



A.C. Camargo
Cancer Center

Especializado em Vida

OBSERVATÓRIO DO CÂNCER

**A.C. CAMARGO
CANCER CENTER**

2000 a 2020

*Diego Rodrigues Mendonça e Silva
Maria Paula Curado
José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani*



Observatório do Câncer

Registro Hospitalar de Câncer – A.C. Camargo Cancer Center

2000 a 2020



**A.C. Camargo
Cancer Center**

Especializado em Vida

Ficha Catalográfica

Observatório do câncer: Registro Hospitalar de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center 2000 a 2020 / A.C. Camargo Cancer Center; Diego Rodrigues Mendonça e Silva, Maria Paula Curado, José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani (Orgs.) - São Paulo: Fundação Antônio Prudente, 2023. 43p.

ISBN: 978-65-88820-01-8

1. Registro hospitalar 2. Oncologia 3. Sobrevida 4. RHC I. A.C. Camargo Cancer Center II. Mendonça e Silva, Diego Rodrigues III. Curado, Maria Paula IV. Fregnani, José Humberto Tavares Guerreiro

CDU 616

Bibliotecária responsável: Cinara Oliveira Nunes CRB-8/7357

Estrutura Corporativa Conselho Curador

Conselheiro, Presidente Executivo

José Ermírio de Moraes Neto

Conselheiro, Vice-presidente Executivo

Waldomiro Carvas Junior

Conselheiro, Presidente Institucional

José Hermilio Curado

Conselheiro, Vice-presidente Institucional

Ademar Lopes

Conselheiro

Celso Marques de Oliveira

Conselheiro

José Ricardo Mendes da Silva

Conselheira

Liana Maria Carraro de Moraes

Conselheiro

Nelson Koichi Shimada

Conselheiro

Pedro Luiz Barreiro Passos

Gestão Executiva

Diretor Geral

Victor Piana de Andrade

Diretor Corporativo

Maron Guimarães

Diretor de Negócios e Relacionamento

Wilson Leite Pedreira Jr.

Chief Medical Officer - CMO

Antonio Eduardo Antonietto Junior

Diretora de Operações

Raquel Marcondes Bussolotti

Diretora Jurídico, Governança e Relações Institucionais

Luciana Spring

Superintendente de Auditoria Interna

Alexandre José Sales

Superintendente de Pessoas e Desenvolvimento Organizacional

Anaisa Lubeck Carlini

Superintendente de Inovação e Transformação Digital

Rodrigo Gosling

Superintendente de Ensino e Pesquisa

José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Superintendente de Atendimento e Ciclo da Receita

Ana Lúcia da Silveira Franco

Superintendente de Supply Chain José

Eduardo Faria Renó Ramos

Lideranças dos Centros de Referências (CR)

Tumores de Mama

Dr^a Fabiana B. Alves Makdissi

Dr^a Solange Moraes Sanches

Tumores Ginecológicos

Dr. Glauco Baiocchi Neto

Dr^a Andréa Paiva Gadêlha Guimarães

Tumores do Aparelho Digestivo Alto

Dr. Felipe José Fernandez Coimbra

Dr. Tiago Felismino

Tumores de Cabeça e Pescoço

Dr. Luiz Paulo Kowalski

Dr. Thiago Bueno de Oliveira

Tumores do Pulmão e Tórax

Dr. Jefferson Luiz Gross

Dr. Helano Carioca Freitas

Tumores Colorretais

Dr. Samuel Aguiar Junior

Dr^a. Rachel Riechelmann

Sarcomas e Tumores ósseos

Dr. Celso Abdon Lopes de Mello

Dr. Samuel Aguiar Junior

Dr^a Suely Akiko Nakagawa

Tumores Urológicos

Dr. Stênio de Cássio Zequi

Dr. José Augusto Rinck Junior

Neoplasias Hematológicas

Dr. Jayr Schmidt Filho

Tumores Pediátricos

Dr^a Viviane Sonaglio

Tumores Cutâneos

Dr. João Pedreira Duprat Neto

Dr. Milton José de Barros e Silva

Tumores do Sistema Nervoso Central

Dr. José Erasmo Dal'Col Lucio

ÍNDICE

Agradecimentos.....	8
Apresentação.....	9
1. Registro Hospitalar de Câncer (RHC)	
1.2 O que é um Registro Hospitalar de Câncer?.....	10
1.2. Objetivo Geral do RHC.....	10
1.3. Objetivos Específicos.....	10
1.4. Métodos de trabalho do RHC.....	11
2. Indicadores de qualidade do RHC.....	13
3. Métodos de análise do Observatório do Câncer	
3.1. Análise descritiva.....	14
3.2. Análise de sobrevida.....	14
4. Resultados do Observatório do Câncer	
4.1. Resultados descritivos.....	16
4.2. Resultados de sobrevida.....	23
5. Acesso à base de dados do RHC.....	34
6. Considerações finais.....	35
7. Contatos com o RHC.....	36
8. Equipe do RHC.....	37
Referências.....	38
Anexos.....	39

Agradecimentos

À Diretoria do A.C.Camargo Cancer Center (Fundação Antônio Prudente) por reconhecer a relevância das atividades do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e proporcionar os recursos necessários para os avanços alcançados.

Aos médicos do Corpo Clínico do A.C.Camargo Cancer Center (ACCCC) pela colaboração nas dúvidas em casos específicos e utilização da base de dados na disseminação de informação sobre câncer no A.C.Camargo.

A todos os colaboradores do A.C.Camargo Cancer Center pela parceria.

À Superintendência de Ensino e Pesquisa, Dr. José Humberto Tavares G. Fregnani, pelo apoio e incentivo na disseminação e fortalecimento do RHC A.C.Camargo.

À Gerência de Ensino e Pesquisa, Dr. Bernardo Rodrigues Peixoto, pelo contínuo suporte às atividades do RHC e na capacitação da equipe.

À Dra. Maria Paula Curado, médica epidemiologista, expert em Registros de Câncer, que não mede esforços para fortalecer, aprimorar, disseminar e defender a importância, qualidade e relevância do RHC.

À equipe de Informática Médica, em nome de Calebe R. de Nobrega, pela contínuas contribuições nas melhorias de processos e relatórios essenciais.

Às registradoras: Célia, Katia, Maria Rita, pelos mais de 15 anos de dedicação ao RHC, e Mariana, pelo contínuo aperfeiçoamento e empenho em registrar os casos com qualidade e confiabilidade.

Diego Rodrigues Mendonça e Silva
Supervisor Registro Hospitalar de Câncer



A.C. Camargo
Cancer Center

Especializado em Vida

Apresentação

Este é o primeiro Observatório do Câncer do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do A.C. Camargo Cancer Center (ACCCC), com informações de casos de câncer diagnosticados e tratados na Instituição, com diagnósticos entre 2000 e 2020.

Os registros de câncer de base hospitalar são fontes de informação em câncer, incluindo o tipo de diagnóstico, as características clínicas do tumor, o tratamento e seguimento a curto e longo prazo. Os RHCs contribuem nos programas de controle do câncer e para os Registros de Câncer de Base Populacional (Curado, 2019). Portanto, são uma base de dados que informa aos profissionais de saúde, pacientes, comunidade científica e sociedade, o perfil dos pacientes tratados, quanto as informações sociodemográficas, clínicas, de diagnóstico, tratamento e sobrevida global.

Registramos aqui nossa homenagem aos iniciadores do registro dos pacientes tratados com câncer no A.C. Camargo, desde a sua criação em 1953, dentre estes estão o Dr. Humberto Torloni (1924-2016), médico pato-logista, que muito contribuiu para o registro e a descrição de tumores, assim como a Dona Hirde Contesini (1924-) chefe do SAME (Serviço de Arquivos Médicos), que em parceria com o Dr. Torloni muito contribuiu para os registros e os acervos dos casos de câncer da Instituição. Nossa homenagem também ao Dr. Massaki Udiahara (1913-1981) membro do Conselho Técnico do Hospital A.C. Camargo, que iniciou o trabalho de registro dos casos de câncer (Bueno, 2015).

Esperamos que as informações aqui apresentadas possam contribuir aos médicos, profissionais de saúde, cientistas, alunos de pós-graduação e aos pacientes oncológicos.

Maria Paula Curado

Epidemiologista, chefe do Grupo de Epidemiologia e Estatística

José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Superintendente de Ensino e Pesquisa



**A.C. Camargo
Cancer Center**

Especializado em Vida



Registro Hospitalar de Câncer (RHC)

1.1. O que é um Registro Hospitalar de Câncer?

Registro Hospitalar de Câncer, RHC, é um grupo de trabalho, especializado na extração, codificação e validação das informações dos pacientes tratados de câncer em uma instituição. A partir do registro de cada caso de câncer são descritas as informações sociodemográficas, clínicas de diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento do paciente.

A equipe do RHC é formada por registradores treinados e capacitados na extração, classificação e codificação dos casos de câncer conforme a Classificação Internacional de Doenças Oncológicas 3ª edição (CID-O3).

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria 170, estabeleceu que hospitais que realizavam atendimento oncológico pelo SUS deveriam implantar um RHC. A Portaria MS 3.535/1998 tornou obrigatória a existência e a continuidade das atividades dos registros hospitalares brasileiros em centros de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON) (MS, 1998).

No Estado de São Paulo através da Resolução SS-15 cabe a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) a coordenação, o processamento dos casos registrados pelos RHCs do estado e a disponibilização em sistema informatizado das variáveis, com divulgação online dos dados brutos anonimizados (SESSP, 2000). No ano de 2000 foi criada uma ficha de coleta de dados sobre os pacientes, que inclui informações sociodemográficas, sobre o diagnóstico do tumor, estadiamento, tratamento e seguimento. Esta ficha é padronizada e coletada sistematicamente, por todas as unidades hospitalares públicas e privadas que tratam pacientes com câncer no estado de São Paulo.

1.2. Objetivo Geral do RHC

- Descrever os casos novos de câncer tratados anualmente, no A.C.Camargo Cancer Center conforme a Classificação Internacional de Doenças Oncológicas – 3ª edição (CID-O3).

1.3. Objetivos Específicos

- Descrever o padrão sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos pacientes;
- Descrever os tratamentos e o estadiamento das neoplasias;
- Estimar a sobrevida global dos pacientes tratados no A.C.Camargo.

1.4. Métodos de trabalho do RHC Tumor único e/ou múltiplo

O RHC registra todos os tumores malignos diagnosticados em um paciente. Portanto, um mesmo paciente pode ter um ou mais tumores registrados. Cada tumor é registrado de acordo com a data do diagnóstico morfológico, baseado no laudo anatomopatológico disponível como padrão-ouro para confirmação diagnóstica. O tumor múltiplo pode ser sincrônico, isto é, um segundo tumor primário no momento do diagnóstico do primeiro tumor; ou metacrônico, isto é, quando um novo tumor é diagnosticado seis meses ou mais do primeiro tumor (o novo tumor pode apresentar o mesmo tipo histológico ou não).

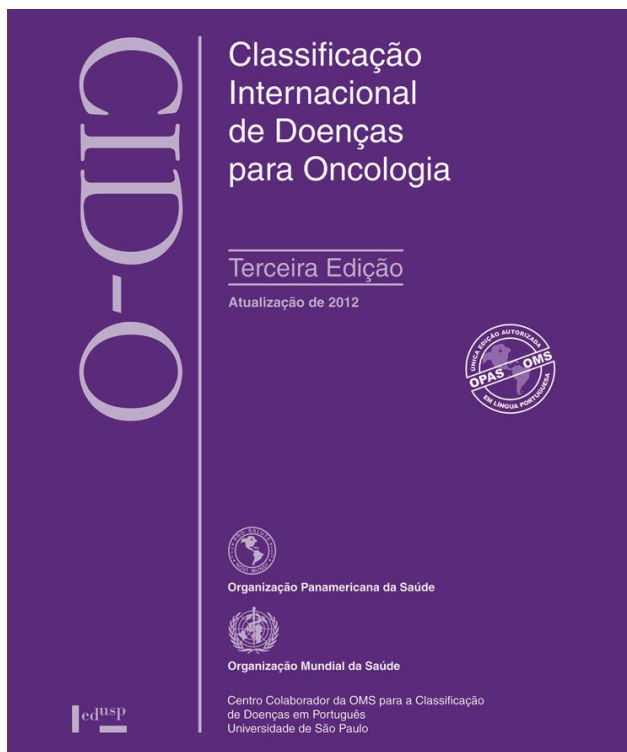


Figura 1. Capa da Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia – 3ª edição, 2005.

Etapas de registro dos tumores malignos

Na base de dados são incluídos todos os pacientes que receberam tratamento oncológico parcial ou integral na Instituição, em cada ano calendário. Os casos de câncer do RHC são registrados retrospectivamente com cerca de seis meses a um ano de retardo ao ano-calendário vigente.

As etapas de registro de caso novo de câncer, estão descritas na Figura 2. A primeira etapa: é a identificação do caso novo, nas fontes de entrada do paciente na Instituição, são eles departamento de anatomia patológica, quimioterapia, radioterapia ou clínica médica. Após a identificação do caso é realizada a admissão, incluindo as variáveis essenciais para o

registro (Anexo) por meio da análise da história clínica do paciente.

A classificação e codificação do tumor é realizada de acordo com a topografia e morfologia utilizando como referência a Classificação Internacional de Doenças Oncológicas, 3ª edição (CID-O3), versão em português ano de 2005 (Figura 1). Neste momento também são coletadas as informações de estadiamento clínico e patológico, metástases e em seguida registrados os tratamentos realizados; por último o status vital do paciente (vivo ou óbito).

O A.C.Camargo, assim como os RHCs do estado de São Paulo, utiliza o software SISRHC© 2007, versão 6.72, desenvolvido pela FOSP, para registrar os casos. Este software possui regras de compatibilidade e validação para Topografia/Morfologia, Sexo/Topografia e Idade/Morfologia. Após o registro de todos os casos do ano-calendário faz-se nova verificação de consistência e validação dos casos, utilizando o software IARCcrgTools© 2005, versão 2.13, desenvolvido pela Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC). A duplicidade dos casos é feita utilizando o software Link Plus 2007, versão 2.0, desenvolvido Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC).

O backup da base de dados consolidada é realizado mensalmente e enviado trimestralmente para a FOSP. A FOSP repassa os casos registrados para o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

A disseminação da informação dos dados é feita pela FOSP e estão disponíveis ao público via website institucional, plataforma Tabnet (<http://www.fosp.saude.sp.gov.br>). No A.C.Camargo os dados agregados também estão disponíveis na plataforma Tabnet, via rede interna institucional (<http://10.11.39.42:8080/cgi-bin/dh?rhc/RHC-Geral.def>).

