

**Encontro Técnico de Avaliação das Ações em
Vigilância e Registros de Câncer
Abril, 4-6, 2011
Rio de Janeiro, Brasil**

Vigilância do Câncer no Brasil: Um processo em desenvolvimento

Marise Souto Rebelo MD, MSc, PhD
Gerente da Divisão de Informação em Câncer e Análise de Situação
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Instituto Nacional de Câncer
Ministério da Saúde





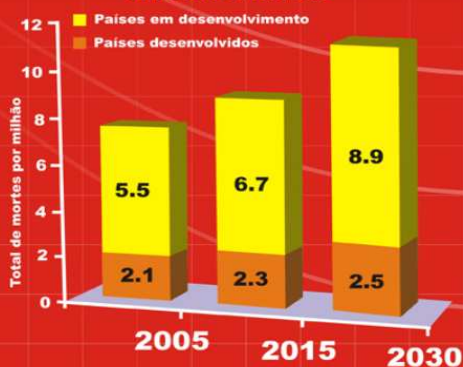
Por que desenvolver ações para a vigilância do câncer?





Cenário do Câncer no Mundo: perspectiva de crescimento significativo da mortalidade porém com alto potencial de prevenção

Projeção da mortalidade por câncer em todo o mundo



Plano global de ação da OMS:

Quatro objetivos e estratégias



Os Estados membros da OMS devem:

Prevenir o que for prevenível

- 40%
Evitando e reduzindo a exposição aos fatores de risco: estratégias de prevenção

Curar o que for curável

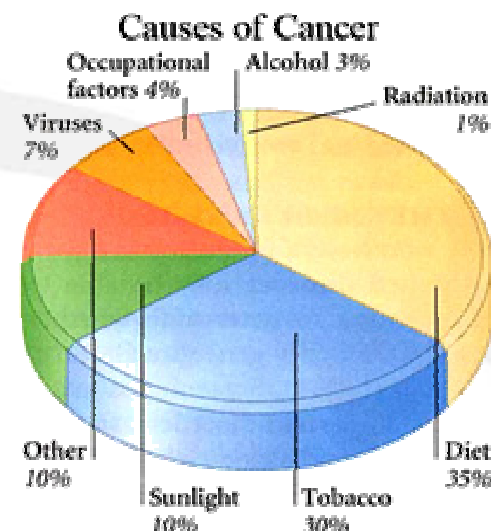
- 40%
Detecção precoce: estratégias de diagnóstico e tratamento

Alívio da dor e melhorar a qualidade de vida

Estratégias de cuidados paliativos

Gestão para o sucesso

Fortalecimento da gestão nacional, monitorando e avaliando estratégias de capacitação



Richard Doll and Richard Peto. "The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today," *Journal of the National Cancer Institute* 66, no. 6 (1981): 1191-308.
2006 Nature Publishing Group [Nature Reviews Cancer](#)

**>30% dos casos poderiam ser prevenidos - prevenção primária
40% das mortes poderiam ser evitadas - detecção precoce +
acesso oportuno a tratamento adequado**

Fonte: WHO Global Programming Note 2005 – 2007
Danaei et al. (2009) based on noted risk factors



Daqui a 20 anos, Brasil será um país de muito idosos, com 80 anos ou mais

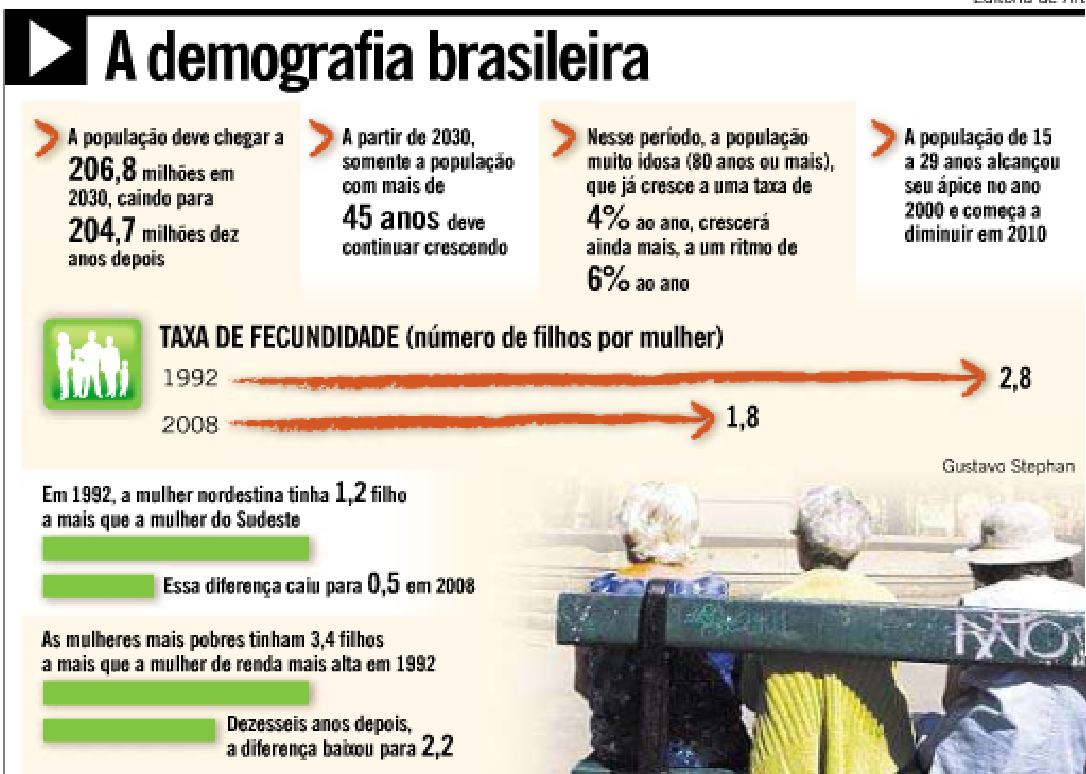
Com a queda na fecundidade, começará a diminuir faixa entre 15 e 29 anos

Cássia Almeida

Publicado em outubro 1, 2009 por Telma Lomba
Autor(es): Cássia Almeida – O Globo

...
A população brasileira atual é de 190 milhões. Deve chegar a 206,8 milhões em 2030, caindo para 204,7 milhões dez anos depois.
Nesse futuro próximo, a população de 80 anos ou mais já estará crescendo 6% ao ano (atualmente aumenta 4% por ano).
Enquanto isso, a faixa entre 15 a 29 anos começa a diminuir já no ano que vem.

...



Quinta-feira, Outubro 09, 2008
Publicado por Murilo Cunha
Ipea: população cairá a partir de 2030
Fonte: O Globo, Rio de Janeiro.
Data: 8/10/2008.
Auto: Bernardo Mello Franco

Segundo instituto, alto número de idosos exigirá políticas para evitar colapso no INSS
A população brasileira está cada vez mais velha e, a partir de 2030, começará a diminuir. A previsão, divulgada ontem pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), deve obrigar o governo a buscar alternativas para ampliar a vida útil dos trabalhadores e evitar um colapso da Previdência. **No ritmo atual, o país levará mais 22 anos até atingir o pico de 204,3 milhões de habitantes.** Depois disso, a curva de crescimento deve se inverter para uma redução gradual da população e um percentual cada vez maior de idosos.

Vigilância em Saúde Pública

Conceito fundamental de vigilância: Coleta, análise e interpretação – sistemática e contínua - de informações sobre saúde essenciais ao planejamento e avaliação da prática de saúde pública, assim como a disseminação dessas informações às pessoas que delas necessitam.

(Thacker S, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988;10:164)

Objetivo: Elaborar as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde na elaboração, monitoramento e implementação dos programas de prevenção e controle com contínua atualização e aprimoramento.

As necessidades relacionadas com a vigilância precisam:

- Identificar e monitorar novos problemas de Saúde Pública.
- Detectar epidemias ou mudanças importantes no comportamento dos agravos.
- Documentar a disseminação de doenças.
- Estimar a magnitude da mortalidade e da morbidade causada pelo agravo
- Identificar Fatores e Populações de Risco.
- Recomendar, com base técnica, as medidas necessárias para a prevenção e o controle.
- Avaliar o impacto das medidas de intervenção com a coleta e análise sistemática de informações relativas ao agravo sob prevenção e controle.
- Avaliar a adequação de estratégias de prevenção e controle, com base em informações epidemiológicas e de operacionalização.
- Revisar as práticas, antigas e novas, dos sistemas de vigilância para discutir prioridades em Saúde Pública e propor novos instrumentos metodológicos

REDE DE PARCERIAS PARA VIGILÂNCIA DO CÂNCER

Consolidar um sistema de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre câncer de forma contínua, oportuna e factível

Papel do INCA :
Coordenar
Facilitar
Articular o Sistema de Vigilância no Brasil
INTERFACE COM OS ESTADOS

Papel das SES (SMS):
Coordenar
Facilitar
Articular o Sistema de Vigilância no Estado
INTERFACE COM O INCA, com base na informação dos Registros de Câncer (“um dos pilares da vigilância do câncer”)



A importância dos Registros de Câncer para monitoramento, controle e avaliação das ações de atenção oncológica no SUS

Registros Hospitalares de Câncer - RHC

Utilização de informações - de um banco central de dados consolidados - provenientes dos **RHC** de uma determinada cidade, estado ou país para:

- **Análise do perfil demográfico de pacientes atendidos na rede de hospitais que oferecem assistência oncológica**
- **Identificação das principais referências assistenciais, estratificado pela localização anatômica do tumor, segundo o hospital onde foi realizado o diagnóstico e onde foi realizado o tratamento**
- **Monitoramento dos casos diagnosticados segundo fatores como:**
 - **Topografia**
 - **Histologia**
 - **Estádio Clínico do Tumor / Estado da Doença antes de iniciar o tratamento**
 - **Tratamentos oncológicos realizados**
 - **Estado da Doença ao final do 1º tratamento**
- **Avaliação de fatores para não realização de tratamento completo e óbito dentro do 1º ano após o diagnóstico**
- **Avaliação de sobrevida segundo fatores ligados a assistência:**
 - **Estádio do tumor; Tipo de tratamento realizado**
 - **Tempo entre consulta e diagnóstico**
 - **Tempo entre diagnóstico e tratamento**

Cenário atual dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no Brasil

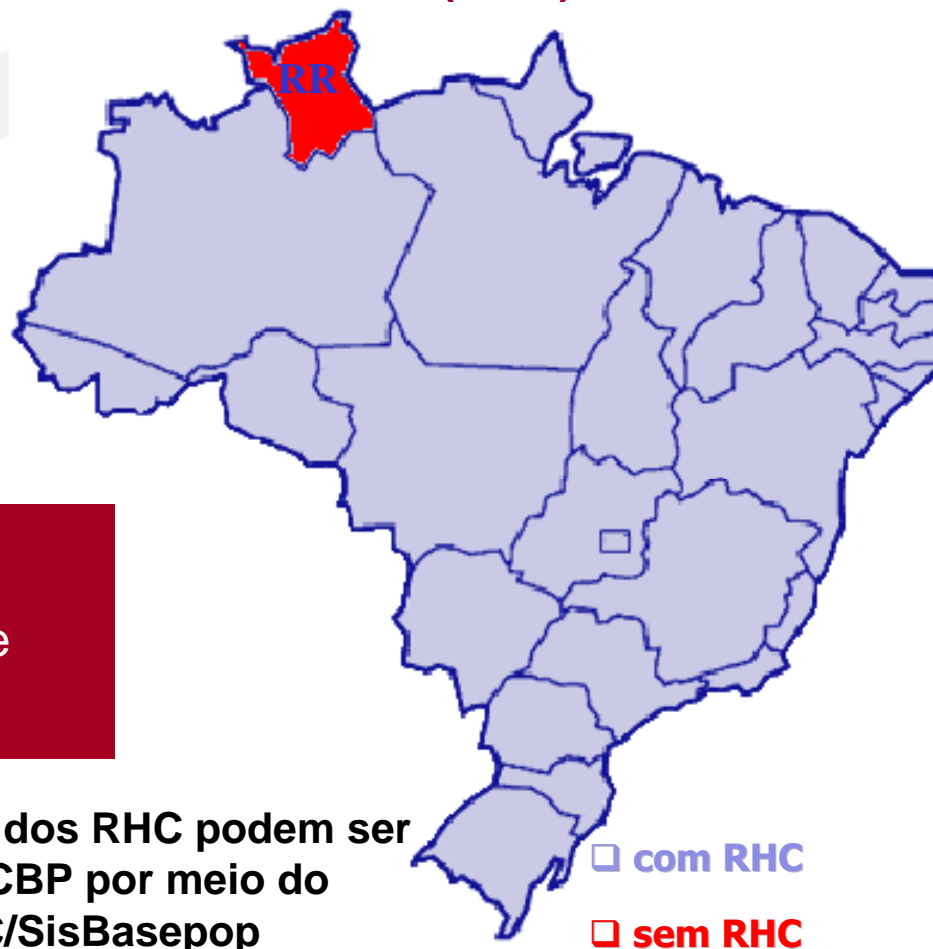
269 Hospitais UNACON/CACON
226 (84%) com RHC – utilizando
as recomendações do INCA
13 sem RHC

Hospitais não CACON
17 com RHC – utilizando as
recomendações do INCA

Situação atual:
243 RHC (Hospitais CACON e
não CACON)

30-70 % das informações da bases de dados dos RHC podem ser transferidas automaticamente para os RCBP por meio do relacionamento dos sistemas SisRHC/SisBasepop

IntegradorRHC:
140 hospitais (130 são CACON/UNACON + 11 não CACON) em 23 UF



OBS: informações atualizadas em Março/2011

Fonte: MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

A importância dos Registros de Câncer para monitoramento, controle e avaliação das ações de atenção oncológica no SUS

Registros de Câncer de Base Populacional - RCBP

Utilização de informações consolidadas provenientes dos **RCBP** de uma determinada cidade, estado ou país para:

