais da apresentação.

O RHC utiliza um sistema informatizado para o processamento dos dados, desenvolvido pelo Setor de Informática da Liga Paranaense de Combate ao Câncer a partir de um Gerenciador de Banco de Dados Dataflex 3.0. O sistema gera tabelas de freqüência absoluta e relativa, auxiliado pelo programa Epi Info para a análise de dados. Foram também utilizados para a editoração os softwares que compõem o pacote *Microsoft Office Pró* versão 2000.

Para o estudo da sobrevida dos pacientes foram avaliados os prontuários médicos de 16.694 casos de câncer no HEG nos anos de 1990 a 1999. A data inicial do estudo foi em 01/01/1990 com a inclusão de pacientes no estudo até 31/12/1999 e a data do término de estudo foi em 31/12/2001. A determinação do tempo de sobrevida foi a contagem, em meses, da data do início do tratamento até a data do último seguimento, para pacientes vivos, ou a data do óbito. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método descrito por Kaplan-Meier. As diferenças estatísticas foram testadas através do teste de Cox-Mantel. Os dados do

seguimento foram obtidos dos prontuários médicos nas visitas ao hospital quando não disponíveis através de contato telefônico ou carta.

Os dados do relatório foram analisados pela equipe do RHC e pela comissão assessora do RHC.

Nos últimos relatórios, assim como relatórios de outras instituições, a sub-região palato (C05) foi agrupada como boca sem distinção do palato duro (C05.0) e mole (C05.1), bem como a base da língua (C01). A partir desta publicação decidimos por adotar a divisão de boca e orofaringe conforme o conhecimento anatômico. Os tumores de boca foram agrupados segundo os sub-sítios anatômicos, consideramos as sub-regiões do lábio (C00), língua (C02), gengiva (C03), soalho da boca (C04), palato duro (C05.0) e outras partes (C06) que inclui a mucosa jugal, áreas retromolares e vestibulo bucal. Os tumores da orofaringe foram separados segundo as sub-regiões da tonsila (C09), base da língua (C01), palato mole e úvula (C05,1 e C05,2) e orofaringe em geral (C10).

Todos os casos elegíveis receberam alguma forma de tratamento para o câncer, de acordo com os protocolos de tratamento preconizados, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hemoterapia.

MODELOS DAS FICHAS UTILIZADAS NO RHC**FICHA DE ADMISSÃO****Tumor:** _____

01. TIPO DO TUMOR: _____

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 0. Elegível | 1. Ca S/Tto. na Instituição |
| 2. Óbito Sem Tratamento | 3. Tratamento Incompleto |
| 4. Tu. Benigno | 5. Sem Inf. Diagnosticas |
| 6. Outras Patologias | 7. Encaminhamento Origem |
| 8. Tto. Incompleto (Óbito) | 9. Tu. Comportam. Incerto |

02. PRONTUÁRIO: _____

03. NOME: _____

04. SEXO: ____ Masculino ____ Feminino

05. NASCIMENTO.....: ____/____/____

06. DIAGNOSTICO.....: ____/____/____

07. CONSULTA.....: ____/____/____

08. DIAGNOSTICO E TRATAMENTO(S) PRÉVIO(S):__

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Sem Diag. / Sem Tto. | 2. Com Diag. / Sem Tto. |
| 3. Com Diag. / Com Tto. (08.a) | 4. Sem Diag. / Com Tto. (08.a) |
| 9. Sem Informação (Ign) | |

08.a TIPO DE TRATAMENTO (1-Sim / 2-Não / 9-Ignorado)

- | | | |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| ____ Cirurgia | ____ Radioterapia | ____ Quimioterapia |
| ____ Hormonioterapia | ____ Outros | |

09. AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DA DOENÇA: _____

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. In situ | 2. Localizado | 3. Extensão direta |
| 4. Env. linf. regionais | 5. Ext.dir.c/env.linf.reg. | 6. Metástase |
| 7. Não aplicável | 9. Sem Informação (Ign) | |

10. BASE MAIS IMPORTANTE P/O DIAGNOSTICO: _____

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica | 2. Exames por Imagem |
| 3. Endoscopia | 4. Cir. Exploradora/Necropsia |
| 5. Citologia ou Hematologia | 6. Histologia Metástase (AP) |
| 7. Histologia do TU Primário (AP) | 8. Necropsia |
| 9. Sem Informação (Ign) | |

11. TOPO TU PRIMÁRIO.: ____._ _____

12. MORFO TU PRIMÁRIO.: ____/_ _____

13. GRAU DE DIFERENCIAÇÃO: _____

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1. Bem Diferenciado | 2. Moderadamente Diferenciado |
| 3. Pouco Diferenciado | 4. Indiferenciado |

14. CLASSIFICAÇÃO TNM.....: T____ N____ M____

15. CLASSIFICAÇÃO pTNM.....: T____ N____ M____

16. ESTADIAMENTO (especificar): _____

17. OUTRO ESTADIAMENTO.....: _____

18. LOC. META A DISTÂNCIA: ____ _ ____ _

19. MAIS QUE UM TU PRIMÁRIO: ____

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1-Sim | 2-Não | 3-Duvidoso |
|-------|-------|------------|

20. TRATAMENTO FEITO NA INSTITUIÇÃO:(1-Sim/2-Não)

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| ____ Nenhum | ____ Cirurgia | ____ Hormonioterapia |
| ____ Outros | ____ Radioterapia | ____ Imunoterapia |
| ____ Sem Informação | ____ Quimioterapia | ____ TMO |

21. INICIO DO TRATAMENTO: ____/____/____

22. PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL: _____

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Recusa do Tratamento | 2. Dça Avançada, falta Condições |
| 3. Outras Doenças Associadas | 4. Abandono de Tratamento |
| 5. Complicações do Tratamento | 6. Óbito |
| 7. Outras | 8. Não se Aplica |
| 9. Sem Informação | |

23. ESTADO DO PACIENTE AO FINAL 1ª FASE DO TRATAMENTO: _____

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1. Sem Evidência Doença (Remissão) | 2. Remissão Parcial |
| 3. Doença Estável | 4. Doença em Progressão |
| 5. Fora de Possibilidade Terapêutica | 6. Óbito |
| 8. Não se Aplica | 9. Sem Informação (Ign) |

24. LATERALIDADE: _____

- | | | |
|------------------|-------------------|--------------|
| 1. Direita | 2. Esquerda | 3. Bilateral |
| 8. Não se Aplica | 9. Sem Informação | |

25. ÓBITO.....: ____/____/____

CAUSA DA MORTE

26. IMEDIATA: ____._ _____

27. BÁSICA: ____._ _____

28. OBSERVAÇÕES: _____

FICHA DE SEGUIMENTO (FOLLOW UP)

02. PRONTUÁRIO: _____

04. SEXO: ____ Masculino ____ Feminino

06. TOPOGRAFIA: ____.

01. Tumor: _____

03. NOME: _____

05. NASCIMENTO: ____/____/____

07. MORFOLOGIA: _____

HISTÓRICO DOS SEGUIMENTOS:

	Data Seguimento (08)	Eventos Ocorridos (09)	Fonte da Informação (10)	Situação Clínica do Paciente (11)	Informação das Recidivas (12)
1º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	Data do Óbito (13)	Novo Tumor Primário? (14)	Tto Realizado neste Seguimento (15)	Qualidade de Sobrevida (16)	Ultima Noticia (17)
	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
2º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
3º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
4º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
5º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
7º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
10º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
15º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____
20º Ano	____/____/____	_____	_____	_____	____.____/____.____/____.____/____.____
—	____/____/____	_____	N S C R Q H T I O	_____	____/____/____

18. OBSERVAÇÕES:

Com base no Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC emitido pelo INCa

ANÁLISE GERAL DOS CASOS

Na análise de alguns fatores traçaremos um perfil dos pacientes atendidos na instituição no período analisado e compararemos alguns dados com a estatística de câncer para 2006 no Brasil, segundo o INCA.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A previsão do INCA e Ministério da Saúde para o período de 2000 a 2004 para o Estado do Paraná foi de 86.000 casos novos de câncer. O número de casos admitidos no HEG provenientes do Estado do Paraná neste período foi de 10.245 casos, o que representa 12% do total de casos de câncer no Paraná de acordo com a estimativa do INCA.

No período de 2000 a 2004 foram admitidos no HEG 29.594 pacientes, 18.862 (64%) com diagnóstico de tumor maligno, 5.128 com tumores benignos, 3.597 outras patologias e 2.007 casos em que não havia informações suficientes para o diagnóstico. Entre os 18.862 pacientes com tumores malignos admitidos no HEG, 10.837 (57,0%) foram considerados elegíveis pelo RHC, 4.849 (44,7%) do sexo masculino e 5.988 (55,3%) do sexo feminino. Destes pacientes 96,2% tinham tumor primário único, sendo que em 3,4% dos casos notou-se a ocorrência de tumores múltiplos até o momento do preenchimento da ficha de admissão, a maioria dos casos de tumores múltiplos foram de câncer da pele. Totalizando 11.270 fichas de tumores preenchidas.

A Tabela 1 mostra os dados dos casos admitidos no HEG nos últimos 15 anos e separados conforme diagnóstico e ano da matrícula.

Quando comparamos o número de casos atendidos no Erasto Gaertner no período de 1995 a 1999 (últimos 5 anos anteriores à análise aqui apresentada) ao período de 2000 a 2004 percebemos o aumento do volume da casos novos atendidos de 16.854 para 18.862. Houve aumento considerável de casos novos especialmente no ano de 2004 (4.335 anos) correspondendo ao aumento da demanda de casos atendidos na instituição.

Tabela 1 - Distribuição dos casos por tipo de diagnóstico, segundo o ano de matrícula na Instituição.

Instituição	Ano de Matrícula	Total de Admitidos no HEG	Prontuários com informação			Prontuário Sem Informação
			Tumor Maligno	Benignos	Outras Patologias	
HEG - PR	1990	3.877	2.573	868	365	71
	1991	3.995	2.701	559	588	147
	1992	3.491	2.449	378	610	54
	1993	3.929	2.708	314	790	117
	1994	4.436	2.905	647	726	158
	1995	4.320	3.017	941	293	69
	1996	4.839	3.283	953	538	65
	1997	4.806	3.325	934	489	58
	1998	5.321	3.501	1.405	334	81
	1999	5.622	3.728	1.387	421	86
Sub- Total	1990-1999	44.636 100 %	30.190 68 %	8.386 19 %	5.154 12 %	906 2 %
HEG - PR	2000	5.292	3.444	788	632	428
	2001	5.154	3.414	791	606	343
	2002	6.068	3.743	1.128	819	378
	2003	6.080	3.926	1.084	777	293
	2004	7.000	4.335	1.337	763	565
Sub- Total	2000-2004	29.594 100 %	18.862 64 %	5.128 17 %	3.597 12 %	2.007 7 %

A porcentagem de casos elegíveis para o RHC foi de 57% (10.837 casos) do total de 18.862 pacientes com tumores malignos admitidos no HEG entre 2000 e 2004, 4.849 (44,7%) do sexo masculino e 5.988 (55,3%) do sexo feminino. Destes pacientes 96,2% tinham tumor primário único e apenas 3,4% dos casos apresentavam mais de um tumor primário até o momento da análise (preenchimento da ficha de admissão). A maioria dos casos com mais de um tumor são portadores de câncer da pele. Foram portanto 11.270 fichas de tumores preenchidas (fichas de admissão).

Tabela 2 - Distribuição dos casos conforme elegibilidade no Registro Hospitalar de Câncer.

Instituição	Ano de Matrícula	Total de Admitidos no HEG	Prontuários com Tumores Malignos			Total de Fichas Tumor
			Total	Elegíveis	Não Elegíveis	
HEG - PR	1990	3.877	2.573	1.761	812	2.013
	1991	3.995	2.701	1.838	863	2.049
	1992	3.491	2.449	1.666	783	1.827
	1993	3.929	2.708	1.950	758	2.099
	1994	4.436	2.905	1.985	920	2.190
	1995	4.320	3.017	1.960	1.057	2.120
	1996	4.839	3.283	2.077	1.206	2.249
	1997	4.806	3.325	2.086	1.239	2.232
	1998	5.321	3.501	2.144	1.357	2.251
	1999	5.622	3.728	2.188	1.540	2.312
Sub- Total	1990-1999	44.636	30.190 100 %	19.655 65 %	10.535 35 %	21.342
HEG - PR	2000	5.292	3.444	2.092	1.352	2.248
	2001	5.154	3.414	2.071	1.343	2.131
	2002	6.068	3.743	2.242	1.501	2.339
	2003	6.080	3.926	2.230	1.696	2.305
	2004	7.000	4.335	2.202	2.133	2.247
Sub- Total	2000-2004	29.594	18.862 100 %	10.837 57 %	8.025 43 %	11.270

PROCEDÊNCIA

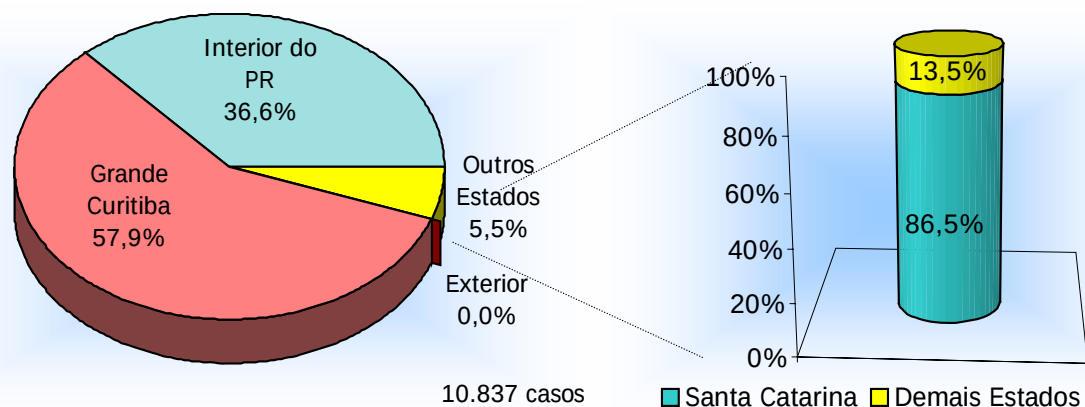
A grande maioria dos casos atendidos no HEG, 94,5% (10.245 casos), foram procedentes do Estado do Paraná, sendo mais da metade (61,3%) da Grande Curitiba e os demais (38,7%) do interior do Estado. 5,5% (592 casos) dos pacientes vieram de outros Estados, principalmente de Santa Catarina em 86,5% (512 casos). A minoria foi procedente de São Paulo (25), Mato Grosso (16), Rondônia (15) e outros Estados (24). Apenas 3 pacientes vieram de outros países.

A Tabela 3 e os gráficos 1 e 2 mostram a distribuição dos casos segundo a procedência.

Tabela 3 - Distribuição dos casos segundo procedência

Regiões	Freq.	%	Freq.	%
<i>Paraná</i>		100,0%	10.245	94,5%
Grande Curitiba	6.278	61,3%		57,9%
Interior do PR	3.967	38,7%		36,6%
<i>Outros Estados</i>		100,0%	592	5,5%
Santa Catarina	512	86,5%		4,7%
São Paulo	25	4,2%		0,2%
Mato Grosso	16	2,7%		0,1%
Rondonia	15	2,5%		0,1%
Demais Estados	24	4,1%		0,2%
<i>Exterior</i>			3	0,0%
Total			10.837	100,0%

Gráficos 1 e 2 - Distribuição percentual segundo procedência



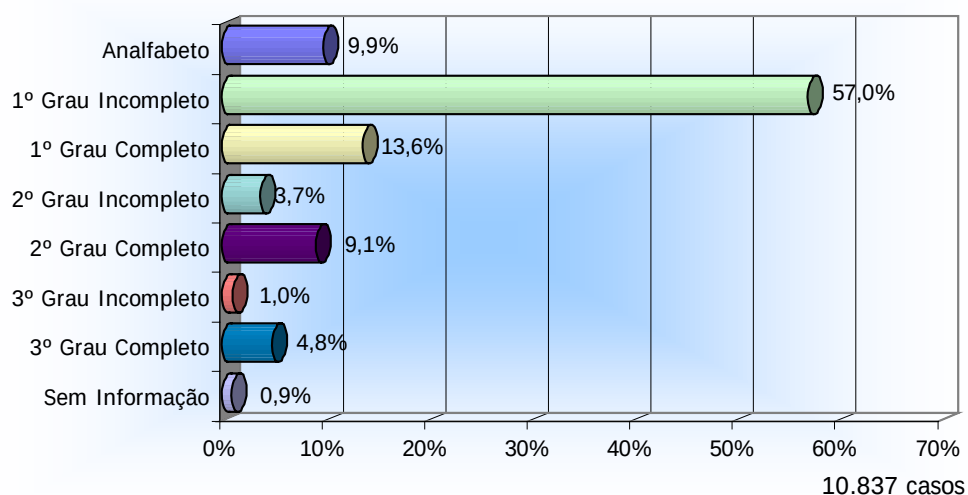
GRAU DE INSTRUÇÃO

Quanto ao grau de instrução, observa-se a predominância de pacientes com primeiro grau incompleto (57%) e completo (13,6%). (Tabela 4 e gráfico 3)

Tabela 4 - Distribuição dos casos segundo grau de instrução.

Grau de Instrução	Freq.	%
Analfabeto	1.069	9,9%
1º Grau Incompleto	6.179	57,0%
1º Grau Completo	1.479	13,6%
2º Grau Incompleto	400	3,7%
2º Grau Completo	984	9,1%
3º Grau Incompleto	108	1,0%
3º Grau Completo	525	4,8%
Sem Informação	93	0,9%
Total	10.837	100,0%

Gráfico 3 - Distribuição percentual segundo grau de instrução



ETNIA

A grande maioria dos casos de câncer atendidos no Hospital Erasto Gaertner foram pacientes de cor branca (92,6%) e em 2º lugar o mulato (6,1%). (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição dos casos segundo cor da pele.

Cor da Pele	Freq.	%
Amarela	12	0,1%
Branca	10.037	92,6%
Mulata	663	6,1%
Preta	112	1,0%
Indio	8	0,1%
Sem Informação	5	0,0%
Total	10.837	100,0%

FAIXA ETÁRIA E SEXO

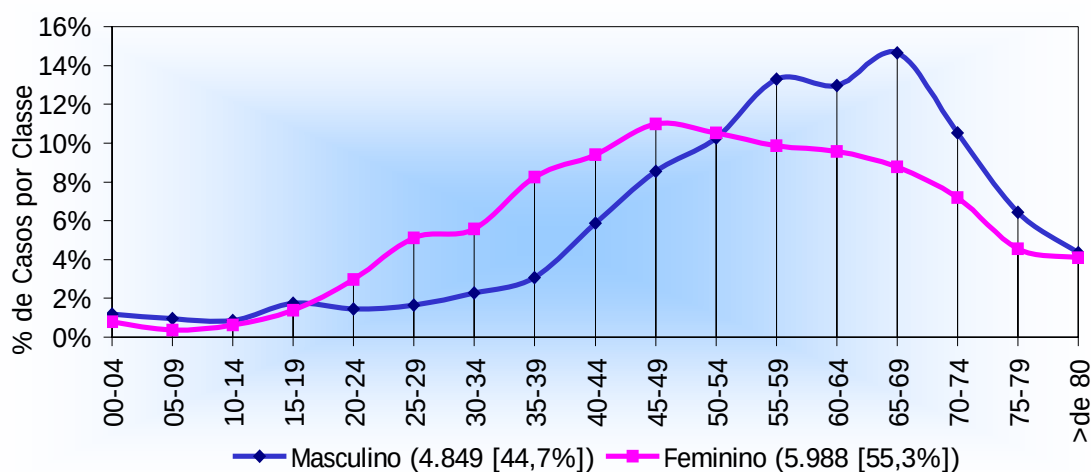
No sexo feminino a idade média foi de 51,2 anos com desvio de 17,2 tendo sido observado um aumento progressivo no número de casos a partir dos 25 anos, pico de incidência entre a quarta e quinta décadas de vida e diminuição da incidência após os 50 anos. No sexo masculino a idade média foi de 56,4 anos com desvio de 16,9, aumento da incidência a partir dos 30 anos, mais tardiamente em comparação às mulheres, pico de incidência por volta da sexta década e queda a partir dos 70 anos. A distribuição percentual segundo faixa etária e sexo está demonstrado no gráfico 4.

Apenas 167 (1,5%) dos pacientes admitidos no HEG de 2000 a 2004 tinham menos de 20 anos de idade, casos estes que serão analisados em separado no grupo de pacientes pediátricos.

Tabela 6 - Distribuição dos casos segundo faixa etária e sexo

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
00 - 04	57	1,2%	47	0,8%	104	1,0%
05 - 09	46	0,9%	22	0,4%	68	0,6%
10 - 14	41	0,8%	38	0,6%	79	0,7%
15 - 19	84	1,7%	83	1,4%	167	1,5%
20 - 24	71	1,5%	177	3,0%	248	2,3%
25 - 29	80	1,6%	306	5,1%	386	3,6%
30 - 34	110	2,3%	334	5,6%	444	4,1%
35 - 39	149	3,1%	494	8,2%	643	5,9%
40 - 44	285	5,9%	563	9,4%	848	7,8%
45 - 49	414	8,5%	658	11,0%	1.072	9,9%
50 - 54	497	10,2%	631	10,5%	1.128	10,4%
55 - 59	644	13,3%	591	9,9%	1.235	11,4%
60 - 64	628	13,0%	572	9,6%	1.200	11,1%
65 - 69	710	14,6%	525	8,8%	1.235	11,4%
70 - 74	510	10,5%	431	7,2%	941	8,7%
75 - 79	312	6,4%	272	4,5%	584	5,4%
> de 80	211	4,4%	244	4,1%	455	4,2%
Total	4.849	100 %	5.988	100 %	10.837	100 %

Gráfico 4 - Distribuição percentual segundo faixa etária e sexo



TOPOGRAFIA E SEXO

Nos tumores da cabeça e pescoço, cujo principal fator de risco é o tabaco e o álcool, incluindo os tumores da boca, faringe e laringe a proporção da incidência entre sexo masculino e feminino foi de aproximadamente 1:5. No câncer do pulmão a relação homem/mulher foi de 1:2

Tabela 7 - Distribuição dos casos segundo localização topográfica e sexo

Localização Topográfica (CID-O)	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
C00-Lábio	125	2,5%	26	0,4%	151	1,3%
C02-Outras partes da língua	69	1,4%	10	0,2%	79	0,7%
C03-Gengiva	6	0,1%	2	0,0%	8	0,1%
C04-Assoalho da boca	70	1,4%	17	0,3%	87	0,8%
C05-Pálato duro (C05.0)	14	0,3%	12	0,2%	26	0,2%
C06-Outras partes da boca	56	1,1%	7	0,1%	63	0,6%
Total Tumores de Cavidade Bucal	340	6,7%	74	1,2%	414	3,7%
C01-Base da língua	78	1,5%	7	0,1%	85	0,8%
C05-Pálato mole e outras	31	0,6%	4	0,1%	35	0,3%
C09-Tonsila	36	0,7%	10	0,2%	46	0,4%
C10-Orofaringe	117	2,3%	17	0,3%	134	1,2%
Total Tumores de Orofaringe	262	5,1%	38	0,6%	300	2,7%
C18-Cólon	99	1,9%	84	1,4%	183	1,6%
C19-Junção retossigmoidiana	19	0,4%	24	0,4%	43	0,4%
C20-Reto	130	2,6%	115	1,9%	245	2,2%
Total Tumores de Cólon-Reto	248	4,9%	223	3,6%	471	4,2%
C07-Glândula parótida	14	0,3%	10	0,2%	24	0,2%
C08-Outras glândulas salivares maiores	8	0,2%	9	0,1%	17	0,2%
C11-Nasofaringe	30	0,6%	9	0,1%	39	0,3%
C12-Seio piriforme	24	0,5%	2	0,0%	26	0,2%
C13-Hipofaringe	34	0,7%	4	0,1%	38	0,3%
C14-Outras loc.cav. oral e Faringe	11	0,2%	1	0,0%	12	0,1%
C15-Esôfago	332	6,5%	124	2,0%	456	4,1%
C16-Estômago	302	5,9%	127	2,1%	429	3,8%
C17-Intestino delgado	5	0,1%	4	0,1%	9	0,1%
C21-Ânus e canal anal	16	0,3%	25	0,4%	41	0,4%
C22-Fígado e vias biliares intra-hepáticas	8	0,2%	4	0,1%	12	0,1%
C23-Vesícula biliar	3	0,1%	13	0,2%	16	0,1%
C24-Outras partes das vias biliares	7	0,1%	12	0,2%	19	0,2%
C25-Pâncreas	22	0,4%	28	0,5%	50	0,4%
C30-Cavidade nasal e ouvido médio	8	0,2%	5	0,1%	13	0,1%
C31-Seios da face	21	0,4%	12	0,2%	33	0,3%
C32-Laringe	238	4,7%	50	0,8%	288	2,6%
C33-Traquéia	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
C34-Brônquios e Pulmões	271	5,3%	138	2,2%	409	3,6%
C38-Coração, Mediastino e Pleura	6	0,1%	4	0,1%	10	0,1%
C40-Ossos, artic. e cart. dos membros	35	0,7%	20	0,3%	55	0,5%
C41-Neoplasma maligno dos ossos	11	0,2%	12	0,2%	23	0,2%
C42-Sist.hematopoético e Reticuloendotelial	133	2,6%	73	1,2%	206	1,8%
C44-Pele	1.231	24,2%	1.097	17,8%	2.328	20,7%
C47-Nervos Periféricos e do SNA	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
C48-Retroperitônio e Peritônio	17	0,3%	24	0,4%	41	0,4%
C49-Tec.conj.subcut. e Outros tec.moles	78	1,5%	57	0,9%	135	1,2%
C50-Mama	14	0,3%	1.385	22,4%	1.399	12,4%
C51-Vulva	0	0,0%	63	1,0%	63	0,6%
C52-Vagina	0	0,0%	8	0,1%	8	0,1%
C53-Colo de útero	0	0,0%	1.783	28,9%	1.783	15,8%
C54-Corpo do útero	0	0,0%	135	2,2%	135	1,2%

Localização Topográfica (CID-O)	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
C55-Útero, SOE	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
C56-Ovário	0	0,0%	140	2,3%	140	1,2%
C57-Outros órgãos genitais femininos	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
C58-Placenta	0	0,0%	7	0,1%	7	0,1%
C60-Pênis	38	0,7%	0	0,0%	38	0,3%
C61-Próstata	613	12,0%	0	0,0%	613	5,4%
C62-Testículo	101	2,0%	0	0,0%	101	0,9%
C63-Outros órgãos genitais masculinos	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
C64-Rim	57	1,1%	48	0,8%	105	0,9%
C66-Ureter	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
C67-Bexiga	119	2,3%	49	0,8%	168	1,5%
C69-Olho e anexos	20	0,4%	25	0,4%	45	0,4%
C71-Encéfalo	73	1,4%	44	0,7%	117	1,0%
C72-Medula espinhal, Nervos cranianos e out.	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
C73-Glândula tireóide	17	0,3%	63	1,0%	80	0,7%
C74-Glândula supra-renal	15	0,3%	14	0,2%	29	0,3%
C76-Localizações mal definidas	0	0,0%	3	0,0%	3	0,0%
C77-Linfonodos	178	3,5%	115	1,9%	293	2,6%
C80-Localização primária desconhecida	131	2,6%	87	1,4%	218	1,9%
Total	5.097	100 %	6.173	100 %	11.270	100 %

Observação:

Nos últimos relatórios, assim como relatórios de outras instituições, a sub-região palato (C05) foi agrupada como boca sem distinção do palato duro (C05.0) e mole (C05.1), bem como a base da língua (C01). A partir desta publicação decidimos por adotar a divisão de boca e orofaringe conforme o conhecimento anatômico. Os tumores de boca foram agrupados segundo os sub-sítios anatômicos, consideramos as sub-regiões do lábio (C00), língua (C02), gengiva (C03), assoalho da boca (C04), palato duro (C05.0) e outras partes (C06) que inclui a mucosa jugal, áreas retromolares e vestibulo bucal. Os tumores da orofaringe foram separados segundo as sub-regiões da amígdala (C09), base da língua (C01), palato mole e úvula (C05.1 a C05.9) e orofaringe em geral (C10).

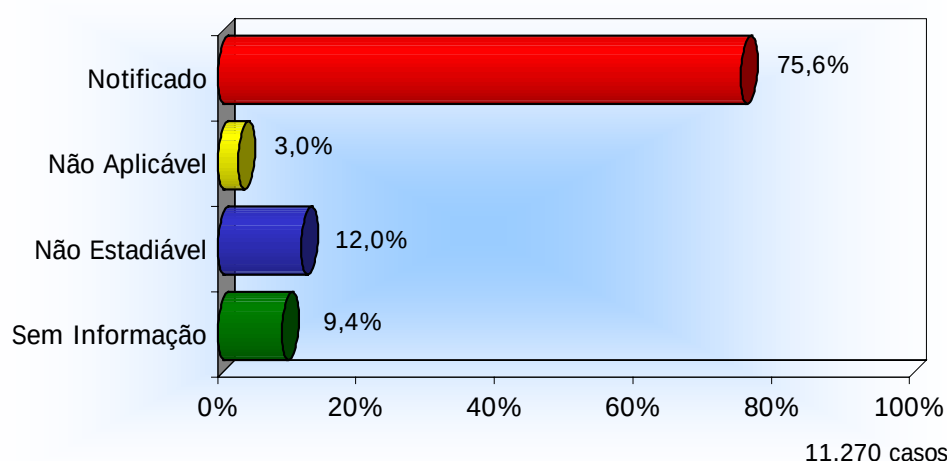
ESTADIAMENTO CLINICO

Em 8.516 casos (75,6%) o estadiamento foi aplicado e devidamente notificado no prontuário. Em 12% os casos foram considerados não estadiáveis principalmente devido a tratamentos prévios à admissão e em 9,5% não havia informações quanto ao estadiamento no prontuário médico. Ainda em 2,9% dos casos não havia sistema de estadiamento aplicável (Tabela 8 e gráfico 5).

Tabela 8 - Distribuição dos casos segundo estadiamento clínico

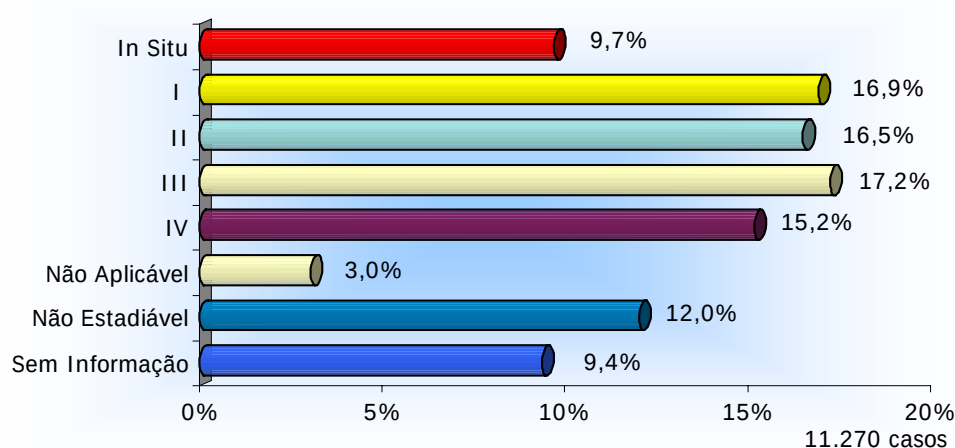
Estadiamento Clínico	Freq.	%
1 Notificado	8.516	75,6%
2 Não Aplicável	329	2,9%
3 Não Estadiável	1.355	12,0%
4 Sem Informação	1.070	9,5%
Total	11.270	100,0%

Gráfico 5 - Distribuição percentual segundo notificação do estadiamento clínico



Dos 11.270 tumores admitidos pelo RHC no período, a distribuição segundo o estadiamento clínico foi: 1.093 casos (9,7%) tumores in situ, 1.908 casos (16,9%) Estadio I, 1.861 casos (16,5%) Estadio II, 1.944 casos (17,2%) Estadio III e 1.710 casos (15,2%) Estadio IV, conforme o gráfico abaixo.

Gráficos 6 - Distribuição percentual segundo estadiamento clínico



EXTENSÃO DA DOENÇA E DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRÉVIO

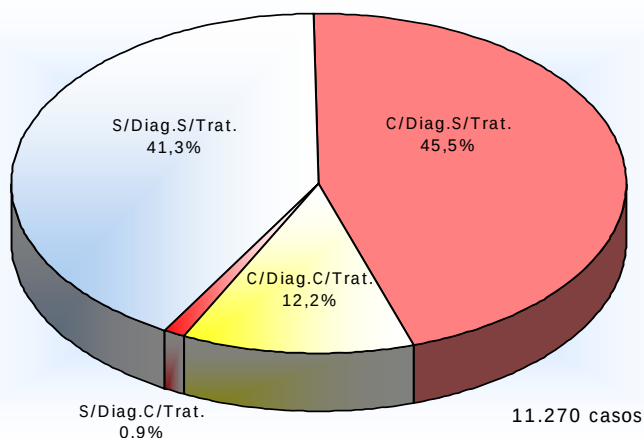
A maioria dos pacientes chegaram ao Erasto Gaertner com diagnóstico e sem tratamento (45,5%) ou sem diagnóstico e sem tratamento (41,3%). Os pacientes que já haviam recebido algum tipo de tratamento prévio constituíram 13,1% dos casos (tabela 9 e gráficos 7, 8 e 9).