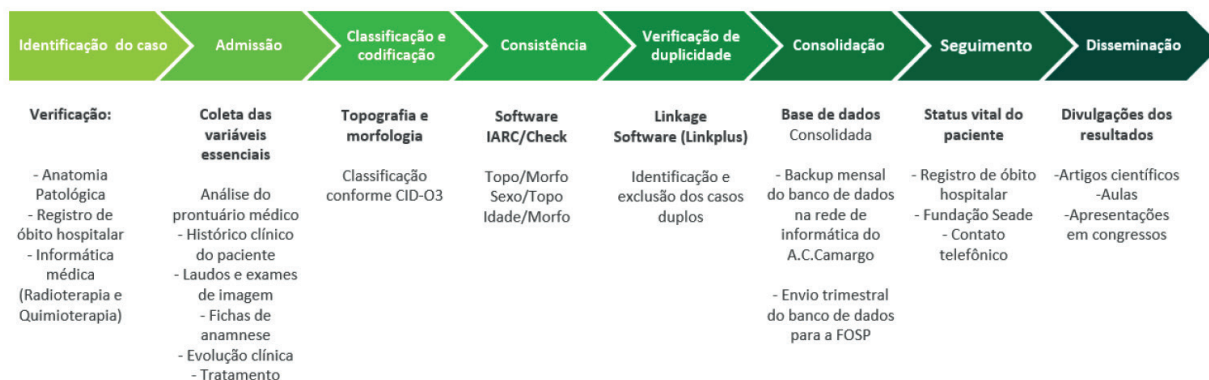


Figura 2. Fluxograma do registro dos casos novos de câncer no RHC / A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo, 2022.

2

Indicadores de qualidade do RHC

Os indicadores de qualidade do RHC são definidos por: proporção de casos com confirmação histológica; proporção de casos de "neoplasia maligna SOE, 8000/3"; "localização primária desconhecida, C80.9"; e a proporção de casos sem estadiamento clínico. O monitoramento periódico desses indicadores permite a identificação de possíveis falhas/melhorias assim como avanços na qualidade da informação produzida pelo RHC.

As recomendações para os indicadores de qualidade avaliados são as descritas no Manual de Registro de Câncer do INCA (MS/INCA, 2010). Os indicadores recomendados pelo INCA/Ministério da Saúde são também avaliados para RHCs do estado de São Paulo pela FOSP. Na tabela 1 estão descritos os resultados dos indicadores de qualidade do RHC/ACCCC de 2000 a 2020.

Tabela 1. Indicadores de qualidade da base de dados do Registro Hospitalar de Câncer, do A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000 a 2020.

Indicadores	A.C. CAMARGO	Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) ^a	Instituto Nacional do Câncer (INCA) ^b
Proporção de casos com confirmação microscópica (histologia)	98,8%	98,3%	≥ 95,0% - < 100%
Proporção de casos codificados como "neoplasia maligna, sem outra especificação SOE - (8000/3)	0,2%	0,9%	< 3,0%
Proporção de casos codificados como "localização primária desconhecida" (C80.9)	0,7%	1,4%	<2,5%
Proporção de casos sem estadiamento (código "X")	5,1%	4,1%	<10,0 %

a) RHCs do estado de São Paulo – 2000-2016. Fonte: FOSP, agosto/2022

b) Instituto Nacional do Câncer (Brasil): Registros Hospitalares de Câncer - planejamento e gestão. 2a ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

3 Métodos de análise do Observatório do Câncer

3.1. Análise descritiva

Foram incluídos nas análises os casos de câncer de pacientes com tratamento integral na Instituição, com diagnóstico entre 2000 e 2020, extraídos da base de dados do RHC, em 10 de agosto de 2022.

Os casos foram analisados quanto à frequência absoluta e relativa, segundo as variáveis: ano de diagnóstico, sexo, faixa etária, município de residência no Estado de São Paulo, tipo de câncer (topografia) e Centros de Referência no A.C.Camargo.

As análises foram realizadas no Microsoft Excel para Microsoft 365 e IBM® SPSS Statistics, versão 23. O mapa temático foi plotado utilizando o software de geoprocessamento QGIS, versão 3.24.2, com a utilização da base cartográfica do Estado de São Paulo por município, em projeção WGS 84.

3.2. Análise de sobrevida

Para análise de sobrevida foram considerados os casos de câncer diagnosticados entre 2000 e 2017 tratados no A.C.Camargo, foram selecionadas as dez neoplasias malignas mais frequentes por sexo, de acordo com topografia e morfologia classificadas pela Classificação Internacional de Doenças Oncológicas 3ª edição (CID-O3), e apresentadas pela Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (Quadro 1).

O tempo de sobrevida foi calculado como a diferença entre a data do diagnóstico e a data do óbito (por qualquer motivo) ou a data da última informação, com seguimento atualizado até 01 de junho de 2022. A sobrevida global em 5-anos foi calculada em três quinquênios (2000-2004, 2005-2009 e 2010-2014) e um triênio (2017-2022) por sexo.

A sobrevida global também foi analisada estratificada por estadiamento clínico (I, II, III e IV) de acordo com o TNM: classificação de tumores malignos; comparada por sexo. Nesta etapa não foram incluídas os tumores exclusivos do sexo (como câncer de mama, colo do útero, corpo do útero e próstata), também foram excluídos os linfomas de Hodgkin pois não se aplica o estadiamento clínico (TNM). Incluiu-se a análise de sobrevida global em 5-anos para o período 2000-2017 por sexo.

As curvas de sobrevida foram calculadas utilizando o pacote Shiny do software RStudio® 2018, versão 1.1.463, e as probabilidades de sobrevida estimadas em 60 meses. As curvas de sobrevida foram comparadas com o teste de log-rank, com nível de significância de $p < 0,05$, foram realizadas no IBM® SPSS Statistics, versão 23.

Quadro 1. Tipo histológico de câncer, de acordo com a classificação CID-10, topografia e morfologia CID-O3, incluídos na análise de sobrevida por sexo, 2000-2017			
Tipo histológico (CID-10)	Topografia (CID-O3)	Morfologia (CID-O3)	Sexo
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10	80523, 80703, 80713, 80723, 80743, 80763, 80833	Masculino/Feminino
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06)	C02-C06 exceto C05.1 e C05.2	80703, 80713, 80723, 80743, 80753, 80763, 80833	Masculino/Feminino
Adenocarcinomas de estômago (C16)	C16	81403, 81443, 82013, 82103, 82113, 82433, 82513, 82553, 82603, 82633, 83103, 83233, 84803, 84813, 84903, 85503	Masculino/Feminino
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	C18, C19, C20	81403, 82103, 82113, 82203, 82213, 82613, 82623, 82633, 84703, 84803, 84813, 84903	Masculino/Feminino
Adenocarcinoma de pulmão (C34)	C34	81403, 82003, 82013, 82113, 82503 – 82553, 82603, 83103, 83233, 83333, 84303, 84803, 84813, 84903, 85503, 85743 – 85763	Masculino/Feminino
Melanoma de pele (C43)	C44	87203 – 87233, 87303, 87403 – 87463, 87613, 87703 – 87723, 87803	Masculino/Feminino
Carcinoma ductal invasivo de mama (C50)	C50	85003, 85213	Feminino
Carcinomas de células escamosas de colo do útero (C53)	C53	80523, 80703 – 80763, 80833, 80843	Feminino
Adenocarcinoma endometrióide de corpo de útero (C54)	C54	83803	Feminino
Adenocarcinomas de próstata (C61)	C61	81403, 85003, 85503	Masculino
Adenocarcinomas de rim (C64)	C64	81203, 81303, 82603, 82903, 83103 – 83193, 83233, 84803	Masculino/Feminino
Carcinomas de bexiga (C67)	C67	80103, 80203, 80413, 80503, 80703, 81203, 81303, 81403, 82113, 83103, 84803, 84903	Masculino/Feminino
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	C73	80503, 82603, 83413, 83433, 83443	Masculino/Feminino
Linfomas de Hodgkin (C81)	C77	96503, 96513, 96523, 96533, 96593, 96633, 96643, 96653, 96673	Masculino/Feminino

4 Resultados do Observatório do Câncer

4.1 Resultados descritivos

De janeiro de 2000 a dezembro de 2020 foram registrados 98.711 casos de câncer analíticos, ou seja, pacientes sem tratamento oncológico prévio, no Registro Hospitalar de Câncer do A.C.Camargo Cancer Center.

O número de casos variou de 2.031 casos em 2000 a 6.119 casos em 2020, com redução do número de casos novos em 2020, em relação aos anos anteriores (2013-2019) em decorrência da pandemia de COVID-19.

Observou-se uma tendência de crescimento anual de 11,0% (IC95% 9,3 – 12,9) no período de 2000 a 2017, com uma redução não significativa entre 2017 e 2020 de -9,7% ao ano (IC95% -28,4 – 13,8). Enquanto no período de 2000 e 2020 houve uma tendência de aumento no número de casos de 7,7% ao ano (IC95% 4,0 – 11,4; Figura 3).

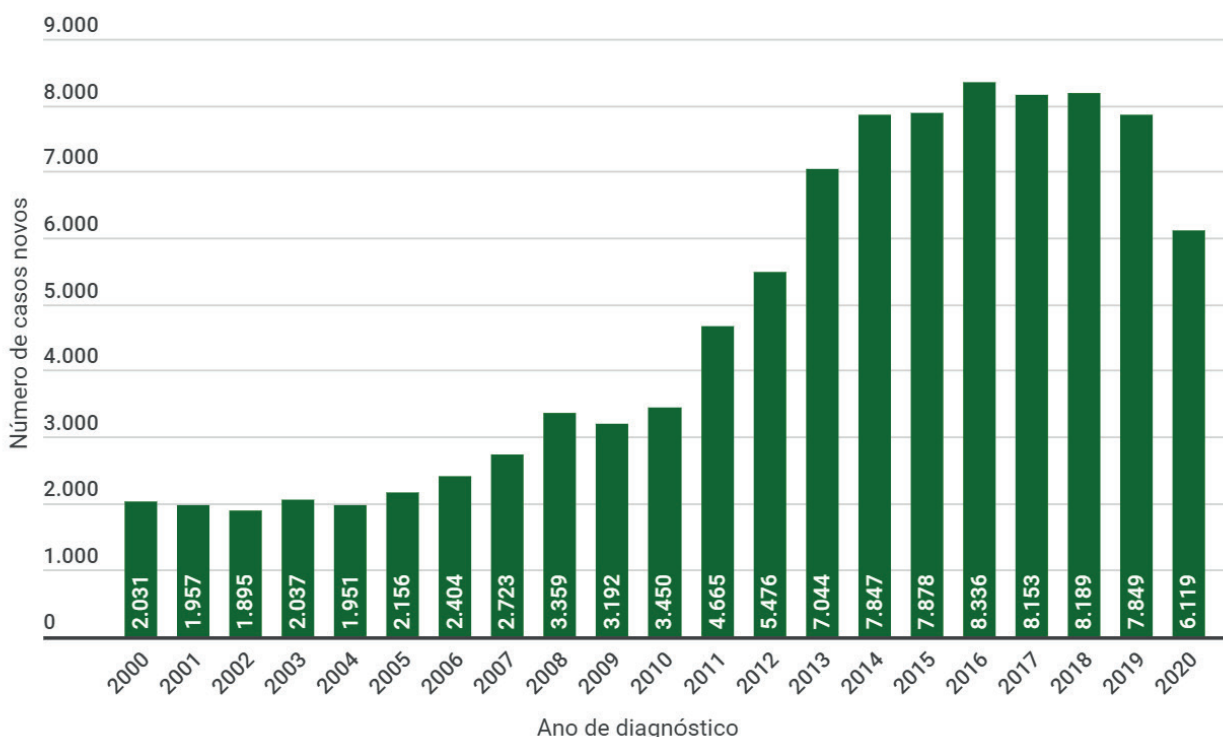


Figura 3. Distribuição do número de casos novos de câncer por ano de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, 2000 a 2020.

Na distribuição por sexo, 53% (51.944/98.711) dos casos eram do sexo feminino, 2000 e 2020, incluindo os tumores de pele não-melanoma (Figura 4).

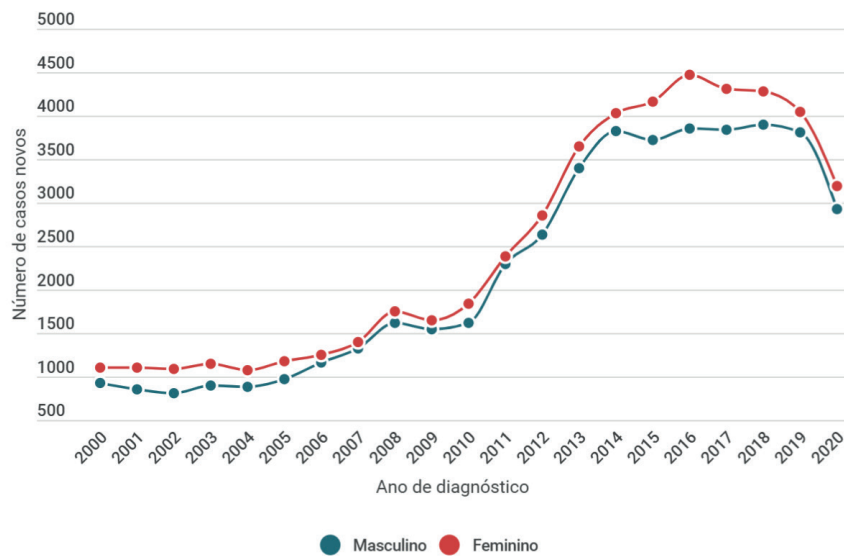


Figura 4. Distribuição do número de casos novos de câncer por ano e sexo, RHC/A.C.Camargo, 2000 a 2020. (incluindo câncer de pele não-melanoma).

Quanto a proporção de casos por faixa etária e sexo, dos 98.711 casos de câncer registrados de 2000 a 2020, 2% (933 casos masculinos e 930 casos femininos) ocorreram em crianças e adolescentes. No sexo masculino, a proporção de casos de câncer tratados foi de 7% (3.262) de adultos jovens, 32% (14.744) entre adultos e 60% (27.828) idosos. Enquanto no sexo feminino, a proporção foi de 16% (8.404) entre adultos jovens, 40% (20.790) na população adulta e 42% (21.820) mulheres idosas (Figura 5).

