

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO
PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE
RASTREAMENTO DE UM CENTRO TERCIÁRIO DE
TRATAMENTO DE CÂNCER EM SÃO PAULO**

DIEGO FERNANDES DOS SANTOS

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Maria Paula Curado

**São Paulo
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Santos, Diego Fernandes dos

Perfil epidemiológico da população participante do programa de rastreamento de um centro terciário de tratamento de câncer em São Paulo / Diego Fernandes dos Santos – São Paulo, 2015.

104p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:
Oncologia.

Orientadora: Maria Paula Curado

Descritores: 1. PERFIL DE SAÚDE. 2. EPIDEMIOLOGIA/estatística & dados numéricos. 3. NEOPLASIAS. 4. PROGRAMAS DE RASTREAMENTO/organização & administração. 4. HOSPITAIS COM FINS LUCRATIVOS/organização & administração.

“Não se contente em trilhar um caminho estabelecido.
Ao contrário, vá para onde não há caminho algum e deixe seu rastro”.

Muriel Strode

DEDICATÓRIA

A **Deus** pelas oportunidades que tenho tido na vida.

Agradeço a minha família pela compreensão e apoio incondicional, em especial minha querida tia **Nilza Maria** pela coragem e força na minha formação profissional, hoje sou enfermeiro oncologista e serei eternamente grato pelo seu apoio.

Aos meus pais **Neide Maria e Milton Fernandes** minha gratidão por tê-los ao meu lado e poder compartilhar da conquista de mais um sonho.

Ao **Clóvis Tadeu** por acreditar nos meus sonhos e apoio nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Paula Curado, agradeço pela oportunidade de crescimento e por ter compartilhado de sua experiência, uma brilhante orientadora, incentivadora e dedicada ao ensino. Nestes dois anos vivenciei momentos de euforia, de desânimo e de alegrias, lembro-me do dia que diante dos meus fracassos pensei em desistir e ela, lá de Lyon respondeu prontamente meus e-mails e incentivou minha caminhada, a senhora fez deste momento, um dos mais belos caminhos que pude trilhar. É uma honra tê-la como orientadora.

Aos meus pais, Milton e Neide, pelo amor e dedicação, que compreenderam minha ausência em muitos finais de semanas. À minha irmã Daniele e meus familiares, por estarem sempre ao meu lado.

Ao Clóvis Tadeu por incentivar meus estudos e pela compreensão nesta caminhada.

À Rita de Cassia Ortega Borges, bibliotecária do Hospital Sírio Libanês pelas contribuições e entusiasmo. Aos meus amigos enfermeiros do Centro de Oncologia do Hospital Sírio Libanês pelo apoio e incentivo durante o andamento do mestrado, muito obrigado pelos esforços e das trocas de plantões. À todos da equipe de enfermagem pelo companheirismo.

À Pós-graduação da Fundação Antônio Prudente do A.C. Camargo Cancer Center, em especial à equipe da biblioteca.

Ao Paulo Aleixo gerente do departamento de Medicina Comunitária e ao Diogo Patrão gerente de Informação Científica que dentro das possibilidades e alcance, contribuíram substancialmente para realização deste estudo.

RESUMO

Santos DF. **Perfil epidemiológico da população participante do programa de rastreamento de um centro terciário de tratamento de câncer em São Paulo**. São Paulo; 2015. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Objetivos: Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da Campanha de Prevenção em Câncer do A.C. Camargo Cancer Center com ênfase nos casos diagnosticados com câncer e a topografia acometida. Identificar o tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento, assim como a ocorrência de mais de uma participação na campanha no período de 2008 a 2012. **Métodos:** Estudo transversal de natureza quantitativa. A população do estudo incluiu os participantes da CPC promovida por um centro terciário localizado no município de São Paulo. Os dados foram obtidos a partir do Relatório-194 e Anamnese – I que continham os registros dos participantes atendidos na campanha no período de 2008 a 2012. **Resultados:** Nos anos considerados, foram atendidos 62.947 participantes. 65 casos foram confirmados com câncer entre os registros analisados, sendo 26 homens (40%) e 39 mulheres (60%). O mínima de idade foi 16 anos e a idade máxima de 98 anos. A topografia de maior acometimento foi a glândula tireoide cujo estadiamento TNM variou de I a III, seguido do câncer de mama com estadio IA a IIIC, câncer da cavidade oral I a IVA e câncer de seio piriforme IVC. O menor tempo entre o diagnóstico e início do tratamento foi em média vinte dias e o intervalo máximo foi em média 44 dias no período de 2008 a 2012. A frequência dos participantes no ano de 2008 apenas 17% dos participantes foram atendidos uma vez em cinco anos, ao passo que 67% dos cadastrados não tem resultados de exames após o registro de participação na campanha. Nos anos de 2009 a 2012, a ausência de informações impossibilitou o detalhamento da frequência e a perda de segmento entre esse período. No entanto, os dados

obtidos demonstram que no ano de 2009 foram atendidos 34% dos participantes foram atendidos uma vez em quatro anos. Em 2010, dos participantes analisados tiveram 52% de frequência em três anos. No ano de 2011, 84% dos participantes foram atendidos 2 vezes no período de 2 anos. Os participantes analisados de 2012 foram 100% atendidos ao menos uma vez no ano de egresso ao programa. No período de 2009 a 2012 não foi possível avaliar o percentual de participantes cadastros que deixaram de realizar os exames de rastreamento. **Conclusão:** A partir deste estudo, pode-se inferir a necessidade de informatização dos formulários utilizados nas campanhas de rastreamento e conscientizar os profissionais envolvidos no atendimento sobre o adequado preenchimento dos formulários, tais medidas, além de retratarem adequadamente a população atendida, possibilitarão a implantação de políticas efetivas na área de controle do câncer.

SUMMARY

Santos DF. **[Epidemiological profile of the population participating in the screening program of a tertiary treatment center of cancer in Sao Paulo]**. São Paulo; 2015. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Purpose: To describe the socio-demographic profile of the people participating in the Prevention Campaign of Cancer (PCC) organized by the tertiary center A.C. Camargo Cancer Center, located in Sao Paulo, with emphasis on cases diagnosed with cancer and the affected topography, to identify the time between diagnosis and the beginning of treatment as well as the frequency of participation in PCC in the period of 2008 to 2012 for more than one time. **Methods:** Cross sectional, retrospective study of quantitative nature. The study population is composed of PCC participants. The data was obtained from the Report-194 and the respective health report (*Anamnese - I*) which contain the records of the participants that attended the campaign from 2008 to 2012. **Results:** In the respective years, 62.947 participants were attended. 65 cases were confirmed with cancer among my analysis, being 26 men (40%) and 39 women (60%), the minimum age was 16 years and the maximum age 98 years. The topography with greatest occurrence was the thyroid gland which TNM staging ranged from I to III, followed by breast cancer with stage IA to IIC, oral cavity cancer ranging from I to IVA and pyriform sinus with a stage of IVC. The lowest time between diagnosis and start of treatment was on average 20 days and the maximum interval was on average 44 days in the period from 2008 to 2012. With regard to the frequency of the participants in 2008, only 17% of the participants were attended one time in five years, while 67% of those registered in the campaign did not obtain any test results after registration. In the years 2009-2012 the difficulty of obtaining certain information made it impossible to detail the frequency and loss segment between this period. However, the data presented shows that in 2009 34% of the participants were attended at least

once in 4 years. In 2010, the analyzed participants had 52% of attendance in three years. In the year 2011, 84% of participants were seen at least 2 times within 2 years. In 2012, 100% of the participants were attended at least once a year. From 2009 to 2012, it was not possible to evaluate the percentage of entries that failed to perform the screening tests. **Conclusion:** From this study we can follow the need for digitalization of forms used for tracking campaigns and educate professionals involved in the care of the proper completion of forms, such as measures, as well as adequately portray the population served, it will enable the implantation of effective policies in cancer control area.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos nove casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2008.....	82
Figura 2	Distribuição dos dezesseis casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM da, São Paulo-SP, 2009.....	83
Figura 3	Distribuição dos quinze casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2010.....	84
Figura 4	Distribuição dos vinte e um casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2011.....	85
Figura 5	Distribuição dos quatro casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2012.....	86
Figura 6	Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos nove casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2008.....	87
Figura 7	Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos dezesseis casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2009.....	88

Figura 8	Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos quinze casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2010.....	88
Figura 9	Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos vinte e um casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2011.....	89
Figura 10	Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos quatro casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2012.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e diagnóstico, São Paulo, 2008.....	47
Tabela 2	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com a idade e sexo, São Paulo, 2008.....	47
Tabela 3	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e raça, São Paulo, 2008.....	48
Tabela 4	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e situação conjugal, São Paulo, 2008.....	49
Tabela 5	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e escolaridade, São Paulo, 2008.....	49
Tabela 6	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e diagnóstico, São Paulo, 2009 a 2012.....	50
Tabela 7	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com a idade e sexo, São Paulo, 2009 a 2012.....	51
Tabela 8	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e raça, São Paulo, 2009 a 2012.....	52

Tabela 9	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e situação conjugal, São Paulo, 2009 a 2012.....	53
Tabela 10	Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e escolaridade, São Paulo, 2009 a 2012.....	54
Tabela 11	Número de participantes que retornaram na CPC para concluir os exames de rastreamento ou compareceram para seguimento no período de 2008-2012, considerou-se os participantes cadastrados em 2008.....	56
Tabela 12	Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2009 de acordo com a frequência de participação no período de 2009-2012 e sexo.....	57
Tabela 13	Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2010 de acordo com a frequência de participação no período de 2010-2012 e sexo.....	58
Tabela 14	Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2011 de acordo com a frequência no período de 2011-2012 e sexo.....	59
Tabela 15	Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2012 e a frequência no mesmo ano de acordo com o sexo.....	59
Tabela 16	Antecedentes familiares para neoplasias dos participantes inscritos na CPC de 2008.....	61
Tabela 17	História de antecedente de câncer do pai dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	62

Tabela 18	História de antecedente de câncer da mãe dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	63
Tabela 19	História de antecedente de câncer de irmãos e irmãs dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	64
Tabela 20	História de antecedente de câncer de filhos e filhas dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	65
Tabela 21	História de antecedente de câncer de tios e tias dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	65
Tabela 22	História de antecedente de câncer de avô dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	66
Tabela 23	História de antecedente de câncer de avó dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	67
Tabela 24	História de antecedente de câncer de primos e primas dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.....	68

Tabela 25	História de antecedente de câncer dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2009 a 2012.....	69
Tabela 26	Histórico de antecedente de câncer familiar dos participantes diagnosticados com câncer pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2008.....	70
Tabela 27	Histórico de antecedente de câncer familiar dos participantes diagnosticados com câncer pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2009 a 2012.....	71
Tabela 28	Distribuição dos participantes na Campanha de Prevenção de Câncer, segundo antecedente de uso de álcool. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.....	72
Tabela 29	Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer, segundo antecedente de uso de tabaco. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.....	73
Tabela 30	Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer, Segundo antecedente pessoal de cancer antecedentes pessoais relacionados as comorbidades do A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.....	73
Tabela 31	Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer de acordo com a Classificação do Índice de Massa Corpórea. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.....	75
Tabela 32	Distribuição dos participantes diagnosticados com câncer segundo sexo. Campanha de Prevenção de Câncer segundo sexo. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2009 a 2012.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos métodos de diagnósticos empregados, segundo as topografias pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, 2014.....	34
Quadro 2	Descrição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme as variáveis demográficas e clínicas, São Paulo, 2008 a 2012....	40
Quadro 3	Classificação do índice de massa corpórea.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ABRAPRECI	Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino
BC	<i>British Columbia</i>
CaP	Câncer de próstata
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEFAP	Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças
CNPCP	Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPC	Campanha de Prevenção em Câncer
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
GBM	Grupo Brasileiro de Melanoma
HCB	Hospital de Câncer de Barretos
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IARC	International Agency for Research on Cancer
IIEP	Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPSS	<i>International Prostate Symptom Score</i>
KFSHRC	<i>King Faisal Specialist Hospital & Research Center</i>
NCSP	<i>National Cervical Screening Programme</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPRCC	Programa de Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSA	<i>Prostatic specific antigen</i>

RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBCP	Sociedade Brasileira de Coloproctologia
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SEER	<i>Surveillance, Epidemiology, and End Results</i>
TCBD	Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMPC	Unidade Móvel de Prevenção de Câncer
USG	Ultrassonografia

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Rastreamento	4
1.2	Tipos de Rastreamento	5
1.3	Centros de Tratamento de Câncer e Rastreamento	6
2	JUSTIFICATIVA.....	8
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo Geral.....	11
3.2	Objetivos Específicos	11
4	REVISÃO DA LITERATURA	12
4.1	Programas Governamentais de Rastreamento de Câncer no Brasil	12
4.2	Exemplos de Iniciativas de Prevenção e Rastreamentos não Governamentais no Brasil	14
4.3	Estudos Rastreamento de Câncer no Brasil.....	21
4.4	Estudos De Rastreamento Em Instituições Internacionais	23
5	MÉTODO.....	27
5.1	Tipo de Pesquisa.....	27
5.2	Caracterização do Local de Estudo.....	27
5.3	População do Estudo	34
5.3.1	Critérios de inclusão	34
5.3.2	Critérios de exclusão	35
5.4	Coleta de Dados.....	35
5.5	Variáveis do Estudo.....	36
5.6	Criação e Manejo do Banco de Dados	36
5.7	Análise dos Dados.....	43

5.8	Aspectos Éticos	44
6	RESULTADOS	45
6.1	População atendida na campanha de prevenção em câncer de 2008 a 2012.....	45
6.2	Perfil sociodemográfico	47
6.2.1	Perfil sociodemográfico dos participantes de 2008	47
6.2.2	Perfil sociodemográfico dos participantes de 2009 a 2012.....	49
6.3	Frequência de participação na campanha.....	55
6.3.1	Frequência de participação na campanha de 2008.....	55
6.3.2	Frequência de participação na campanha de 2009 a 2012.....	57
6.4	Características clínicas.....	60
6.4.1	Antecedente Familiar.....	60
6.4.2	Antecedentes Familiares de Primeiro Grau.....	61
6.4.3	Antecedentes Familiares de Segundo Grau	65
6.4.4	Antecedentes Familiares de Terceiro Grau	67
6.5	Antecedentes Familiares 2009 a 2012	68
6.5.1	Antecedentes Familiares dos Participantes Diagnosticados com Câncer na CPC de 2008.....	70
6.5.2	Antecedentes Familiares dos Participantes Diagnosticados com Câncer na CPC de 2009 a 2012.....	70
6.6	Antecedentes pessoais dos participantes da CPC de 2008	72
6.7	Antecedentes pessoais dos participantes da CPC de 2009 a 2012	76
6.8	Casos de câncer diagnosticados na CPC	76
6.8.1	Casos de Câncer Diagnosticados 2008.....	76
6.8.2	Casos de Câncer Diagnosticados 2009 a 2012.....	77
6.9	Estadiamento dos Tumores Malignos Diagnosticados na CPC.....	81
6.10	Tempo Entre o Diagnóstico e Início do Tratamento	86
7	DISCUSSÃO	91
8	CONCLUSÃO	94

ANEXOS

- Anexo 1** Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
- Anexo 2** Ficha 1: Campanha de prevenção A.C. Camargo Cancer Center – Anotação de Enfermagem, 2013
- Anexo 3** Ficha 2: Campanha de prevenção AC Camargo Cancer Center – Relatório Médico, 2013
- Anexo 4** Formulário: Campanha de Prevenção de Câncer A.C. Camargo Cancer Center – Exame regional, 2008
- Anexo 5** Ficha 1: Campanha de prevenção AC Camargo Cancer Center – Relatório Médico, 2013

1 INTRODUÇÃO

No mundo, foram estimados para 2012 cerca de 14,1 milhões de casos novos de câncer e cerca de 8,2 milhões de mortes (International Agency for Research on Cancer-IARC 2013). Essas estimativas indicam que em 2030 haverá no mundo cerca de 20,3 milhões de casos novos de câncer e cerca de 13,2 milhões de mortes . Na Europa, estimou-se cerca de 3,4 milhões de casos novos de câncer, sendo 53% no sexo masculino e 47% no feminino. Enquanto que na América Latina e Caribe estimou-se 1,7 milhões de casos de câncer até 2030 com mais de um milhão de mortes anualmente (FERLAY et al. 2013).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para 2014 e 2015 cerca de 576 mil casos novos incluindo câncer de pele não melanoma com 182 mil entre homens e mulheres, exceto o câncer de pele 204 mil casos serão em homens e 190 mil em mulheres. As neoplasias malignas mais incidentes esperadas no sexo masculino são: próstata (70/100 mil), pulmão (16/100 mil) cólon e reto (15/100 mil), e estômago (13/100 mil) e no sexo feminino são: mama (56/100 mil), cólon e reto (17/100 mil), colo do útero (15/100 mil), pulmão (10/100 mil) e estômago (7/100 mil) (Ministério da Saúde 2014).

A cidade de São Paulo localizada na região sudeste do Brasil, é a mais populosa do Brasil e representa 21,6% da população brasileira (SEADE 2013). A área do município de São Paulo é de 1.521,10 km² e em 2013 a

população estimada foi 11.446.275 habitantes, com densidade demográfica de 7.525,0 hab/km² (SEADE 2014). Na região metropolitana de São Paulo, os últimos dados sobre a esperança de vida ao nascer foram divulgados em 2009, para os homens, sendo 71,24 anos para os homens e as mulheres com 78,57 anos (SEADE 2009).

De acordo com a projeção da população de 2000 a 2030 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos homens do estado de São Paulo ao nascer passará de 67 anos no ano de 2000 para 78 anos no ano de 2030. Para as mulheres, passará de 76 anos para 83,5 anos em 2030 (IBGE 2014). A expectativa de vida indica que ações de saúde devem ser instituídas na área de prevenção ou detecção precoce de doenças ligadas ao envelhecimento: assim, medidas de prevenção e detecção precoce de doenças poderão melhorar a qualidade de vida da população.

O município de São Paulo possui um dos primeiros registros de câncer de base populacional do país que descreve o padrão de incidência da região metropolitana desde 1969. O relatório de 2008 demonstra a proporção das neoplasias mais incidentes, exceto os casos de pele não melanoma, e os dados registrados foram: próstata (18,78%), cólon e reto (7,67%), pulmão (6,56%) e estômago (5,99%) para homens; nas mulheres, mama (21,54%), cólon e reto (7,30%), pulmão (3,10%), colo do útero (4,88%) e estômago (3,27%) (São Paulo 2011).

Recentemente, para o município de São Paulo, as taxas de incidência estimadas para o ano de 2014 nos homens foram: próstata (92/100 mil),

cólon e reto (31/100 mil), pulmão (19/100 mil) e cavidade oral (12/100 mil). As taxas estimadas em mulheres, foram de mama (91/100 mil), cólon e reto (27/100 mil), pulmão (13/100 mil), colo do útero (12/100 mil) e cavidade oral (4/100 mil) (Ministério da Saúde 2014).

Um estudo comparou a evolução das taxas de mortalidade dos principais tipos de câncer nas dezessete Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de São Paulo entre 1999/2000 e 2009/2010. No município de São Paulo intitulado RRAS 6, ocorreu a maior redução da taxa padronizada de mortalidade por câncer no sexo masculino e o que representou um declínio de 17,7%. Nas mulheres, a maior redução da taxa padronizada de mortalidade por câncer foi de 15,2% em Itapeva, Itapetininga e Sorocaba (RRAS 8). O conhecimento epidemiológico sobre as taxas de mortalidades auxiliam no planejamento das redes de atenção com relação as medidas de prevenção e tratamento (MENDES e CECILIO 2012).

Do ponto de vista de saúde pública, a melhor estratégia a ser adotada para controle do câncer são os programas de prevenção e detecção precoce. Entretanto, pouco se tem avaliado sobre o perfil da população participante desses programas, principalmente quando são programas oportunistas consequentes às iniciativas de instituições privadas de tratamento de câncer.

