BOLETIM
EPIDEMIOLÓGICO

Registro de Câncer

Nº 01 - 20/09/2022

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) e da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEP), divulga o **Boletim Epidemiológico com o cenário do registro de câncer** no Estado do Ceará, com dados de morbimortalidade extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2015 a 2019.

Governadora do Estado do Ceará
Maria Izolda Cela de Arruda Coelho

Secretário da Saúde do Ceará
Carlos Hilton Albuquerque Soares

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde
Sarah Mendes D'Angelo

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes

Orientadora da Célula de Vigilância Epidemiológica
Juliana Alencar Moreira Borges

Equipe de Elaboração e Revisão
Alice Maria Albuquerque Holanda
Daniele Rocha Queiroz Lemos
Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante
Kelma Pinheiro Costa Cruz
Raimunda Nonata de Paulo
Raquel Costa Lima de Magalhães
Vivian da Silva Gomes

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos desafios enfrentados nos cenários nacional e mundial, o reconhecimento de que o Brasil se situa entre os que mais têm avançado na consolidação de um sistema integrado de vigilância de informações sobre câncer contribui com as experiências exitosas sobre as estimativas na região das Américas e no contexto mundial.

Os Registro de Câncer (RC) são centros estruturados e especializados para coleta, armazenamento, processamento, análise e divulgação de informações sobre pacientes diagnosticados com câncer. A implantação e manutenção dos registros impõe treinamento especializado para os recursos humanos que atuarão na coleta de dados, análise das informações, seguimento dos casos e consolidação dos bancos de dados. Os RC são vinculados ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), que consolida dados coletados por estes.

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. O Instituto coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina.

2 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (RHC)

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) são centros de coleta, armazenamento, processamento e análise – de forma sistemática e contínua – de informações de pacientes atendidos em unidades hospitalares, com diagnóstico confirmado de câncer. A informação produzida por um RHC permite o monitoramento da assistência prestada ao paciente. Sua principal função é clínica, sendo um recurso para acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado nos hospitais, incluindo os resultados no tratamento do câncer. Hoje, no Ceará, existem 13 RHC, entre eles o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), Hospital César Cals, Hospital de Messejana, Quimioclinic, Hospital São Camilo, ICC, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Walter Cantídio, Pronutrir, Santa Casa de Fortaleza e Sobral e Hospital São Vicente de Barbalha.

De acordo com a Portaria n° 741 de 19 de dezembro de 2005, art 5º, todas as Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia devem manter um RHC funcionante. Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Devem prestar os serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica.

Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Devem manter os serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e hematologia.

Para consolidação das informações, a maioria dos RHC utiliza o SisRHC, Sistema desenvolvido e disponibilizado pelo INCA para informatização dos dados. As bases de dados, consolidadas segundo o ano da primeira consulta realizada no hospital informante, são enviadas para compor a base nacional dos registros hospitalares de câncer, sob a guarda do INCA, por meio do Integrador RHC.

O livro utilizado pelo RHC para nortear as rotinas é o “Registros Hospitalares de Câncer” (Figura 1), e para a codificação dos dados é utilizado o Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O), assim como o RCBP.

Figura 1. Livro Registros Hospitalares de Câncer – Planejamento e Gestão

Fonte: INCA, 2020.

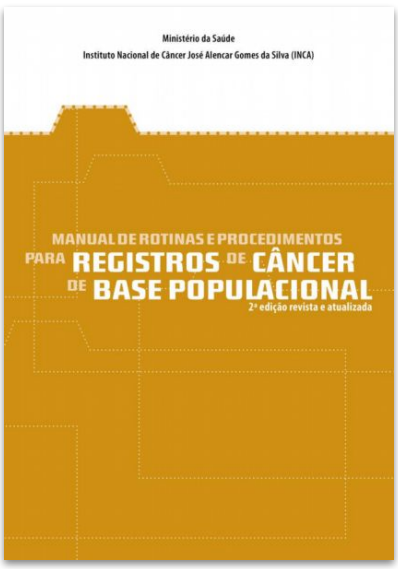
3 REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP)

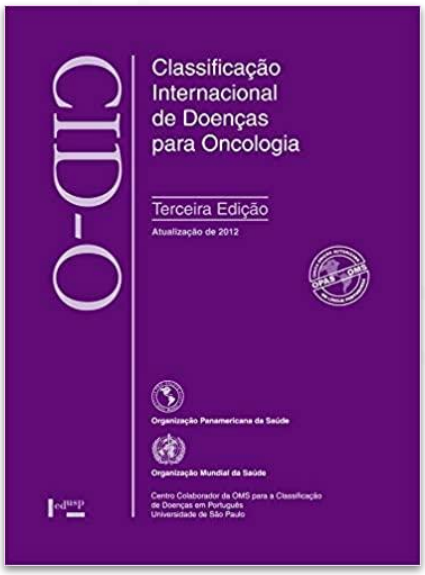
Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de todos os casos novos de câncer em uma população. Tem por objetivo conhecer a incidência de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população pertencente à área geográfica de sua cobertura. Tem interesse em informações sobre ocorrência de várias formas de câncer; nas alterações da utilização de métodos diagnósticos, terapêuticos e suas consequências; nos “resultados finais” dos cuidados dispensados ao paciente com câncer e na epidemiologia do câncer. Essas informações subsidiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem medir a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer, bem como na avaliação de novas técnicas diagnósticas.

Os RCBP, em sua maioria, utilizam o Sistema para informatização dos dados dos RCBP – SisBasepopWeb (BPW), desenvolvido e disponibilizado pelo INCA, para estruturação de suas bases de dados e gerenciamento do processo de coleta e produção de informações.

Para nortear as rotinas, utiliza-se o livro de Manual de rotinas e procedimentos para RCBP e para a codificação dos dados é utilizado o Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) (Figura 2).

Figura 2. Livros Manual de Rotinas e Procedimento para Registro de Câncer de Base Populacional e Classificação Internacional de Doenças para Oncologia





Fonte: INCA, 2020.

4 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO MUNDO E NO BRASIL

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em 2018, foi responsável por 9,6 milhões de mortes, sendo que as causas mais comuns de morte por câncer são os cânceres de pulmão, colorretal, estômago, fígado e mama. A OPAS salienta que entre 30% e 50% dos cânceres podem ser prevenidos, reduzidos e controlados por meio da implementação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de pacientes com a doença, com alta chance de cura se detectados precocemente e tratados adequadamente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (Figura 3).

Figura 3. Estimativa de câncer no mundo

Fonte: OPAS, 2018.

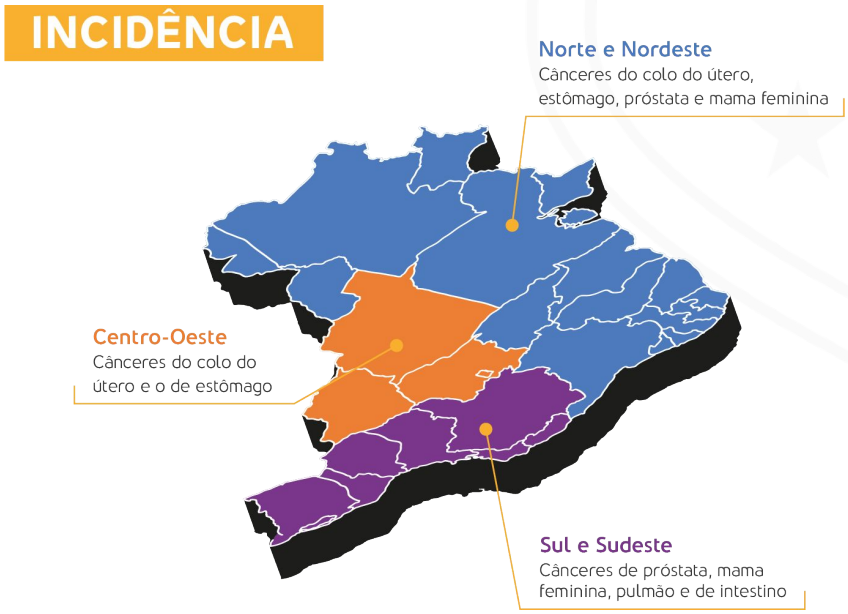
O registro estatístico do câncer é um desafio, principalmente para países em desenvolvimento, como o Brasil. A estratégia tem sido manter e fortalecer centros de informação (RCBP/RHC) que permitam monitorar a situação do câncer como parâmetro para todo o País.

As taxas de incidência ajustadas por idade, tanto para homens (215,86/100 mil hab.), quanto para mulheres (145,00/100 mil hab.), no Brasil, são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento.

A distribuição da incidência por região geográfica mostra que as regiões Sul e Sudeste concentram 60% da ocorrência de casos novos de câncer de próstata e mama feminina; sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes regiões do Brasil.

Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata (22,0% e 25,9%, respectivamente) e de mama feminina (28,0% e 32,5%, respectivamente). A região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero (9,3%) e de estômago (6,2%) entre os mais incidentes. Nas regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata (28,6% e 40,7%, respectivamente) e mama feminina (21,0% e 27,3%, respectivamente) entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero (21,6% e 10,9%, respectivamente) e estômago (7,8% e 23,9%, respectivamente) tem impacto importante nessa população. A região Norte é a única do País onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres (21,1% e 21,6%, respectivamente) (Figura 4).

Figura 4. Cânceres mais frequentes por região do Brasil

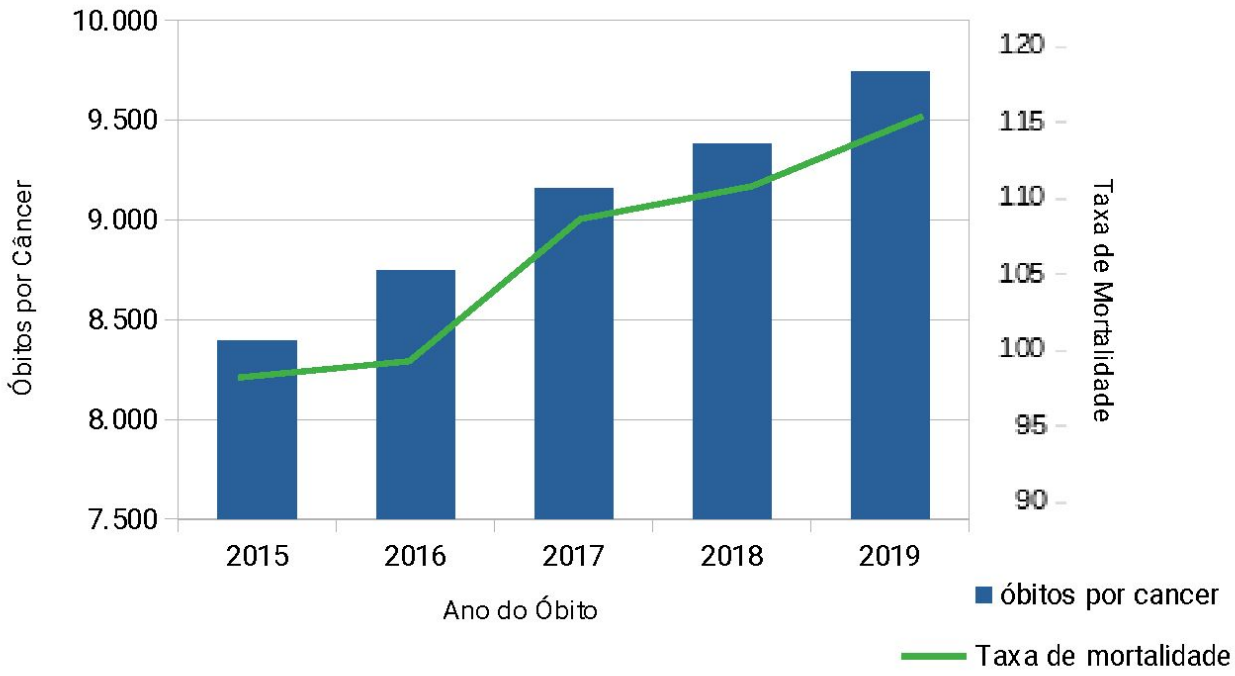


Fonte: INCA, 2019.

5 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CÂNCER NO ESTADO DO CEARÁ

A taxa bruta de mortalidade por câncer no estado do Ceará, no período de 2015 a 2019, apresentou um incremento de 16,1%, sendo que a maior taxa de mortalidade foi detectada no ano de 2019 (115,3 óbitos por 100.000 habitantes) (Figura 5).

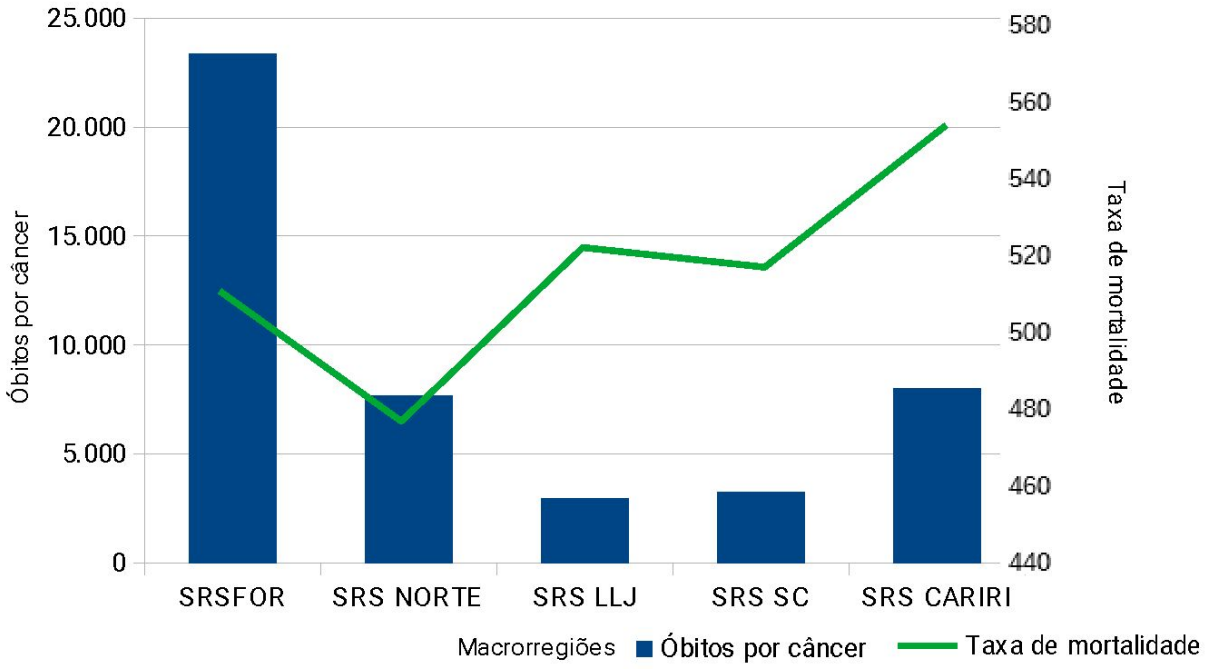
Figura 5. Número de óbitos e taxa de mortalidade por câncer (por 100 mil habitantes), Ceará, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de mortalidade mais elevada ocorreu na Superintendência Regional Cariri (SRS CARIRI), com 555 óbitos por 100 mil habitantes; seguida pela SR Fortaleza (SRSFOR), com 513 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 6).

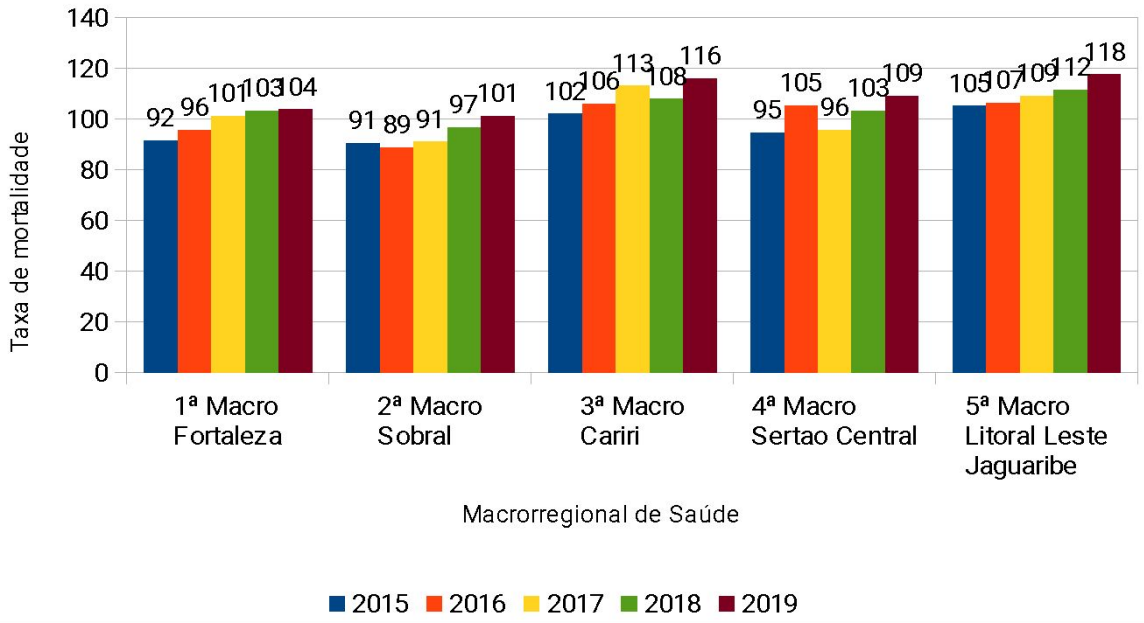
Figura 6. Taxa de mortalidade por câncer (por 100 mil habitantes), por Superintendência Regional, Ceará, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