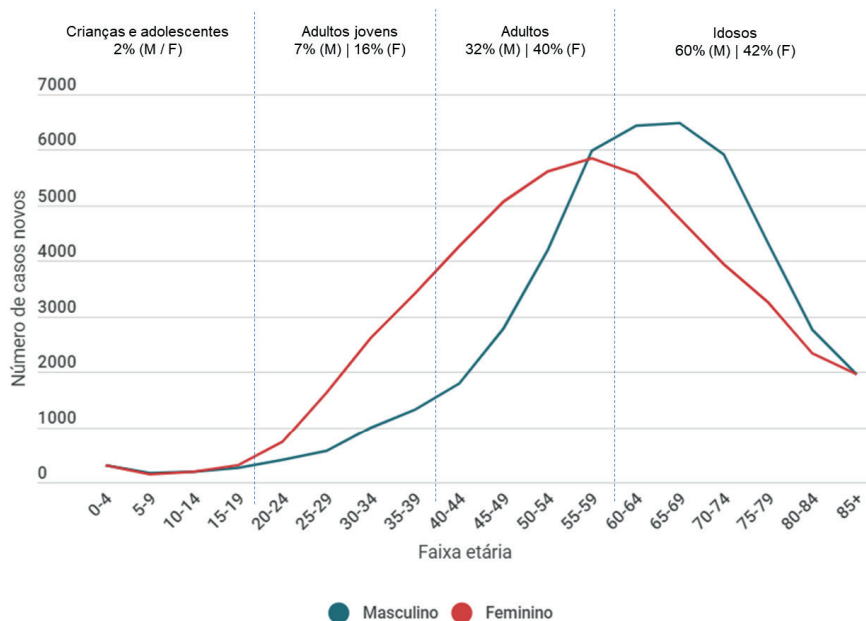


Figura 5. Distribuição dos 98.711 casos de câncer por faixa etária (crianças e adolescentes, adultos jovens, adultos e idosos) e sexo. RHC/A.C.Camargo, 2000 a 2020.

Dos pacientes tratados no A.C.Camargo, observou-se que 94% (92.814) eram residentes no Estado de São Paulo, destes 65% (60.522) no município de São Paulo, 22% (20.563) na região metropolitana e 13% (11.729) residentes no interior do Estado (Figura 6).

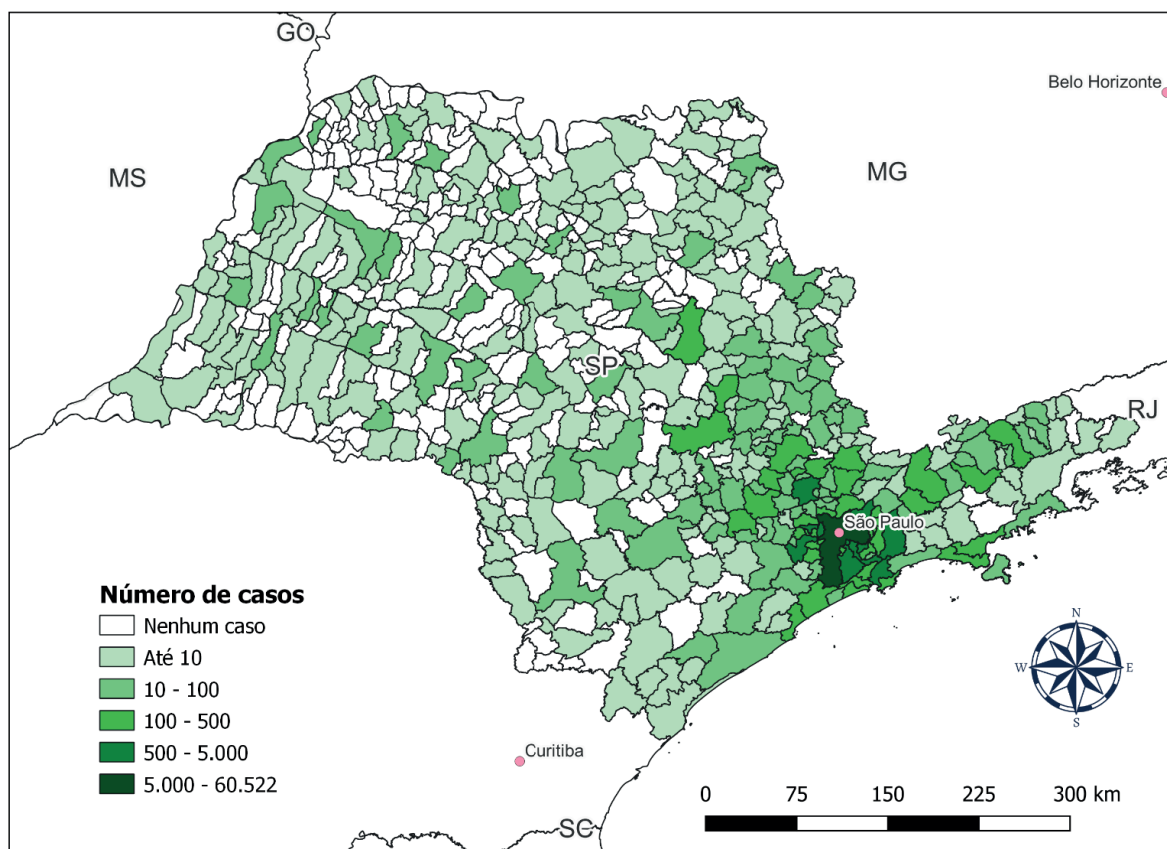


Figura 6. Distribuição dos casos de câncer conforme município de residência ao diagnóstico no Estado de São Paulo, RHC/A.C.Camargo, 2000 a 2020.

Distribuição das neoplasias malignas quanto a topografia e sexo

No sexo feminino as neoplasias malignas mais frequentes foram na mama, pele não-melanoma, tireoide, colo do útero e cólon e reto. Enquanto no masculino foram os tumores de pele não-melanoma, próstata, melanoma de pele, cólon e reto, e pulmão (Figura 7).

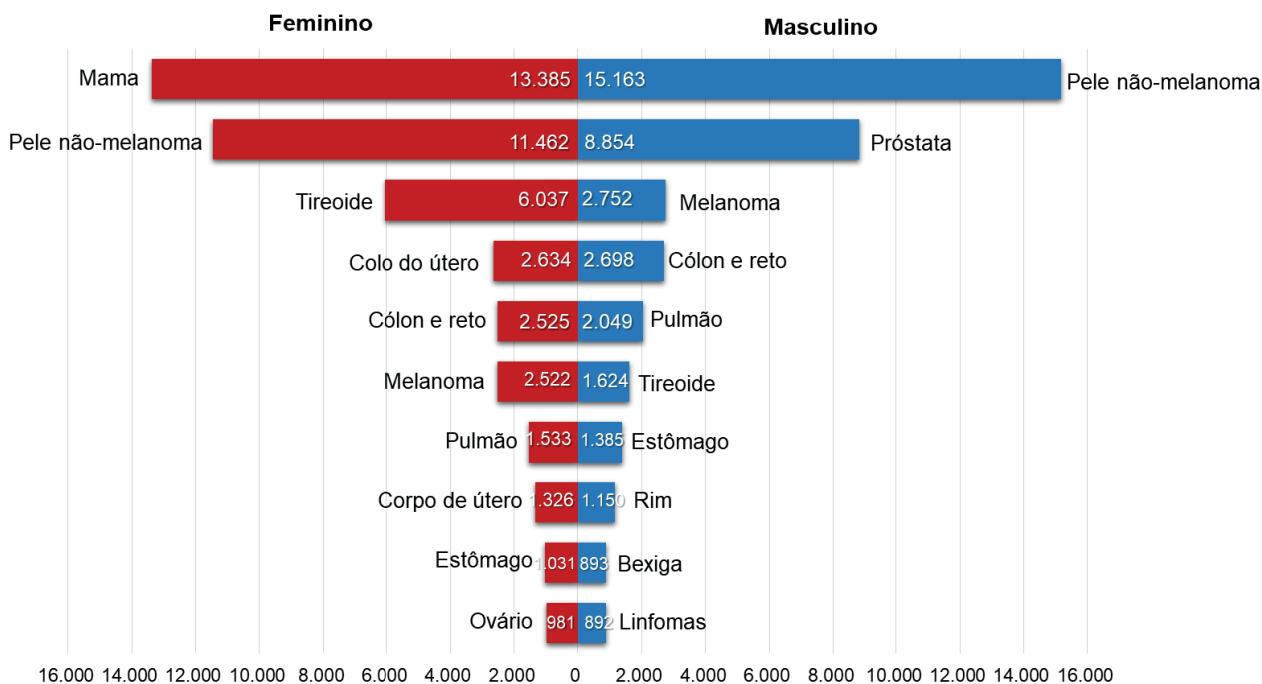


Figura 7. Distribuição das dez (10) neoplasias malignas mais frequentes tratadas no A.C.Camargo, incluindo pele não-melanoma, no sexo feminino e masculino de 2000 a 2020, RHC/A.C.Camargo.

Centros de Referências – A.C.Camargo Cancer Center

O modelo Cancer Center integra os pilares do diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa, com vista ao bem-estar do paciente oncológico. No pilar assistencial estão implantados os Centros de Referências (CRs): grupos multidisciplinares de especialistas em oncologia, dedicados a oferecer o melhor cuidado aos pacientes na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

No A.C.Camargo Cancer Center temos 12 CRs, são eles: Tumores de Mama; Ginecológicos; Cutâneos (pele); Pulmão e Tórax; Pediátricos; Aparelho Digestivo Alto; Sistema Nervoso Central; Tumores Colorretais; Urológicos; Neoplasias Hematológicas; Sarcomas e Tumores Ósseos; e Tumores de Cabeça e Pescoço.

O CR de Tumores Cutâneos representa mais de 30% (31.776) dos casos de 2000–2020, incluindo câncer de pele não-melanoma (carcinomas basocelulares e escamocelulares) e melanoma. Seguido pelo CR de Tumores de Mama (13,6%) e Cabeça e Pescoço (13,1%, Figura 8).

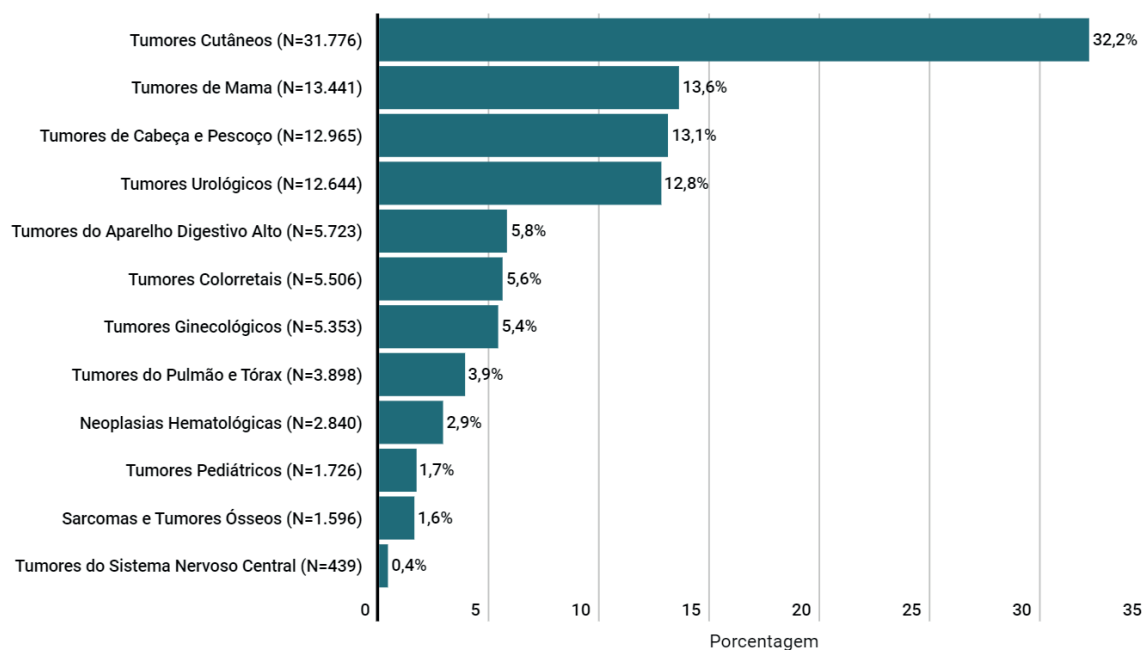


Figura 8. Distribuição de proporção dos 98.711 casos de câncer por Centro de Referência (CR), RHC/A.C.Camargo, 2000 a 2020.

Na Tabela 2 está descrita a distribuição do número de casos por topografia (C00 a C80, CID-O3), e ano de diagnóstico em ambos os sexos, no período de 2000 a 2020.