1.1 RASTREAMENTO

Em 1951, *The Commision Conference* definiu rastreamento (*screening*) como “a identificação de uma doença que acontece por meio de exames ou outros procedimentos de rápida aplicabilidade que visam detectar quem provavelmente tem a doença ou descartá-la. Os resultados positivos ou suspeitos devem ser encaminhados para especialistas para confirmação diagnóstica e tratamento” (LARIMORE e RYDER 1952).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1968, conceituou dez princípios de detecção precoce de doença (WILSON e JUNGNER 1968):

- 1) A doença investigada deve ser um problema de saúde importante.
- 2) A doença deve possuir tratamento.
- 3) Meios para diagnóstico e tratamento devem estar disponíveis.
- 4) A doença deve ter um período de latência ou início dos sintomas identificáveis.
- 5) O curso natural da doença deve ser reconhecido.
- 6) O rastreamento deve ser aceitável para a população.
- 7) A história natural da doença deve ser conhecida.
- 8) Deve haver uma política de tratamento definida.
- 9) O custo de detecção de casos (incluindo diagnóstico e tratamento) deve ser economicamente equilibrado em relação as despesas com o tratamento.
- 10) A busca de novos casos deve ser contínua.

Os programas de rastreamento são caracterizados por um grande número de pessoas submetidas a um ou mais exames previamente estabelecidos para detectar o câncer na fase pré-clínica. A principal razão do diagnóstico na fase pré-clínica é iniciar o tratamento na fase precoce da doença (SLOAN 2006). A efetividade do rastreamento reflete mudanças na detecção do câncer em estágios iniciais, o que reduz a incidência e a mortalidade na população rastreada (HULKA 1986).

As campanhas de prevenção têm o intuito de educar a população sobre os fatores de risco. A Austrália destaca-se por ações exemplares nesse campo. No período de 2002 até 2011, com o incentivo da cessação do tabagismo, o percentual de tabagistas passou de 22,5% para 14%. Além do tabagismo, outras campanhas são efetivas como a conscientização dos riscos da exposição solar que contribuem para redução do número de casos das neoplasias de pele. Desse modo, as campanhas desenvolvem um papel importante no trabalho educativo para a população, enquanto os programas de rastreamento são direcionados para diagnosticar doenças (NSW 2014).

1.2 TIPOS DE RASTREAMENTO

O rastreamento pode ser classificado como organizado ou oportunístico. No rastreamento organizado as ações são sistematizadas para detectar neoplasias em uma população assintomática, identificando a população-alvo por meio de uma convocação regular dos participantes. Nesses casos, há monitoramento das etapas para verificação da adesão.

No rastreamento oportunístico ou não organizado, é realizada uma avaliação clínica aleatória do participante e não há monitoramento das etapas como recrutamento da população de risco, da adesão ou da convocação.

Considera-se o rastreamento organizado mais custo-efetivo quando comparado com o rastreamento oportunístico, e sua principal característica desta modalidade envolve análise dos grupos de risco de determinadas neoplasias (WHO 2007).

Os programas de controle do câncer devem ser competentes em planejar, implementar, monitorar e avaliar as ações sobre as neoplasias (WHO 2002). Nos países em desenvolvimento, o rastreamento é uma tarefa árdua pela limitação dos recursos humanos e dificuldade de acesso aos serviços.

1.3 CENTROS DE TRATAMENTO DE CÂNCER E RASTREAMENTO

Um centro de tratamento em câncer pode servir como uma unidade de referência para um programa nacional de prevenção e assessorar nas ações de prevenção e rastreamento da doença. Referente as ações de prevenção, destaca-se o papel da promoção da saúde ao incentivar mudanças no estilo de vida como combate ao sedentarismo, redução do consumo de álcool e cessação do tabaco que a longo prazo podem reduzir a incidência de neoplasias malignas. O rastreamento pode ser uma tarefa

árdua, mas em conjunto com ações de prevenção e rastreamento têm sido a principal medida de redução de morbidade e mortalidade por câncer (KNAUL et al. 2011).

Historicamente, dois métodos de rastreamento de câncer merecem destaque para a prática, um deles é o exame de Papanicolau, introduzido em 1943 para o câncer de colo de útero e ainda hoje é considerado a principal ferramenta para o diagnóstico precoce. O outro método de destaque é a mamografia, introduzida em 1960 e que vem sendo empregada para o câncer de mama (MORABIA e ZHANG 2004). Tanto o exame de Papanicolau como a mamografia são considerados efetivos na redução da mortalidade, e representam os métodos de rastreamento mais citados na literatura.

Os centros de tratamento de câncer notificam os casos diagnosticados por meio do registro de base hospitalar. Um estudo na Nigéria avaliou os dados de onze hospitais com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) no período de 2009 a 2010, no qual foram registrados 6.484 casos da doença. Nos homens, a neoplasia mais comum foi o câncer de próstata (29,2%), seguido do cólon retal (7%). Já nas mulheres, em primeiro lugar o câncer de mama (40%), seguido de colo do útero (17,9%) e ovário (3,7%). Portanto, em locais sem registros de base populacional, os estudos de base hospitalar refletem a incidência das neoplasias da população e servem como parâmetro para a elaboração de estratégias de rastreamento (JEDY-AGBA et al. 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Diante da estimativa do aumento da incidência de casos de câncer em todo mundo, a atuação de centros terciários de tratamento como provedores de estratégias de controle do câncer pode ser um fator importante na redução da mortalidade, dada à capacidade e à experiência em identificar casos iniciais. Embora existam centros terciários atuantes na área de prevenção em países em desenvolvimento, pouco se sabe sobre o papel dessas unidades sobre essa prática na população rastreada.

O A.C. Camargo Cancer Center é um centro de referência para tratamento de câncer onde também se desempenham atividades de prevenção e rastreamento. Além das áreas de atuação citadas anteriormente, possui um programa de prevenção de câncer personalizado para aplicabilidade em empresas interessadas. O interesse do A.C. Camargo Cancer Center de atuar com atividades de prevenção em câncer foi fortalecido com a criação da Campanha de Prevenção em Câncer (CPC) no ano de 2007. A CPC aborda as seguintes neoplasias malignas:

- 1) câncer de pele
- 2) câncer de próstata
- 3) câncer de mama feminina
- 4) câncer de colo uterino
- 5) câncer de pulmão
- 6) câncer de cólon, reto, ânus e estômago

7) câncer de cavidade oral

8) câncer de testículo

A CPC é desenvolvida gratuitamente para a população residente em áreas selecionadas da região metropolitana de São Paulo. Os colaboradores da instituição também podem indicar a participação de amigos ou familiares em determinados períodos das campanhas de prevenção em câncer.

A CPC do A.C. Camargo Cancer Center contempla sete dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil, exceto o oitavo tipo de câncer investigado que é o de testículo, o qual não ocupa o ranking das neoplasias mais incidentes no Brasil e no mundo.

O modelo da CPC como ação de prevenção e rastreamento merece ser investigado e validado, uma vez que há carência de informações sobre os resultados alcançados pelos serviços nacionais que desempenham atividades de prevenção e/ou rastreamento. Portanto, uma das razões deste estudo é descrever a dinâmica do programa de rastreamento, o perfil dos participantes e verificar a importância do programa na região metropolitana de São Paulo. Outros elementos foram identificados, tais como o perfil sociodemográfico, a proporção dos participantes com ou sem neoplasias, a descrição do estadiamento clínico dos casos diagnosticados e a análise o tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento.

Para classificar a CPC em um programa de rastreamento, seria necessário algumas características, como por exemplo garantir a realização de exames efetivos que sejam aplicados em 70% ou mais da população de risco para câncer e assintomáticas. Além disso, o local deve possuir

infraestrutura e recursos humanos necessários para realizar as avaliações periódicas e nos casos diagnosticados garantir o tratamento imediato e adequado.

O rastreamento de neoplasias malignas em centros terciários de tratamento de câncer tem sido uma atividade desempenhada por instituições nacionais e internacionais. No entanto, em países em desenvolvimento, encontram-se dificuldades para implantar barreiras efetivas para controle do câncer (KNAUL et al. 2011). Contudo, poucos estudos têm avaliado o potencial de instituições nacionais no rastreamento oportunístico de neoplasias malignas em países em desenvolvimento como o Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os resultados da Campanha de Prevenção em Câncer do A.C. Camargo Cancer Center no período de 2008 a 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes.
- 2 Verificar a frequência de mais de uma participação na campanha.
- 3 Descrever os casos diagnosticados com câncer.
- 4 Identificar a topografia e o estadiamento dos tumores diagnosticados.
- 5 Identificar o tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL

Com a participação do governo brasileiro na VI Conferência Mundial sobre a Mulher realizada na China em 1995 foi firmado o compromisso de desenvolver um programa nacional para o controle de câncer de colo do útero. No ano de 1996, um Projeto Piloto fez uso do exame citopatológico (Papanicolau) para conduzir o rastreamento do câncer de colo do útero. Em 1997 foi implantado o **Projeto Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**, após um ano do programa foram realizados 3.177.740 exames citopatológicos em 97% dos estados do Brasil. Em 1998, iniciaram-se as propostas para a criação das diretrizes do **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama** com o objetivo de reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama (Ministério da Saúde 2002).

Em 2004, estabeleceu-se o documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama, que apresentou as primeiras recomendações sobre prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Neste documento, foi estabelecido o uso do rastreamento mamográfico e

orientações como exame clínico das mamas e mamografia bianual para mulheres entre 40 e 49 anos com alto risco (Ministério da Saúde 2004).

De acordo com o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil de 2011 a 2022 já estão sendo desenvolvidas políticas nacionais na promoção da saúde como alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool; extensão da atenção básica; Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes; Ampliação de exames preventivos para os cânceres de mama e do colo do útero. No plano é estimulado políticas de alerta aos sinais e sintomas para os cânceres de mama, colo do útero, de pele, de cavidade oral, colorretal, entre outros, em regiões onde a detecção seja tardia (Ministério da Saúde 2011). Algumas organizações não governamentais no Brasil desenvolvem atividades de prevenção e rastreamento nos tipos de câncer de pele, boca e colorretal e apontam resultados favoráveis para esta prática.

Do ponto de vista do sistema de saúde, os programas de rastreamento estruturam as redes de saúde para o controle do câncer desde atenção primária até os serviços hospitalares terciários. Portanto, reorganizam os sistemas de saúde para ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento (SILVA 2012). No Brasil, até o momento, os programas existentes são para câncer de colo do útero e mama, porém, são estruturados como estratégias oportunistas de rastreamento.

4.2 EXEMPLOS DE INICIATIVAS DE PREVENÇÃO E RASTREAMENTOS NÃO GOVERNAMENTAIS NO BRASIL

Desde 1963 já existiam atividades não governamentais de rastreamento. As sociedades científicas desempenham um papel importante por fornecerem informações sobre consensos em oncologia, que são elaborados por especialistas, desta forma agregam subsídios para a prática assistencial com maior segurança para os médicos (Sociedade Brasileira De Oncologia Clínica-SBOC 2014).

Com o objetivo de destacar as principais ações das sociedades científicas não governamentais e explorar a metodologia das estratégias de prevenção e rastreamento de câncer, enumerou-se a seguir as neoplasias contempladas pela CPC do A.C. Camargo Câncer Center, descrevendo-as quanto as ações existentes de prevenção ou rastreamento, uma vez que estas sociedades são responsáveis pelas discussões da validade de estudos, formular diretrizes e outorgar títulos aos especialistas.

A seguir descrevemos as atividades listadas nos sites destas entidades:

1 Câncer de pele

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) criou em 1999 a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele (CNPCP) na qual os dermatologistas desenvolvem atividades de educação, diagnóstico e tratamento gratuito para a população das principais cidades do Brasil. No

ano de 2009, a SBD foi certificada pela *Guinness World of Records* por realizar em um único dia a maior campanha mundial de prevenção ao câncer de pele, o marco desta campanha atingiu 34 mil participantes que foram atendidos em diversos estados do Brasil (SBD 2014).

Uma análise da CNPCP realizada no Piauí avaliou a associação do diagnóstico de câncer de pele com determinados fatores de risco. Os centros participantes foram o Hospital Getúlio Vargas na capital de Teresina, e o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI. Foram examinados 1.141 participantes, destes 122 (10,7%) receberam o diagnóstico de câncer de pele. Os fatores de risco associados foram pele de cor branca em 59% dos casos, 16,4% referiram história de câncer na família, 7,2% história de câncer de pele prévia e 73,1% afirmaram exposição solar sem uso de proteção (LAGES et al. 2012).

2) Câncer da cavidade oral

Na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), um Grupo de Pesquisadores em Reabilitação Maxilofacial insatisfeitos com os resultados da reabilitação, iniciaram campanhas de prevenção de câncer de boca em 2005. Após este evento, foi criada a I Campanha de Popularização do Autoexame da Boca. O objetivo principal da campanha era incentivar o autoexame da boca, orientar a população sobre os hábitos de risco, além de conscientizar os dentistas para atuarem na detecção precoce de câncer de boca (ALMEIDA et al. 2011).

Um estudo sobre detecção precoce do câncer de boca foi realizado entre junho de 2000 e julho de 2002 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), o rastreamento compreendeu grupos que tiveram exposição aos fatores de risco como tabagismo e álcool. Um dos grupos eram os pacientes internados na unidade de pneumologia (38,11%) e cirurgia vascular (5,1%), o outro grupo eram os frequentadores de programas de cessação de álcool e tabagismo na comunidade, desempenhados por igrejas e unidades básicas de saúde não interligadas a Universidade de São Paulo (56,77%). Foram rastreados 509 pessoas e encontradas 131 lesões de boca, sendo a leucoplasia a mais frequente (31%). Do total dos participantes, 57,3% eram exclusivamente tabagistas e 16,8% eram tabagistas e etilistas (SCHEUFEN et al. 2011). O tabagismo foi o fator de risco mais prevalente na população estudada para o de câncer de boca neste estudo.

3) Câncer de mama feminina

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), organiza desde 2000 campanhas de sensibilização da importância da mamografia para mulheres a partir dos 40 anos. Em 2012, a SBM lançou a campanha “Eu Amo Meus Peitos” com o intuito de alertar a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama e abordar a recomendação da mamografia a partir dos 40 anos de idade (SBM 2014).

As recomendações dos métodos de rastreamento por imagem do câncer de mama, são estabelecidas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e

Diagnóstico por imagem, a SBM e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. As recomendações para rastreamento são: **mulheres entre 40 e 69 anos** devem realizar mamografia anualmente. A ultrassonografia e a ressonância não são recomendadas, porém, em casos de alto risco de câncer de mama podem ser realizadas. Nas **mulheres acima de 70 anos**, recomenda-se apenas a mamografia de forma individualizada para rastreamento (URBAN et al. 2012).

4) Câncer de pulmão

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), foi fundada em 1937. Em relação as ações de prevenção ou rastreamento, ainda não existe consenso sobre as recomendações (SBPT 2014).

O Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), um centro terciário de tratamento de câncer e o Instituto de Responsabilidade Social Albert Einstein, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de São Paulo, coordenam um estudo prospectivo de rastreamento de câncer de pulmão na América Latina, denominado programa PROpulmão. O objetivo deste trabalho será avaliar a detecção precoce de pacientes na faixa etária dos 55 e 74 anos, fumantes ou ex-fumantes que cessaram o tabagismo há mais de 15 anos, usando a Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem (TCBD) (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein 2014).

5) Câncer de cólon, reto, e estômago

Em 1979, foi nomeada a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP). Atualmente, reúne médicos especialistas em coloproctologia de todo o território nacional que se dedicam a disponibilizar as melhores evidências para a prática clínica. Esta sociedade não possui programas ou ações de prevenção de câncer de cólon ou reto sob sua coordenação (SBCP 2014).

Em 2004 foi criada a Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino (ABRAPRECI). O objetivo principal da ABRAPRECI é conscientizar a população médica e indivíduos leigos sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de intestino (ABRAPRECI 2014).

Em 2011 foi criado o Programa de Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal (PPRCC) em São Paulo, projeto desenvolvido no Hospital Oswaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde e a ABRAPRECI. O PPRCC está envolvido na conscientização da população sobre câncer de intestino desde 2004. O público alvo desta ação são os residentes no bairro da Mooca, região onde está situada a Unidade Ambulatorial de Sustentabilidade do Hospital, a faixa etária dos participantes é dos 50 a 75 anos. Um kit de pesquisa de sangue oculto nas fezes é fornecido a cada participante, quando o resultado é positivo, o resultado é avaliado por um médico que solicita uma colonoscopia. Se o resultado for negativo, o participante é convidado para um curso de 10 semanas sobre alimentação saudável (HABR-GAMA e GAMA 2012).

Uma campanha sobre câncer de intestino e outras doenças do intestino ocorreu em 2006 com o material “Intestino Gigante” que é uma estrutura anatômica do intestino com recursos de áudio para esclarecer medidas de prevenção e as principais doenças deste órgão. Após a visita do “Intestino Gigante” o participante com idade maior de 40 anos foi convidado para participar de um questionário que investigava os hábitos de risco capazes de aumentar a incidência do câncer de intestino. Do total de 4.567 participantes que efetuaram a pesquisa de sangue oculto nas fezes, 212 realizaram colonoscopia e foram diagnosticados 9 casos de adenocarcinoma, 3 casos estavam em estadio precoce e foram tratados endoscopicamente, os outros 6 casos seguiram tratamentos com cirurgia e quimioterapia (PEREZ et al. 2008).

6) Câncer de testículo

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) é uma associação sem fins lucrativos, que congrega especialistas em câncer de testículo, próstata e outras doenças do sistema urinário no sexo masculino e feminino.

Os objetivos da SBU são: fornecer embasamento científico; educação continuada dos seus membros; atuar junto aos órgãos governamentais e esclarecer a população leiga os possíveis problemas urológicos (SBU 2014).

Não foram encontradas atividades de prevenção ou rastreamento de câncer de testículo sob coordenação da SBU no site da sociedade.

7) Câncer de próstata

As diretrizes da SBU para rastreamento do câncer de próstata (CaP) diz que ainda existem dúvidas e controvérsias sobre o rastreamento do CaP, contudo, recomenda-se o rastreamento em homens com expectativa de vida mínima de 10 anos, devendo ser iniciado aos 50 anos. Em indivíduos da raça negra ou com história familiar deve-se iniciar o rastreamento aos 45 anos (DALL'OGGIO et al. 2011).

Um exemplo de iniciativa não vinculado a SBU é a prevenção do câncer de próstata realizada no Instituto Lado a Lado pela Vida idealizador da campanha “Um Toque, Um Drible” desde 2010. O objetivo da campanha é estimular a prevenção do câncer de próstata, principalmente em homens com idade a partir de 45 anos, residentes nas regiões urbanas e rurais de todo o Brasil (Instituto Lado a Lado Pela Vida 2014).

Não foram encontradas atividades de prevenção ou rastreamento de câncer de próstata sob coordenação da SBU no site da sociedade.

8) Câncer de colo do útero.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) foi criada em 1959, em Belo Horizonte (FEBRASGO 2014).

Não foram encontradas atividades de prevenção ou rastreamento de câncer de colo do útero sob coordenação da FEBRASGO no site da sociedade.

4.3 ESTUDOS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL

Um dos primeiros programas de rastreamento em São Paulo foi implantado em Campinas em 1968 para o câncer de colo do útero. No período de 1968 a 1973, observou-se o aumento gradativo do número de exames citológicos para esta neoplasia, este aumento resultou em mudanças no perfil clínico dos diagnósticos. Em 1968 havia mais casos no estadio III e IV, com o programa de rastreamento em 1971 houve aumento dos casos no estadio I e queda do estadio III e IV (PINOTTI 1976). Portanto, os exames de rastreamento são eficientes para identificar estadios iniciais.

Os indicadores de qualidade do diagnóstico e tratamento segundo os critérios da *European Breast Cancer Network* (EBCN) foram analisados nas participantes do Programa de Rastreamento Mamográfico de Câncer de Mama do Hospital de Câncer de Barretos, entre maio de 2003 e dezembro de 2010. Analisaram 257 mulheres entre 40 a 69 anos distribuídas em dois grupos, assintomáticas e sintomáticas. O estadiamento clínico 0 e I, foi encontrado em 68,3% das participantes assintomáticas enquanto 33,8% das participantes sintomáticas apresentavam estadio clínico 0 ou I (TSUNODA 2011). Portanto, o rastreamento em mulheres assintomáticas foi eficiente em identificar casos iniciais de câncer de mama. A vigência de sintomas muitas vezes implica em estadios mais avançados.

Na cidade do Cariri Ocidental na Paraíba, um estudo de 2001 a 2005 avaliou a adesão das mulheres ao programa de rastreamento do câncer de mama. A cobertura populacional da mamografia foi de 31,8% nas mulheres

de 40 a 49 anos; 35,9% na faixa etária dos 50 a 69 anos; e 24,1% nas mulheres com 70 anos (SOUZA e GARCIA 2009). Estes resultados demonstraram uma baixa cobertura da mamografia em mulheres com risco de câncer de mama.