- **Análise sistemática de tendências temporais dos 10 tumores mais incidentes**
- **Análise de tendências temporais para determinação da efetividade de um programa de prevenção ou controle de câncer**
- **Análise de distribuição geográfica para definir áreas de risco :**
 - **Análise de sub-áreas dentro de uma área de cobertura do RCBP**
- **Análise de distribuição de taxas de incidência e mortalidade segundo variáveis estabelecidas pela importância epidemiológica (idade, sexo) e outras variáveis selecionadas, em acordo às necessidades locais da cidade, estado ou país em que se localiza o RCBP**
 - **Análise de tumores raros e tumores que mudaram de perfil em, pelo menos, cinco anos de monitoramento**
- **Avaliação de sobrevida populacional por tipo de câncer, estratificando por estado da doença ao diagnóstico (para os casos da área de cobertura do RCBP)**

Cenário atual dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) no Brasil

Implantação de RCBP

Década 60	2
Década 70	2
Década 80	2
Década 90	9*
Após 2000	16

Situação atual - 31 RCBP

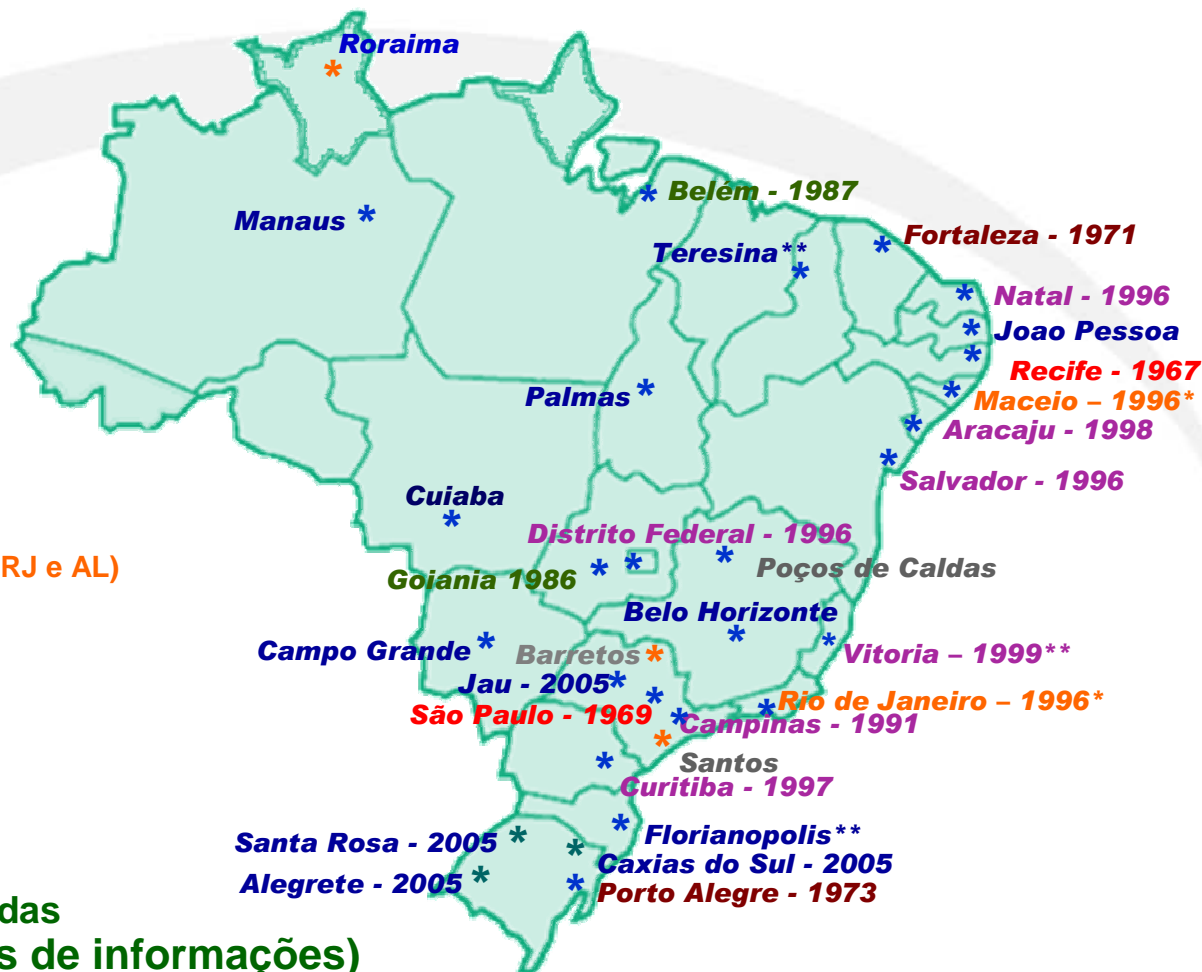
02 desativados (*RJ e AL)

Dos 29 RCBP ativos:

20 em capitais + 01 DF
08 municípios não capitais

Dos 29 RCBP ativos:

20 com informações consolidadas
(destes, 19 com + de 3 anos de informações)



Em processo de implantação (*):

Barretos, Poços de Caldas e Santos

Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) no Brasil – atualidade das informações

RCBP	Vol I (1991)	Vol II (1995)	Vol III (2003)	Vol IV (2010)
Aracaju	-	-	-	2000-2004
Belém	1987	1988-1989	1996-1998	2000-2001
Belo Horizonte	-	-	2000	2000-2003
Campinas	-	1991-1992	1991-1995	-
Campo Grande	-	-	-	2000-2002
Cuiabá	-	-	2000	2000-2005
Curitiba	-	-	-	2000-2005
Distrito Federal	-	-	1996-1998	-
Fortaleza	1983	1985	1996	2000-2005
Goiânia	1988	1990-1991	1996-2000	2000-2005
Jaú	-	-	-	2000-2005
João Pessoa	-	-	1999-2000	2000-2005
Manaus	-	-	1999	2000-2004
Natal	-	-	1998-1999	2000-2004
Palmas	-	-	2000	2000-2004
Porto Alegre	1987	1990-1991	1993-1997	2000-2004
Recife	1980	-	1995-1997	2000-2003
Salvador	-	-	1997-2001	2000-2004
São Paulo	1978	-	1997-1998	2000-2005
Vitória	-	-	1997	-

Fonte: MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Brasil / Macrorregiões / Estados / Capitais - Período 1979 a 2007 (atualizando 2008)

Atlas de Mortalidade por Câncer - Instituto Nacional de Câncer

Vigilância do Câncer e Fatores de Risco

O Atlas de Mortalidade por Câncer tem como uma de suas principais finalidades auxiliar os profissionais de saúde pública na determinação de prioridades necessárias à prevenção e ao controle do câncer.

Para acessar as opções para análise, passe o "mouse" pelo painel e selecione a opção desejada.

» Notas Técnicas

Mortalidade proporcional

Taxas de Mortalidade, brutas e ajustadas

Taxas de Mortalidade das 5 localizações mais frequentes

Representação espacial das Taxas brutas de Mortalidade

Série temporal das Taxas de Mortalidade

Concluído

Intranet local 100%

Etapas a serem cumpridas em um sistema de vigilância para o câncer:

1 - Descrever a importância para a saúde pública do câncer:

- impacto da doença - taxa de incidência (número de casos novos)
- índices de gravidade - taxa de mortalidade
- a relação caso-óbito (incidência / mortalidade)
- capacidade de prevenção

2 - Descrever o sistema:

- relacionar os objetivos do sistema
- definição de caso de câncer
- elaborar o fluxograma das etapas
- descrever os componentes e a operacionalização do sistema

3 - Indicar o nível de utilidade descrevendo as ações realizadas como resultado das informações provenientes do sistema de vigilância


4 - Avaliar o sistema segundo características aplicáveis ao câncer

5 - Descrever os recursos utilizados na operacionalidade do sistema

6 - Relacionar suas conclusões e recomendações

O que precisamos saber :

- Qual é a população sob vigilância ?
- Qual é o período da coleta das informações?
- Qual informação é coletada ?
- Quem provê a informação para o sistema de vigilância ?
- Como é a armazenada informação ?
- Como é transferida a informação ?
- Quem analisa as informações?
- Como são analisadas as informações e com que freqüência ?
- Como e com que freqüência são divulgados os relatórios ?
- Quem recebe os relatórios ? Qual a diferença entre os relatórios para os públicos alvo ?
- Qual o custo para a produção das informações ?
- Quais as ações promovidas com as informações obtidas pelo sistema de vigilância?



**Qual suporte
existente para
apoiar um
sistema de
vigilância do
câncer no Brasil?**

A Política de controle do câncer no Brasil

Instituto Nacional de Câncer - INCA

O **INCA** é um órgão específico singular do **Ministério da Saúde**. Conforme o **Decreto Presidencial nº 6.860, de 27 de maio de 2009**, constituindo uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada, técnica e administrativamente, ao Ministro de Estado da Saúde, servindo como **Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério**, em conformidade com a **Portaria 2.048/GM, de 03 de setembro de 2009**. São suas atribuições:

Missão

Ações Nacionais Integradas para Prevenção e Controle do Câncer.

Visão Estratégica:

Exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A **Missão** e a **Visão Estratégica** ganham a necessária operacionalidade por meio dos **Objetivos Estratégicos**, que se desdobram em linhas de ação. As linhas de ação, pela sua amplitude, permitem a integração das diversas áreas de atuação do **INCA**.

O **Papel do INCA** na execução das políticas públicas abarca diversos aspectos - tanto políticos quanto técnicos - relativos à atenção oncológica no país.

A **Rede de Atenção Oncológica** – RAO, consolidada a partir de 2005, constitui uma proposta de integração de todos os setores envolvidos com o controle do câncer no país.

Portaria nº 741 – 19/12/2005, MS/SAS

Define os serviços de Alta Complexidade em Oncologia suas aptidões e qualidades - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia

Estabelece prazo de doze meses para que Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia implantem Registro Hospitalar de Câncer informatizado, se inexistente no hospital (Artigo 5º).

Estabelece que Arquivos eletrônicos dos dados anuais consolidados sejam enviados em setembro de cada ano, a partir de 2007, para publicação e divulgação pelo Instituto Nacional de Câncer (Parágrafo Único).

Estabelece Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Anexo I);

- **Unidades e Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais definidos pelo Instituto Nacional de Câncer, ou conforme as disposições da Secretaria de Saúde do Estado de sua localização.**

Portaria nº 3.662 – 24/11/2010, GM/MS

Reafirma o incentivo financeiro para custeio dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP, com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

Inserção do trabalho dos RCBP na agenda de compromissos do MS com as SES/SMS dentro da vigilância de DANT do SUS

Regularidade de fornecimento e divulgação de informações e análise sobre o perfil da incidência do câncer nas cidades cobertas pelos RCBP contemplados

RCBP atualmente contemplados na portaria:

Aracaju	Distrito Federal	Palmas
Belém	Fortaleza	Porto Alegre
Belo Horizonte	Goiânia	Recife
Campinas	Jaú	São Paulo
Campo Grande	João Pessoa	Salvador
Cuiabá	Manaus	
Curitiba	Natal	

Regulamentação da Atenção Oncológica no SUS

Regulamento do SUS publicado no Diário Oficial da União do dia **04/09/2009**

PORTARIA Nº 2.048, DE 3 DE SETEMBRO DE 2009

Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Confirma também seus Anexos disponíveis.

Fazem parte do regulamento o funcionamento, a organização e a operacionalização do sistema, além das **políticas e programas nacionais, diretrizes e estratégias criadas para reduzir o risco de doenças**. O regulamento também garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços. **Revoga a Portaria Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**

Art. 202. O Instituto Nacional de Câncer será o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria Nº 2.123, de 7 de outubro de 2004, do Ministério da Saúde, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 203. A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, deverão adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Fonte: correio eletrônico

From: [Informe - Saude InfoNews](#)

Sent: Wednesday, September 09, 2009 5:03 PM

Subject: Informe Saude Infonews - Confirma o novo Regulamento do SUS.



Subseção I

Dos Blocos de Financiamento

Art. 35. Os seguintes blocos de financiamento se dividem em:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde

IV - Assistência Farmacêutica; e

V- Gestão do SUS.

Art. 50. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

II e III

IV - Registro de Câncer de Base Populacional;

V, VI, VII, VIII, IX e X

Art. 60. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I – II – III- IV – V – VI – VII

VIII - Informação e Informática em Saúde;

IX e X

Subseção VIII (continuação)

Da Política Nacional de Atenção Oncológica

Art. 200. A Política de Atenção Oncológica deverá ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, permitindo:

I - II - III- IV - V ...

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia, qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

Art. 200. A Política de Atenção Oncológica deverá ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, permitindo:

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais de saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - ...

Subseção VIII (continuação)

Da Política Nacional de Atenção Oncológica

Art. 201. A Política Nacional de Atenção Oncológica deverá ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaboração de políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - ações de vigilância em saúde, em que se deverá:

a); b); c) ...

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis;

III; IV; V; VI; VII; VIII; IX ...

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI; XII ...

XIII – educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV – pesquisa sobre o câncer: incentivo a pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.



Vigilância do Câncer no Brasil

Onde
estamos?