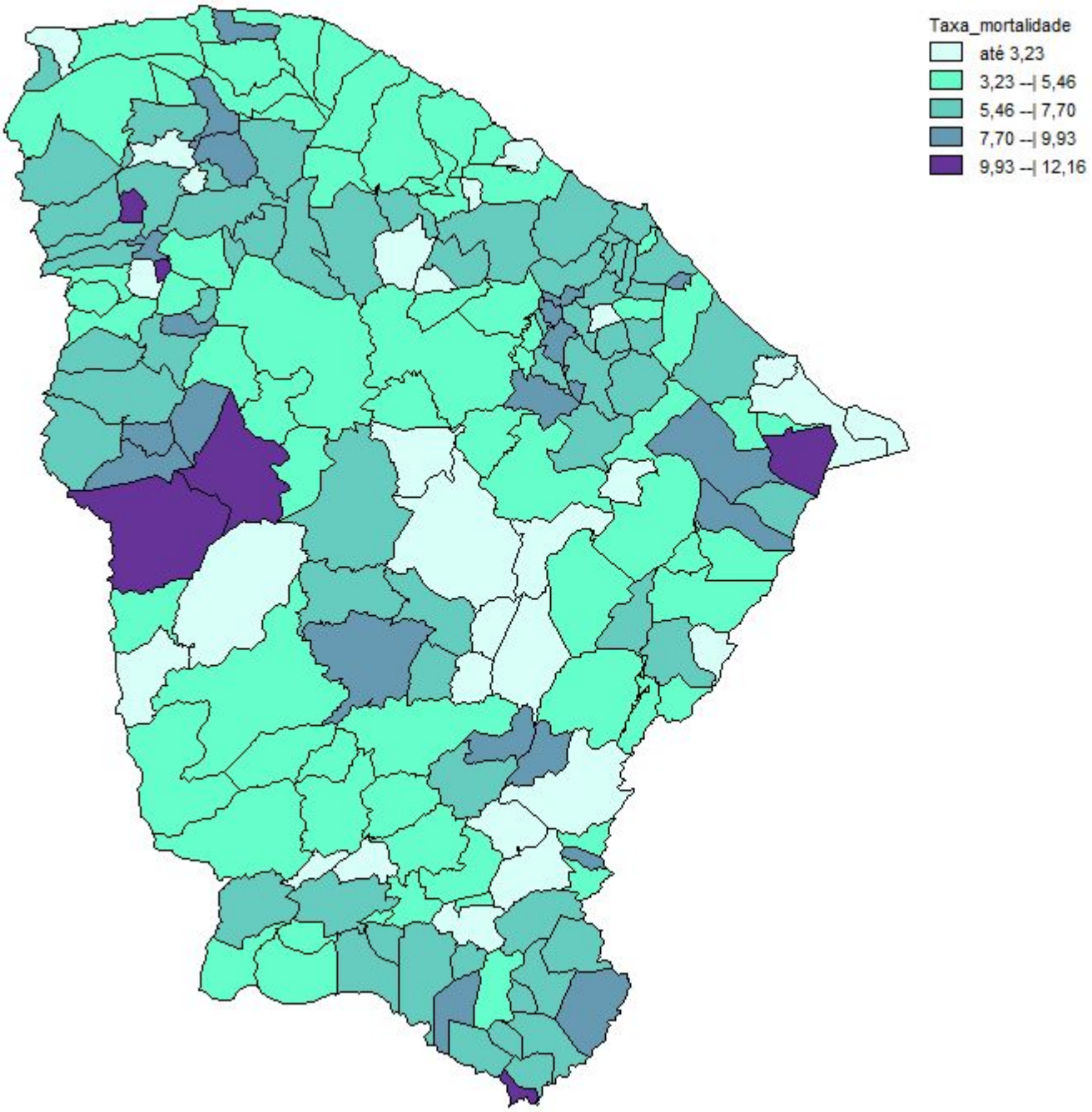
De acordo com o período, observou-se um aumento na taxa de mortalidade em todas as macrorregiões (Figura 7).

Figura 7. Taxa de mortalidade por câncer (por 100 mil habitantes), por Superintendência Regional, Ceará, por ano



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Figura 8. Mapa de mortalidade por câncer no período de 2015 a 2019, Ceará



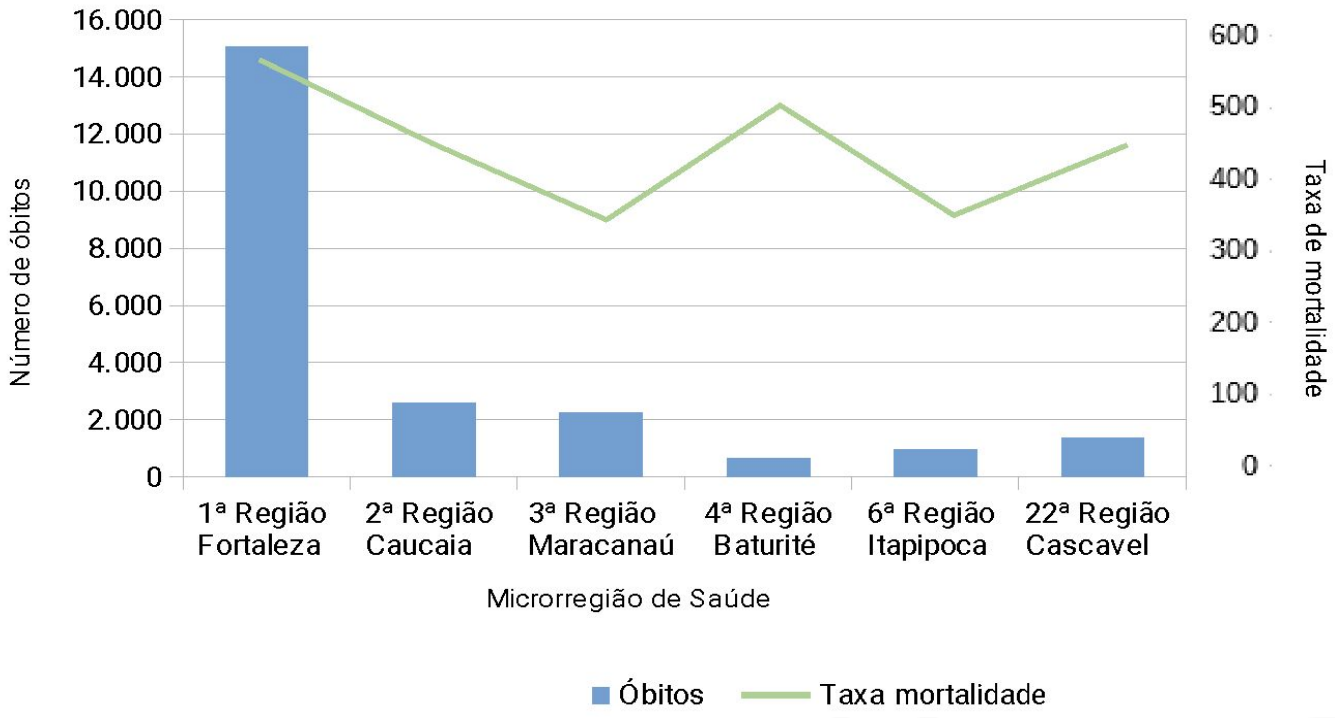
Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

5.1 Cenário por Superintendência Regional de Saúde

5.1.1 Superintendência Regional de Fortaleza

A Superintendência Regional de Fortaleza (SR FOR) é composta por 44 municípios, divididos em seis microrregiões de saúde, 1ª Região Fortaleza, 2ª Região Caucaia, 3ª Região Maracanaú, 4ª Região Baturité, 6ª Região Itapipoca e 22ª Região Cascavel. Entre os anos de 2015 e 2019, observamos que a microrregião com a maior taxa de mortalidade é a de Fortaleza, seguida pela microrregião de Baturité (Figura 9).

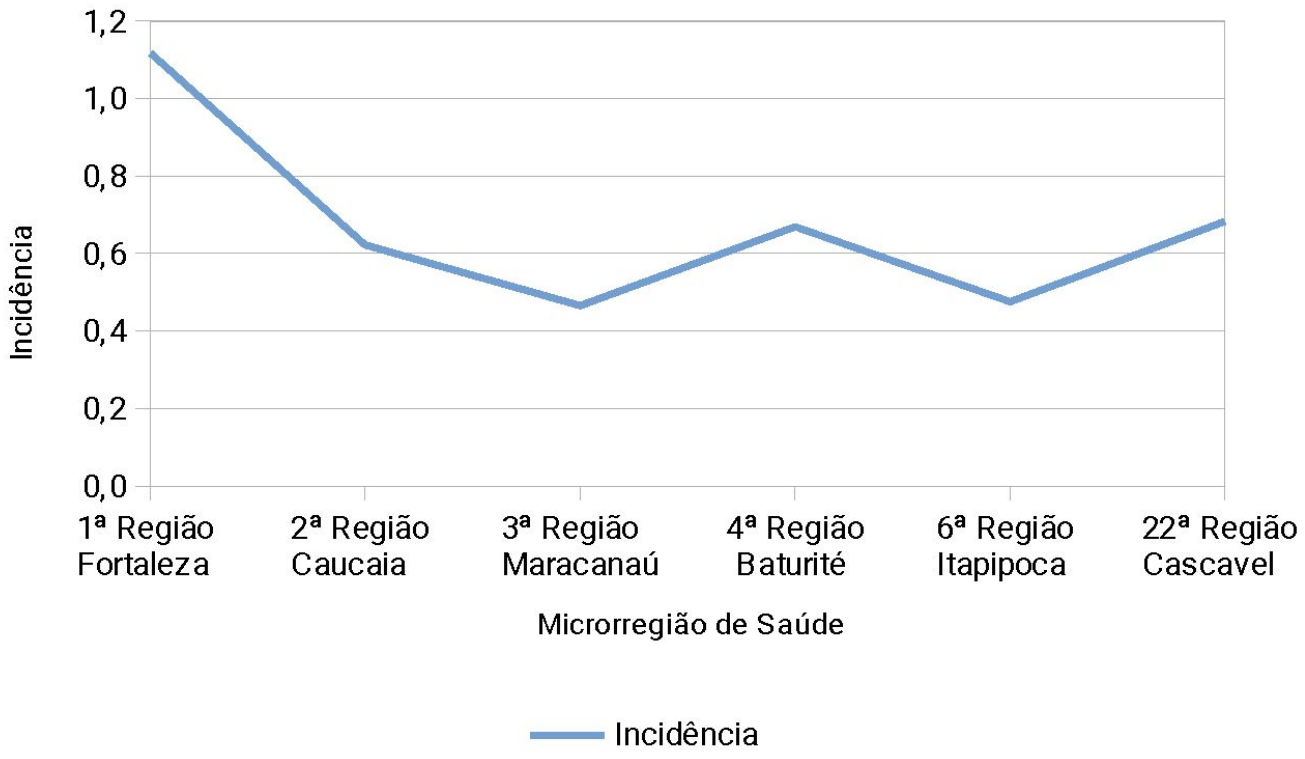
Figura 9. Número de óbitos por câncer e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de incidência foi maior na microrregião de Fortaleza, seguido pelas microrregiões de Cascavel e Baturité (Figura 10).

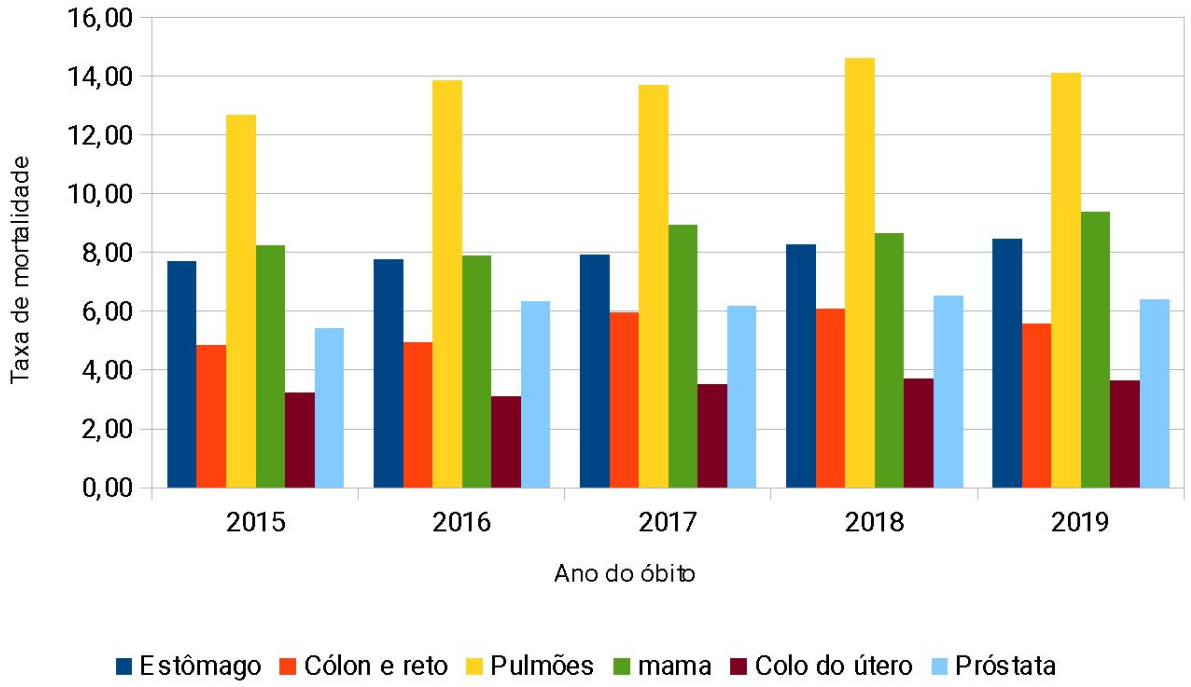
Figura 10. Incidência de câncer, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Na SRFOR, entre os anos de 2015 e 2019, observamos que o câncer com a maior taxa de mortalidade é o de pulmão (Figura 11).

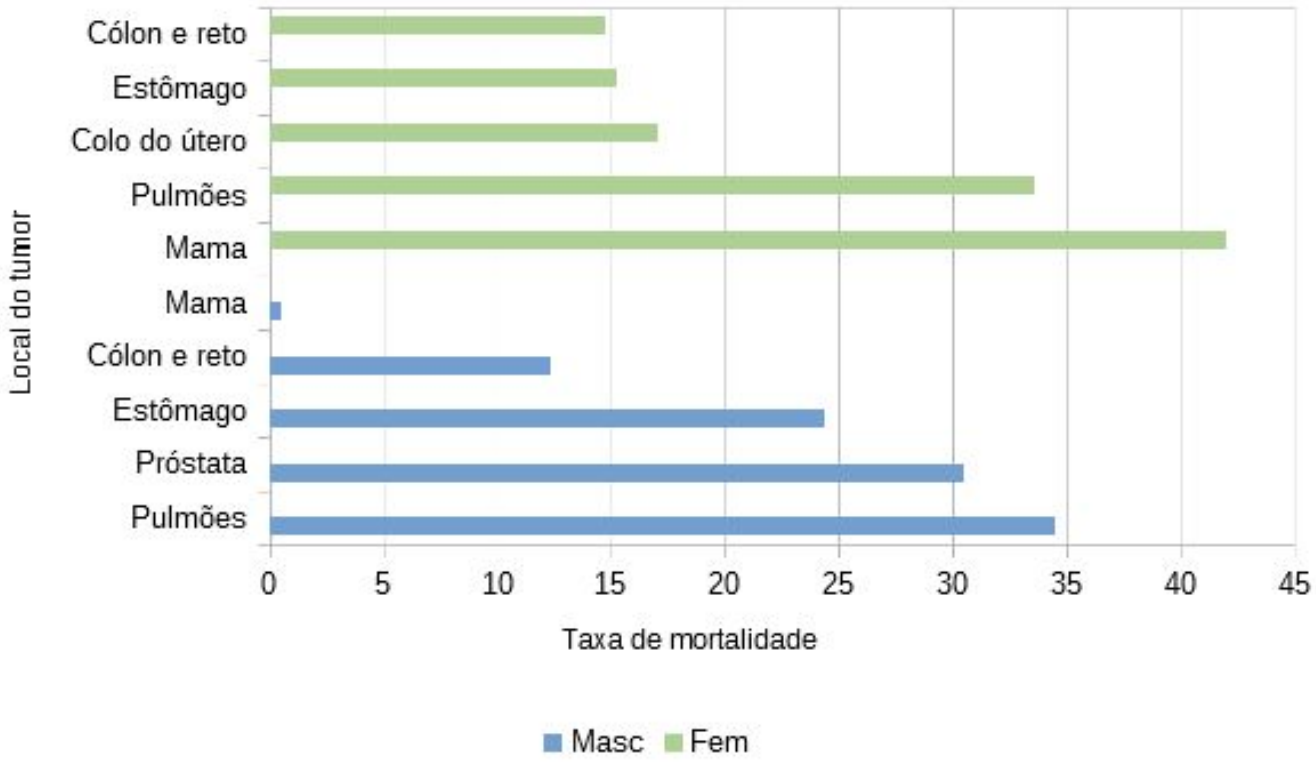
Figura 11. Taxa de mortalidade por câncer, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Relacionando os tipos de cânceres por sexo, observamos que entre as mulheres, a maior taxa de mortalidade é o câncer de mama, seguido pelo câncer de pulmão. E entre os homens, a maior taxa de mortalidade é o câncer de pulmão, seguido pelo câncer de próstata (Figura 12).