Em São Paulo, um estudo retrospectivo realizado no Hospital Regional de Franco da Rocha, revisou 87 prontuários de pacientes portadoras de câncer de colo uterino de 1998 e 2002. O objetivo foi verificar o motivo do encaminhamento para tratamento. Observaram que 21% das pacientes com câncer de colo uterino avançado eram sintomáticas e a procura pelo atendimento no hospital foi espontânea (GUARISI et al. 2004). Este percentual indica uma deficiência de acesso aos programas de rastreamento, uma vez que a demanda foi espontânea e os casos já eram avançados.

Um estudo comparativo do estadiamento clínico dos casos de câncer de próstata identificados pela Unidade Móvel de Prevenção de Câncer (UMPC) do Hospital de Câncer de Barretos (HCB) entre os casos diagnosticados no HCB, demonstraram que na UMPC dos 17.571 homens rastreados, com idade a partir de 45 anos, houve prevalência do estadio I em 75% dos casos nos participantes da UMPC, enquanto que no HCB 23,2% eram estadio I. Sendo assim, as atividades de rastreamento realizadas pela UMPC aumentaram a chance de diagnóstico precoce do câncer de próstata (FARIA 2010).

A primeira campanha de prevenção de câncer de pele (1992) no Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e no Hospital

das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, examinou 159 pessoas destes 72 eram brancos e 87 não brancos. Identificou-se lesões pré-câncer ou câncer de pele em 28 participantes brancos (66%) e 14 entre os não brancos (33%) (LUCCIOLA e PINTO 1993). A campanha reforçou a necessidade de educação da população para adotar hábitos saudáveis. O apontamento deste estudo, tem sido desenvolvido pelo Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM), o qual realiza campanhas periódicas de prevenção do câncer de pele e tem o objetivo de diagnosticar precocemente e conscientizar a população sobre os efeitos nocivos da exposição ao raio solar (GBM 2014).

4.4 ESTUDOS DE RASTREAMENTO EM INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS

O papel de um centro terciário de tratamento de câncer no diagnóstico precoce foi analisado em Delhi na Índia e ficou evidente que o atraso no diagnóstico e o início do tratamento pode ser reduzido se a experiência dos médicos em diagnosticar neoplasias for aprimorada, o que otimiza o encaminhamento dos pacientes para especialistas. Além disso, uma das atividades desempenhadas pelo centro terciário é promover a conscientização do público sobre os sinais e sintomas precoces do câncer (BHATNAGAR et al. 2014). Portanto, um centro de tratamento pode influenciar no diagnóstico e tratamento precoce da população residente principalmente na área abrangida pelo centro.

Na Nova Zelândia, foi introduzido o *National Cervical Screening Programme* (NCSP), um programa de rastreamento organizado para Câncer de Colo do Útero que teve início em 1990. Um estudo realizado em Canterbury, no *Christchurch Womens's Hospital* avaliou a efetividade do programa nacional de rastreamento do câncer de colo do útero, anos antes da sua criação entre 1988 a 1990, e comparou os diagnósticos realizados após o funcionamento do programa, entre 1997 a 1999. Após a implantação do programa houve aumento de duas vezes do estadio IA. Entretanto, só após 9 anos houve redução dos estadios avançados (SIMCOCK et al. 2001). Deste modo, os programas de rastreamento de câncer de colo do útero mostram-se efetivos, e a redução do estadiamento da doença pode ser obtido a médio prazo.

Na Arábia Saudita, o *King Faisal Specialist Hospital & Research Center* (KFSHRC) realizou uma análise de 504 pacientes atendidos no período de 1975 a 1993 com câncer de colo de útero. Foi analisada a distribuição dos casos de acordo com o estadio clínico. Observaram que 13,1% dos casos tiveram estadio precoce, e 42,7% eram estadios avançados. Os autores compararam os resultados do KFSHRC com a província British Columbia (BC) no Canadá, e observaram que 66% dos pacientes do KFSHR eram estadio avançado, enquanto na BC esse estadio representou 37% dos diagnósticos (MANJI et al. 1999). Além dos fatores culturais envolvidos no diagnóstico avançado, estes dados alertaram para a necessidade de programas de rastreamento em países em desenvolvimento.

Nos EUA, os centros terciários da *Indiana University Hospital* e *Wishard Memorial Hospital em Indianapolis* avaliaram o perfil dos participantes da campanha de rastreamento de câncer de cabeça e pescoço, dirigida ao público da *Indianapolis Motor Speedway* durante o evento. Foi constatado que os participantes da *Indianapolis Motor Speedway* apresentaram mais fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço, entre eles, tabagismo e consumo de álcool, enquanto os participantes do rastreamento nos centros terciários, tinham história prévia de câncer não relacionado à cabeça e pescoço (HARRIS et al. 2013).

Outro estudo americano sobre o impacto no rastreamento do câncer de próstata realizado no hospital *Dwight D. Eisenhower Army Medical Center* (Georgia) entre 1995 a 2000, avaliou os participantes da “Semana de Conscientização do Câncer de Próstata” com idade de 50 a 75 anos, e homens afro-americanos ou com história de câncer de próstata na família a idade para rastreamento foi dos 40 a 75 anos. O rastreamento prévio com exame de *prostatic specific antigen* (PSA), havia sido realizado em 71% da população do estudo. Dos 392 homens avaliados com relação aos critérios para biópsia, como $PSA > 4,0\text{ng/ml}$, *International Prostate Symptom Score* (IPSS) e exame físico retal, 44 deles foram candidatos para confirmação diagnóstica, porém, apenas 30 contemplaram os critérios para biópsia da próstata, e destes apenas 10% foram detectados com adenocarcinoma. (SODERDAHL e HERNANDEZ 2002). O rastreamento prévio com o PSA contribuiu para a indicação de biópsias e deve ser considerado com outros critérios para detecção dos casos de câncer prostático.

Um centro terciário em Delhi na Índia, comparou a idade de incidência, das neoplasias ginecológicas com as faixas etárias nos registros da *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) dos Estados Unidos. Em Delhi, 32,6% dos casos de câncer de colo do útero eram na faixa etária de 40 a 54 anos, enquanto, que no SEER esta faixa etária representou 23,7% (AGARWAL et al. 2012). Portanto, a faixa etária dos tumores ginecológicos em países como a Índia é maior quando comparada aos EUA. Esta diferença pode ser atribuída ao acesso e ao tratamento nos programas de rastreamento existentes nestes países.

Os estudos apresentados demonstram que centros de tratamento terciário de câncer são importantes referenciais para a população de países em desenvolvimento, uma vez que são identificados como centros de tratamento e cura para resgatar a saúde (SLOAN e GELBAND 2007). Portanto, verificar o papel de um centro terciário na maior cidade da América do Sul pode trazer informações importantes para a validade destes centros em colaborar com o rastreamento e prevenção em um país em desenvolvimento como o Brasil.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O centro terciário A.C. Camargo Cancer Center, antigo Hospital do Câncer, é um hospital privado sem fins lucrativos e referência em oncologia há 61 anos. A sede principal do A.C. Camargo Cancer Center está localizada no município de São Paulo, na capital do estado. A expansão do complexo hospitalar possibilitou a inauguração de duas unidades externas, nomeadas como Núcleo Oncológico Avançado do ABC, em Santo André, situado na Grande São Paulo desde novembro de 2009; e Núcleo Oncológico Avançado Morumbi, situado no município de São Paulo, desde setembro de 2013 (A.C. Camargo Cancer Center 2013).

Em maio de 2007, foi criada a Campanha de Prevenção em Câncer (CPC) do A.C. Camargo Cancer Center, que desempenha atividades prevenção. As atividades desenvolvidas são coordenadas pelo departamento de Medicina Comunitária do A.C. Camargo Cancer Center. A abrangência das atividades compreende educação em saúde, orientações sobre hábitos saudáveis e fatores de risco para prevenção do câncer e

rastreamento direcionado a oito tipos de câncer com o objetivo de detectar neoplasias em estágio precoce.

A campanha atua de forma proativa, organizando visitas em áreas selecionadas do município de São Paulo e oferecendo atendimento ambulatorial exclusivamente no A.C. Camargo Cancer Center, situado no bairro da Liberdade na cidade de São Paulo. Os locais da CPC aqui por nós também nomeado como programa de rastreamento são previamente determinados pela equipe de prevenção do A.C. Camargo Cancer Center. Ressalta-se que os critérios para determinar os locais para implementar as atividades da CPC não foram explorados nesse estudo.

Antes do início das palestras os participantes da campanha respondem questões para o cadastro na CPC que envolvem os aspectos sociodemográficos, os quais são registrados pela equipe administrativa. Posteriormente os participantes são investigados quanto aos fatores de risco para o câncer e outras comorbidades. Essa entrevista é realizada em parceria com a equipe de enfermagem, médicos residentes e titulares que realizam avaliação clínica e preenchem as informações nos atuais formulários de entrevista (Anexos 2 e 3).

Após cada palestra são distribuídas senhas que autorizam o participante a realizar uma consulta médica gratuita no A.C. Camargo Cancer Center. A continuidade do participante na CPC acontece a partir da avaliação clínica individual e da avaliação dos antecedentes familiares, sendo que nessa fase do atendimento iniciam-se os encaminhamentos para exames laboratoriais e/ou exames de imagem além dos encaminhamentos

para outras especialidades com o intuito de realizar o diagnóstico precoce de neoplasias. Para todos os casos suspeitos de neoplasia, são solicitados biópsia e exames complementares. Se o caso for confirmado, é estabelecido o encaminhamento para o especialista para que este planeje o tratamento. Os custos do diagnóstico e do tratamento são assumidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A estratégia principal da CPC é a divulgação dos fatores de risco desencadeantes do câncer por intermédio de palestras aos grupos populacionais das regiões selecionadas para participar da campanha. As ações educativas são desenvolvidos por meio de exposição em cartazes ou projeções em recursos de multimídia. Essa iniciativa tem o objetivo de propor mudanças no estilo de vida, como discutir os hábitos alimentares e alertar os fatores de risco das neoplasias malignas mais comuns.

A Campanha de Prevenção em Câncer do A.C. Camargo Cancer Center contempla o diagnóstico precoce e a prevenção de oito tipos ou topografias de neoplasias:

- 1) pele - câncer de pele melanoma e não melanoma,
- 2) cavidade oral - câncer de cavidade oral e orofaringe,
- 3) mama - câncer de mama,
- 4) pulmão - câncer de pulmão,
- 5) intestino - câncer de cólon, reto, ânus e estômago,
- 6) testículo - câncer de testículo,
- 7) próstata - câncer de próstata,
- 8) colo do útero - câncer de colo uterino.

Para descrever o modelo de abordagem da população que participar da Campanha de Prevenção em Câncer, serão descritas didaticamente em cinco etapas as atividades de prevenção empregadas pela CPC:

Etapa 1. No local estabelecido para início das atividades é apresentado a história institucional nas atividades de prevenção, que teve início em maio de 2007, atualmente conhecida como Campanha de Prevenção em Câncer. São apresentados os resultados das campanhas anteriores no formato de fotos, gráficos e indicadores.

Etapa 2. O objetivo da palestra é discutir sobre a existência de cânceres prevalentes na população, abordar os exames como método de diagnóstico, oferecer a possibilidade de consulta médica e condições para realização do tratamento no A.C. Camargo Cancer Center. É solicitado aos participantes o preenchimento de uma ficha de cadastro para os interessados no programa.

Etapa 3. São abordadas questões de prevenção relacionadas aos hábitos saudáveis de vida e prevenção dos fatores de risco desencadeantes descritos na literatura.

Etapa 4. Educação em saúde sobre os fatores de risco de cada neoplasia e informações sucintas sobre a localização anatômica e os possíveis comprometimentos funcionais dessas neoplasias com ênfase nas topografias abordadas na CPC, descritas a seguir:

1) Prevenção do câncer de pele

Discute-se o câncer de pele, enfatizando o excesso de raio UHV como principal fator de causa. Estimula-se o uso de protetor solar e esclarece-se os métodos de diagnóstico diante de lesões suspeitas. Além disso, expõe para população o reconhecimento de uma lesão suspeita pelo método ABCD (assimetria, borda, cor e diâmetro).

2) Prevenção do câncer de boca

São alertados sobre os sintomas e estimula-se a avaliação profissional ou o reconhecimento de alterações mediante a inspeção; enfatiza-se os fatores de risco.

3) Prevenção do câncer de mama

É incentivado o autoexame das mamas e as recomendações nacionais para realização da mamografia. É abordado passo a passo o autoexame das mamas e a necessidade de outros exames confirmatórios para neoplasia sob decisão médica na presença de alterações. Discute-se a mastectomia como uma proposta de tratamento e aborda-se a possibilidade de reconstrução da mama.

4) Prevenção do câncer de pulmão

Discute-se sobre o câncer de pulmão e as possíveis causas do surgimento da doença envolvendo o tabagismo, na ocasião é estimulado a cessão do tabagismo. É discutido o aumento do risco na população entre os que fazem uso concomitante do fumo e do álcool.

5) Prevenção do câncer de intestino

Expõe-se as diversas localizações anatômicas do órgão e a incidência de neoplasias. São discutidas as principais causas associadas ao câncer de intestino e os casos relacionados por histórico familiar. Esclarece-se a realização do exame de colonoscopia como método de diagnóstico e estimula-se o consumo de alimentos saudáveis.

6) Prevenção câncer de testículo

Embora não seja um dos tumores de maior incidência na população, na campanha é incentivado aos homens o autoexame dos testículos e o reconhecimento dos sintomas da doença.

7) Prevenção do câncer de próstata

A população é informada sobre a localização anatômica do órgão e sua função, expõe-se as principais causas e sintomas da doença. Estimula-se o consumo de nutrientes protetores e a realização dos exames de toque retal, ultrassonografia e antígeno prostático específico (PSA) conforme consensos nacionais.

8) **Prevenção do câncer de colo do útero**

É discutido sobre o câncer de colo do útero, abordando o exame citopatológico como método de diagnóstico e sintomas de alerta da doença

Etapa 5. Encerramento da palestra com vídeo institucional para alertar os hábitos desencadeantes de neoplasias, como estresse, e explana-se a respeito de medidas protetoras como exemplo o sexo seguro com preservativo e a amamentação. Além disso, esclarece-se a importância do diagnóstico precoce como medida efetiva para redução dos agravos da doença.

A equipe de profissionais envolvidos no rastreamento é composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e auxiliares administrativos. Os enfermeiros apresentam as palestras sobre hábitos saudáveis, expõem os fatores de riscos e realizam consultas de enfermagem (Anexos 2 e 3).

Os médicos avaliam as informações clínicas, como os antecedentes de câncer individual e familiar, além de direcionar avaliações aos participantes com sintomas sugestivos de diagnóstico oncológico. A partir dessa avaliação, são estabelecidos os exames de rastreamento para cada participante.

Os principais métodos de diagnóstico utilizados no programa de rastreamento estão descritos no Quadro 1. Os exames de imagem citados no quadro abaixo não são os únicos métodos disponibilizados para rastreamento ou diagnóstico das neoplasias mencionadas cabe ao médico a

solicitação de outros exames complementares se avaliar necessário. A confirmação diagnóstica dos participantes da CPC com suspeita de neoplasia maligna é feita por exames de biópsia e análise histopatológica no departamento de patologia do A.C. Camargo Cancer Center.

Quadro 1 - Caracterização dos métodos de diagnósticos empregados, segundo as topografias pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, 2014.

Câncer de pele (Exame físico da pele e dermatoscopia)
Câncer de boca (Exame físico da boca)
Câncer de mama (Exame físico das mamas, Mamografia e USG)
Câncer de pulmão (Tomografia)
Câncer de intestino (Colonoscopia e sangue oculto nas fezes), Câncer de estômago (Endoscopia digestiva alta).
Câncer de testículo (Exame físico e marcador tumoral)
Câncer de próstata (Toque retal, USG, PSA e biópsia)
Câncer de colo do útero (Colposcopia e citologia oncótica)

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Estudo descritivo, retrospectivo de todos os participantes registrados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center no período de 2008 a 2012.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de fevereiro de 2008 a dezembro de 2012.

5.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram os participantes com divergência no campo data de nascimento e/ou registros duplicados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de 2008 a 2012.

5.4 COLETA DE DADOS

A obtenção dos dados, a princípio, foi estabelecida a partir dos Formulários da **Campanha de Prevenção de Câncer** (Anexos 2 e 3), no entanto, o uso deste formulário teve início em meados de 2012 e é o modelo utilizado atualmente. Ao analisar os formulários aplicados no período de 2008 até 2012, foi constatado a existência de outros formulários com divergência dos campos de interesse do estudo. Por esse motivo, foi estabelecida a coleta dos dados no formulário **Exame Regional – AMB** (Anexo 4) para o ano de 2008 e iniciado a coleta dos dados manualmente.

Para o período de 2009 a 2012, a obtenção dos dados foi intermediada por recursos informatizados, diante da necessidade de coletar as variáveis do estudo de maneira rápida e objetiva. Para tanto foi incluído o Formulário **Anamnese-I** (Anexo 5). Os formulários foram escolhidos por conter as informações necessárias para prosseguir com os objetivos deste estudo.

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Neste estudo, foram analisadas as variáveis **demográficas** (idade, sexo, situação conjugal, situação de trabalho, nível de escolaridade e etnia), características **clínicas** (qualquer tipo de câncer e tipo de comorbidade familiar; antecedentes pessoais: etilismo, tabagismo, antecedente de câncer, doenças cardíacas, diabetes e hipertensão), confirmação diagnóstica (casos diagnosticados pela Campanha de Prevenção em Câncer, topografias confirmadas, frequência de participação na campanha, estadiamento TNM e tempo entre o diagnóstico e início do tratamento).

5.6 CRIAÇÃO E MANEJO DO BANCO DE DADOS

Para criação do banco de dados do estudo que incluem todos participantes da CPC dos anos de 2008 a 2012, foram consultados os Formulários **Exame Regional AMB** (Anexo 4) dos departamentos (aparelho digestivo, cabeça e pescoço, dermatologia, ginecologia, urologia e cirurgia torácica) e o Formulário **Anamnese-I** (Anexo 5) que continham as variáveis elegíveis do estudo. Atualmente, os formulários utilizados são intitulados **Campanha de Prevenção de Câncer** (Anexos 2 e 3).

Em síntese, a Campanha de Prevenção em Câncer adotou três formulários para obter as informações dos participantes no período de 2008 a 2012. Inicialmente, o formulário aplicado em 2008 era nomeado como Exame Regional AMB (Anexo 4) e identificava o departamento de

especialidade, como por exemplo, Ginecologia e Urologia. Nos anos de 2009 a 2012, foi usado o formulário Anamnese I (Anexo 5). No segundo semestre de 2012, foi criado o atual formulário Campanha – Anotação Enfermagem prevenção em câncer e o Relatório Médico, respectivamente (Anexos 2 e 3).

A consulta aos formulários ocorreu após o acesso ao prontuário eletrônico de cada participante. O prontuário eletrônico do A.C Camargo Cancer Center está disponível para pesquisadores mediante a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa, condição necessária para criação de login e senha para acessar a plataforma eletrônica do prontuário eletrônico dos respectivos pacientes (Anexo 1).

O acesso ao prontuário eletrônico do paciente é realizado somente nas dependências do A.C. Camargo Cancer Center através do endereço eletrônico intranet.cipe.accamargo.org.br/h2tc, conhecido como H²TC. A disponibilidade dos formulários no modo digitalizado possibilitou a realização deste estudo sem a necessidade de consultar as fichas ou prontuários físicos arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Os registros dos pacientes da Campanha de Prevenção em Câncer foram obtidos pelo relatório gerado no departamento de Informação Científica, o qual foi nomeado como Relatório-194. O departamento de Informação Científica está vinculado ao Centro Internacional de Pesquisa (CIPE).

O Relatório-194 corresponde aos registros dos pacientes provenientes da Campanha de Prevenção em Câncer no período proposto deste estudo, ou seja, de 2008 a 2012. A obtenção desses registros foi

estabelecida de modo informatizado e teve como pré-requisito as informações do formulário Campanha de Prevenção de Câncer (Anexos 2 e 3). A partir dessa extração, foi contabilizado o total de participantes da CPC. O Relatório-194 foi processado pelo software Microsoft® Excel® for Mac 2011 versão 14.2.0 de junho de 2014.