Tabela 2. Distribuição dos casos novos de câncer por topografia (CID-O3) e ano de diagnóstico em ambos os sexos, dados do Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2020

Topografia (CID-O3)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
C00 Lábio	2	7	0	3	3	7	6	3	5	7	7	8	10	7	13	6	6	13	2	4	5	124
C01 Base da Língua	13	12	7	12	7	1	6	13	14	15	16	29	14	17	32	17	14	18	17	11	14	299
C02 Outras partes não Especif. da Língua	28	17	15	18	11	15	12	33	20	22	23	38	31	30	35	35	51	52	35	33	32	586
C03 Gengiva	11	6	9	8	9	5	5	9	6	2	10	11	13	8	7	14	8	9	4	14	8	176
C04 Assoalho da Boca	12	7	10	3	5	8	10	5	11	9	8	16	9	12	15	10	11	14	13	9	6	203
C05 Palato	9	11	11	6	4	11	8	16	10	7	9	17	17	19	18	12	16	16	14	12	10	253
C06 Outras partes não Especif. da Boca	18	4	13	6	5	5	6	9	9	10	9	15	16	15	14	31	23	29	16	15	13	281
C07 Glândula Parótida	4	7	5	9	7	3	7	8	3	7	9	11	16	12	14	9	13	19	12	18	10	203
C08 Outras Glândulas Salivares Maiores	1	4	2	2	1	4	1	2	0	2	4	1	7	3	2	4	9	4	4	2	4	63
C09 Amígdala	14	11	9	13	8	9	13	13	12	10	13	18	22	23	22	22	22	27	20	15	12	328
C10 Orofaringe	6	4	4	4	2	3	6	12	11	10	14	14	12	27	17	11	17	22	10	14	12	232
C11 Nasofaringe	13	10	7	13	6	10	7	8	17	10	13	13	13	17	21	10	8	9	8	8	7	228
C12 Seio Periforme	12	12	12	5	4	3	7	3	13	2	8	5	6	9	10	5	7	6	3	3	3	138
C13 Hipofaringe	0	7	6	5	5	2	6	9	3	5	6	3	5	10	8	8	6	5	5	6	1	111
C14 Outros local. Lábio, Cav.Oral, Faringe	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	7
C15 Esôfago	25	23	20	30	26	17	10	19	41	30	27	35	29	42	51	49	39	44	31	23	17	628
C16 Estômago	64	66	57	47	57	59	75	92	107	129	106	138	133	202	174	203	175	174	144	114	100	2416
C17 Intestino Delgado	1	0	3	4	3	3	8	8	7	8	3	11	19	14	16	30	28	23	18	23	22	252
C18 Cólon	25	36	41	60	40	64	72	83	90	67	102	132	164	249	224	228	247	236	202	203	147	2712
C19 Junção Retossigmoidiana	2	2	10	14	21	7	22	9	12	17	18	25	36	38	53	48	68	57	53	28	26	566
C20 Reto	32	36	48	47	39	50	58	82	104	81	70	114	114	153	149	142	163	138	127	128	70	1945
C21 Ânus e Canal Anal	6	9	11	7	6	10	4	10	14	14	11	7	19	22	16	21	15	19	24	23	20	288

Topografia (CID-O3)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
C22 Fígado e Vias Biliares Intra-hepáticas	12	12	18	16	17	25	15	28	33	34	32	37	50	38	57	66	69	50	59	53	33	754
C23 Vesícula Biliar	4	1	3	1	3	3	1	2	2	6	3	4	4	4	4	3	4	3	2	5	3	65
C24 Outras partes Vesícula Biliares	7	4	0	6	6	5	10	10	9	8	8	16	13	20	31	28	28	16	22	20	9	276
C25 Pâncreas	27	22	26	22	20	27	31	37	45	46	50	68	86	88	108	120	127	97	105	121	82	1355
C26 Outros locais aparelho digestivo	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	5	2	6	3	2	8	1	0	36
C30 Cavidade Nasal e Ouvido Médio	4	2	5	4	2	5	4	2	5	6	6	5	5	8	5	5	9	13	9	5	9	118
C31 Seios da Face	7	3	2	8	2	3	3	4	6	1	3	6	5	6	3	2	4	7	8	7	6	96
C32 Laringe	43	32	27	31	29	19	46	36	41	45	34	51	42	48	72	47	41	46	31	33	28	822
C33 Traqueia	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	7
C34 Brônquios e Pulmões	132	105	93	112	103	115	109	123	138	130	130	173	195	237	241	251	261	284	269	211	163	3575
C37 Timo	1	1	1	1	0	0	2	2	6	3	5	5	1	4	11	4	8	6	13	4	3	81
C38 Coração, Mediastino e Pleura	15	6	7	11	12	11	9	9	10	5	11	17	15	23	19	17	15	15	30	21	8	286
C40 Ossos/Articulações/Cartil. Membros	29	34	19	20	13	4	10	7	10	5	10	7	11	25	20	8	11	16	8	11	13	291
C41 Outras Loc Ossos/Artic/Carilagens	12	10	11	8	6	8	9	11	18	8	7	7	12	12	10	13	18	11	16	9	10	226
C42 Sistema Hematopoiético	61	56	32	47	40	28	50	43	62	57	46	84	81	87	106	121	109	114	107	84	79	1494
C43 Melanoma de Pele	75	54	60	60	77	124	141	131	174	125	111	252	333	364	367	407	476	535	499	508	401	5274
C44 Pele não melanoma	191	300	285	315	310	368	374	468	640	672	725	879	1343	1676	2199	2214	2453	2476	2979	3150	2608	26625
C47 Nervos Periféricos/Sistema Nervoso Autônomo	5	6	8	6	2	2	3	4	4	1	3	3	0	0	1	0	4	0	1	0	2	55
C48 Retroperitônio e Peritônio	12	10	13	9	10	13	12	9	13	19	15	22	16	24	23	20	26	11	23	20	17	337
C49 Tec. Conjuntivo/Subcutâneo/Tec. Moles	44	32	44	40	36	26	34	42	40	37	38	45	70	71	65	88	64	61	50	52	47	1026
C50 Mama	337	331	317	324	302	365	350	425	475	452	529	649	728	943	986	1037	1108	1071	1123	934	657	13443
C51 Vulva	11	8	9	13	4	8	6	9	9	8	10	12	12	11	29	18	19	19	20	10	10	255
C52 Vagina	8	2	6	3	1	5	5	3	7	4	6	14	7	12	9	5	6	9	10	4	4	130
C53 Colo do Útero	91	73	63	72	53	36	35	44	93	68	82	109	116	236	236	234	246	240	212	158	137	2634
C54 Corpo do Útero	27	29	30	32	23	29	37	20	48	44	55	66	72	84	120	104	111	107	106	106	76	1326
C55 Útero, SOE	2	1	1	1	2	0	2	0	0	1	2	2	4	2	5	3	1	1	0	1	3	34
C56 Ovário	26	31	22	32	30	26	36	33	28	28	31	43	40	66	80	90	93	82	63	53	48	981
C57 Outros Org. Genit. Femininos	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	3	2	4	3	4	1	0	1	2	32
C58 Placenta	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
C60 Pênis	3	4	2	3	1	0	6	3	6	4	3	8	7	11	12	10	17	8	10	11	12	141
C61 Próstata	138	114	122	156	205	213	271	311	377	354	387	577	581	791	838	768	671	671	548	504	257	8854
C62 Testículo	4	11	6	5	10	10	19	7	8	12	16	24	23	48	39	39	39	38	46	46	30	480
C63 Outros Órgãos Genitais Masculinos	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	8
C64 Rim	26	17	28	33	28	33	29	42	42	42	57	100	82	134	163	192	192	169	149	144	86	1788
C65 Pelve Renal	0	2	1	2	2	1	1	2	4	3	3	5	6	13	9	10	6	8	5	11	5	99
C66 Ureter	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	2	5	3	5	3	6	5	3	9	5	53
C67 Bexiga	35	22	29	23	21	29	39	51	40	53	40	62	62	115	108	107	104	93	85	76	50	1244
C68 Outros Org. Urinários	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8
C69 Olho e Anexos	125	92	62	52	62	74	78	69	86	80	65	54	61	64	61	60	72	61	53	34	51	1416
C70 Meninges	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	5	1	1	1	0	0	0	4	19
C71 Encéfalo	26	23	26	23	16	17	23	29	31	22	16	20	28	42	33	37	29	23	18	26	19	527
C72 Med. Espinhal /Nerv. Craniano	2	5	2	0	1	0	1	2	2	0	1	0	1	6	2	1	1	2	3	0	2	34
C73 Glândula Tireoide	68	84	114	123	132	149	160	143	214	231	303	423	474	594	667	639	767	685	607	585	499	7661
C74 Glândula Supra-Renal	4	2	4	7	9	3	7	7	7	3	3	5	1	5	5	5	6	9	4	5	7	108
C75 Outras Gland. Endócrinas	2	4	4	4	1	3	4	2	7	5	7	9	4	9	12	11	6	14	2	11	5	126
C76 Outras Localizações/ Mal Definidas	2	3	2	3	2	0	1	0	2	0	0	1	4	6	1	1	1	0	0	0	0	29
C77 Linfonodos	68	71	50	56	53	55	53	62	70	77	69	88	115	136	117	132	124	104	95	87	75	1757
C80 Localização Primária Desconhecida	40	43	36	34	33	16	27	42	33	27	37	44	48	36	49	33	27	35	22	9	13	684
Total	2031	1957	1895	2037	1951	2156	2404	2723	3359	3192	3450	4665	5476	7044	7847	7878	8336	8153	8189	7849	6119	98711

4.2. Resultados de sobrevida

A probabilidade de sobrevida global em 5 anos aumentou para os cânceres mais frequentes em ambos os sexos nos períodos de 2000 a 2017, maior para o sexo feminino dentre as neoplasias malignas analisadas. Nos adenocarcinomas de pulmão (C34) a sobrevida foi de 10,4% (2000-2004) para 51,1% (2015-2017) nos homens e 18,8% (2000-2004) passou a 59,0% (2015-2017) nas mulheres. Enquanto para os adenocarcinomas de estômago a probabilidade de sobrevida global em 5 anos era 25,2% (2000-2004) e foi para 51,0% (2015-2017) nos homens e de 31,3% (2000-2004) para 58,5% (2015-2017) nas mulheres (Tabelas 3 e 4). Houve melhora na sobrevida para carcinomas papilíferos de Tireoide em homens e linfomas de Hodgkin em ambos os sexos, porém sem diferenças entre os períodos. Quanto aos carcinomas de bexiga em mulheres houve uma queda da sobrevida no período de 2015-2017.

As curvas de probabilidade de sobrevida global por sexo, estão ilustradas nas figuras de 9 a 22. Observou-se incremento de sobrevida nas neoplasias mais frequentes. Quanto a classificação morfológica analisou-se para o sexo masculino: carcinomas de células escamosas de orofaringe e cavidade oral; adenocarcinomas de estômago, cólon e reto; pulmão; próstata; rim; carcinomas de bexiga; carcinoma papilífero de tireoide; linfomas de Hodgkin e melanoma de pele.

Para o sexo feminino foram analisadas as topografias e morfologias iguais ao sexo masculino, exceto câncer de próstata; e incluídas as neoplasias mais frequentes exclusivas do sexo feminino: carcinoma ductal invasivo de mama; carcinomas de células escamosas de colo do útero; adenocarcinoma endometriode de corpo de útero.

Neste grupo de tumores observamos incremento gradual da probabilidade de sobrevida global, com melhor sobrevida no período mais recente (2015-2017) em mulheres. O A.C.Camargo tem acompanhado as inovações em diagnóstico e avanços terapêuticos em oncologia e oferecido aos pacientes oportunidades, que resulta em aumento das taxas de sobrevida nos pacientes tratados (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para neoplasias malignas mais frequentes para o sexo masculino no Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, por períodos de 2000–2017.

Probabilidade de Sobrevida Global em 5 anos

Tipo de câncer (CID-10) – sexo masculino	2000-2004		2005-2009		2010-2014		2015-2017		Teste log- rank valor de p
	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	75/115	34,8	62/128	51,4	117/233	47,2	44/143	64,0	<0,001
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2)	81/142	43,0	69/136	49,2	82/201	56,2	42/164	70,2	<0,001
Adenocarcinomas de estômago (C16)	101/135	25,2	129/199	35,2	196/323	36,3	81/197	51,0	<0,001
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	82/206	60,2	152/423	63,9	218/760	68,7	118/560	74,7	0,001
Adenocarcinomas de pulmão (C34)	129/144	10,4	96/118	17,9	162/271	34,2	76/187	51,1	<0,001
Melanoma de pele (C43)	31/111	71,9	48/268	82,0	71/503	83,0	23/423	92,9	<0,001
Adenocarcinomas de próstata (C61)	120/728	83,4	146/1519	90,0	230/3151	91,3	87/2084	94,2	<0,001
Adenocarcinomas de rim (C64)	27/57	52,6	24/98	75,4	55/342	81,4	29/349	89,3	<0,001
Carcinomas de bexiga (C67)	39/84	53,3	57/118	51,2	64/220	67,8	27/106	68,1	0,002
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	2/64	96,9	2/118	98,2	9/383	97,3	2/349	99,4	0,306
Linfomas de Hodgkin (C81)	9/63	85,7	8/64	87,5	10/90	88,1	3/54	93,1	0,640

Tabela 4. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para neoplasias malignas mais frequentes para o sexo feminino no Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, por períodos de 2000–2017.

Probabilidade de Sobrevida Global em 5 anos

Tipo de câncer (CID-10) – sexo feminino	2000-2004		2005-2009		2010-2014		2015-2017		Teste log- rank valor de p
	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	Óbitos/N	%	
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	10/18	44,4	15/26	42,3	14/46	66,5	7/31	68,7	0,048
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2)	30/62	50,8	30/68	54,4	39/123	65,3	19/94	76,5	0,013
Adenocarcinomas de estômago (C16)	68/99	31,3	80/125	36,0	110/214	45,3	41/114	58,5	0,001
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	101/239	57,7	133/367	63,6	190/685	69,5	87/479	79,2	<0,001
Adenocarcinomas de pulmão (C34)	56/69	18,8	80/108	24,9	119/238	42,8	73/210	59,0	<0,001
Melanoma de pele (C43)	34/148	76,7	38/267	85,3	41/472	90,1	12/384	95,8	<0,001
Carcinoma ductal invasivo de mama (C50)	189/1127	83,2	193/1311	85,2	205/2191	90,0	102/1835	93,6	<0,001
Carcinomas de células escamosas de colo do útero (C53)	63/161	60,9	48/109	55,5	46/188	69,8	16/111	83,6	<0,001
Adenocarcinoma endometriocido de corpo de útero (C54)	24/88	72,7	20/133	84,8	26/304	90,7	19/230	90,3	<0,001
Adenocarcinomas de rim (C64)	15/40	62,5	13/62	78,8	17/165	88,5	18/185	89,0	<0,001
Carcinomas de bexiga (C67)	13/26	48,6	23/54	57,2	26/71	60,9	16/43	57,6	0,751
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	10/352	97,1	5/571	99,1	19/1475	98,4	4/1313	99,6	0,003
Linfomas de Hodgkin (C81)	8/53	84,9	7/44	83,6	10/99	88,9	3/66	92,8	0,317