Observamos que na doença metastática a maioria dos pacientes já tinha diagnóstico ou algum tratamento prévio. Observamos uma incidência de metástases à distância em 33,6% dos casos em que já havia sido instituído alguma forma de tratamento prévio à admissão (o risco de metástases é maior na recidiva do tumor). (gráfico 8 e 9). Nos pacientes admitidos sem diagnóstico e sem tratamento a maioria (42,2%) apresentava doença localizada e 11,4% doença metastática.

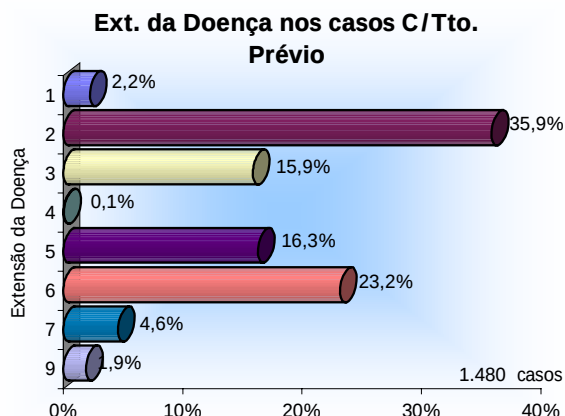
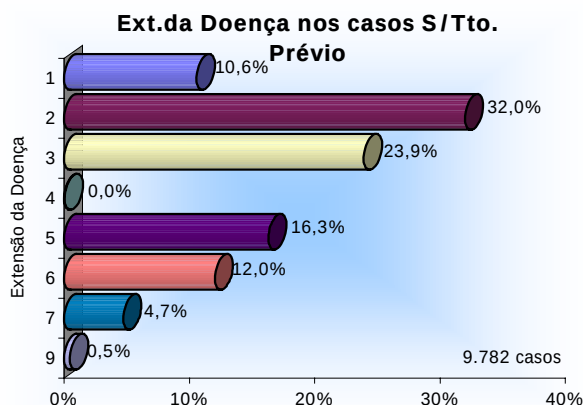
Tabela 9 - Distribuição dos casos segundo diagnostico e tratamento prévio e avaliação da doença

Avaliação da Extensão da Doença	Diagnóstico e Tratamento(s) Prévio(s)									
	S/Diagnóstico S/Tratamento		C/Diagnóstico S/Tratamento		C/Diagnóstico C/Tratamento		S/Diagnóstico C/Tratamento		Sem Informação	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1 In Situ	163	3,5%	872	17,0%	33	2,4%	0	0,0%	0	0,0%
2 Localizado	1.964	42,2%	1.165	22,7%	493	35,9%	38	35,5%	0	0,0%
3 Extensão Direta	936	20,1%	1.404	27,4%	222	16,2%	13	12,1%	2	25,0%
4 Envolvimento de Linfonodos Reg.	2	0,0%	1	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
5 Ext.Direta c/Env.Linfonodos Reg.	835	18,0%	759	14,8%	228	16,6%	13	12,1%	1	12,5%
6 Metástase	528	11,4%	648	12,6%	307	22,4%	36	33,6%	4	50,0%
7 Não Aplicável	214	4,6%	246	4,8%	65	4,7%	3	2,8%	1	12,5%
9 Sem Informação	9	0,2%	36	0,7%	24	1,7%	4	3,7%	0	0,0%
Total	4.651	100,0%	5.131	100,0%	1.373	100,0%	107	100,0%	8	100,0%

Gráfico 7 - Distribuição percentual segundo diagnostico e tratamento prévio

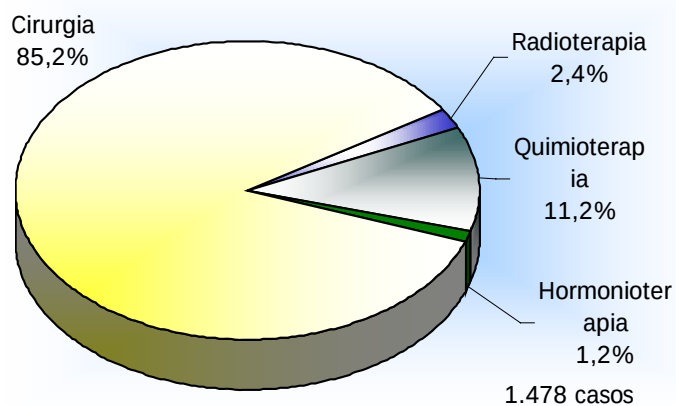


Gráficos 8 e 9- Distribuição percentual segundo extensão da doença quanto ao tratamento prévio



Dos 11.270 tumores admitidos, 9.782 casos (86,8%) não realizaram nenhum tratamento prévio e 1.480 casos (13,1%) já haviam sido tratados previamente à admissão. A principal forma de tratamento prévio foi a cirurgia em 1.259 casos (85,2%), e outras formas de tratamento (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia) em 219 casos (14,8%).

Gráfico 10 - Distribuição percentual segundo tipo de tratamento prévio

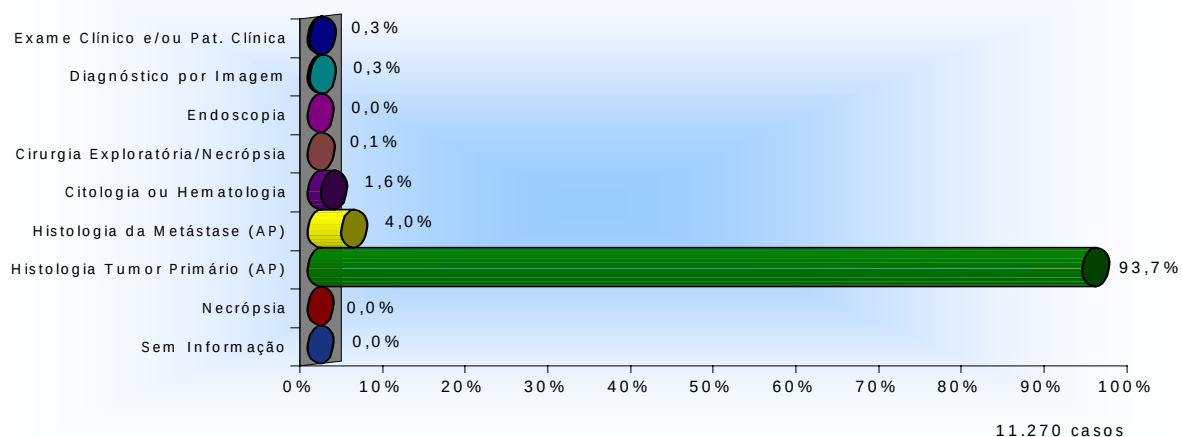


BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO

A base mais importante para o diagnóstico foi a histologia do tumor primário em 93,7% dos casos e a histologia da metástase em 2º lugar, em 4% dos casos.

Tabela 10 - Distribuição dos casos segundo bases de diagnósticos

Base mais importante p/o Diagnóstico	Freq.	%
1 Exame Clínico e/ou Pat. Clínica	29	0,3%
2 Diagnóstico por Imagem	30	0,3%
3 Endoscopia	2	0,0%
4 Cirurgia Exploratória/Necrópsia	6	0,1%
5 Citologia ou Hematologia	185	1,6%
6 Histologia da Metástase (AP)	452	4,0%
7 Histologia Tumor Primário (AP)	10.560	93,7%
8 Necrópsia	2	0,0%
9 Sem Informação	4	0,0%
Total	11.270	100,0%

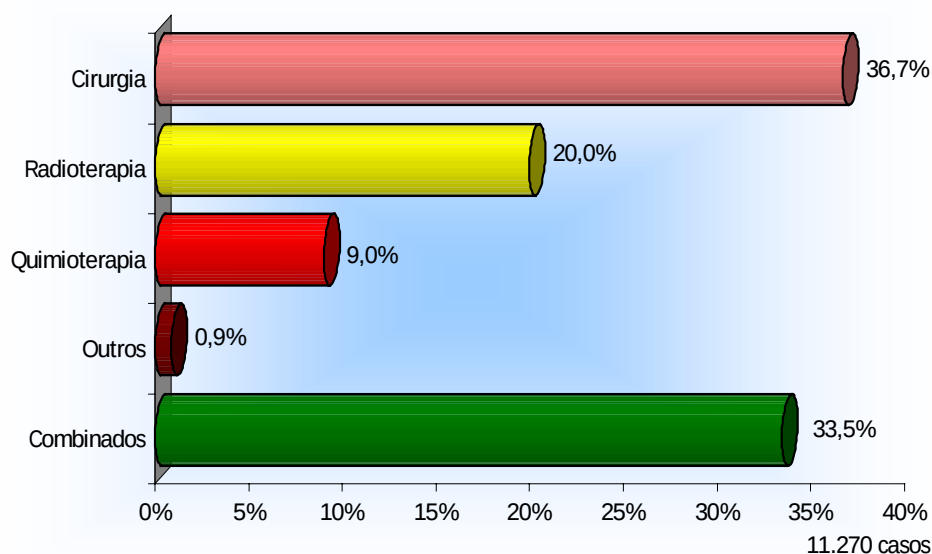
Gráfico 11 - Distribuição percentual segundo a base de diagnósticos

TRATAMENTO REALIZADO NA INSTITUIÇÃO

O tratamento realizado na instituição inclui cirurgia exclusiva em 36,7% dos casos (4.137), radioterapia exclusiva em 20% (2.249 casos), quimioterapia exclusiva em 9,0% (1.015 casos), hormonioterapia exclusiva em 0,6% (63 casos) e formas consignadas de tratamento em 33,5% dos casos (3.771).

Tabela 11 - Distribuição dos casos segundo tratamentos realizados na Instituição

Tratamento Realizado na Instituição	Freq.	%
Nenhum	0	0,0%
Cirurgia	4.137	36,7%
Radioterapia	2.249	20,0%
Quimioterapia	1.015	9,0%
Hormonioterapia	63	0,6%
TMO	0	0,0%
Imunoterapia	4	0,0%
Outros	31	0,3%
Combinados	3.771	33,5%
Sem Informação	0	0,0%
Total	11.270	100,0 %

Gráfico 12 - Distribuição percentual segundo tratamentos realizados na Instituição

TUMORES MAIS FREQUENTES

Do total de 11.270 casos admitidos no RHC do HEG de 2000 a 2004 as topografias mais frequentes totalizaram 77,3% e foram pele, colo do útero, mama, próstata, colón e reto, esôfago, estômago, boca, pulmões e orofaringe.

Tabela 12 - Distribuição dos casos segundo a localização topográfica

Localização Topográfica (CID-O)		Freq.	%
C44	Pele	2.328	20,7 %
C53	Cólo do Útero	1.783	15,8 %
C50	Mama	1.399	12,4 %
C61	Próstata	613	5,4 %
C18-C20	Colon e Reto	471	4,2 %
C15	Esôfago	456	4,0 %
C16	Estômago	429	3,8 %
C00/C02-C06	Cavidade Bucal**	414	3,7 %
C34	Pulmões	409	3,6 %
C01/C05.1 /C09/C10	Tumores da Orofaringe*	300	2,7 %
	Outras	2.668	23,7 %
Total		11.270	100 %

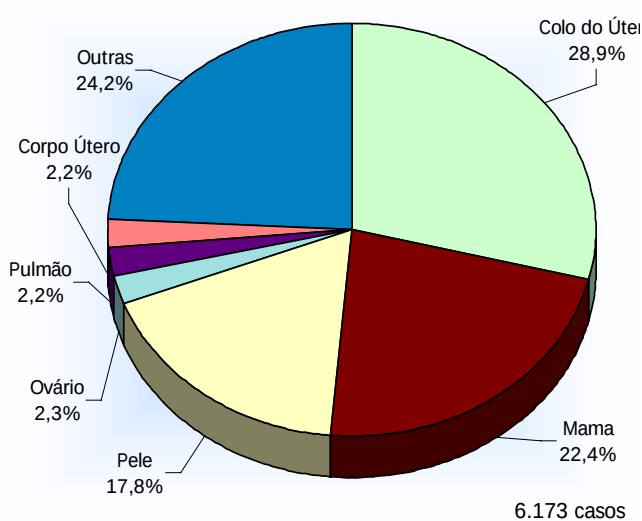
Observações:

No homem o câncer de Pele (24,2%), de Próstata (12,0%), Cavidade Bucal (6,7%), Esôfago (6,5%), Estômago (5,9%) e Pulmão (4,7%) representaram 62,1% do total de tumores cadastrados.

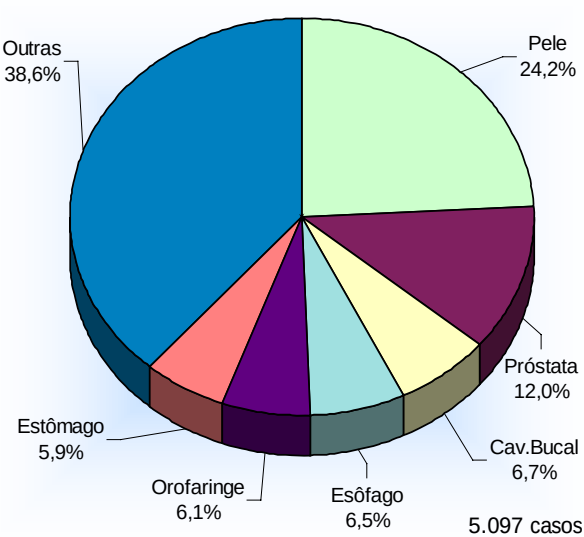
Na mulher o câncer do Colo do Útero (28,9%), de Mama (22,4%) e de Pele (17,8%) representaram 69,1% do total dos casos.

Gráficos 13 e 14 - Distribuição percentual segundo localização topográfica por sexo

Sexo Feminino



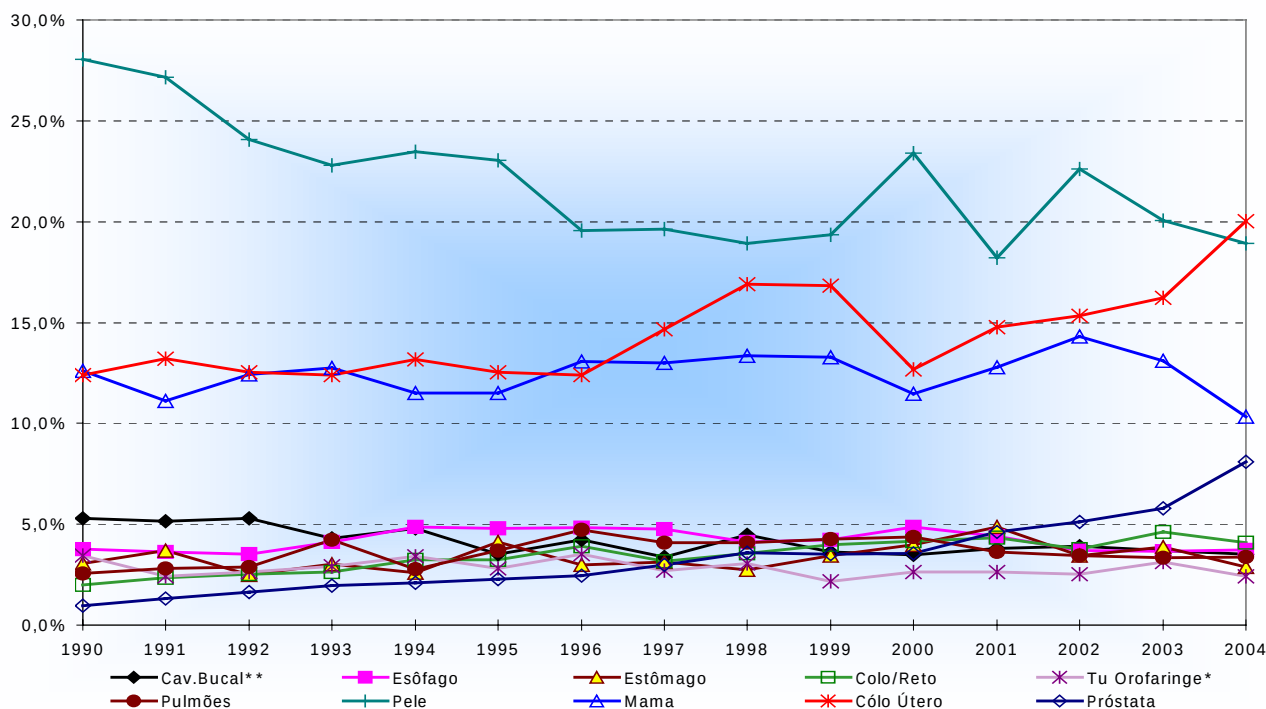
Sexo Masculino



As topografias com maior frequência no RHC do HEG entre 2000 a 2004 (Pele, Colo do Útero, Mama, Próstata, Cólon e Reto, Esôfago, Estômago, Cavidade Bucal, Pulmões e Tumores da Orofaringe)

representam 76,3% do total de casos admitidos, por este motivo são apresentadas no gráfico abaixo, mostrando a evolução das mesmas pela série histórica nestes 15 anos de RHC/HEG.

Gráfico 15 - Distribuição percentual segundo topografias mais freqüentes



Os tumores de **Pele** vinham se mantendo como a neoplasia mais freqüente nas admitidas pelo RHC do HEG nestes anos, sendo sempre responsável por mais de 20% do total de admissões. Porém nota-se um declínio na curva de freqüência de casos comparando-se 1990 com 1999 e um aumento na freqüência dos casos no ano de 2002 e em 2004 a freqüência deste tumor ficou em segundo lugar logo após **Colo do Útero**, que por sua vez apresentou um enorme volume de casos neste último ano.

Os tumores de **Mama** têm se mantido como a terceira neoplasia mais freqüente entre as admitidas pelo RHC nestes anos. Observa-se na curva de freqüência que existe um aspecto de transição, sendo que em alguns anos as neoplasias de mama são mais freqüentes que as de colo de útero, porém nos anos de 1997 a 2004, os casos de colo de útero sobressaíram aos casos de mama e em 2004 o volume de casos reduziu significativamente.

Os casos de **Próstata** tem tido um crescimento linear desde 1990 até 2003, porém em 2004 os números mostram uma grande alteração na freqüência dos mesmos, sendo a quarta neoplasia mais freqüente.

Os tumores de **Esôfago** e **Pulmão** parecem mostrar uma curva ascendente na freqüência dos casos desde 1990, e os casos de **Estômago** e **Cólon e Reto** mostram um padrão irregular de freqüência, com picos e quedas na porcentagem do total de casos admitidos.

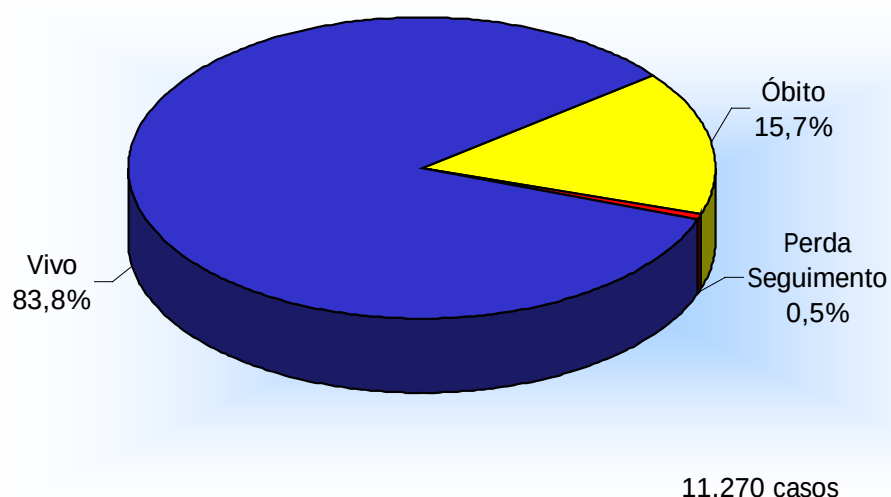
A **Cavidade Bucal** nos relatórios anteriores esteve entre os cinco tumores mais freqüentes pois incluía os sub-sítios anatômicos da base da língua (C01) e palato mole (C05.1). A partir desta publicação, agrupando os tumores da boca segundo os sub-sítios anatômicos do lábio (C00), língua (C02), gengiva (C03), soalho da boca (C04), palato duro (C05.0) e outras partes (C06) que inclui a mucosa jugal, áreas retromolares e vestíbulo bucal, a cavidade bucal representou a 8ª neoplasia mais freqüente, o que coincide com os dados publicados pelo INCA.

Os **tumores da orofaringe** foram separados, a partir deste relatório, segundo as sub-regiões da amígdala (C09), base da língua (C01), palato mole e úvula (C05.1 a C05.9) e orofaringe em geral (C10), representando a 10ª neoplasia mais freqüente no Erasto Gaertner, no período de 2000 a 2004.

Estas topografias serão analisadas uma a uma em um item específico deste relatório.

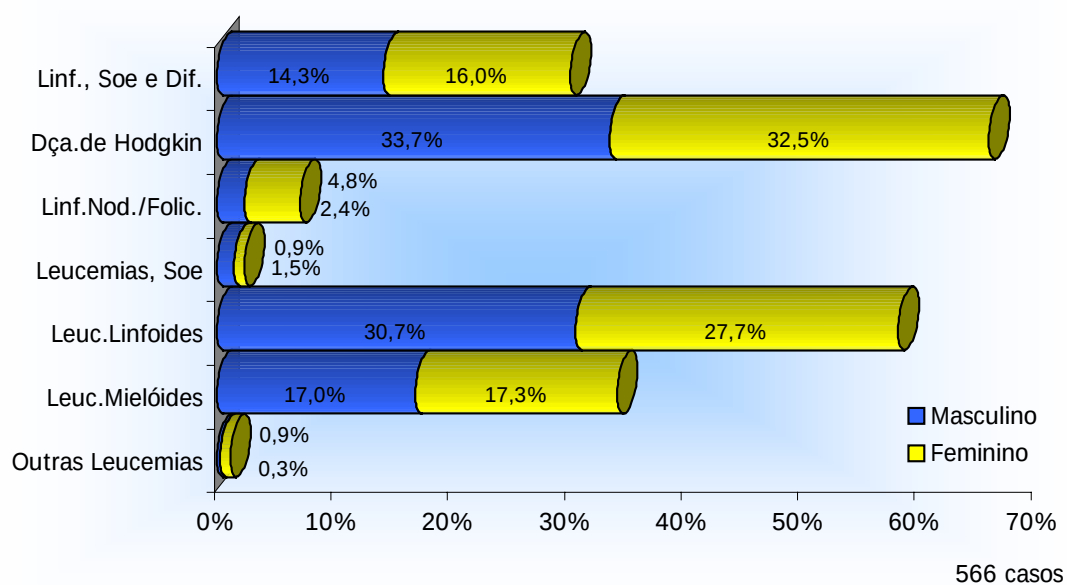
ESTADO DO PACIENTE APÓS O 1º TRATAMENTO**Tabela 13 - Distribuição dos casos segundo o estado do paciente após a 1ª fase do tratamento**

Estado do Paciente após a 1ª Fase do Tratamento	Freq.	%
1 Sem Evidência da Doença (Remissão)	4.104	36,4%
2 Remissão Parcial	216	1,9%
3 Doença Estável	4.685	41,6%
4 Doença em Progressão	412	3,7%
5 Fora de Possibilidade Terapêutica	30	0,3%
6 Óbito	1.767	15,7%
7 Não Se Aplica (Perda de Seguimento)	32	0,3%
9 Sem Informação	24	0,2%
Total	11.270	100,0%

Gráfico 16 - Distribuição percentual segundo o estado do paciente após a 1ª fase do tratamento

LINFOMAS E LEUCEMIA POR SEXO**Tabela 14 - Distribuição dos casos segundo morfologia por sexo**

Morfologia (CID-O)	Masculino		Feminino		Total	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
Linfoma, Soe e Difuso (959-963)	48	14,3%	37	16,0%	85	15,0%
Doença de Hodgkin (965-966)	113	33,7%	75	32,5%	188	33,2%
Linfomas Nod. ou Foliculares (969)	8	2,4%	11	4,8%	19	3,4%
Linfoma Burkitt (975)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Leucemias, Soe (980)	5	1,5%	2	0,9%	7	1,2%
Leucemias Linfoides (982)	103	30,7%	64	27,7%	167	29,5%
Leucemias Mielóides (986)	57	17,0%	40	17,3%	97	17,1%
Outros Tipos de Leucemia (989 e 993)	1	0,3%	2	0,9%	3	0,5%
Total	335	100,0%	231	100,0%	566	100,0%

Gráfico 17 - Distribuição percentual segundo morfologia por sexo

MORFOLOGIAS POR TOPOGRAFIA E SEXO**Tabela 15 - Distribuição dos casos segundo topografia e morfologia por sexo**