Como identificadores dos registros de pacientes da CPC apresentados pelo Relatório-194, foram estabelecidos os seguintes termos “campanha” e “prevenção” no sistema eletrônico de prontuários do A.C. Camargo Cancer Center. O objetivo de extrair o registro hospitalar vinculando os identificadores citados anteriormente foi obter todos os indivíduos que foram atendidos na instituição, especificamente aqueles provenientes da CPC.

O relatório apresentou o número do registro, nome da campanha e a data do primeiro atendimento do participante. O nome da campanha refere-se ao período e/ou nome publicitário da CPC, por exemplo: Campanha 2008, Campanha Banco de Sangue 2010, Campanha Mulher 2012, Campanha Pais 2012 e CEFAP 2011, entre outras. CEFAP é a sigla de Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças, uma instituição subordinada à Diretoria de Ensino da Polícia Militar do Estado de São Paulo

O número de participantes da Campanha de Prevenção em Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de **2008 a 2012 foi de 62.947 participantes**, sendo que para o ano de 2008 foram atendidos 5.519 participantes, em 2009 foram 6.893, em 2010 foram 5.082, em 2011 foram

12.179 e em 2012 foram 33.274 participantes. De **2009 a 2012, foram atendidos 57.428 participantes.**

A construção das variáveis de 2008 foram obtidas manualmente após a consulta de cada registro hospitalar, analisado individualmente os formulários eletrônicos da CPC. A coleta dos participantes da CPC do ano de 2008 iniciou-se em 27 de junho de 2014 e terminou em 31 de outubro de 2014. Nesse período foram analisados 5.519 participantes no período de 126 dias. Os dados coletados foram digitados no microcomputador usando o Microsoft® Excel® for Mac 2011. Os itens dos formulários selecionados para o estudo estão detalhados no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme as variáveis demográficas e clínicas, São Paulo, 2008 a 2012.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	QUEIXAS CLÍNICAS
Idade (em anos)	Cabeça e pescoço (lesões de pele ou na boca)
Sexo (masculino e feminino)	Tórax (tosse, dispneia e presença de sangramento ao tossir)
Situação conjugal (solteiro, casado, separado, viúvo, união consensual)	Abdome (alterações das fezes, sangramento retal)
Situação de trabalho (empregado, desempregado, aposentado, trabalho informal)	Geniturinário (alterações do fluxo urinário e assimetria dos testículos)
Nível de escolaridade (analfabeto ensino fundamental, médio, superior/pós-graduação)	Outras queixas prévias
Etnia (branco, pardo, negro, amarelo e indígena)	
Número de filhos (em números)	CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA
	Saudável (rastreados e sem confirmação de câncer)
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Casos de câncer (rastreados e confirmados por exames)
Antecedentes familiares	Topografias (8 neoplasias da campanha)
Qualquer tipo de câncer (pai, mãe, irmãos/irmãs)	
Tipo de comorbidades (doenças cardíacas, diabetes e hipertensão, outras)	FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA CAMPANHA
	Número de vezes em todo período estudado
Antecedentes pessoais	
Etilismo (nunca ingeriu, ex-etilista, etilismo)	ESTADIAMENTO
Tabagismo (nunca fumou, ex-fumante, fumante)	TNM (Classificação dos tumores malignos: I, II, III e IV) (SOBIN et al. 2012)
Câncer (qualquer tipo)	
Doenças cardíacas (IAM, trombose, ICC)	TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
Diabetes (Tipo I e II)	Dias
Hipertensão (em tratamento ou sem tratamento)	Semanas
Altura (em centímetros)	Meses
Peso (em quilogramas)	
Índice de Massa Corpórea (em kg/m ²)	

Ao concluir esse primeiro momento da coleta de dados dos 5.517 participantes da CPC de 2008, em que se buscou caracterizá-los de acordo com a descrição da Quadro 1, houve a necessidade de adequar o modo manual de coleta para possíveis recursos informatizados nos quais seriam selecionadas as variáveis de interesse deste estudo, uma vez que ainda restavam para coletar os dados de 2009 até 2012, totalizando 57.428 participantes.

Foi realizada uma reunião de consenso entre os pesquisadores e o departamento de Informação Científica para esclarecer as necessidades do estudo e expor as variáveis de interesse. No segundo momento, analisamos os formulários da Campanha de Prevenção em Câncer preenchidos pela equipe médica e de enfermagem no período de 2008 a 2012 e identificamos qual impresso contemplava a maioria das variáveis do estudo. Nessa reunião, foram excluídos o Formulário Exame Regional Mama Campanha de Prevenção do ano de 2009 e Exame Regional de Prevenção em Câncer dos anos de 2010 e 2011 por apresentarem o formato de evolução somente como campo dissertativo, o que não permitiria realizar comandos com softwares disponíveis na instituição para separar determinadas variáveis, essa ação resultaria em extrair as informações na íntegra de cada participante, sem especificar informações fundamentais para o estudo.

Nas reuniões subsequentes entre o departamento de Informação Científica e o departamento de Medicina Comunitária foram expostas as substituições dos formulários utilizados na CPC ao longo do período de estudo, o impacto das modificações dos impressos excluiu variáveis

importantes para a identificação do perfil sociodemográfico e o perfil clínico dos participantes.

Diante do expressivo número de participantes pendentes para a coleta de dados nesse momento do estudo, foi determinado uma análise do Formulário Relatório Anamnese – I (Anexo 5) por ele conter a maior parte das variáveis do estudo. Dessa forma, houve uma solicitação para o departamento de Informação Científica para uma nova extração dos registros dos participantes da CPC do período de 2009 até 2012.

O relatório gerado pelo Departamento de Informação Científica com os registros obtidos de 2009 até 2012 foram nomeados como Relatório Anamnese-I e contém apenas 469 registros dos quadro anos de existência do formulário.

Diante da discrepância do número de casos entre o primeiro relatório denominado REL-194 e o segundo Relatório Anamnese-I, investigou-se as potenciais falhas para identificação dos participantes da CPC nos sistemas de prontuário eletrônico. A análise desta ocorrência, sugere que no período anterior ao ano de 2012 a escolha de um formulário para evolução do atendimento de um participante da Campanha de Prevenção em Câncer era facultativa para cada médico ou especialidade.

Contudo, as expectativas para otimizar a extração dos dados de maneira informatizada não puderam ser plenamente alcançadas e os pesquisadores decidiram prosseguir a pesquisa completando manualmente determinadas variáveis do Relatório Anamnese-I com 469 registros. A análise foi individualizada para cada registro com base nos registros

extraídos pelo departamento de Informação Científica e a correlação com o Formulário Relatório Anamnese-I. Ao concluir a coleta dos dados, os resultados foram descritos para cada ano da campanha.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise descritiva, os dados são apresentados por meio de tabelas e gráficos. As variáveis contínuas são apresentadas por médias e as variáveis categóricas são apresentadas por números absolutos seguidos pela porcentagem.

Os dados de 2008 foram coletados manualmente após acessar o formulário Exame Regional de cada indivíduo e localizar as variáveis de interesse deste estudo. Os dados de 2009 a 2012 foram coletados parcialmente de modo manual pela magnitude de atendimentos realizados nesse período, na ocasião do levantamento dos dados não estavam disponíveis softwares capazes de extrair as variáveis deste estudo de acordo com o Departamento de Informática do Centro Internacional de Pesquisa do A.C. Camargo Cancer Center.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Antônio Prudente do A.C. Camargo Cancer Center e foi aprovado conforme parecer nº647.420 emitido em 14 de maio de 2014 e atende as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) vinculado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos na Resolução nº 466/2012 (Brasil 2014).

Os pesquisadores se comprometeram a garantir o anonimato das pessoas e confidencialidades das informações. Não houve coleta de dados por entrevistas no dia da Campanha de Prevenção em Câncer por se tratar de um estudo retrospectivo.

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários, não houve a necessidade de aplicar Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da Campanha de Prevenção de Câncer. A coleta dos dados foi iniciada logo após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e foi restrita aos arquivos existentes das campanhas de prevenção de câncer do período de 2008 a 2012.

6 RESULTADOS

6.1 POPULAÇÃO ATENDIDA NA CAMPANHA DE PREVENÇÃO EM CÂNCER DE 2008 A 2012

Os participantes da Campanha de Prevenção em Câncer (CPC) atendidos no período de 2008 até 2012 totalizaram 62.945. Do total de participantes, 5.519 participantes foram atendidos em 2008, destes, 46 foram excluídos. Os participantes excluídos foram um por duplicidade de registro, um por contar informações exclusivas de atendimento em Pronto Atendimento sem informações da CPC, os demais por inconsistência na data de nascimento, sendo que 35 estavam registrados com idade de zero anos, 8 anos e 10 anos, e outros nove casos estavam registrados com 107 anos. Portanto, no ano de **2008 foi analisado cada registro dos 5.473 participantes, destes 5464 não foram diagnosticados com câncer, enquanto nove tiveram o diagnóstico de câncer.**

Para o período de 2009 a 2012 foi solicitado ao departamento de informática o uso de ferramentas eletrônicas para obter as informações necessárias de cada registro dos 57.428 participantes, o resultado deste comando gerou o documento Relatório Anamnese-I.

Desse modo, o Relatório Anamnese-I do ano de 2009 apresentou 87 participantes, sendo que dois registros estavam duplicados, e o número de participantes nesse ano foi de 6.893 participantes. Foram analisados no ano

de **2009, portanto, 85 participantes** e destes **dezesesseis tiveram diagnóstico de câncer.**

O Relatório Anamnese-I do ano de 2010 apresentou 59 participantes, sendo que três registros estavam duplicados, e o número de participantes foi de 5.082 participantes. Portanto no ano de **2010 foram analisados 56 participantes** e destes **quinze tiveram diagnóstico de câncer.**

No ano de 2011, o Relatório Anamnese-I apresentou 76 participantes, sendo, que cinco registros estavam duplicados e o número de participantes foi de 12.179. Portanto no ano de **2011 foram analisados 71 registros** e destes **vinte tiveram diagnóstico de câncer.**

E por fim, no ano de 2012, o Relatório Anamnese-I apresentou trinta participantes, sendo que dois registros estavam duplicados e o número de participantes foi de 33.274. No ano de **2012, portanto, foram analisados 28 participantes** e destes **4 tiveram diagnóstico de câncer.**

Assim sendo, de 2009 até 2012 foram encontrados 56 participantes que tiveram diagnóstico de câncer, a distribuição da topografia e estadiamento será descrita a seguir. Ressalta-se que houve mudança dos formulários aplicados na Campanha de Prevenção em Câncer o que exigiu a mudança no modo de coleta dos dados.

6.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

6.2.1 Perfil sociodemográfico dos participantes de 2008

No ano de 2008 foram descritos os 5.473 participantes na CPC, destes, nove casos (0,16%) foram diagnosticados com câncer, portanto, o número de participantes não diagnosticados com câncer que foram avaliados na CPC é superior. A seguir a distribuição do total de participantes por sexo e os casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção em Câncer de 2008 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e diagnóstico, São Paulo, 2008.

Sexo	Sem câncer	%	Com câncer	%	Total (n)	%
Masculino	2.630	48,06	4	0,07	2.634	48,26
Feminino	2.834	51,78	5	0,09	2.839	51,74
Total	5.464	99,84%	9	0,16%	5.473	100%

A média de idade dos participantes variou de 43 a 45 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com a idade e sexo, São Paulo, 2008.

Sexo	Média de Idade (em anos)	Mínimo de Idade (em anos)	Máxima de Idade (em anos)	Mediana de Idade (em anos)	Desvio padrão de Idade (em anos)
Masculino	42,94	17	98	41	13,59
Feminino	45,58	17	84	46	14,90
Total	44,30	17	98	56	14,35

Em relação a classificação da raça, observou-se que 94% dos registros não foram preenchidos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e raça, São Paulo, 2008

Sexo	Masculino	Feminino	Total
Branco	69	191	260
%	1,26%	3,49%	4,75%
Pardo	6	20	26
%	0,11%	0,37%	0,48%
Negro	8	11	19
%	0,15%	0,20%	0,35%
Amarelo	2	2	4
Total	0,04%	0,04%	0,07%
Ignorado	2552	2612	5164
%	46,63%	47,73%	94,35%
Total geral	2637	2836	5473
%	48,18%	51,82%	100%

A maioria dos pacientes da campanha eram solteiros, 39% homens e 33% mulheres, esses dados diferem das demais campanhas publicadas na literatura (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e situação conjugal, São Paulo, 2008.

Situação conjugal	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Solteiro	2137	39,05%	1816	33,18%	3953	72,23%
Casado	417	7,62%	713	13,03%	1130	20,65%
Divorciado	48	0,88%	134	2,45%	182	3,33%
Viúvo	17	0,31%	143	2,61%	160	2,92%
União estável	18	0,33%	27	0,49%	45	0,82%
Ignorado	0	0%	3	0,05%	3	0,05%
Total	2637	48,18%	2836	51,82%	5473	100%

No item escolaridade, não houve preenchimento de quase 100% dos participantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e escolaridade, São Paulo, 2008

Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Superior completo	2	0,04%	0	0%	2	0,04%
Superior incompleto	1	0,02%	0	0%	1	0,02%
Ignorado	2634	48,12%	2836	51,82%	5470	99,95%
Total	2637	48,18%	2836	51,82%	5473	100%

6.2.2 Perfil sociodemográfico dos participantes de 2009 a 2012

Os dados do período de 2009 a 2012 apresentados a seguir foram agrupados nas mesmas tabelas e/ou análises por terem em comum o método de extração dos dados, os quais são baseados exclusivamente no formulário Anamnese I (Anexo 3), (Tabela 6).

A Campanha de Prevenção em Câncer adotou três formulários para obter as informações dos participantes no período de 2008 a 2012. Inicialmente o formulário aplicado em 2008 era denominado Exame Regional AMB (Anexo 2) – seguido do departamento de especialidade, por exemplo, Ginecologia e Urologia. Nos anos de 2009 a 2012, o formulário Anamnese I (Anexo 3) manteve-se pelo período de quatro anos. No segundo semestre de 2012, foi criado o formulário Campanha – Anotação Enfermagem prevenção em câncer e o Relatório Médico (Anexos 4 e 5).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e diagnóstico, São Paulo, 2009 a 2012.

]	sem câncer	%	com câncer	%	Total	%
	2009		2009		(n)	
Masculino	26	30	5	6	31	36,5
Feminino	43	51	11	13	54	63,5
Total	69	81%	16	19%	85	100%
Sexo	sem câncer	%	com câncer	%	Total	%
	2010		2010		(n)	
Masculino	17	30	4	7	21	37
Feminino	24	43	11	20	35	63
Total	41	73%	15	27%	56	100%
Sexo	sem câncer	%	com câncer	%	Total	%
	2011		2011		(n)	
Masculino	19	27	11	15	30	42
Feminino	31	44	10	14	41	58
Total	50	71%	21	29%	71	100%
Sexo	sem câncer	%	com câncer	%	Total	%
	2012		2012		(n)	
Masculino	7	26	2	7	9	33
Feminino	16	59	2	7	18	67
Total	23	86%	4	14%	27	100%

A faixa etária dos participantes da Campanha variou de 16 a 87 anos, os mais jovens foram atendidos no ano de 2011. (Tabela 7)

Tabela 7 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com a idade e sexo, São Paulo, 2009 a 2012.

Participantes 2009					
Sexo	Mínimo de Idade (em anos) deletar	Média de Idade (em anos)	Máxima de Idade (em anos) deletar	Mediana de Idade (em anos)	Desvio padrão de Idade (em anos)
Masculino	24	48,54	79	44,5	15,87
Feminino	18	49,11	81	50	14,46
Total	18	48,11	81	28	14,90
Participantes 2010					
Masculino	24	52,8	75	57	13,85
Feminino	32	51,54	77	51	12,34
Total	24	52,01	77	35	12,81
Participantes 2011					
Masculino	31	57,23	87	59	13,63
Feminino	16	47,82	77	48,5	15,56
Total	16	51,80	87	31	15,40
Participantes 2012					
Masculino	50	60,55	73	59	7,29
Feminino	16	49,16	77	53,5	15,87
Total	16	52,96	77	54	14,53

Quanto a classificação da raça, 61% dos participantes de 2009 possuem informações, enquanto para 38% dos participantes esse campo foi ignorado. Nos anos de 2010 e 2011, 70% dos campos foram ignorados em relação a raça. Por fim, no ano de 2012, em 89% dos registros estão ignorados no campo raça (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e raça, São Paulo, 2009 a 2012.

Participantes 2009					
Sexo	Branco	Pardo	Negro	Amarelo	Ignorado
Masculino	10	2	1	1	17
% (n=31)	12%	2%	1%	1%	20%
Feminino	31	5	2	1	15
% (n=54)	36%	6%	2%	1%	18%
Total (n=85)	41(48%)	7(8%)	3(3%)	2(2%)	32(38%)
Participantes 2010					
Masculino	6	-	-	-	15
% (n=21)	11%				27%
Feminino	7	1	2	1	24
% (n=35)	12%	2%	4%	2%	43%
Total (n=56)	13(23%)	1(2%)	2(4%)	1(2%)	39(70%)
Participantes 2011					
Masculino	3	1	-	-	26
% (n=30)	4%	1%			37%
Feminino	14	1	-	-	26
% (n=41)	20%	1%			37%
Total (n=71)	17(24%)	2(3%)	-	-	52(73%)
Participantes 2012					
Masculino	-	-	-	-	9
% (n=9)	-	-	-	-	33%
Feminino	3	-	-	-	15
% (n=18)	11%				56%
Total (n=27)	3(11%)	-	-	-	24(89%)

Os participantes da campanha de 2009 eram na maioria casados, 22% homens e 22% mulheres. Em 2010, os participantes homens solteiros e casados representou 14% enquanto os mulheres solteiras foram 29%. Em 2011, a maioria dos participantes eram solteiros, sendo 27% homens e 34% mulheres. Por fim, em 2012, a maioria dos participantes eram solteiros, sendo 8% homens e 11% mulheres (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com sexo e situação conjugal, São Paulo, 2009 a 2012.

Participantes 2009						
Situação conjugal	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Solteiro	10	12%	19	22%	29	34%
Casado	19	22%	19	22%	38	45%
Divorciado	1	1%	12	14%	13	15%
Viúvo	1	1%	3	3,5%	4	5%
Ignorado	-	0%	1	1%	1	1%
Total	31	36%	54	62,5%	85	100%

Participantes 2010						
Situação conjugal	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Solteiro	8	14%	16	29%	24	43%
Casado	8	14%	11	20%	19	34%
Divorciado	4	7%	3	5%	7	12%
Viúvo	-	-	4	7%	4	7%
União estável	-	-	1	2%	1	2%
Ignorado	1	2%	-	-	1	2%
Total	21	37%	34	63%	56	100%

Participantes 2011						
Situação conjugal	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Solteiro	19	27%	24	34%	43	61%
Casado	8	11%	13	18%	21	30%
Divorciado	1	1%	1	1%	2	3%
Viúvo	1	1%	2	3%	3	4%
União estável	-	-	1	1%	1	1%
Ignorado	1	1%	-	-	1	1%
Total	30	41%	41	57%	71	100%

Participantes 2012						
Situação conjugal	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Solteiro	8	30%	11	41%	19	71%
Casado	1	4%	5	19%	6	22%
Divorciado	-	-	1	4%	1	4%
Viúvo	-	-	1	4%	1	4%
Total	9	34%	18	66%	27	100%

No item escolaridade, o não preenchimento deste campo variou entre 89 e 100% dos participantes atendidos de 2009 a 2012 (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center de acordo com o sexo e escolaridade, São Paulo, 2009 a 2012.

Participantes 2009						
Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Superior completo	1	1%	3	3,5%	4	5%
Ignorado	30	35%	51	60%	81	95%
Total	31	36%	54	63,5%	85	100%
Participantes 2010						
Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Ensino fundamental completo	-	-	1	2%	1	2%
Ensino médio completo	1	2%	1	2%	2	4%
Superior completo	2	4%	-	-	2	4%
Superior incompleto	1	2%	-	-	1	2%
Ignorado	17	30%	33	59%	50	89%
Total	21	38%	35	62%	56	100%
Participantes 2011						
Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Superior completo	1	1%	2	3%	3	4%
Ignorado	29	41%	39	55%	68	96%
Total	30	42%	41	58%	71	100%
Participantes 2012						
Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Ignorado	9	33%	18	67%	27	100%
Total	9	33%	18	67%	27	100%

6.3 FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA CAMPANHA

A análise da frequência de participantes na campanha é um indicador importante para avaliar a aderência da população no programa de prevenção.