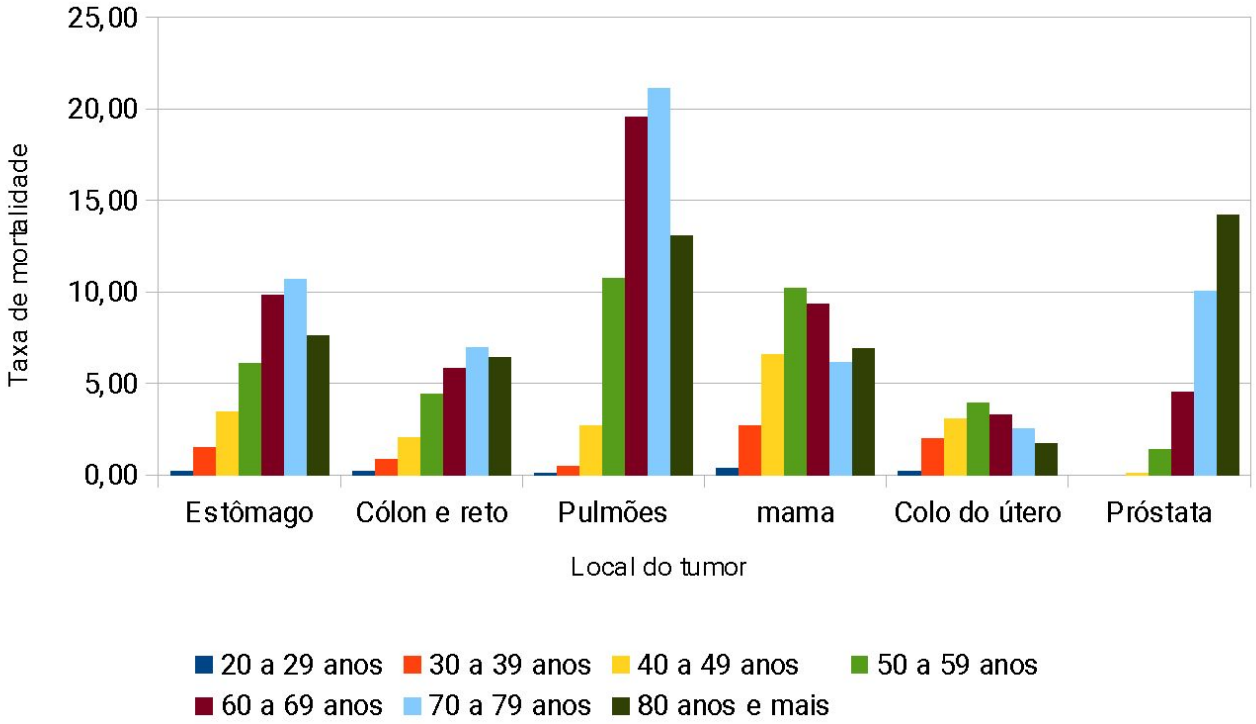
Figura 12. Taxa de mortalidade por câncer por sexo, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Nos casos dos cânceres de pulmão, estômago, cólon e reto, observamos que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 70 e 79 anos. Nos cânceres de mama e colo de útero, a faixa etária com maiores taxas é entre 50 e 59 anos. No caso do câncer de próstata, a faixa etária com maior taxa de mortalidade é acima de 80 anos (Figura 13).

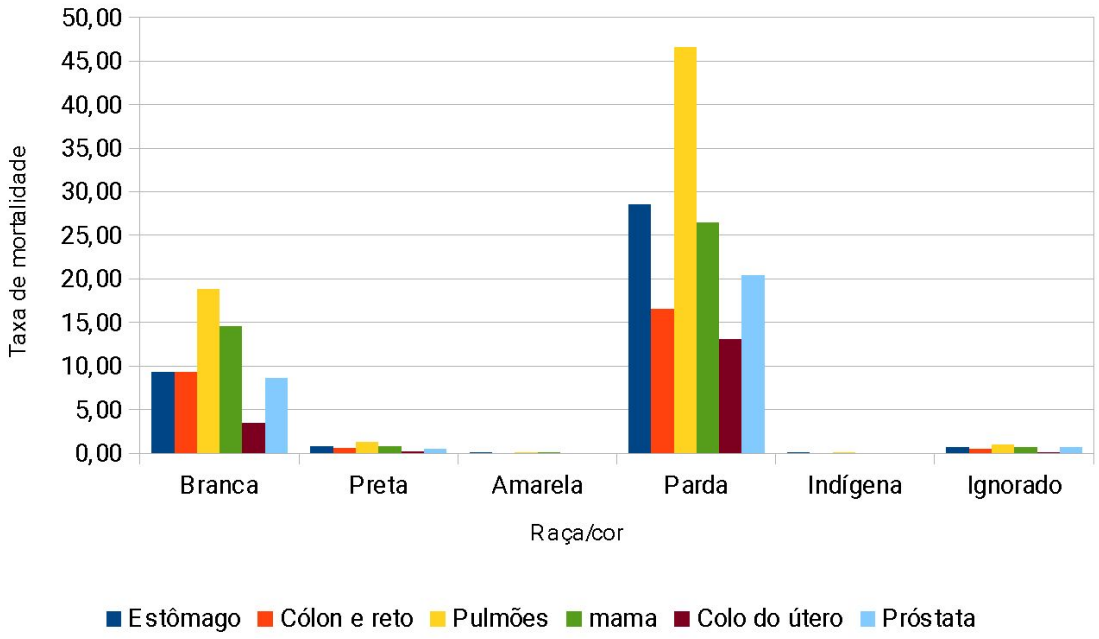
Figura 13. Taxa de mortalidade por faixa etária por câncer, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação à variável raça/cor, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas pardas, seguida pelas brancas (Figura 14).

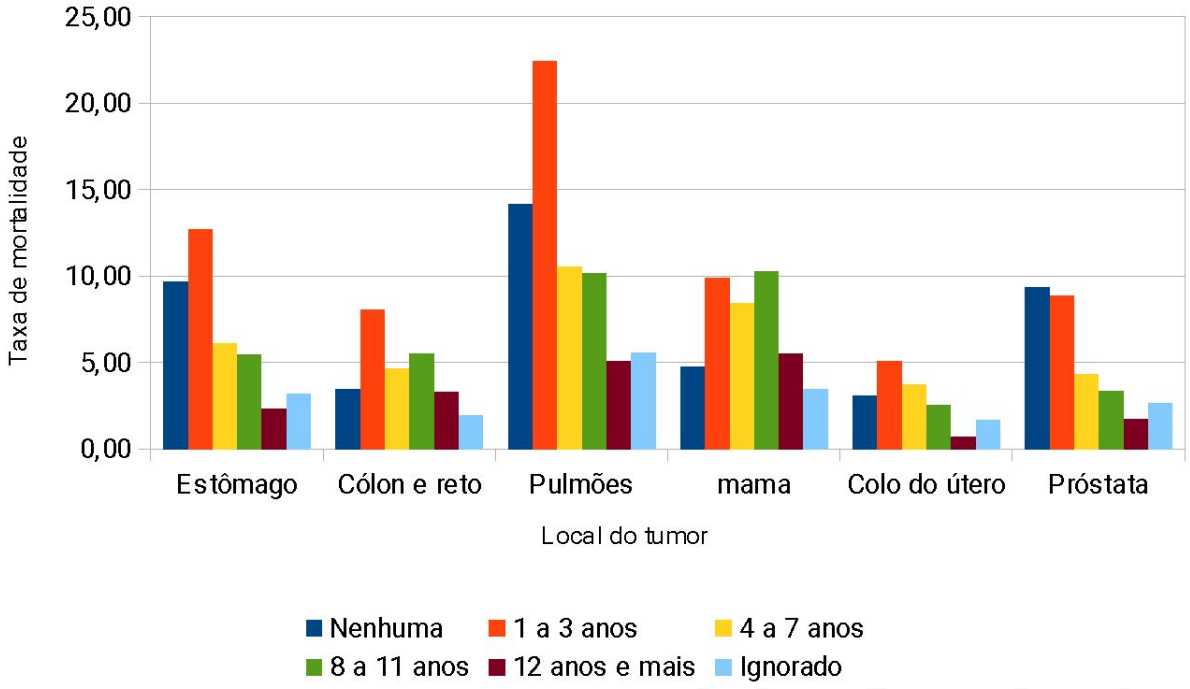
Figura 14. Taxa de mortalidade por câncer por raça/cor, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

No caso da variável escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior o número de óbitos, como demonstrado abaixo, as maiores taxas estão entre as pessoas que possuem de 0 a 3 anos de escolaridade (Figura 15).

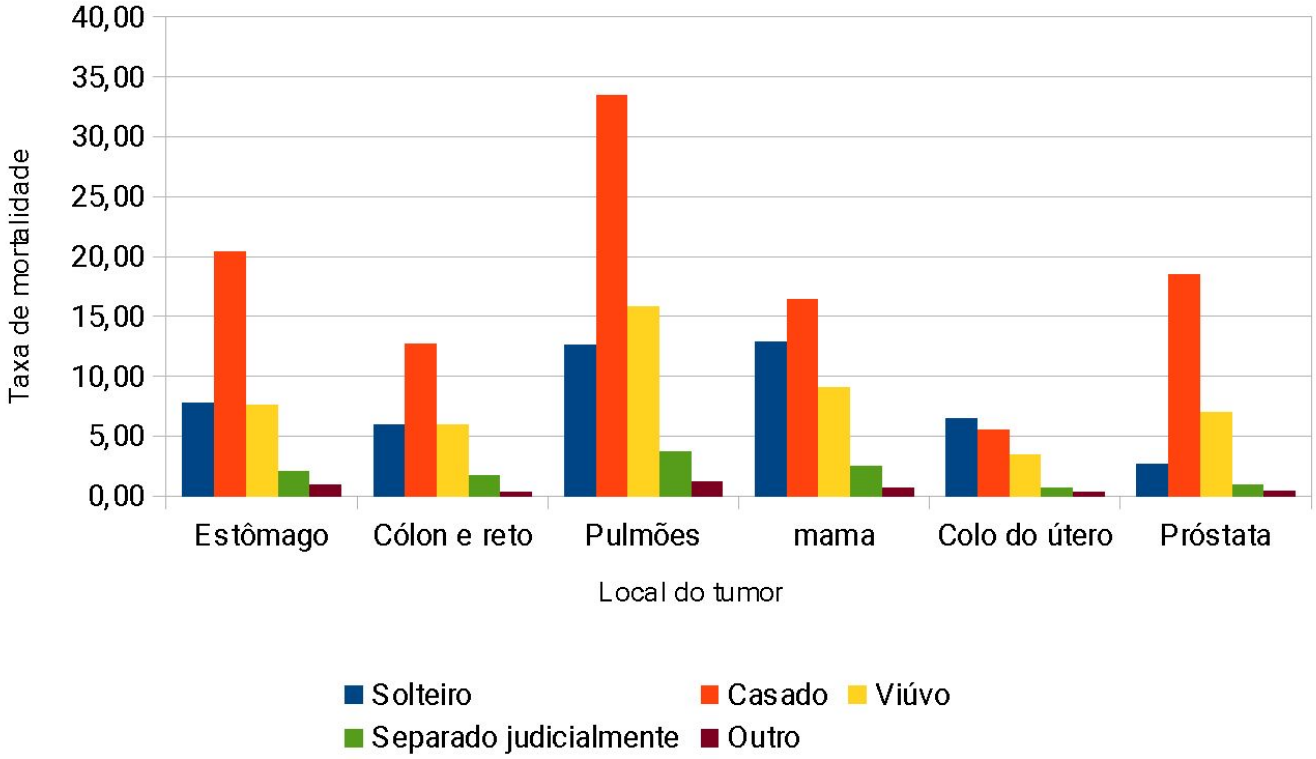
Figura 15. Taxa de mortalidade por câncer por escolaridade, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação ao estado civil, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas casadas, seguida pelas solteiras, com exceção no câncer de próstata e pulmão, que a maior taxa é entre os casados, seguido pelos viúvos (Figura 16).

Figura 16. Taxa de mortalidade por câncer por estado civil, na macrorregião de Fortaleza, 2015 a 2019

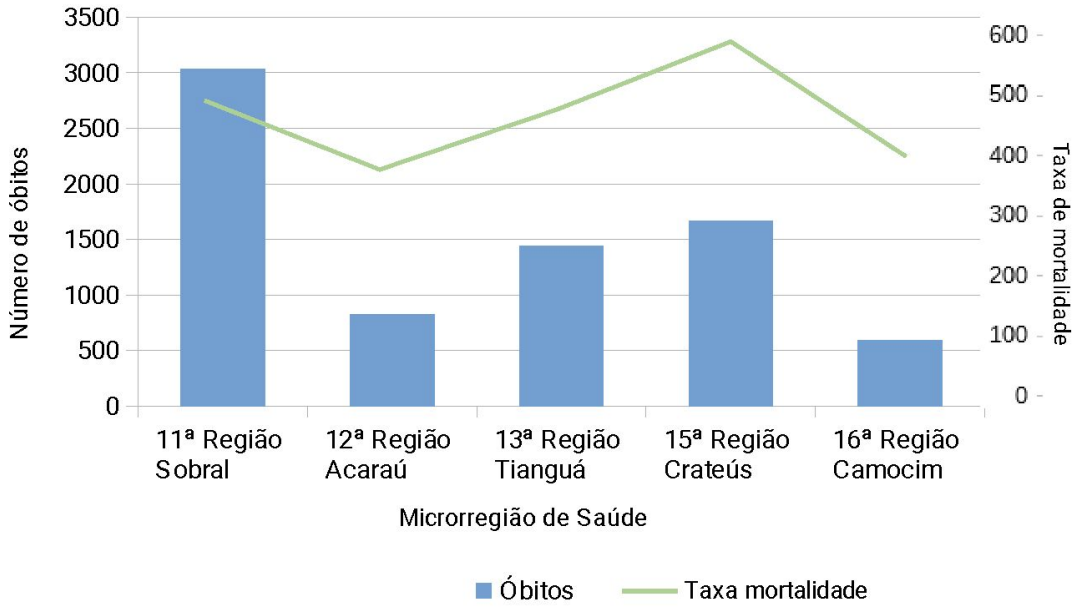


Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

5.1.2 Superintendência Regional Norte

A Superintendência Regional Norte (SRNOR) é composta por 55 municípios, divididos em 5 microrregiões de saúde, 11ª Região Sobral, 12ª Região Acaraú, 13ª Região Tianguá, 15ª Região Crateús e 16ª Região Camocim. Entre os anos de 2015 e 2019, observamos que a microrregião com a maior taxa de mortalidade é a de Crateús, seguida pela microrregião de Sobral (Figura 17).

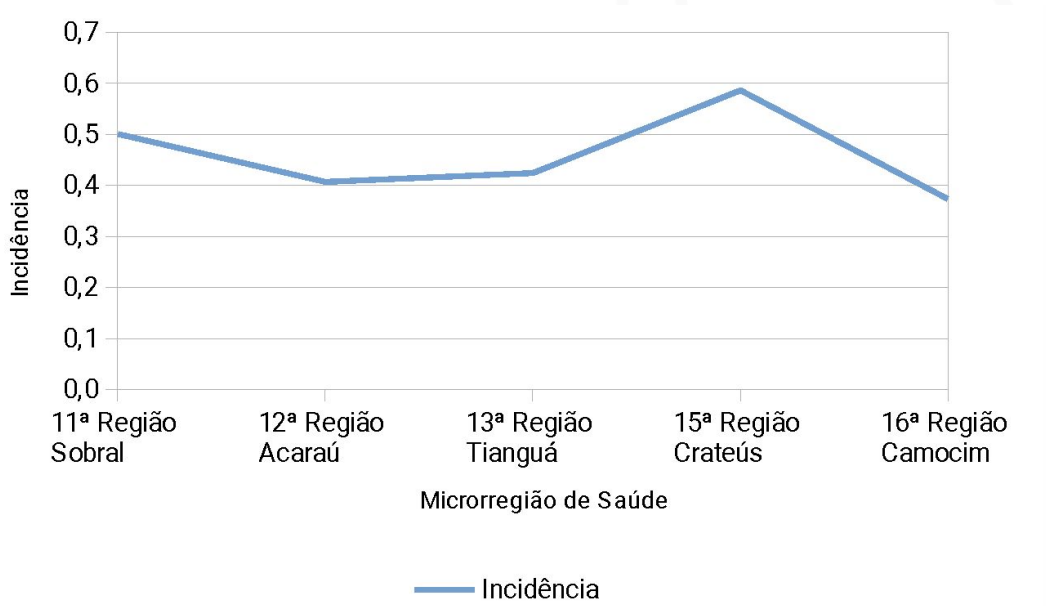
Figura 17. Número de óbitos por câncer e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de incidência foi maior na microrregião de Crateús, seguido pela microrregião de Sobral (Figura 18).

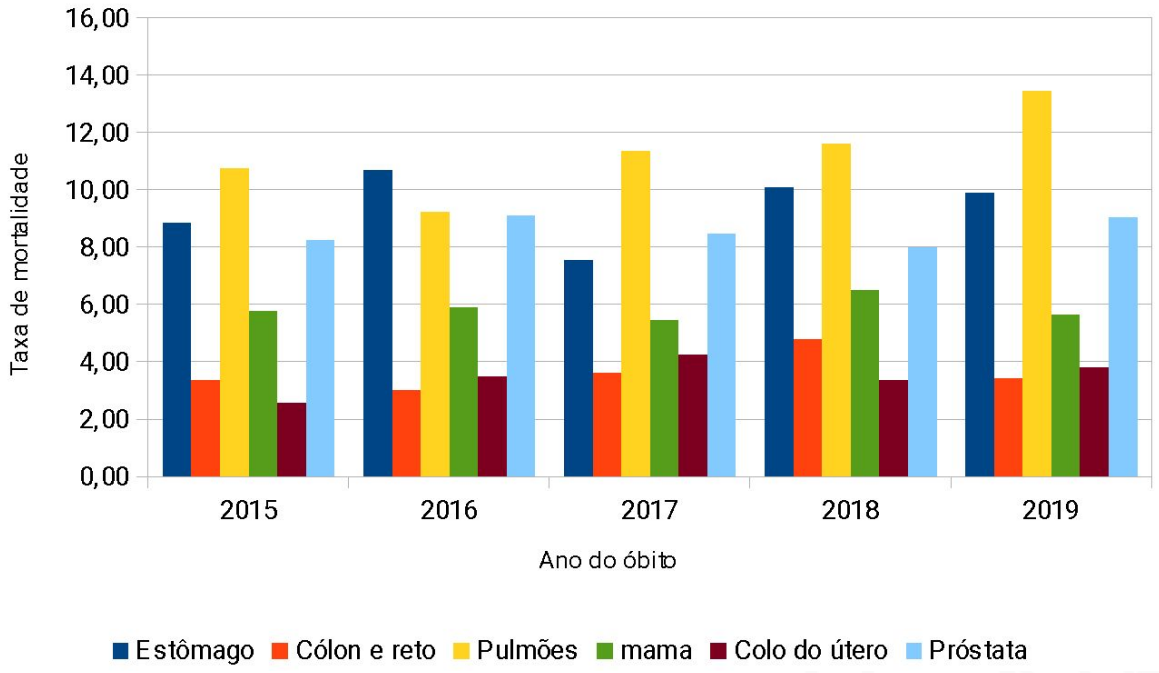
Figura 18. Incidência de câncer, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Na SRNOR, entre os anos de 2015 e 2019, observamos que o câncer com a maior taxa de mortalidade é o de pulmão, seguido pelo câncer de estômago e próstata (Figura 19).