Vigilância do câncer - ONDE ESTAMOS

- **Consolidação de um sistema nacional, padronizado e integrado, de informação sobre câncer**
- **Implantação de um sistema de vigilância epidemiológica do câncer que permita monitorar o comportamento da doença**
- **Estímulo para processos contínuos de avaliação das ações de vigilância do câncer no país e de desfecho dos programas nacionais de prevenção e controle do câncer**

Vigilância do câncer – AÇÕES NACIONAIS

- **Desenvolvimento do conteúdo técnico dos programas informatizados para os Registros de Câncer**
- **Treinamentos e formação de RH – nível técnico e gerencial**
- **Assessoria técnica aos RCBP (implantação, Implementação e melhoria da qualidade e atualidade das informações)**
- **Assessoria técnica as coordenadorias de vigilância do câncer (RHC)**
- **Apoio as ações de vigilância e informação dos estados**
- **Parcerias técnicas com instituições no Brasil**
- **Parcerias técnicas com instituições internacionais**
- **Divulgação de informações disponibilizadas pelos Registros de Câncer e Sistema de Mortalidade**

Magnitude do Câncer no Brasil

Óbitos por câncer:
2ª causa mais freqüente em
2008

167.677 mortes

Internações no SUS em 2010

11.276.962 internações

602.252 internações para
neoplasias (5,3%)

435.580 por **neoplasias malignas**
(ocupa o 8º lugar em magnitude das
internações pelo SUS)

21 Grupos de Doenças (capítulos da CID-10)
352 doenças especificadas

Casos novos de câncer em 2011:

375.420* casos

* Sem contar com os casos de câncer de pele
não melanoma

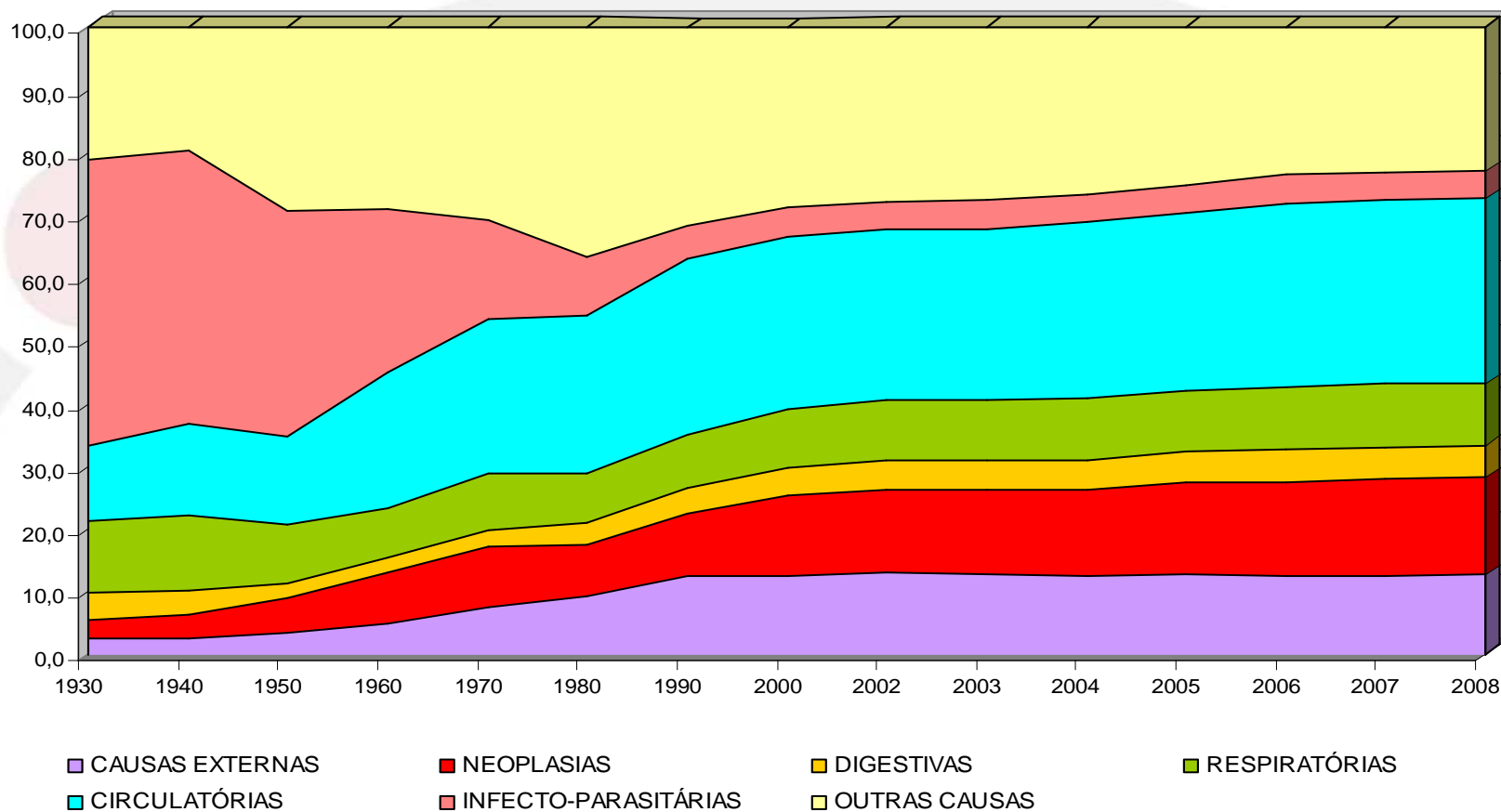
Incluindo os casos de ca de pele não
melanoma = **489.270** casos

O número de procedimentos
ambulatoriais de alta complexidade em
oncologia é crescente :

❖ comparação entre os anos **2000**
e **2007**:

Aumento de **39%** na quantidade de
radioterapias realizadas e de **112%**
em procedimentos de
quimioterapias

Distribuição proporcional, por grandes grupos de causas de morte, para ambos os sexos no Brasil, no período de 1930 - 2008

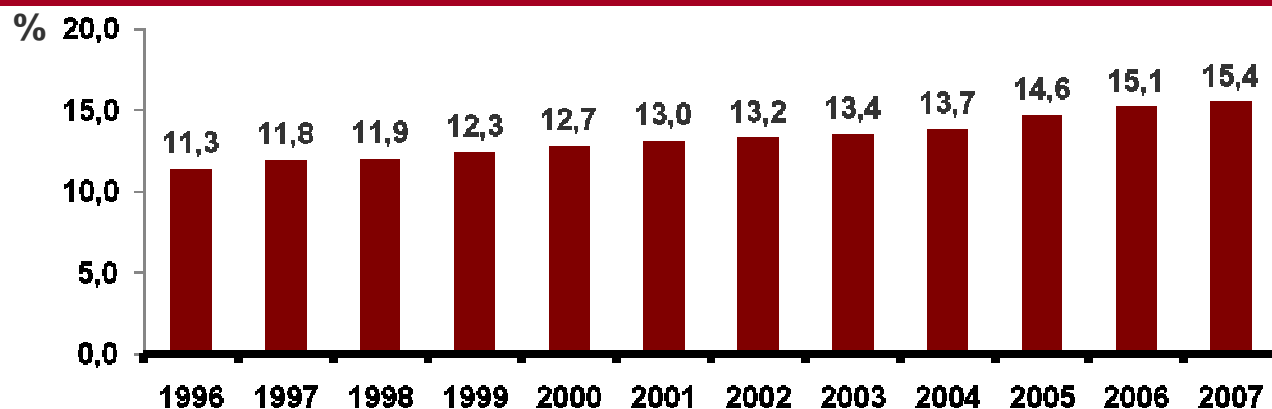


Esse perfil da mortalidade retrata a transição epidemiológica e demográfica verificada no Brasil

Distribuição das 10 principais causas de morte, para ambos os sexos, Brasil, 2008

Causa de morte	Nº de óbitos	% de todos os óbitos
1. Doenças do aparelho circulatório	317.797	29,5
2. Neoplasias	167.677	15,6
3. Causas externas de morbidade e mortalidade	135.936	12,6
4. Doenças do aparelho respiratório	104.989	9,7
5. Mal definidas	79.161	7,4
6. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	64.631	6,0
7. Doenças do aparelho digestivo	55.272	5,1
8. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47.295	4,4
9. Algumas afec originadas no período perinatal	26.080	2,4
10. Doenças do sistema nervoso	21.609	2,0

Distribuição da mortalidade proporcional por câncer, Brasil, 1996-2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Situação da mortalidade por Câncer no Brasil

Número de óbitos por câncer para o ano de 2008 no Brasil:

Homens: 85.988

Mulheres: 73.775

Distribuição Proporcional das Principais Causas de Óbito por Câncer, Brasil, 2008

Homens
85.988

Mulheres
73.775

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma

Traquéia, brônquios e pulmões	15,3%	16,0%	Mama
Próstata	14,1%	10,0%	Traquéia, brônquios e pulmões
Estômago	9,7%	8,6%	Cólon e reto
Cólon e reto	6,8%	6,6%	Colo do útero
Esôfago	6,5%	6,1%	Estômago
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	4,6%	4,6%	Pâncreas
Cavidade Oral	4,2%	4,5%	SNC
SNC	4,2%	4,2%	Fígado e vias biliares intra-hepáticas
Pâncreas	3,9%	4,0%	Localização primária desconhecida
Laringe	3,7%	3,9%	Ovário
Outras	27,0%	31,3%	Outras
Todas as Neoplasias SEM pele*	85.988	73.775	Todas as Neoplasias SEM pele
Todas as Neoplasias COM pele	86.829	74.367	Todas as Neoplasias COM pele

Comportamento e Variação Percentual Relativa das causas mais frequentes de óbito por câncer – Brasil, 1999 a 2008, relativo a taxa bruta

Homens

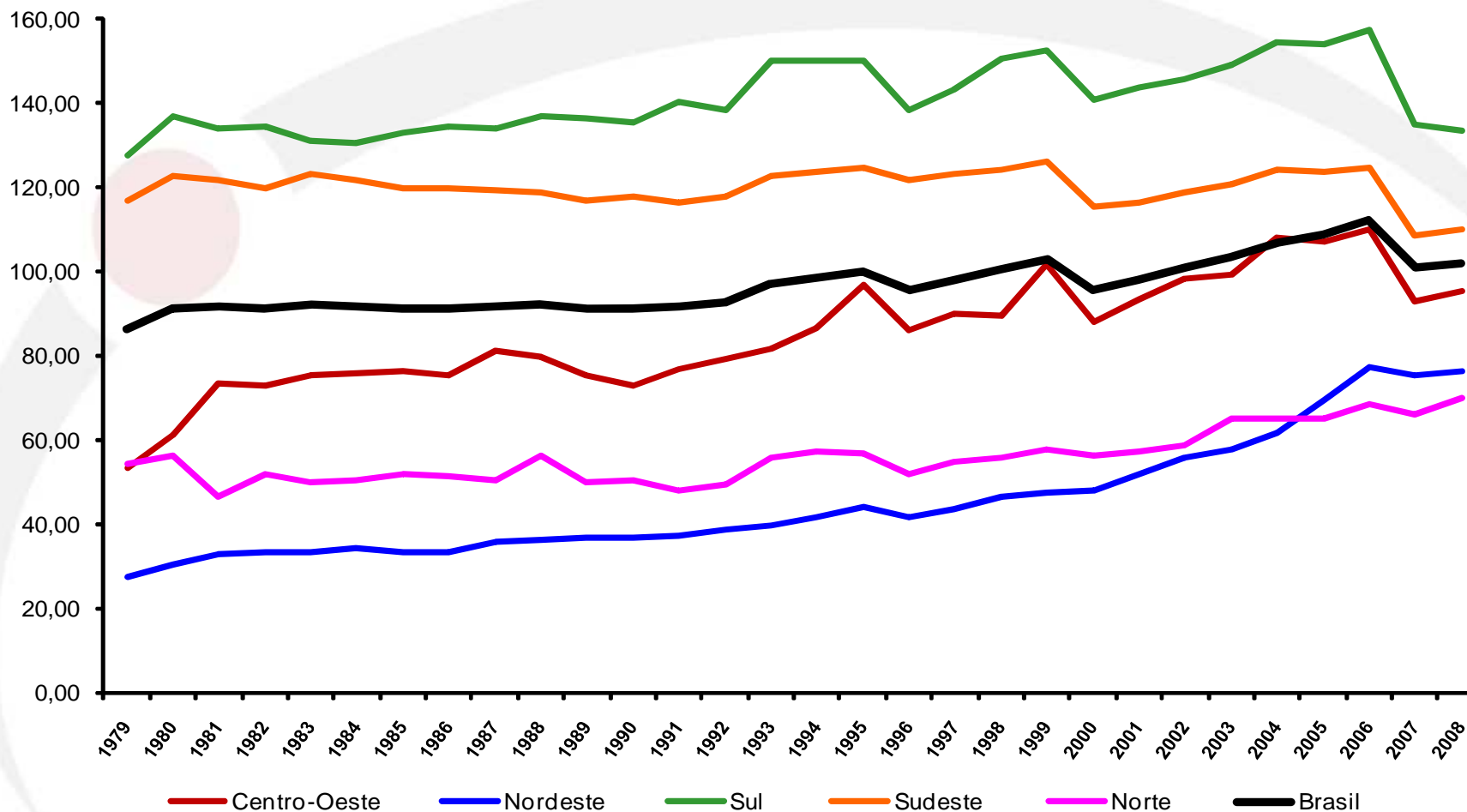
Localizações primárias	Comportamento	Variação percentual relativa em relação a 1999 (%)
Pulmão	Crescente	16,23
Próstata	Crescente	45,91
Estômago	Crescente	2,18
Esôfago	Crescente	21,05
Cólon e Reto	Crescente	53,16
Cavidade Oral	Crescente	20,94

OBS: em relação a taxa ajustada o câncer de cavidade oral e o câncer de pulmão (mulheres) permanece com comportamento crescente enquanto para o câncer de pulmão (homens), estômago, esôfago, mama feminina e colo do útero apontaram para comportamento decrescente

Mulheres

Localizações primárias	Comportamento	Variação percentual relativa em relação a 1999 (%)
Mama Feminina	Crescente	25,64
Pulmão	Crescente	49,81
Cólon e Reto	Crescente	41,90
Colo do Útero	Crescente	8,14
Estômago	Crescente	6,35
Esôfago	Crescente	21,43
Cavidade Oral	Crescente	32,10

Taxas de mortalidade por Câncer ajustadas por idade*, por 100.000 homens, Brasil e Regiões Geográficas, entre 1979 e 2008.