6.3.1 Frequência de participação na campanha de 2008

A análise da frequência dos participantes no período de 2008 a 2012 foi mensurada por cada visita na CPC nos anos determinados do estudo. Para cada ano que o participante realizou uma nova consulta, foi contabilizado uma nova frequência. Não consideramos os exames e retornos em consultas após três meses da data de entrada na CPC como nova participação, pois esse intervalo corresponde a realização dos exames ou outras avaliações de especialistas que foram propostos na consulta inicial.

Dessa forma, os critérios para eleger uma nova participação do candidato e assim contabilizar sua frequência, consideraram a realização de um novo exame médico ao encontrar uma nova Ficha da CPC (Anexos 2 a 5) e exames laboratoriais ou de imagem solicitados após uma nova Ficha da CPC.

A frequência de participação na CPC no ano de 2008, demonstra que 17,69% dos cadastrados foram atendidos uma vez no período de 2008 a 2012. No entanto, dos 5.473 participantes cadastrados apenas 1.775 (32,44%) vieram para realizar exames de rastreamento no período de cinco anos. Em contrapartida, 3.698 (67,6%) foram cadastrados na CPC e não se

apresentaram para o rastreamento. Os dados apresentados demonstraram a baixa adesão ao programa (Tabela 11).

Tabela 11 - Número de participantes que retornaram na CPC para concluir os exames de rastreamento ou compareceram para seguimento no período de 2008-2012, considerou-se os participantes cadastrados em 2008.

Frequência	Masculino	Feminino	Total
Uma vez no período de 5 anos			
Nº de participantes	337	631	968
%	6,16%	11,53%	17,69%
Duas vezes no período de 5 anos			
Nº de participantes	112	239	351
%	2,05%	4,37%	6,41%
Três vezes no período de 5 anos			
Nº de participantes	65	174	239
%	1,19%	3,18%	4,37%
Quatro vezes no período de 5 anos			
Nº de participantes	22	108	130
%	0,40%	1,97%	2,38%
Cinco vezes no período de 5 anos			
Nº de participantes	6	81	87
%	0,11%	1,48%	1,59%
Cadastro sem resultados de exames preventivos			
Nº de participantes	2095	1603	3698
%	38,28%	29,29%	67,57%
Total de participantes	2637	2836	5473
%	48,18%	51,82%	100%

6.3.2 Frequência de Participação na Campanha de 2009 a 2012

A frequência de participação na CPC no ano de 2009 demonstra que 34% dos cadastrados foram atendidos uma vez e 33% dos cadastrados retornaram em todos os anos no período de 2009 a 2012. Os participantes com menor percentual de frequência retornaram três vezes no período de quatro anos, o que corresponde a 11%. Os dados apresentados indicam a baixa adesão ao programa no primeiro ano de recrutamento dos candidatos. Conclui-se a baixa adesão ao notar que 66% dos participantes não foram submetidos aos exames de rastreamento (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2009 de acordo com a frequência de participação no período de 2009-2012 e sexo.

Frequência	Masculino	Feminino	Total
Uma vez no período de 4 anos			
Nº de participantes	13	16	29
%	15%	19%	34%
Dois vezes no período de 4 anos			
Nº de participantes	5	14	19
%	6%	16%	22%
Três vezes no período de 4 anos			
Nº de participantes	5	4	9
%	6%	5%	11%
Quatro vezes no período de 4 anos			
Nº de participantes	8	20	28
%	9%	24%	33%
Total de participantes	31	54	85
%	36%	64%	100%

A frequência de participação na CPC no ano de 2010 demonstra que 52% dos cadastrados foram atendidos três vezes no período de 2010 a 2012. Dessa forma, pode-se afirmar que metade dos inscritos retornaram para campanha (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2010 de acordo com a frequência de participação no período de 2010-2012 e sexo.

Frequência	Masculino	Feminino	Total
Uma vez no período de 3 anos			
Nº de participantes	5	7	12
%	9%	12%	21%
Dois vezes no período de 3 anos			
Nº de participantes	4	11	15
%	7%	20%	27%
Três vezes no período de 3 anos			
Nº de participantes	12	17	29
%	21%	30%	52%
Total de participantes	21	35	56
%	37%	63%	100%

A frequência de participação na CPC no ano de 2011, demonstra que 84% dos cadastrados foram atendidos duas vezes no período de 2011 a 2012 (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2011 de acordo com a frequência no período de 2011 a 2012 e sexo.

Frequência	Masculino	Feminino	Total
Uma vez no período de 2 anos			
Nº de participantes	7	4	11
%	10%	6%	16%
Duas vezes no período de 2 anos			
Nº de participantes	23	37	60
%	32%	52%	84%
Total de participantes	30	41	71
%	42%	58%	100%

A frequência de participação na CPC no ano de 2012, demonstra que 100% dos cadastrados foram atendidos no ano de 2012. Não temos informações de participantes cadastrados que deixaram de realizar os exames de rastreamento (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos participantes inscritos na CPC em 2012 e a frequência no mesmo ano de acordo com o sexo.

Frequência	Masculino	Feminino	Total
Uma vez no ano de 2012			
Nº de participantes	9	18	27
%	33%	67%	100%
Total de participantes	9	18	27
%	33%	67%	100%

6.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

6.4.1 Antecedente familiar

Identificar o antecedente familiar de neoplasias malignas dos participantes diagnosticados na Campanha de Prevenção de Câncer. O conhecimento do antecedente familiar é importante para estudos futuros na área da oncologia genética.

O antecedente familiar de saúde pode identificar um familiar próximo com doença crônica e, com isto, representar um risco maior de o paciente desenvolver tal doença. Os graus de parentesco são classificados da seguinte forma:

- Primeiro Grau: pais, irmãos, irmãs e filhos.
- Segundo Grau: tias, tios, sobrinhos, sobrinhas, avós e netos.
- Terceiro Grau: primos de primeiro grau (Centers for Disease Control and Prevention-CDCCP 2015).

A construção do histórico de antecedente familiar para neoplasias dos participantes inscritos em 2008, foi realizada mediante a coleta manual dos dados. Esse método foi incorporado pela ausência de ferramentas informatizadas capazes de auxiliar a obtenção do dado. Na vigência da CPC de 2008, o formulário empregado era composto por campos dissertativos, dessa forma o profissional aplicador do formulário poderia incluir as informações de maneira aleatória e/ou omitir esse dado e outras informações relevantes.

Em relação ao histórico de antecedente de neoplasia familiar, aproximadamente 5% dos participantes de 2008 tinham história de câncer familiar (Tabela 16).

Tabela 16 – História familiar para neoplasias dos participantes inscritos na CPC de 2008

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Sem história de câncer	1185	21,65	2330	42,57	3515	64,22
Acometidos com câncer	80	1,46	189	3,45	269	4,91
Ignorado	1372	25,07	317	5,80	1689	30,87
Total	2637	48,18	2519	51,82	5473	100%

A seguir estão descritos os antecedentes familiares dos participantes da CPC de 2008 conforme grau familiar: primeiro grau, segundo grau e terceiro grau respectivamente.

6.4.2 Antecedentes Familiares de Primeiro Grau

Em relação ao histórico de antecedente de câncer de pais dos participantes da CPC, 1,1% tiveram pais diagnosticados com neoplasias, enquanto, enquanto 91% dos campos referentes a essa informação foram ignorados (Tabela 17).

Tabela 17 - História familiar de câncer do pai dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Pai sem história de câncer	135	2,47	282	5,15	417	7,62
Pai acometido com câncer	27	0,49	36	0,66	63	1,15
Cavidade oral	1	0,02	0	0	1	0,02
Cólon e reto	0	0	1	0,02	1	0,02
Esôfago	0	0	1	0,02	1	0,02
Estômago	1	0,02	4	0,07	5	0,09
Fígado	3	0,05	1	0,02	4	0,07
Leucemia	0	0	1	0,02	1	0,02
Ósseo	0	0	2	0,04	2	0,04
Pele	0	0	1	0,02	1	0,02
Próstata	14	0,26	4	0,07	18	0,33
Pulmão e bexiga	1	0,02	0	0	1	0,02
Sistema Nervoso Central	0	0	3	0,05	3	0,05
Sítio Ignorado	6	0,11	14	0,26	20	0,37
Pulmão	1	0,02	4	0,07	5	0,09
Ignorado	2475	45,22	2518	46,01	4993	91,23
Total	2637	48,18	2836	51,82	5473	100%

Em relação ao histórico de antecedente de câncer das mães dos participantes da CPC, 1% tiveram mães diagnosticadas com neoplasias, enquanto, 91% dos campos referentes a essa informação também foram ignorados (Tabela 18).

Tabela 18 - História familiar de câncer da mãe dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Mãe sem história de câncer	143	2,61	279	5,10	422	7,71
Mãe acometida com câncer	15	0,27	43	0,79	58	1,06
Bexiga	1	0,02	1	0,02	2	0,04
Colo do útero	4	0,07	0	0	4	0,07
Cólon e reto	1	0,02	7	0,13	8	0,01
Esôfago	0	0	1	0,02	1	0,02
Estômago	0	0	2	0,04	2	0,04
Mama	0	0	5	0,09	5	0,09
Pâncreas	0	0	3	0,05	3	0,05
Pele	1	0,02	4	0,07	5	0,09
Sítio Ignorado	7	0,13	20	0,37	27	0,49
Vesícula Biliar	1	0,02	0	0	1	0,02
Ignorado	2476	45,24	2517	45,99	4993	91,23
Total	2634	48,13	2836	51,87	5473	100%

Em relação ao histórico familiar de câncer de irmãos ou irmãs dos participantes da CPC, 0,9% tiveram irmãos ou irmãs diagnosticadas com neoplasias, enquanto 91% dos campos referentes a essa informação foram ignorados (Tabela 19).

Tabela 19 - História familiar de câncer de irmãos e irmãs dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino		Feminino		Total	%
	(n)	%	(n)	%		
Irmão/irmã sem história de câncer	145	2,61	269	4,92	414	7,75
Irmão/irmã acometido com câncer	10	0,27	40	0,73	50	0,91
Mama	3	0,02	4	0,07	7	0,13
Pulmão	1	0,07	0	0	4	0,07
Cólon e reto	0	0,02	3	0,05	3	0,05
Colo do útero	0	0	2	0,04	2	0,02
Fígado	1	0	0	0	1	0,02
Esôfago	1	0	4	0,07	5	0,09
Bexiga	0	0	1	0,02	1	0,02
Vesícula biliar	0	0,02	1	0,02	1	0,02
Sítio Ignorado	4	0,13	24	0,44	28	0,51
Pele e pulmão	0	0,02	1	0,02	1	0,02
Ignorado	2479	45,24	2520	46,04	4999	91,34
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

Em relação ao histórico familiar de câncer de filhos ou filhas dos participantes da CPC, 0,01% tiveram filhos ou filhas diagnosticadas com neoplasias, e manteve-se em torno de 91% dos campos ignorados referente a essa informação (Tabela 20).

Tabela 20 - História familiar de câncer de filhos e filhas dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Filhos/Filhas sem história de câncer	158	2,89	313	5,72	471	8,61
Filho/Filha acometido com câncer	0	0	1	0,02	1	0,02
Sistema Nervoso Central	0	0	1	0,02	1	0,02
Ignorado	2476	45,24	2525	46,14	5001	91,39
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

6.4.3 Antecedentes Familiares de Segundo Grau

Em relação ao histórico familiar de câncer de tios e tias dos participantes da CPC, em torno de 0,6% tiveram tios ou tias diagnosticados com neoplasias, 8% dos participantes não possuem história de câncer, porém manteve-se em torno de 91% dos campos ignorados referentes a essa informação (Tabela 21).

Tabela 21 - História familiar de câncer de tios e tias dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Tio/Tia sem história de câncer	149	2,72	291	5,32	440	8,04
Tio/Tia acometido com câncer	9	0,16	25	0,46	34	0,62
Cavidade oral	1	0,02	2	0,04	3	0,05
Mama	0	0	3	0,05	3	0,05
Cólon e reto	0	0	1	0,02	1	0,02
Próstata	0	0	2	0,04	2	0,04
Colo do útero	0	0	2	0,04	2	0,04
Fígado	0	0	1	0,02	1	0,02
Linfoma	0	0	1	0,02	1	0,02
Sítio ignorado	8	0,15	12	0,22	20	0,37
Mama e colo do útero	0	0	1	0,02	1	0,02
Ignorado	2476	45,24	2523	46,10	4999	91,34
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

Em relação ao histórico familiar de câncer no avô dos participantes da CPC, 0,03% tiveram diagnosticadas com neoplasias, e manteve-se em torno de 91% dos campos ignorados referentes a essa informação (Tabela 22).

Tabela 22 - História familiar de câncer de avô dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino		Feminino			
	(n)	%	(n)	%		
Avô sem história de câncer	149	2,72	302	5,52	451	8,24
Avô acometido com câncer	9	0,16	11	0,20	20	0,37
Cólon e reto	0	0	1	0,02	1	0,02
Próstata	0	0	2	0,04	2	0,04
Estômago	4	0,07	3	0,05	7	0,13
Sítio ignorado	5	0,09	5	0,09	10	0,18
Ignorado	2476	45,24	2526	46,15	5002	91,39
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

Em relação ao histórico familiar de câncer de avó dos participantes da CPC, 0,4% tiveram avós diagnosticadas com neoplasias, e manteve-se em torno de 91% dos campos ignorados referentes a essa informação (Tabela 23).

Tabela 23 - História familiar de câncer de avó dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino		Feminino		Total	%
	(n)	%	(n)	%		
Avó sem história de câncer	151	2,76	297	5,43	448	8,19
Avó acometido com câncer	7	0,13	16	0,29	23	0,42
Pele	0	0	1	0,02	1	0,02
Cavidade oral	0	0	1	0,02	1	0,02
Mama	0	0	1	0,02	1	0,02
Cólon e reto	1	0,02	0	0	1	0,02
Próstata	0	0	1	0,02	1	0,02
Leucemia	1	0,02	0	0	1	0,02
Sistema Nervoso Central	0	0	1	0,02	1	0,02
Sítio ignorado	5	0,09	11	0,20	16	0,29
Ignorado	2476	45,24	2526	46,15	5002	91,39
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

6.4.4 Antecedentes Familiares de Terceiro Grau

Em relação ao histórico familiar de câncer de primos e primas dos participantes da CPC, em torno de 0,4% tiveram primos ou primas diagnosticadas com neoplasias, e manteve-se 91% dos campos ignorados referentes a essa informação (Tabela 24).

Tabela 24 - História de antecedente de câncer de primos e primas dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, de acordo com os sítios de acometimento, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Primo/Prima sem história de Câncer	155	2,83	297	5,43	452	8,26
Primo/Prima acometido com câncer	3	0,05	17	0,31	20	0,37
Cavidade oral	0	0	1	0,02	3	0,02
Mama	0	0	3	0,07	3	0,07
Próstata	0	0	4	0,02	4	0,02
Sítio Ignorado	3	0,05	11	0,20	14	0,26
Ignorado	2476	45,24	2525	46,14	5001	91,38
Total	2634	48,13	2839	51,87	5473	100%

6.5 ANTECEDENTES FAMILIARES 2009 a 2012

A análise do histórico familiar de neoplasia familiar do período de 2009 a 2012 foi realizada para cada participante da CPC e a obtenção desse dado foi realizada manualmente após a leitura da ficha de anamnese do participante. Em 2009, 2010 e 2011, respectivamente, 86%, 48%, 60% dos participantes não tinham antecedente de câncer, enquanto, no ano de 2012, 52% dos participantes tiveram antecedente de câncer na família (Tabela 25).

Tabela 25 - História de antecedente de câncer dos participantes da Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2009 a 2012.

Participantes 2009						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	26	30,5%	47	55%	73	86%
Acometido com câncer	2	2%	4	5%	6	7%
Ignorado	3	3,5%	3	3,5%	6	7%
Total	31	36%	54	64%	85	100%
Participantes 2010						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	14	25%	13	23%	27	48%
Acometido com câncer	1	2%	17	30%	18	32%
Ignorado	6	11%	5	9%	11	20%
Total	21	38%	35	62%	56	100%
Participantes 2011						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	10	1%	33	46%	43	60%
Acometido com câncer	17	24%	5	7%	22	31%
Ignorado	3	4%	3	4%	6	9%
Total	30	29%	41	57%	71	100%
Participantes 2012						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	3	11%	8	30%	11	41%
Acometido com câncer	5	19%	9	33%	14	52%
Ignorado	1	4%	1	4%	2	7%
Total	9	34%	18	67%	27	100%

6.5.1 Antecedentes Familiares dos Participantes Diagnosticados com Câncer na CPC de 2008

A análise dos casos diagnosticados com câncer na CPC de 2008 com relação ao antecedente de câncer familiar mostrou que 22% dos participantes com câncer tinham antecedente de câncer na família (Tabela 26).

Tabela 26 - Histórico familiar de câncer familiar dos participantes diagnosticados com câncer pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2008.

Antecedente familiar de câncer	Masculino (n)	%	Feminino (n)	%	Total	%
Sem história de câncer	4	44,44	0	0	4	44,44
Acometidos com câncer	0	0	2	22,22	2	22,22
Ignorado	0	0	3	33,33	3	33,33
Total	4	44,44	5	55,56	9	100%

Identificamos duas participantes do sexo feminino com antecedente de câncer, sendo uma participante com história familiar de primeiro grau de câncer de próstata relacionado ao pai, enquanto a segunda participante possui histórico de câncer familiar de terceiro grau de mama relacionado a prima.

6.5.2 Antecedentes Familiares dos Participantes Diagnosticados com Câncer na CPC de 2009 a 2012

A análise dos casos diagnosticados com câncer na CPC de 2009 a 2012 com relação ao antecedente de câncer familiar mostrou que em 2009, 2010, 2011 e 2012, respectivamente, 75%, 47%, 48% e 75% dos

participantes com câncer tinham antecedente de câncer na família (Tabela 27).

Tabela 27 - Histórico familiar de câncer familiar dos participantes diagnosticados com câncer pela Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, 2009 a 2012.

Participantes 2009						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	2	13%	2	13%	4	25%
Acometido com câncer	3	31%	9	56%	12	75%
Total	5	44%	11	70%	16	100%
Participantes 2010						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	1	7%	4	27%	5	33%
Acometido com câncer	2	13%	5	33%	7	47%
Ignorado	1	7%	2	13%	3	20%
Total	4	27%	11	73%	15	100%
Participantes 2011						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	4	19%	6	29%	10	48%
Acometido com câncer	7	33%	3	14%	10	48%
Ignorado	-	-	1	4%	1	4%
Total	11	52%	10	48%	21	100%
Participantes 2012						
Antecedente familiar de câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sem história de câncer	1	25%	-	-	1	25%
Acometido com câncer	1	25%	2	50%	3	75%
Total	2	50%	2	50%	4	100%

6.6 ANTECEDENTES PESSOAIS DOS PARTICIPANTES DA CPC DE 2008

Este estudo tem a proposta de descrever os fatores de risco e estilo de vida dos participantes da Campanha de Prevenção em Câncer, tais como o uso de álcool, tabaco, antecedente de câncer e investigar comorbidades como doenças cardíacas, hipertensão, diabetes e índice de massa corpórea.

Dos nove participantes que tiveram confirmação de câncer durante a CPC atendidos no ano de 2008 não foram encontrados registros do uso de álcool, tabaco, antecedentes de câncer e suas comorbidades, exceto para um caso em que há informações sobre o índice de massa corpórea (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição dos participantes na Campanha de Prevenção de Câncer, segundo antecedente de uso de álcool. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.

Antecedente de álcool	Masculino	Feminino	Total
Nunca ingeriu álcool			
n	127	317	444
%	2,32%	5,79%	8,11%
Ex-etilista			
n	14	2	16
%	0,26%	0,04%	0,29%
Etilismo			
n	26	25	51
%	0,48%	0,46%	0,93%
Ignorado			
n	2467	2495	4962
%	45,08%	45,59%	90,66%
Total n	2634	2839	5473
Total %	48,13%	51,87%	100%

Tabela 29 - Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer, segundo antecedente de uso de tabaco. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.