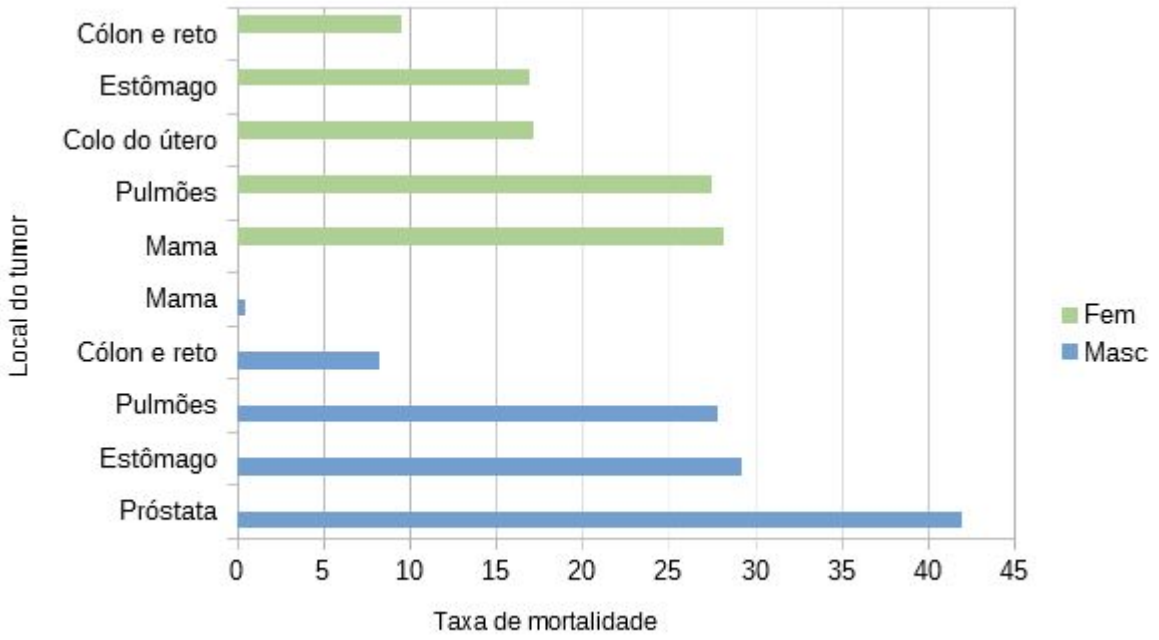
Figura 19. Taxa de mortalidade por câncer, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021

Relacionando os tipos de cânceres por sexo, observamos que entre as mulheres, a maior taxa de mortalidade é o câncer de mama quase empatado com câncer de pulmão. E entre os homens, a maior taxa de mortalidade é o câncer de próstata, seguido pelo câncer de estômago e pulmão (Figura 20).

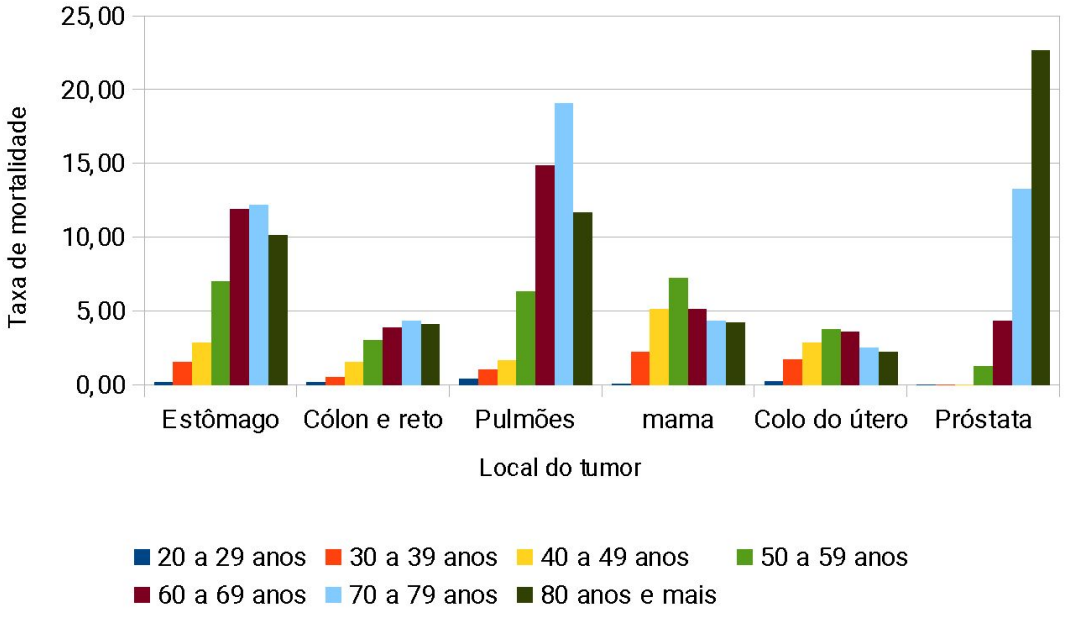
Figura 20. Taxa de mortalidade por câncer por sexo, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Nos casos dos cânceres de pulmão, estômago, cólon e reto, observamos que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 70 e 79 anos. Nos cânceres de mama e colo de útero, a faixa etária com maiores taxas é entre 50 e 59 anos. No caso do câncer de próstata, a faixa etária com maior taxa de mortalidade é acima de 80 anos (Figura 21).

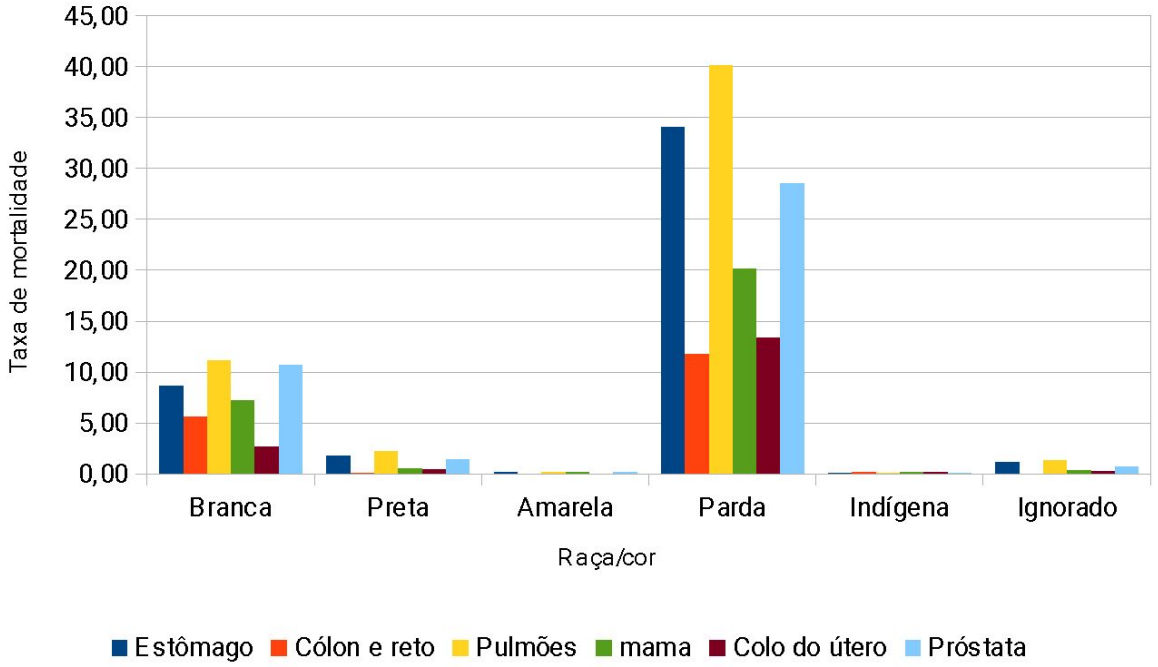
Figura 21. Taxa de mortalidade por faixa etária por câncer, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação à variável raça/cor, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas pardas, seguida pelas brancas (Figura 22).

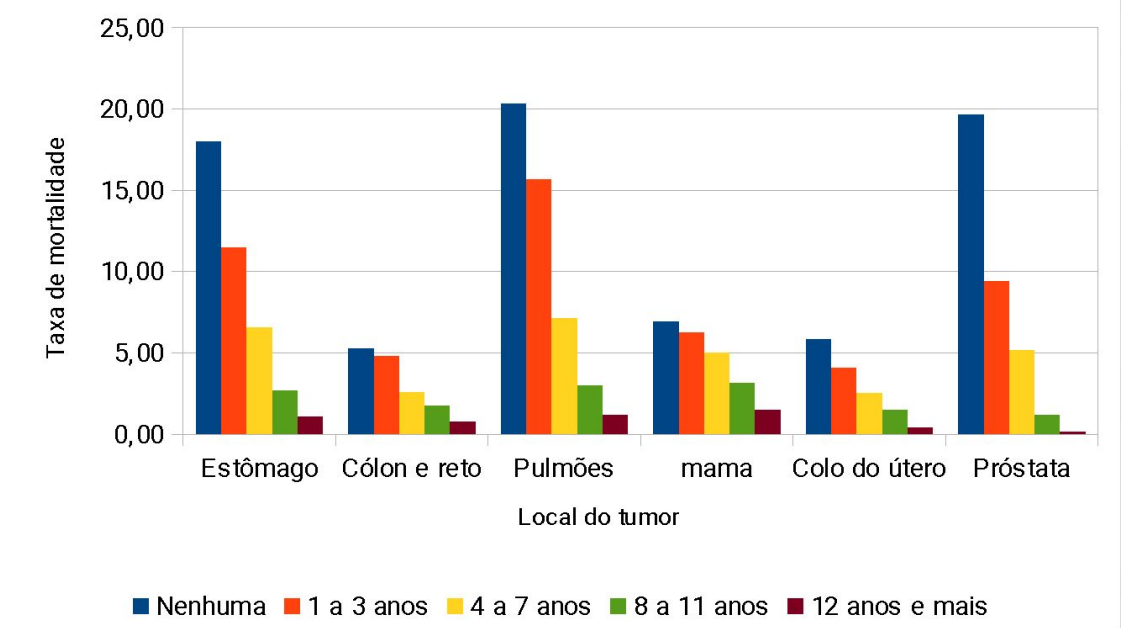
Figura 22. Taxa de mortalidade por câncer por raça/cor, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

No caso da variável escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior a taxa de mortalidade, como demonstrado abaixo, as maiores taxas estão entre as pessoas que possuem de 0 a 3 anos de escolaridade (Figura 23).

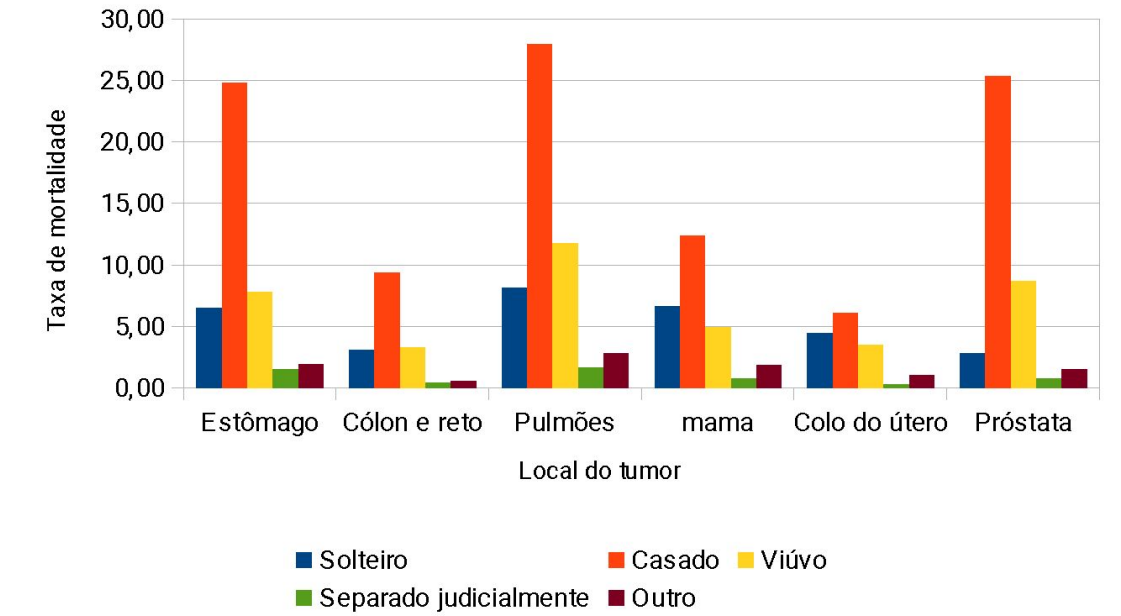
Figura 23. Número de óbitos por câncer por escolaridade, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação ao estado civil, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas casadas, seguida pelas solteiras, com exceção no câncer de próstata e pulmão, que a maior taxa é entre os casados, seguido pelos viúvos (Figura 24).

Figura 24. Número de óbitos por câncer por estado civil, na macrorregião de Sobral, 2015 a 2019

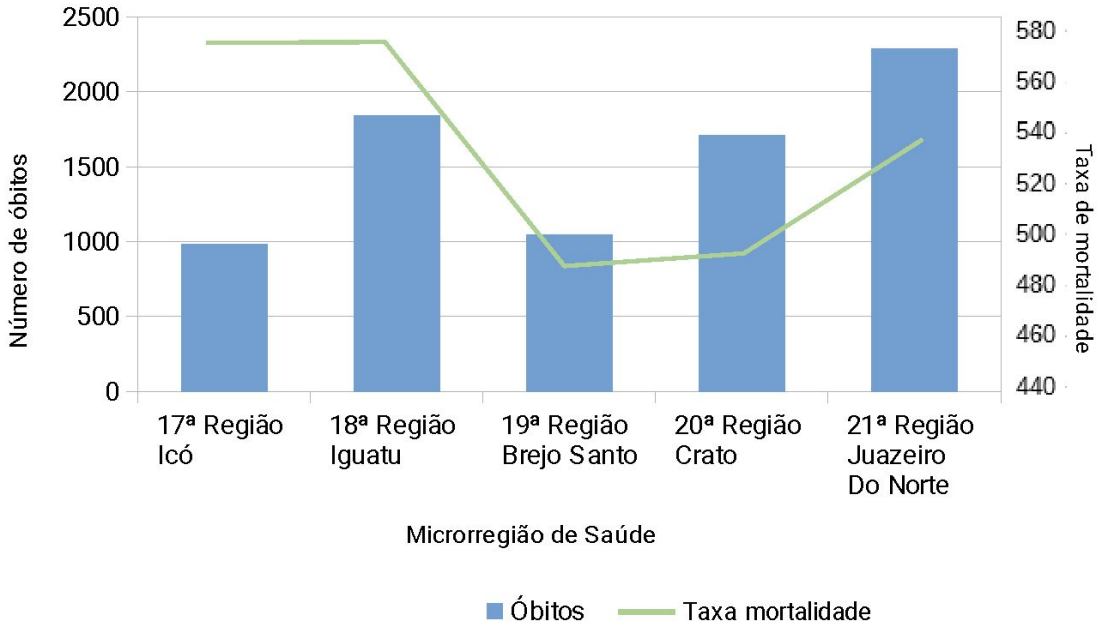


Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

5.1.3 Superintendência Regional do Cariri

A Superintendência Regional do Cariri (SRSUL) é composta por 45 municípios, divididos em 5 microrregiões de saúde, 17ª Região Icó, 18ª Região Iguatu, 19ª Região Brejo Santo, 20ª Região Crato e 21ª Região Juazeiro do Norte. Entre os anos de 2015 e 2019, observamos que as microrregiões com as maiores taxas de mortalidade são a de Icó e Iguatu, seguida pela microrregião de Juazeiro do Norte (Figura 25).

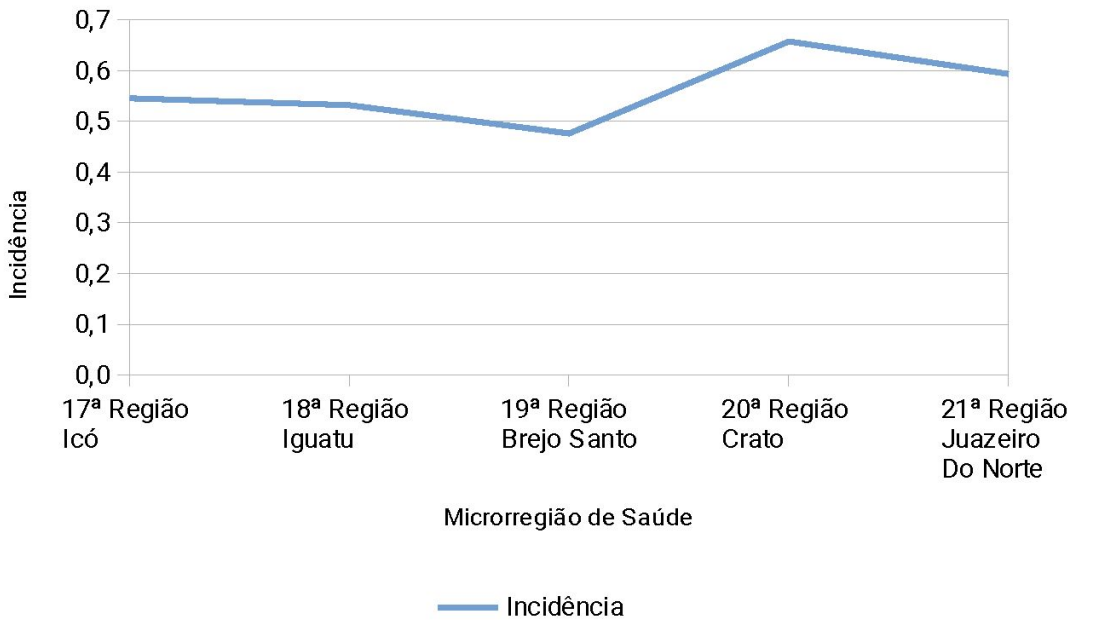
Figura 25. Número de óbitos por câncer e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de incidência foi maior na microrregião de Crato, seguido pela microrregião de Juazeiro do Norte (Figura 26).