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
C00 Lábio				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	0,7%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	125	25	150	99,3%
<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>26</i>	<i>151</i>	<i>100%</i>
C01 Base da Língua				
80103 Carcinoma, SOE	2	0	2	2,4%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	74	7	81	95,3%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico, SOE	1	0	1	1,2%
89003 Rabdomiossarcoma, SOE	1	0	1	1,2%
<i>Total</i>	<i>78</i>	<i>7</i>	<i>85</i>	<i>100%</i>
C02 Outras Partes da Língua				
80003 Neoplasma Maligno	1	0	1	1,3%
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	1,3%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	67	10	77	97,5%
<i>Total</i>	<i>69</i>	<i>10</i>	<i>79</i>	<i>100%</i>
C03 Gengiva				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	5	2	7	87,5%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	1	0	1	12,5%
<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>100%</i>
C04 Assoalho da Boca				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	69	17	86	98,9%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	1	0	1	1,1%
<i>Total</i>	<i>70</i>	<i>17</i>	<i>87</i>	<i>100%</i>
C05 Pálato				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	41	13	54	88,5%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	1	3	4	6,6%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	1	0	1	1,6%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	1	0	1	1,6%
96803 Linfoma Maligno de Células Grandes Difuso, SOE	1	0	1	1,6%
<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>16</i>	<i>61</i>	<i>100%</i>
C06 Outras Partes da Boca				
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	2	0	2	3,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	52	5	57	90,5%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	1	0	1	1,6%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	0	1	1	1,6%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	0	1	1	1,6%
96803 Linfoma maligno de células grandes difuso, SOE	1	0	1	1,6%
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>7</i>	<i>63</i>	<i>100%</i>
C07 Glândula Parótida				
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	4,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	4	3	7	29,2%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	3	4	16,7%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	1	0	1	4,2%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	1	0	1	4,2%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	2	0	2	8,3%
85003 Carcinoma Ductal Infiltrante	0	1	1	4,2%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	2	3	5	20,8%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
85623 Carcinoma Epitelial-Mioepitelial	1	0	1	4,2%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	1	0	1	4,2%
<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>10</i>	<i>24</i>	<i>100%</i>
C08 Outras Glândulas Salivares Maiores				
80103 Carcinoma, SOE	0	1	1	5,9%
80113 Epitelioma Maligno	0	1	1	5,9%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	3	0	3	17,6%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	2	3	17,6%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	2	3	5	29,4%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	0	2	2	11,8%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	1	0	1	5,9%
96903 Linfoma Maligno Folicular, SOE	1	0	1	5,9%
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>17</i>	<i>100%</i>
C09 Tonsila				
80103 Carcinoma, SOE	0	1	1	2,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	32	9	41	89,1%
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, Não Ceratinizado	1	0	1	2,2%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	1	0	1	2,2%
88103 Fibrossarcoma, SOE	1	0	1	2,2%
90403 Sarcoma Sinovial, SOE	1	0	1	2,2%
<i>Total</i>	<i>36</i>	<i>10</i>	<i>46</i>	<i>100%</i>
C10 Orofaringe				
80003 Neoplasma Maligno	2	0	2	1,5%
80103 Carcinoma, SOE	3	0	3	2,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	108	14	122	91,0%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	2	0	2	1,5%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	0	1	1	0,7%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	1	0	1	0,7%
89203 Rabdomiossarcoma Alveolar	0	1	1	0,7%
96703 Linfoma Maligno de Linfócitos Pequenos, SOE	1	0	1	0,7%
96763 Linfoma Maligno Centrobástico Centrocítico Difuso	0	1	1	0,7%
<i>Total</i>	<i>117</i>	<i>17</i>	<i>134</i>	<i>100%</i>
C11 Nasofaringe				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	2,6%
80103 Carcinoma, SOE	7	0	7	17,9%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	3	0	3	7,7%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	11	2	13	33,3%
80823 Carcinoma Linfoepitelial	4	4	8	20,5%
81213 Carcinoma Schneideriano	1	0	1	2,6%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	1	0	1	2,6%
87203 Melanoma Maligno, SOE	1	0	1	2,6%
87303 Melanoma Amelanótico	0	1	1	2,6%
88103 Fibrossarcoma, SOE	1	0	1	2,6%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	1	0	1	2,6%
96863 Linfoma Maligno de Células Pequenas Não-Clivadas Difuso	0	1	1	2,6%
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>9</i>	<i>39</i>	<i>100%</i>
C12 Seio Periforme				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	22	2	24	92,3%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	1	0	1	3,8%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	1	0	1	3,8%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
<i>Total</i>	24	2	26	100%
C13 Hipofaringe				
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	2,6%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	33	4	37	97,4%
<i>Total</i>	34	4	38	100%
C14 Outras loc. lábio, Cav.Oral, Faringe				
80003 Neoplasma Maligno	1	0	1	8,3%
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	8,3%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	1	0	1	8,3%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	8	1	9	75,0%
<i>Total</i>	11	1	12	100%
C15 Esôfago				
80003 Neoplasma Maligno	1	1	2	0,4%
80103 Carcinoma, SOE	15	3	18	3,9%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	3	0	3	0,7%
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	1	0	1	0,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	298	116	414	90,6%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	2	2	4	0,9%
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, Não Ceratinizado	6	2	8	1,8%
81403 Adenocarcinoma, SOE	4	0	4	0,9%
82113 Adenocarcinoma Tubular	2	0	2	0,4%
<i>Total</i>	332	124	456	100%
C16 Estômago				
80003 Neoplasma Maligno	3	0	3	0,7%
80103 Carcinoma, SOE	0	2	2	0,5%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	1	0	1	0,2%
81403 Adenocarcinoma, SOE	114	44	158	36,9%
81453 Carcinoma, Tipo Difuso	2	0	2	0,5%
82113 Adenocarcinoma Tubular	104	29	133	31,1%
82463 Carcinoma Neuroendocrino	3	0	3	0,7%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	1	0	1	0,2%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	25	10	35	8,2%
84813 Adenocarcinoma Produtor de Mucina	1	0	1	0,2%
84903 Adenocarcinoma de Células em Anel de Sinete	46	37	83	19,2%
85103 Carcinoma Medular, SOE	1	0	1	0,2%
96703 Linfoma Maligno de Linfócitos Pequenos, SOE	0	1	1	0,2%
96723 Linfoma Maligno de Células Pequenas Clivadas Difuso	0	1	1	0,2%
96733 Linfoma maligno de Linfocítico Dif. Intermedia, Difuso	0	1	1	0,2%
96803 Linfoma Maligno de Células Grandes Difuso, SOE	0	1	1	0,2%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	1	1	2	0,5%
<i>Total</i>	302	127	429	100%
C17 Intestino Delgado				
80003 Neoplasma Maligno	0	2	2	22,2%
80043 Tumor Maligno de Células Fusiformes	1	0	1	11,1%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	0	1	11,1%
82113 Adenocarcinoma Tubular	1	0	1	11,1%
82463 Carcinoma Neuroendocrino	0	1	1	11,1%
87203 Melanoma Maligno, SOE	1	0	1	11,1%
88903 Leiomiiossarcoma, SOE	0	1	1	11,1%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
96853 Linfoma Maligno Linfoblástico	1	0	1	11,1%
<i>Total</i>	5	4	9	100%
C18 Cólon				
80003 Neoplasma Maligno	2	2	4	2,2%
80043 Tumor Maligno de Células Fusiformes	0	1	1	0,5%
81403 Adenocarcinoma, SOE	39	31	70	38,3%
82113 Adenocarcinoma Tubular	42	37	79	43,2%
82403 Tumor Carcinóide, SOE	1	0	1	0,5%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	2	0	2	1,1%
82623 Adenocarcinoma Viloso	1	2	3	1,6%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	11	10	21	11,5%
84813 Adenocarcinoma Produtor de Mucina	1	0	1	0,5%
89803 Carcinosarcoma, SOE	0	1	1	0,5%
<i>Total</i>	99	84	183	100%
C19 Junção Retossigmoidiana				
81403 Adenocarcinoma, SOE	4	12	16	37,2%
82113 Adenocarcinoma Tubular	14	11	25	58,1%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	1	2	4,7%
<i>Total</i>	19	24	43	100%
C20 Reto				
80003 Neoplasma Maligno	1	0	1	0,4%
80103 Carcinoma, SOE	1	2	3	1,2%
81403 Adenocarcinoma, SOE	62	40	102	41,6%
82113 Adenocarcinoma Tubular	56	61	117	47,8%
82623 Adenocarcinoma viloso	0	1	1	0,4%
82633 Adenocarcinoma em Adenoma Tubuloviloso	1	2	3	1,2%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	6	7	13	5,3%
84813 Adenocarcinoma Produtor de Mucina	0	1	1	0,4%
84903 Adenocarcinoma de Células em Anel de Sinete	3	1	4	1,6%
<i>Total</i>	130	115	245	100%
C21 Ânus e Canal Anal				
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	1	0	1	2,4%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	15	21	36	87,8%
81233 Carcinoma Basaloide	0	1	1	2,4%
81243 Carcinoma Cloacogenico	0	2	2	4,9%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	1	1	2,4%
<i>Total</i>	16	25	41	100%
C22 Fígado e Vias Biliares Intra-Hepáticas				
81603 Colangiocarcinoma	0	2	2	16,7%
81703 Carcinoma Hepatocelular, SOE	5	2	7	58,3%
89703 Hepatoblastoma	3	0	3	25,0%
<i>Total</i>	8	4	12	100%
C23 Vesícula Biliar				
81403 Adenocarcinoma, SOE	2	10	12	75,0%
82113 Adenocarcinoma Tubular	1	2	3	18,8%
82403 Tumor Carcinóide, SOE	0	1	1	6,3%
<i>Total</i>	3	13	16	100%
C24 Outras partes e partes não especific. das Vias Biliares				
81403 Adenocarcinoma, SOE	2	8	10	52,6%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
82113 Adenocarcinoma Tubular	5	2	7	36,8%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	0	1	1	5,3%
85003 Carcinoma Ductal Infiltrante	0	1	1	5,3%
<i>Total</i>	7	12	19	100%
C25 Pâncreas				
80003 Neoplasma Maligno	1	0	1	2,0%
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	2,0%
81403 Adenocarcinoma, SOE	16	25	41	82,0%
82113 Adenocarcinoma Tubular	1	2	3	6,0%
85003 Carcinoma Ductal Infiltrante	2	1	3	6,0%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	1	0	1	2,0%
<i>Total</i>	22	28	50	100%
C30 Cavidade Nasal e Ouvido Médio				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	5	3	8	61,5%
87203 Melanoma Maligno, SOE	1	1	2	15,4%
89003 Rabdomiossarcoma, SOE	1	0	1	7,7%
95223 Estesioneuroblastoma	1	1	2	15,4%
<i>Total</i>	8	5	13	100%
C31 Seios da Face				
80003 Neoplasma Maligno	1	1	2	6,1%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	15	10	25	75,8%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	1	1	3,0%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	2	0	2	6,1%
88513 Lipossarcoma, Tipo Bem Diferenciado	1	0	1	3,0%
94733 Tumor Neuroectodermico Primitivo	1	0	1	3,0%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	1	0	1	3,0%
<i>Total</i>	21	12	33	100%
C32 Laringe				
80003 Neoplasma Maligno	3	0	3	1,0%
80103 Carcinoma, SOE	2	0	2	0,7%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	229	48	277	96,2%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	2	1	3	1,0%
80763 Carcinoma de Células Escamosas, Micro-invasor	1	0	1	0,3%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	0	1	1	0,3%
97313 Plasmocitoma, SOE	1	0	1	0,3%
<i>Total</i>	238	50	288	100%
C33 Traquéia				
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	50,0%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	1	0	1	50,0%
<i>Total</i>	1	1	2	100%
C34 Brônquios e Pulmões				
80003 Neoplasma Maligno	11	8	19	4,6%
80103 Carcinoma, SOE	34	14	48	11,7%
80123 Carcinoma de Células Grandes, SOE	1	0	1	0,2%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	4	2	6	1,5%
80213 Carcinoma Anaplásico, SOE	5	3	8	2,0%
80413 Carcinoma de Células Pequenas, SOE	28	6	34	8,3%
80423 Carcinoma Avenocelular	13	5	18	4,4%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	88	48	136	33,3%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	4	1	5	1,2%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, não ceratinizado	1	0	1	0,2%
81403 Adenocarcinoma, SOE	70	45	115	28,1%
82403 Tumor Carcinoide SOE	1	1	2	0,5%
82503 Adenocarcinoma Bronquio-Alveolar	1	0	1	0,2%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	1	0	1	0,2%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	1	1	2	0,5%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	1	1	2	0,5%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	0	1	0,2%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	5	3	8	2,0%
88033 Sarcoma de Células Pequenas	1	0	1	0,2%
<i>Total</i>	<i>271</i>	<i>138</i>	<i>409</i>	<i>100%</i>
C38 Coração, Mediastino e Pleura				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	10,0%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	2	0	2	20,0%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	0	1	10,0%
88113 Fibromixossarcoma	0	1	1	10,0%
90503 Mesotelioma Maligno	1	0	1	10,0%
90703 Carcinoma Embrionário, SOE	1	0	1	10,0%
90803 Teratoma Maligno, SOE	0	1	1	10,0%
95403 Neurofibrossarcoma	1	0	1	10,0%
96533 Doença de Hodgkin, Depleção Linfocítica, SOE	0	1	1	10,0%
<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>10</i>	<i>100%</i>
C40 Ossos, Articulações, Cart. Articulares dos Membros				
88103 Fibrossarcoma, SOE	4	0	4	7,3%
88303 Histiocitoma Fibroso Maligno	0	1	1	1,8%
90403 Sarcoma Sinovial, SOE	1	1	2	3,6%
90433 Sarcoma Sinovial, Tipo Bifásico	0	1	1	1,8%
91803 Osteossarcoma, SOE	19	7	26	47,3%
91813 Osteossarcoma Condroblástico	3	3	6	10,9%
92203 Condrossarcoma, SOE	5	3	8	14,5%
92603 Sarcoma de Ewing	3	4	7	12,7%
<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>20</i>	<i>55</i>	<i>100%</i>
C41 Neoplasia Maligna Ossos, Cart. Art., Outras Loc.				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	4,5%
88003 Sarcoma, SOE	1	0	1	4,5%
88013 Sarcoma Fusocelular	0	1	1	4,5%
88043 Sarcoma de Células Epitelioides	0	1	1	4,5%
91803 Osteossarcoma, SOE	3	3	6	27,3%
92203 Condrossarcoma, SOE	5	2	7	31,8%
92603 Sarcoma de Ewing	2	4	6	26,1%
<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>23</i>	<i>100%</i>
C42 Sistema Hematopoético e Reticuloendotelial				
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	1	0	1	0,5%
97313 Plasmocitoma, SOE	2	1	3	1,4%
97323 Mieloma Múltiplo	27	18	45	21,7%
98003 Leucemia, SOE	2	0	2	1,0%
98013 Leucemia Aguda, SOE	0	1	1	0,5%
98203 Leucemia Linfóide, SOE	2	1	3	1,4%
98213 Leucemia Linfoblástica Aguda, SOE	50	28	78	37,7%
98233 Leucemia Linfocítica Crônica	8	6	14	6,8%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
98273 Leucemia de Células T, do Adulto	1	0	1	0,5%
98603 Leucemia Mielóide, SOE	1	0	1	0,5%
98613 Leucemia Mielomonocítica Aguda	23	14	37	17,9%
98633 Leucemia Mieloide Crônica	15	4	19	9,2%
99403 Reticuloendoteliose Leucêmica	1	0	1	0,5%
Total	134	73	207	100%
C44 Pele				
80003 Neoplasma Maligno	1	1	2	0,1%
80103 Carcinoma, SOE	1	3	4	0,2%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	0,0%
80513 Carcinoma Verrucoso, SOE	0	1	1	0,0%
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	4	4	8	0,3%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	279	205	484	20,8%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	2	0	2	0,1%
80753 Carcinoma de Células Escamosas Adenóide	0	4	4	0,2%
80812 Doença de Bowen	4	8	12	0,5%
80903 Carcinoma Basocelular, SOE	698	669	1.367	58,7%
80913 Carcinoma Basocelular Multicentrico	35	23	58	2,5%
80923 Carcinoma Basocelular, Tipo Morfeia	2	0	2	0,1%
80943 Carcinoma Baso-Escamocelular, Misto	6	2	8	0,3%
80953 Carcinoma Metatípico	8	6	14	0,6%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	4	0	4	0,2%
82473 Carcinoma de Células de Merkel	1	2	3	0,1%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	0	1	1	0,0%
83903 Carcinoma de Apendice Cutâneo	1	0	1	0,0%
84023 Poroma Ecrino	1	1	2	0,1%
85203 Carcinoma Lubular, SOE	1	0	1	0,0%
87202 Melanoma "In Situ"	2	7	9	0,4%
87203 Melanoma Maligno, SOE	106	104	210	9,0%
87213 Melanoma Nodular	52	34	86	3,7%
87303 Melanoma Amelanotico	1	5	6	0,3%
87412 Melanose Pré-Cancerosa, SOE	0	1	1	0,0%
87422 Efelide ou Lentigo Melanotico de Hutchinson	2	0	2	0,1%
87423 Melanoma Mal. em Lentigo Melanotica de Hutchinson	7	8	15	0,6%
87443 Melanoma Lentiginoso Maligno das Extremidades	5	1	6	0,3%
88323 Dermatofibrossarcoma, SOE	3	4	7	0,3%
91403 Sarcoma de Kaposi	3	1	4	0,2%
97003 Micose Fungoide	2	1	3	0,1%
Total	1.231	1.097	2.328	100%
C47 Nervos Periféricos e Sistema Nervoso Autônomo				
93603 Neurilemoma Maligno	1	0	1	100,0%
Total	1	0	1	100%
C48 Retroperitônio e Peritônio				
80003 Neoplasma Maligno	1	2	3	7,3%
80043 Tumor Maligno de Células Fusiformes	1	1	2	4,9%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	2,4%
88013 Sarcoma Fusocelular	1	1	2	4,9%
88103 Fibrossarcoma, SOE	1	1	2	4,9%
88303 Histiocitoma Fibroso Maligno	3	1	4	9,8%
88503 Lipossarcoma, SOE	1	0	1	2,4%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
88543 Lipossarcoma Pleomorfo	2	2	4	9,8%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	2	4	6	14,6%
88963 Leiomiossarcoma Mixoide	0	1	1	2,4%
89003 Rabdomiossarcoma, SOE	0	2	2	4,9%
90503 Mesotelioma Maligno	0	1	1	2,4%
90643 Germinoma	0	1	1	2,4%
94733 Tumor Neuroectodermico Primitivo	1	1	2	4,9%
94903 Ganglioneuroblastoma	1	1	2	4,9%
95003 Neuroblastoma, SOE	2	4	6	14,6%
96723 Linfoma Maligno de Células Pequenas Clivadas Difuso	1	0	1	2,4%
Total	17	24	41	100%
C49 Tecido Conjuntivo, Subcutâneo e Outros Tec.Moles				
80003 Neoplasma Maligno	7	3	10	7,5%
80043 Tumor Maligno de Células Fusiformes	2	0	2	1,5%
80413 Carcinoma de Células Pequenas, SOE	0	1	1	0,7%
88003 Sarcoma, SOE	4	4	8	6,0%
88013 Sarcoma Fusocelular	2	4	6	4,5%
88023 Sarcoma Gigantocelular	3	0	3	2,2%
88033 Sarcoma de Células Pequenas	0	1	1	0,7%
88043 Sarcoma de Células Epitelioides	1	0	1	0,7%
88103 Fibrossarcoma, SOE	9	10	19	14,2%
88113 Fibromixossarcoma	4	1	5	3,7%
88303 Histiocitoma Fibroso Maligno	8	2	10	7,5%
88403 Mixossarcoma	1	0	1	0,7%
88503 Lipossarcoma, SOE	7	1	8	6,0%
88513 Lipossarcoma, Tipo Bem Diferenciado	1	0	1	0,7%
88523 Lipossarcoma Mixoide	3	2	5	3,7%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	3	3	6	4,5%
88963 Leiomiossarcoma Mixoide	0	1	1	0,7%
89003 Rabdomiossarcoma, SOE	1	2	3	2,2%
89013 Rabdomiossarcoma Pleomorfo	2	4	6	4,5%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	5	3	8	6,0%
89203 Rabdomiossarcoma Alveolar	1	0	1	0,7%
90403 Sarcoma Sinovial, SOE	2	3	5	3,7%
90423 Sarcoma Sinovial, Tipo Epiteloide	0	1	1	0,7%
90433 Sarcoma Sinovial, Tipo Bifasico	1	2	3	2,2%
90443 sarcoma de celulas claras (exceto do rim M89643)	1	1	2	1,5%
91203 Hemangiossarcoma	2	1	3	2,2%
92403 Condrossarcoma Mesenquimal	1	0	1	0,7%
92603 Sarcoma de Ewing	1	2	3	2,2%
94733 Tumor Neuroectodermico Primitivo	2	2	4	3,0%
95003 Neuroblastoma, SOE	0	1	1	0,7%
95403 Neurofibrossarcoma	0	1	1	0,7%
95813 Sarcoma Alveolar de Partes Moles	1	1	2	1,5%
96713 Linfoma Maligno Linfoplasmocitário	1	0	1	0,7%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	2	0	2	1,5%
Total	78	57	135	100%
C50 Mama				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	0,1%
80103 Carcinoma, SOE	0	9	9	0,6%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	19	20	1,4%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico	0	1	1	0,1%
82013 Carcinoma Cribiforme	0	1	1	0,1%
82113 Adenocarcinoma Tubular	0	9	9	0,6%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	1	5	6	0,4%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	0	1	1	0,1%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	16	17	1,2%
85002 Carcinoma Intraductal, Não Infiltrante, SOE	0	63	63	4,5%
85003 Carcinoma Ductal Infiltrante	11	1.136	1.147	82,0%
85013 Comedocarcinoma, SOE	0	3	3	0,2%
85032 Adenocarcinoma Papilar Intraductal, Não Infiltrante	0	1	1	0,1%
85033 Adenocarcinoma Papilar Intraductal Com Invasão	0	1	1	0,1%
85043 Carcinoma Intracístico, SOE	0	1	1	0,1%
85103 Carcinoma Medular, SOE	0	5	5	0,4%
85202 Carcinoma Lubular "In Situ"	0	4	4	0,3%
85203 Carcinoma Lubular, SOE	0	75	75	5,4%
85222 Carcinoma Intraductal e Lobular "In Situ"	0	1	1	0,1%
85223 Carcinoma Ductal Infiltrante e Lobular	0	18	18	1,3%
85303 Carcinoma Inflamatório	0	1	1	0,1%
85403 Doença de Paget da Mama	0	1	1	0,1%
85413 Doença de Paget e Ca Ductal Infiltrante da Mama	0	2	2	0,1%
85433 Doença de Paget da Mama	0	1	1	0,1%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	0	1	1	0,1%
88013 Sarcoma Fusocelular	0	1	1	0,1%
90203 Sarcoma Orig. em Fibroadenoma Intracan. Celul.	0	6	6	0,4%
95953 Linfoma Maligno Difuso, SOE	0	1	1	0,1%
95903 Linfoma Maligno, SOE	0	1	1	0,1%
Total	14	1.385	1.399	100%
C51 Vulva				
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	0	4	4	6,3%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	0	39	39	61,9%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	0	3	3	4,8%
80763 Carcinoma de Células Escamosas, Micro-Invasor	0	3	3	4,8%
80772 Neoplasia Intra-Epitelial G III	0	7	7	11,1%
87203 Melanoma Maligno, SOE	0	1	1	1,6%
87213 Melanoma Nodular	0	4	4	6,3%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	1,6%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	0	1	1	1,6%
Total	0	63	63	100%
C52 Vagina				
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	0	4	4	50,0%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	0	1	1	12,5%
80772 Neoplasia Intra-Epitelial G III	0	3	3	37,5%
Total	0	8	8	100%
C53 Colo do Útero				
80003 Neoplasma Maligno	0	2	2	0,1%
80102 Carcinoma "In Situ", SOE	0	3	3	0,2%
80103 Carcinoma, SOE	0	12	12	0,7%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	0,1%
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	0	276	276	15,5%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	0	344	344	19,3%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	0	116	116	6,5%
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, Não Ceratinizado	0	166	166	9,3%
80733 Ca de Células Escamosas Pequenas, Não Ceratinizado	0	4	4	0,2%
80753 Carcinoma de Células Escamosas Adenóide	0	1	1	0,1%
80763 Carcinoma de Células Escamosas, Micro-Invasor	0	81	81	4,5%
80772 Neoplasia Intra-Epitelial G III	0	697	697	39,1%
81402 Adenocarcinoma "In Situ", SOE	0	2	2	0,1%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	50	50	2,8%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico, SOE	0	1	1	0,1%
82113 Adenocarcinoma Tubular	0	2	2	0,1%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	0	3	3	0,2%
82623 Adenocarcinoma viloso	0	1	1	0,1%
84503 Cistadenocarcinoma Papilar, SOE	0	1	1	0,1%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	0	1	1	0,1%
84813 Adenocarcinoma Produtor de Mucina	0	1	1	0,1%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	0	17	17	1,0%
88023 Sarcoma Gigantocelular	0	1	1	0,1%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>1.783</i>	<i>1.783</i>	<i>100%</i>
C54 Corpo do Útero				
80103 Carcinoma, SOE	0	2	2	1,5%
81402 Adenocarcinoma "In Situ", SOE	0	1	1	0,7%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	105	105	77,8%
82113 Adenocarcinoma Tubular	0	5	5	3,7%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	0	1	1	0,7%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	0	1	1	0,7%
83803 Carcinoma Endometriode	0	3	3	2,2%
84703 Cistadenocarcinoma Mucinoso, SOE	0	1	1	0,7%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	0	1	1	0,7%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	0	1	1	0,7%
85703 Adenocarcinoma com Metaplasia Escamosa	0	3	3	2,2%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	0,7%
89303 Sarcoma do Estroma Endometrial	0	3	3	2,2%
89503 Tumor Mulleriano Misto	0	1	1	0,7%
89803 Carcinossarcoma, SOE	0	6	6	4,4%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>135</i>	<i>135</i>	<i>100%</i>
C55 Útero, SOE				
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	50,0%
89803 Carcinossarcoma, SOE	0	1	1	50,0%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>100%</i>
C56 Ovário				
80003 Neoplasma Maligno	0	3	3	2,1%
80103 Carcinoma, SOE	0	3	3	2,1%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	0,7%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	28	28	20,0%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico, SOE	0	1	1	0,7%
82113 Adenocarcinoma Tubular	0	3	3	2,1%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	0	8	8	5,7%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	0	1	1	0,7%
83803 Carcinoma Endometriode	0	5	5	3,6%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
84403 Cistadenocarcinoma, SOE	0	1	1	0,7%
84413 Cistadenocarcinoma Seroso, SOE	0	12	12	8,6%
84423 Cistadenoma Seroso Malignidade Limitrofe	0	1	1	0,7%
84503 Cistadenocarcinoma Papilar, SOE	0	6	6	4,3%
84603 Cistadenocarcinoma Seroso Papilar	0	29	29	20,7%
84613 Carcinoma Papilar de Superfície Serosa	0	1	1	0,7%
84703 Cistadenocarcinoma Mucinoso, SOE	0	11	11	7,9%
84713 Cistadenocarcinoma Mucinoso Papilar	0	6	6	4,3%
84723 Cistadenoma Mucinoso de Malig. Limitrofe	0	1	1	0,7%
84733 Cistoadenoma Mucino Papilar de Malig. Limitro	0	1	1	0,7%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	0	1	1	0,7%
84813 Adenocarcinoma Produtor de Mucina	0	1	1	0,7%
85603 Carcinoma Adenoescamoso	0	1	1	0,7%
86203 Tumor de Células da Granulosa, Maligno	0	1	1	0,7%
89503 Tumor Mulleriano Misto	0	2	2	1,4%
90603 Disgerminoma	0	7	7	5,0%
90703 Carcinoma Embrionário, SOE	0	1	1	0,7%
90713 Tumor do Seio Endodermico	0	1	1	0,7%
90803 Teratoma Maligno, SOE	0	2	2	1,4%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	0	1	1	0,7%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>140</i>	<i>140</i>	<i>100%</i>
C57 Outros Órgãos Genitais Femininos				
88003 Sarcoma, SOE	0	1	1	100,0%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>100%</i>
C58 Placenta				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	14,3%
91003 Coriocarcinoma	0	6	6	85,7%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>100%</i>
C60 Pênis				
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	1	0	1	2,6%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	37	0	37	97,4%
<i>Total</i>	<i>38</i>	<i>0</i>	<i>38</i>	<i>100%</i>
C61 Próstata				
80003 Neoplasma Maligno	5	0	5	0,8%
80103 Carcinoma, SOE	2	0	2	0,3%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	1	0	1	0,2%
81403 Adenocarcinoma, SOE	164	0	164	26,8%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	0	1	0,2%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	439	0	439	71,6%
88903 Leiomiiossarcoma, SOE	1	0	1	0,2%
<i>Total</i>	<i>613</i>	<i>0</i>	<i>613</i>	<i>100%</i>
C62 Testículo				
82403 Tumor Carcinoide, SOE	1	0	1	1,0%
89003 Rabdomiossarcoma, SOE	1	0	1	1,0%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	2	0	2	2,0%
90613 Seminoma, SOE	29	0	29	28,7%
90623 Seminoma, Tipo Anaplásico	1	0	1	1,0%
90643 Germinoma	2	0	2	2,0%
90703 Carcinoma Embrionário, SOE	17	0	17	16,8%
90713 Tumor do Seio Endodermico	5	0	5	5,0%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
90803 Teratoma Maligno, SOE	8	0	8	7,9%
90813 Teratocarcinoma	13	0	13	12,9%
90853 Tumor Misto de Células Germinativas	15	0	15	14,9%
91003 Coriocarcinoma	2	0	2	2,0%
91013 Coriocarcinoma Combinado com Teratoma	4	0	4	4,0%
96713 Linfoma Maligno Linfoplasmocitário	1	0	1	1,0%
<i>Total</i>	<i>101</i>	<i>0</i>	<i>101</i>	<i>100%</i>
C63 Outros Órgãos Genitais Masculinos				
88103 Fibrossarcoma, SOE	1	0	1	100,0%
<i>Total</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>100%</i>
C64 Rim				
80003 Neoplasma Maligno	1	1	2	1,9%
80103 Carcinoma, SOE	2	0	2	1,9%
80413 Carcinoma de Células Pequenas, SOE	0	1	1	1,0%
81403 Adenocarcinoma, SOE	2	0	2	1,9%
82113 Adenocarcinoma Tubular	1	0	1	1,0%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	31	33	64	61,0%
83123 Carcinoma de Células Renais	14	7	21	20,0%
83703 Carcinoma da Cortx Supra-Renal	0	1	1	1,0%
88303 Histiocitoma Fibroso Maligno	1	0	1	1,0%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	1,0%
89603 Nefroblastoma, SOE	5	4	9	8,6%
<i>Total</i>	<i>57</i>	<i>48</i>	<i>105</i>	<i>100%</i>
C66 Ureter				
81203 Carcinoma de Células Transicionais, SOE	0	1	1	50,0%
81303 Carcinoma Papilar de Células Transicionais	1	0	1	50,0%
<i>Total</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>100%</i>
C67 Bexiga				
80003 Neoplasma Maligno	2	1	3	1,8%
80103 Carcinoma, SOE	3	2	5	3,0%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	0	3	3	1,8%
81203 Carcinoma de Células Transicionais, SOE	68	26	94	56,0%
81303 Carcinoma Papilar de Células Transicionais	44	12	56	33,3%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	1	2	1,2%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	0	1	1	0,6%
87203 Melanoma Maligno, SOE	0	2	2	1,2%
88013 Sarcoma Fusocelular	1	0	1	0,6%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	0,6%
<i>Total</i>	<i>119</i>	<i>49</i>	<i>168</i>	<i>100%</i>
C69 Olho e Anéxos				
80103 Carcinoma, SOE	2	0	2	4,4%
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	0	1	1	2,2%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	4	4	8	17,8%
82003 Carcinoma adenoide cístico	1	0	1	2,2%
87203 Melanoma Maligno, SOE	7	4	11	24,4%
87303 Melanoma Amelanotico	0	1	1	2,2%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	1	0	1	2,2%
89103 Rabdomiossarcoma Embrionário	1	2	3	6,7%
89803 Carcinossarcoma, SOE	1	0	1	2,2%
95103 Retinoblastoma, SOE	3	12	15	33,3%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
95813 Sarcoma Alveolar de Partes Moles	0	1	1	2,2%
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>25</i>	<i>45</i>	<i>100%</i>
C71 Encéfalo				
80003 Neoplasma Maligno	4	1	5	4,3%
80103 Carcinoma, SOE	1	0	1	0,9%
90603 Disgerminoma	1	0	1	0,9%
90643 Germinoma	1	0	1	0,9%
91203 Hemangiossarcoma	1	0	1	0,9%
93803 Glioma Maligno	5	2	7	6,0%
93913 Ependimoma, SOE	1	0	1	0,9%
93923 Ependimoma, Anaplásico	1	0	1	0,9%
94003 Astrocitoma, SOE	18	14	32	27,4%
94013 Astrocitoma Anaplásico	5	3	8	6,8%
94113 Astrocitoma Gemistocítico	2	2	4	3,4%
94203 Astrocitoma Fibrilar	2	0	2	1,7%
94213 Astrocitoma Pilocítico	3	3	6	5,1%
94243 Xantoastrocitoma Pleomórfico	1	0	1	0,9%
94403 Glioblastoma, SOE	14	11	25	21,4%
94503 Oligodendroglioma, SOE	4	3	7	6,0%
94513 Oligodendroglioma Anaplásico	2	0	2	1,7%
94703 Meduloblastoma, SOE	6	5	11	9,4%
94733 Tumor Neuroectodérmico Primitivo	1	0	1	0,9%
<i>Total</i>	<i>73</i>	<i>44</i>	<i>117</i>	<i>100%</i>
C72 Medula Espinhal, Nervos Cranianos e Outros				
93803 Glioma Maligno	1	0	1	50,0%
95603 Neurilemoma Maligno	1	0	1	50,0%
<i>Total</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>100%</i>
C73 Glândula Tiróide				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	1,3%
80103 Carcinoma, SOE	3	1	4	5,0%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	0	1	1	1,3%
80213 Carcinoma Anaplásico, SOE	2	1	3	3,8%
81403 Adenocarcinoma, SOE	0	2	2	2,5%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	11	43	54	67,5%
83303 Adenocarcinoma Folicular, SOE	0	9	9	11,3%
83403 Carcinoma Papilar, Variante Folicular	0	2	2	2,5%
85103 Carcinoma Medular, SOE	1	3	4	5,0%
<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>63</i>	<i>80</i>	<i>100%</i>
C74 Glândula Suprarrenal				
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	1	0	1	3,4%
83703 Carcinoma da Cortx Supra-Renal	8	13	21	72,4%
95003 Neuroblastoma, SOE	6	1	7	24,1%
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>29</i>	<i>100%</i>
C76 Outras Localizações e Localizações Mal Definidas				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	33,3%
84303 Carcinoma Mucoepidermoide	0	1	1	33,3%
90713 Tumor do Seio Endodérmico	0	1	1	33,3%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>100%</i>
C77 Linfonodos				
80003 Neoplasma Maligno	0	1	1	0,3%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
95903 Linfoma Maligno, SOE	8	1	9	3,1%
95913 Linfoma Maligno, Tipo Não Hodgkin	10	12	22	7,5%
95953 Linfoma Maligno Difuso, SOE	1	0	1	0,3%
96503 Doença de Hodgkin, SOE	8	6	14	4,8%
96523 Doença de Hodgkin, Celularidade Mista	19	8	27	9,2%
96533 Doença de Hodgkin, Depleção Linfocítica SOE	6	0	6	2,0%
96573 Doença de Hodgkin, Predominância Linfocítica SOE	2	4	6	2,0%
96633 Doença de Hodgkin, Esclerose Nodular, SOE	31	26	57	19,5%
96703 Linfoma Maligno de Linfócitos Pequenos, SOE	7	1	8	2,7%
96713 Linfoma Maligno Linfoplasmocitário	2	0	2	0,7%
96723 Linfoma Maligno de Células Pequenas Clivadas Difuso	6	1	7	2,4%
96743 Linfoma Maligno Centrocítico	0	2	2	0,7%
96753 Linfoma Maligno Misto Cels. Peq. e Grandes Difuso	4	3	7	2,4%
96763 Linfoma Maligno Centrobástico Centrocítico Difuso	11	5	16	5,5%
96803 Linfoma Maligno de Células Grandes Difuso, SOE	17	6	23	7,8%
96813 Linfoma Maligno de Células Grandes Clivadas Difuso	3	3	6	2,0%
96823 Linfoma Maligno de Células Grandes Não-Clivadas	10	11	21	7,2%
96833 Linfoma Maligno Centrobástico, Difuso	4	3	7	2,4%
96843 Linfoma Maligno Imunoblástico, SOE	3	0	3	1,0%
96853 Linfoma Maligno Linfoblástico	9	2	11	3,8%
96863 Linfoma Maligno de Células Pequenas Não-Clivadas Difuso	5	7	12	4,1%
96873 Linfoma de Burkitt, SOE	5	1	6	2,0%
96903 Linfoma Maligno Folicular, SOE	1	2	3	1,0%
96913 Linfoma Maligno Misto Cels. Peq.Cliv.,e Gran.Folicular	1	1	2	0,7%
96923 Linfoma Maligno Centrobástico Centrocítico Folicular	3	0	3	1,0%
96953 Linfoma Maligno Cels. Pequenas Clivadas Folicular	0	2	2	0,7%
96973 Linfoma Maligno, Tipo Centrobástico, Folicular	0	1	1	0,3%
97023 Linfoma de Células T, Periférico, SOE	1	4	5	1,7%
97093 Linfoma Cutâneo	1	0	1	0,3%
97203 Histiocitose Maligna	0	1	1	0,3%
98273 Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto	0	1	1	0,3%
Total	178	115	293	100%
C80 Localização Primária Desconhecida				
80003 Neoplasma Maligno	10	5	15	6,9%
80103 Carcinoma, SOE	18	4	22	10,1%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	3	2	5	2,3%
80213 Carcinoma Anaplásico, SOE	1	0	1	0,5%
80413 Carcinoma de Células Pequenas, SOE	1	0	1	0,5%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	41	10	51	23,4%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	1	0	1	0,5%
80823 carcinoma linfoepitelial	1	0	1	0,5%
81403 Adenocarcinoma, SOE	29	40	69	31,7%
82113 Adenocarcinoma Tubular	4	2	6	2,8%
82463 Carcinoma Neuroendócrino	1	0	1	0,5%
82603 Adenocarcinoma Papilar, SOE	1	3	4	1,8%
83103 Adenocarcinoma de Células Claras, SOE	2	2	4	1,8%
83203 Carcinoma de Células Granulares	0	1	1	0,5%
83303 Adenocarcinoma Folicular, SOE	0	1	1	0,5%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	2	3	1,4%
84903 Carcinoma de Células em Anel de Sinete	3	4	7	3,2%

Topografia e Morfologia (CID-O 2ª edição)	Masc.	Fem.	Total (Freq.)	Total (%)
87203 Melanoma Maligno, SOE	13	9	22	10,1%
88013 Sarcoma Fusocelular	0	1	1	0,5%
88903 Leiomiossarcoma, SOE	0	1	1	0,5%
94733 Tumor Neuroectodérmico Primitivo	1	0	1	0,5%
<i>Total</i>	<i>131</i>	<i>87</i>	<i>218</i>	<i>100%</i>
Total Geral	5.097	6.173	11.270	
	45,2 %	54,8 %		

Dos 11.270 casos, 100 casos foram notificados como neoplasia maligna e 159 casos carcinoma SOE. Estes casos serão analisados separadamente em estudos posteriores.

As principais topografias dos tumores in situ foram: colo do útero com 281 casos e 697 casos de neoplasia intra-epitelial grau III, pele (8 casos), melanoma (7 casos), mama (5 casos), vulva (4 casos), boca (2 casos), esôfago (1 caso), corpo do útero (1 caso), pênis (1 caso), olhos e anexos (1 caso).