Antecedente de tabaco	Masculino	Feminino	Total
Nunca fumou			
n	133	273	406
%	2,43%	4,99%	7,42%
Ex-fumante			
n	9	19	28
%	0,16%	0,35%	0,51%
Fumante			
n	26	52	78
%	0,48%	0,95%	1,43%
Ignorado			
n	2466	2495	4961
%	45,06%	45,59%	90,64%
Total n	2634	2839	5473
Total %	48,13%	51,87%	100%

Figura 30 - Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer, segundo antecedente pessoal de câncer antecedentes pessoais relacionados as comorbidades do A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.

Antecedente pessoal de câncer	Masculino	Feminino	Total
Sim			
n	6	8	14
%	0,11%	0,15%	0,26%
Não			
n	158	340	498
%	2,89%	6,21%	9,10%
Ignorado			
n	2470	2491	4961
%	45,13%	45,51%	90,64%
Total n	2634	2839	5473
Total %	48,13%	51,87%	100%

Quando avaliado o Índice de Massa Corpórea (IMC) para investigar o grau de obesidade dos participantes, encontramos as mesmas dificuldades relacionadas a falta de preenchimento dos formulários da Campanha de Prevenção em Câncer.

Utilizamos a classificação do IMC de acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) de 2009 (Quadro 3). Foi realizado a classificação do IMC de todos os participantes da CPC como exposto na Tabela 31.

Dos nove participantes que tiveram confirmação de câncer durante a CPC atendidos no ano de 2008, apenas em um caso foram coletadas informações sobre o índice de massa corpórea, trata-se de uma participante do sexo feminina, 48 anos, casada, branca, peso 123 Kg, altura 1,57 cm, IMC 49,9 Kg/m². Sendo assim, essa participante é considerada como obesidade grau III conforme quadro OMS de 1998. A ausência de dados não permite descrever o perfil da população participante do programa.

Quadro 3 - Classificação do índice de massa corpórea

Classificação IMC - ABESO 2009	
Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	<18,5kg/m ²
Peso normal	18,5 a 24,9kg/m ²
Sobrepeso	≥25 kg/m ²
Pré-obeso	25,0 a 29,9kg/m ²
Obeso I	30,0 a 34,9kg/m ²
Obeso II	35,0 a 39,9kg/m ²
Obeso III	≥40,0kg/m ²

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2009

Tabela 31 - Distribuição dos participantes não diagnosticados com câncer na Campanha de Prevenção de Câncer de acordo com a Classificação do Índice de Massa Corpórea. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2008.

Classificação IMC, 2009	Masculino	Feminino	Total
Baixo peso (<18,5 kg/m²)			
n	0	7	7
%	0%	0,13%	0,13%
Peso Normal (18,5-24,9 kg/m²)			
n	52	119	171
%	0,95%	2,17%	3,12%
Sobrepeso/Pré-obeso (≥ 25-29,9 kg/m²)			
n	86	121	207
%	1,57%	2,21%	3,78%
Obeso I (30,0-34,9 kg/m²)			
n	22	32	54
%	0,40%	0,58%	0,99%
Obeso II (35,0-39,9 kg/m²)			
n	2	28	30
%	0,04%	0,51%	0,55%
Obeso III (≥ 40,0 kg/m²)			
n	1	3	4
%	0,02%	0,05%	0,07%
Ignorado			
n	2471	2529	5000
%	45,15%	46,21%	91,36%
Total n	2634	2839	5473
Total %	48,13%	51,87%	100%

6.7 ANTECEDENTES PESSOAIS DOS PARTICIPANTES DA CPC DE 2009 A 2012

O formulário Anamnese I (Anexo 5) não possui os campos para preenchimento da história de antecedente pessoal de câncer e não apresenta informações sobre as medidas de peso e altura para classificação do índice de massa corpórea. Os campos sobre tabagismo e etilismo constam nesse formulário e na maioria dos participantes essa informação foi ignorada.

6.8 CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS NA CPC

O número de casos de câncer encontrados no período de 2008 a 2012 foi de 64 casos (0,11%) do total de 57.428 participantes. A seguir será descrito o perfil epidemiológico dos participantes diagnosticados com câncer para cada ano da Campanha de Prevenção de Câncer.

6.8.1 Casos de Câncer Diagnosticados em 2008

No ano de 2008, do total de 5.473 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, foram diagnosticados nove participantes com câncer (0,16%), sendo quatro homens e cinco mulheres. Dos casos diagnosticados entre os homens, o mínimo de idade foi 39 anos, a média de idade foi de 56 anos, o máximo de idade 68 anos, a mediana 58,5 anos e o desvio padrão de 12,73 anos. Entre

as mulheres diagnosticadas, o mínimo de idade foi 26 anos, a média de idade foi 47,8 anos, o máximo de idade 68 anos, a mediana de 48 anos e o desvio padrão de 14,9 anos.

Quanto a topografia dos nove casos diagnosticados em 2008, um homem foi diagnosticado com neoplasia de bexiga e os outros três casos foram diagnosticados com neoplasia de próstata. Em relação as mulheres, uma foi diagnosticada com neoplasia de útero e as outras quatro mulheres foram diagnosticadas com neoplasia de mama.

6.8.2 Casos de Câncer Diagnosticados de 2009 a 2012

No período de 2009 a 2012 foram diagnosticados 56 casos de câncer (0,09%), esse dado representa o relatório gerado pelo departamento de informática referente aos 57.428 participantes entre 2009 a 2012 (Tabela 32).

No ano de 2009 foram diagnosticados dezesseis casos com câncer (0,23%) de 6.893 participantes. No ano de 2010 foram diagnosticados quinze casos com câncer (0,29%) de 5.082 participantes. No ano de 2011 foram diagnosticados 21 casos com câncer (0,17%) de 12.179 participantes. E no ano de 2012 foram diagnosticados quatro casos de câncer (0,01%) de 33.274 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center dos respectivos anos.

Tabela 32 - Distribuição dos participantes diagnosticados com câncer segundo sexo. Campanha de Prevenção de Câncer segundo sexo. A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, 2009 a 2012.

Participantes com câncer	Masculino	%	Feminino	%	Total
2009	5	9%	11	20%	16
2010	4	7%	11	20%	15
2011	11	20%	10	18%	21
2012	2	4%	2	4%	4
Total	22	40%	34	60%	56

- **CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM 2009**

No ano de 2009, do total de 6.893 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer (CPC) do A.C. Camargo Cancer Center, foram diagnosticados dezesseis participantes com câncer (0,23%), sendo cinco homens e onze mulheres. Dos casos diagnosticados entre os homens, o mínimo de idade foi de 44 anos, a média de idade foi de 61,8 anos, o máximo de idade 74 anos, a mediana 68 anos e o desvio padrão de 13,86 anos. Entre as mulheres diagnosticadas, o mínimo de idade foi 27 anos, a média de idade foi 47,72 anos, o máximo de idade 69 anos, a mediana de 47 anos e o desvio padrão de 13,49 anos.

Quanto a topografia dos 6.893 participantes atendidos na CPC, dezesseis casos foram diagnosticados com câncer (0,23%) em 2009, dos cinco homens, houve um caso de neoplasia de próstata, dois casos de neoplasia de cavidade oral, um caso de neoplasia de esôfago e um caso de neoplasia de estômago. Em relação aos onze casos de mulheres, uma foi

diagnosticada com neoplasia de mama, sete casos de neoplasia da glândula tireoide, um caso de neoplasia de cavidade oral e dois casos de neoplasia da glândula parótida.

- **CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM 2010**

No ano de 2010, do total de 5.082 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, foram diagnosticados quinze participantes com câncer (0,29%), sendo quatro homens e onze mulheres. Dos casos diagnosticados entre os homens, o mínimo de idade foi 57 anos, a média de idade foi de 63 anos, o máximo de idade 69 anos, a mediana 62 anos e o desvio padrão de 4,96 anos. Entre as mulheres diagnosticadas, o mínimo de idade foi 33 anos, a média de idade foi 50,36 anos, máximo de idade 75 anos, a mediana de 45 anos e o desvio padrão de 14,23 anos.

Quanto a topografia dos quinze casos diagnosticados em 2010, dos quatro homens, um caso de neoplasia de amígdala, dois casos de neoplasia de cólon e um caso de neoplasia de próstata. Em relação aos onze casos de mulheres, três casos foram diagnosticados com neoplasia de mama, seis casos de neoplasia da glândula tireoide, um caso de neoplasia de colo do útero e um caso de neoplasia de pâncreas.

- **CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM 2011**

No ano de 2011, do total de 12.179 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, foram

diagnosticados 21 participantes com câncer (0,17%), sendo onze homens e dez mulheres. Dos casos diagnosticados entre os homens, o mínimo de idade foi de 37 anos, a média de idade foi de 58,81 anos, o máximo de idade 87 anos, a mediana 59 anos e o desvio padrão de 14,44 anos. Entre as mulheres diagnosticadas, o mínimo de idade foi 25 anos, a média de idade foi 46 anos, o máximo de idade 75 anos, a mediana de 46 anos e o desvio padrão de 17,86 anos.

Quanto a topografia dos vinte e um casos diagnosticados em 2011, destes onze foram em homens, sendo, seis casos de neoplasia da cavidade oral, um caso de neoplasia de cólon, um caso de neoplasia de próstata, um caso de neoplasia da glândula tireoide, um caso de neoplasia de estômago e um caso de neoplasia de bexiga. Em relação as dez mulheres diagnosticadas, sete casos foram diagnosticados com neoplasia da glândula tireoide, um caso de neoplasia de rim e um caso de Linfoma Não Hodgkin.

- **CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM 2012**

No ano de 2012, do total de 33.274 participantes atendidos na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, foram diagnosticados quatro participantes com câncer (0,01%), sendo dois homens e duas mulheres. Dos casos diagnosticados entre os homens, o mínimo de idade foi 71 anos, a média de idade foi de 72 anos, o máximo de idade 73 anos, a mediana 71 anos e o desvio padrão de 1,41 anos. Entre as mulheres diagnosticadas, o mínimo de idade foi 25 anos, a média de idade foi 39,5

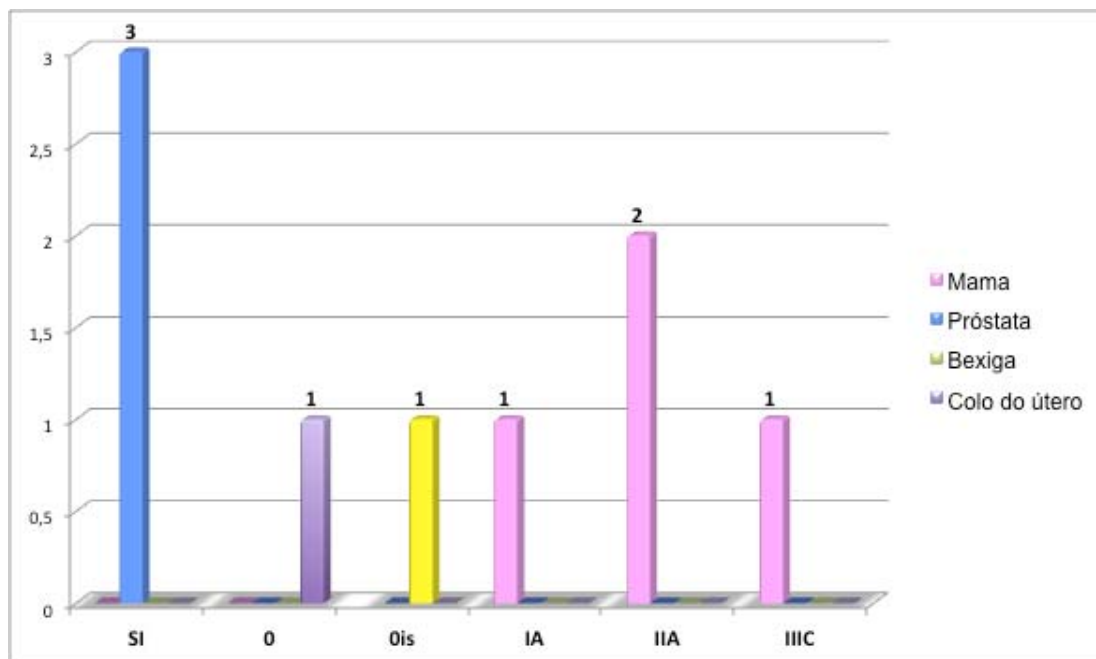
anos, o máximo de idade 54 anos, a mediana de 54 anos e o desvio padrão de 20,50 anos.

Quanto a topografia dos quatro casos diagnosticados em 2012, destes dois foram em homens, sendo um caso de neoplasia de cavidade nasal e o outro caso de neoplasia de cavidade oral. Em relação as duas mulheres diagnosticadas, um caso foi de Linfoma Hodgkin e o outro de neoplasia da glândula tireoide.

6.9 ESTADIAMENTO DOS TUMORES MALIGNOS DIAGNOSTICADOS NA CPC

Conhecer o estadiamento das neoplasias diagnosticadas de uma Campanha de Prevenção de Câncer demonstra a eficácia do programa de rastreamento. Por essa razão, este estudo verifica a atuação do programa no período de cinco anos, com o objetivo de apresentar os benefícios dessa ação principalmente na detecção da doença em estadio precoce.

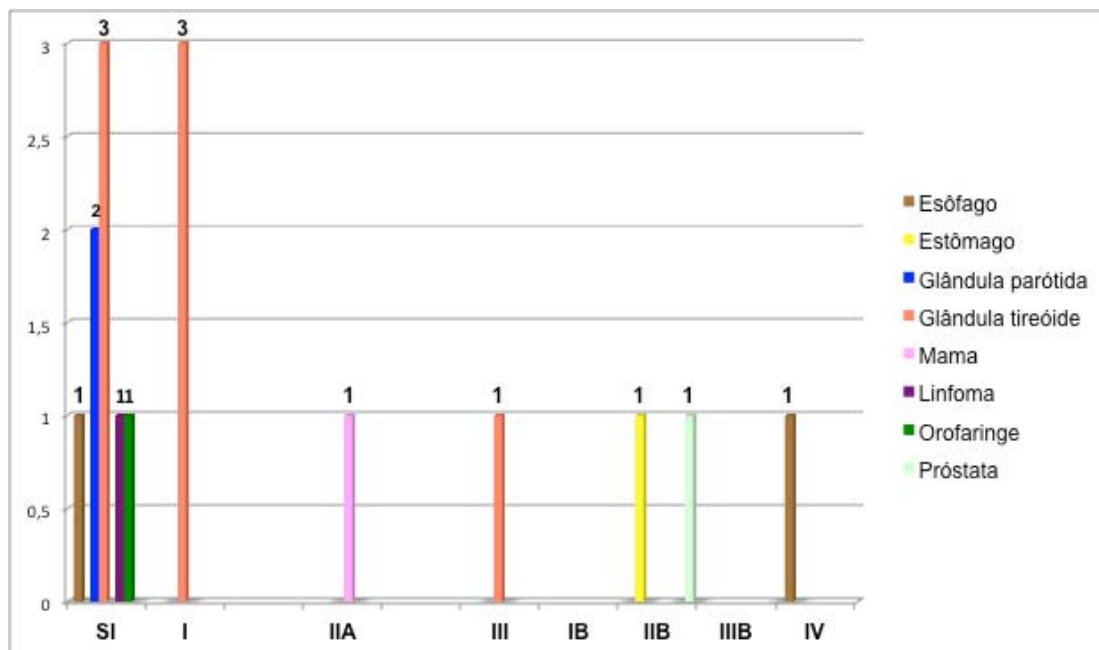
Embora os diagnósticos realizados em 2008 tenham sido detectados em estadio avançado, nenhum caso havia metástase ao diagnóstico (Figura 1).



Legenda: SI: Sem informação. 0: TisN0M0. 0is: TisN0M0. IA: T1N0M0. IIA: T0-1N1M0 e T2N0M0. IIIC: qqTN3M0

Figura 1 - Distribuição dos nove casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center, conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2008.

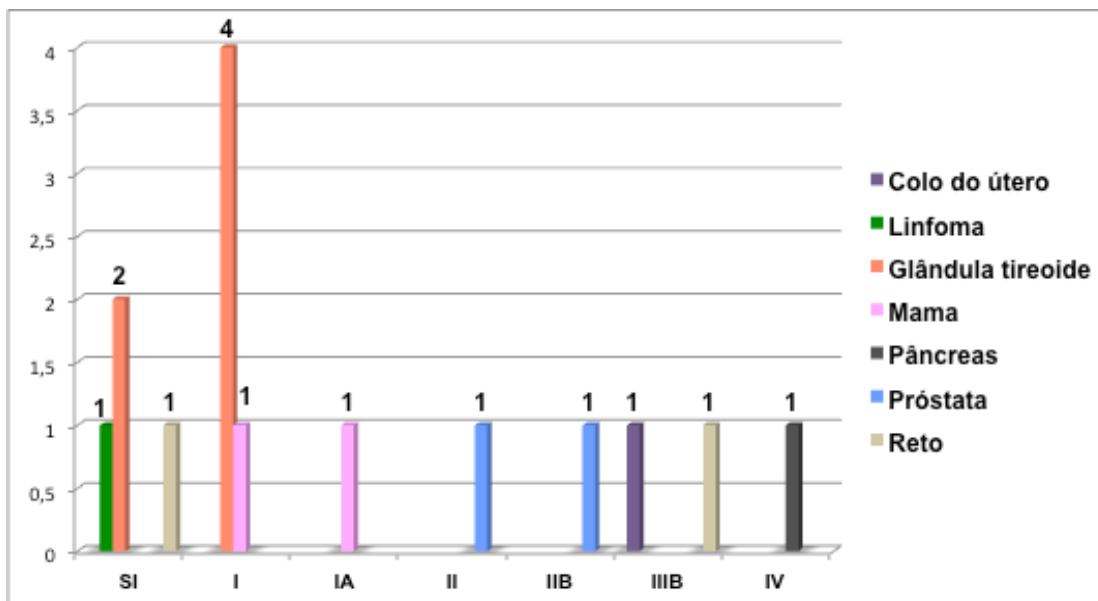
Dos dezesseis casos confirmados de câncer no ano de 2009, 50% não possuem informações sobre o estadiamento. Um diagnóstico de neoplasia de esôfago metastático foi realizado entre os oito participantes com informações sobre estadiamento (Figura 2).



Legenda: SI: Sem informação.

Figura 2 - Distribuição dos 16 casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM da, São Paulo-SP, 2009.

Entre os quinze casos confirmados em 2010, apenas em quatro não possuíam informações sobre o estadiamento. Um diagnóstico de neoplasia de pâncreas metastático foi realizado entre os onze participantes com informações sobre estadiamento (Figura 3).



Legenda: SI: Sem informação.

Figura 3 - Distribuição dos quinze casos confirmados na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2010.

Dos 21 casos confirmados em 2010, nove participantes possuem estadiamento maior que III, o que corresponde a 43% de casos encontrados em estadio avançado (Figura 4).

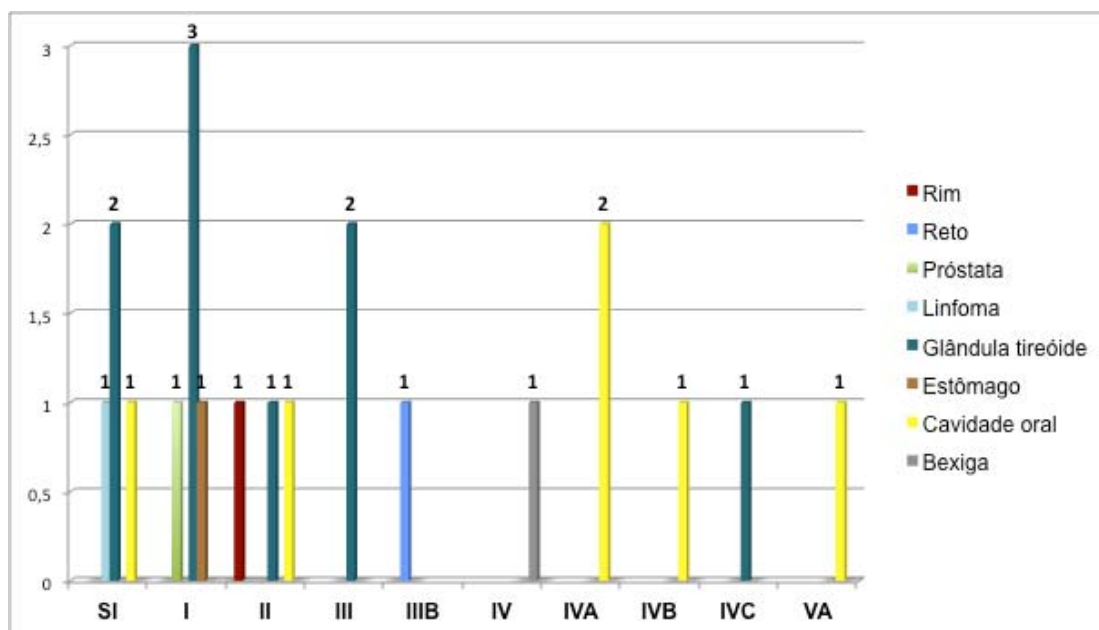


Figura 4 - Distribuição dos vinte e um casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2011.