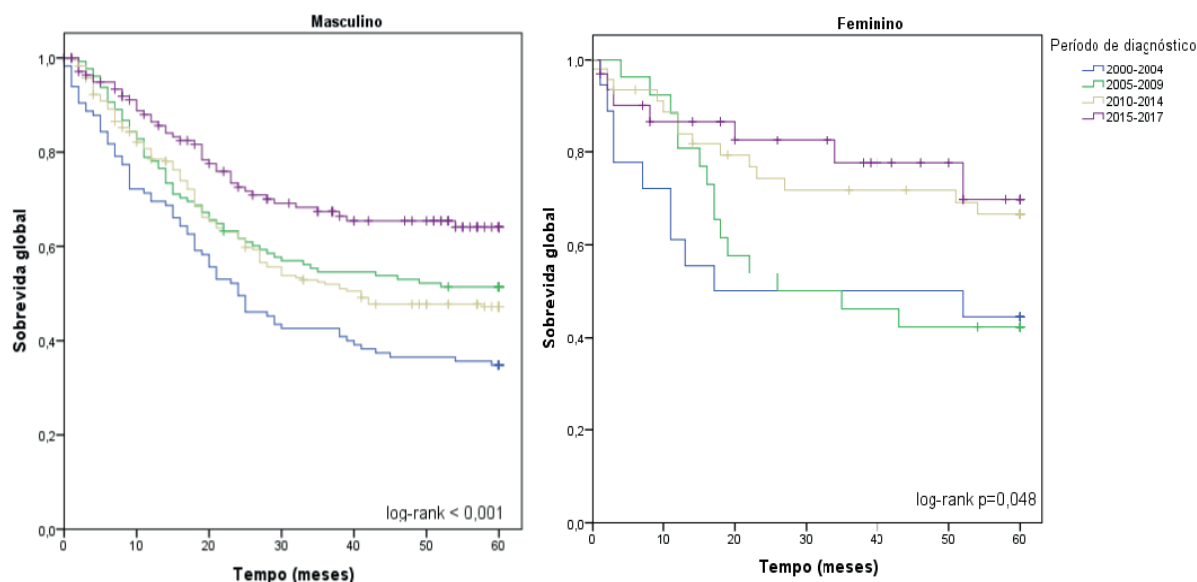


Figura 9. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

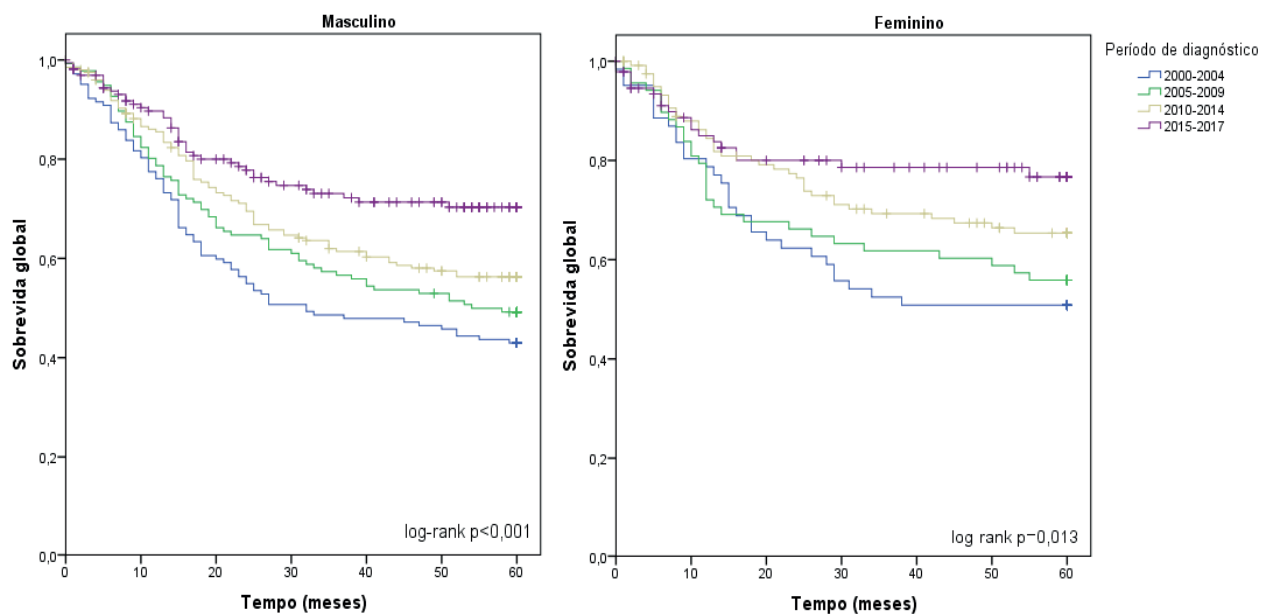


Figura 10. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

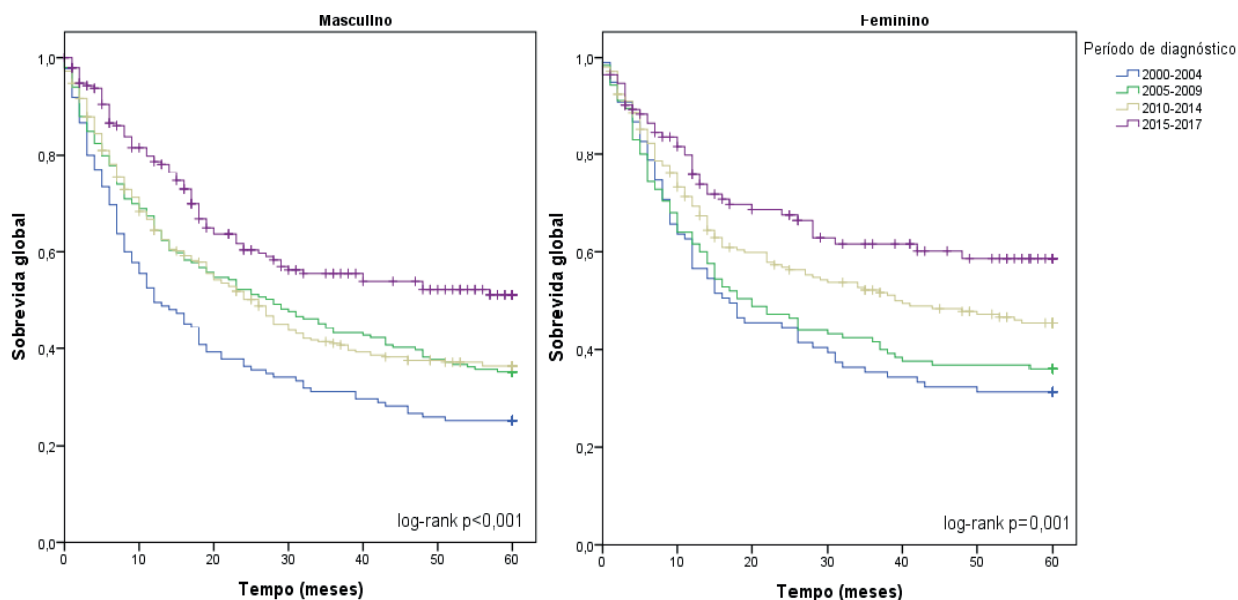


Figura 11. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinomas de estômago (C16) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

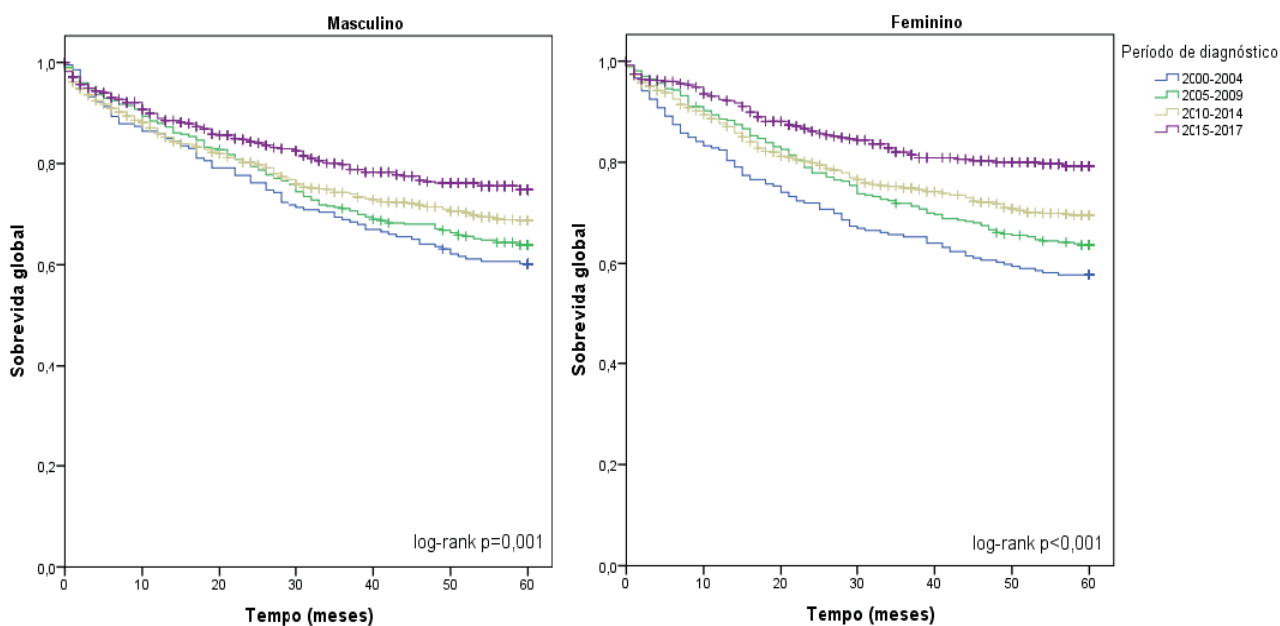


Figura 12. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

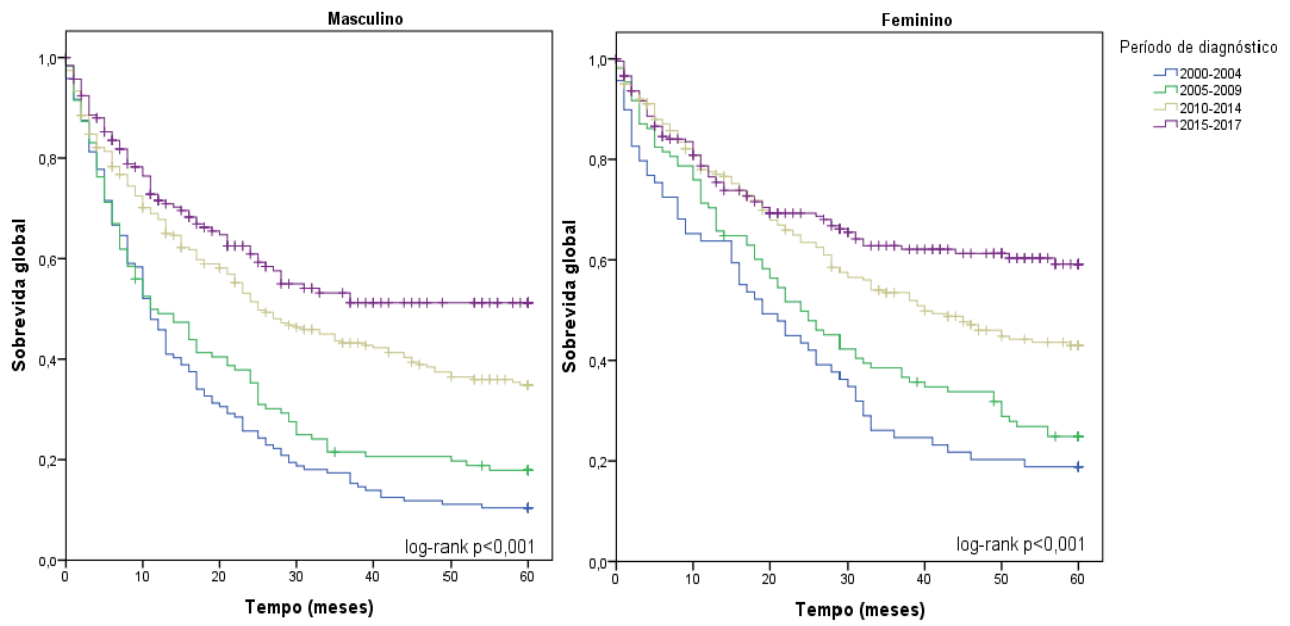


Figura 13. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinomas de pulmão (C34) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

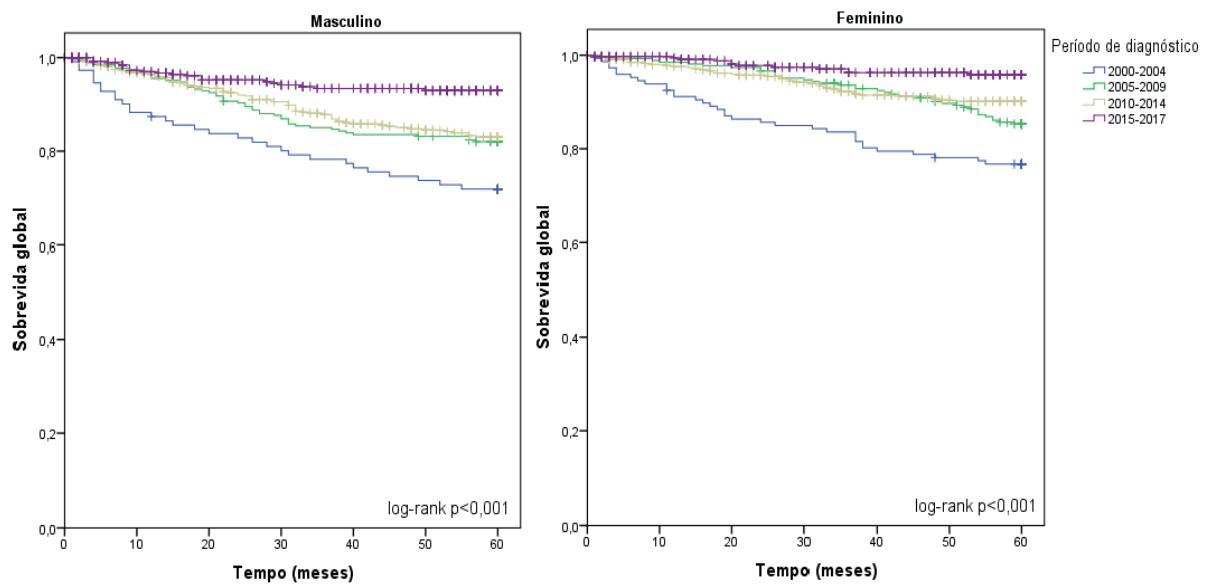


Figura 14. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para melanoma de pele (C43) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