TOPOGRAFIA POR SEXO E IDADE

Tabela 16 - Distribuição dos casos segundo topografia, sexo, e faixa etária

Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C00 Lábio	Masc	125					1	2	6	12	13	13	9	23	8	15	14	6	3
	Fem	26							1	1	3	1	3	1	1	3	9	2	1
	Total	151	0	0	0	0	1	2	7	13	16	14	12	24	9	18	23	8	4
C01 Base da Língua	Masc	78						1		1	6	17	12	17	15	3	2	4	
	Fem	7											1	1	1	2	1	1	
	Total	85	0	0	0	0	0	1	0	1	6	17	13	18	16	5	3	5	0
C02 Outras Partes da Língua	Masc	69							1		8	13	11	12	9	9		3	3
	Fem	10									1	2		5	2				
	Total	79	0	0	0	0	0	0	1	0	9	15	11	17	11	9	0	3	3
C03 Gengiva	Masc	6							1			1		1	1	2			
	Fem	2										1							1
	Total	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	2	0	0	1
C04 Assoalho da Boca	Masc	70								2	7	11	7	20	8	8	4	1	2
	Fem	17								1	1	4	3	3	1	2	1	1	
	Total	87	0	0	0	0	0	0	0	3	8	15	10	23	9	10	5	2	2
C05 Pálato	Masc	45		1			1			1	4	4	6	8	9	5	4	2	
	Fem	16						1	1	3				2	1	3	2	1	2
	Total	61	0	1	0	0	1	1	1	4	4	4	6	10	10	8	6	3	2
C06 Outras Partes da Boca	Masc	56							1	1	6	13	9	7	7	3	4	3	2
	Fem	7												1	1	3		1	1
	Total	63	0	0	0	0	0	0	1	1	6	13	9	8	8	6	4	4	3
C07 Glândula Parótida	Masc	14							1		1	1	3	1	3	2		1	1
	Fem	10						2		1	2				1	1	1		2
	Total	24	0	0	0	0	0	2	1	1	3	1	3	1	4	3	1	1	3
C08 Outras Glândulas Salivares Maiores	Masc	8										2		4	1			1	
	Fem	9		1			1	2	1	1		1	1	1					
	Total	17	0	1	0	0	1	2	1	1	0	3	1	5	1	0	0	1	0
C09 Amígdala	Masc	36				1					6	8	5	5	5	6			
	Fem	10										1	1	4	3		1		
	Total	46	0	0	0	1	0	0	0	0	6	9	6	9	8	6	1	0	0

Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C10 Orofaringe	Masc	117								3	15	15	18	24	14	16	8	4	
	Fem	17				1				3			1	2		3	3	2	2
	Total	134	0	0	0	1	0	0	0	6	15	15	19	26	14	19	11	6	2
C11 Nasofaringe	Masc	30			1	1	3		1	4	3	4	1	5	2	2	2	1	
	Fem	9			1						1	1	1			2		3	
	Total	39	0	0	2	1	3	0	1	4	4	5	2	5	2	4	2	4	0
C12 Seio Periforme	Masc	24									2	4	3	2	4	2	6	1	
	Fem	2										1	1						
	Total	26	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	4	2	4	2	6	1	0
C13 Hipofaringe	Masc	34									3	2	4	8	5	7	4	1	
	Fem	4							1					1	1	1			
	Total	38	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	4	9	6	8	4	1	0
C14 Outras loc. lábio, Cav.Oral, Faringe	Masc	11								2		1	2	4				2	
	Fem	1												1					
	Total	12	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	5	0	0	0	2	0
C15 Esôfago	Masc	332								5	21	40	65	54	53	48	27	12	7
	Fem	124								6	2	4	8	28	20	27	20	2	7
	Total	456	0	0	0	0	0	0	0	11	23	44	73	82	73	75	47	14	14
C16 Estômago	Masc	302					3	5	5	12	21	28	32	52	51	42	29	12	10
	Fem	127					2	3	7	10	6	10	13	22	16	13	17	3	5
	Total	429	0	0	0	0	5	8	12	22	27	38	45	74	67	55	46	15	15
C17 Intestino Delgado	Masc	5		1							1		2			1			
	Fem	4								1	1	1		1					
	Total	9	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0
C18 Cólon	Masc	99						2	2	4	1	6	16	16	21	17	3	9	2
	Fem	84				1	1	5	3	1	3	13	9	13	11	7	8	4	5
	Total	183	0	0	0	1	1	7	5	5	4	19	25	29	32	24	11	13	7
C19 Junção Retossigmoidiana	Masc	19				1					2	2	2	2	3	3	4		
	Fem	24							1		1	4	4	1	3	3	5	1	1
	Total	43	0	0	0	1	0	0	1	0	3	6	6	3	6	6	9	1	1
C20 Reto	Masc	130						3	4	7	9	13	12	19	16	19	14	10	4
	Fem	115						3	3	6	9	7	13	13	20	14	12	10	5
	Total	245	0	0	0	0	0	6	7	13	18	20	25	32	36	33	26	20	9

Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C21 Ânus e Canal Anal	Masc	16						1		1	1	3	1	3	1	2		2	1
	Fem	25							1	1	2	1	8	3	2	4	1	2	
	Total	41	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	9	6	3	6	1	4	1
C22 Fígado e Vias Biliares	Masc	8	1		2					1		1	1	2					
	Fem	4										1	1	1			1		
	Total	12	1	0	2	0	0	0	0	1	0	2	2	3	0	0	1	0	0
C23 Vesícula Biliar	Masc	3												2		1			
	Fem	13								1	1	1	2	1	2	1	2		2
	Total	16	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	2	2	2	0	2
C24 Outras partes das Vias Biliares	Masc	7											2	1	2	2			
	Fem	12										1	2	2		3	4		
	Total	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	2	5	4	0	0
C25 Pâncreas	Masc	22									3		3	5		6	4	1	
	Fem	28						1		1	2	1	3	4	7	2	1	4	2
	Total	50	0	0	0	0	0	1	0	1	5	1	6	9	7	8	5	5	2
C30 Cavidade Nasal e Ouvido Médio	Masc	8		1				1						3	1	1	1		
	Fem	5			1		1					1		1			1		
	Total	13	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4	1	1	2	0	0
C31 Seios da Face	Masc	21			1						3	1	4	2	2	4		2	2
	Fem	12									1	4			2	2	1	1	1
	Total	33	0	0	1	0	0	0	0	0	4	5	4	2	4	6	1	3	3
C32 Laringe	Masc	238								2	17	23	39	47	37	45	19	6	3
	Fem	50								2		5	9	10	10	7	4	3	
	Total	288	0	0	0	0	0	0	0	4	17	28	48	57	47	52	23	9	3
C33 Traquéia	Masc	1							1										
	Fem	1												1					
	Total	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
C34 Brônquios e Pulmões	Masc	271			1		1		2	2	11	19	19	49	51	51	43	16	6
	Fem	138								3	7	10	16	19	25	25	24	5	4
	Total	409	0	0	1	0	1	0	2	5	18	29	35	68	76	76	67	21	10
C38 Coração, Mediastino e Pleura	Masc	6						1	1	1			1	1		1			
	Fem	4					2							1		1			
	Total	10	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	2	0	2	0	0	0

Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C40 Ossos e Artic. Cartic. dos Membros	Masc	35		1	6	14	3	3		1		2	2	1	1	1			
	Fem	20	1	1	5	5		1	3				1			1	1		1
	Total	55	1	2	11	19	3	4	3	1	0	2	3	1	1	2	1	0	1
C41 Neoplasia Maligna dos Ossos	Masc	10				2	2	1	1	1	2		1						
	Fem	12		1	2	2	2				1			1		2	1		
	Total	22	0	1	2	4	4	1	1	1	3	0	1	1	0	2	1	0	0
C42 Sist.Hematop. e Reticuloendotelial	Masc	134	15	16	8	18	9	7	4	4	7	7	2	9	9	12	5	2	
	Fem	73	13	4	6	7	2	1	1	1	1	5	5	5	7	6	5	3	1
	Total	207	28	20	14	25	11	8	5	5	8	12	7	14	16	18	10	5	1
C44 Pele	Masc	1.231	1		1	3	10	11	27	45	65	97	117	123	181	206	147	103	94
	Fem	1.097	1	2	1	2	5	10	20	38	73	103	107	87	120	137	149	124	118
	Total	2.328	2	2	2	5	15	21	47	83	138	200	224	210	301	343	296	227	212
C47 Nervos Periféricos e SNA	Masc	1					1												
	Fem	0																	
	Total	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C48 Retroperitônio e Peritônio	Masc	17	3						3	1	1	1		5	2		1		
	Fem	24	4	3	1		1	2		2		1	1	3	5	1			
	Total	41	7	3	1	0	1	2	3	3	1	2	1	8	7	1	1	0	0
C49 Tec. Conjuntivo e Outros Tec. Moles	Masc	78	5	4	2	4	4	2	7	6	5	8	2	3	8	7	6	3	2
	Fem	57	5	3	5	4	3	3	7	2	2	5	1	3	5	2	5	2	
	Total	135	10	7	7	8	7	5	14	8	7	13	3	6	13	9	11	5	2
C50 Mama	Masc	14						1			1	2		2		2	4	1	1
	Fem	1.385				1	3	26	54	116	165	213	200	154	135	108	93	62	55
	Total	1.399	0	0	0	1	3	27	54	116	166	215	200	156	135	110	97	63	56
C51 Vulva	Masc	0																	
	Fem	63		1			1			3	8	6	7	5	6	6	4	7	9
	Total	63	0	1	0	0	1	0	0	3	8	6	7	5	6	6	4	7	9
C52 Vagina	Masc	0																	
	Fem	8										1	2		1	4			
	Total	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	0	0	0
C53 Colo do Útero	Masc	0																	
	Fem	1.783			1	23	130	228	202	262	236	184	157	128	89	66	38	24	15
	Total	1.783	0	0	1	23	130	228	202	262	236	184	157	128	89	66	38	24	15

Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C54 Corpo do Útero	Masc	0																	
	Fem	135							3	4	4	9	13	17	29	27	14	9	6
	Total	135	0	0	0	0	0	0	3	4	4	9	13	17	29	27	14	9	6
C55 Útero, SOE	Masc	0																	
	Fem	2													1		1		
	Total	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
C56 Ovário	Masc	0																	
	Fem	140		1	1	6	4	2	7	9	14	17	18	13	19	21	4	2	2
	Total	140	0	1	1	6	4	2	7	9	14	17	18	13	19	21	4	2	2
C57 Outros Órgão Genitais Femininos	Masc	0																	
	Fem	1										1							
	Total	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
C58 Placenta	Masc	0																	
	Fem	7				2	2	3											
	Total	7	0	0	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C60 Pênis	Masc	38						2	1	1	2	3	5	6	6	4	3	2	3
	Fem	0																	
	Total	38	0	0	0	0	0	2	1	1	2	3	5	6	6	4	3	2	3
C61 Próstata	Masc	613									1	10	33	58	81	141	139	92	58
	Fem	0																	
	Total	613	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	33	58	81	141	139	92	58
C62 Testículo	Masc	101	5		1	14	15	21	16	9	8	3	3	1	2	1	2		
	Fem	0																	
	Total	101	5	0	1	14	15	21	16	9	8	3	3	1	2	1	2	0	0
C63 Outros Órgãos Genitais Masculinos	Masc	1																1	
	Fem	0																	
	Total	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
C64 Rim	Masc	57	2	1		1	1				5	3	7	10	11	6	5	3	2
	Fem	48	4			1	1				2	8	3	5	11	8	2	3	
	Total	105	6	1	0	2	2	0	0	0	7	11	10	15	22	14	7	6	2
C66 Ureter	Masc	1													1				
	Fem	1													1				
	Total	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0

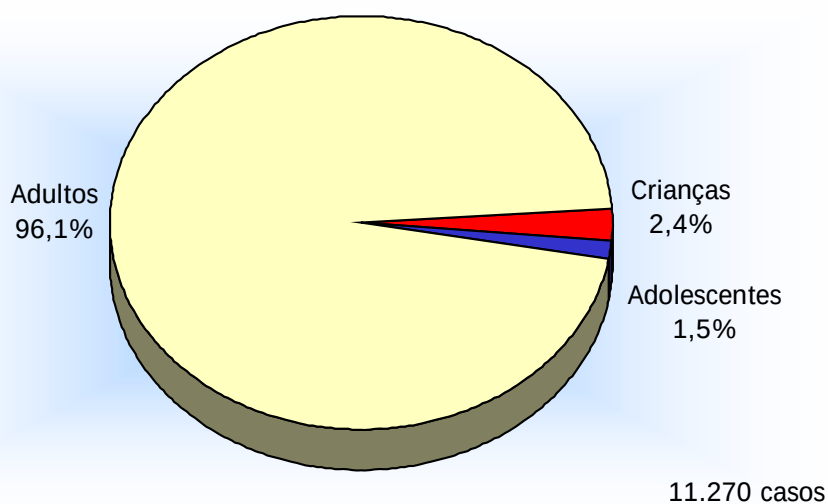
Loc. Topográfica (CID-O 2ª ed.)	Sexo	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+
C67 Bexiga	Masc	119			1		1		1	2	6	8	11	7	11	27	19	12	13
	Fem	49						1			2	1	6	8	6	8	9	4	4
	Total	168	0	0	1	0	1	1	1	2	8	9	17	15	17	35	28	16	17
C69 Olho e Anéxos	Masc	20	3	1				2	2	1	3	1	2	2	1		2		
	Fem	25	11	2		2			1	1	1	3	2	1			1		
	Total	45	14	3	0	2	0	2	3	2	4	4	4	3	1	0	3	0	0
C71 Encéfalo	Masc	73	4	13	4	4	2	3	5	5	5	3	4	8	4	3	2	4	
	Fem	44	0	4	6	4	2	2	2	1	1	4	9	3	4	1		1	
	Total	117	4	17	10	8	4	5	7	6	6	7	13	11	8	4	2	5	0
C72 Medula Espinhal, Nervos Cranianos	Masc	2	1								1								
	Fem	0																	
	Total	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C73 Glândula Tiróide	Masc	17					1	1			1	2	2	1	3	1	2	1	2
	Fem	63			1	6	2	8	8	4	7	6	4	2	4	4	3	4	
	Total	80	0	0	1	6	3	9	8	4	8	8	6	3	7	5	5	5	2
C74 Glândula Suprarenal	Masc	15	11	1	1							1				1			
	Fem	14	6	3	2	2				1									
	Total	29	17	4	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
C76 Outras Loc. E Loc. Mal Definidas	Masc	0																	
	Fem	3			1								1		1				
	Total	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
C77 Linfonodos	Masc	178	6	14	11	20	15	9	10	12	7	15	8	11	7	8	18	7	
	Fem	115	1	5	4	15	11	3	5	8	9	10	4	8	6	7	8	6	5
	Total	293	7	19	15	35	26	12	15	20	16	25	12	19	13	15	26	13	5
C80 Primário Desconhecido	Masc	131			1	1	1	1	9	5	6	13	27	18	21	12	9	5	2
	Fem	87	1				1	2	3	2	6	15	6	14	9	13	9	2	4
	Total	218	1	0	1	1	2	3	12	7	12	28	33	32	30	25	18	7	6
Total de Tumores Cadastrados		11.270	104	85	79	168	251	389	447	650	865	1.092	1.162	1.264	1.267	1.306	1.022	635	484

ANÁLISE DOS CASOS EM MENORES DE 20 ANOS

GRUPOS PEDIÁTRICOS E GRUPOS ETÁRIOS

Um total de 11.270 casos de câncer foram admitidos pelo RHC do HEG no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004; destes, 268 foram de tumores em pacientes menores de 15 anos (pediátricos), representando 2,4% do total de casos admitidos e 168 casos de tumores em pacientes adolescentes (15 a 19 anos), representando 1,5%, conforme Gráfico 18.

Gráfico 18 - Distribuição dos casos segundo grupos etários.



SUB-GRUPOS DE DIAGNÓSTICO PEDIÁTRICOS E ADOLESCENTES

Na tabela abaixo temos a distribuição dos casos pediátricos e em adolescentes segundo grupos e sub-grupos de diagnóstico e sexo.

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual dos casos de câncer em menores de 20 anos, segundo grupos e sub-grupos de diagnóstico.

Sub-Grupos de Diagnóstico		Faixa Etária de 00 a 14 anos				Faixa Etária de 15 a 19 anos				Total
		Fem.	Masc.	Sub-Total		Fem.	Masc.	Sub-Total		Geral
				N	%			N	%	
Cod.	Descrição									
I	Leucemias	23	39	62	23 %	7	18	25	15 %	87
a	Leucemia Linfóide	19	31	50	19%	4	10	14	8%	64
b	Leucemia não-Linfóide aguda	4	8	12	4%	3	6	9	5%	21
c	Leucemia Mielóide Crônica	0	0	0	0%	0	2	2	1%	2
II	Linfomas	11	32	43	16 %	15	20	35	21 %	78
a	Doença de Hodgkin	7	19	26	10%	14	11	25	15%	51
b	Linfomas Não Hodgkin	3	9	12	4%	1	8	9	5%	21
c	Linfoma de Burkitt	0	4	4	1%	0	0	0	0%	4
d	Miscelândia de Neoplasias Linfo-reticulares	1	0	1	0%	0	0	0	0%	1
e	Linfomas Não Especificados	0	0	0	0%	0	1	1	1%	1
III	Sistema Nervoso Central	12	23	35	13 %	5	2	7	4 %	42
a	Ependimoma	0	2	2	1%	0	0	0	0%	2
b	Astrocitoma	5	9	14	5%	1	1	2	1%	16
c	Tumores Neuroectodérmicos Primitivos	7	9	16	6%	1	0	1	1%	17
d	Outros Gliomas	0	2	2	1%	3	1	4	2%	6
f	Neoplasias Intracranianas e Intra-espinhais não Especificadas	0	1	1	0%	0	0	0	0%	1
IV	Sistema Nervoso Simpático	8	9	17	6 %	0	0	0	0 %	17
a	Neuroblastoma e Ganglioneuroblastoma	7	9	16	6%	0	0	0	0%	16
b	Outros	1	0	1	0%	0	0	0	0%	1
V	Retinoblastoma	10	3	13	5 %	2	0	2	1 %	15
	Retinoblastoma	10	3	13	5%	2	0	2	1%	15
VI	Tumores Renais	3	3	6	2 %	1	1	2	1 %	8
a	Tumor de Wilms, Tumor Rabdóide e Sarc.de Cels.Claras	3	3	6	2%	1	1	2	1%	8
VII	Tumores Hepáticos	0	3	3	1 %	0	0	0	0 %	3
a	Hepatoblastoma	0	3	3	1%	0	0	0	0%	3
VIII	Tumores Ósseos	9	7	16	6 %	7	14	21	13 %	37
a	Osteossarcoma	4	6	10	4%	5	12	17	10%	27
b	Condrossarcoma	0	0	0	0%	0	2	2	1%	2
c	Sarcoma de Ewing	5	1	6	2%	2	0	2	1%	8
IX	Tumores de Partes Moles	18	13	31	12 %	5	7	12	7 %	43
a	Rabdomiossarcoma e Sarcoma Embrionário	8	9	17	6%	2	2	4	2%	21
b	Fibros., Neurofibros. e Out. Neopl. Fibromatosas	1	1	2	1%	0	3	3	2%	5
c	Sarcoma de Kaposi	0	0	0	0%	1	0	1	1%	1
d	Outros Sarcomas de Partes Moles Especificados	8	1	9	3%	1	2	3	2%	12
e	Outros Sarcomas de Partes Moles Não Especificados	1	2	3	1%	1	0	1	1%	4
X	Tumores de Células Germinativas	4	5	9	3 %	8	15	23	14 %	32
a	Tu. de Cels. Germinativas Intracranianos e Intra-espinhal	0	0	0	0%	0	2	2	1%	2
b	Outras e Tu.Cels. Germin. Não-Gonadais e Não Especificados	2	0	2	1%	2	0	2	1%	4
c	Tumores de Células Germinativas Gonadais	2	5	7	3%	4	13	17	10%	24
d	Carcinoma Gonadal	0	0	0	0%	2	0	2	1%	2
XI	Carcinomas e Neoplasias Malignas Epiteliais	17	11	28	10 %	33	4	37	22 %	65
a	Carcinoma de Córtex Adrenal	11	7	18	7%	2	0	2	1%	20
b	Carcinoma de Tiróide	1	0	1	0%	6	0	6	4%	7
c	Carcinoma de Nasofaringe	1	0	1	0%	0	0	0	0%	1
d	Melanoma Maligno	1	2	3	1%	1	1	2	1%	5
e	Carcinoma de Pele	1	0	1	0%	0	1	1	1%	2
f	Outros Carcinomas e Carcinomas Não Especificados	2	2	4	1%	24	2	26	15%	30
XII	Outros Não Especificados	1	4	5	2 %	1	3	4	2 %	9
a	Outros Tumores Malignos Especificados	0	0	0	0%	1	0	1	1%	1
b	Outros Tumores Malignos Não Especificados	1	4	5	2%	0	3	3	2%	8
TOTAL		116	152	268	100 %	84	84	168	100 %	436

SEXO

Dos 268 pacientes pediátricos, 43,3% eram do sexo feminino e 56,7% do sexo masculino e nos pacientes adolescentes (168) houve distribuição igual em ambos os sexos.

Como observado na tabela abaixo, as neoplasias mais freqüentes foram as Leucemias (23,1%), os Linfomas (16,0%) e os Tumores do Sistema Nervoso Central (13,1%) para os casos pediátricos, os Carcinomas e Outras Neoplasias Epiteliais Malignas (22,0%), os Linfomas (20,8%) e Leucemias (14,9%) nos adolescentes.

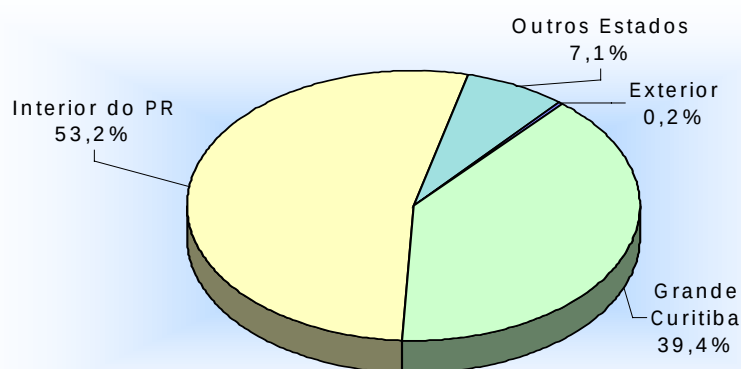
Tabela 18 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo grupos de neoplasias, sexo e faixas etárias.

Grupos de Neoplasias	Faixa Etária de 00 a 14 anos				Faixa Etária de 15 a 19 anos				Total	
	Fem.	Masc.	Freq.	%	Fem.	Masc.	Freq.	%	Freq.	%
1 Leucemias	23	39	62	23,1%	7	18	25	14,9%	87	20,0%
2 Linfomas	11	32	43	16,0%	15	20	35	20,8%	78	17,9%
3 Sistema Nervoso Central	12	23	35	13,1%	5	2	7	4,2%	42	9,6%
4 Sistema Nervoso Simpático	8	9	17	6,3%	0	0	0	0,0%	17	3,9%
5 Retinoblastoma	10	3	13	4,9%	2	0	2	1,2%	15	3,4%
6 Tumores Renais	3	3	6	2,2%	1	1	2	1,2%	8	1,8%
7 Tumores Hepáticos	0	3	3	1,1%	0	0	0	0,0%	3	0,7%
8 Tumores Ósseos	9	7	16	6,0%	7	14	21	12,5%	37	8,5%
9 Tumores Partes Moles	18	13	31	11,6%	5	7	12	7,1%	43	9,9%
10 Tumores Células Germinativas	4	5	9	3,4%	8	15	23	13,7%	32	7,3%
11 Carc.e Neopl.Malignas Epiteliais	17	11	28	10,4%	33	4	37	22,0%	65	14,9%
12 Outros Não Especificados	1	4	5	1,9%	1	3	4	2,4%	9	2,1%
Total	116	152	268	100%	84	84	168	100%	436	100%

PROCEDÊNCIA

Quanto à procedência, os dois grupos (infantil e adolescentes) apresentaram distribuição semelhante, por este motivo a procedência é apresentada no gráfico abaixo para os dois grupos em conjunto. Do total de pacientes, 53,2% foram provenientes do interior do estado do Paraná, 39,4% da grande Curitiba e 7,3% vieram de outros estados e exterior.

Gráfico 19 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo a procedência.



436 casos

IDADE

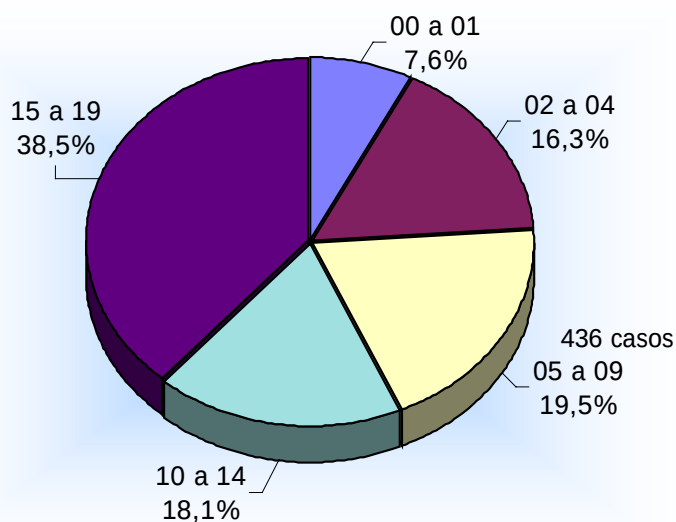
Dos 1.256 casos avaliados de 0 a 19 anos, 30,0% dos pacientes se encontram na faixa de 15 a 19 anos, 21,9% na faixa de 05 a 09 anos, 19,7% na faixa de 10 a 14 anos. Na faixa etária de 02 a 04 anos são encontrados 19,5% dos pacientes e 8,9% eram na faixa de 0 a 1 ano (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo grupos de neoplasias e faixa etária.

Grupos de Neoplasias	Faixas Etárias					Total	
	00 a 01	02 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	Freq.	%
1 Leucemias	5	23	20	14	25	87	20,0%
2 Linfomas	0	7	21	15	35	78	17,9%
3 Sistema Nervoso Central	0	7	17	11	7	42	9,6%
4 Sistema Nervoso Simpático	4	7	4	2	0	17	3,9%
5 Retinoblastoma	8	5	0	0	2	15	3,4%
6 Tumores Renais	1	4	1	0	2	8	1,8%
7 Tumores Hepáticos	1	0	0	2	0	3	0,7%
8 Tumores Ósseos	1	0	3	12	21	37	8,5%
9 Tumores Partes Moles	5	4	12	10	12	43	9,9%
10 Tumores Células Germinativas	2	4	1	2	23	32	7,3%
11 Carc.e Neopl.Malignas Epiteliais	6	8	6	8	37	65	14,9%
12 Outros Não Especificados	0	2	0	3	4	9	2,1%
Total	33	71	85	79	168	436	100,0%

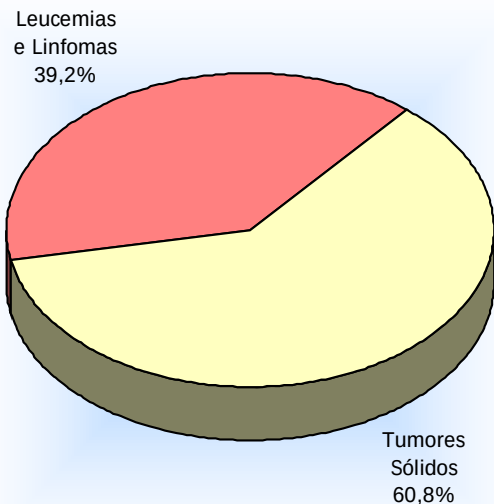
A distribuição dos casos segundo faixa etária pode ser observada no gráfico 20.

Gráfico 20 - Distribuição dos casos (crianças e adolescentes) segundo faixa etária.

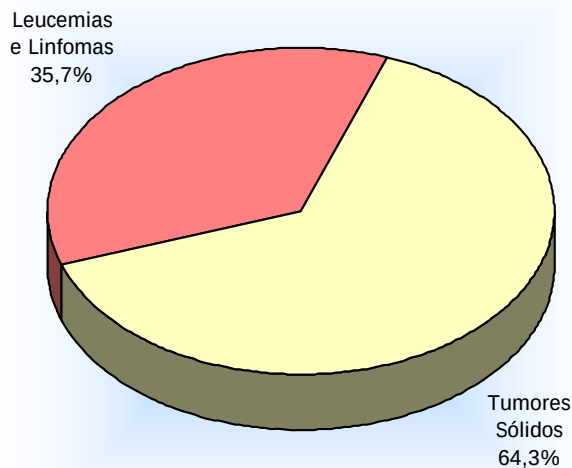


DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO TUMORES

Os gráficos 21 e 22 mostram a distribuição dos casos de Leucemias/Linfomas e de Tumores Sólidos nos dois grupos etários.



268 casos



168 casos

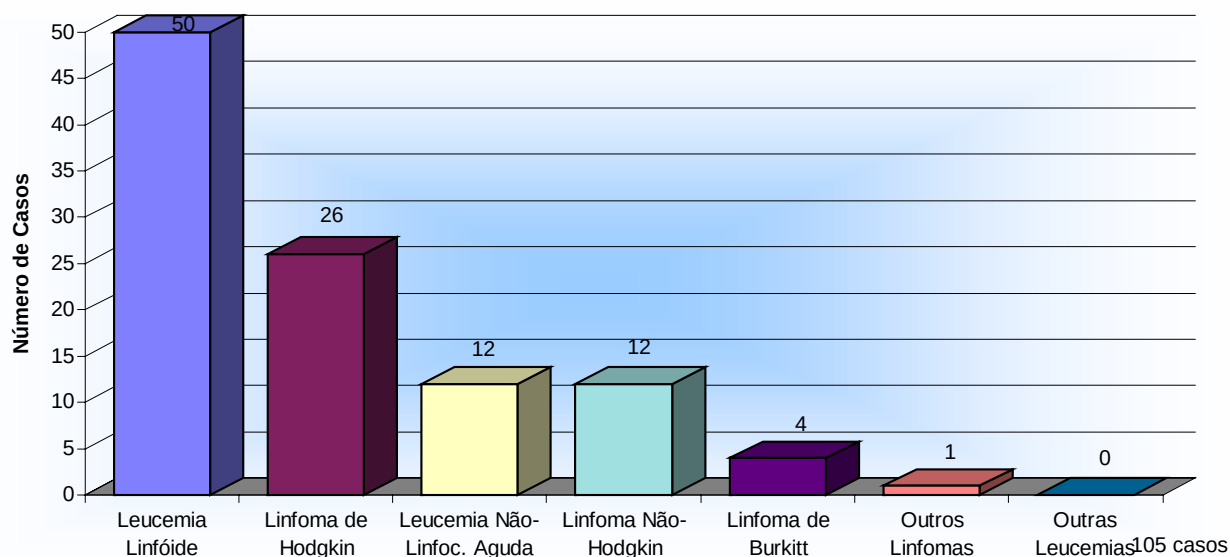
Gráfico 21 - Distribuição dos casos Pediátricos, segundo Leucemias/Linfomas e Tumores Sólidos.

Gráfico 22 - Distribuição dos casos em Adolescentes, segundo Leucemias/Linfomas e Tumores Sólidos.

LEUCEMIAS E LINFOMAS

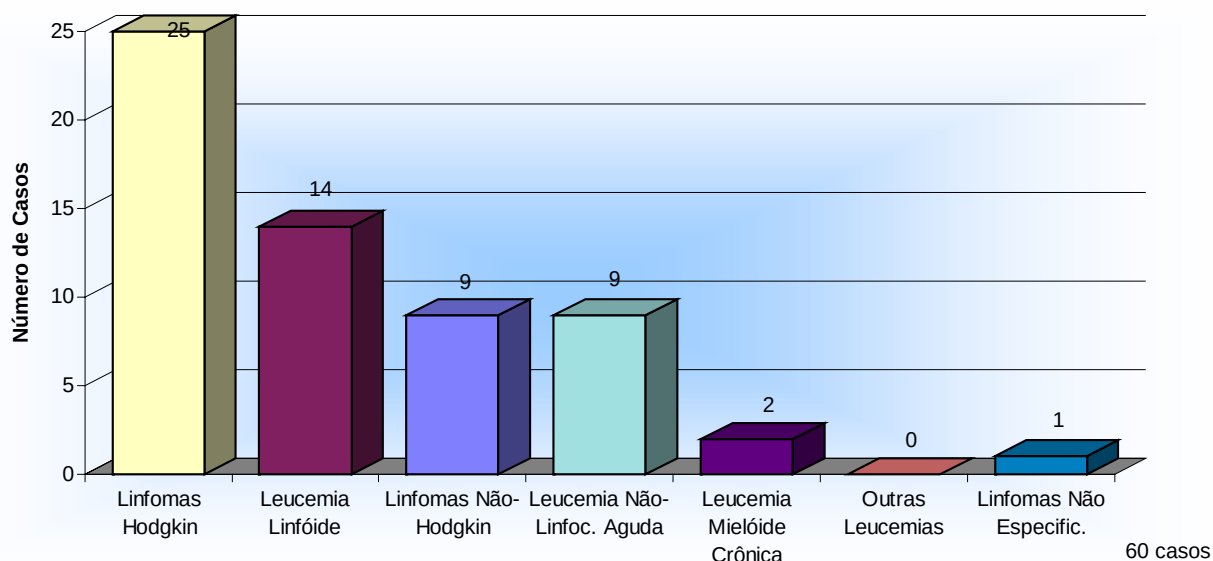
No grupo pediátrico as Leucemias e Linfomas mais frequentes foram as Leucemias Linfóides (47,6%), Linfomas Hodgkin (24,8%) e Linfomas Não-Hodgkin (11,4%), que juntos totalizaram 83,8% dos 105 casos de Linfomas e Leucemias (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Distribuição dos casos pediátricos, segundo tipos de Leucemias e Linfomas.