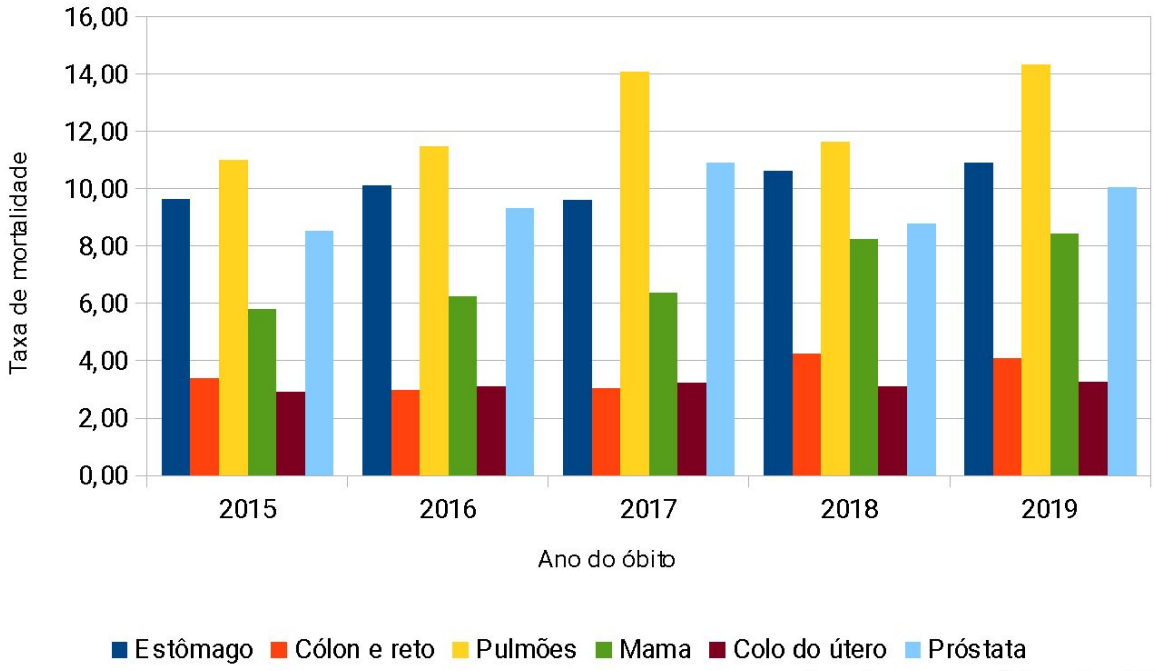
Figura 26. Incidência de câncer, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Na SRSUL, entre os anos de 2015 e 2019, observamos que o câncer com o maior número de casos é o de pulmão, seguido pelo câncer de estômago e próstata (Figura 27).

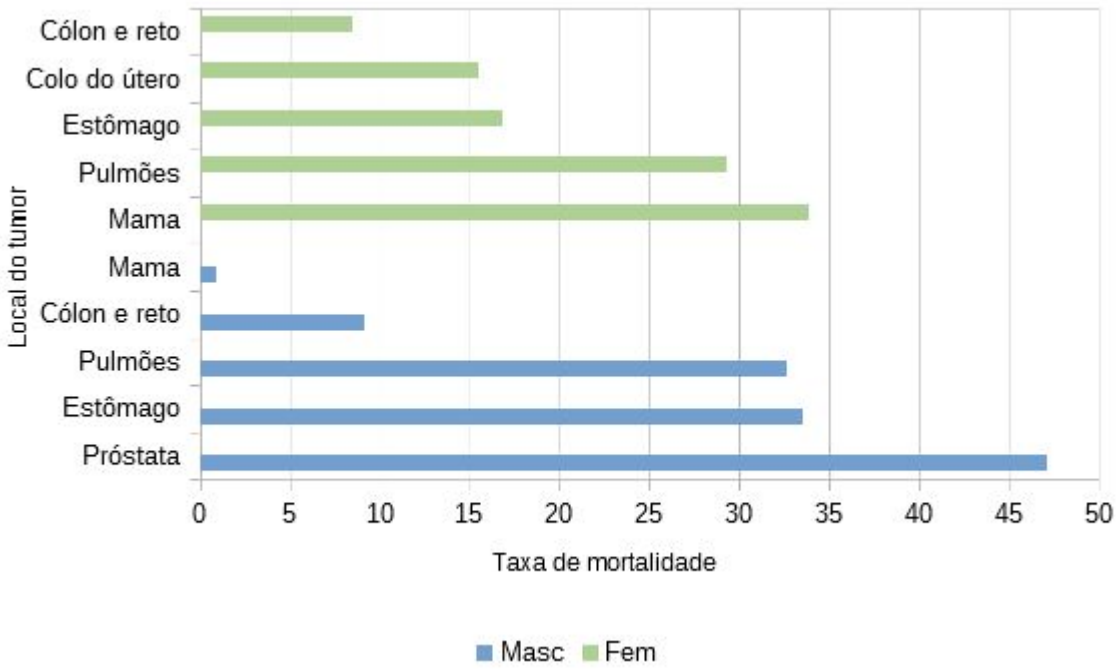
Figura 27. Taxa de mortalidade por câncer por ano, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Relacionando os tipos de cânceres por sexo, observamos que entre as mulheres, a maior taxa de mortalidade é o câncer de mama, seguido pelo câncer de pulmão. E entre os homens, a maior taxa de mortalidade é o câncer de próstata, seguido pelo câncer de estômago e pulmão (Figura 28).

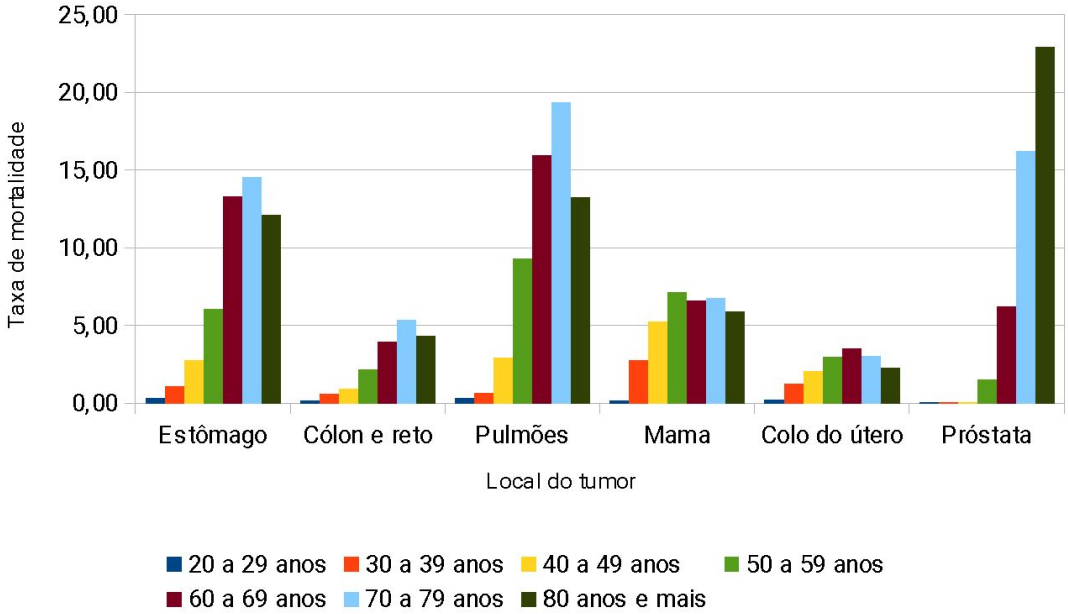
Figura 28. Taxa de mortalidade por câncer por sexo, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Nos casos dos cânceres de pulmão, estômago, cólon e reto, observamos que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 70 e 79 anos. No câncer de mama, a faixa etária com maiores taxas é entre 50 e 59 anos e no câncer de colo de útero, entre 60 e 69 anos. No caso do câncer de próstata, a faixa etária com maior taxa de mortalidade é acima de 80 anos (Figura 29).

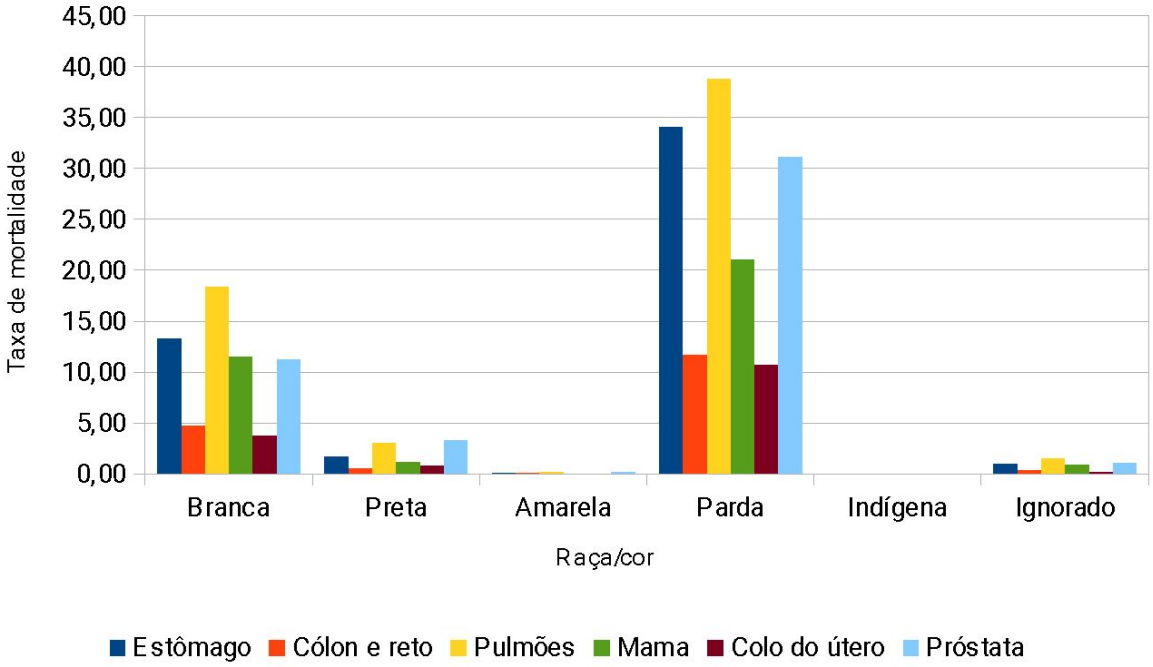
Figura 29. Taxa de mortalidade por faixa etária por câncer, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação à raça/cor, observamos que os maiores números de óbitos estão entre as pessoas pardas, seguida pelas brancas (Figura 30).

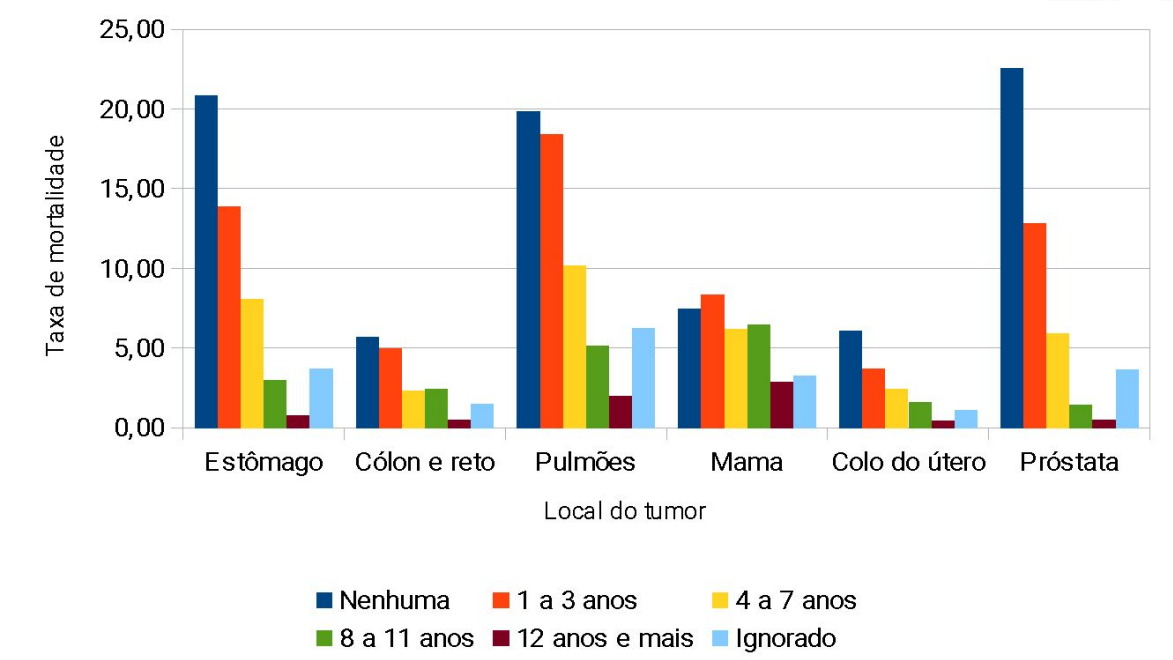
Figura 30. Taxa de mortalidade por câncer por raça/cor, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

No caso da variável escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior taxa de mortalidade, como demonstrado abaixo, as maiores taxas estão entre as pessoas que possuem de 0 a 3 anos de escolaridade (Figura 31).

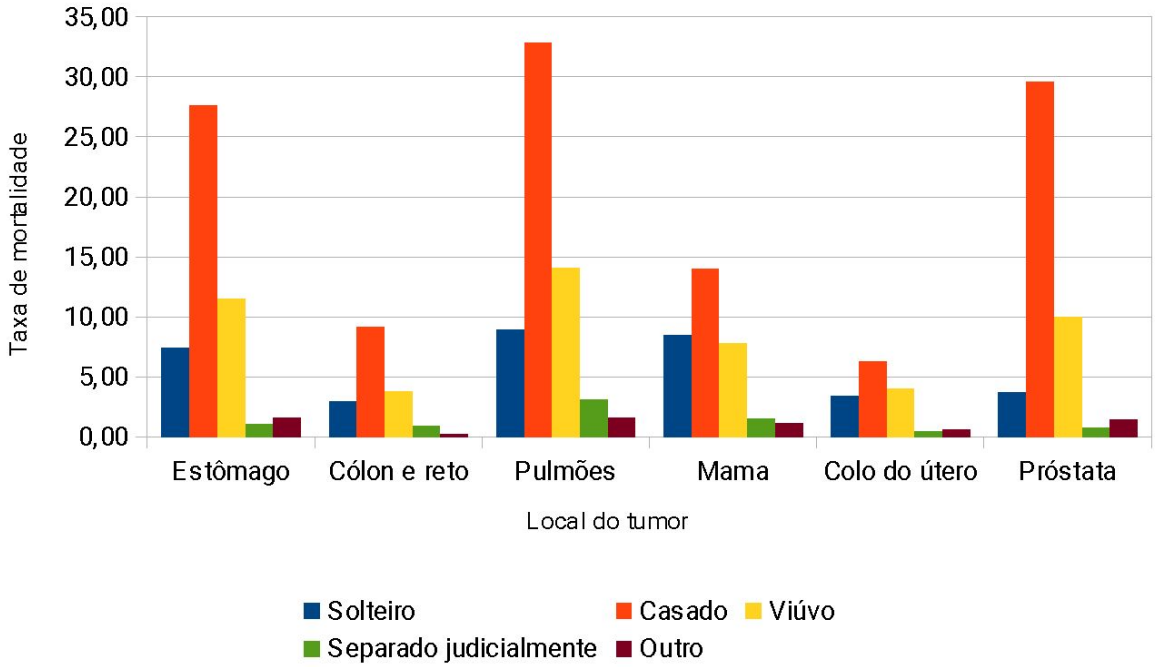
Figura 31. Taxa de mortalidade por câncer por escolaridade, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação ao estado civil, as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas casadas, seguida pelas viúvas, com exceção do câncer de mama, que a maior taxa é entre as casadas, seguida pelas solteiras (Figura 32).

Figura 32. Taxa de mortalidade por câncer por estado civil, na macrorregião do Cariri, 2015 a 2019

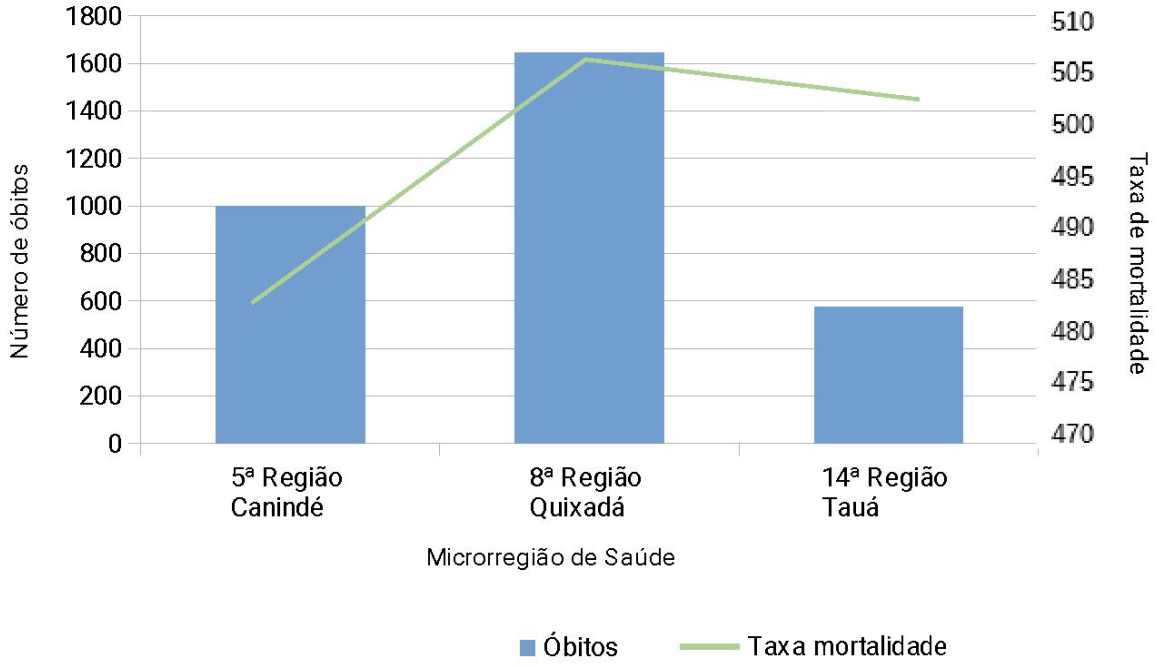


Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

5.1.4 Superintendência Regional do Sertão Central

A Superintendência Regional do Sertão Central (SRCEN) é composta por 20 municípios, divididos em 3 microrregiões de saúde, 5ª Região Canindé, 8ª Região Quixadá e 14ª Região Tauá. Entre os anos de 2015 e 2019, observamos que a microrregião com a maior taxa de mortalidade é a do Quixadá, seguida pela microrregião de Tauá (Figura 33).