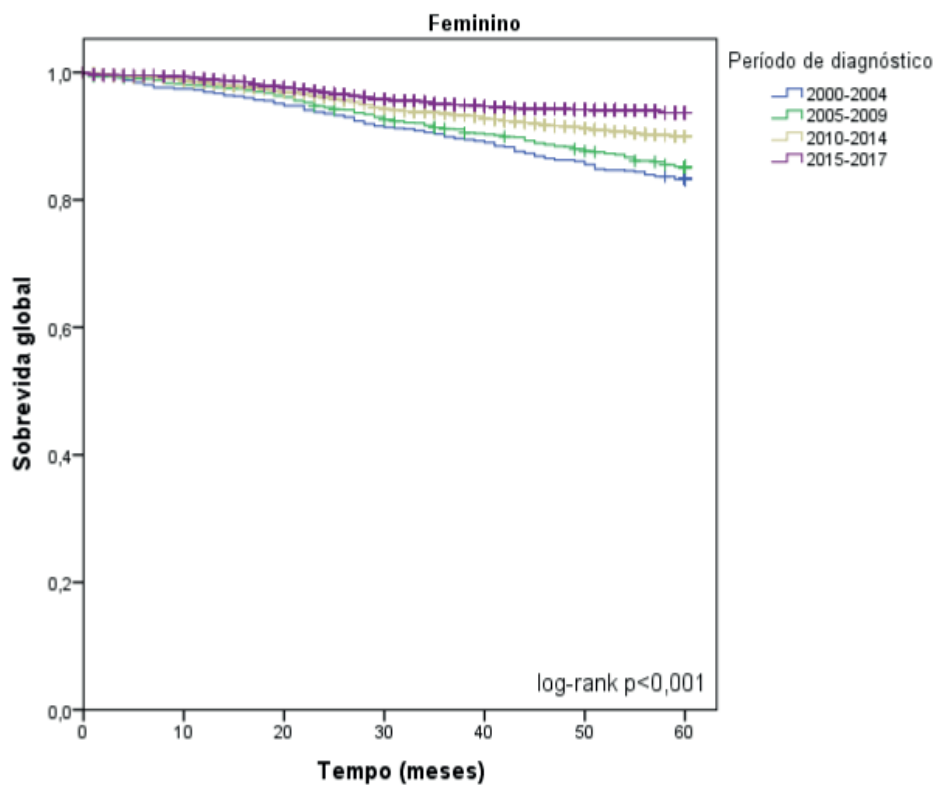


Figura 15. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinomas ductal invasivos de mama (C50) em mulheres por período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

28

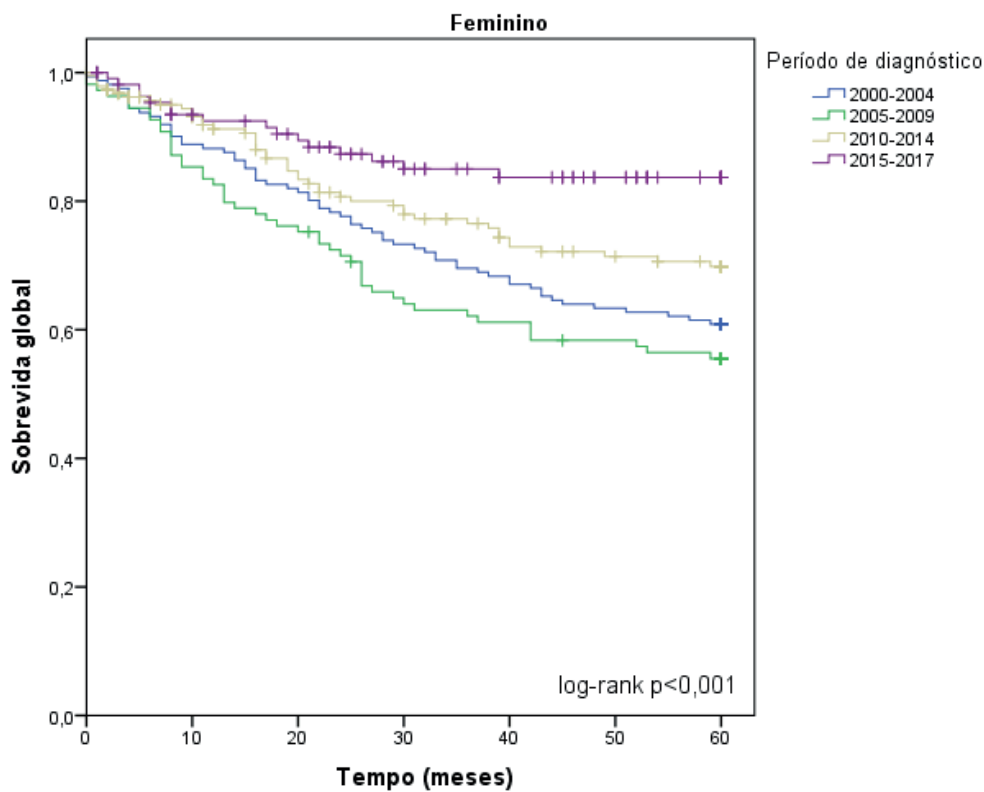


Figura 16. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinomas de células escamosas de colo do útero (C53) por período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

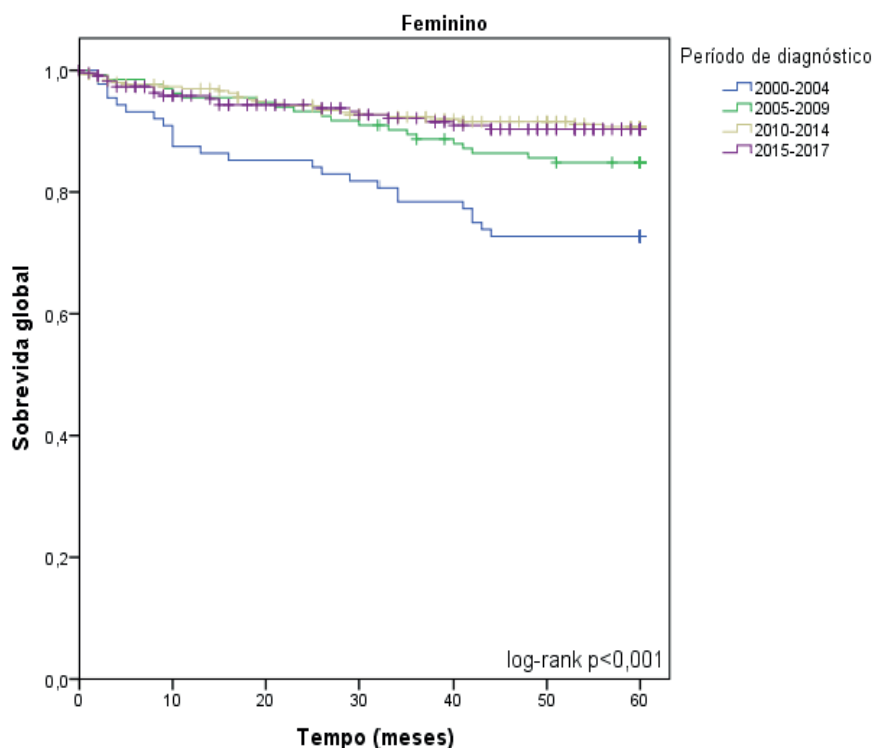


Figura 17. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinoma endometriode de corpo do útero (C54) por período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

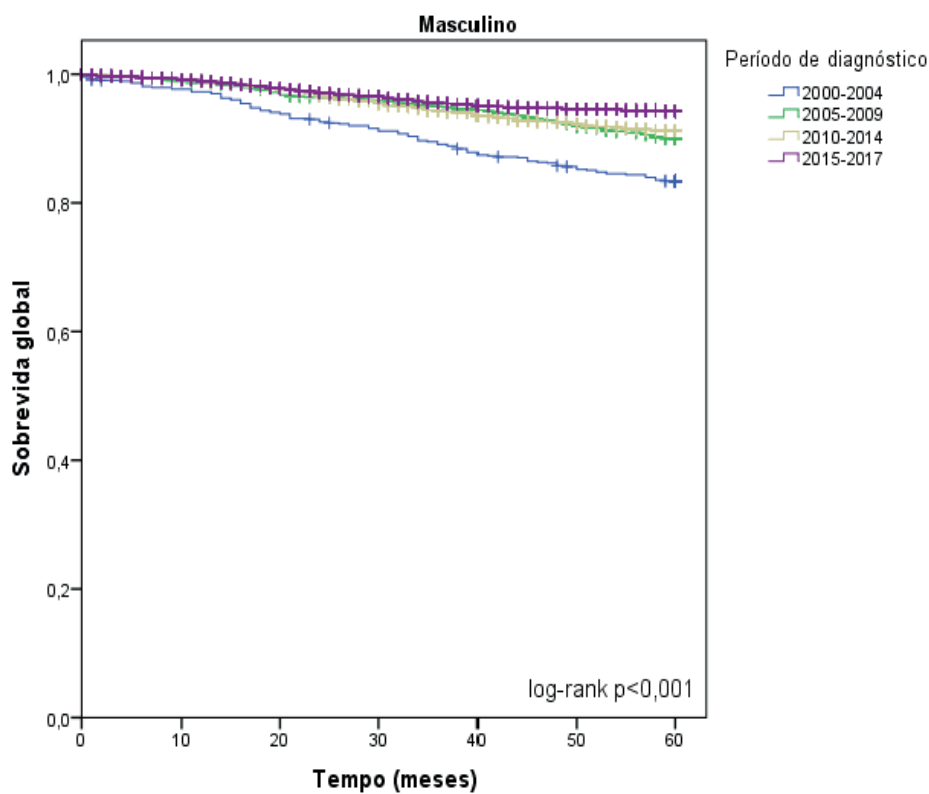


Figura 18. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinomas invasivos de próstata (C61) por período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

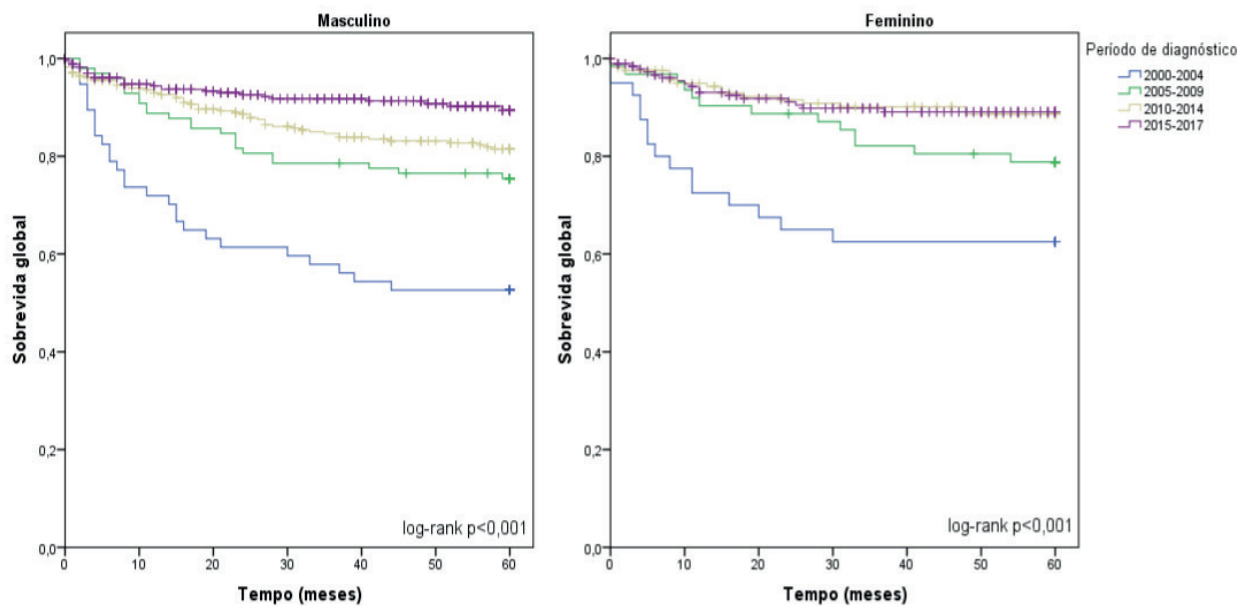


Figura 19. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para adenocarcinomas de renal (C64) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

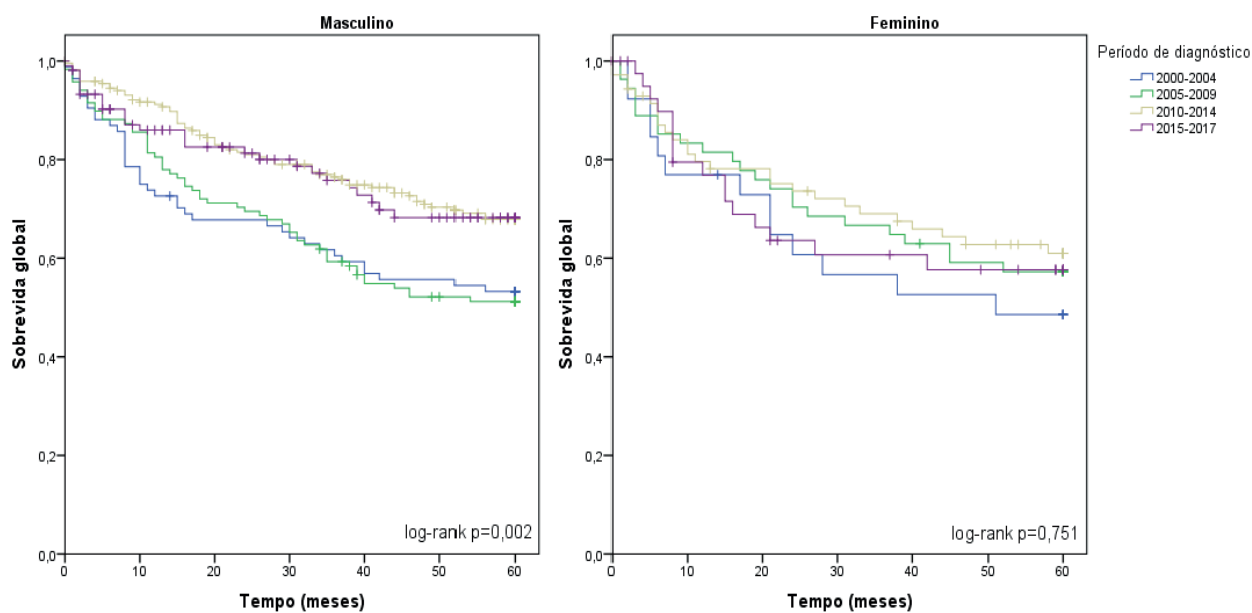


Figura 20. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinomas de bexiga (C67) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