Já para o grupo de Adolescentes os tipos de Leucemias e Linfomas mais frequentes foram os Linfomas Hodgkin (41,7%), Leucemias Linfóides (23,3%) e os Linfomas Não-Hodgkin (15,0%), que juntos totalizaram 80,0% dos 60 casos de Leucemias e Linfomas (Gráfico 24).

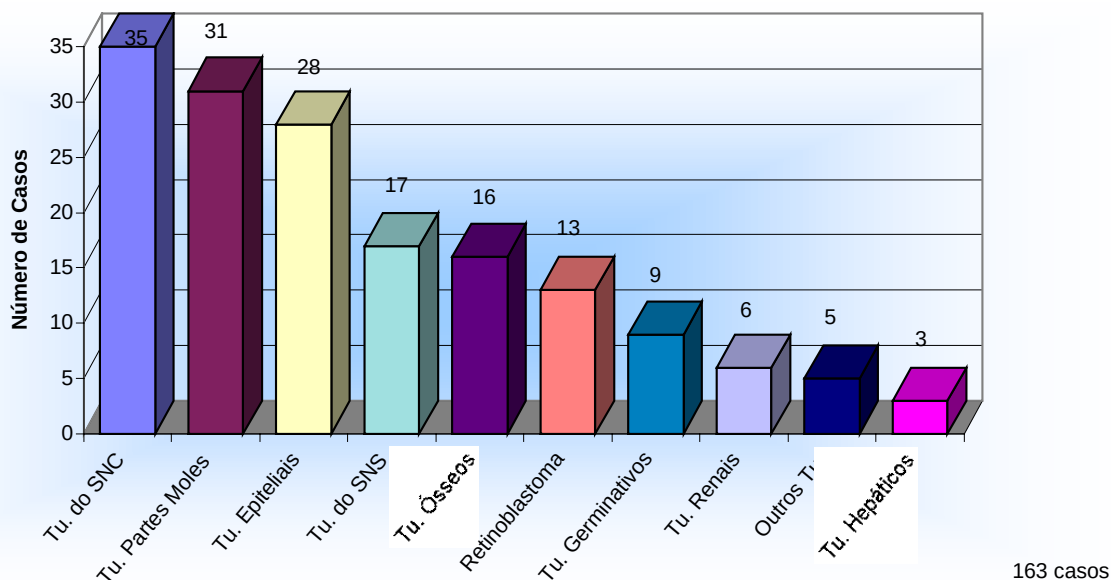
Gráfico 24 - Distribuição dos casos em adolescentes, segundo tipos de Leucemias e Linfomas.



TUMORES SÓLIDOS

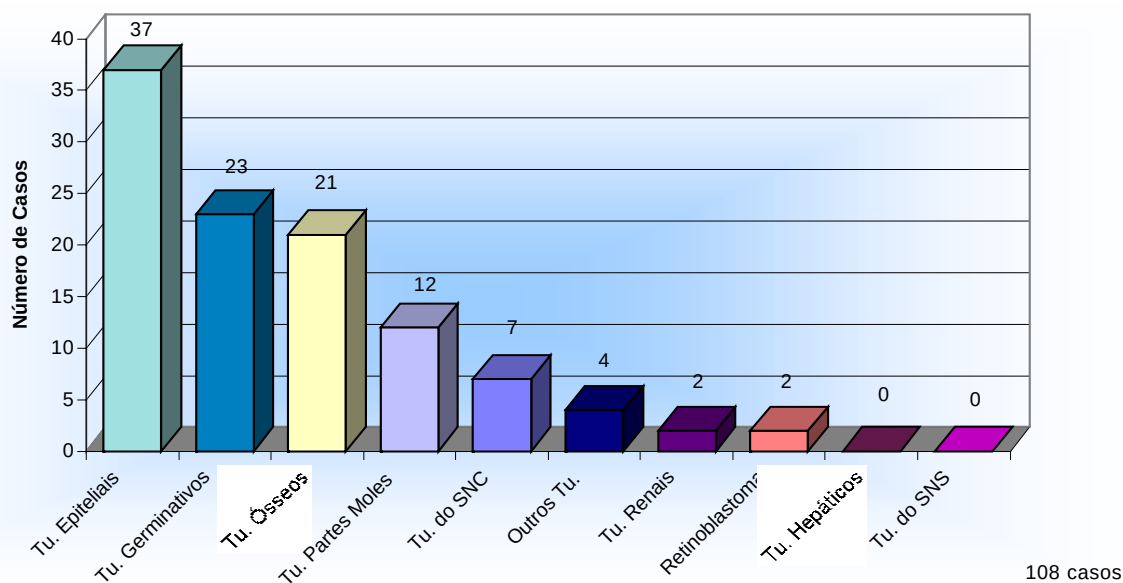
No grupo pediátrico os tipos de Tumores Sólidos mais frequentes foram: Tumores do Sistema Nervoso Central (21,5%), Tumores de Partes Moles (19,0%), Tumores Epiteliais (17,2%), e os Tumores do Sistema Nervoso Simpático (10,4%), totalizando 68,1% dos 163 casos de Tumores Sólidos (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Distribuição dos casos pediátricos, segundo os Tumores Sólidos.



Para o grupo de Adolescentes, os tipos de Tumores Sólidos mais frequentes foram: Tumores Epiteliais (34,3%), Tumores Germinativos (21,3%), Tumores Ósseos (19,4%) e os Tumores de Partes Moles (11,1%), que juntos totalizaram 86,1% dos 108 casos de Tumores Sólidos (Gráfico 26).

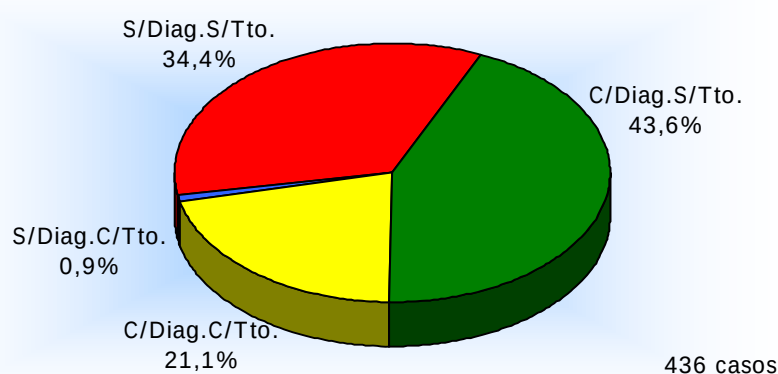
Gráfico 26 - Distribuição dos casos em adolescentes, segundo os Tumores Sólidos.



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRÉVIO

Dos 436 casos, 78,0% foram pacientes que chegaram ao hospital sem ter realizado tratamento, 21,1% vieram com diagnóstico e com tratamento e 0,9% chegaram sem diagnóstico mas com algum tipo de tratamento, como pode ser observado no gráfico 27.

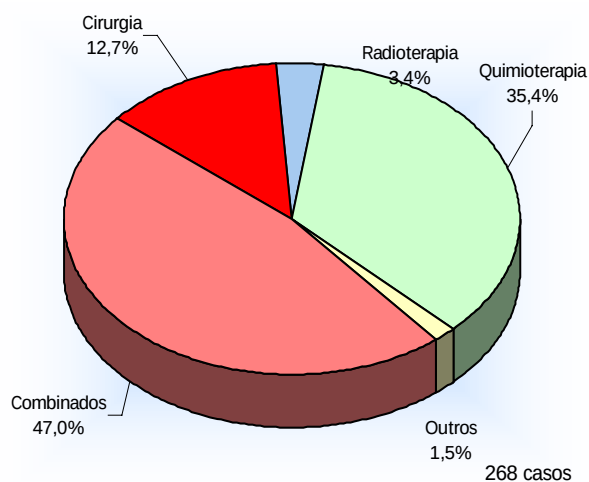
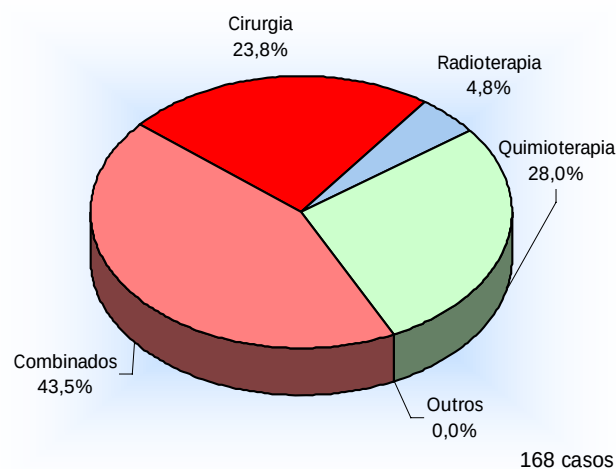
Gráfico 27 - Distribuição dos casos de crianças e adolescentes, segundo diagnósticos e tratamentos anteriores.



TRATAMENTO REALIZADO NA INSTITUIÇÃO

Dos 268 casos em crianças (0 a 14 anos), 35,4% foram submetidos exclusivamente à quimioterapia, 12,7% cirurgia e 3,4% submetidos exclusivamente a radioterapia; a utilização de tratamentos combinados ocorreu em 47,0% dos casos (Gráfico 28).

Para os 168 casos em adolescentes (15 a 19 anos), 28,0% foram submetidos exclusivamente à quimioterapia, 23,8% cirurgia e 4,8% submetidos exclusivamente a radioterapia; a utilização de tratamentos combinados, ocorreu em 43,5% dos casos (Gráfico 29).

Gráfico 28 - Distribuição dos casos pediátricos segundo tratamento realizado na instituição.**Gráfico 29 - Distribuição dos casos em adolescentes segundo tratamento realizado na instituição.**

ESTUDO DE SOBREVIDA

Dos 15.750 casos avaliados para estudo de sobrevida pelo RHC do HEG nos anos de 1990 à 1999, 7.236 (45,9%) eram do sexo masculino (idade média 55 anos) e 8.514 (54,1%) do sexo feminino (idade média 52 anos).

A distribuição dos casos de acordo com o sexo, estadiamento clínico e grupos etários é mostrada na Tabela 20. Nesta tabela também são apresentadas as taxas de sobrevida com seus respectivos erros, erros esses que mostram a efetividade da taxa obtida, quando for superior a 5% o valor da taxa de sobrevida é não conclusiva. As taxas em cada grupo (sexo, estadiamento), foram testados através do Teste de Log-Rank e seus respectivos valores estão apresentados na tabela abaixo.

SOBREVIDA GLOBAL

Tabela 20 – Taxas de sobrevida em 5 anos segundo grupos etários, sexo e estágios da doença:

Distribuição das taxas de sobrevida em 5 anos, segundo grupos etários, sexo e estágio da doença, com pacientes admitidos no Erasto Gaertner de 1990 a				
Grupos e Seguimentos de análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Global				
Total		15.750	41,6%	0,5%
Masculino	0,0000	7.236	31,7%	0,6%
Feminino		8.514	48,8%	0,6%
Estadio I	0,0000	2.432	79,1%	1,0%
II		2.796	58,1%	1,1%
III		3.390	29,3%	0,9%
IV		2.772	12,5%	0,7%
Adultos (maior de 19 anos)				
Total		14.976	40,6%	0,5%
Masculino	0,0000	6.784	30,7%	0,6%
Feminino		8.192	48,8%	0,6%
Estadio I	0,0000	2.373	78,9%	1,0%
II		2.591	57,8%	1,1%
III		3.214	28,5%	0,9%
IV		2.657	12,3%	0,8%
Adolescentes (de 15 a 19 anos)				
Total		230	45,5%	3,7%
Masculino	0,9944	122	45,0%	5,0%
Feminino		108	46,3%	5,5%
Estadio I	0,0000	20	90,0%	6,7%
II		70	55,6%	6,8%
III		50	36,8%	8,9%
IV		38	16,8%	6,7%
Crianças (menor de 15 anos)				
Total		544	49,2%	2,4%
Masculino	0,6220	330	47,5%	3,1%
Feminino		214	51,8%	3,7%
Estadio I	0,0000	39	87,4%	6,1%
II		135	64,7%	4,4%
III		126	46,9%	5,0%
IV		77	17,5%	4,8%

As taxas de sobrevida para as topografias mais freqüentes serão mostradas na análise individual de cada topografia.

ANÁLISE DAS TOPOGRAFIAS MAIS FREQUENTES

PELE

Apresentação:

O carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC) são os tumores mais comuns no Brasil como em vários outros países, estimando-se para 2006 55.480 casos novos de câncer de pele não melanoma em homens e de 61.160 em mulheres. O risco estimado é portanto de 61 casos novos a cada 100 mil homens e 65 para cada 100 mil mulheres. A incidência de CBC é maior em relação ao CEC em relação aproximada de 4:1 e corresponde a aproximadamente 75% dos casos de câncer da pele.

A prevalência exata do câncer da pele é desconhecida porque a maioria dos casos não é notificada. A incidência é maior em áreas expostas ao sol sendo mais comum na pele da face, pescoço e das mãos e em pessoas de pele, olhos e cabelos claros. 99% dos casos dos CBCs ocorrem em brancos

A exposição à luz solar, raios ultravioletas, é o principal fator de risco para o câncer da pele. Outros fatores de risco incluem a irradiação ionizante, úlceras crônicas da pele e alguns agentes carcinógenos químicos como o arsênio utilizado na indústria e agricultura.

O tratamento dos carcinomas apresenta altas taxas de cura na doença inicial e quando tratado em fases iniciais pois se caracteriza pelo crescimento lento. Quando a doença não é tratada de forma adequada e na recorrência o tumor apresenta comportamento mais agressivo.

O melanoma corresponde a aproximadamente 5% de todas as neoplasias da pele, com aumento importante em incidência e mortalidade no mundo inteiro. Nos últimos anos acomete pessoas em idade mais jovem (15-34 anos), com distribuição equilibrada entre os sexos. A exposição solar é um importante fator de risco. Nos últimos anos houve uma melhora na sobrevivência dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce. A ressecção de uma lesão pigmentada suspeita possibilita frequentemente o diagnóstico da doença na fase in situ, inicial, em que as taxas de cura são altas. O tratamento do melanoma é complexo e inclui a cirurgia, investigação e abordagem das cadeias de drenagem e algumas vezes imunoterapia, quimioterapia e radioterapia.

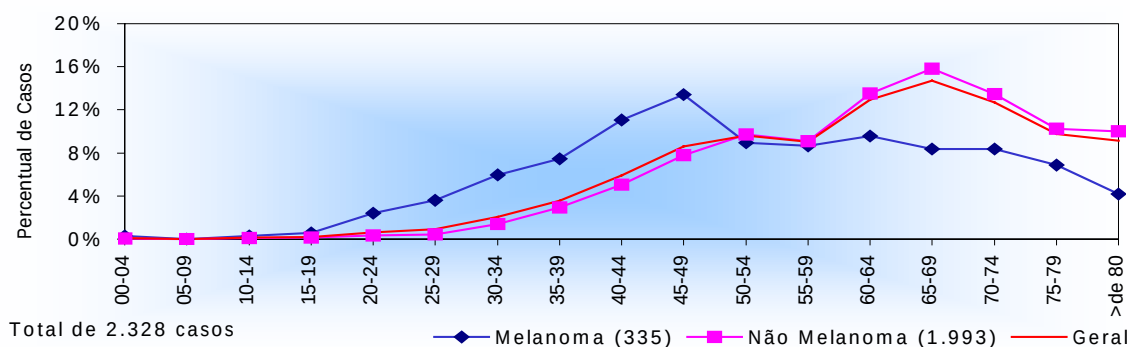
A prevenção do câncer de pele inclui a prevenção primária de proteção à exposição solar nociva, educação e treinamento dos profissionais da saúde para o diagnóstico e campanhas de prevenção.

Resultados:

Foram admitidos para o RHC 1.988 pacientes, totalizando 2.328 casos novos de câncer de pele no período, 51,7% homens e 48,3% mulheres. Dos 2.328 casos, 85,6% foram de tumores não-melanoma e 14,4% casos de melanoma.

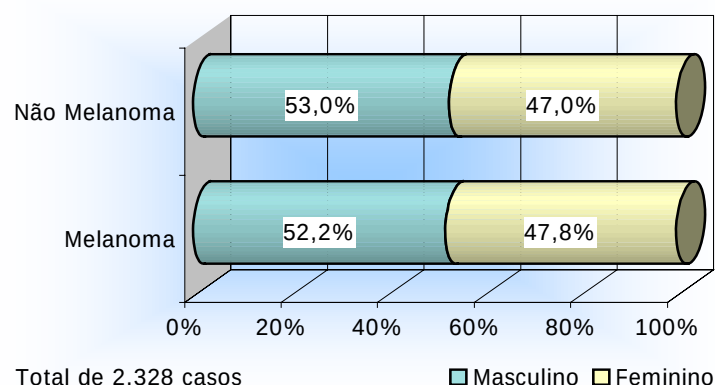
Os gráficos a seguir apresentam alguns resultados para esta topografia que foi o tumor mais comum na instituição.

Gráfico 30 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo faixa etária e tipo histológico:



Não houve grandes diferenças de incidência entre os sexos em ambos os tumores da pele, com aproximadamente 53% dos casos representados por homens e 47% por mulheres.

Gráfico 31 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo sexo e tipo histológico:



O local mais comum dos melanomas foi o tronco (37,6%), membros inferiores (26%), membros superiores (16,1%) e face (14,6%). Os tumores não-melanomas acometeram em 71,8% a pele da face, 8,9% tronco e demais regiões, listadas na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição dos casos segundo a localização dos tumores de Pele e tipo histológico:

Localização do Tumor		Melanoma (335)		Não Melanoma (1.993)	
C440	Lábio	0,3%	1	3,7%	74
C441	Pálpebra	1,5%	5	11,1%	222
C442	Ouvido Ext.	2,7%	9	9,7%	193
C443	Out. Partes Face	10,1%	34	47,2%	942
TOTAL FACE		14,6 %		71,8 %	
C444	C. Cabeludo	5,4%	18	7,0%	140
C445	Tronco	37,6%	126	8,9%	177
C446	Ombro E Mmss	16,1%	54	8,2%	163
C447	Quadril E Mmii	26,0%	87	3,9%	78
C449	Pele, SOE	0,3%	1	0,2%	3
C448	Lesão Sobreposta	0,0%	0	0,1%	2

Aproximadamente 76% dos casos os carcinomas da pele foram diagnosticados em fases iniciais enquanto 5% dos casos de melanoma eram representados por doença *in situ* e 36% em estágio inicial.

Gráfico 32 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo o grau de estadiamento e tipo histológico:

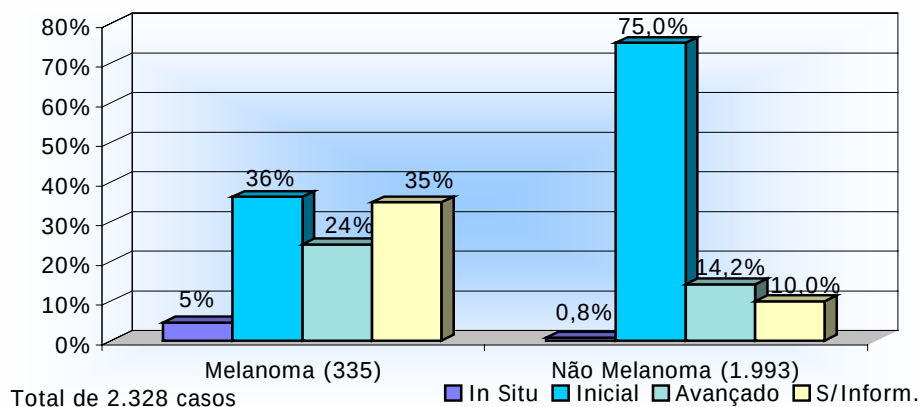
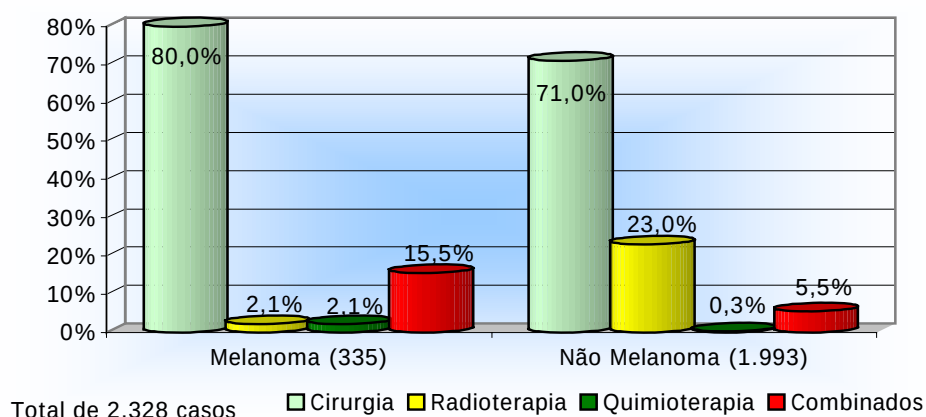
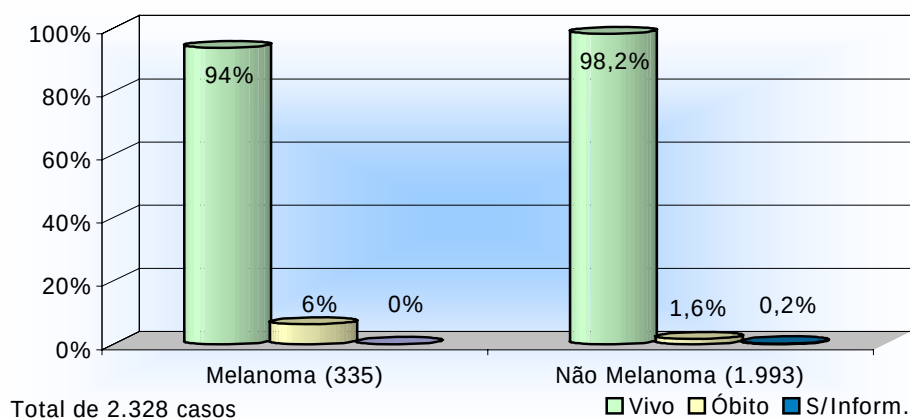
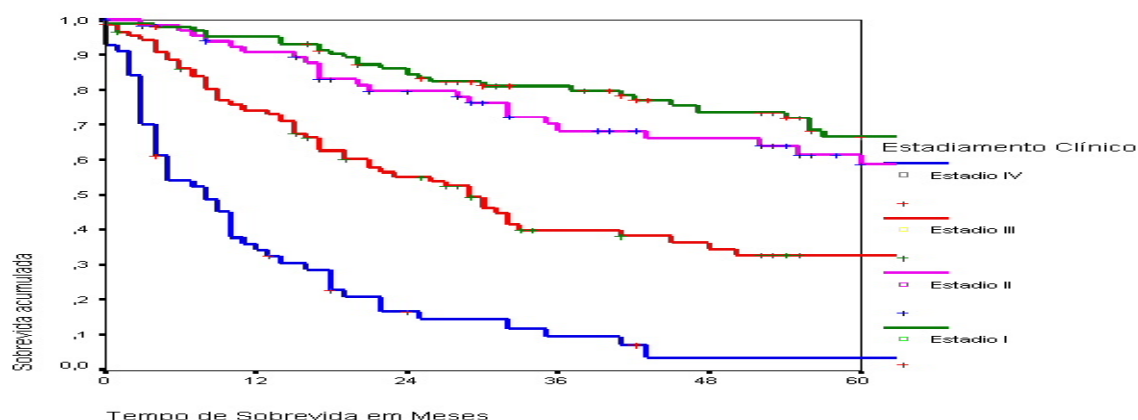


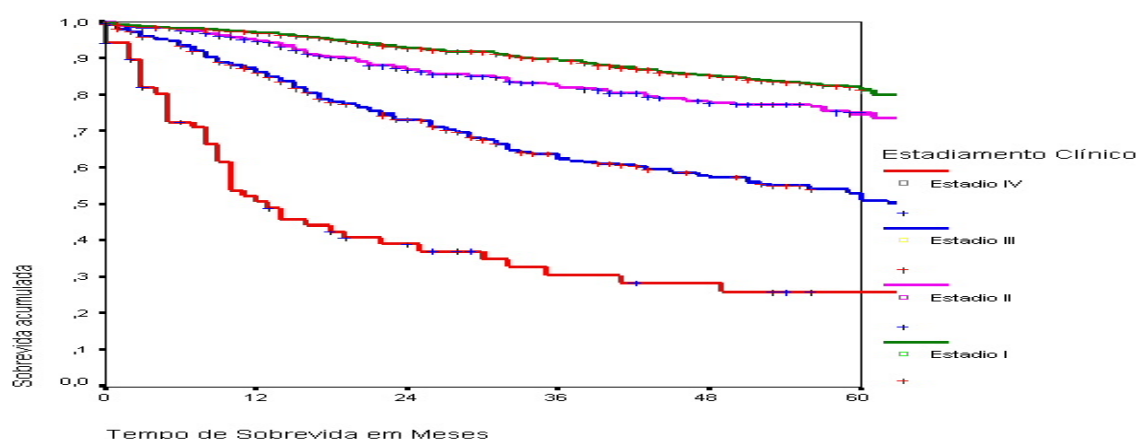
Gráfico 33 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:**Gráfico 34 - Distribuição percentual de câncer de Pele segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:****Análise de Sobrevida:****Taxas de Sobrevida em 5 anos para os tumores de Pele:**

A sobrevida global dos casos de câncer de pele foi de 75,2%, enquanto que para os casos de melanoma foi de 51,9% e para os não melanomas de 80,5%.

Quanto ao sexo, a sobrevida no câncer de pele, para os homens foi de 70,2%, contra 82,7% nas mulheres, comportamento semelhante apresentado nos casos de não melanomas.

Gráfico 35 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico para os casos de Melanoma:

As taxas de sobrevida aos cinco anos segundo o estadiamento clínico nos casos de melanoma, foram de 71,2%, 60,3%, 43,1% e 5,6% para os estádios I, II, III e IV respectivamente.

Gráfico 36 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico para os casos de Não Melanoma:

A taxa de sobrevida aos cinco anos segundo os tipos de estágios, nos casos de não melanoma, foram de 85,7%, 76,6%, 59,6% para os estágios I, II e III respectivamente.

Considerações finais:

Os tumores de pele vêm se mantendo como a neoplasia mais freqüente admitida pelo RHC nestes anos e responsável por mais de 20% do total de admissões. Observamos um declínio da curva de freqüência de casos em comparação aos anos de 1990, aumento na freqüência dos casos no ano de 2002 e novamente um declínio em 2003 e 2004. Possivelmente isso seja um reflexo das campanhas de prevenção desenvolvidas no estado e pela capacitação de profissionais para o adequado tratamento deste tipo de neoplasia.

A porcentagem de 14,4% de melanoma entre os tumores da pele é alta em comparação a proporção registrada na literatura de aproximadamente 5% do total de casos de câncer da pele. Este fato provavelmente se deva ao encaminhamento para tratamento em um hospital de referência pois muitos dermatologistas na prática diária fazem o diagnóstico e tratamento do câncer da pele não melanoma mas preferem encaminhar os casos de melanoma a profissionais com uma maior experiência, em virtude da agressividade e complexidade da doença.

COLO DO ÚTERO

Apresentação:

O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo e na maioria dos estados no Brasil é o mais freqüente assim como nos demais países em desenvolvimento.

O principal agente causal deste câncer é o vírus do papiloma humano transmitido sexualmente. Fatores envolvidos na carcinogênese são o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais.

A prevenção secundária (diagnóstico precoce) através do teste de Papanicolaou em mulheres a partir da idade sexualmente ativa, permite reduzir a mortalidade pela doença em 80% ao identificar o carcinoma in situ que é uma lesão precursora e altamente curável.

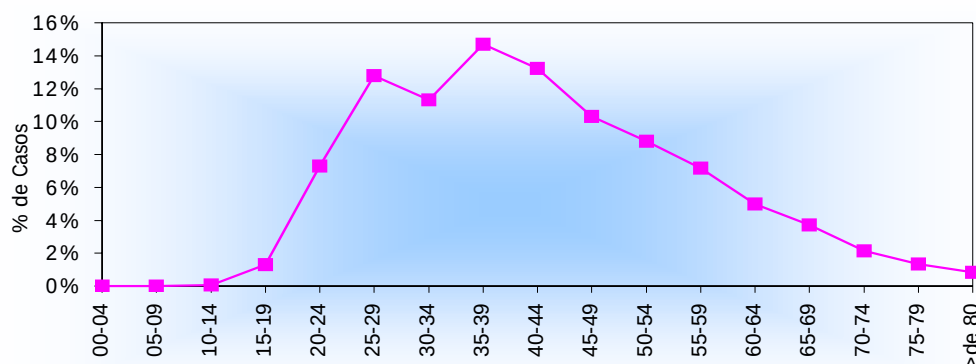
Resultados:

O câncer de colo de útero foi o segundo tumor mais freqüente, com 1.783 novos casos e representando 15,8% do total de casos de câncer admitidos pelo RHC do HEG entre 2000 a 2004. Nas mulheres foi o tumor de maior incidência.

A incidência por câncer de colo de útero aumenta a partir dos 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos..

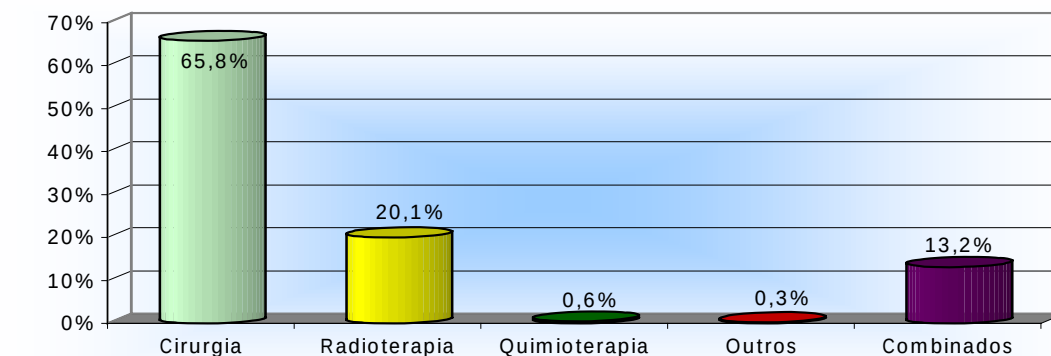
Observamos uma incidência maior dos 25 aos 29 anos, 35 aos 39 anos e entre os 40 e 44 anos.

Gráfico 37 - Distribuição percentual segundo faixa etária e sexo:



Total de 1.783 casos

Gráfico 38 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:



Total de 1.783 casos

Os tumores in situ representaram 55,2%, 13,2% dos casos apresentavam estágio I, 8,9% estágio II, 14,6% estágio III e 2% estágio IV.