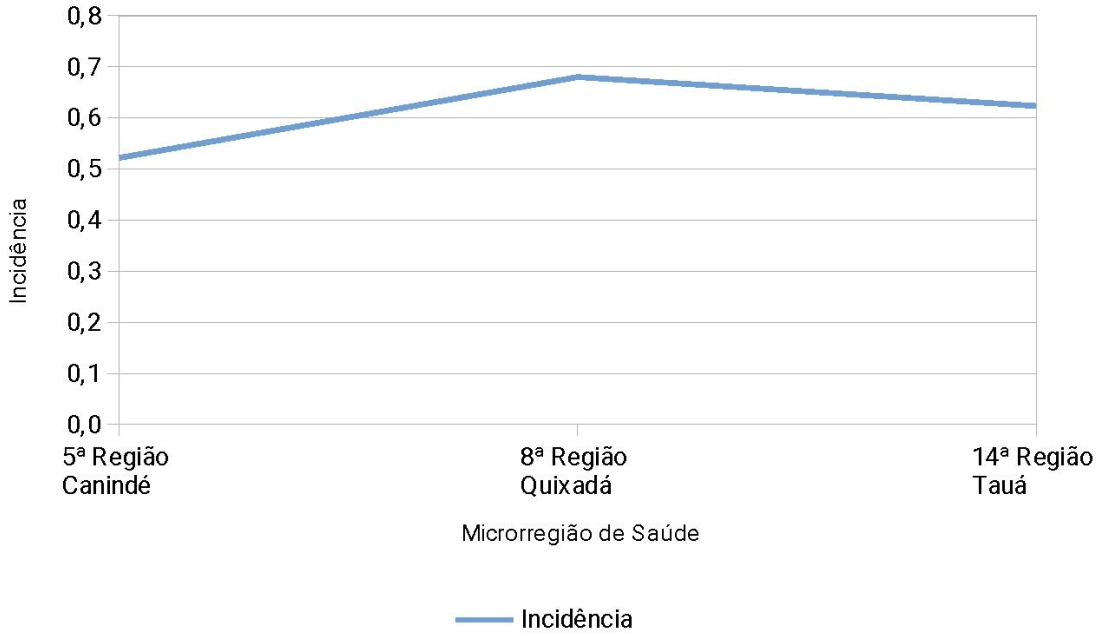
Figura 33. Número de óbitos por câncer e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de incidência foi maior na microrregião de Quixadá, seguido pela microrregião de Tauá (Figura 34).

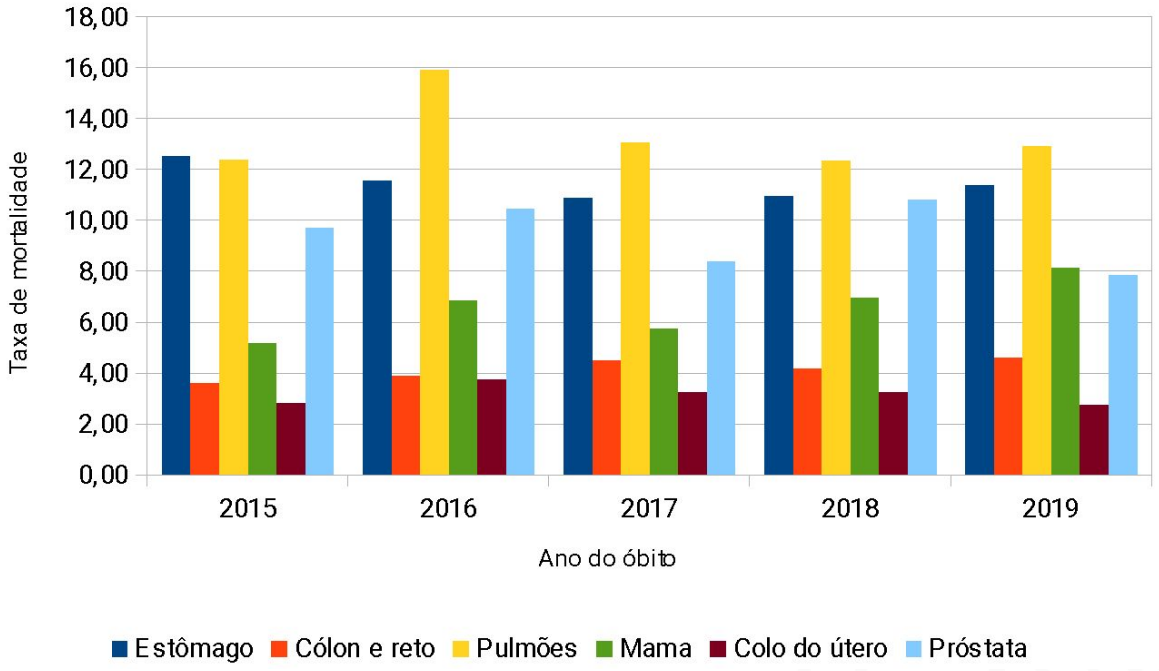
Figura 34. Incidência de câncer, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Na SR SC, entre os anos de 2015 e 2019, observamos que o câncer com a maior taxa de mortalidade é o de pulmão, seguido pelo câncer de estômago. No ano de 2015, os cânceres de pulmão e estômago tiveram quase a mesma taxa de mortalidade (Figura 35).

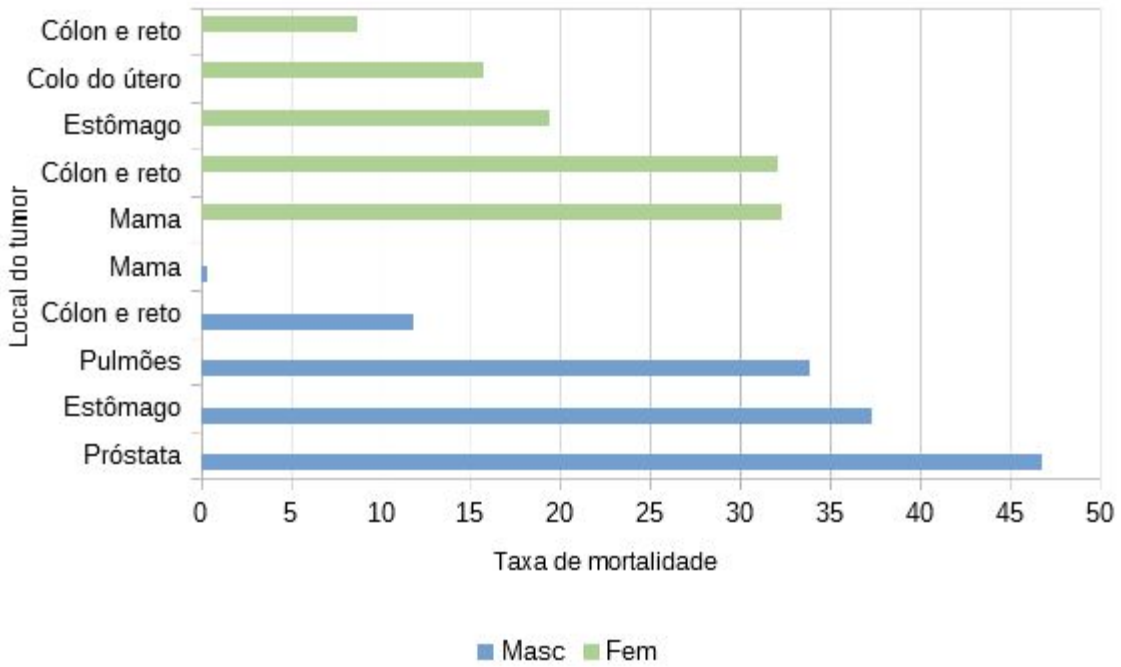
Figura 35. Taxa de mortalidade por câncer, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Relacionando os tipos de cânceres por sexo, observamos que entre as mulheres, os cânceres de mama e pulmão estão empatados com as maiores taxas de mortalidade. E entre os homens, a maior taxa de mortalidade é o câncer de próstata, seguido pelo câncer de estômago e pulmão (Figura 36).

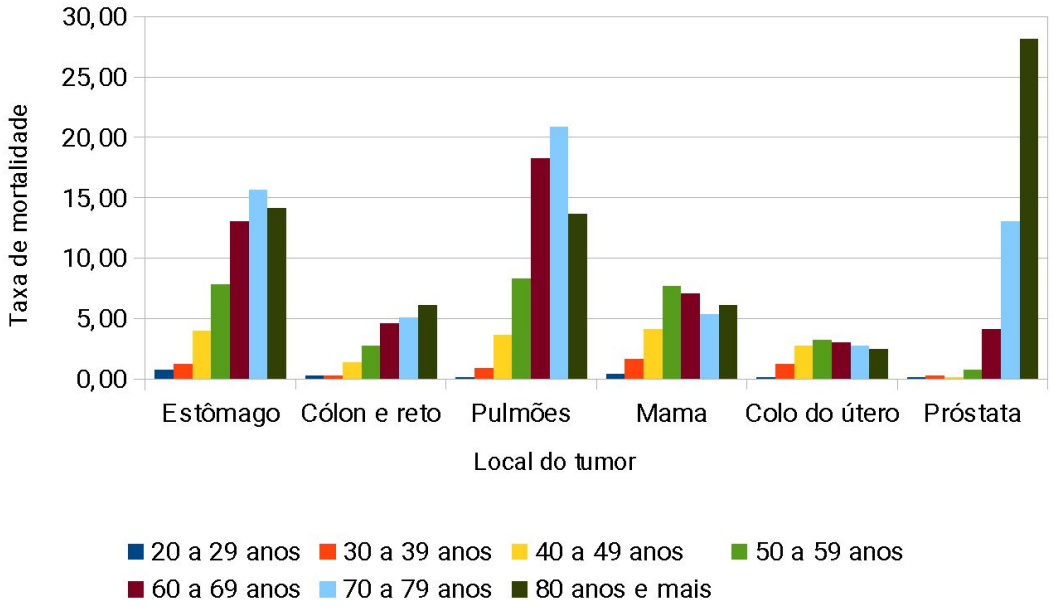
Figura 36. Taxa de mortalidade por câncer por sexo, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Nos casos dos cânceres de pulmão e estômago, observamos que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 70 e 79 anos. No câncer de mama, a faixa etária com maiores taxas é entre 50 e 59 anos e no câncer de colo de útero, entre 50 e 69 anos. No caso do câncer de próstata e cólon e reto, a faixa etária com maior taxa de mortalidade é acima de 80 anos (Figura 37).

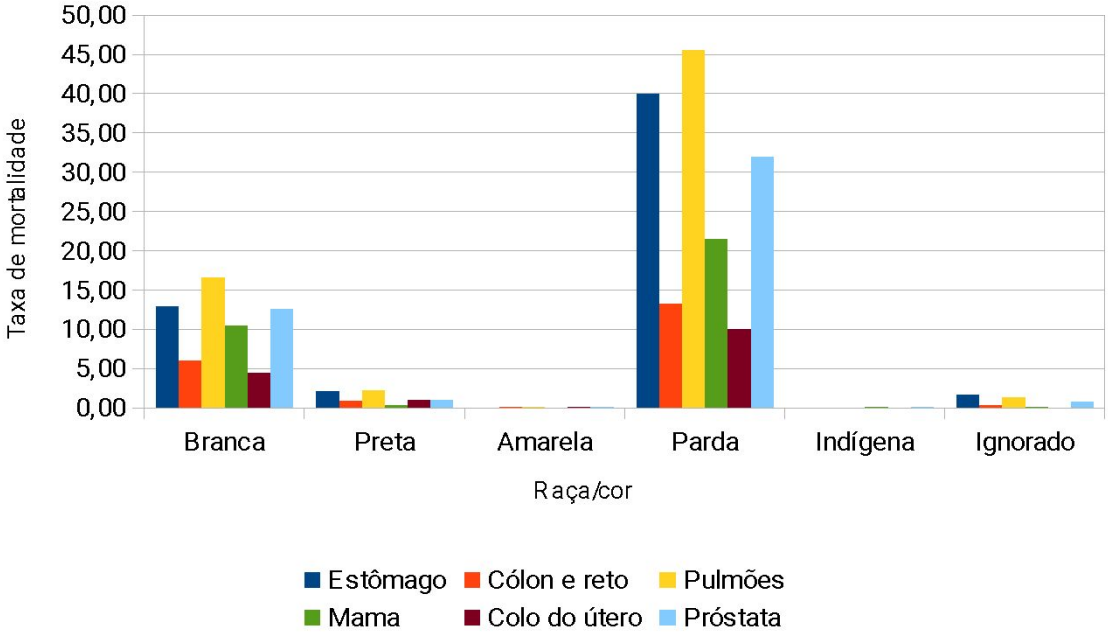
Figura 37. Taxa de mortalidade por faixa etária por câncer, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação à raça/cor, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas pardas, seguida pelas brancas. Observamos também que quase não há óbitos entre os indígenas (Figura 38).

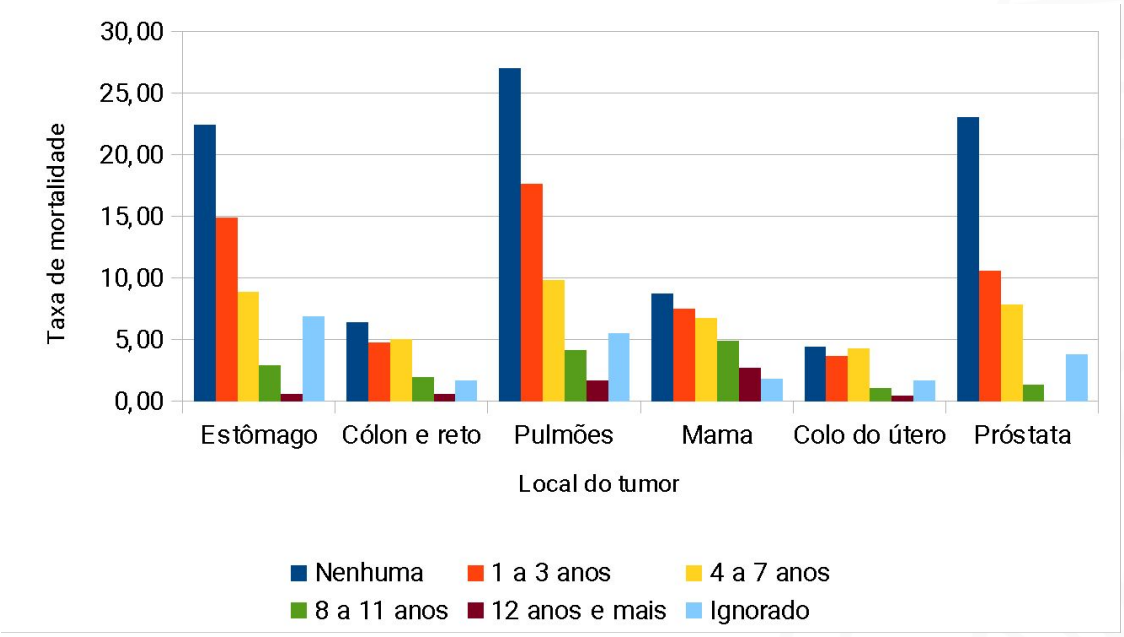
Figura 38. Taxa de mortalidade por câncer por raça/cor, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

No caso da variável escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior a taxa de mortalidade, como demonstrado abaixo, as maiores taxas estão entre as pessoas que possuem de 0 a 3 anos de escolaridade. Notamos que no câncer de próstata, não houve óbitos entre os homens que possuem 12 ou mais anos de escolaridade (Figura 39).