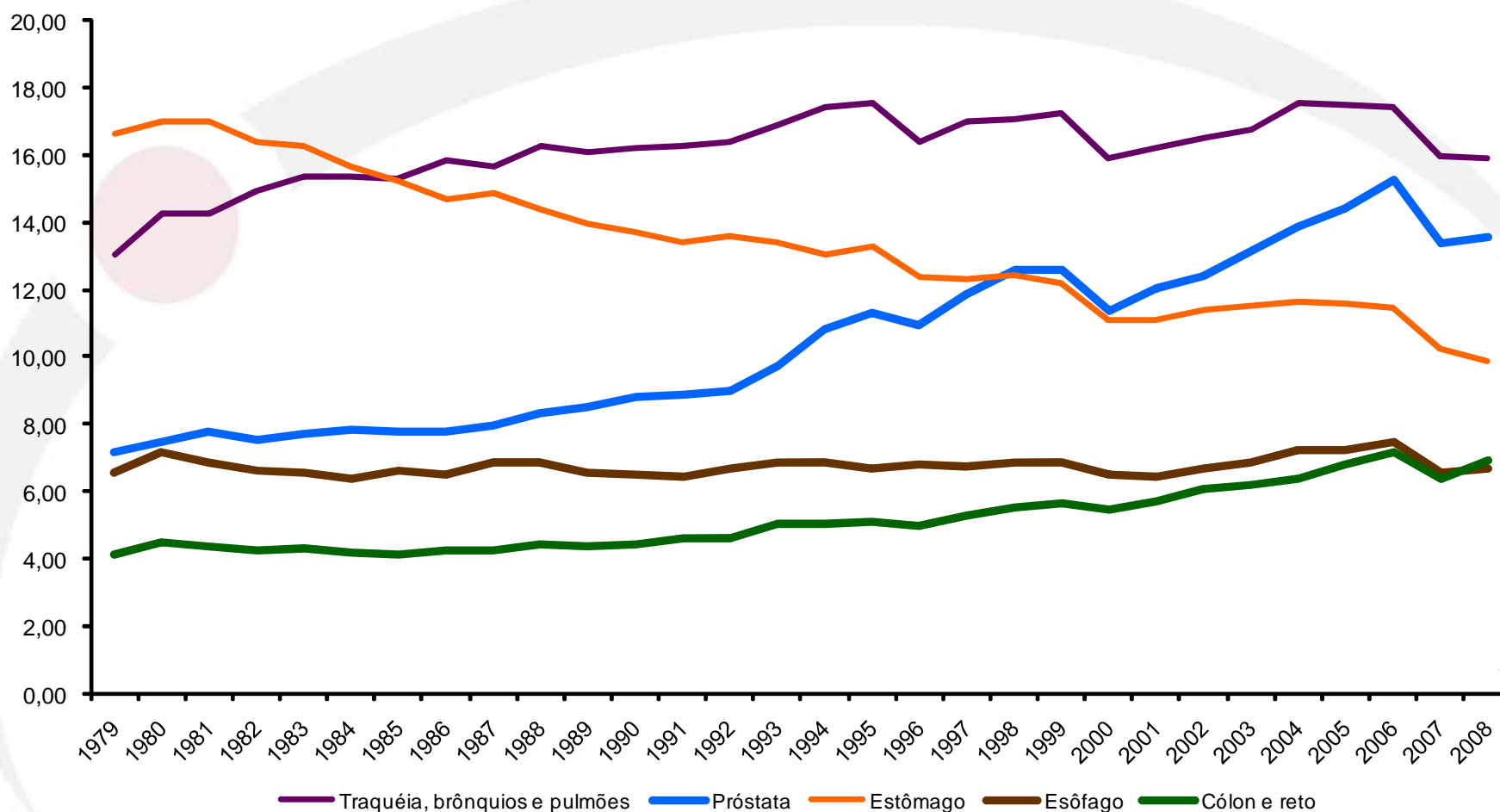


*População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação em Câncer



Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2008, ajustadas por idade*, por 100.000 homens, Brasil, entre 1979 e 2008.



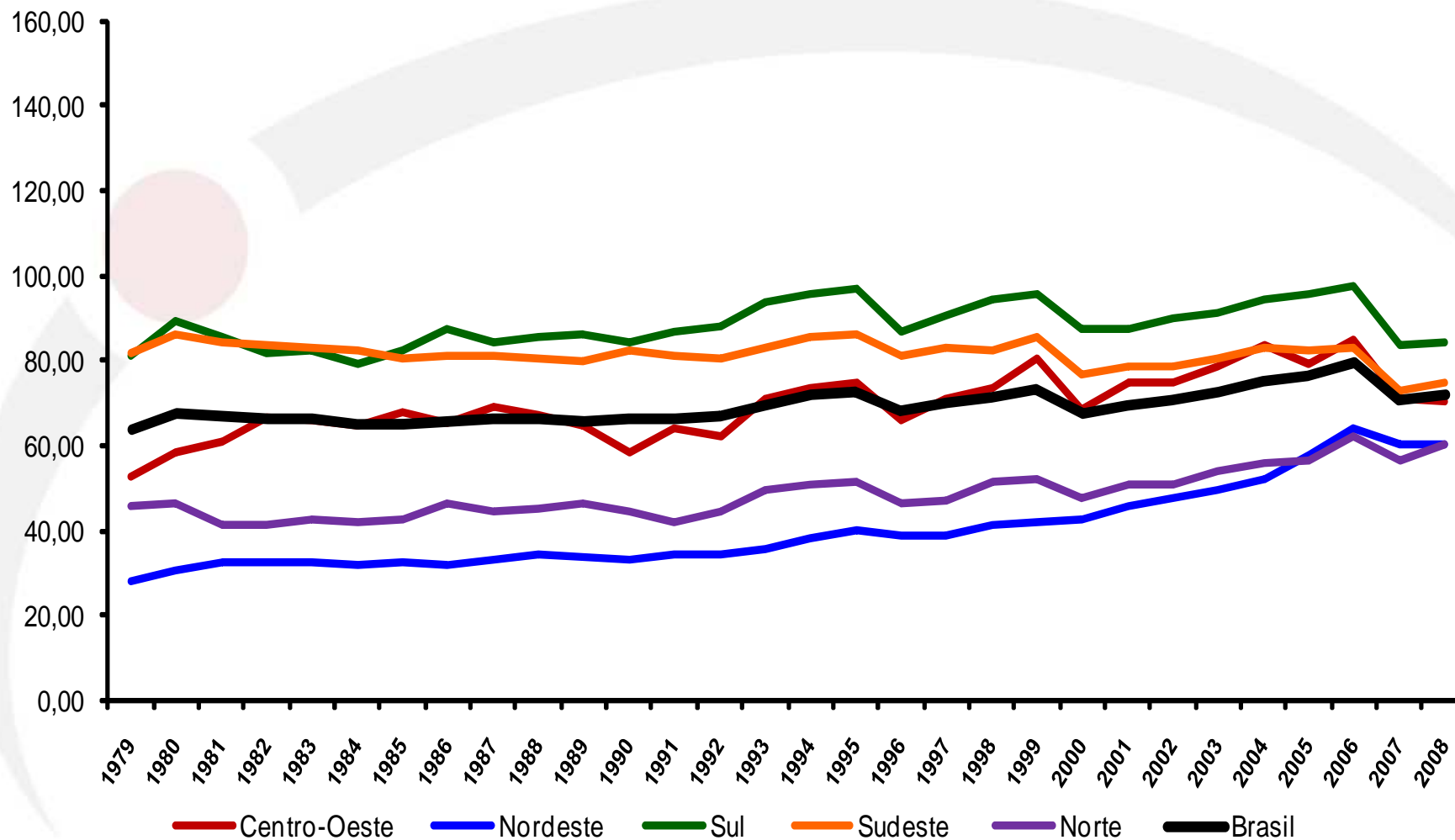
*População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

Taxas de mortalidade por Câncer ajustadas por idade*, por 100.000 mulheres, Brasil e Regiões Geográficas, entre 1979 e 2008.

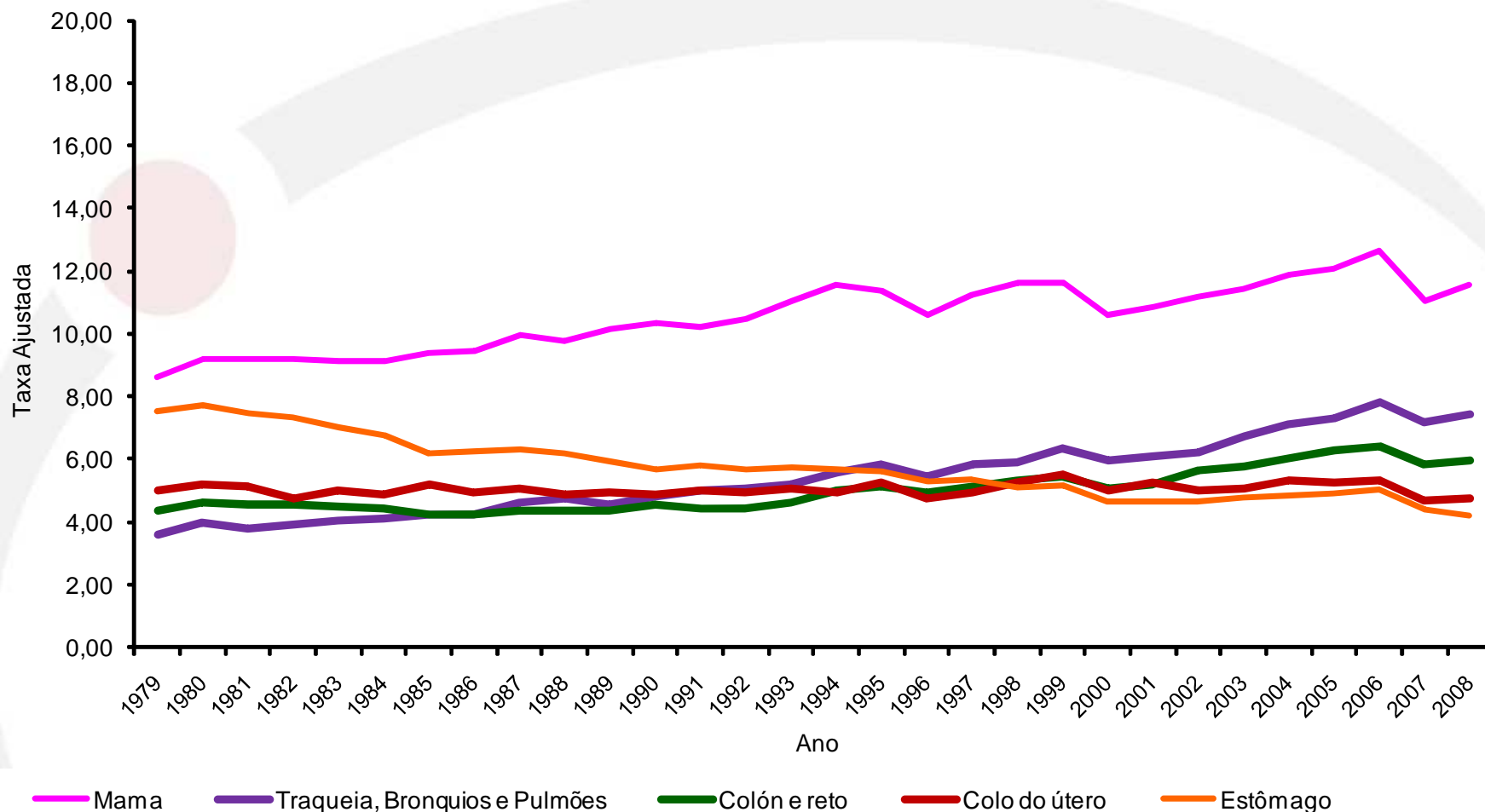


*População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação em Câncer



Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2008, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 Mulheres, Brasil, entre 1979 e 2008

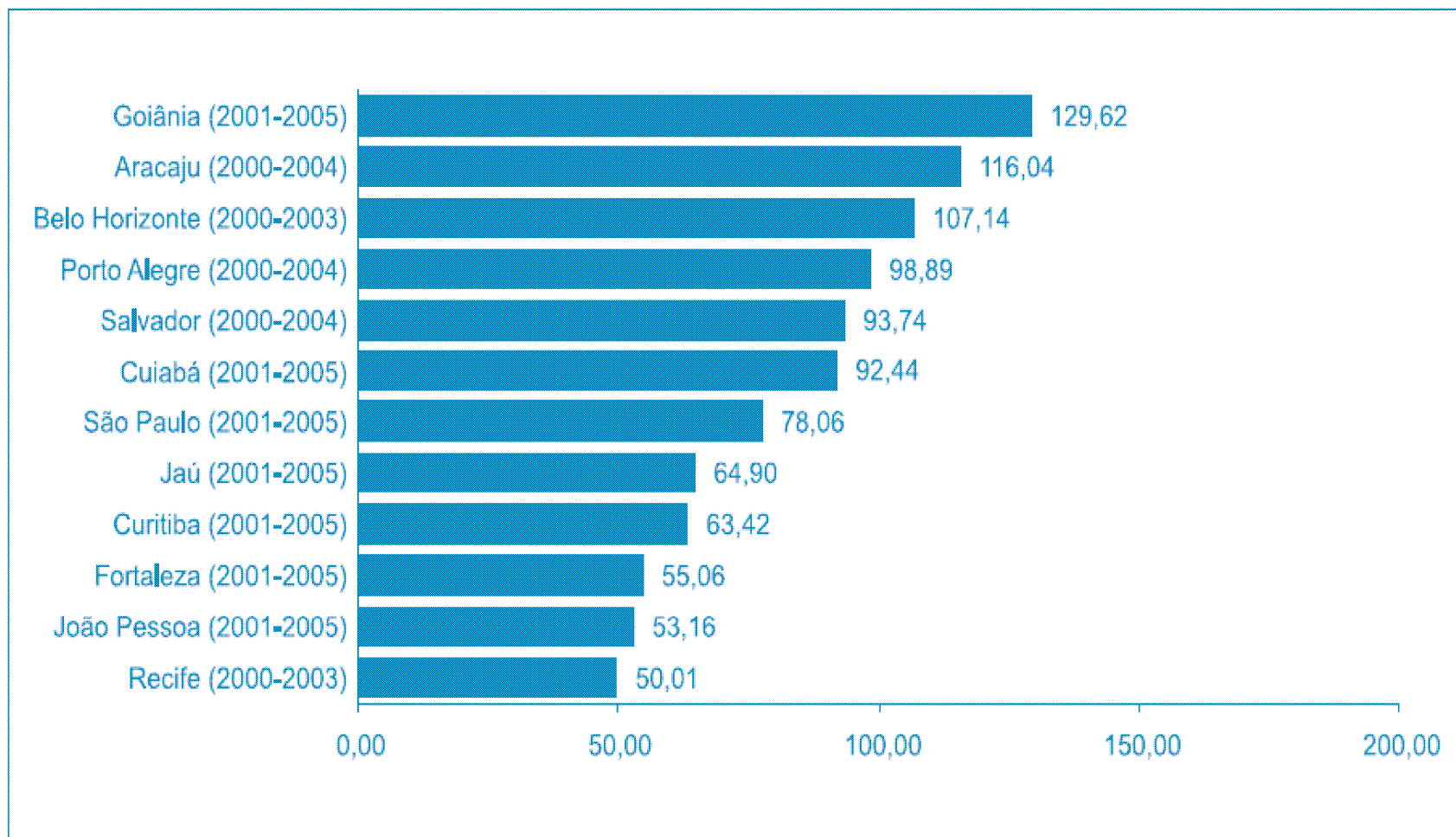


*População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação e Análise de Situação em Câncer