Gráfico 39 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:

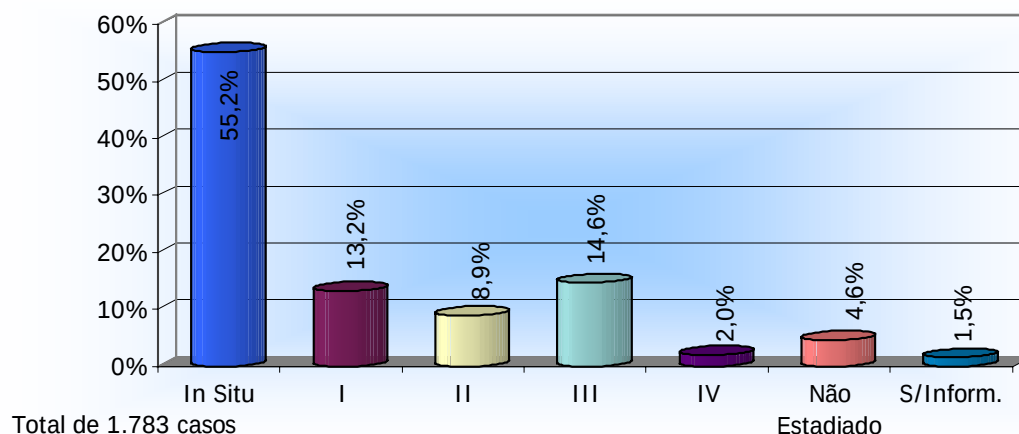
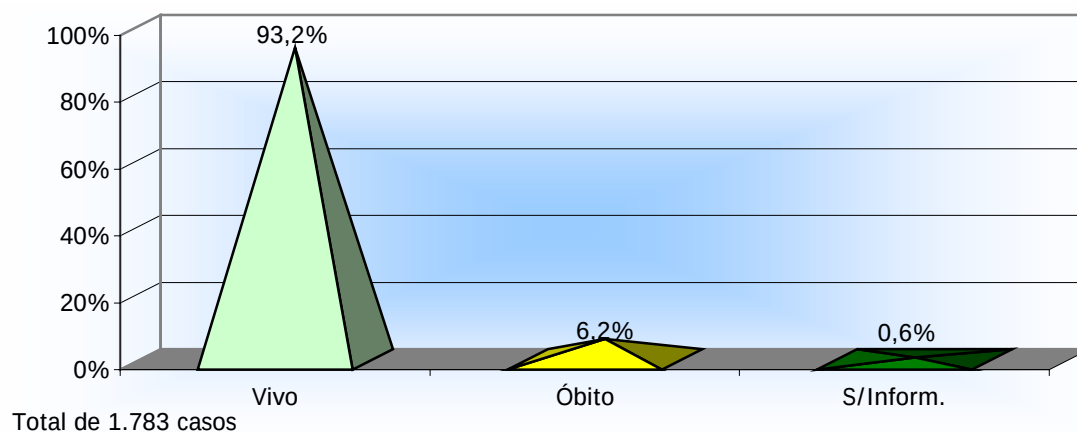


Gráfico 40 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:



Os tipos histológicos mais freqüentes estão representados na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição dos casos segundo os tipos histológicos mais freqüentes:

Morfologias	Total	%
80772 Neoplasia Intra-Epitelial G III	697	39,1%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	345	19,3%
80702 Carcinoma de Células Escamosas "In Situ", SOE	274	15,4%
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, Não Ceratinizado	168	9,4%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Ceratinizado	116	6,5%
Outras Morfologias	183	10,3%
Total	1.783	100 %

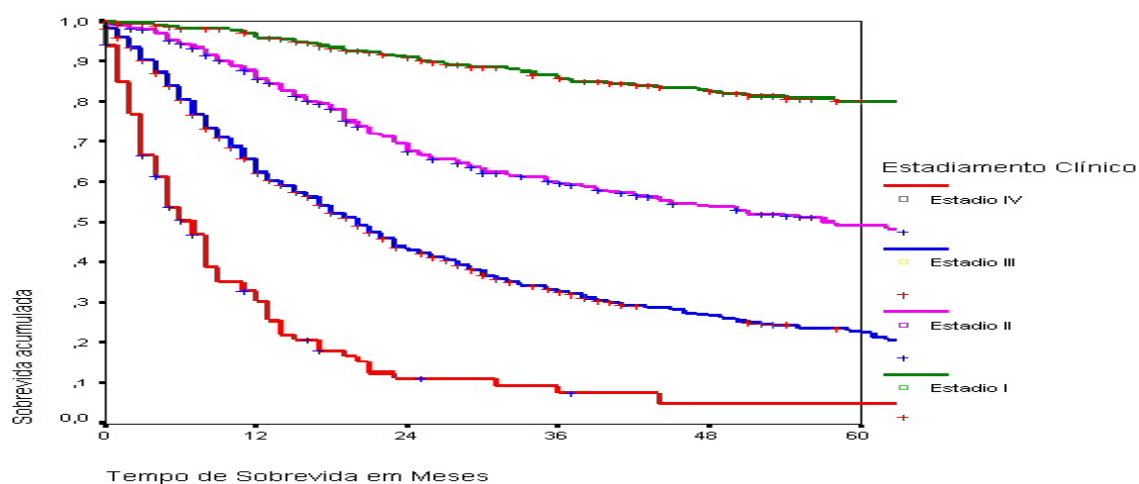
Análise de Sobrevida:

A sobrevida geral em cinco anos foi de 51,0%. A sobrevida de acordo com o estadiamento clínico está demonstrado na tabela 23 e gráfico 41.

Tabela 23 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Colo do Útero

Grupos e Seguintes de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Feminino		2.277	51,0%	1,3%
Estadio I	0,0000	398	80,2%	2,5%
II		457	49,3%	2,6%
III		719	22,6%	1,9%
IV		100	5,0%	2,9%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 41 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:**Considerações finais:**

No Hospital Erasto Gaertner observamos um aumento crescente dos casos de carcinoma in situ do colo do útero nos últimos anos. Há alguns anos a maioria dos casos eram admitidos em estádios III e IV e a inversão do quadro deve-se à eficácia das campanhas de prevenção na cidade de Curitiba e região metropolitana.

MAMA

Apresentação:

É a principal causa de morte por câncer entre as mulheres e número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Estima-se em alguns países que 12% das mulheres venham a desenvolver a doença e o câncer da mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de mama permanecem elevadas no Brasil devido a diagnóstico avançado da doença.

O principal fator de risco é o sexo feminino com uma proporção mulheres/homens de 100:1, a idade, história familiar e características genéticas, obesidade pós menopausa, fatores de risco ligados à vida reprodutiva e exposição hormonal da mulher, algumas doenças da mama como a hiperplasia florida e outras.

Os carcinomas invasivos são adenocarcinomas que se originam dos ductos terminais e apresentam 5 variáveis: carcinoma ductal infiltrante (75% dos casos), carcinoma lobular infiltrante (5 - 10%), carcinoma tubular (2%), carcinoma medular (5 – 7%) e carcinoma mucinoso (3%). Há outros tipos histológicos menos comuns como o carcinosarcoma, cistosarcoma filodes, etc.

O diagnóstico se faz por anamnese e exame físico, punção aspirativa com agulha fina, biópsia, avaliação das lesões não palpáveis e exames de imagem. O diagnóstico de câncer microinvasivo aumentou com a utilização em massa da mamografia, ainda pouco expressiva em nosso meio mas com tendência ao aumento do número de casos

A proposta para prevenção do câncer da mama segundo a Sociedade Americana de Câncer em 1997 e revisada em 2002 inclui a realização de exame físico a cada 2 ou 3 anos a partir dos 30 anos e anualmente após os 40 anos. A mamografia deve ser realizada após os 40 anos. No grupo de risco para câncer da mama estratégias adicionais devem ser estabelecidas. O screening para câncer da mama contribuiu para diminuição das taxas de mortalidade.

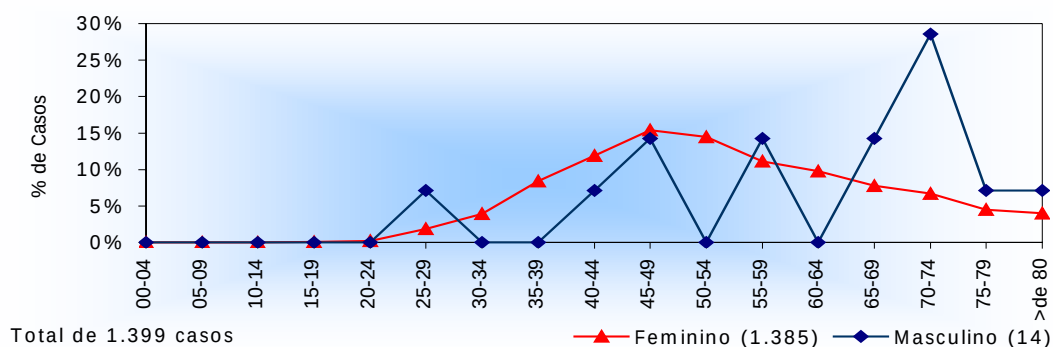
Resultados:

Com 1.399 novos casos, o câncer de mama foi o terceiro tumor mais freqüente, representando 12,4% do total de casos de câncer admitidos pelo RHC do HEG entre 2000 a 2004, e o segundo tumor mais freqüente nas mulheres.

Em pacientes do sexo masculino foram registrados 14 casos de câncer de mama, sendo 11 casos de carcinoma ductal infiltrante.

As tabelas e gráficos abaixo apresentados são referente a topografia no geral.

Gráfico 42 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo faixa etária:



A maioria dos pacientes, 57,5% dos casos, apresentaram ao diagnóstico doença inicial in situ, estágio I e II, enquanto que 26% dos casos apresentaram doenças avançada, estádios III e IV ao diagnóstico.

Gráfico 43 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo o grau de estadiamento:

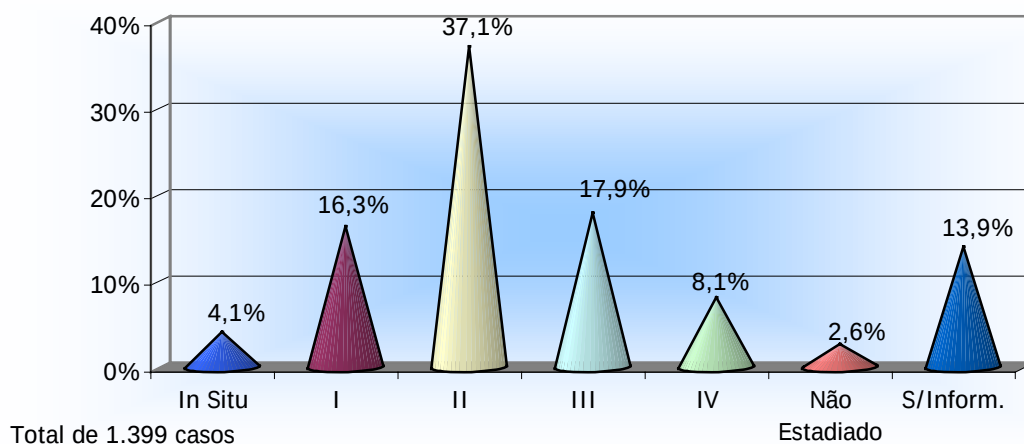


Gráfico 44 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:

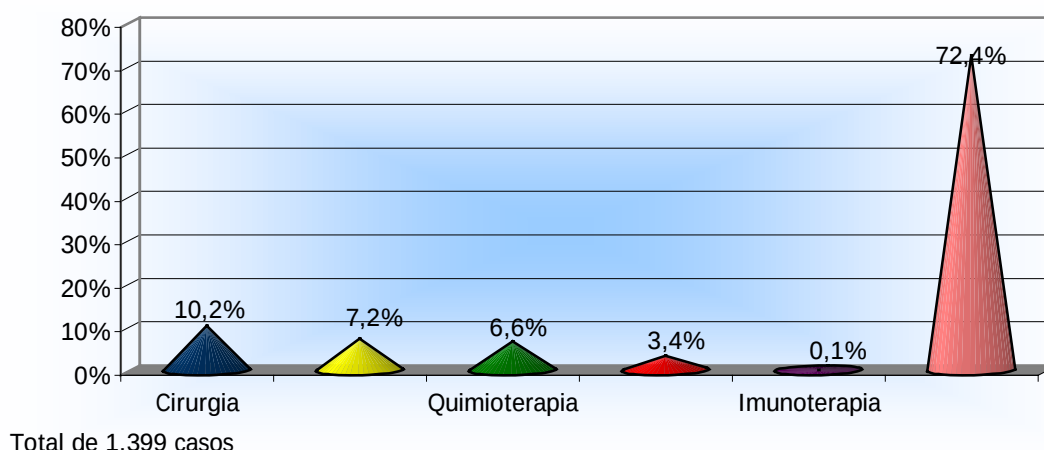
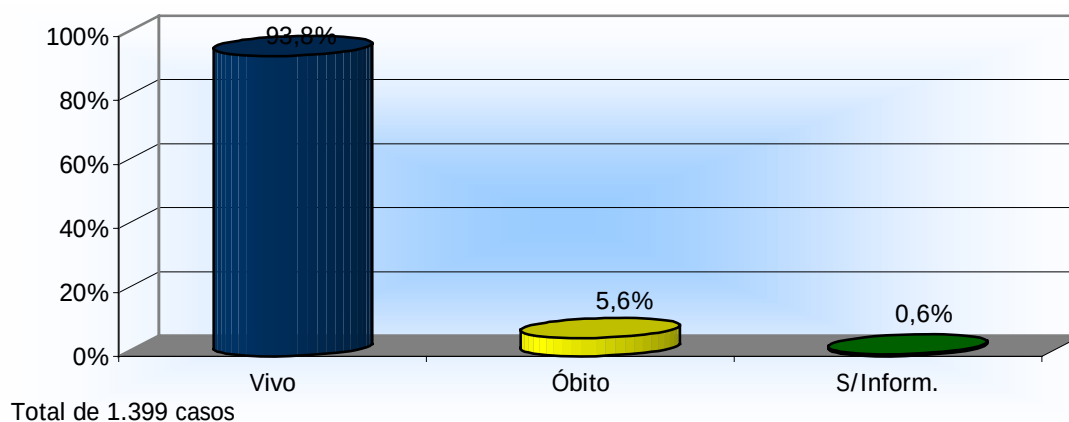


Gráfico 45 - Distribuição percentual de câncer de Mama segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:



O tipo histológico mais comum foi o carcinoma ductal infiltrante em 82,0% dos casos e o carcinoma lobular em 5,4%. O total de carcinomas intraductais foi de 4,5% dos casos.

Tabela 24 - Distribuição dos casos de câncer de Mama segundo os tipos histológicos:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
85003 Carcinoma Ductal Infiltrante	11	1.136	1.147	82,0%
85203 Carcinoma Lubular, SOE	0	75	75	5,4%
85002 Carcinoma Intraductal, Não Infiltrante, SOE	0	63	63	4,5%
81403 Adenocarcinoma, SOE	1	19	20	1,4%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	1	16	17	1,2%
Outras Morfologias	1	76	77	5,5%
Total	14	1.385	1.399	100 %

Análise de Sobrevida:

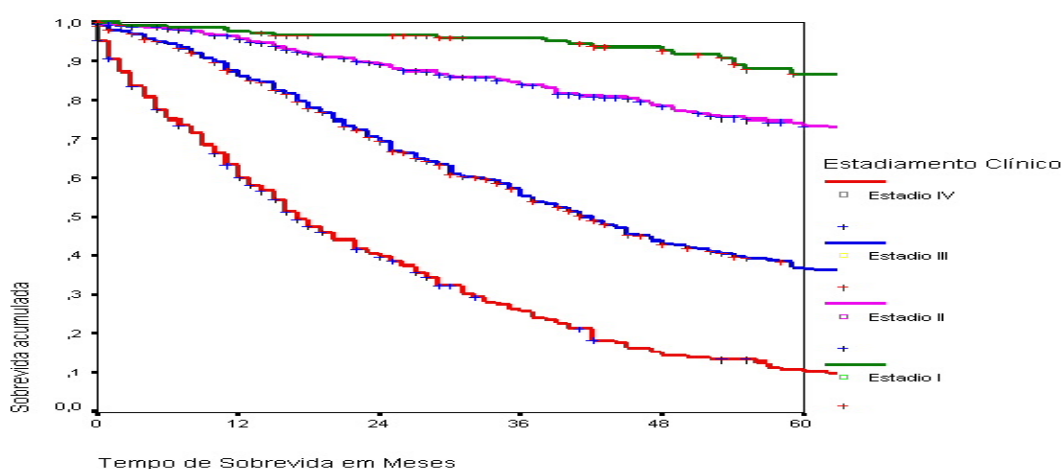
A sobrevida geral em cinco anos foi de 52,1% e correlação com o Estadio Clínico está demonstrada na tabela 25 e gráfico 46.

Tabela 25 – Taxas de sobrevida em 5 anos para os casos de Mama

Grupos e Seguimentos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Feminino		2.039	52,1%	1,3%
Estadio I	0,0000	189	86,9%	3,1%
II		706	74,4%	1,9%
III		546	36,8%	2,4%
IV		303	10,4%	2,1%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 46 - Curva de sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em câncer de Mama:



Considerações finais:

Nossos resultados no tratamento do câncer de mama, tais como a proporção de casos entre homens/mulheres (100:1), tipo histológico e tratamento combinado na maioria das vezes cirurgia associada a radioterapia, hormonioterapia ou quimioterapia, se assemelham aos relatados na literatura.

O percentual de câncer in situ é pequeno quando em comparação aos casos de câncer in situ do colo do útero (52,5%) e que é um reflexo da eficácia das campanhas de prevenção através da citologia oncológica do colo do útero.

A preocupação atual é de proporcionar às mulheres de risco para a doença acesso ao exame clínico e mamográfico possibilitando o diagnóstico precoce da doença. O sucesso da prevenção do câncer do colo do útero em nosso meio deve ser exemplo para a intensificação dos esforços dos profissionais da área da saúde e das autoridades e da conscientização da população na melhoria das campanhas de prevenção do câncer da mama.

PRÓSTATA

Introdução:

O câncer de próstata é a segunda neoplasia mais freqüente no sexo masculino segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer para 2006 perdendo apenas para os cânceres de pele não melanoma.

Apresenta alta morbi-mortalidade devido ao freqüente diagnóstico da doença somente nas fases avançadas quando ela torna-se sintomática e sem possibilidade de cura. Nos estádios iniciais frequentemente é um câncer assintomático e com altas taxas de cura.

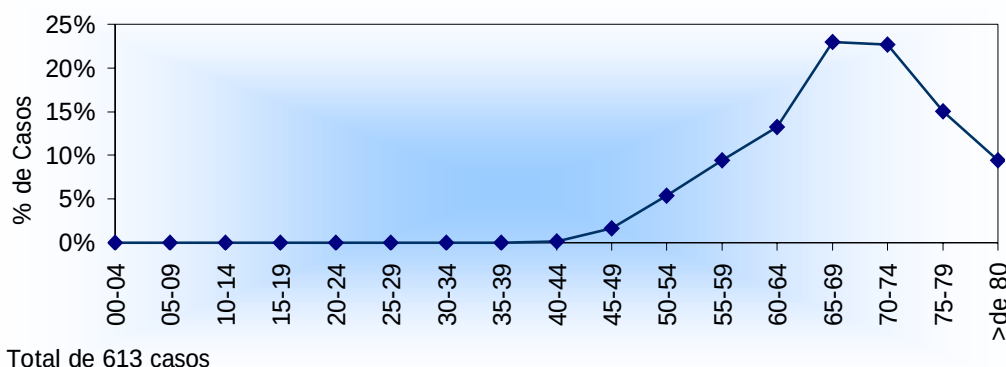
Nota-se um aumento da sua incidência devido ao envelhecimento global da população brasileira associado a um aumento da detecção de casos precoces através de campanhas de prevenção e conscientização do homem em relação ao toque retal.

Resultados:

O RHC admitiu 613 casos de câncer de próstata de 2000 a 2004 o que representou 5,4% do total dos casos do Hospital Erasto Gaertner ficando em quarto lugar como neoplasia mais freqüente nesta instituição. Observa-se um aumento gradual da incidência do câncer de próstata nos últimos anos que pode ser explicado por uma conscientização da população masculina através das campanhas de prevenção veiculadas na mídia.

Observando o gráfico da distribuição dos casos por idade nota-se que a maioria dos casos ocorre após os 60 anos o que condiz com os dados epidemiológicos da literatura mundial.

Gráfico 47 - Distribuição dos casos de câncer de Próstata segundo faixa etária:



Ao analisar o gráfico de distribuição por estadiamento depara-se com uma situação preocupante em que a maioria dos casos admitidos são estágio IV, ou seja, doença localmente avançada ou metastática.

Gráfico 48 - Distribuição percentual de câncer de Próstata segundo o grau de estadiamento:

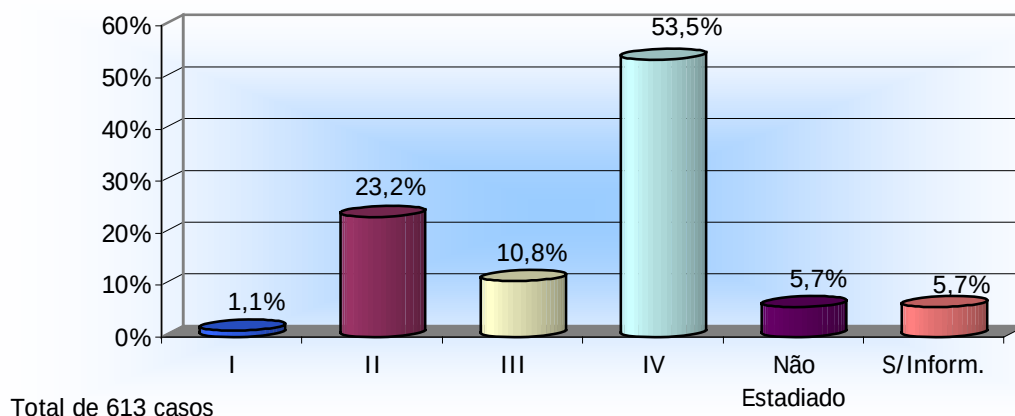
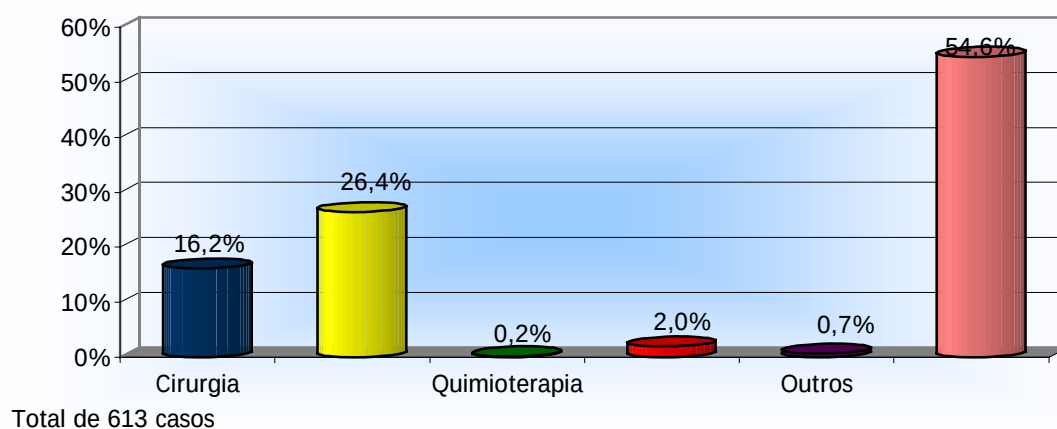
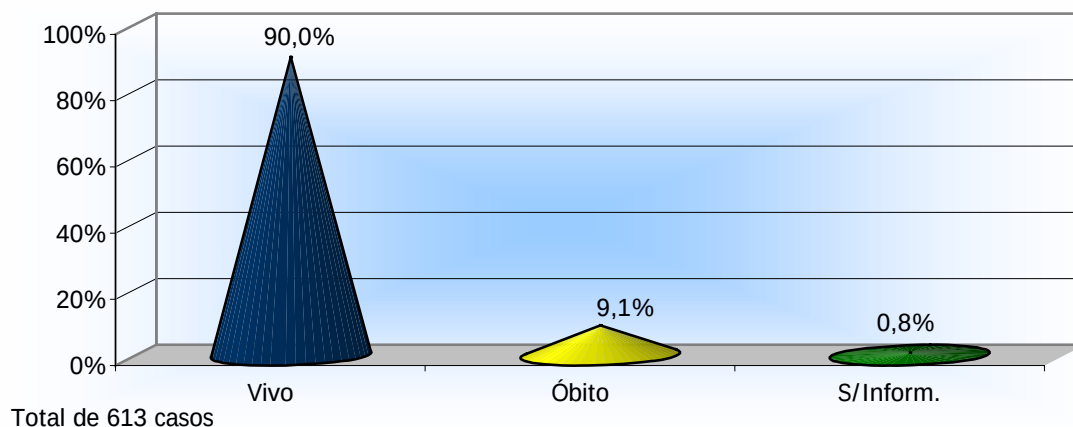


Tabela 26 - Distribuição dos casos de câncer de Próstata segundo os tipos histológicos mais frequentes:

Morfologias	Total	%
85503 Carcinoma de Células Acinosas	439	71,6%
81403 Adenocarcinoma, SOE	164	26,8%
80003 Neoplasma Maligno	5	0,8%
80103 Carcinoma, SOE	2	0,3%
80203 Carcinoma Indiferenciado, SOE	1	0,2%
Outras Morfologias	2	0,3%
Total	613	100 %

Gráfico 49 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:

Ao final da primeira fase do tratamento nota-se que 90% dos pacientes encontravam-se vivos com a taxa de óbito em torno de 9%.

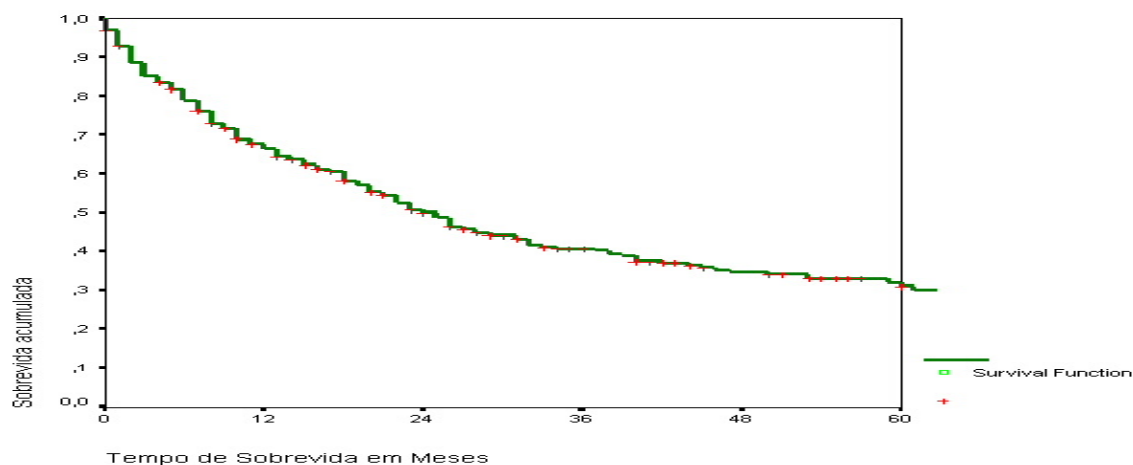
Gráfico 50 - Distribuição percentual de câncer de Próstata segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:

Análise de Sobrevida :

Taxas de Sobrevida em 5 anos para os tumores da Próstata:

A taxa foi de 24,8% ao quinto ano de seguimento, como pode ser visualizada no gráfico abaixo.

Gráfico 51 - Curva de Sobrevida Global em 5 anos em tumores de Próstata:



Considerações finais:

A incidência do câncer de próstata vem aumentando nos últimos anos o que pode ser explicado por um aumento da expectativa de vida do brasileiro e da população mundial e, também, como resultado das campanhas de prevenção do câncer de próstata. No entanto, a maioria dos casos são admitidos em estágios avançados quando a doença torna-se sintomática e a possibilidade de cura é praticamente inexistente. Mais esforços e recursos devem ser destinados a prevenção do câncer de próstata para que o diagnóstico precoce da doença possa ser realizado.

CÓLON E RETO

Introdução:

No Brasil observa-se um discreto aumento da sua incidência nos últimos anos seguindo a tendência mundial. A incidência é maior em países industrializados como Estados Unidos, Canadá e Europa ocidental e menor em países da América do Sul, África e Ásia.

A origem de câncer colo retal é multifatorial e inclui dieta rica em gordura e colesterol, lesões polipoides predisponentes, história familiar de câncer colo retal e fatores genéticos importantes. Este fator genético tem sido amplamente estudado e, atualmente, sua participação está bem estabelecida sendo a base da indicação de cirurgias profiláticas, ou seja, antes do surgimento de lesões malignas.

Novas drogas e esquemas de quimioterapia têm sugerido nos últimos anos.

Resultados:

Neste período, foram admitidos no RHC 471 casos de câncer de Cólon e Reto, sendo a 5ª topografia mais freqüente no geral, com 52,7% no sexo masculino e 47,3% no sexo Feminino. Os gráficos e tabelas representam alguns resultados.

Gráfico 52 - Distribuição dos casos de câncer de Cólon e Reto segundo faixa etária e sexo:

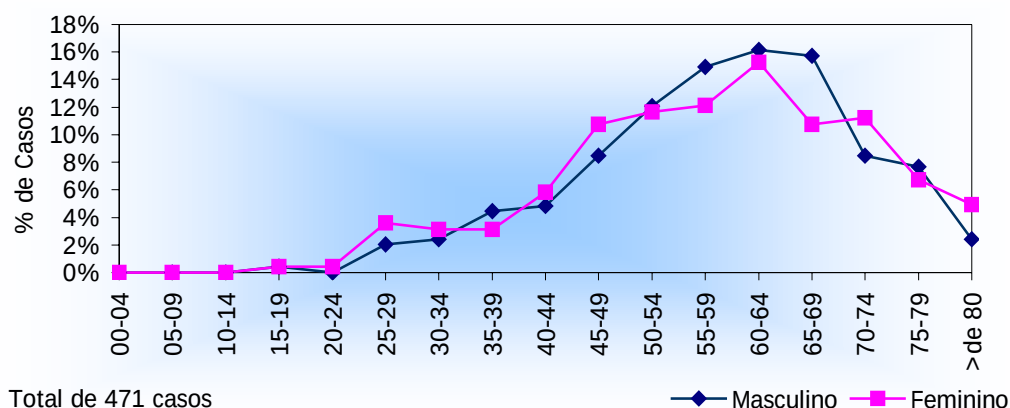


Tabela 27 - Distribuição dos casos de câncer de Cólon e Reto segundo os tipos histológicos mais freqüentes:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
82113 Adenocarcinoma Tubular	112	109	221	46,9%
81403 Adenocarcinoma, SOE	105	83	188	39,9%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	18	18	36	7,6%
80003 Neoplasma Maligno	3	2	5	1,1%
82623 Adenocarcinoma Viloso	1	3	4	0,8%
Outras Morfologias	9	8	17	3,6%
Total	248	223	471	100%

Tabela 28 - Distribuição dos casos segundo as topografias que compõe o grupo do câncer Colo Retal:

Topografias	Masculino	Feminino	Total
C18 Cólon	39,9%	37,7%	38,9%
C19 Junção Retossigmoidiana	7,7%	10,8%	9,1%
C20 Reto	52,4%	51,6%	52,0%
Total	248	223	471

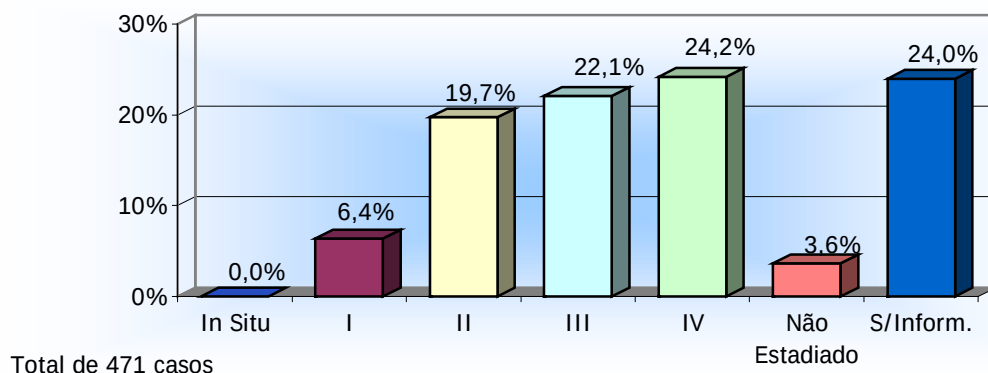
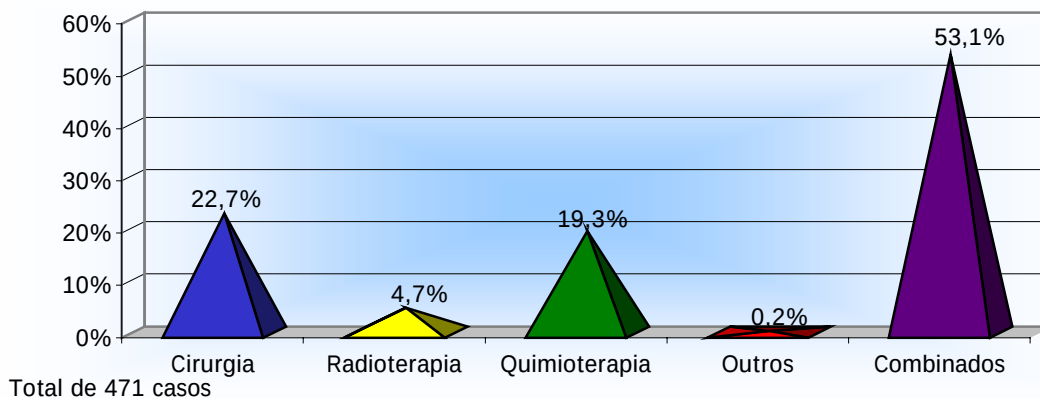
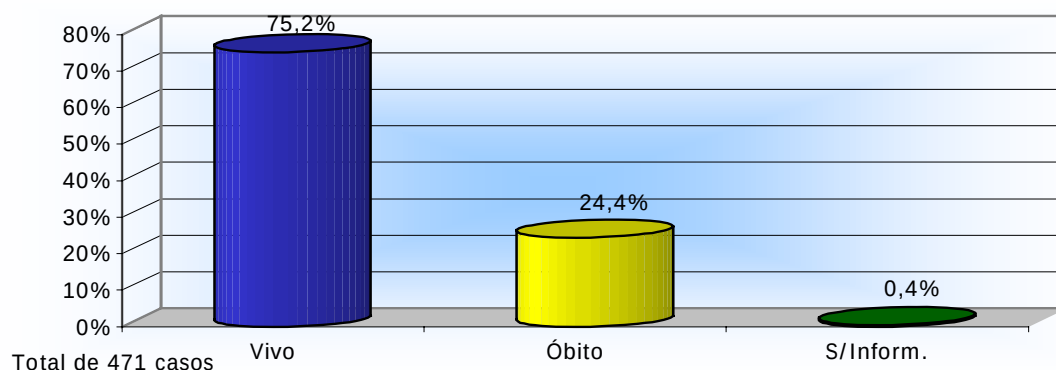
Gráfico 53 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo o grau de estadiamento:**Gráfico 54 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:**

Gráfico 55 - Distribuição percentual de câncer de Cólon e Reto segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:**Análise de Sobrevida:**

A sobrevida geral em cinco anos foi de 25,7%; 19,1% no sexo masculino e 30,5% no sexo feminino com isso há diferença significativa entre estas duas taxas de sobrevida ao nível de significância de 5%. A sobrevida de acordo com o Estadio Clínico está representado na tabela 29 e gráfico 56.