Em 2012, dos quatro participantes diagnosticados apenas um caso de neoplasias do seio piriforme foi detectado em estadio avançado (Figura 5).

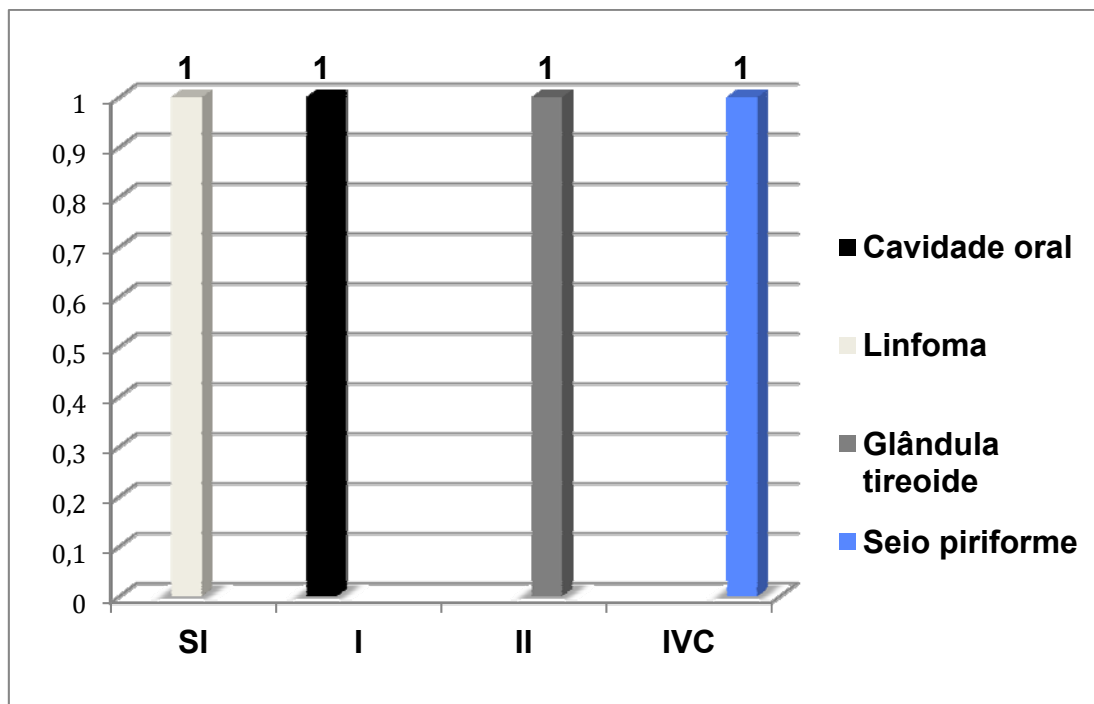


Figura 5 - Distribuição dos quatro casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Cancer Center conforme estadiamento TNM, São Paulo-SP, 2012.

6.10 TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO

Outro indicador de eficácia do programa de rastreamento é o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento. Ao considerar a lei 12.732 em vigor desde novembro de 2012 que dispõe o prazo de sessenta dias para o paciente ser submetido ao primeiro tratamento, estabeleceu-se a análise do período entre a data do diagnóstico a partir da emissão do anatomopatológico e o primeiro dia do tratamento.

O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento foi excedido em três dos nove participantes diagnosticados em 2008 e o período máximo do diagnóstico e início do tratamento foi de 77 dias, exceto dois casos que levaram 213 e 330 dias para concluir o tratamento, os atrasos ocorreram respectivamente por abandono do tratamento, quanto ao segundo caso, não foram encontradas informações sobre a conduta após diagnóstico.

Portanto, a média de dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos participantes da Campanha de Prevenção em Câncer de 2008 foi de 44 dias, o que atende ao período estabelecido em lei (Figura 6).

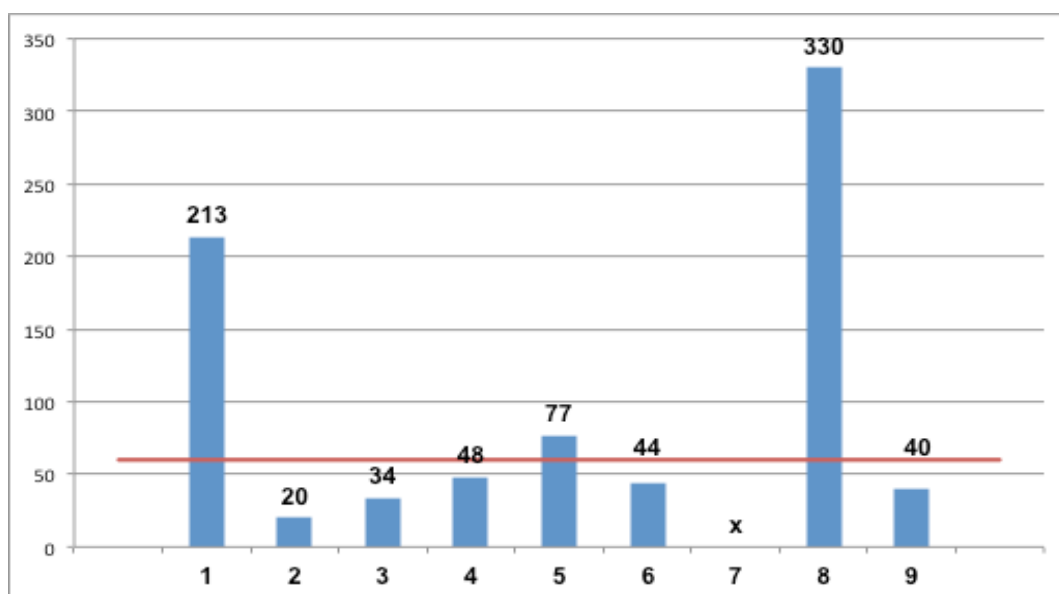


Figura 6 - Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos 9 casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2008.

A média de dias entre o tempo decorrido do diagnóstico e início do tratamento dos participantes da CPC de 2009, foi de 43 dias, exceto os casos de 204 e 622 dias (Figura 7).

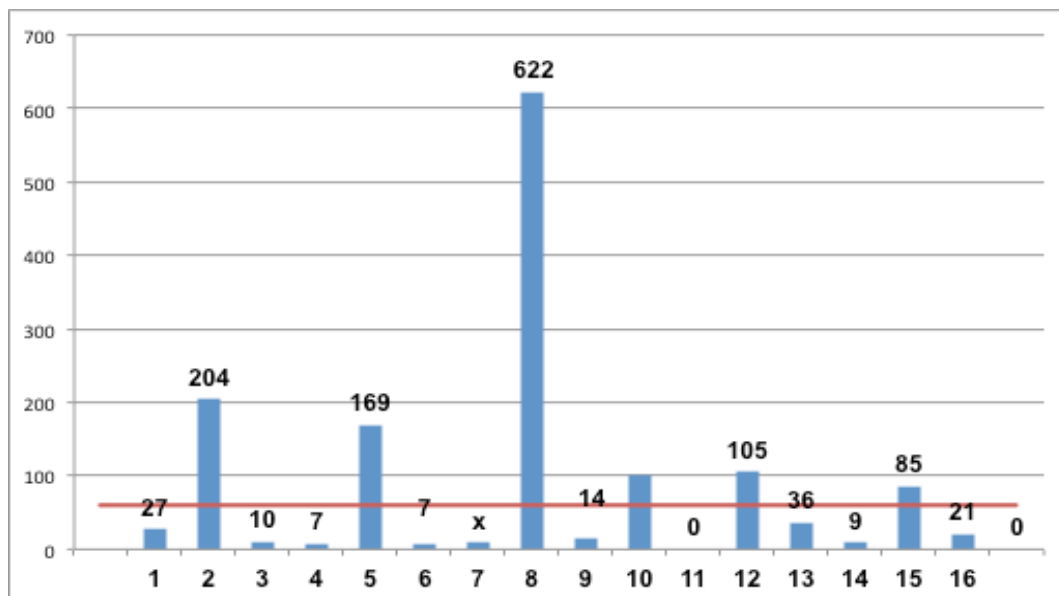


Figura 7 - Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos dezesseis casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2009.

A média de dias entre o tempo decorrido do diagnóstico e início do tratamento dos participantes da CPC de 2010 foi de 39 dias (Figura 8).

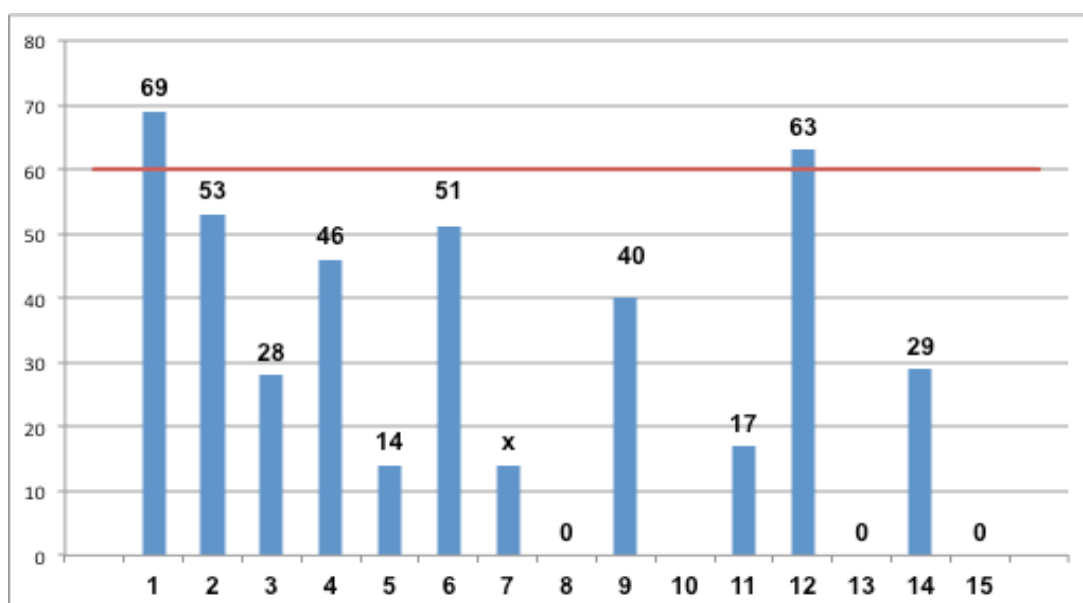


Figura 8 - Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2010.

A média de dias entre o tempo decorrido do diagnóstico e início do tratamento dos participantes da CPC de 2011 foi de 41 dias, exceto um participante que levou 127 dias (Figura 9).

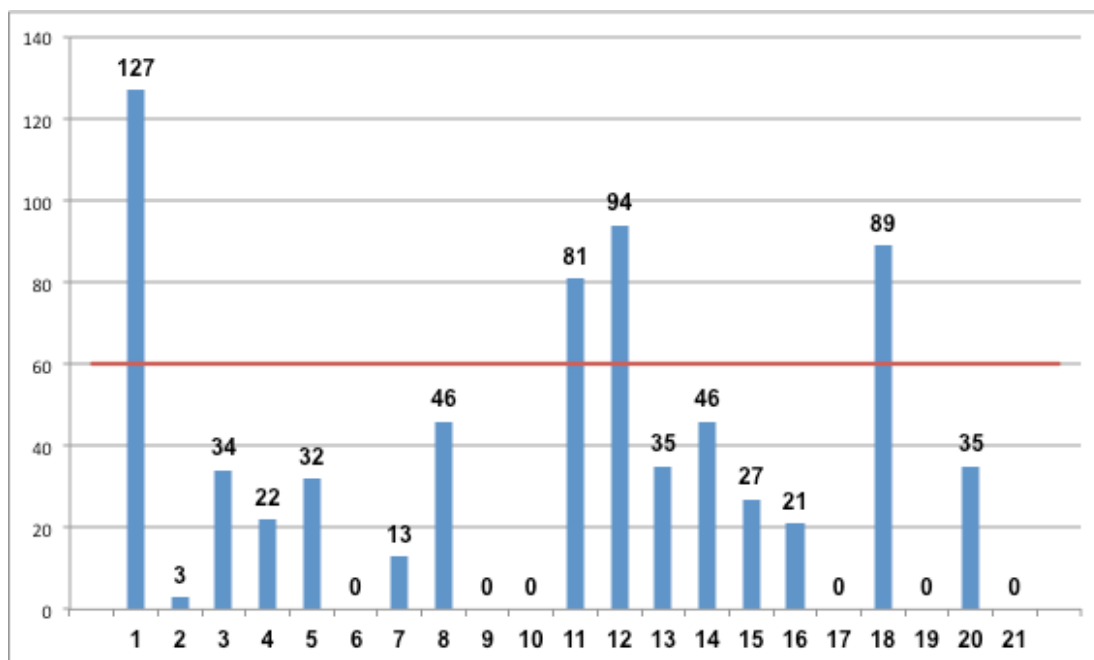


Figura 9 - Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos vinte e um casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2011.

A média de dias entre o tempo decorrido do diagnóstico e início do tratamento dos participantes da CPC de 2012, foi de vinte dias (Figura 10).

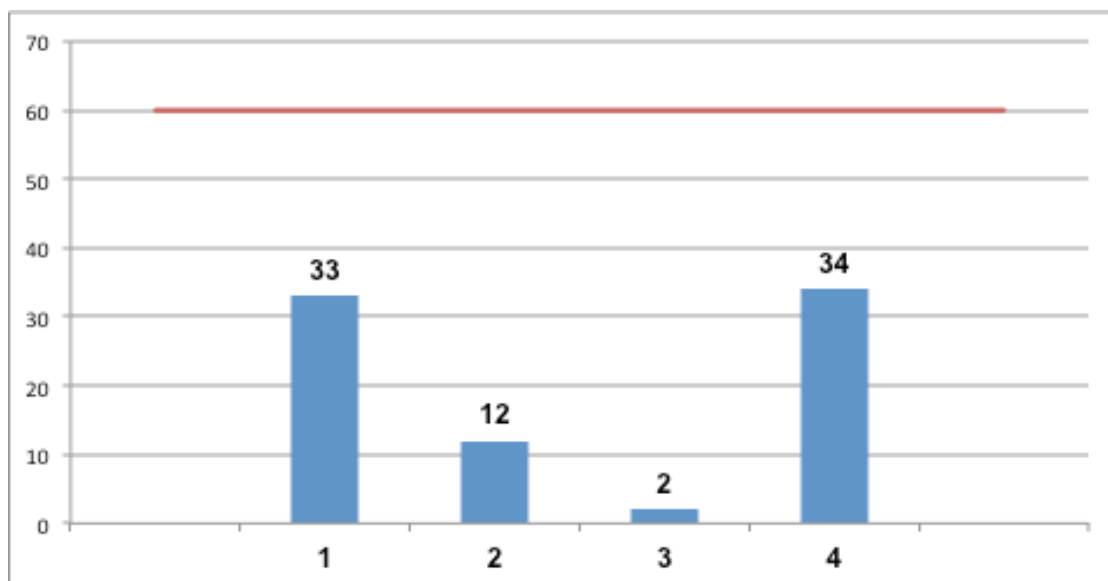


Figura 10 - Tempo em dias entre o diagnóstico e início do tratamento dos 4 casos confirmados de câncer na Campanha de Prevenção de Câncer do A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo-SP, 2012.

7 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo descrevem a prática de rastreamento de câncer sob liderança de um centro terciário em um país em desenvolvimento ou emergente como o Brasil. Na literatura brasileira, pouco tem sido relatado sobre a experiência de programas de rastreamento abrangendo oito tipos de câncer do programa de prevenção como o desenvolvido pelo A.C. Camargo Cancer Center que abrange oito tipos de câncer no programa de prevenção.

Já na literatura internacional são discutidos os papéis de um centro terciário tanto com relação aos estudos de base hospitalar quanto na implantação de programas de rastreamento de câncer. Sabe-se que questões políticas e orçamentárias são limitantes para um programa em larga escala. Desse modo, iniciativas como triar a saúde bucal da população como realizado no *Taichung Veterans General Hospital em Taiwan* evidenciam a efetividade desses programas. O estudo mostrou que dos 13.868 homens participantes em 2005, em 726 (5,2%) foram encontrados lesões suspeitas (CHANG et al. 2011). Portanto, estudos de base hospitalar e programas de rastreamento de câncer de centros terciários contribuem para o desenvolvimento de ações voltadas para detecção precoce do câncer.

Embora os programas de rastreamento organizados sejam apontados na literatura como uma estratégia superior, considerados custo-

efetivos em comparação aos programas oportunistas, existem poucas publicações dos resultados de estratégias oportunistas como a desenvolvida pela Campanha de Prevenção em Câncer (CPC) do A.C Camargo Cancer Center.

Um estudo no *University Malaya Medical Centre* (UMMC), hospital público situado na capital da Malásia realiza atividades de rastreamento desde 1993. A iniciativa tem foco no aspecto comparativo entre o potencial estratégico de três grupos: o grupo alvo composto por mulheres de uma determinada faixa etária; um grupo de pessoas sintomáticas; e um terceiro grupo formado por mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico oportunístico. Os dados evidenciaram que a taxa de detecção foi 0,5% para o grupo de rastreamento oportunístico, 1,25% no grupo alvo para rastreamento e no grupo sintomático foi de 26%. O estadiamento precoce para o câncer de mama 0-2 foi 84,6% no grupo submetido ao rastreamento, enquanto que no grupo das mulheres sintomáticas o estadio precoce foi menor, 61,1% (TEH et al. 2015). Portanto, a prática de rastreamento oportunístico em países em desenvolvimento mostra-se efetivo nas mulheres assintomáticas.

Para que a CPC do A.C Camargo Cancer Center seja considerada um modelo de programa de rastreamento, deve-se incluir participantes assintomáticos, neste sentido, este estudo mostrou casos diagnosticados em estadio avançado, tais participantes podem ter sido incluídos na avaliação médica por demanda espontânea de atendimento e conseqüentemente na vigenciados de sintomas o que não condiz nos modelos de rastreamento.

Em relação aos resultados deste estudo, as análises dos anos de 2009 a 2012 poderiam ter sido mais conclusivas se o mesmo método manual de coleta dos dados como o empregado em 2008 tivesse sido mantido. Porém o tempo investido para tabular os 57.428 participantes seria em torno de 1.312 dias, portanto três anos e seis meses somente para fase de coleta de dados manual. Esse tempo foi baseado nos 126 dias dedicados para coleta dos dados de 2008 com 5.517 participantes.

Este estudo sugere a necessidade de identificação e seguimento dos participantes da Campanha de Prevenção em Câncer. No último relatório de 2014, foram atendidos 9.802 participantes da campanha de rastreamento do A.C. Camargo Cancer Center, destes, 822 foram diagnosticados com neoplasias, o que equivale a 8% dos casos. Esse percentual não condiz com as taxas de detecção encontrados na literatura, o que sugere a necessidade de melhoria na identificação dos casos e sua classificação quanto a veracidade de casos novos diagnosticados na campanha separadamente dos possíveis casos em busca de segunda opinião médica ou em busca do tratamento.