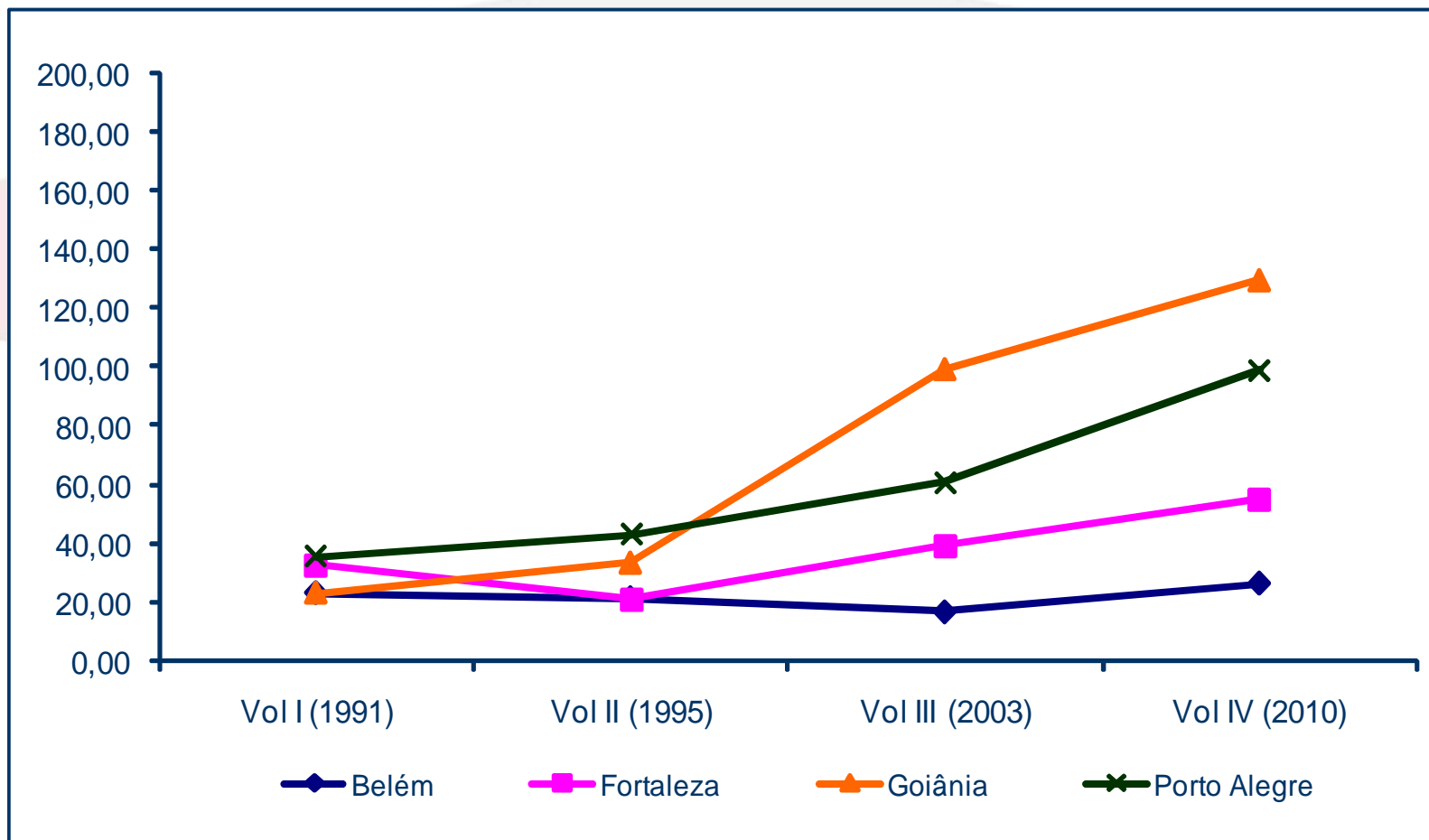
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Próstata, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume IV (2010)
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Série temporal das taxas de incidência por Câncer de Próstata, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



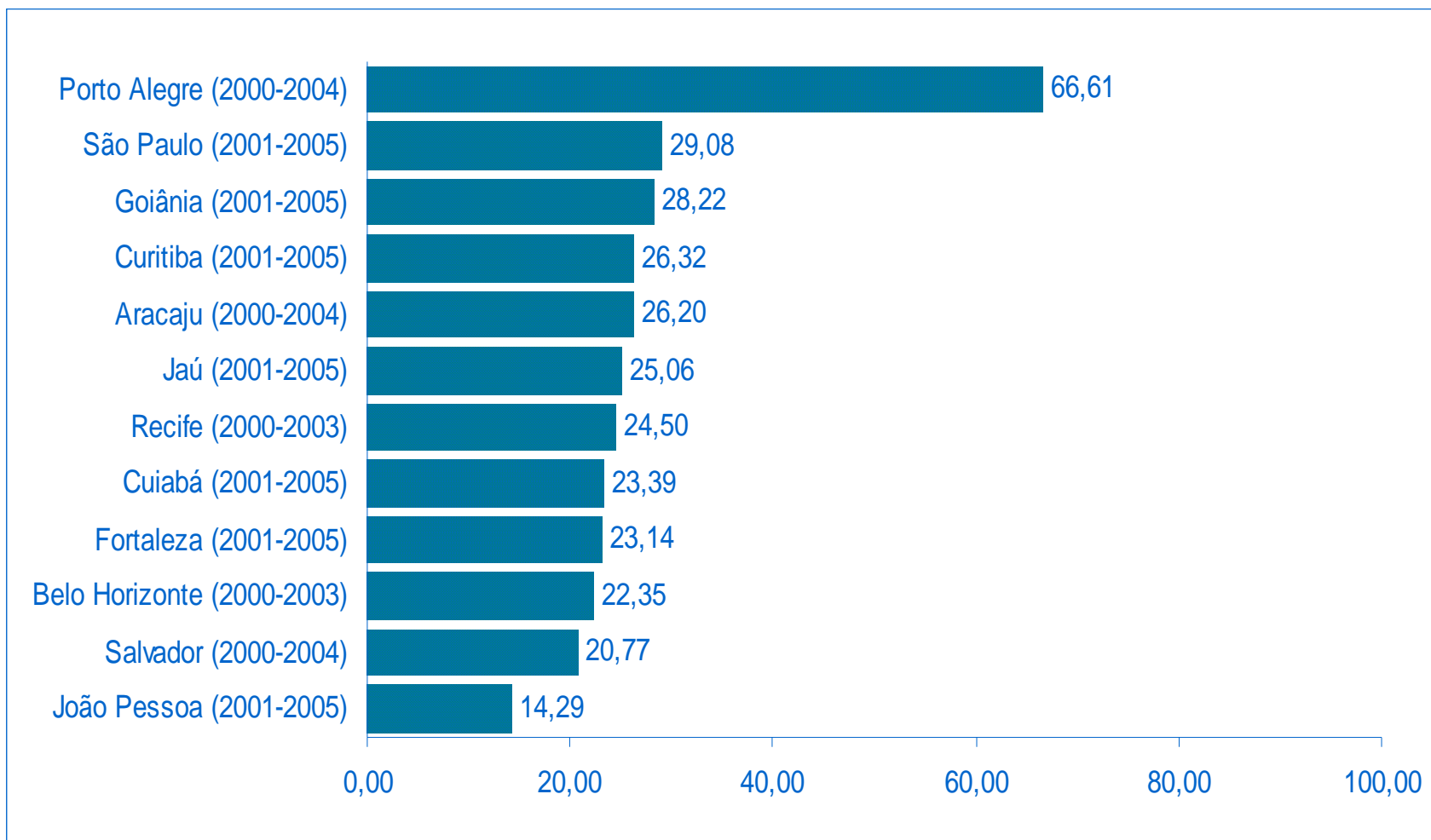
*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume I, II, III e IV

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação



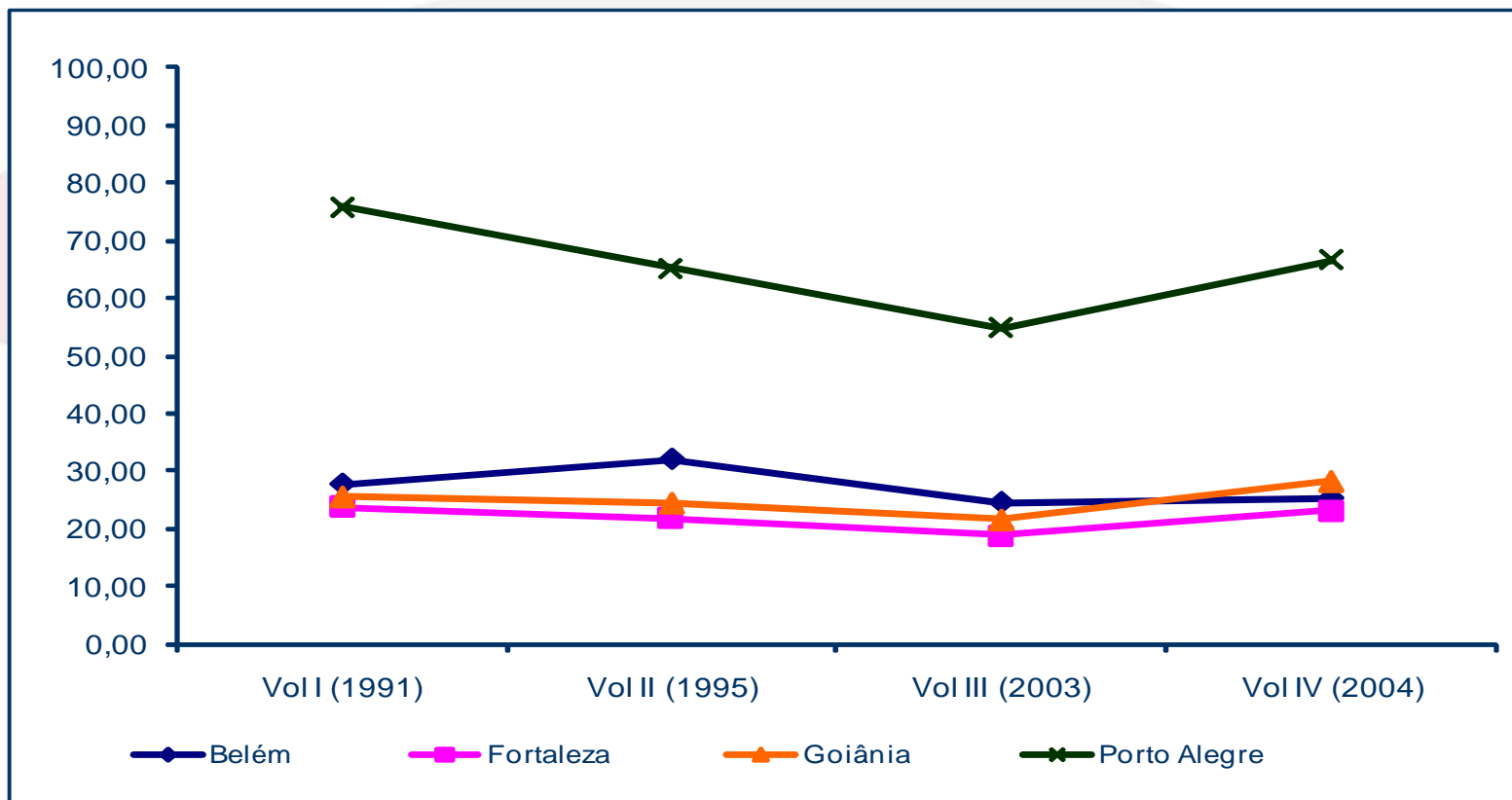
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume IV (2010)
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Série temporal das taxas de incidência por Câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.