Tabela 29 - Taxa de Sobrevida em 5 anos para os casos de Cólon e Reto

Grupos e Seguimentos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Total		518	25,7%	2,3%
Masculino	0,3383	252	19,1%	3,0%
Feminino		266	30,5%	3,4%
Estadio I	0,0000	27	62,9%	10,9%
II		127	40,0%	5,0%
III		96	25,2%	6,5%
IV		106	3,8%	2,5%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

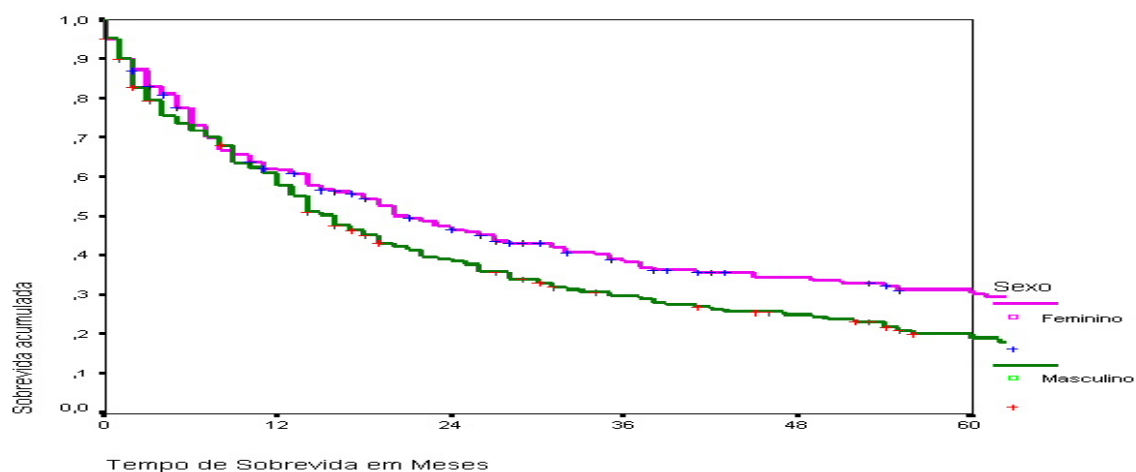
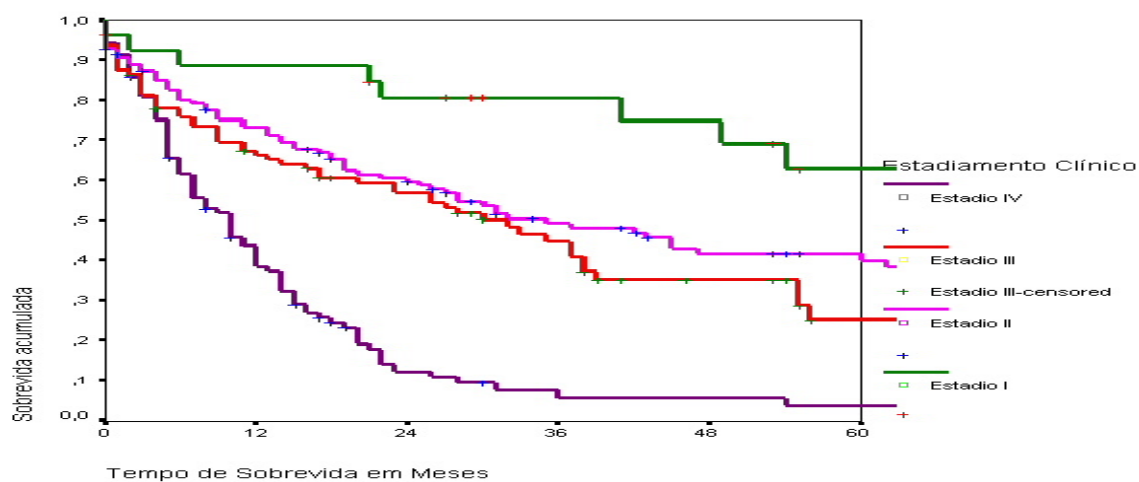
Gráfico 56 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo sexo em câncer de Cólon e Reto:

Gráfico 57 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em câncer de Cólon e Reto:



Considerações finais:

Os tumores de Cólon e Reto em nossa experiência estão entre os cinco tipos de neoplasias mais freqüentes. A prevenção primária que se faz através da identificação dos fatores de risco.

A prevenção secundária deve ser realizada através da identificação e o tratamento das doenças pré malignas.

ESÔFAGO

Introdução:

A incidência do câncer do esôfago é variável e representa 1 a 2% das neoplasias malignas. Na região sul do Brasil a incidência é de aproximadamente 44 casos por 100.000 habitantes ano sendo considerada uma das mais altas no mundo. Os fatores relacionados na carcinogênese são o tabagismo, etilismo e ingestão de mate quente. Algumas doenças e condições estão associadas ao aumento da incidência de câncer do esôfago como a acalasia e a síndrome de Plummer-Vinson.

Os tipos histológicos mais comuns são o carcinoma espinocelular e o adenocarcinoma, e menos frequentemente os sarcomas, linfomas, carcinomas de glândulas salivares, etc.

Resultados:

O RHC admitiu 456 casos de câncer de esôfago de 2000 a 2004, sendo 72,9% no sexo masculino e 27,1% no sexo feminino. Este tipo de tumor foi a 6º tumor mais freqüente neste período. Os gráficos apresentam alguns resultados desta topografia.

Gráfico 58 - Distribuição dos casos segundo a faixa etária e sexo:

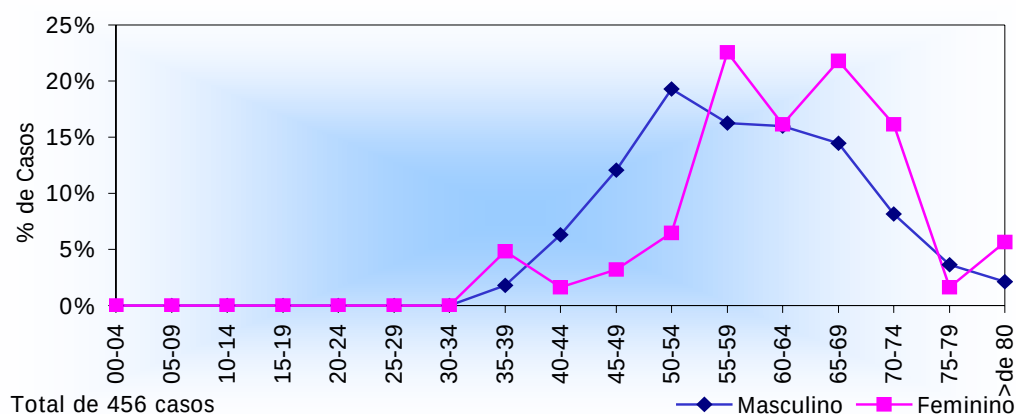


Gráfico 59 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:

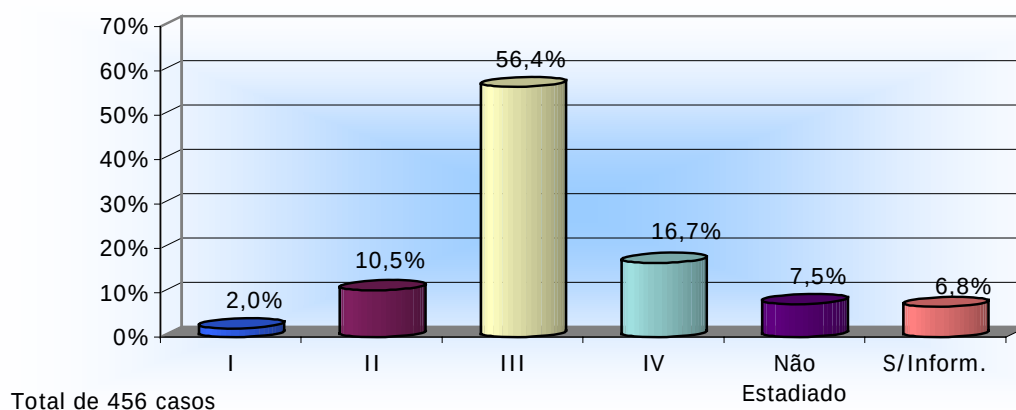
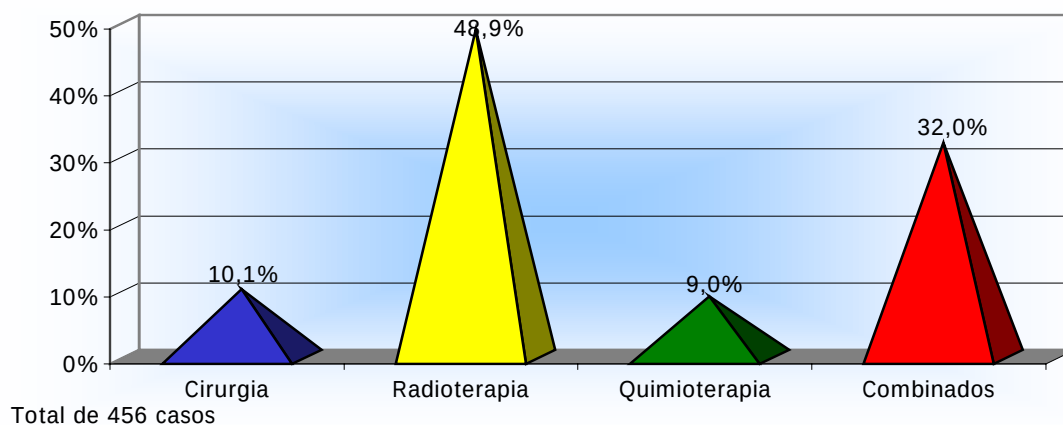
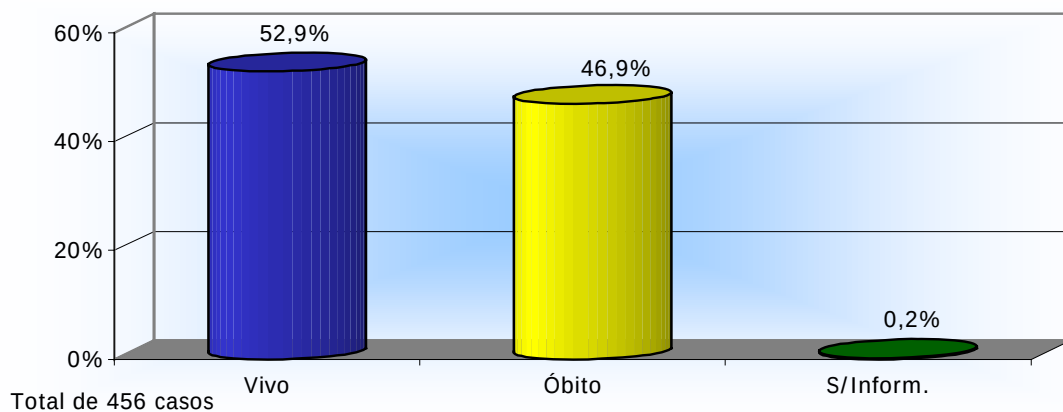


Tabela 30 - Distribuição percentual segundo os tipos histológicos mais freqüentes:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	298	116	414	90,8%
80103 Carcinoma, SOE	15	3	18	3,9%
80723 Ca de Células Escamosas Grandes, Não Cerati	6	2	8	1,8%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Cerati	2	2	4	0,9%
81403 Adenocarcinoma, SOE	4	0	4	0,9%
Outras Morfologias	7	1	8	1,8%
Total	332	124	456	100%

Gráfico 60 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:**Gráfico 61 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:**

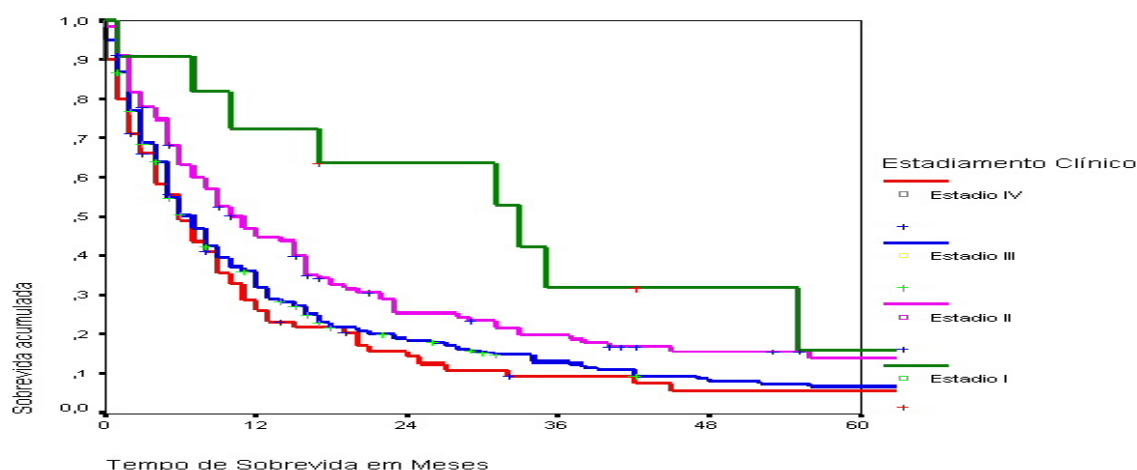
Análise de Sobrevida:

A sobrevida geral em cinco anos foi de 7,1%, sendo de 6,0% e 10,4% no sexo masculino e feminino respectivamente. A correlação com o Estadio Clínico é apresentado na tabela e gráfico abaixo.

Tabela 31 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Esôfago:

Grupos e Seguimentos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Total		761	7,1%	1,2%
Masculino	0,0170	568	6,0%	1,2%
Feminino		193	10,4%	2,7%
Estadio I	0,0237	11	15,9%	Não conclusivo
II		137	13,6%	4,8%
III		283	6,7%	2,4%
IV		80	5,7%	4,5%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 62 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico em tumores de Esôfago:**Considerações finais:**

A grande maioria dos pacientes apresentam doença avançada ao diagnóstico e aproximadamente 10% dos pacientes são candidatos de tratamento cirúrgico curativo. A endoscopia digestiva alta quando realizada de rotina no tabagista pode detectar lesões em estádios iniciais, porém não é realizada, até o momento, como rotina para screening da população em nosso país.

ESTÔMAGO

Introdução:

A incidência e mortalidade do câncer de estômago tem sido marcada por um declínio nos países desenvolvidos nas últimas décadas. O Brasil tem seguido esta tendência já que a sua incidência estimada para 2006 o coloca na terceira posição no Brasil e em relação à mortalidade ocupa a segunda posição com causa de óbito por câncer nos homens e a quinta posição nas mulheres.

Na epidemiologia do câncer de estômago observa-se importante contribuição do fator geográfico e conseqüentemente dos fatores dietéticos e ambientais com diferenças significativas em diferentes países.

Nos últimos anos tem se observado uma mudança no comportamento do câncer gástrico em relação à topografia da lesão primária, com um importante aumento dos adenocarcinomas de cárdia e uma redução da incidência nas demais porções do estômago.

Resultados:

O RHC admitiu de 2000 a 2004, 429 casos de câncer de estômago, sendo a 7ª topografia mais freqüente. Quanto ao sexo, o masculino representa 70,3% contra 29,7% no feminino. Os gráficos e tabelas apresentam alguns resultados desta topografia.

Gráfico 63 - Distribuição dos casos segundo faixa etária e sexo:

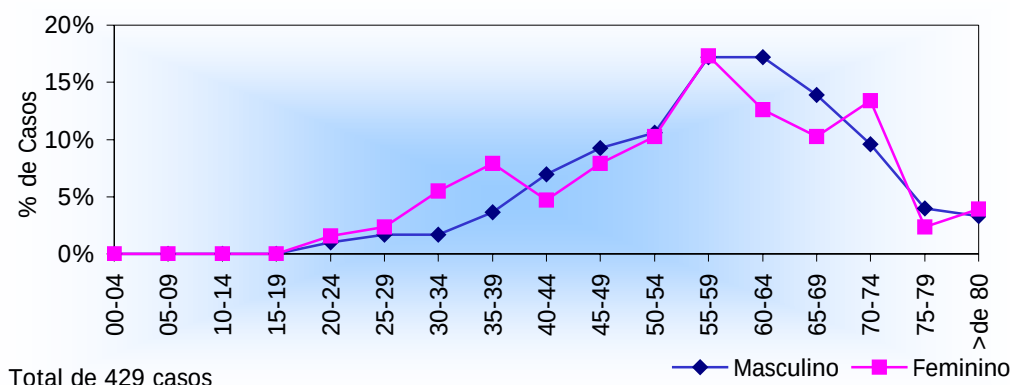


Gráfico 64 - Distribuição percentual segundo o grau de estadiamento:

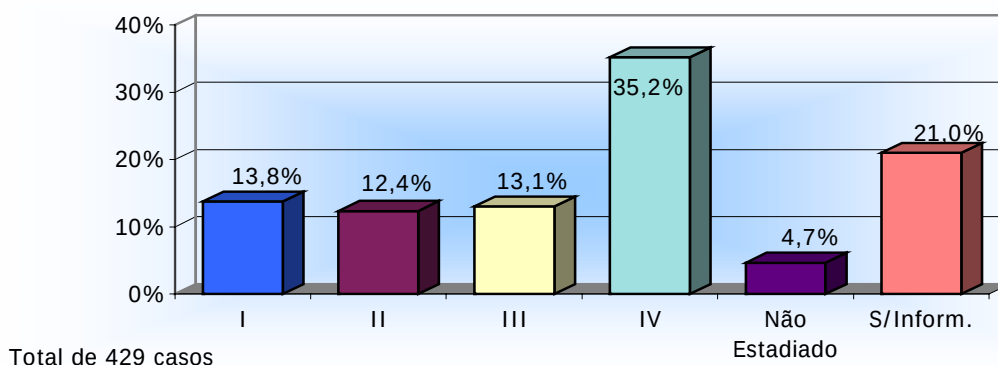
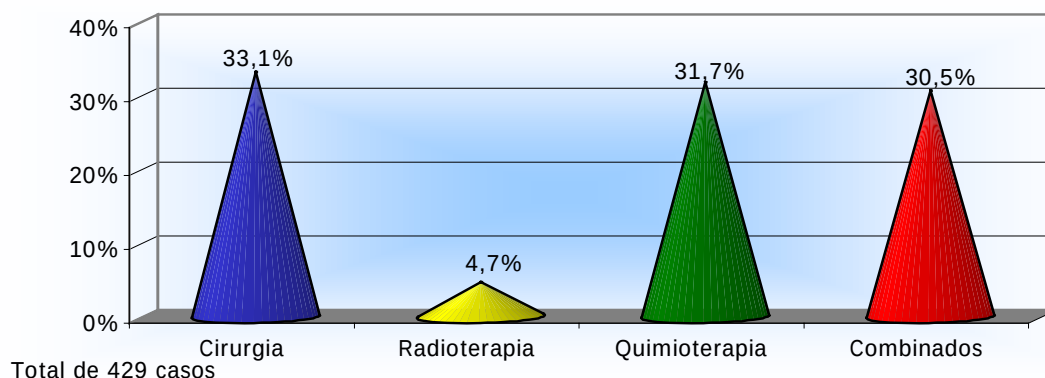
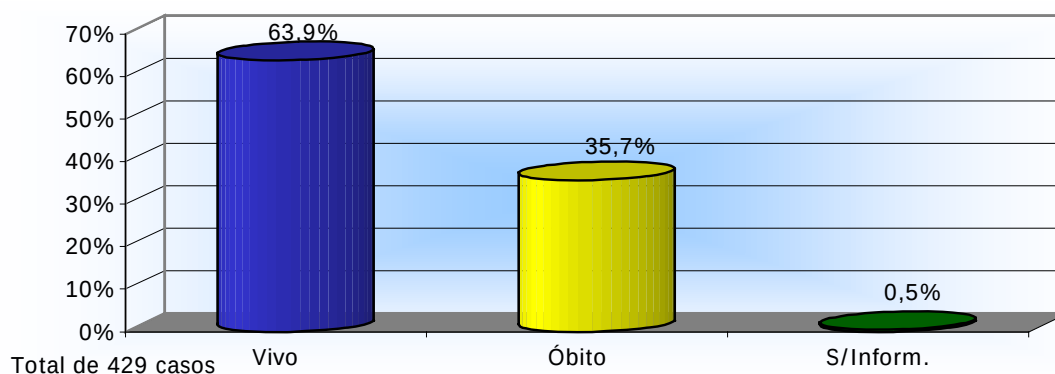


Tabela 32 - Distribuição dos casos segundo os tipos histológicos mais frequentes:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
81403 Adenocarcinoma, SOE	114	44	158	36,8%
82113 Adenocarcinoma Tubular	104	29	133	31,0%
84903 Carcinoma de Células em Anel de Sinete	45	38	83	19,3%
84803 Adenocarcinoma Mucinoso	25	10	35	8,2%
80003 Neoplasma Maligno	3	0	3	0,7%
Outras Morfologias	11	6	17	4,0%
Total	302	127	429	100%

Gráfico 65 - Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:

A observação do gráfico de sobrevida ao final da primeira fase do tratamento demonstra a agressividade da doença com aproximadamente 35% de óbito antes do término da fase inicial de tratamento.

Gráfico 66 - Distribuição percentual segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:

Análise de Sobrevida:

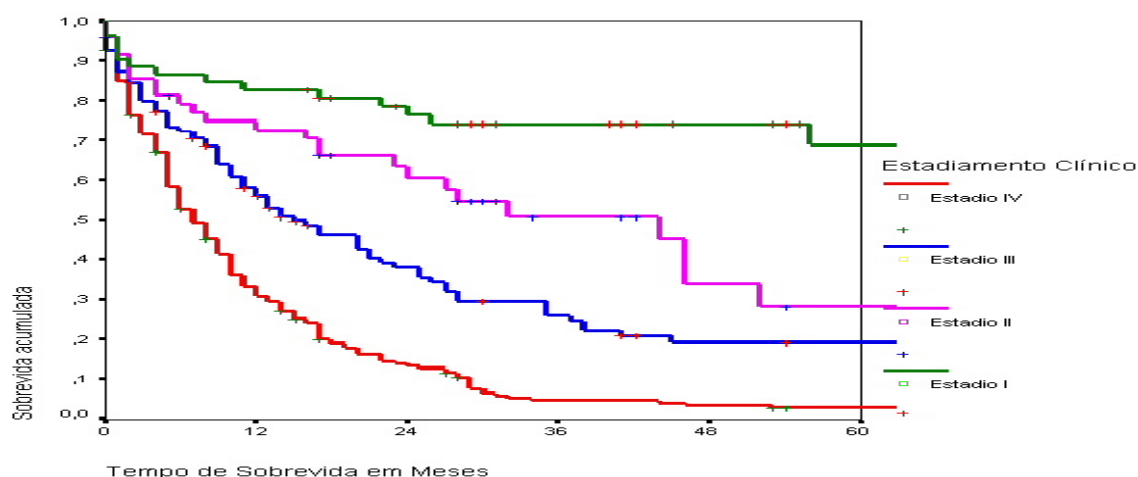
A sobrevida geral em cinco anos foi de 16,0%, já em relação ao sexo, 11,5% e 28,3% no sexo masculino e feminino respectivamente, com diferença significativa entre estas duas taxas de sobrevida ao nível de significância de 5%. A sobrevida quanto ao Estadio Clínico está demonstrada na tabela e gráfico abaixo.

Tabela 33 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Estômago:

Grupos e Seguimentos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Total		541	16,0%	1,9%
Masculino	0,0727	397	11,5%	2,0%
Feminino		144	28,3%	4,3%
Estadio I	0,0000	52	68,9%	7,7%
II		49	28,3%	9,6%
III		110	17,1%	4,4%
IV		221	2,9%	1,3%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 67 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:



Considerações finais:

O câncer de estômago continua sendo um desafio para os oncologistas devido a sua grande agressividade demonstrada por altas taxas de recidiva local e a distância.

As altas taxas de estádios avançados, aproximadamente 49,2% dos casos, traduzem uma característica clínica importante do câncer de estômago que é a baixa frequência de sintomas nos estádios iniciais.

BOCA

Introdução:

O câncer da boca inclui os sub-sítios anatômicos do lábio, mucosa bucal, língua, assoalho da boca, palato duro, rebordo alveolar superior e inferior.

A estimativa do INCA para o ano de 2006 é de 13.470 casos novos de câncer da boca no Brasil, sendo o 9º mais freqüente (7º mais comum entre os homens e 8º entre as mulheres). No estado do Paraná a estimativa para o ano de 2006 é de 1.080 casos novos e 210 casos na capital, Curitiba.

Os carcinomas espinocelulares representam 90% dos casos com incidência maior em indivíduos de meia idade e idosos apesar da considerável proporção de indivíduos jovens diagnosticados nos últimos anos.

O principal fator de risco para câncer do lábio é a exposição solar crônica sendo muito comum em agricultores na região sul do país. O câncer da boca apresenta como principais fatores de risco o tabagismo e o etilismo.

O tratamento do câncer da boca é feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, associando-se estes tratamentos na doença avançada.

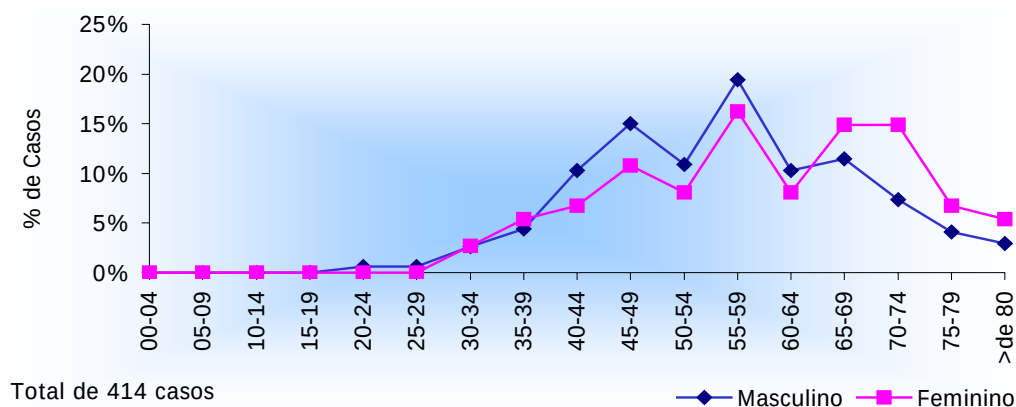
Mais de 15% dos pacientes apresentam um segundo tumor primário, e desta forma é importante a investigação e exame das demais topografias do trato aerodigestivo superior.

Apesar dos avanços da cirurgia, novas técnicas de radioterapia e novas drogas, as taxas de sobrevivência em 5 anos (50 – 55%) permanecem inalteradas sendo que a grande maioria dos tumores são diagnosticados em estádios avançados.

Resultados:

Neste período foram admitidos 414 casos novos de câncer de Boca sendo o 8º grupo topográfico mais freqüente na instituição. A proporção da incidência entre sexo masculino e feminino foi de aproximadamente 5:1, sendo 84,2% dos casos no sexo masculino e 15,8% no sexo feminino.

Gráfico 68 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo faixa etária e sexo:



O tipo histológico mais comum foi o carcinoma de células escamosas representando 96,4% dos casos.

Tabela 34 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo os tipos histológicos mais freqüentes:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	331	68	399	96,4%
82003 Carcinoma Adenoide Cístico, SOE	0	4	4	1,0%
80103 Carcinoma, SOE	3	0	3	0,7%
80713 Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Cerati	2	0	2	0,5%
80003 Neoplasma Maligno	1	1	2	0,5%
Outras Morfologias	3	1	4	1,0%
Total	340	74	414	100%

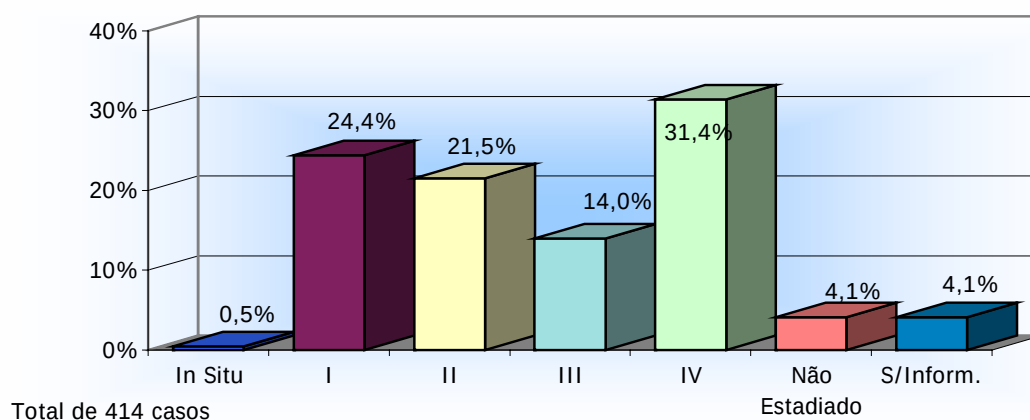
Os sub-sítios anatômicos mais comuns foram a lábio (36,5%), assoalho da boca (21,0%) e outras partes da boca (19,1%). A Tabela 35 mostra os sub-sítios anatômico de acordo como o sexo.

Tabela 35 - Distribuição dos casos de câncer de Boca segundo as topografias que compõe o grupo Boca:

Topografias	Mas	Fem	Total
C00 Lábio	30,2%	6,3%	151
C02 Outras partes da lingua	16,7%	2,4%	79
C03 Gengiva	1,4%	0,5%	8
C04 Assoalho da boca	16,9%	4,1%	87
C05 Palato Duro (C050)	3,4%	2,9%	26
C06 Outras partes da boca	13,5%	1,7%	63

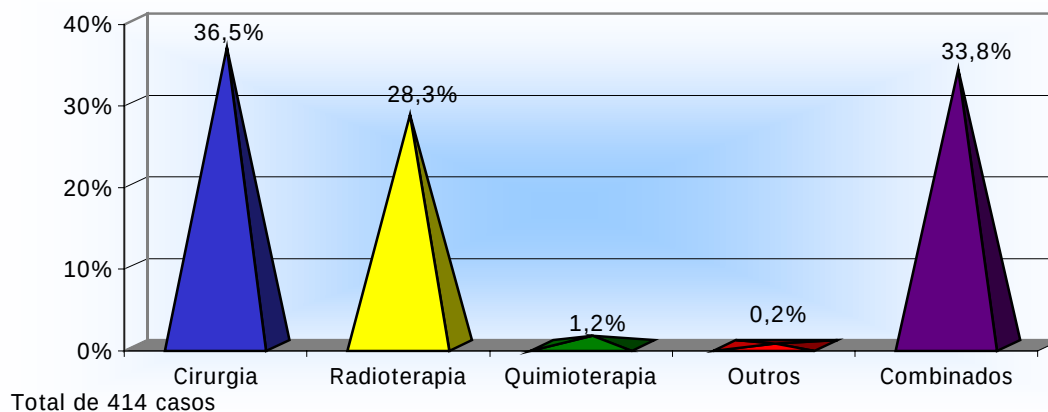
Quanto ao estadiamento 48,9% dos casos foram classificados em estádios I e II ao diagnóstico e 45,4% estádios III e IV. Os carcinomas in situ representaram 0,5% dos casos.