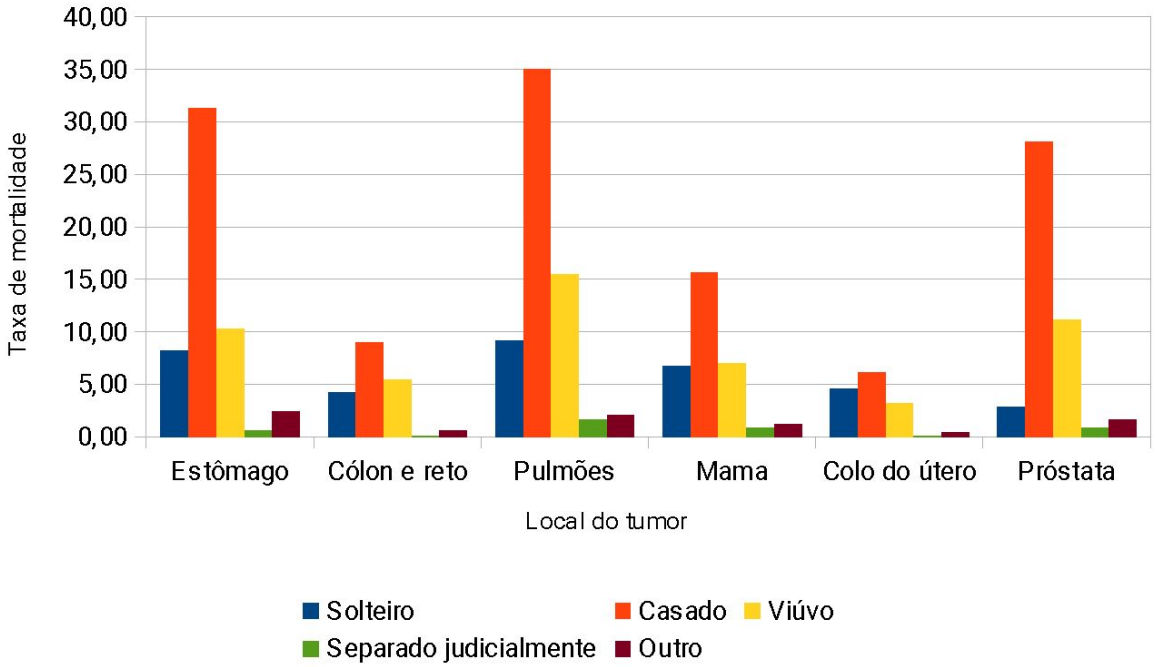
Figura 39. Taxa de mortalidade por câncer por escolaridade, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação ao estado civil, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas casadas, seguida pelas viúvas, com exceção do câncer de colo do útero, que a maior taxa é entre as casadas, seguida pelas solteiras (Figura 40).

Figura 40. Taxa de mortalidade por câncer por estado civil, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019

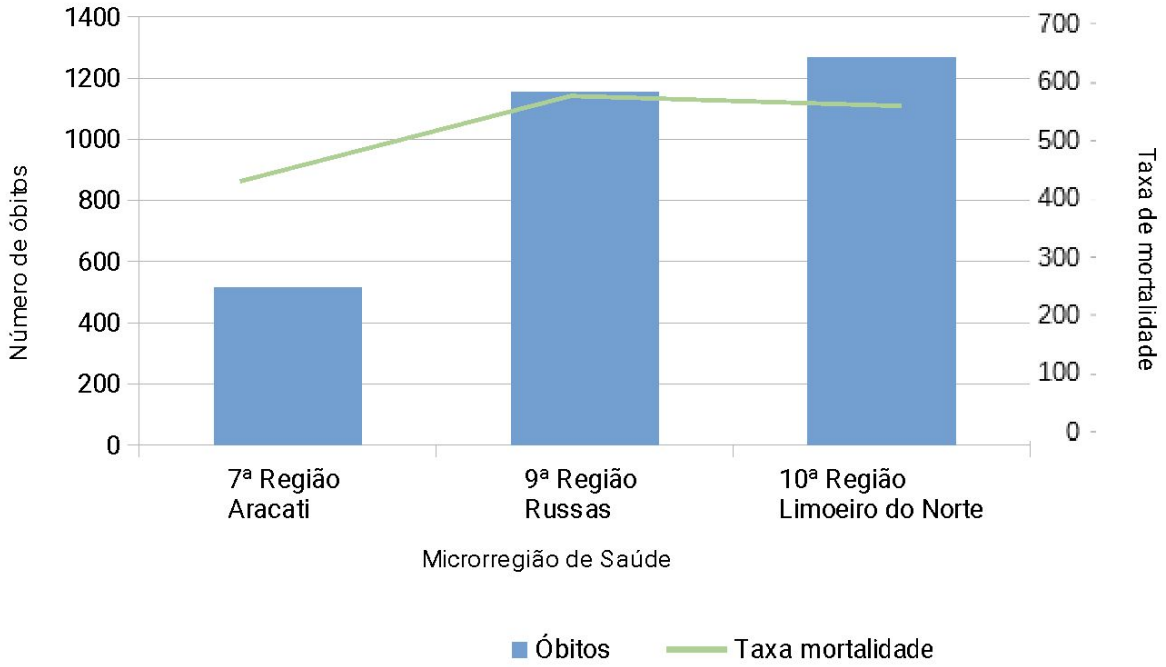


Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

5.1.5 Superintendência Regional do Litoral Leste/ Jaguaribe

A Superintendência Regional do Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES) é composta por 20 municípios, divididos em três microrregiões de saúde, 7ª Região Aracati, 9ª Região Russas e 10ª Região Limoeiro do Norte. Entre os anos de 2015 e 2019, observamos que a microrregião com a maior taxa de mortalidade é a de Russas, seguida pela microrregião de Limoeiro do Norte (Figura 41).

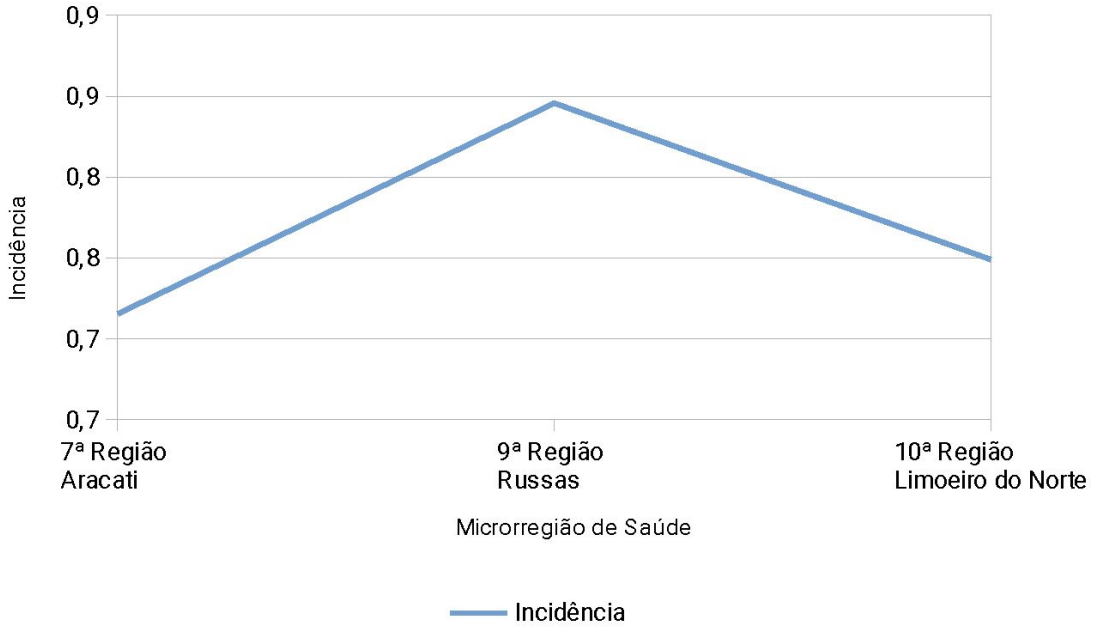
Figura 41. Número de óbitos por câncer e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

A taxa de incidência foi maior na microrregião de Russas, seguido pela microrregião de Limoeiro do Norte (Figura 42).

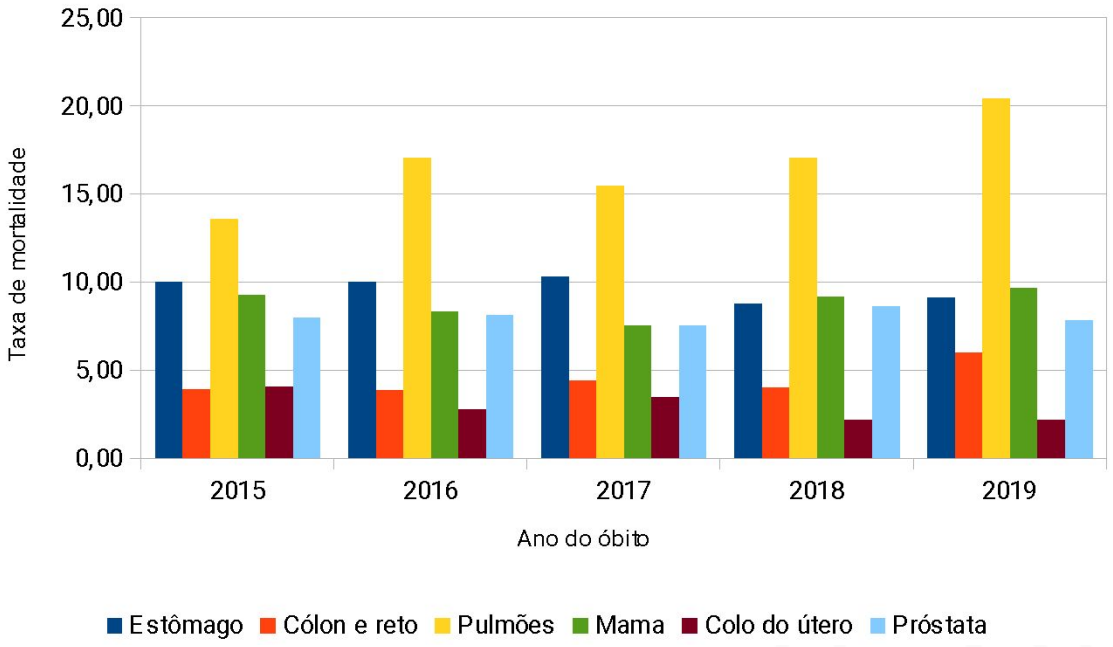
Figura 42. Incidência de câncer, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Na SRLES, entre os anos de 2015 e 2019, observamos que o câncer com a maior taxa de mortalidade é o de pulmão, seguido pelo câncer de estômago, com exceção dos anos 2018 e 2019, que a maior taxa de mortalidade é o câncer de pulmão, seguido pelo câncer de mama (Figura 43).

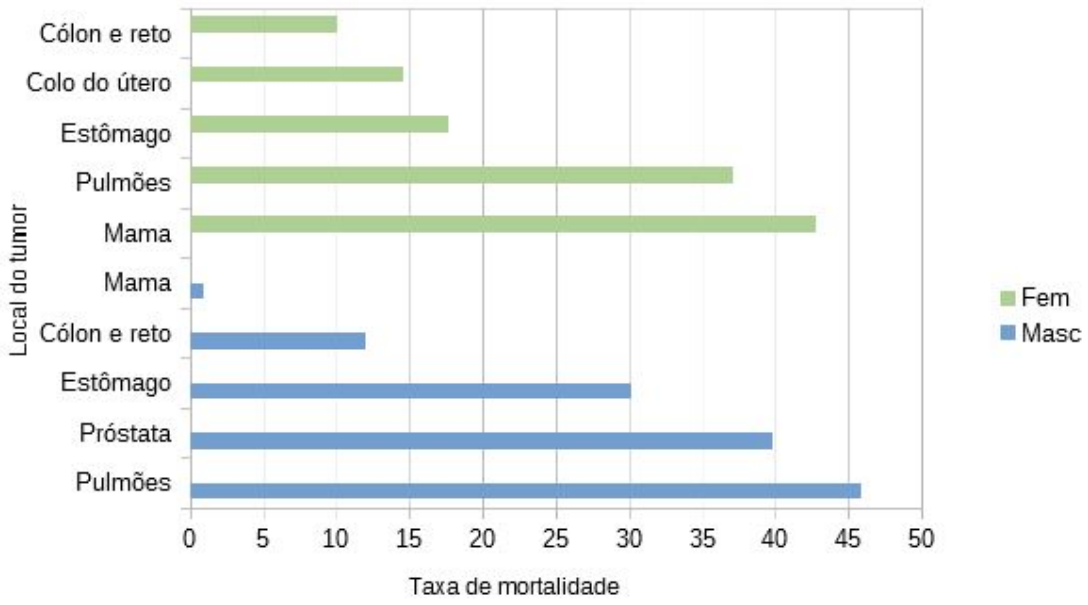
Figura 43. Número de óbitos por câncer, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Relacionando os tipos de cânceres por sexo, observamos que entre as mulheres, as maiores taxas de mortalidade estão entre o câncer de mama, seguido pelo câncer de pulmão. E entre os homens, a maior taxa de mortalidade é o câncer de pulmão, seguido pelo câncer de próstata (Figura 44).

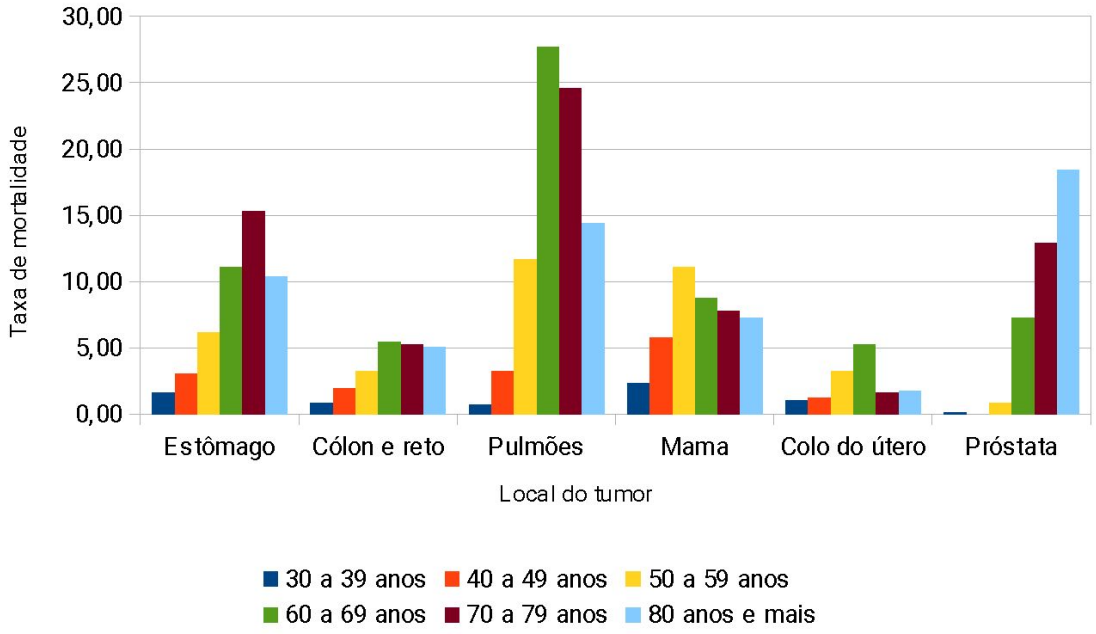
Figura 44. Taxa de mortalidade por câncer por sexo, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Nos casos dos cânceres de pulmão, colo do útero e cólon e reto, observamos que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 60 e 69 anos. No câncer de mama, a faixa etária com maiores taxas é entre 50 e 59 anos. No caso do câncer de próstata, a faixa etária com maior taxa de mortalidade é acima de 80 anos. No câncer de estômago, a maior taxa de mortalidade é entre 70 e 79 anos (Figura 45).

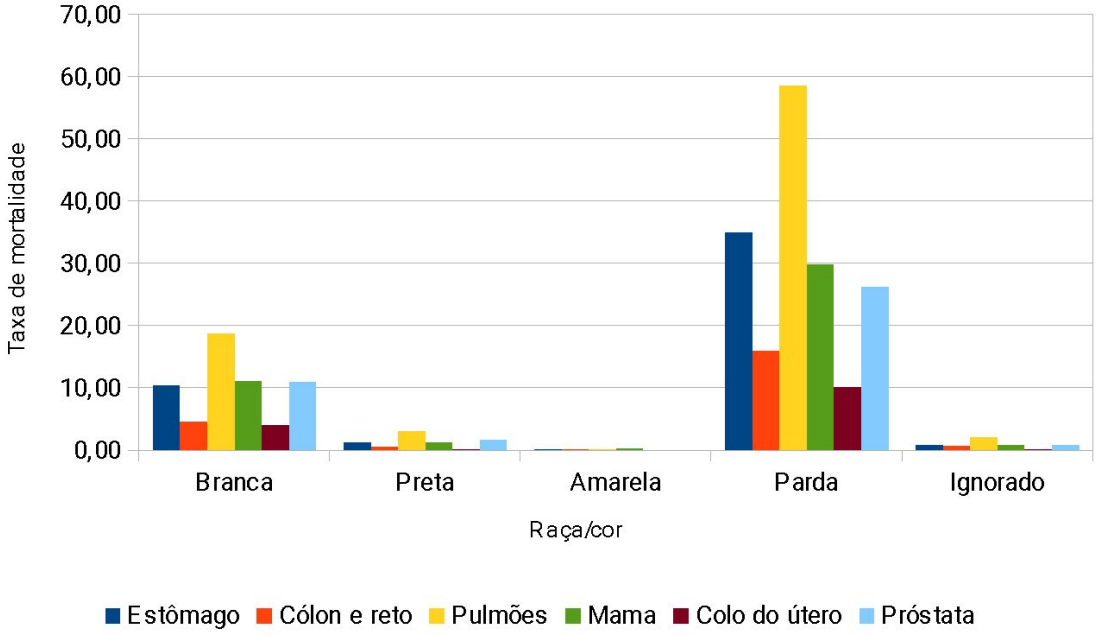
Figura 45. Taxa de mortalidade por faixa etária por câncer, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação à raça/cor, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas pardas, seguida pelas brancas. Observamos também que os indígenas não aparecem (Figura 46).