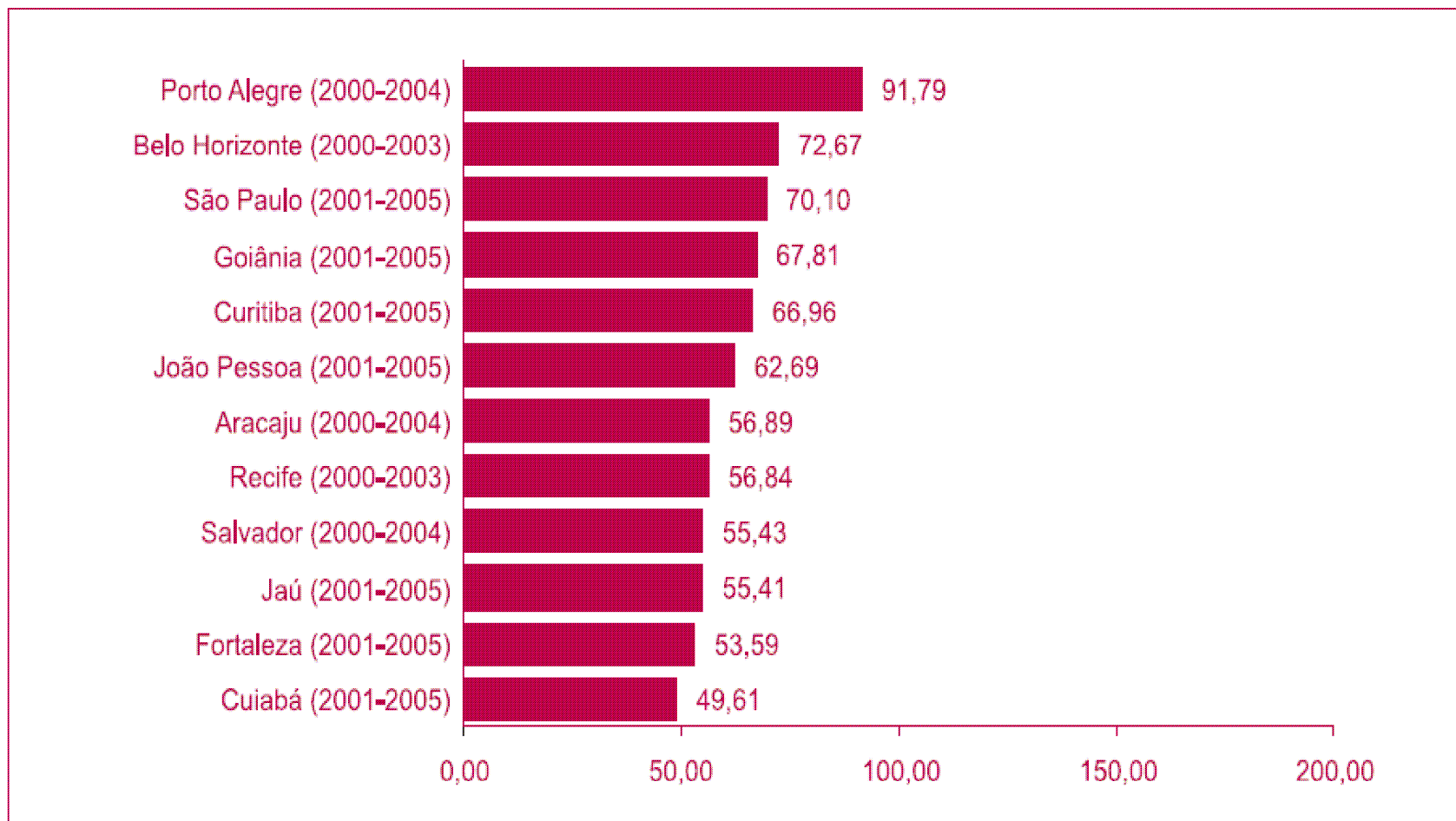


*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume I, II, III e IV

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

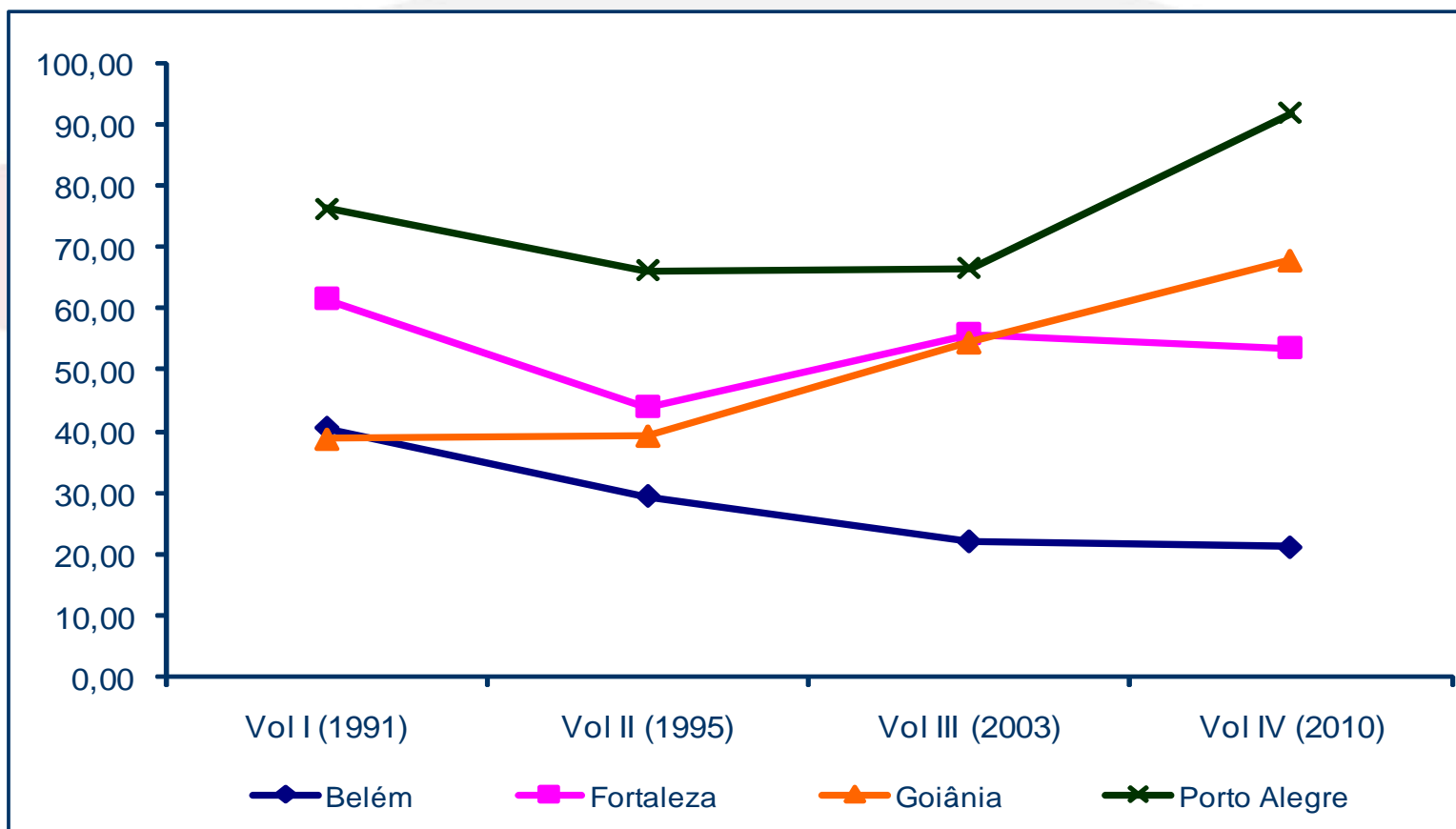
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Mama, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume IV (2010)
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Série temporal das taxas de incidência por Câncer de Mama, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.

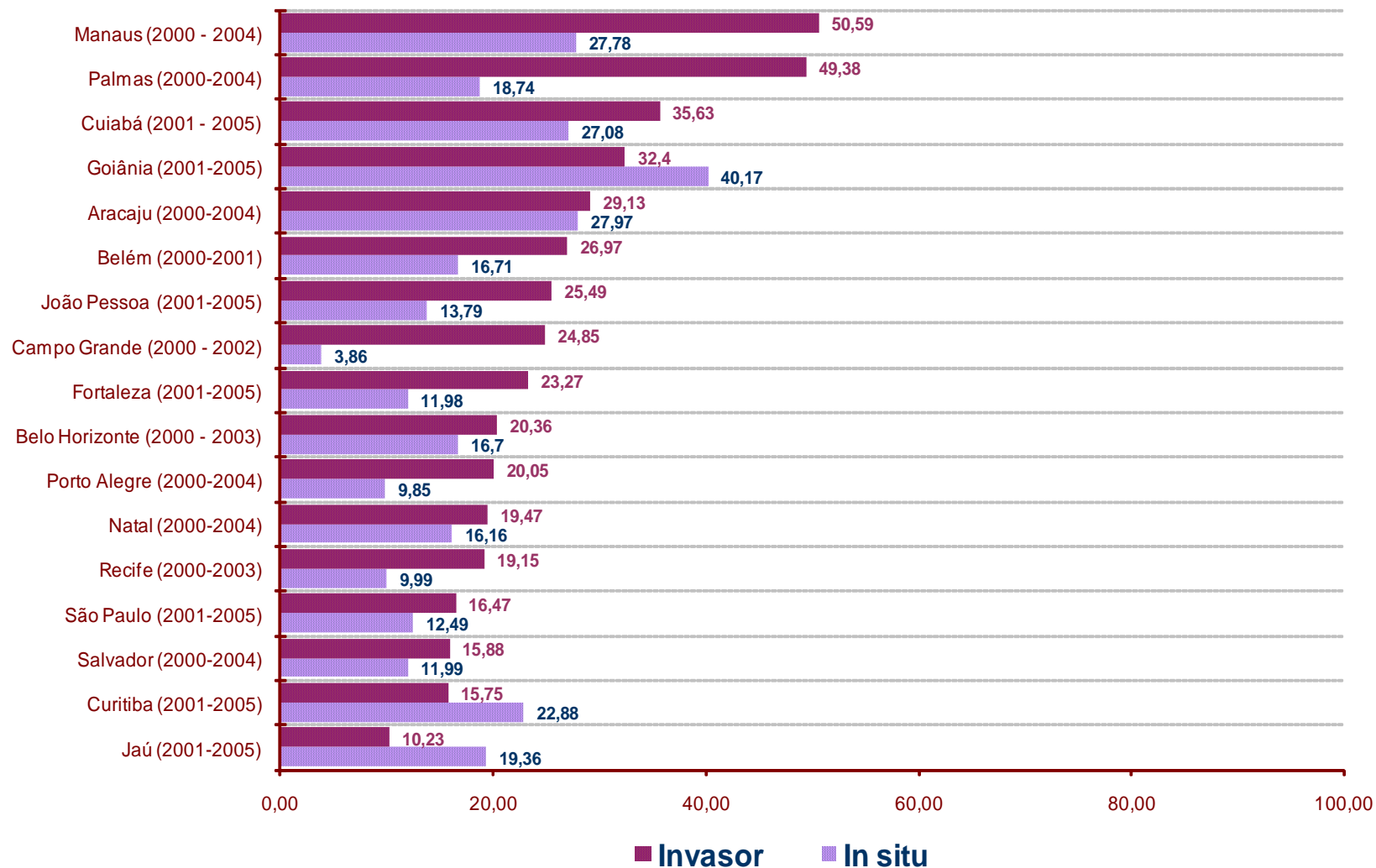


*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume I, II, III e IV

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

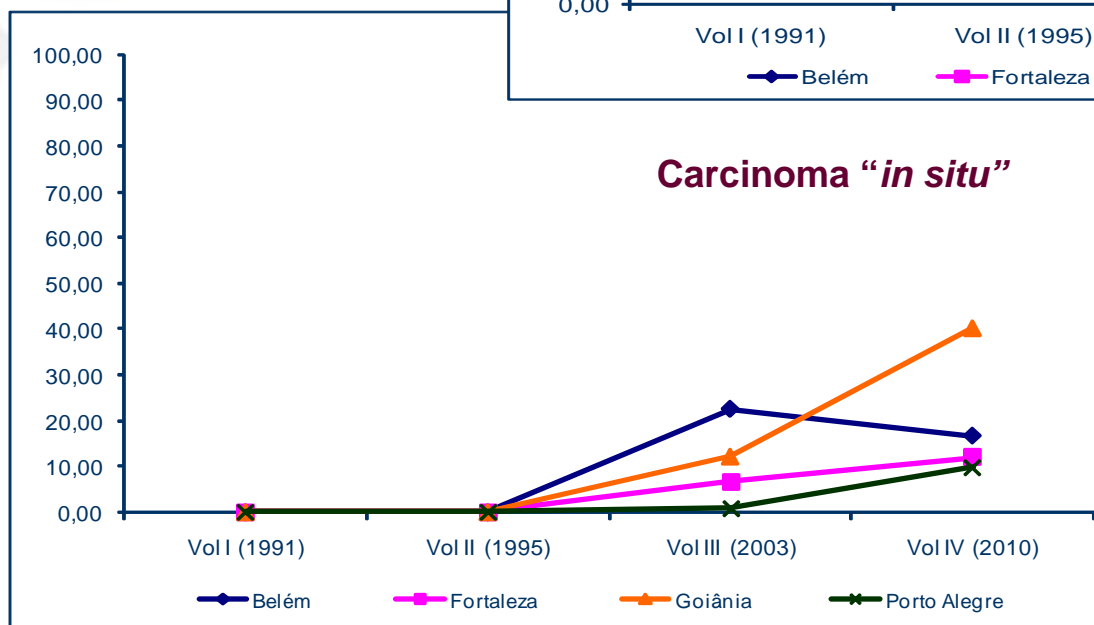
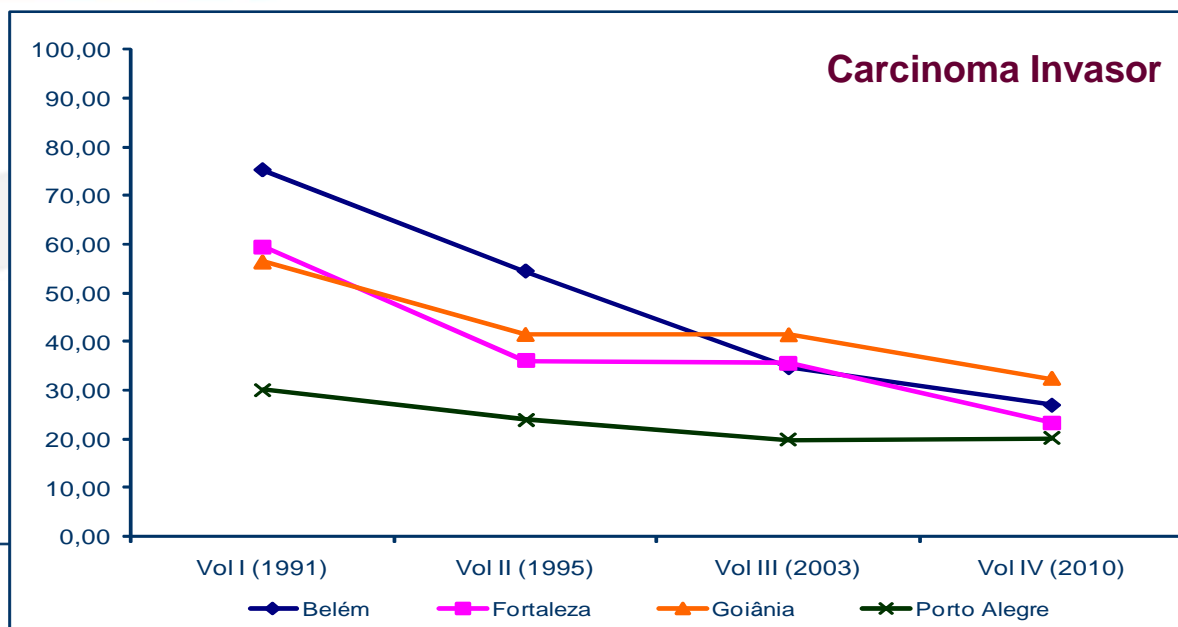
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Colo do útero, ajustadas por idade* e tipo histológico, segundo o RCBP e período de referência.