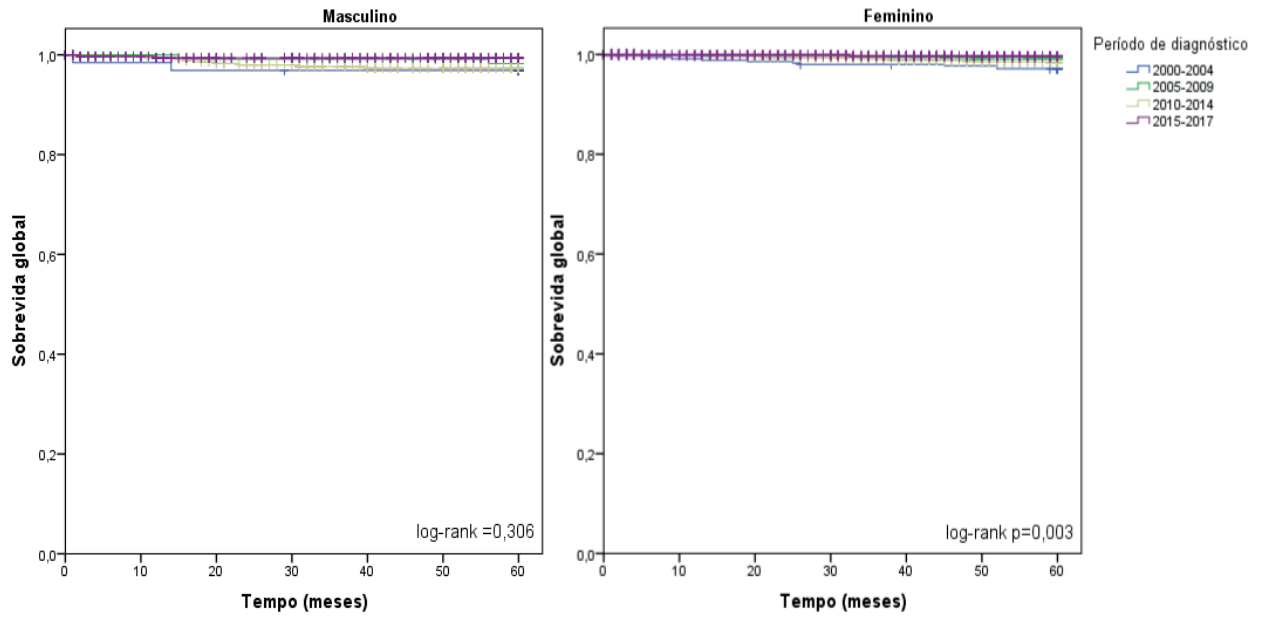


Figura 21. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para carcinoma papilífero de tireoide (C73) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

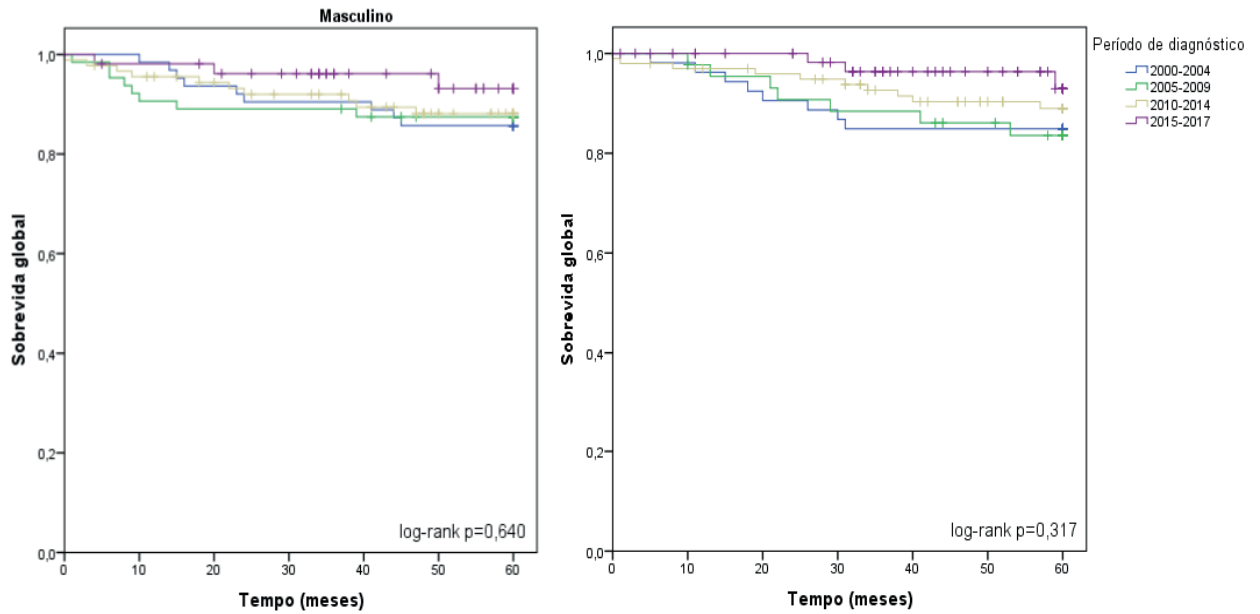


Figura 23. Probabilidade de sobrevida global estimada em 5 anos para linfomas de Hodgkin (C81) por sexo e período de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo, no período de 2000-2017.

Sobrevida estratificada por sexo e estadiamento clínico

Observou-se aumento de sobrevida maior no sexo feminino para a maioria dos cânceres estudados na análise por quinquênio, assim como no período completo de 2000-2017, porém houve crescimento da sobrevida para ambos os sexos. A análise comparativa por sexo apresentou diferença estatisticamente significativa para os carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2), em que a estimativa de sobrevida global em 5 anos foi de 64,9% entre as mulheres e 57,0% entre os homens ($p=0,042$); para adenocarcinomas de pulmão (C34) com sobrevida de 45,1% no sexo feminino versus 33,0% no sexo masculino ($p<0,001$) e melanoma de pele (C43) com sobrevida global em 5 anos de 89,3% no sexo feminino e 86,2% no sexo masculino no período analisado (Tabela 5).

Na análise estratificada por estadiamento clínico TNM (EC) e sexo, houve diferença entre os sexos para os casos EC I de adenocarcinomas de pulmão ($p<0,004$), em que a sobrevida foi melhor para as mulheres 84,4% versus 72,6% entre homens. Para os casos EC II houve diferenças entre os sexos para os adenocarcinomas de rim (C64) com a sobrevida melhor entre os homens de 94,4% versus 77,4% entre as mulheres (Tabela 6). Enquanto para os casos EC III não houve diferenças entre os sexos, e para os casos de adenocarcinoma de pulmão EC IV a sobrevida foi melhor para o sexo feminino (16,9% x 10,4%, $p<0,001$) (Tabela 7).

Tabela 5. Sobrevida global estimada em 5 anos para neoplasias malignas estratificadas por sexo, Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000-2017.

Tipo de câncer (CID-10)	Masculino		Feminino		Teste log-rank valor-p
	Óbitos/N	% em sobrevida	Óbitos/N	% em sobrevida	
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	311/728	52,8	49/146	61,6	0,072
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2)	288/753	57,0	128/414	64,9	0,042
Adenocarcinomas de estômago (C16)	533/968	39,6	320/621	44,2	0,156
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	619/2345	69,6	549/2160	71,0	0,374
Adenocarcinoma de pulmão (C34)	512/883	33,0	363/801	45,1	<0,001
Melanoma de pele (C43)	179/1718	86,2	131/1594	89,3	0,005
Adenocarcinomas de rim (C64)	149/1092	83,1	71/564	85,8	0,334
Carcinomas de bexiga (C67)	204/591	61,2	84/223	58,8	0,363
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	17/1244	98,2	41/4742	98,8	0,075

Tabela 6. Sobrevida global estimada em 5 anos para cânceres selecionados por estadiamento clínico I e II por sexo, Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000-2017.

Tipo de câncer (CID-10)	Estadiamento clínico I					Estadiamento clínico II				
	Masculino		Feminino		Teste log-rank valor-p	Masculino		Feminino		Teste log-rank valor-p
	Óbitos/N	% em sobrevida	Óbitos/N	% em sobrevida		Óbitos/N	% em sobrevida	Óbitos/N	% em sobrevida	
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	6/40	81,3	2/18	77,8	0,881	13/48	66,2	2/9	77,8	0,531
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1 e C05.2)	22/158	82,8	10/127	89,6	0,150	35/138	71,4	17/69	71,1	0,897
Adenocarcinomas de estômago (C16)	24/158	83,0	12/112	88,4	0,279	46/168	69,1	27/111	73,6	0,57
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	42/459	88,9	31/452	91,5	0,215	72/526	84,2	62/448	84,6	0,929
Adenocarcinoma de pulmão (C34)	41/190	72,6	27/234	84,4	0,004	16/51	64,6	8/40	76,1	0,162
Melanoma de pele (C43)	37/1167	95,3	28/1159	96,5	0,186	39/253	79,6	33/211	81,4	0,599
Adenocarcinomas de rim (C64)	26/633	94,4	11/355	96,3	0,309	3/67	94,4	6/31	77,4	0,009
Carcinomas de bexiga (C67)	33/232	82,5	10/74	84,6	0,865	28/88	62,7	14/33	48,2	0,285
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	9/980	98,8	27/4085	99,1	0,320	1/31	96,6	4/102	95,4	0,950

Tabela 7. Sobrevida global estimada em 5 anos para cânceres selecionados por estadiamento clínico III e IV por sexo, Registro Hospitalar de Câncer, A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000-2017

Tipo de câncer (CID-10)	Estadiamento clínico III					Estadiamento clínico IV				
	Masculino		Feminino		Teste log-rank valor-p	Masculino		Feminino		Teste log-rank valor-p
	Óbitos/N	% em sobrevida	Óbitos/N	% em sobrevida		Óbitos/N	% em sobrevida	Óbitos/N	% em sobrevida	
Carcinomas de células escamosas de orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10)	46/149	65,7	11/27	43,0	0,142	237/478	46,2	34/89	59,6	0,069
Carcinomas de células escamosas de cavidade oral (C02-C06, exceto C05.1, e C05.2)	46/127	59,2	24/61	58,6	0,681	180/315	36,5	73/142	43,6	0,435
Adenocarcinomas de estômago (C16)	86/190	48,9	53/113	47,5	0,958	322/378	3,3	181/218	6,3	0,968
Adenocarcinomas de cólon e reto (C18-C20)	127/690	77,7	120/681	79,2	0,594	332/585	34,1	304/512	31,1	0,642
Adenocarcinoma de pulmão (C34)	59/119	39,7	45/108	47,2	0,126	374/479	10,4	261/377	16,9	<0,001
Melanoma de pele (C43)	62/186	58,9	34/127	68,5	0,053	30/58	41,2	21/35	30,7	0,953
Adenocarcinomas de rim (C64)	24/113	71,7	9/70	86,3	0,146	82/124	21,0	34/46	23,0	0,825
Carcinomas de bexiga (C67)	31/73	49,3	19/40	49,8	0,891	73/106	25,1	29/43	27,3	0,691
Carcinoma papilífero de tireoide (C73)	2/159	98,6	6/447	98,4	0,930	5/64	88,6	3/54	94,1	0,568

5

Acesso à base de dados do RHC

Acessar a base de dados do Registro Hospitalar de Câncer permite conhecer o perfil dos pacientes tratados no A.C.Camargo Cancer Center ao longo de mais de 20 anos. Estão disponíveis dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos, como sexo, faixa etária, escolaridade, características morfológicas do tumor maligno, estadiamento clínico, informações sobre o tratamento e seguimento dos pacientes.

O acesso a estas informações está disponível na intranet do A.C.Camargo com a ferramenta Tabnet, em:

<https://intranet.accamargo.org.br/sistemas/rhc-tabnet>



A ferramenta Tabnet permite a construção de tabelas, dados anonimizados, com os números de casos de câncer segundo variáveis de interesse: diagnóstico/tratamento prévio, UF de nascimento, UF de residência, faixa etária, sexo, escolaridade, informações sobre o tumor (topografia, morfologia, estadiamento clínico, tratamento). A consulta aos dados não anonimizados deve ser realizada através do projeto de pesquisa específico, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, cuja solicitação deve ser por e-mail ao responsável do RHC (com a aprovação do CEP anexada).

Ressalta-se que os dados do RHC refletem a assistência prestada no A.C.Camargo e as características dos pacientes tratados na Instituição. O número de casos aqui descritos não reflete o total de casos novos de câncer entre os residentes do município de São Paulo, e sim aqueles tratados no A.C.Camargo.

6

Considerações Finais

O Registro Hospitalar de Câncer do A.C.Camargo Cancer Center tem uma trajetória de mais de 20 anos de existência e de dados consolidados, por registradores experientes.

No período de 2000 a 2020 foram registrados mais de 98 mil casos novos de câncer, o maior número de casos em mulheres e pacientes do município de São Paulo. Os indicadores de qualidade do RHC A.C.Camargo estão acima dos resultados da FOSP (SP) e dentro do recomendado pelo INCA.

No sexo feminino as neoplasias malignas mais frequentes foram na mama, pele não-melanoma, tireoide, colo do útero e cólon e reto. No masculino, foram os tumores de pele não-melanoma, próstata, melanoma de pele, cólon e reto, pulmão. As neoplasias malignas do CR de Tumores Cutâneos corresponderam ao maior número dos casos por CR, seguido pelo CR de Tumores de Mama, e Cabeça e Pescoço.

A probabilidade de sobrevida global em 5 anos para os cânceres mais frequentes demonstrou aumento nos períodos mais recente maior entre as mulheres. Nos carcinomas papilíferos de tireoide em homens e linfomas de Hodgkin em ambos os sexos não houve diferença entre os períodos, provavelmente devido à alta taxa de sobrevida desde o início do período estudado; para os carcinomas de bexiga em mulheres houve redução não estatisticamente significativa na taxa de sobrevida no período mais recente (2015-2017).

O aumento de sobrevida foi maior no sexo feminino para a maioria das topografias estudadas, com diferenças estatisticamente significativas para câncer de cavidade oral e pulmão no período de 2000-2017, porém houve melhora da sobrevida para ambos os sexos. Os resultados de sobrevida global em 5 anos, estratificados por estadiamento clínico e sexo, foram melhores entre as mulheres para os casos de EC I e EC IV de câncer de pulmão, e entre homens para os casos de EC II de câncer rim.