Gráfico 69 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo o grau de estadiamento:



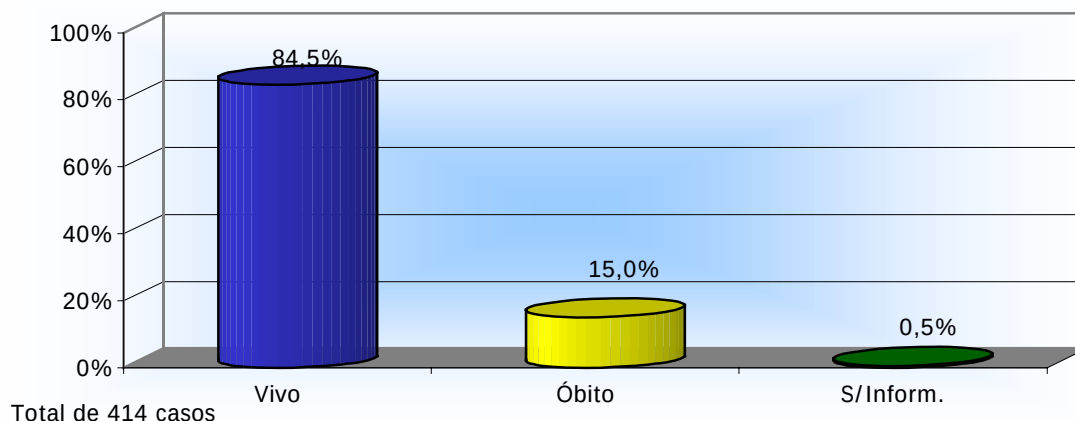
Quanto a forma de tratamento 33,8% receberam tratamento concomitante, 36,5% cirurgia exclusiva e 28,3% dos pacientes foram tratados com radioterapia exclusiva.

Gráfico 70 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:



Ao final do tratamento 84,5% dos pacientes estavam vivos e sem sinais de doença enquanto que 15,0% evoluíram à óbito.

Gráfico 71 - Distribuição percentual de câncer de Boca segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:



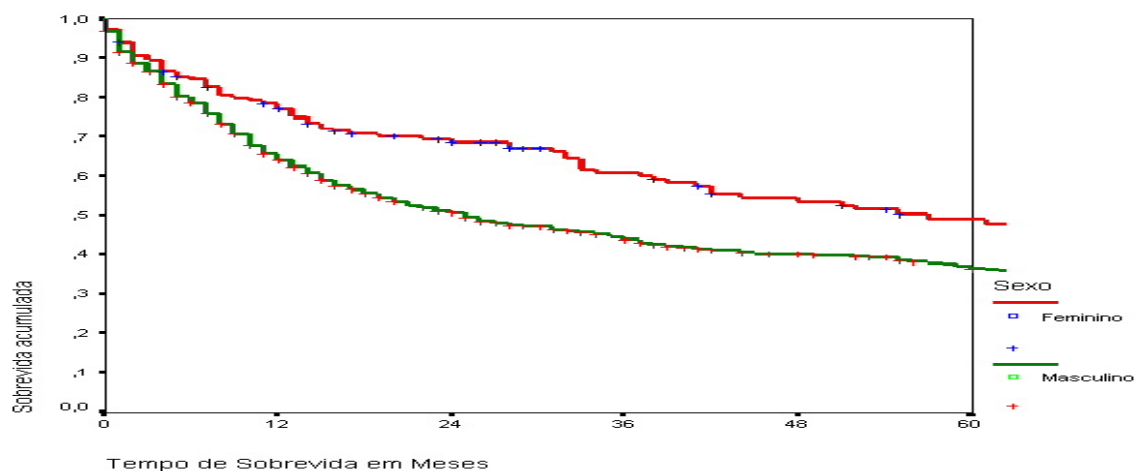
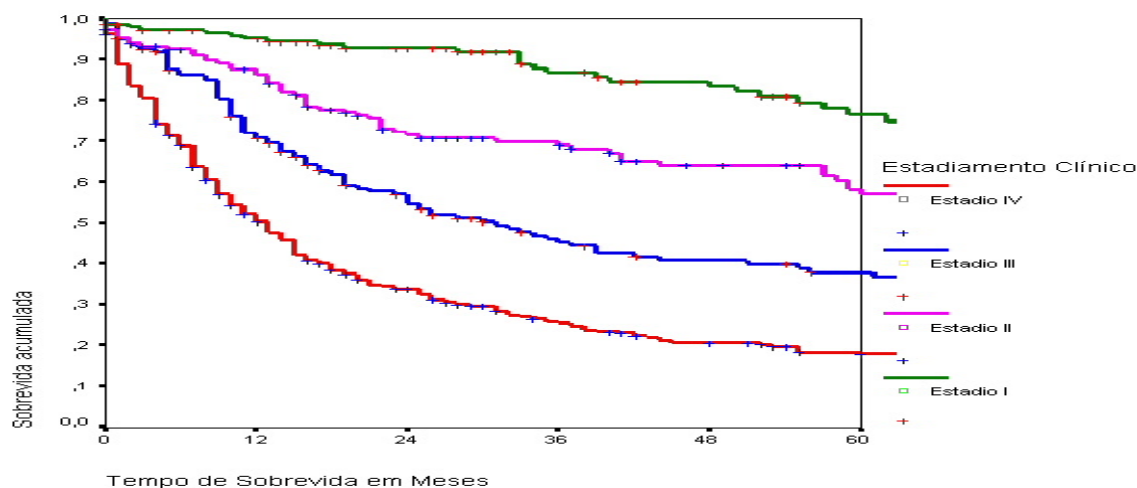
Análise de Sobrevida:

A sobrevida geral em cinco anos foi de 38,8%, já em relação ao sexo, 37,0% e 49,1% no sexo masculino e feminino respectivamente, com diferença significativa. A sobrevida de acordo com o Estadio Clínico está representado na tabela 36 e gráfico 73.

Tabela 36 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de Boca:

Grupos e Seguimentos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Total		975	38,8%	1,7%
Masculino	0,0265	824	37,0%	1,9%
Feminino		151	49,1%	4,6%
Estadio I	0,0000	147	76,4%	4,5%
II		149	57,0%	4,7%
III		164	36,8%	4,3%
IV		402	18,0%	2,2%

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 72 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Sexo:**Gráfico 73 - Curva de Sobrevida em 5 anos segundo Estadiamento Clínico:****Considerações finais:**

O controle da doença depende da prevenção e do diagnóstico precoce. Os números deste relatório enfatizam uma necessidade de intensificação das campanhas de prevenção. A tendência é que a proporção de tumores in situ na boca aumente nos próximos anos visto o aumento da adesão da população às campanhas de prevenção do câncer da boca realizadas na cidade de Curitiba e demais municípios.

Os indivíduos precisam ser informados quanto aos sinais e sintomas da doença e os meios de comunicação devem persistir e incrementar a divulgação a respeito das campanhas de prevenção. Os profissionais da saúde devem ser treinados para reconhecer as lesões em estádios iniciais e principalmente as lesões precursoras do câncer da boca.

BRÔNQUIOS E PULMÕES

Introdução:

O câncer do pulmão apresenta incidência crescente nos últimos anos sendo a primeira causa de morte por câncer em ambos os sexos. A sobrevida global em 5 anos é de aproximadamente 14% pois em geral são diagnosticados tardiamente (estádios III e IV).

A estimativa do INCA para o câncer do pulmão no ano de 2006 é de 17.850 casos novos entre homens e de 9.320 nas mulheres, correspondendo a um risco estimado de 19 casos novos a cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão nos homens é o segundo mais freqüente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste e em mulheres é o quarto mais freqüente nas regiões sul, sudeste, centro-oeste e norte. No Brasil o câncer de pulmão apresenta uma maior freqüência na região sul.

O principal fator de risco é o tabagismo e através das taxas de incidência da doença podemos conhecer o consumo de cigarro em determinado país.

O câncer de pulmão não-pequenas células inclui o adenocarcinoma, o carcinoma espinocelular e o carcinoma de grandes células. O câncer de pulmão de células pequenas representa 15 a 20% dos casos, pertence ao grupo de tumores neuroendócrinos e apresenta estadiamento, tratamento e prognóstico diferente dos demais tipos histológicos.

O estadiamento clínico se faz através da anamnese, exame físico, exames de imagem (tomografia axial computadorizada, ressonância nuclear magnética, mapeamento ósseo, tomografia com emissão de pósitrons) e métodos invasivos (broncoscopia, biópsia percutânea ou transesofágica, videotoracoscopia, mediastinoscopia, toracotomia exploradora). A realização de tomografia computadorizada do crânio para estadiamento está indicada nos tumores de pequenas células e nos outros tumores a depender do estágio da doença.

Entre os vários fatores prognósticos estão a perda de peso (mais de 10% do peso corporal em menos de 6 meses), performance status baixo, tipo histológico além do carcinoma espinocelular, idade superior a 65 anos e metástases ósseas.

O tratamento do câncer do pulmão do tipo não pequenas células em estádios I e II é sempre cirúrgico. No estágio III-A, a depender do status linfonodal e tamanho do tumor, é realizado cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante à cirurgia. No estágio III-B está indicado a radioterapia e no estágio IV o tratamento depende da presença da localização e número de metástases, incluindo tratamento cirúrgico em casos selecionados, radioterapia e quimioterapia. A radioterapia adjuvante ou neoadjuvante à cirurgia é indicada em casos selecionados, como exemplo os pacientes com margens comprometidas pós ressecção cirúrgica do tumor.

A base do tratamento do câncer do pulmão de pequenas células é a quimioterapia e na doença limitada pode ser associado à radioterapia.

Resultados:

O RHC admitiu, de 2000 a 2004, 409 casos de câncer de pulmão, sendo 66,3% no sexo masculino e 33,7% no sexo feminino. Este tipo de tumor foi o 9º tumor mais freqüente neste período. Os gráficos 74, 75, 76, 77 e 78 e tabelas 37 e 38 apresentam alguns resultados para esta topografia.

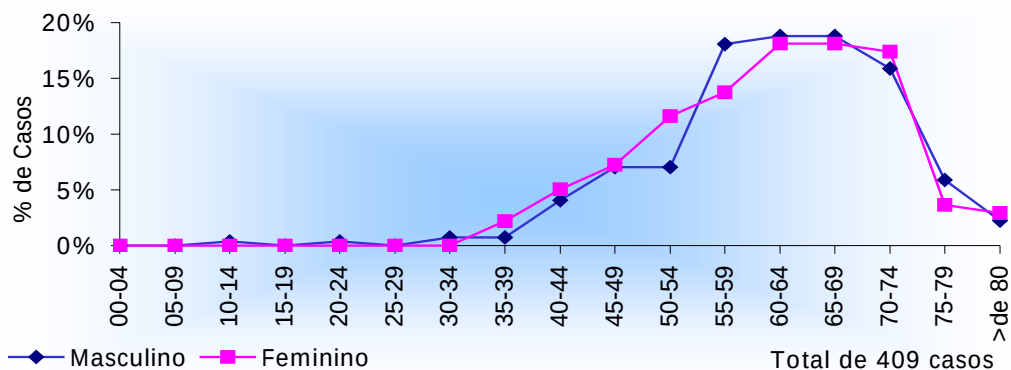
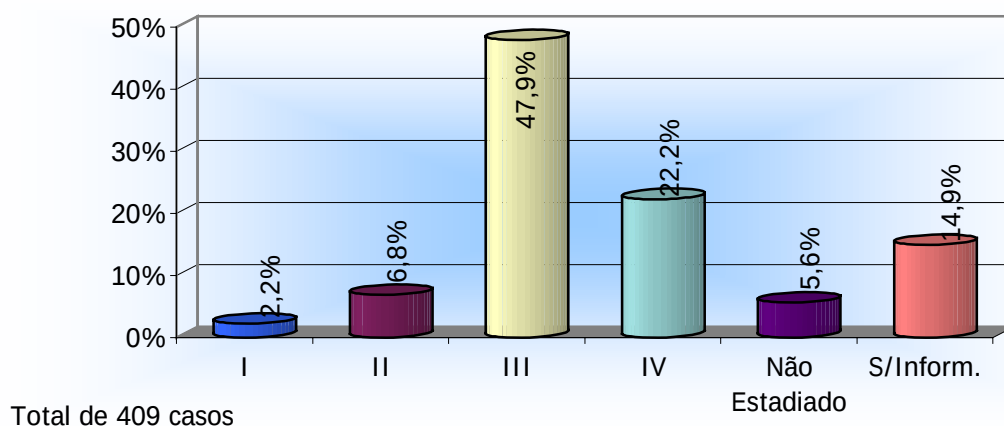
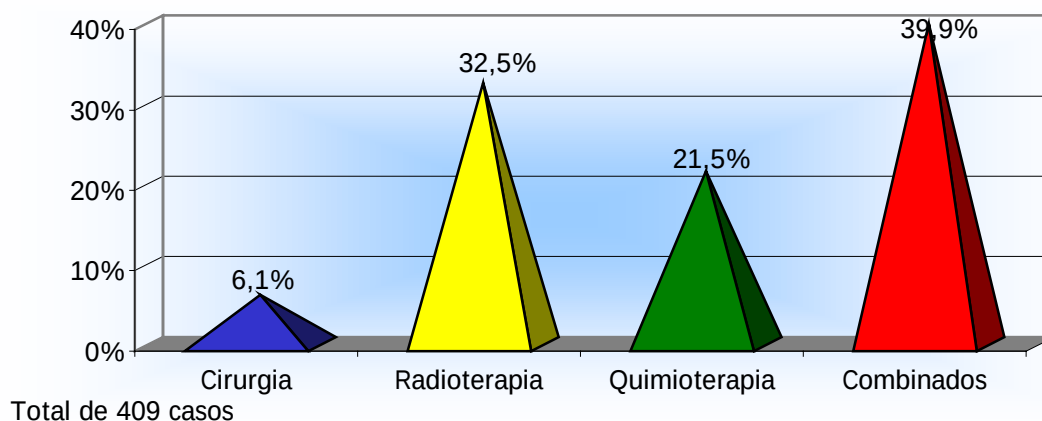
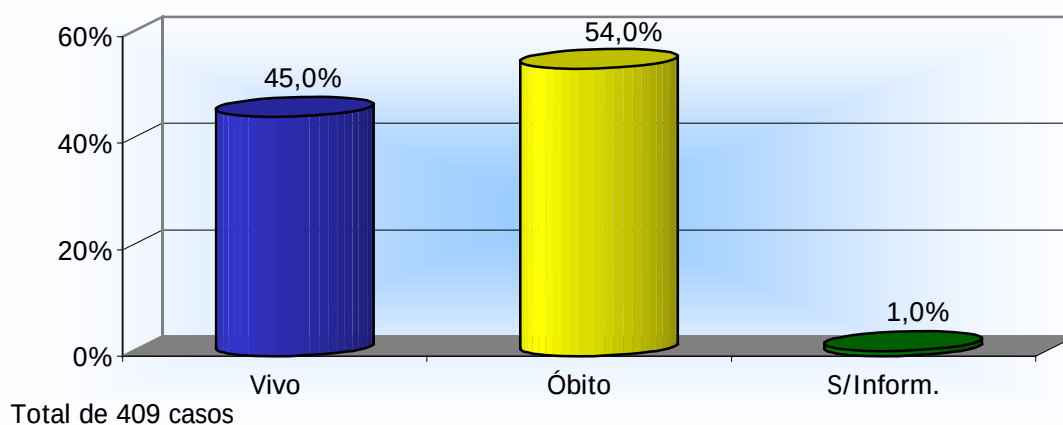
Gráfico 74 - Distribuição dos casos de câncer de Pulmão segundo faixa etária e sexo:**Gráfico 75 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo o grau de estadiamento:****Gráfico 76 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:**

Tabela 37 - Distribuição dos casos de câncer de Pulmão segundo os tipos histológicos mais frequentes:

Morfologias	Masc	Fem	Total	%
80703 Carcinoma de Células Escamosas, SOE	88	48	136	33,3%
81403 Adenocarcinoma, SOE	69	45	114	27,9%
80103 Carcinoma, SOE	34	14	48	11,7%
80413 Carcinoma de Células Pequenas, SOE	28	6	34	8,3%
80003 Neoplasma Maligno	11	8	19	4,6%
Outras Morfologias	41	17	58	14,2%
Total	271	138	409	100%

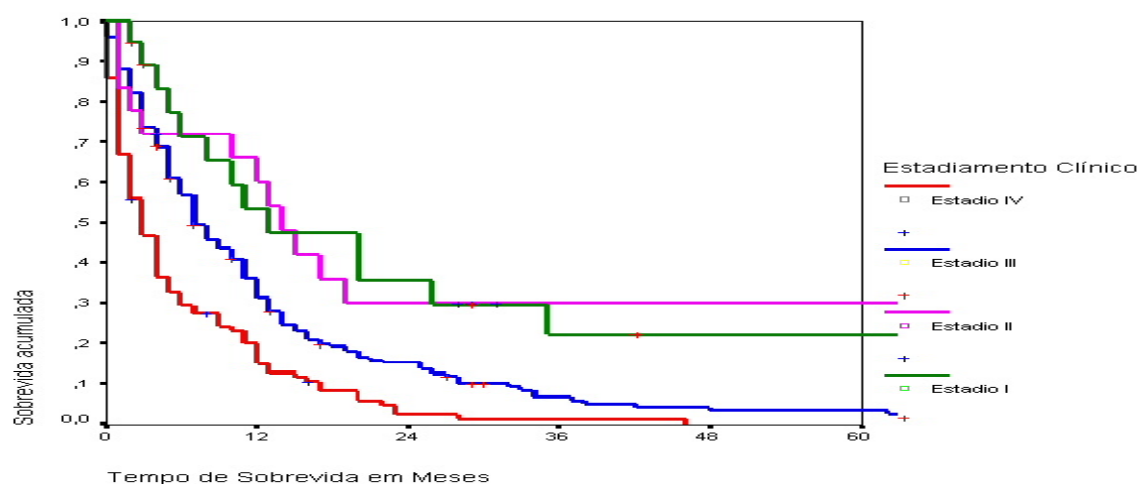
Gráfico 77 - Distribuição percentual de câncer de Pulmão segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:**Análise de Sobrevida:**

A sobrevida geral em cinco anos foi de 3,9%, 3,7% no sexo masculino e 4,1% no sexo feminino, com diferença significativa. A sobrevida de acordo com o Estadio Clínico está demonstrado na tabela 38 e gráfico 78

Tabela 38 - Taxas de Sobrevida em 5 anos para os casos de câncer de Pulmão:

Grupos e Seguintos de Análise	Valor-p para o Teste de Log Rank	Casos	Taxa de Sobrevida em 5 anos	Erro Padrão da Taxa de Sobrevida
Total		648	3,9%	0,9%
Masculino	0,7511	466	3,7%	1,0%
Feminino		182	4,1%	1,8%
Estadio III		203	2,5%	1,4%
IV		100	0,0%	

Fonte: RHC/HEG - 1990 à 1999

Gráfico 78 - Sobrevida em 5 anos para os casos de câncer de Pulmão:**Considerações finais:**

Nossos resultados, compatíveis aos da literatura, são desalentadores. Apenas 1/3 dos pacientes se encontram ao diagnóstico em possibilidades de tratamento com intenção curativa refletindo a importância dos programas de prevenção principalmente o combate ao tabagismo para a redução da mortalidade pela doença.

OROFARINGE

Introdução:

A orofaringe inclui diferentes estruturas como as fossas tonsilares e tonsilas, base da língua, valécua, parede posterior, palato mole e úvula. Estas estruturas são ricas em tecido linfóide e glândulas salivares. A União Internacional Contra o Câncer (UICC) classifica a orofaringe em 4 sub-regiões anatômicas: parede anterior (base de língua e valécua), parede lateral (tonsilas faríngeas ou amígdalas, fossas e pilares tonsilares), parede posterior e parede superior (superfície inferior de palato mole e úvula).

A incidência de tumores originados nessa região anatômica é maior no sexo masculino, com proporção de 4:1 em relação ao sexo feminino, e a faixa etária predominante está entre a 5^a. e a 7^a. décadas. Os principais fatores de risco são o consumo de álcool e tabaco, com potencialização dos efeitos quando associados.

Cerca de 90 a 95% dos tumores são representados pelos carcinomas epidermóides (CEC). Os outros tipos histológicos são menos frequentes e incluem os linfomas, os tumores indiferenciados como os linfopiteliomas, tumores derivados de glândulas salivares menores e raramente os sarcomas.

A manifestação clínica depende da localização e extensão do tumor. Nas fases iniciais da doença os pacientes são, de forma geral, assintomáticos. A progressão da doença resulta no aparecimento de sintomas como dor, odinofagia, trismo, otalgia, etc. Algumas vezes a primeira manifestação é a presença de linfonodos cervicais.

Os tumores em estágio clínico inicial podem ser tratados com terapia local (cirurgia ou radioterapia). Na doença avançada o tratamento padronizado é a cirurgia seguida de radioterapia adjuvante ou quimioterapia e radioterapia concomitantes.

Resultados:

Entre os tumores da região da cabeça e pescoço os sítios mais frequentes são a boca e a laringe, seguidos da orofaringe. Foram 300 casos novos de câncer de orofaringe enquanto os tumores de laringe totalizaram 288 casos novos.

Dos 300 casos, admitidos pelo RHC no período de 2000 a 2004, 87,3% ocorreram no sexo masculino e 12,7% no sexo feminino. Os gráficos 79, 80, 81 e 82 e tabela 39 representam alguns resultados desta topografia.

Gráfico 79 - Distribuição dos casos de Orofaringe segundo faixa etária e sexo:

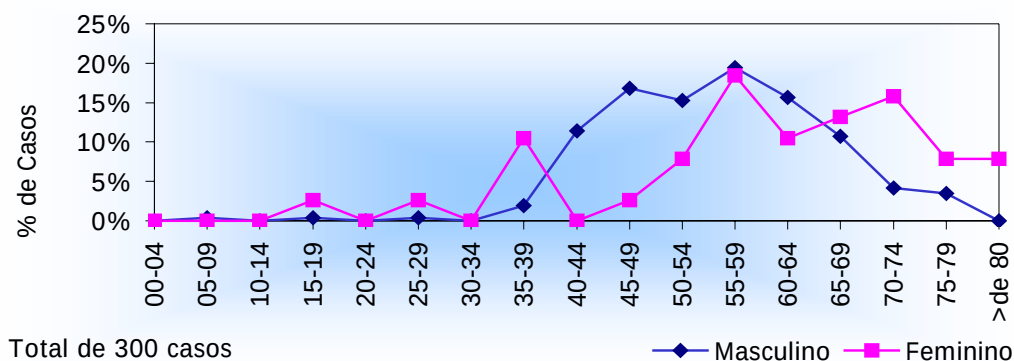
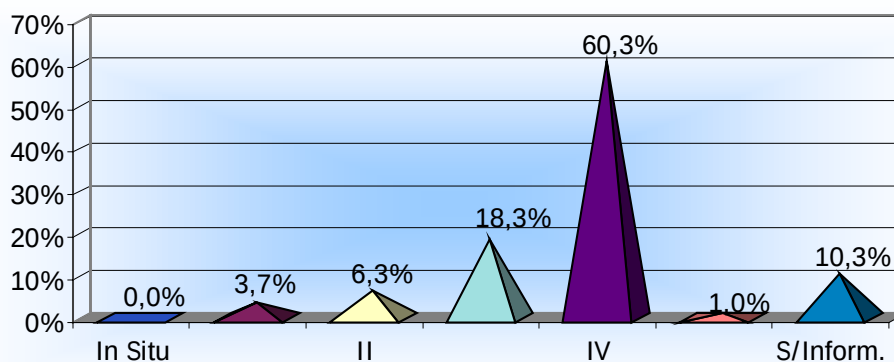


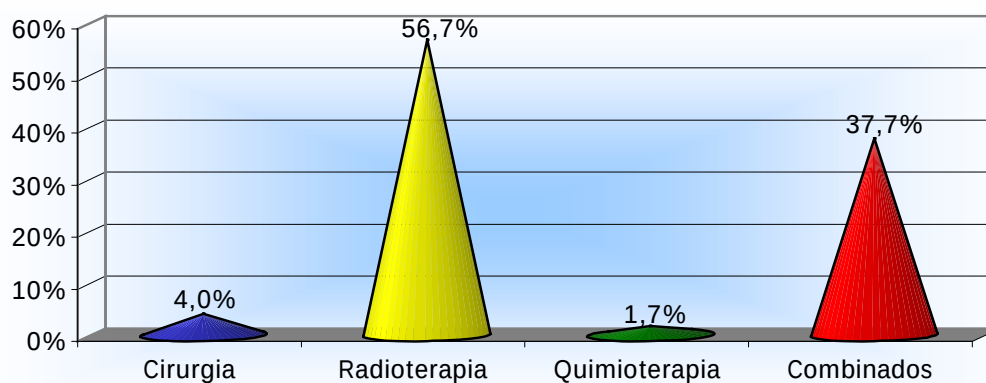
Tabela 39 - Distribuição dos casos de Orofaringe segundo os tipos histológicos mais frequentes:

Morfologias		Masc	Fem	Total	%
80703	Carcinoma de Células Escamosas, SOE	242	34	276	92,0%
80103	Carcinoma, SOE	5	1	6	2,0%
82003	Carcinoma Adenoide Cístico, SOE	3	0	3	1,0%
80713	Carcinoma de Células Escamosas, SOE, Cerati	2	0	2	0,7%
80003	Neoplasma Maligno	2	0	2	0,7%
Outras Morfologias		8	3	11	3,7%
Total		262	38	300	100%

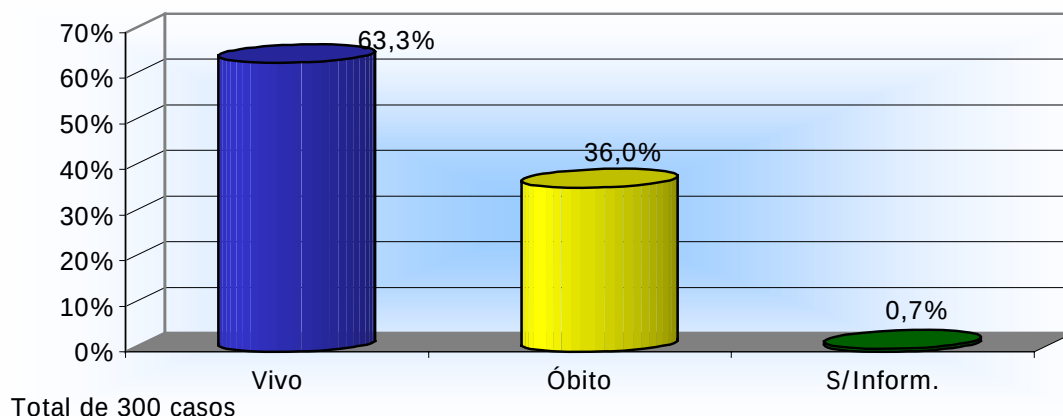
Segundo o estadiamento, 39% eram estádios I e II e 52% dos tumores de orofaringe apresentaram doença em estágio III e IV.

Gráfico 80 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo o grau de estadiamento:

Total de 300 casos

Gráfico 81 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo o tipo de tratamento realizado na instituição:

Total de 300 casos

Gráfico 82 - Distribuição percentual de Orofaringe segundo a condição ao final da primeira fase do tratamento:**Considerações finais:**

O câncer da orofaringe é diagnosticado em estádios avançados na maioria dos casos (70%) sendo o prognóstico ruim. A sobrevida relatada em 5 anos em pacientes com CEC diagnosticados em estádios clínicos III e IV, submetidos às formas convencionais de tratamento cirúrgico e radioterápico, é de aproximadamente 30%.

A detecção precoce depende da avaliação clínica periódica de tabagistas e etilistas, além da prevenção primária que consiste no combate aos agentes carcinogênicos.

A partir deste relatório seguimos as normas da descrição anatômica agrupando os tumores da base da língua e do palato mole como parte da orofaringe, conforme descrito na metodologia. Desta forma a orofaringe esteve entre os 10 tumores mais freqüentes em nossa instituição no período de 2000 a 2004.

BIBLIOGRAFIA

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, Thun MJ: Cancer Statistics, 2006. CA Cancer J Clin, 56:106-130, 2006.
2. IARC - International Agency for Research on Cancer - Publicação Científica nº 21. Cancer Registration and Its Techniques. Lyon, 1978.
3. Rebelo MS, Rebelo PAP. Potencialidade de um registro hospitalar de câncer como fonte de informação. Rev. Bras. Cancerologia 39(4):197-200, 1993.
4. Ministério da Saúde / Instituto Nacional Do Câncer. Rotinas e Procedimentos para o Registro Hospitalar de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2000.
5. Ministério da Saúde / Instituto Nacional Do Câncer. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil.. Rio de Janeiro: INCA, 2005.
6. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA: Cancer Statistics, 2000. CA Cancer J Clin 50:7-33, 2000.
7. Kaplan EL, Meier P: Nonparametric estimation from incomplete observations. Am Stat Assoc J 53:457-481, 1958.
8. Franco EL: Cancer epidemiology: substance and methods. Revista Ciência e Cultura 46:46-62, 1994.
9. Mantel N: Evaluation of survival data and two new rank order statistics arising in its consideration. Cancer Chemoter Rep 50:163-170, 1996.
10. Campos-Filho N, Franco EL: Microcomputer-assisted univariate survival data analysis using Kaplan-Meier table estimators. Comput Methods Programs Biomed 27:223-228, 1998.
11. Zeferino LC, Coelho FRG: Registro Hospitalar de Câncer. Acta Oncol Bra 12(2):68-72, 1992.
12. Coelho FRG et al: Análise de Sobrevida de uma Amostra de 2 mil casos de câncer tratados no Hospital A. C. Camargo de 1980 a 1987. Acta Oncol Bras 13(1,2,3):8-16, 1993.
13. Franco EL et al. Race and Gender influences on the survival of patients with mouth cancer. J Clin Epidemiol 46(1):37-46, 1993.
14. Organização Mundial da Saúde. Codificação Internacional de Doenças para Oncologia, 2ª edição, 1996.
15. Terracini B et al: European Journal of Cancer 37:810-816, 2001.
16. Sandrino R. et al: J. Clin. Endocrinol. Metab 82(7):2027-2031, 1997.
17. IARC - International Agency for Research on Cancer – Relatório Técnico nº 29. International Classification of Childhood Cancer - ICCC. Lyon, 1996.
18. Marsden HB: The classification of childhood tumours, IARC Sci Publ 87:9-16, 1988.
19. Birch JM, Marsden HB: A classification scheme for childhood cancer. Int J Cancer 40:620-4, 1987.
20. José Renan Q. Guimarães. Manual de Oncologia. 1ª. Edição BBS Editora, São Paulo, 2004.
21. TNM Classificação dos Tumores Malignos. 5ª. Edição. UICC - União Internacional Contra o Câncer, 1998.
22. Barry WFeig, David H. Berger, George M. Fuhrman. The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook, 2ª edição, 1999.
23. Seikaly, H; Rassekh, CH. Oropharyngeal Cancer. In: Baylei,B; Pillsbury,H. Head and Neck Surgery and Otolaryngology. Third edition. New York: Lippincott -Raven, 2001.Cap.117

24. Sobin LH; Wittekind C- UICC- Classification of malignant tumors(TNM). Sixth edition New York: Wiley Liss, 2002.
25. Patel S; Shah J. Tumors of Oropharynx. In: Shah, J. Head and Neck Cancer. London : BC Decker, 2001. Cap.6.
26. Dias E Jr et al. Neoplasms of Head and Neck. In: Kufe, DW et al . Frei-Holland Cancer Medicine. London: BC Decker, 2003.Cap.26

AGRADECIMENTOS

A tarefa do registrador de câncer é árdua e contínua e constitui a base dos resultados apresentados neste relatório. Desta forma agradecemos em especial às registradoras Maria Elisabete de Souza Rossi, Maria de Fátima Paulino Martins e Romilda Hinz pela dedicação ao longo de muitos anos.

A equipe técnica do Registro Hospitalar de Câncer - RHC, aos membros da comissão assessora e ao corpo clínico pela contribuição na educação continuada dos registradores e elaboração do relatório final.

Ao doutor cancerologista Flávio Daniel Saavedra Tomasich, diretor geral do Hospital Erasto Gaertner, pelo incentivo constante na continuidade e aprimoramento do Registro Hospitalar de Câncer ao longo dos anos.

Ao cancerologista Luiz Antonio Negrão Dias, superintendente da Liga Paranaense de Combate do Câncer, pelo brilhantismo de seu trabalho frente a esta instituição e contribuição ao Registro Hospitalar Câncer.

À todos os colaboradores do Hospital Erasto Gaertner em especial aos do Serviço de Arquivo Médico.

À Secretaria de Saúde do Estado do Paraná pelo incentivo e apoio financeiro na publicação desta obra e de eventos afins, através do convênio INCA-SESA/Pr nº 2453/99 – gestão do programa de prevenção e controle do câncer, Centro de informações e diagnóstico em saúde, aos profissionais médicos envolvidos direta ou indiretamente nesta publicação, através do registro das informações no prontuário, estadiamento da doença, e análise crítica dos dados publicados.



No combate de uma doença como câncer, é necessário mais que ciência e a tecnologia.

O Hospital Erasto Gaertner de Curitiba tem a preocupação de atender seus pacientes com todo o carinho e respeito, desde a primeira consulta.

Combater o câncer com humanismo, ciência e afeto.

Esta é a missão do Hospital Erasto Gaertner.

Carinho e respeito



www.erastogaertner.com.br



ERASTO GAERTNER