8 CONCLUSÕES

Os resultados apresentam as dificuldades encontradas para se obter os dados nos diversos formulários utilizados pela campanha no período de 2008 a 2012. Em síntese, três dificuldades comprometeram os resultados desta pesquisa. A primeira dificuldade foi selecionar os registros dos participantes da campanha dos demais pacientes atendidos na instituição. Para isso, estipulou-se a palavra campanha *versus* os registros de 2008 a 2012 entre os pacientes matriculados na instituição, com intuito de obter os registros dos participantes da campanha. A metodologia adotada pode ter trazido um viés de seleção dos participantes atendidos na campanha, haja vista que alguns formulários não possuem o título “campanha de prevenção”. A segunda dificuldade foi a indisponibilidade de recursos informatizados para otimizar a coleta de informações dos participantes atendidos na campanha. Essa etapa foi comprometida em virtude dos diversos formulários introduzidos no período de 2008 a 2012, além dos campos dissertativos não otimizarem a obtenção dos dados. A terceira dificuldade foi o não preenchimento dos formulários pelos profissionais atuantes na campanha, tanto os campos dissertativos quanto os de escolha, o que inviabilizou o detalhamento do perfil epidemiológico da população atendida pelo programa. O histórico do participante tem sido realizado por profissionais técnicos da área de enfermagem, o que pode ter influenciado o não preenchimento dos formulários. Numa perspectiva para o futuro, tais circunstâncias devem ser

gerenciadas na estrutura assistencial do programa, como instituir um identificador no registro do participante da campanha que possa facilitar estudos futuros sobre essa população: alinhar um modelo de ficha para anamnese dos participantes que possa ser capaz de gerar relatórios e demonstrar os casos diagnosticados com ênfase na topografia e estadiamento; e estabelecer o preenchimento do histórico dos participantes por enfermeiros que possuem conhecimentos acadêmicos sobre os princípios de pesquisa e determinantes do processo saúde doença.

Além de acompanhar o desfecho dos casos diagnosticados quanto a adesão ao tratamento proposto e monitorar o seguimento dos casos tratados. Os participantes diagnosticados com câncer devem ser acompanhados quanto a efetividade da campanha e zelar pela redução do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

[ABRAPRECI]. Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino. **História**. Disponível em: <URL:<http://www.abrapreci.org.br/intestino-gigante/historia/>> [2014 abr 8].

A.C.Camargo Cancer Center. **Nossos números**. Disponível em: <URL:<http://www.accamargo.org.br/nossos-numeros/>> [2013 Nov 15].

Agarwal S, Malhotra KP, Sinha S, Rajaram S. Profile of gynecologic malignancies reported at a tertiary care center in India over the past decade: comparative evaluation with international data. **Indian J Cancer** 2012; 49:298-302.

Almeida FCS, Silva DP, Amoroso MA, Dias RB, Junior OC, Araújo ME. Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal – Parte II. **Cien Saude Colet** 2011; 16(Supl 1):1589-98.

Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública** 1992; 26:431-6.

Bhatnagar S, Goyal A, Sharma A, Joshi S, Ahmed SM. Journey of patients with cancer: a systematic evaluation at tertiary care center in India. **Am J Hosp Palliat Care** 2014; 31:406-13.

Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncol** 2012; 13:790-801.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Disponível em: <URL:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> [2014 fev 16].

[CDC]. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Genomics. **Family health history.** Available form: <URL:<http://www.cdc.gov/genomics/famhistory/index.htm>> [2015 abr 5].

Chang IH, Jiang RS, Wong YK, Wu SH, Chen FJ, Liu SA. Visual screening of oral cavity cancer in a male population: Experience from a medical center. **J Chin Med Assoc** 2011; 74:561-6.

Dall'Oglio MF, Crippa A, Faria EF, Carvalho GF, et al. **Diretrizes de câncer de próstata.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2011.

Faria EF. **O estudo do impacto do rastreamento no estadiamento clínico dos portadores de câncer de próstata.** São Paulo; 2010. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. **Eur J Cancer** 2013; 49:1374-403.

Guarisi R, Hardy E, Derchain SF, Carvasan GA, Borges JB. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no Município de Franco da Rocha, SP. **Rev Bras Cancerol** 2004; 50:7-15.

[GBM]. Grupo Brasileiro de Melanoma. **Programas de prevenção**. Disponível em: <URL:<http://www.gbm.org.br/gbm/campanhas.aspx>> [2014 abr 10].

Habr-Gama, Gama J. Descobrir cedo, tratar logo: informação é a chave para prevenir o câncer colorretal. In: Matter GL e Fay JHP. editores. **Expansão dos serviços do hospital**. 2ª ed. São Paulo: Revista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; 2012. p.12-3.

Harris MS, Phillips DR, Sayer JL, Moore MG. A comparison of community-based and hospital-based head and neck cancer screening campaigns: identifying high-risk individuals and early disease. **JAMA Otolaryngol Head Neck Surg** 2013; 139:568-73.

Hulka BS. Screening for cancer: lessons learned. **J Occup Med** 1986; 28:687-91.

[IARC] International Agency for Research on Cancer/World Health Organization. **Press release 223**. 12 December 2013. Available from: <URL:http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf> [2014 jan 15].

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população**. Disponível em: <URL:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/bprojecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> [2014 Mar 14].

Instituto Lado a Lado pela Vida. **Um toque, um drible**. Disponível em: <URL:<http://www.ladoaladopelavida.org.br/instituto/campanhas/um-toque-um-drible#.UyL1uV5Lmjc>> [2014 mar 15].

Jedy-Agba EE, Curado MP, Oga E, et al. The role of hospital-based cancer registries in low and middle income countries-The Nigerian Case Study. **Cancer Epidemiol** 2012; 36:430-5.

Knaul FM, Frenk J, Shulman L. **The global task force on expanded access to cancer care and control in developing countries: closing the cancer divide**. November 2011. Available from: <URL:http://ghsm.hms.harvard.edu/files/assets/Programs/NewbornHealth/files/ccd_report_bw.pdf>. [2014 mar 20]

Lages RB, Barbosa PB, Almeida IP, Lopes LRS, Lopes Filho LL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde** 2012; 25:221-7.

Larimore GW, Ryder C. Committee B: early detection and screening. In: Raleigh NC, editor. **Preventive Aspects of Chronic Disease Conference Proceedings, March 12-14, 1951**. Chicago: Health Publications Institute; 1952.

Lucciola GV, Pinto JM. Campanha nacional de prevenção do câncer de pele em Belo Horizonte: conhecer nossa realidade para melhor prevenir. **Rev Med Minas Gerais** 1993; 3:205-9.

Manji MF, Pradhan D, El-Senoussi M, et al. Carcinoma of cervix, the King Faisal Specialist Hospital & Research Center experience--the need for screening for cervical cancer in developing countries. **Eur J Gynaecol Oncol** 1999; 20:412-5.

Mendes JDV, Cecílio MAPM. Tendências regionais da mortalidade por câncer no estado de São Paulo 2000 a 2010. **BEPA** 2012; 9:24-45.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama documento de consenso 2004**. Disponível em: <URL:<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>> [2014 fev 27].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas/2014 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Assistência à Saúde. **Viva mulher: câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: from concepts to action. **Postgrad Med J** 2004; 80:463-9.

[NSW] Ministry of Health. **New Health 2013-14 Annual Report: a health care system to meet our needs**. 2014. Available from: <URL:<http://www.health.nsw.gov.au/healthreform/2013/Documents/symp-pres-s1-mccaughan.pdf>> [2015 jan 12]

Perez RO, Proscurshim I, Julião GPS, Picolo M, Gama-Rodrigues J, Habr-Gama A. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 2008; 21:12-5.

Pinotti JA. Experiência crítica do programa de controle de câncer cérvico-uterino de campinas - Brasil. **J Bras Ginecol** 1976; 82:461-71.

[SBC] Sociedade Brasileira de Coloproctologia. **História**. Disponível em: <URL:<http://www.sbcp.org.br/?prevencao-e-rastreamento-conteudo&id=74>> [2014 mar 15]

[SBD] Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Programa nacional de combate ao câncer da pele**. Disponível em: <URL:<http://www.sbd.org.br/acoes/programa-nacional-de-combate-ao-cancer-da-pele/>> [2014 mar 01].

[SBM] Sociedade Brasileira de Mastologia. **SBM em ação**. Disponível em: <URL:<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/sbm-em-acao->> [2014 mar 12].

[SBOC] Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. **Conheça melhor a Sociedade Brasileira de Oncologia**. Disponível em: <URL:<http://www.s boc.org.br/a-sboc/>> [2014 mar 01].

[SBPT] Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Quem somos**. Disponível em: <URL:<http://www.sbpt.org.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=16&pagina=1>> [2014 mar 16].

[SBU] Sociedade Brasileira de Urologia. **Quem somos**. Disponível em: <URL:<http://www.sbu.org.br/publico/?quem-somos>> [2014 mar 16].

[SEADE] Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Informações dos municípios paulistas-IMP**. 2009. Disponível em: <URL:<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>> [2014 mar 2014]

[SEADE] Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Retrato de São Paulo**. Disponível em: <URL:<https://www.seade.gov.br/produtos/retratos/desp/view/index.php?indId=1&temald=1&loclId=1000>> [2013 nov 18].

[SEADE] Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Perfil municipal**. Disponível em: <URL:<https://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>> [2014 mar 20].

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Câncer em São Paulo 1997 – 2008. Incidência, mortalidade e tendência de câncer no município de São Paulo**. São Paulo; 2011.

Scheufen RC, Almeida FCS, Silva DP, et al. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em população de risco. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2011; 11:245-9.

Silva RCF. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro; 2012. Tese de Doutorado-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].

Simcock B, Sykes P, Laney M. The impact of the National Cervical Screening Programme on the presentation of cancer of the cervix in Canterbury. **N Z Med J** 2001; 114:378-80.

Sloan DA. Rastreamento e detecção precoce. In: Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, Sullivan BO, editors. **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. p.139-58.

Sloan FA, Gelband H. **Cancer control opportunities in low middle-income countries**. Washington (DC): National Academic Press; 2007. Cancer centers in low- and middle-income countries; p.253-71.

Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind Ch. **TNM Classificação dos tumores malignos**. [tradução de A L M Eisenberg]. 7ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Projetos de apoio ao SUS**. Rastreamento câncer de pulmão. Disponível em: <URL:<http://www.einstein.br/responsabilidade-social/projetos-de-apoio-ao-sus/Paginas/rastreamento-cancer-pulmao.aspx>> [2014 mar 16].

Soderdahl DW, Hernandez J. Prostate cancer screening at an equal access tertiary care center: its impact 10 years after the introduction of PSA. **Prostate Cancer Prostatic Dis** 2002; 5:32-5.

Souza EHR, Garcia TR. Programa de rastreamento do câncer de mama em mulheres da região do Cariri Ocidental, estado da Paraíba. **Rev Bras Mastologia** 2009; 19:106-12.

Teh YC, Tan GH, Taib NA, et al. Opportunistic mammography screening provides effective detection rates in a limited resource healthcare system. **BMC Cancer** 2015; 15:405.

Tsunoda AT. **Estudo de indicadores de qualidade nas mulheres com câncer de mama detectado pelo programa de rastreamento mamográfico do Hospital de Câncer de Barretos**. São Paulo; 2011. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Urban LABD, Schaefer MB, Duarte DL, et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol Bras** 2012; 45:334-9.

Wilson J, Jungner G. **Principles and practice of screening for disease**. Geneva: World Health Organization; 1968. (Public Health Papers, n° 34).

[WHO] World Health Organization. **Early detection**. 2007. Available from: <URL:<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%2003.pdf>> [2013 dez 28]. (Cancer control: knowledge into action: WHO Guide for Effective Programmes; Module 3).

[WHO]. World Health Organization. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2002. Available from: <URL:<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>> [2014 fev 3].

Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



**A.C. Camargo
Cancer Center**

Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP

São Paulo, 14 de maio de 2014.

A

Dra. Maria Paula Curado

Aluno: Diego Fernandes dos Santos (Mestrado).

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1889/14

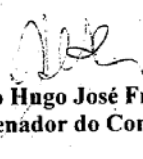
“Perfil Epidemiológico da população participante do programa de rastreamento de um centro terciário de tratamento de câncer em São Paulo”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 13/05/2014, **aprovaram** a realização do projeto (datado de 14 de Abril de 2014) e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Termo de Dispensa do Consentimento Livre e Esclarecido;
- Declaração Sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Orçamento Financeiro Detalhado;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Medicina Comunitária;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Medicina Comunitária.


Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).

Atenciosamente,


Dr. Antônio Hugo José Frões Marques Campos
2º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

**Anexo 2 – Ficha 1: Campanha de prevenção AC Camargo Cancer Center –
Anotação de Enfermagem, 2013 a 2015**

 A.C. Camargo Cancer Center	Página 1 de 2 CAMPANHA – ANOTAÇÃO ENFERMAGEM Prevenção em câncer
---	--

Código do Atendimento: _____

Campanha: _____

1-Identificação do Paciente

RGH	Nome		Sexo
Data de Nascimento:	Idade:	Depto: Medicina Comunitária	Convênio:

2-Resumo de Enfermagem

P.A:	Pulso:	Peso:	Altura:
Tabagismo : Opções: 0-Não fuma e nunca fumou 1-Fuma Atualmente 2-Ex-fumante	Tempo de uso (anos)	Cigarro / dia	Tempo de cessação (anos)
Etilismo: 0-Não bebe regularmente e nunca bebeu 1-Bebe regularmente 2-Ex-etilista Alergias:	Tipo de bebida: 1-Cerveja 2-Uísque, cachaça e outros destilados 3-Outras bebidas 9-Não se aplica (default)	Tempo de uso (anos)	Doses/dia Tempo de cessação (*anos)

2.1 Antecedentes familiares

Doença	Famíliares afetados/descrever		
Cardíaco: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hipertensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Câncer: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pai	Mãe	Irmãos/Irmãs
Outros:			

2.2 Antecedentes pessoais

Hipertensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cardíaco: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Câncer : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Internações <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Medicações em uso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outras doenças: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: Locais: Motivos: Quais:	
	Quais:	

2.3 História reprodutiva <input type="checkbox"/> Não se aplica (HOMEM)					
Menarca:	DUM:	Gestações:	PN:	PC:	Abortos


3. Queixas

--



Código de atendimento:		
Campanha: _____		
Alguma Queixa? <input type="checkbox"/> Sem queixas <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Gineco <input type="checkbox"/> Outra	Quanto tempo?	Unidade de tempo:
Qual?		
4. Alterações de hábitos		
Intestinais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Emagrecimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Urinários? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sexuais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros: Tempo de cessação (anos)

Anexo 3 - Formulário 2: Campanha de prevenção AC Camargo Cancer Center – Relatório Médico, 2013 a 2015.

 A.C. Camargo Cancer Center	Página 1 de 3 CAMPANHA – Relatório Médico Prevenção em câncer
Código de Atendimento:	

Campanha: <<>>

1. Identificação do Paciente

RGH	Nome:	Sexo:	
Data de nascimento	Idade:	Depto: Medicina Comunitária	Convênio:

2. Resumo de Enfermagem

P.A:	Pulso:	Peso:	Altura:	
Tabagismo: []	Tempo de uso (anos) <<>>	Cigarros / dia	Tempo de cessação	
Etilismo []	Tipo de bebida: []	Tempo de uso (anos) <<>>	Dose / dia	Tempo de cessação (*anos) <<>>
Alergias:				

2.1 Antecedentes Familiares

Doença	Familiares afetados / descrever			
Cardíaco [] Diabetes [] Hipertensão []				
Câncer [] Sim [] Não	Pai	Mãe	Irmão/irmãs	
Outros: <<>>				

2.2 Antecedentes pessoais

Hipertensão: []	Diabetes: []	Cardíaco []
Câncer: [] Cirurgias: [] Internações: [] Sexo Oral: [] Uso de drogas [] Medicações em uso [] Outras doenças []	Local: Locais Motivos: Num. de parceiros Quais: Quais: Quais:	



Código de Atendimento

Campanha:

2.3 História Reprodutiva

NÃO SE APLICA (HOMEM)

Menarca	DUM:	Gestações	PN:	PC:	Abortos:
---------	------	-----------	-----	-----	----------

3. Queixas

Alguma queixa? <input type="checkbox"/> Sem queixas <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Gineco <input type="checkbox"/> Urológico <input type="checkbox"/> Outra	Quanto tempo?	Unidade de tempo:
Qual?		

4. Alterações de hábitos

Intestinais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Emagrecimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Urinários <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Atividade física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sexuais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros:

5. Exames

HMPA: Exame Físico:	
Glicose: Sódio: Potássio: Colesterol Total: HDL – Colesterol: Ácido Úrico: LDL-Colesterol: TGO: Bilirrubinas: Contagem de Plaquetas: Relação RNI: Hepatite A (IgM): Hepatite B – HbsAg: Hepatite C – Anti – HCV T4 Livre: Hemoglobina Glicada – HbA1c:	Magnésio Cálcio: Uréia: Triglicerídeos: Creatinina: TGP: Gama – GT: Leucócitos: Hemoglobina: Hepatite A (IgM + IgG Hepatite B – Anti – HbsAg: Título: <input type="checkbox"/> Menor que 2 TSH: PSA: <input type="checkbox"/> Não Realizado Urina Tipo I:
MMG – Bi rads 0-Não realizada 1-Realizada no AC Camargo Cancer Center 2-Realizada em outro serviço Resultado:	CO: 0-Não realizada 1-Realizada no AC Camargo Cancer Center 2-Realizada em outro serviço Resultado

6. Hipótese diagnóstica e conduta

HD: <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Suspeita de câncer <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Alteração do PSA <input type="checkbox"/> Alteração na CO <input type="checkbox"/> Outra:	
Exames complementares:	Outros:
Versão 1.3 – Para impressão – 20130703	
2/3	



Código de Atendimento

Campanha:

Conduta:

Observações:

Médico

<<DOC_FREN_VERS>>

**Anexo 4 – Formulário: Campanha de Prevenção de Câncer A.C. Camargo
Cancer Center – Exame regional, 2008.**


 A.C. Camargo Cancer Center	EXAME REGIONAL AMB - GINECOLOGIA		
Rgh: Convênio: Responsável: Especialidade:	Paciente: 	Data: Idade:	Número de Atendimento: Sexo:
CID:			
Estado Diagnóstico:			
DIAGNÓSTICO:			
Evolução / Exame Físico:			
Conduta:			

Imagem 1

Imagem 2


Imagem 3

Imagem 4

Observações da (as) Imagem (s):

Resultado:

**Anexo 5 – Formulário: Campanha de Prevenção de Câncer A.C. Camargo
Cancer Center – Anamnese-I, 2009 a 2012.**

 A.C. Camargo Cancer Center		Anamnese-I		
Número do Atendimento:				
Data do Atendimento:		Convênio:		
Paciente:		Rgh:		
Idade:	M.F.C.S.V. NAC.:	COR:	PROF.	
Endereço:		Procedência:		
Data Admissão:		Data Alta:	Serviço:	Médico:
Estado Diagnóstico:				
DIAGNÓSTICO				
Provisório: Definitivo: Retrospectivo: Outros: Anátomo Patológico: Patologista: Patologista: Patologista:				
ANAMNESE				
Queixa:				
História da Moléstia Atual:				
ANTECEDENTES FAMILIARES				
Pai:		Mãe:		Esposo (a):
Irmãos:		Irmãs:		Filhos:
Tendências: Hereditárias:				
Neoplásicas:				
ANTECEDENTES PESSOAIS				
Cancerígenos (Sol, Substâncias Radioativas, Anilinas, Fuligem, Alcatrão):				
Álcool:				
Fumo:				
Partos: Normal –				
Operatórios: Forceps –				
Prematuro –				
Cesariana –				
Aborto: Espontâneo – Idade:				
Provocados – Idade:				
Peso: Aumento KG				
Perda – KG				
Habitual -				
INTERROGATÓRIOS DOS DIVERSOS APARELHOS				
Gastro – Intestinal:				
Gênito – Urinário:				
Cárdio – Respiratório:				
Neuro - Muscular				
Menstruação:				
DOENÇAS (ANOTAR A IDADE EM QUE TEVE)				
Nefrite:	Fimose:	Queratose:	Soda Ácido:	Bócio:
Amidalite:	Criptorquidia:	Leucoplastia:	Hemorróidas:	Corea:
Mastite:	Circuncisão:	Diabetes:	U. Péptica:	Reumatismo:
M. Venéreas (Lues):				
M. Hemorragiparas:				
Alergia (Asma, Coriza, Idiossincrasia, Drogas):				
Tumores:				
Traumatismos:				
Operações:				
Profissão (Atividade Profissional em Relação ao Cancerígeno):				
Resultado:				