O aumento das taxas de sobrevida dos tumores malignos analisados de 2000 a 2017 são reflexos das inovações em diagnóstico e avanços terapêuticos em oncologia que o A.C.Camargo Cancer Center tem acompanhado, possibilitando assim oferecer aos pacientes os melhores recursos disponíveis, para o sucesso terapêutico.

7

Contatos com o RHC

Para maiores informações, entre em contato por:

- **E-mail:** diego.rodrigues@accamargo.org.br (Diego Rodrigues)
- **Telefone:** (11) 2189-5000 Ramal 2942.
- **Endereço:** Rua Taguá, n. 440 – Centro Internacional de Pesquisa, CEP 01508-010 Liberdade – São Paulo/SP

Informações de contato, também estão disponíveis na:

1. Na Intranet Institucional (Institucional > Recursos > RHC):

<https://intranet.accamargo.org.br/institucional/recursos/registro-hospitalar-de-cancer-rhc>

2. Na página web do A.C.Camargo (RHC):

<https://www.accamargo.org.br/pesquisa/servicos-de-pesquisa>

8

Equipe RHC

Superintendente de Ensino e Pesquisa

Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Epidemiologista

Dra. Maria Paula Curado

Gerente de Operações

Dr. Bernardo Rodrigues Peixoto

Patologista revisora

Dra. Stephania Martins Bezerra

Data Manager Supervisor

Diego Rodrigues Mendonça e Silva

Registadoras de Câncer

Célia de Souza

Katia Mancini Kolpaert

Mariana de Souza Silva

Maria Rita de Cassia Gomes dos Santos

Referências

Bueno, Eduardo. O sonho de Carmem: como a sociedade ajudou a transformar a história do câncer no Brasil. 1ed. São Paulo: Comuniquê Editorial, 2015.

Curado Maria Paula. Importance of hospital cancer registries in Africa. *Ecancermedicalscience*. 2019 Jul 25;13:948.

Joinpoint Regression Program. Version 4.8.0.1. April, 2020. Statistical Research and Applications. National Cancer Institute.

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998 – estabelece os critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html Acesso em 30 ago. 2022.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. UICC. 7ª ed. INCA. Rio de Janeiro, 2012.

National Program of Cancer Registries. Registry Plus™ Link Plus Features and Future Plans [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2018 [acessado em 11 jan. 2019]. Disponível em: https://www.cdc.gov/cancer/npcr/tools/registryplus/lp_features.htm

Organização Mundial da Saúde. CID-O Classificação internacional de Doenças para Oncologia. 3ª Ed. EDUSP. São Paulo, 2005.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Fundação Oncocentro de São Paulo. Resolução SS-15, de 27 de janeiro de 2000. Disponível: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/resolucaoss15> Acesso em 15 fev. 2021.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer: conceitos, rotinas e instruções de preenchimento. 2ª ed. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/sisrhc>. Acesso em 06 fev. 2022.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer de São Paulo: análise dos dados (janeiro/2000 a março/2022) e indicadores de qualidade (2000 a 2016). Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/fosp/diretoria-adjunta-de-informacao-e-epidemiologia/rhc-registro-hospitalar-de-cancer/dados-de-cancer/> Acesso em 06 fev. 2022.

Anexos



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação de Oncologia de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data :2002/2013
pág.: 1 / 2

Instituição: _____ Número RHC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Categoria Atend.: 1. SUS / 2. Convênio / 3. Particular Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: 1. Masculino / 2. Feminino Documento: 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento / 4. CPF / 5. Cartão SUS Nº: _____ Idade: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Escolaridade: 1. Analfabeta / 2. Ens. Fundamental incompleta / 3. Ens. Fundamental completa / 4. Ensino Médio completa / 5. Superior completa / 9. Ignorada

Estado/País de nascimento: _____

Residência atual

Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Tel.: _____ CEP: _____ - _____

Cidade: _____ UF: _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE À ADMISSÃO

Data da primeira consulta: ____/____/____ Clínica do atendimento: _____

Diagnóstico/tratamento anterior: 1. sem diagnóstico/sem tratamento / 2. com diagnóstico/sem tratamento / 3. com diagnóstico/com tratamento / 4. outros

Instituição de origem: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Data do 1º diagnóstico: ____/____/____

Base para realização do diagnóstico: 1. Exame clínico / 2. recursos auxiliares não microscópicos / 3. confirmação microscópica / 9. sem informação

Caracterização do tumor principal

Localização primária: _____ Lateralidade: 0 - Não se aplica / 1 - Direita / 2 - Esquerda

Tipo histológico: _____

Estadio clínico: _____ T: _____ N: _____ M: _____ Outro estadiamento: _____

S: _____ G: _____ Fatores de Risco: _____

Estadio pós-cirúrgico: PT: _____ pN: _____ pM: _____

Metástases: _____



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data : 20/02/2013
pág.: 2 / 2

Instituição: _____ Número RHC: _____

EVENTOS DESSE ATENDIMENTO

Data de início do tratamento no hospital: / /

Tratamento recebido no Hospital:

Nenhum Cirurgia

 Radioterapia Quimioterapia

 Hormonioterapia TMO

 Imunoterapia Outros

Fora do hospital antes da admissão:

Nenhum Cirurgia

 Radioterapia Quimioterapia

 Hormonioterapia TMO

 Imunoterapia Outros

 Sem informação

Fora do hospital durante e/ou após admissão:

Nenhum Cirurgia

 Radioterapia Quimioterapia

 Hormonioterapia TMO

 Imunoterapia Outros

 Sem informação

Razão para não realização do tratamento no hospital : 1. Recusa do tratamento/ 2. Doença avançada, Falta de condições clínicas/ 3. Outras doenças associadas
4. Abandono tratamento/ 5. Óbito por câncer/ 6. Óbito por outras causas, SOE/ 7. Outras/ 8. Não se aplica
9. Sem informação

Estado da doença ao final do tratamento: 1. Sem evidência da doença / 2. Remissão parcial / 3. Doença estável/ 4. Doença em progressão
5. Fora de possibilidade/ 6. Óbito por câncer/ 7. Óbito por outras causas, SOE/ 8. Tratamento não concluído
9. Não se aplica/ 10. Sem informação

Data do óbito: / / Data de preenchimento: / / Registrador: _____

OBSERVAÇÕES



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

Data : 20/02/2013

FICHA DE SEGUIMENTO

Instituição: _____

Número RHC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Documento: 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento N^o: _____
 4. CPF / 5. Cartão SUS _____

Dt. Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: 1. Masculino / 2. Feminino

Nome: _____

ÚLTIMA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Situação Atual: 1.Vivo com câncer / 2.Vivo, SOE / 3.Óbito por câncer / 4.Óbito, SOE

Data da Informação: ____ / ____ / ____

Tratamento Realizado no hospital: Nenhum Cirurgia Radioterapia Quimioterapia
 Hormonioterapia TMO Imunoterapia Outros

Tratamento Realizado fora do hospital: Nenhum Cirurgia Radioterapia Quimioterapia Hormonioterapia
 TMO Imunoterapia Outros Sem informação

Recidiva: 1. Local / 2. Regional / 3. Não / 9. Sem Informação

Data da Recidiva/Metástase: ____ / ____ / ____

Metástase: _____

Data do Óbito: ____ / ____ / ____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____ Registrador: _____

OBSERVAÇÕES



GABARITO DO ARQUIVO DBF

CAMPO	DESCRIÇÃO										
IBGE	Código do município brasileiro, segundo o IBGE, onde reside o paciente										
ESCOLARI	Escolaridade: <table border="0"> <tr> <td>1 – Analfabeto</td> <td>2 – Ensino Fundamental Incompleto</td> </tr> <tr> <td>3 – Ensino Fundamental completo</td> <td>4 – Ensino Médio Completo</td> </tr> <tr> <td>5 – Ensino Superior</td> <td>9 – Ignorado</td> </tr> </table>	1 – Analfabeto	2 – Ensino Fundamental Incompleto	3 – Ensino Fundamental completo	4 – Ensino Médio Completo	5 – Ensino Superior	9 – Ignorado				
1 – Analfabeto	2 – Ensino Fundamental Incompleto										
3 – Ensino Fundamental completo	4 – Ensino Médio Completo										
5 – Ensino Superior	9 – Ignorado										
IDADE	Idade do paciente										
DTNASC	Data de nascimento										
SEXO	Sexo do paciente: <table border="0"> <tr> <td>1 – Masculino</td> <td>2 – Feminino</td> </tr> </table>	1 – Masculino	2 – Feminino								
1 – Masculino	2 – Feminino										
UFNASC	Estado (UF) de nascimento										
UFRESID	Estado (UF) da residência										
DTOBITO	Data do óbito										
DIAGPREV	Diagnóstico e tratamento anterior: <table border="0"> <tr> <td>1 – Sem diagnóstico e sem tratamento</td> <td>2 – Com diagnóstico e sem tratamento</td> </tr> </table>	1 – Sem diagnóstico e sem tratamento	2 – Com diagnóstico e sem tratamento								
1 – Sem diagnóstico e sem tratamento	2 – Com diagnóstico e sem tratamento										
CATATEND	Categoria de atendimento à admissão: forma do atendimento realizado no hospital, no momento da admissão, de acordo com: <table border="0"> <tr> <td>SUS</td> <td>Convênio</td> <td>Particular</td> </tr> </table> (a partir de março/2013)	SUS	Convênio	Particular							
SUS	Convênio	Particular									
SITUACAO	Estado atual após o primeiro tratamento: <table border="0"> <tr> <td>01 – Sem evidência da doença</td> <td>06 – Óbito por câncer</td> </tr> <tr> <td>02 – Remissão parcial</td> <td>07 – Óbito por outras causas</td> </tr> <tr> <td>03 – Doença estável</td> <td>08 – Tratamento não concluído</td> </tr> <tr> <td>04 – Doença em progressão</td> <td>09 – Não se aplica</td> </tr> <tr> <td>05 – Fora de possibilidades terapêuticas</td> <td>10 – Sem informação</td> </tr> </table>	01 – Sem evidência da doença	06 – Óbito por câncer	02 – Remissão parcial	07 – Óbito por outras causas	03 – Doença estável	08 – Tratamento não concluído	04 – Doença em progressão	09 – Não se aplica	05 – Fora de possibilidades terapêuticas	10 – Sem informação
01 – Sem evidência da doença	06 – Óbito por câncer										
02 – Remissão parcial	07 – Óbito por outras causas										
03 – Doença estável	08 – Tratamento não concluído										
04 – Doença em progressão	09 – Não se aplica										
05 – Fora de possibilidades terapêuticas	10 – Sem informação										
NAOTRAT	Razão para a não realização do tratamento: <table border="0"> <tr> <td>1 – Recusa do tratamento</td> <td>6 – Óbito por outras causas</td> </tr> <tr> <td>2 – Doença avançada, falta de condições clínicas</td> <td>7 – Outras razões</td> </tr> <tr> <td>3 – Outras doenças associadas</td> <td>8 – Não se aplica</td> </tr> <tr> <td>4 – Abandono do tratamento</td> <td>9 – Sem informação</td> </tr> <tr> <td>5 – Óbito por câncer</td> <td></td> </tr> </table>	1 – Recusa do tratamento	6 – Óbito por outras causas	2 – Doença avançada, falta de condições clínicas	7 – Outras razões	3 – Outras doenças associadas	8 – Não se aplica	4 – Abandono do tratamento	9 – Sem informação	5 – Óbito por câncer	
1 – Recusa do tratamento	6 – Óbito por outras causas										
2 – Doença avançada, falta de condições clínicas	7 – Outras razões										
3 – Outras doenças associadas	8 – Não se aplica										
4 – Abandono do tratamento	9 – Sem informação										
5 – Óbito por câncer											
BASEDIAG	Base utilizada para o diagnóstico: <table border="0"> <tr> <td>1 – Exame clínico</td> <td>3 – Confirmação microscópica</td> </tr> <tr> <td>2 – Recursos auxiliares não microscópicos</td> <td>9 – Sem informação</td> </tr> </table>	1 – Exame clínico	3 – Confirmação microscópica	2 – Recursos auxiliares não microscópicos	9 – Sem informação						
1 – Exame clínico	3 – Confirmação microscópica										
2 – Recursos auxiliares não microscópicos	9 – Sem informação										
TOPO	Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)										
MORFO	Morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)										
DTCONSULTA	Data da primeira consulta										
DTDIAG	Data do diagnóstico do tumor										
EC	Estádio clínico (TNM, 5ª e 6ª edições)										
T	Código T (TNM, 5ª e 6ª edições)										
N	Código N (TNM, 5ª e 6ª edições)										
M	Código M (TNM, 5ª e 6ª edições)										



DTTRAT	Data de início do primeiro tratamento
TRATAMENTO	Tipo(s) de tratamento(s) proposto(s): A – Cirurgia B – Radioterapia C – Quimioterapia Outras combinações de tratamento D – Cirurgia + Radioterapia Nenhum tratamento realizado E – Cirurgia + Quimioterapia – Sem informação do tratamento F – Radioterapia + Quimioterapia G – Cirurgia + Radio + Químio H – Cirurgia+Radio+Químio+Hormonio I – J – K
META01	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META02	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META03	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META04	Localização da metástase (CID-O 2ª e 3ª edições)
DTULTSEG	Data do último seguimento informado
A) SITULTSEG	Situação do paciente no último seguimento informado: (até dez/2011) 1 – Vivo com câncer 3 – Óbito por câncer 5 – Liberado de seguimento 2 – Vivo, SOE 4 – Óbito, SOE 9 – Sem informação
B) SITULTSEG	Situação do paciente no último seguimento informado: (a partir de mar/2012) 1 – Vivo com câncer 3 – Óbito por câncer 5 – Perda de seguimento 2 – Vivo, SOE 4 – Óbito, SOE
ANODIAG	Ano do diagnóstico do tumor
ECGRUP	Estadiamento TNM agrupado
TOPOGRUP	Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições), com 3 dígitos
CICI	Estadiamento Infantil – Grupo + Subgrupo
CICIGRU	Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Grupo
CICISUBGRU	Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Subgrupo
FAIXAETARI	Faixa etária (de 10 em 10 anos)
A) LATERALI	Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares 1 – Direita 2 – Esquerda 3 – Indiferente
B) LATERALI	Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares (a partir de set/2011) 1 – Direita 2 – Esquerda 3 – Não se aplica
DSCTOPO	Descrição da topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
DSCMORFO	Descrição da morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)



OBSERVATÓRIO DO CÂNCER

A.C. CAMARGO
CANCER CENTER

2000/2020