*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume IV (2010)
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Série temporal das taxas de incidência por Câncer de Colo do útero, ajustadas por idade* e tipo histológico, segundo o RCBP e período de referência.

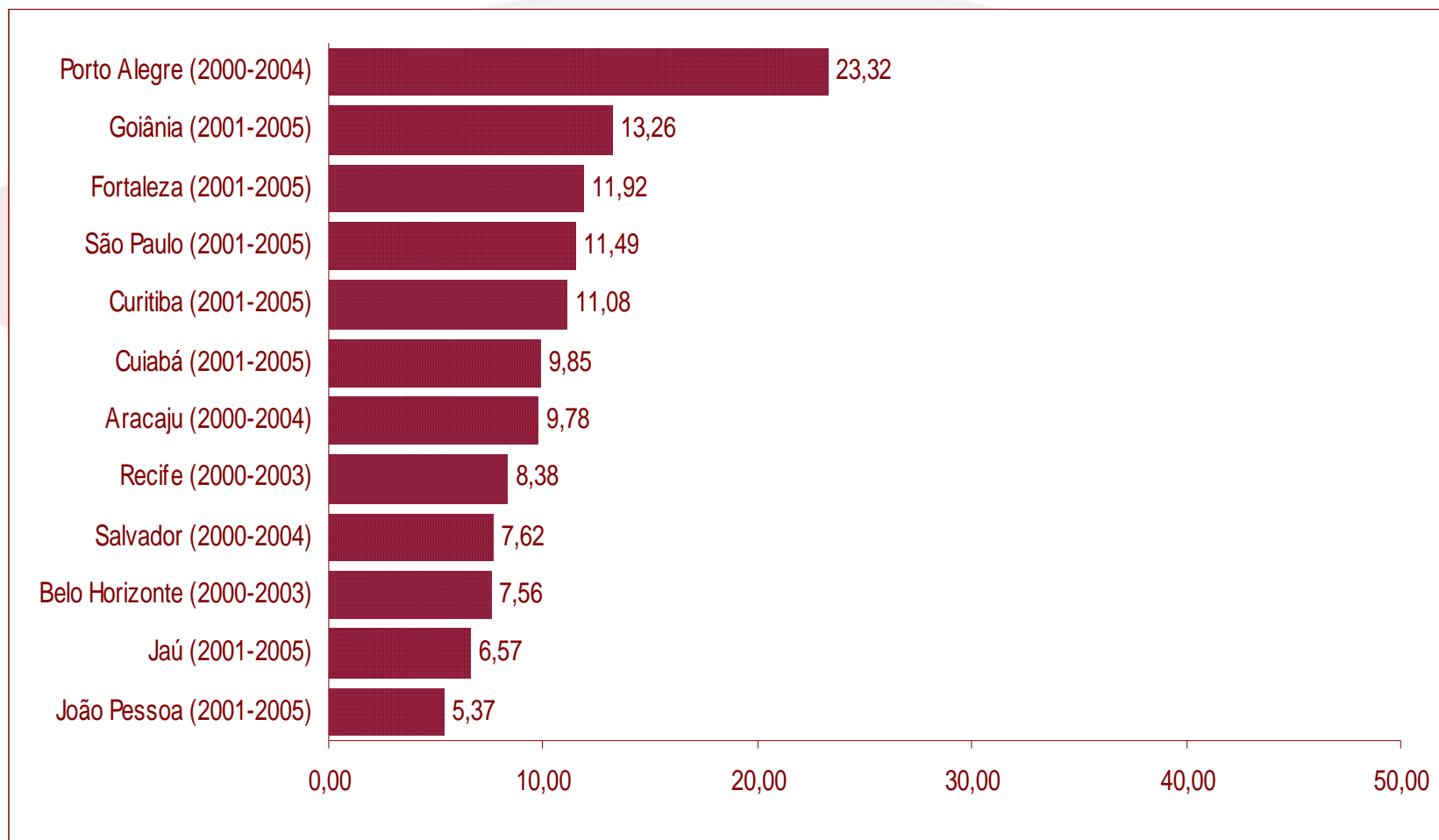


*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume I, II, III e IV

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

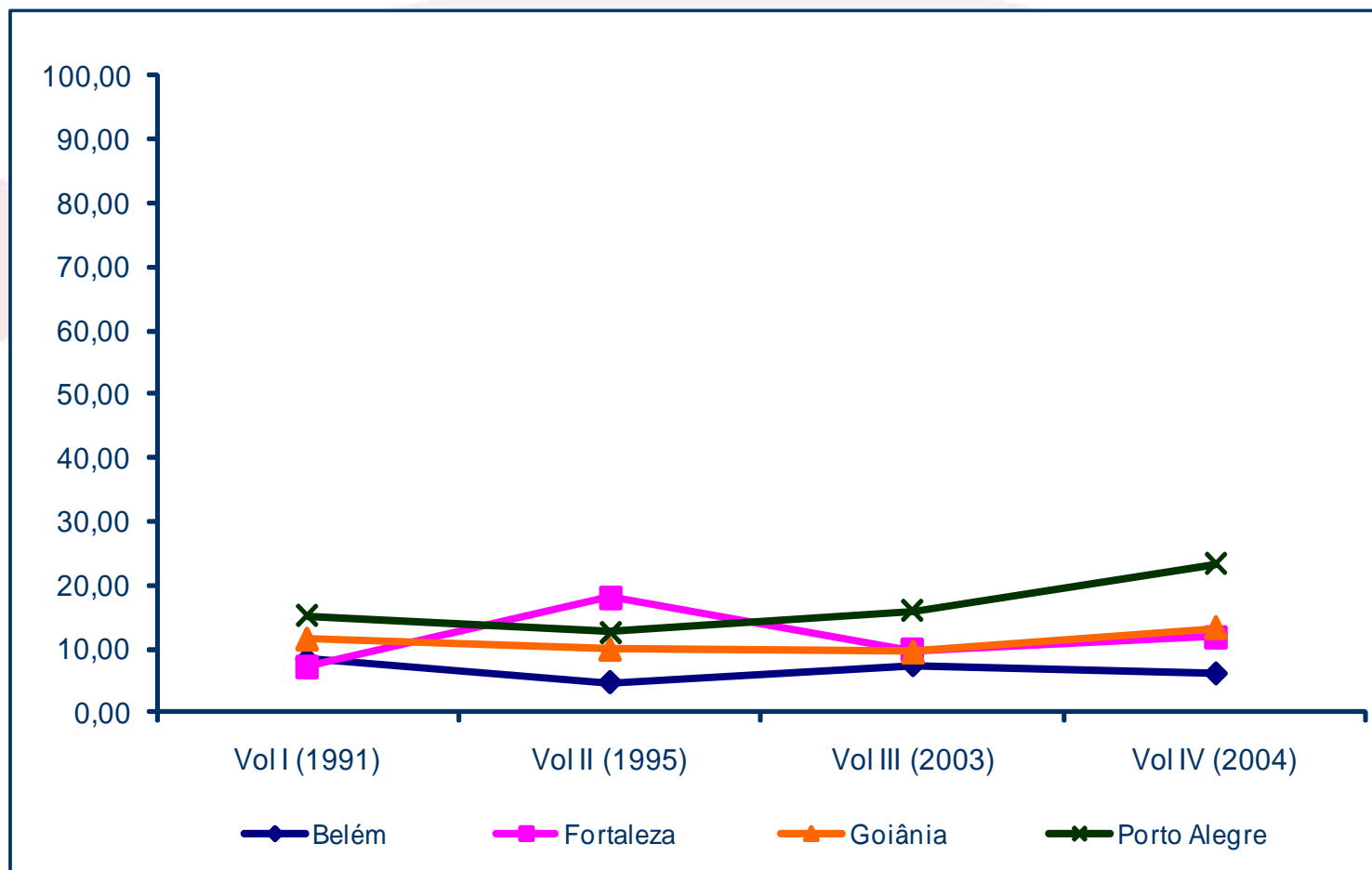
Distribuição das taxas de incidência por Câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume IV (2010)
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

Série temporal das taxas de incidência por Câncer de Traquéia, Brônquios e Pulmões, ajustadas por idade*, segundo o RCBP e período de referência.



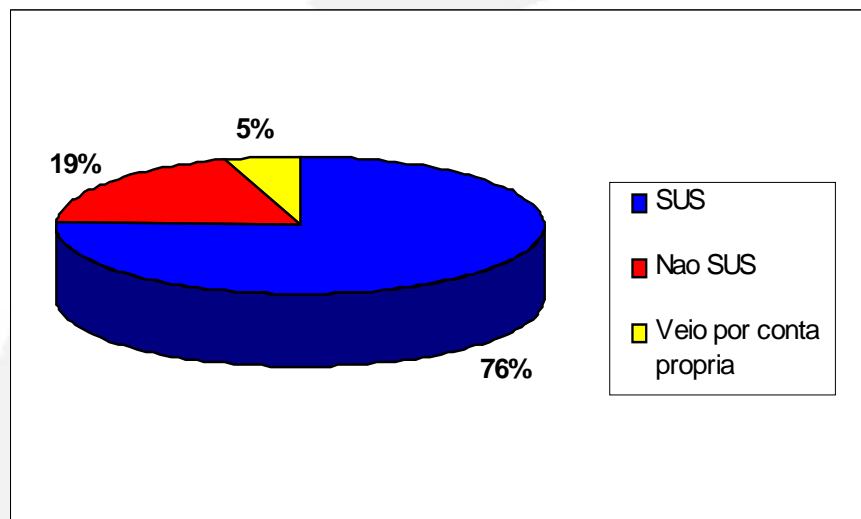
*Valores por 100 mil/ População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

Fontes: Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, Volume I, II, III e IV

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

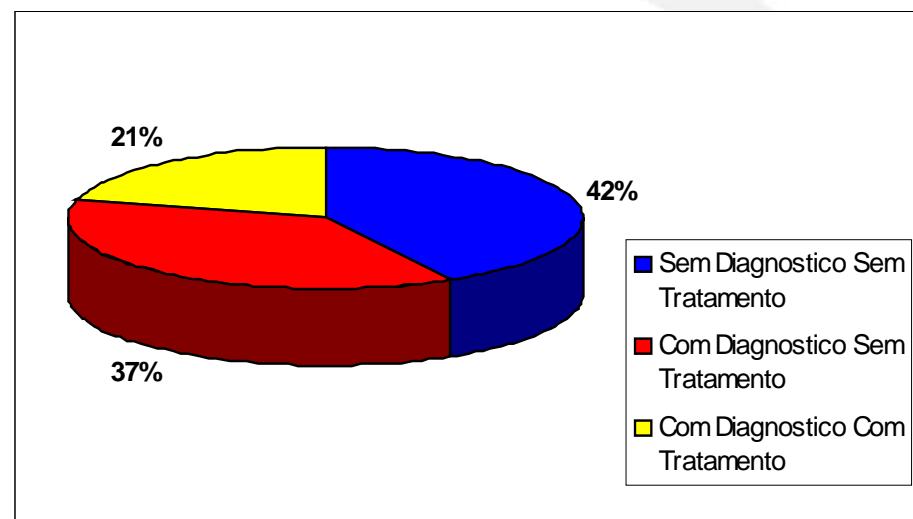
Perfil dos casos que chegam as Unidades Hospitalares que atendem câncer

Distribuição percentual do total de casos registrados de câncer segundo origem do encaminhamento



Nota: 10% dos casos não tinham informação

Distribuição percentual do total de casos registrados de câncer atendidos nas Unidades Hospitalares segundo diagnóstico e tratamento anterior



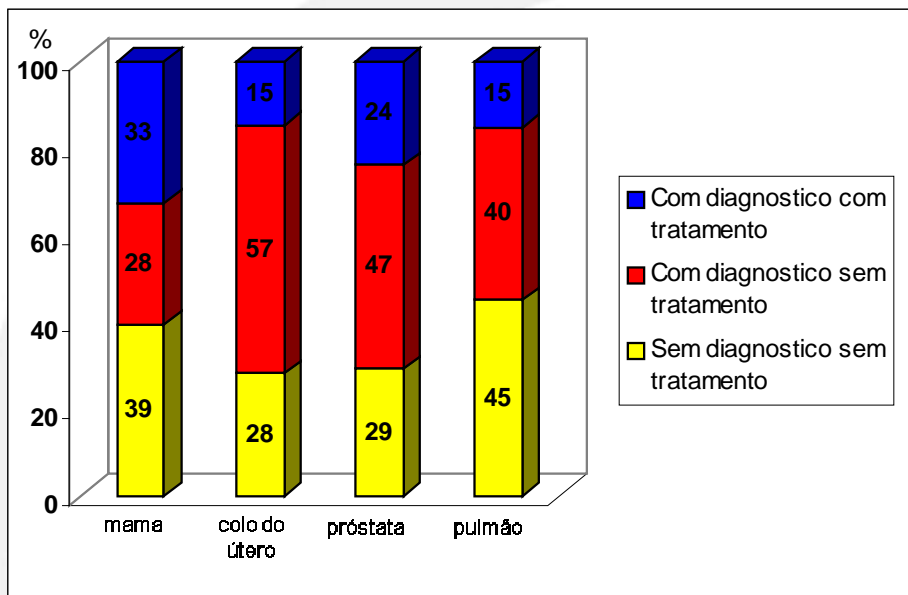
Nota: 11% dos casos não tinham informação