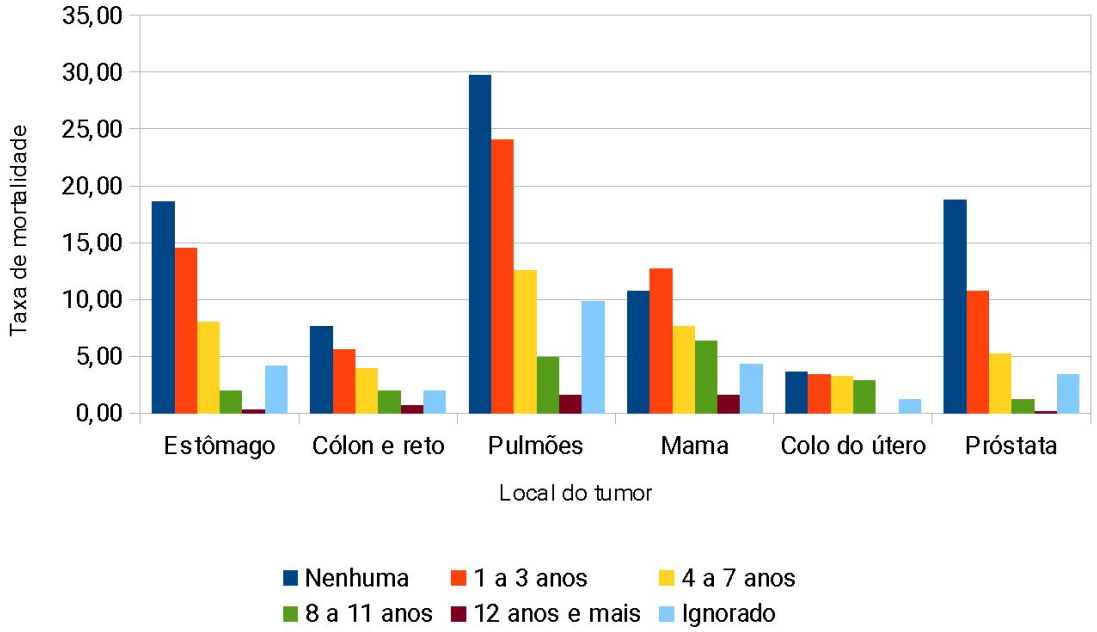
Figura 46. Taxa de mortalidade por câncer por raça/cor, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

No caso da variável escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior a taxa de mortalidade, como demonstrado abaixo, as maiores taxas estão entre as pessoas que não possuem nenhum ano de escolaridade, com exceção do câncer de mama, que a maior taxa é entre as pessoas com 1 a 3 anos de escolaridade (Figura 47).

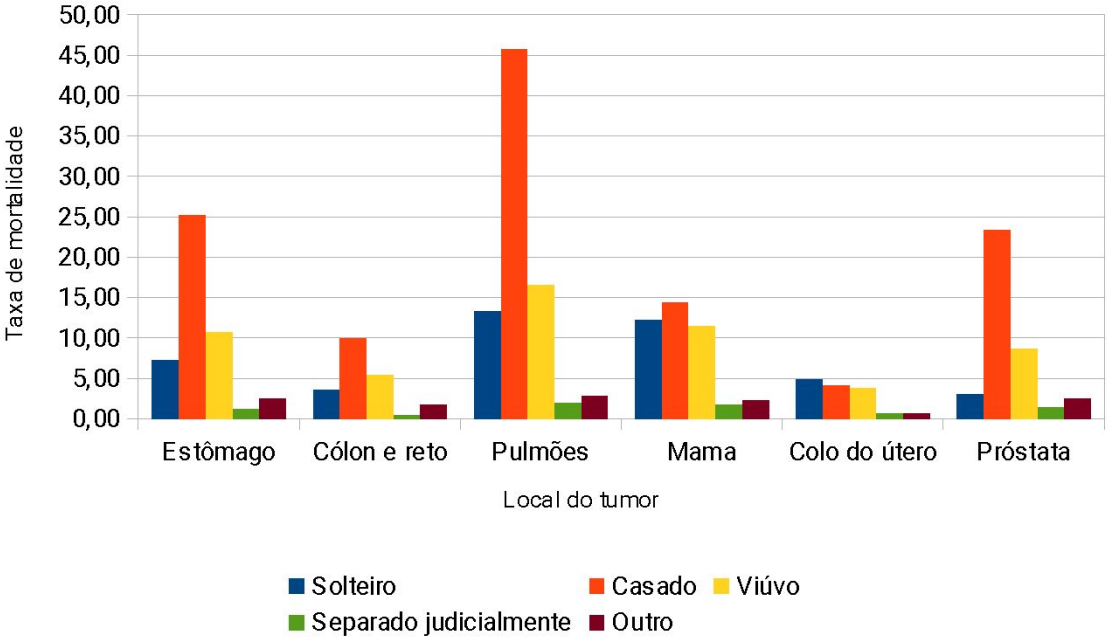
Figura 47. Taxa de mortalidade por câncer por escolaridade, na macrorregião do Litoral Leste, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Em relação ao estado civil, observamos que as maiores taxas de mortalidade estão entre as pessoas casadas, seguida pelas viúvas, com exceção do câncer de colo do útero, que o maior número é entre as solteiras, seguida pelas casadas (Figura 48).

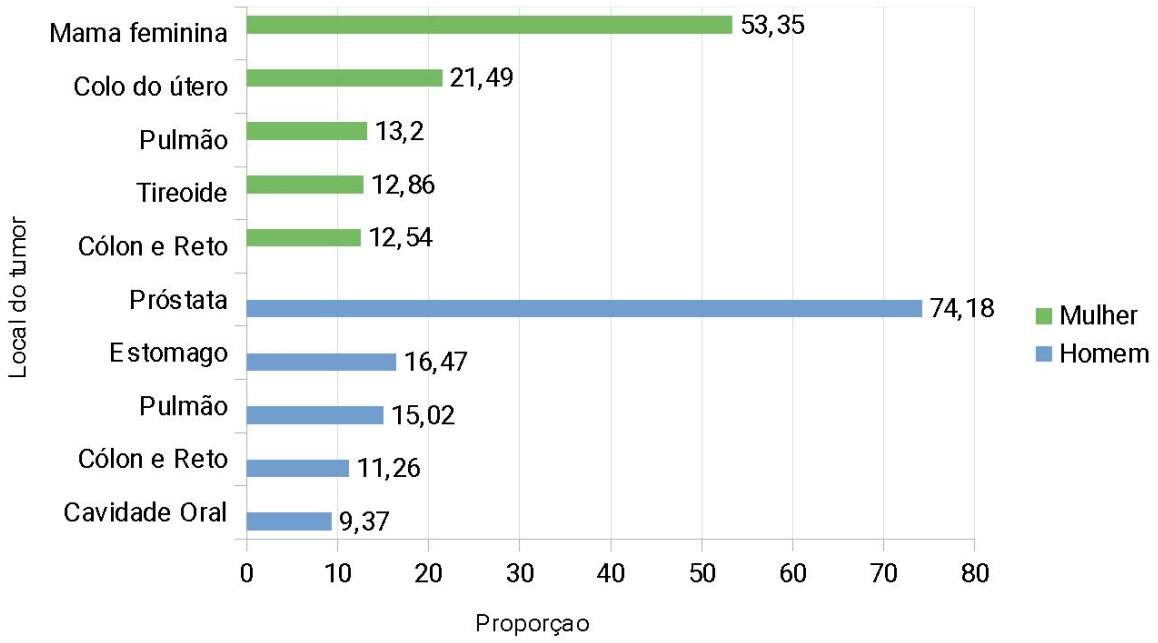
Figura 48. Taxa de mortalidade por câncer por estado civil, na macrorregião do Sertão Central, 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

De acordo com o INCA, os cinco tipos de câncer mais frequentes em homens no estado do Ceará são: próstata, estômago, pulmão, cólon e reto e cavidade oral. Em mulheres, os tipos são: mama,colo do útero, pulmão, tireóide e cólon e reto (Figura 49).

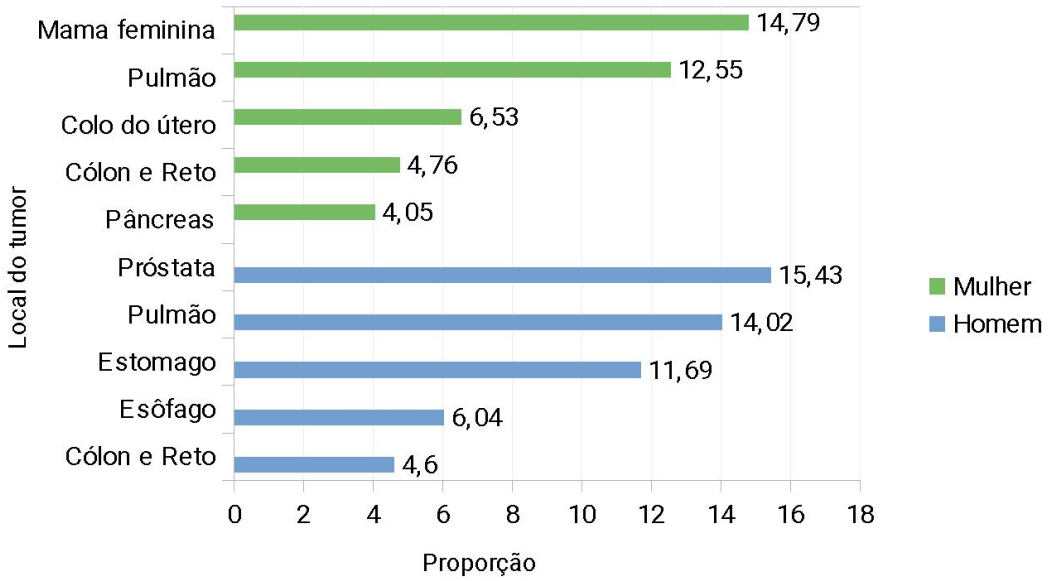
Figura 49. Proporção dos tipos de câncer mais frequentes por sexo, no Ceará, no período de 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

Os tipos de cânceres com maior proporção de óbitos, no Ceará, em homens foram: próstata, pulmão, estômago, esôfago e cólon e reto; e em mulheres foram: mama, pulmão, colo do útero, cólon e reto e pâncreas (Figura 50).

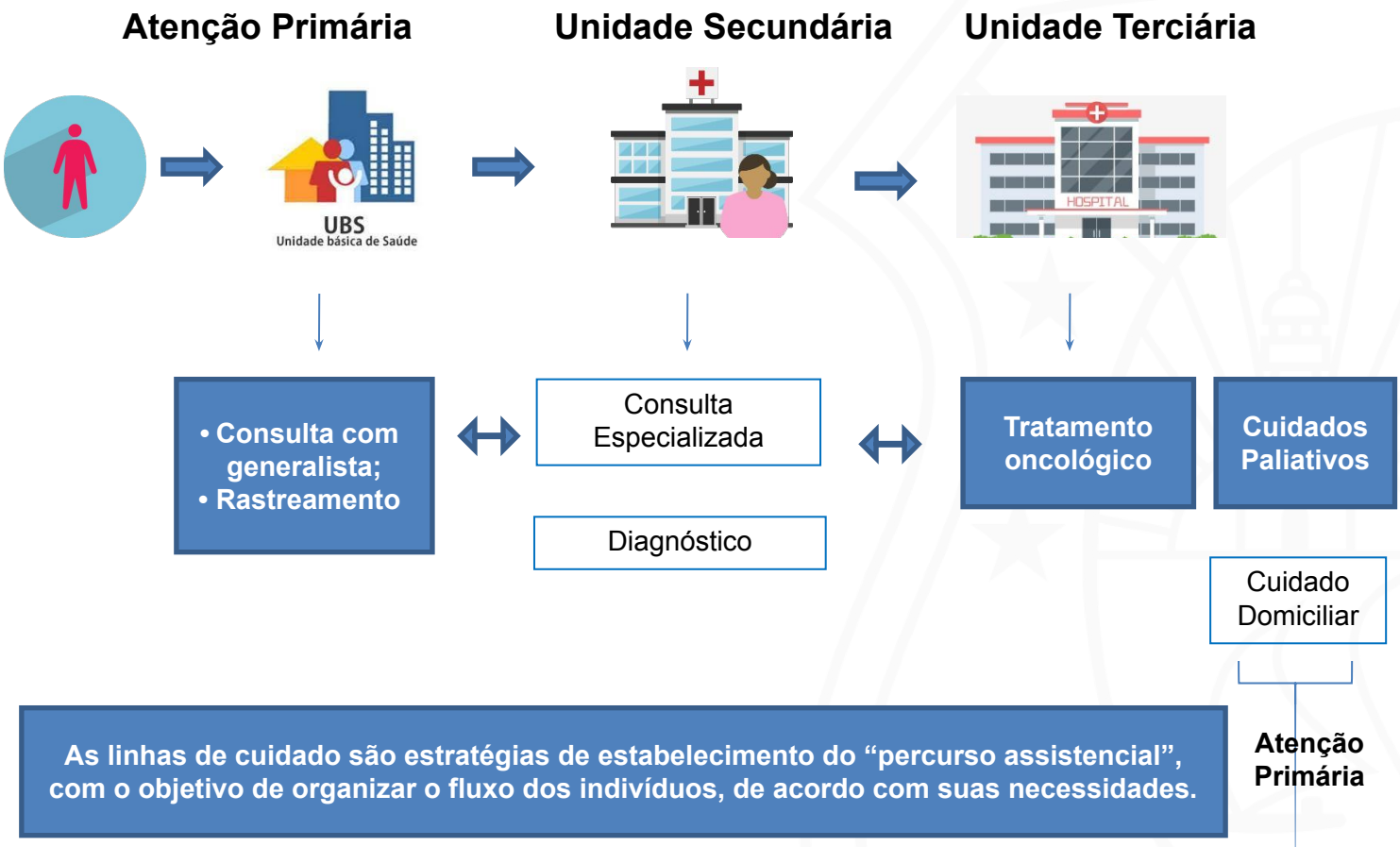
Figura 50. Proporção de óbitos por tipo de câncer e sexo, Ceará, no período de 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.

6 LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER

A organização da **Linha de Cuidado** envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos a custos compatíveis, baseando-se na evidência disponível na literatura científica.



As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do "percurso assistencial", com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde

As ações da Atenção Básica vão desde o cadastro e a identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizam, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame.

Atenção Secundária à Saúde

Os serviços de Atenção Secundária são compostos por:

- Unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital;
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados.

Eles devem servir de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica, prestando atendimento mediante encaminhamento. Alguns tratamentos também podem ser realizados nessas unidades; e casos mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, devem ser encaminhados às unidades terciárias.

Atenção Terciária à Saúde

A Atenção Terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. A atenção especializada constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e regionalização do SUS.

A Rede de Atenção Terciária deve ser planejada com base em parâmetros populacionais, com oferta de um conjunto mínimo de procedimentos. No caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em:

- Oncologia;
- Cirurgia oncológica;
- Radioterapia;
- Quimioterapia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Mortalidade por câncer de mama no Brasil: 2010-2018**. Boletim Epidemiológico v. 51, n. 45, p.g.1, 2011.

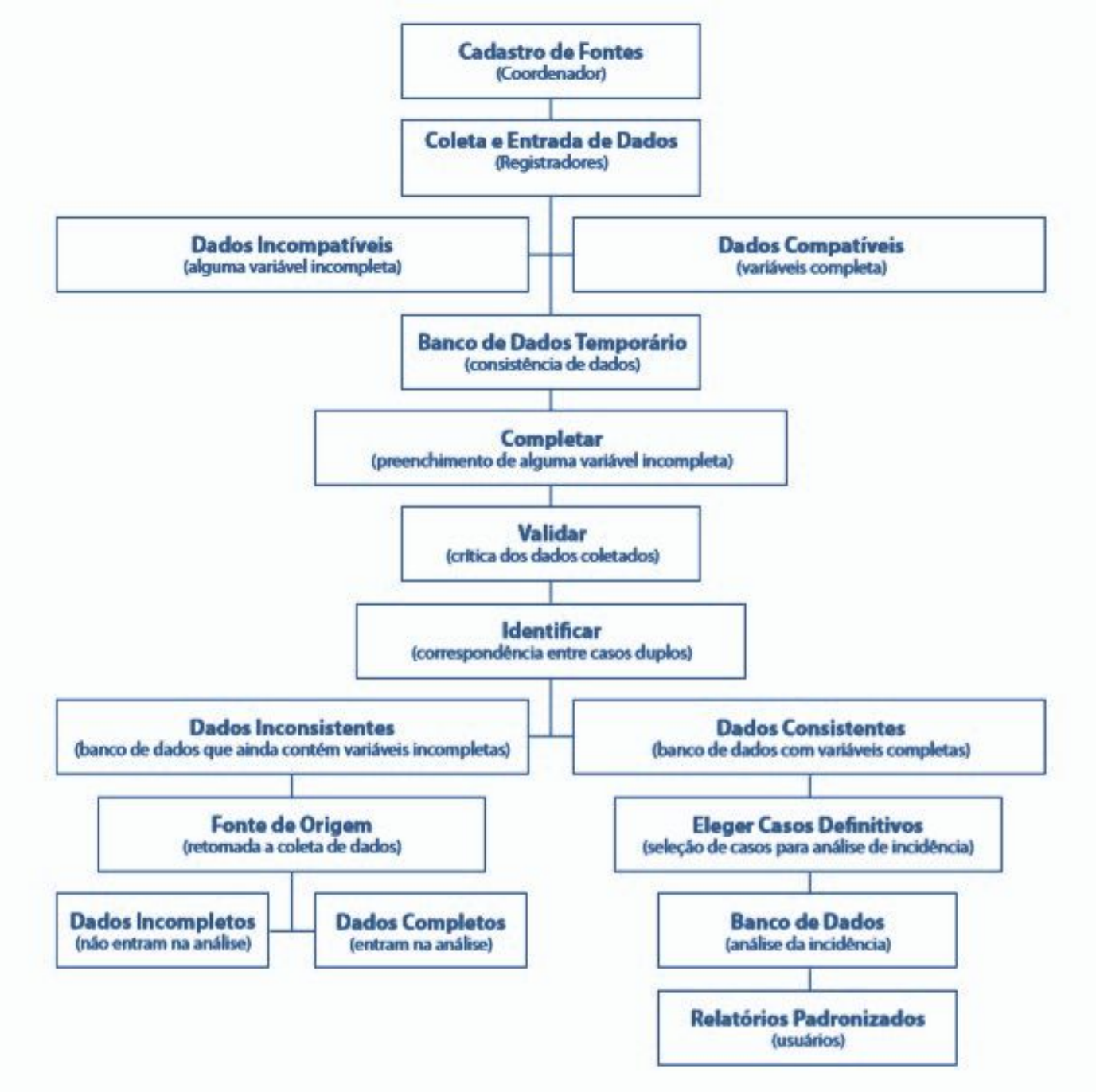
BRASIL. Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, Seção 1, p. 129-132, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INCA. Instituto Nacional de Câncer - José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

ANEXOS

Anexo 1: Fluxo de Dados do RCBP



Fonte: Manual de Rotinas e Procedimentos para RCBP.

CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA **SAÚDE**