Atenção:

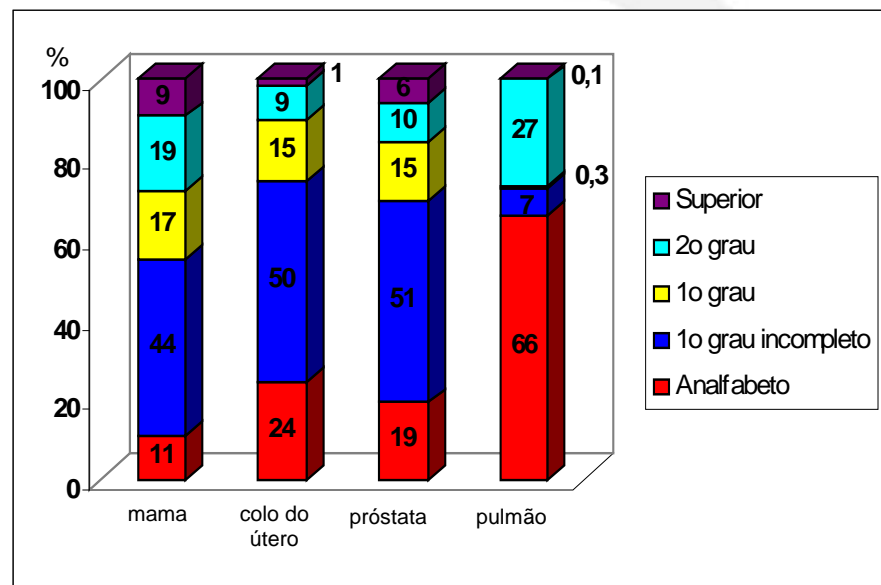
- 1- Foram analisados 332.048 casos de câncer registrados em 93 Unidades Hospitalares que encaminharam suas respectivas bases de dados para o IntegradorRHC
- 2- São análises preliminares, a partir da tabulação dos dados de bases encaminhadas até o dia 26 de agosto de 2010. Os dados analisados se referem às bases de dados consolidadas com data da 1ª consulta na Unidade Hospitalar entre 2000 e 2006

Perfil dos casos que chegam as Unidades Hospitalares que atendem câncer

Distribuição percentual do total de casos registrados por tipos selecionados de câncer segundo diagnóstico e tratamento anterior



Distribuição percentual dos casos registrados por tipos selecionados de câncer segundo grau de instrução do paciente

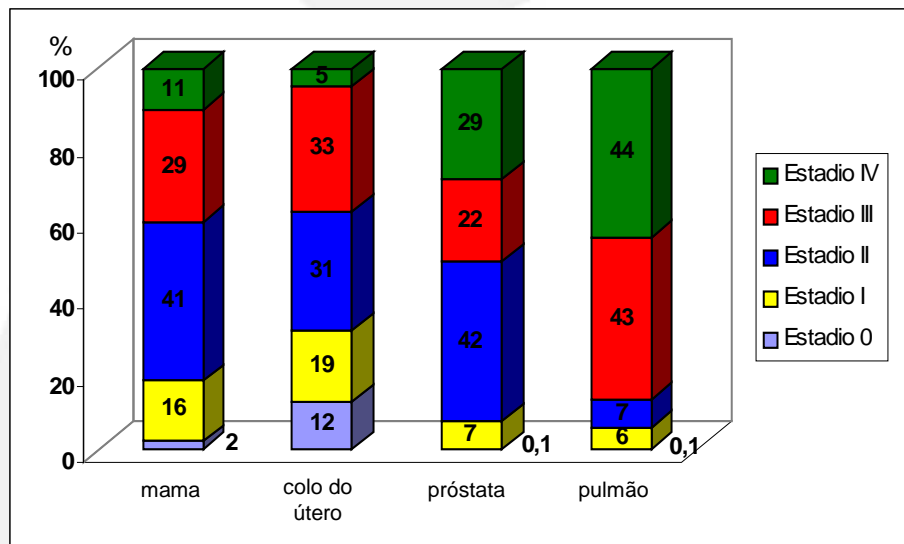


Atenção:

- Foram analisados 332.048 casos de câncer registrados em 93 Unidades Hospitalares que encaminharam suas respectivas bases de dados para o IntegradorRHC
- São análises preliminares, a partir da tabulação dos dados de bases encaminhadas até o dia 26 de agosto de 2010. Os dados analisados se referem às bases de dados consolidadas com data da 1ª consulta na Unidade Hospitalar entre 2000 e 2006

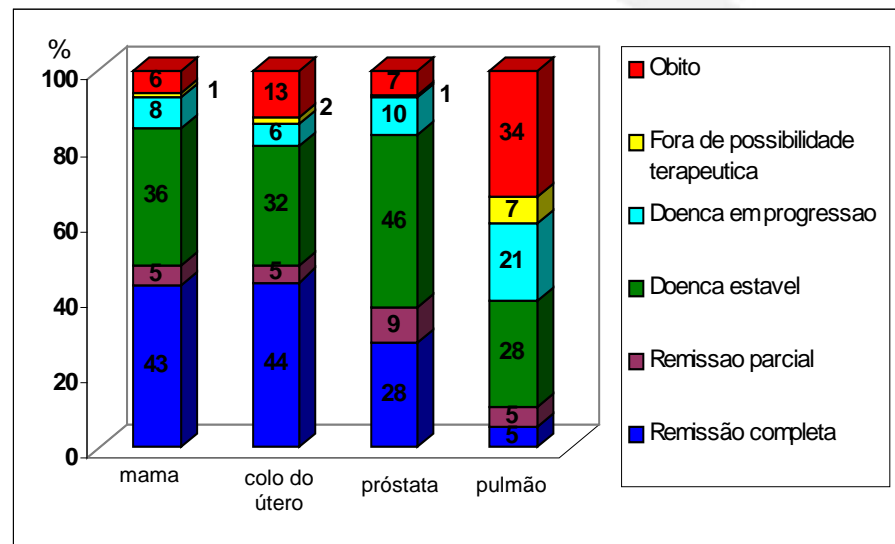
Perfil dos casos que chegam as Unidades Hospitalares que atendem câncer

Distribuição percentual dos casos registrados por tipos selecionados de câncer segundo estadiamento do tumor



Nota: % de sem informação: 34% para próstata; 28% para pulmão e 17% para mama e colo do útero.

Distribuição percentual dos casos registrados por tipos selecionados de câncer segundo estado da doença ao final do 1º tratamento

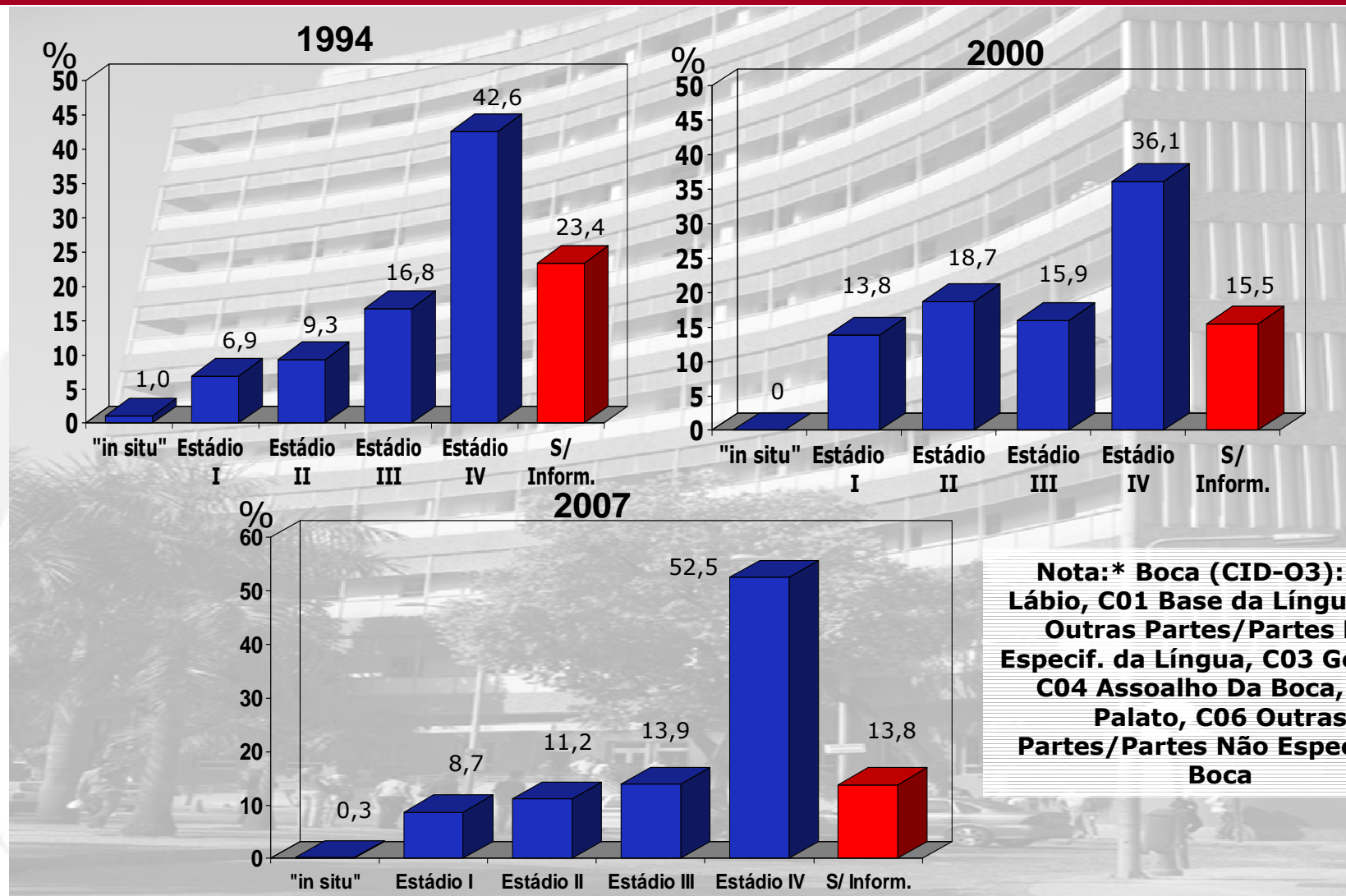


Nota: % de sem informação: 22% para próstata; 20% para mama, colo do útero e pulmão.

Atenção:

- Foram analisados 332.048 casos de câncer registrados em 93 Unidades Hospitalares que encaminharam suas respectivas bases de dados para o IntegradorRHC
- São análises preliminares, a partir da tabulação dos dados de bases encaminhadas até o dia 26 de agosto de 2010. Os dados analisados se referem às bases de dados consolidadas com data da 1ª consulta na Unidade Hospitalar entre 2000 e 2006

Distribuição por Estádio Clínico do Câncer de Boca* segundo períodos selecionados - RHC/HC I/INCA -



Nota:* Boca (CID-O3): C00 Lábio, C01 Base da Língua, C02 Outras Partes/Partes Não Especif. da Língua, C03 Gengiva, C04 Assoalho Da Boca, C05 Palato, C06 Outras Partes/Partes Não Especif. da Boca

Vigilância do câncer - PARCERIAS

- Associação Brasileira de Registros de Câncer - ABRC
- Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde
- Registros de Câncer de Base Populacional
- Registros Hospitalares do INCA
- Divisão de Tecnologia da Informação do INCA
- Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
- Agência de Saúde Pública do Canadá - PHAC

Vigilância do câncer - DESAFIOS

- Reconhecimento da importância da vigilância do câncer e da avaliação de programas de controle
- Diversidade administrativa nos estados
- Heterogeneidade nos perfis técnicos
- Aumentar a capacidade para supervisão a todos os estados e aos RCBP
- Implementação e atualização ágil dos Sistemas em Registros de Câncer
- Melhoria e atualização da capacidade técnica e gerencial
- Atualização de materiais técnicos e educacionais em vigilância e registros de Câncer

Vigilância do câncer – ONDE QUEREMOS CHEGAR

- **Integração das principais bases de dados sobre morbimortalidade em câncer no país**
- **Disponibilização mais ágil de informações sobre câncer - em nível local, estadual e nacional**
- **Descentralização dos treinamentos para RC e análise epidemiológica de dados**
- **Garantir a qualidade e atualidade das informações**
 - **Capacitando/reciclando profissionais de RC e das SES**
 - **Supervisionando e assessorando os RC e as SES**
 - **Analisando de forma sistemática os indicadores de qualidade dos RC (RHC e RCBP)**
- **Capacitar profissionais em vigilância epidemiológica aplicada às bases de informações sobre câncer, especialmente as dos RC**
- **Desenvolver protocolos/modelos epidemiológicos aplicados a RC, especialmente para estudos de série temporal, de sobrevivência (hospitalar e populacional) e análise espacial**
- **Ampliar e assegurar parcerias (Universidades, órgãos governamentais e não-governamentais que promovam ações na área da vigilância das DANT)**
- **Intensificar supervisões e visitas técnicas**
- **Definição de prioridades e planejamento de ações no nível estadual**

O purista científico que resolver esperar até que as informações estejam corretas e completas para começar a usá-las não terá sido mais sábio e racional do que o camponês de Horácio que resolve sentar e esperar até o rio acabar de passar (OMS,1975)



**Obrigada pela
atenção !**

Dra. Marise Rebelo

INCA/Conprev

Divisão de Informação

Tel: (021) 3970-7474

e-mail: mrebelo@inca.gov.br

