

Câncer de Mama e Ginecológicos no Mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul

O câncer tem representado um enorme desafio para a saúde tanto do ponto de vista social quanto econômico. A magnitude do problema, resultado do envelhecimento, crescimento populacional e da exposição a diferentes fatores de risco, é assustadora. Em 2022, estima-se que ocorreram em torno de 19 milhões de casos novos e 10 milhões de óbitos por câncer. A projeção até 2050 é de um aumento de 74% no número de casos, tornando-se a principal causa de morte prematura (entre 30 - 69 anos) no mundo. A consolidação de estratégias para prevenção do câncer (como vacinas, mudança de hábitos da população e redução à exposição a fatores de risco) e a detecção precoce combinada com tratamento oportuno, acessível e eficaz podem reduzir significativamente a incidência e o impacto socioeconômico e emocional provocados pela doença. O avanço de pesquisas e o aprimoramento da capacidade científica global, particularmente nos países com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), são fundamentais para aliviar o impacto do câncer globalmente (Jemal et al., 2025).

Câncer de Mama

Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais diagnosticado em 158 dos 193 países membro da Organização das Nações Unidas, sendo a principal causa de morte em 111 países. O aumento da expectativa de vida, mudanças nos padrões reprodutivos da população (como idade mais avançada na primeira gestação e no parto) e no estilo de vida (como aumento mundial da obesidade) têm contribuído para uma incidência cada vez maior de câncer de mama, especialmente em países de baixa e média renda (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). No Brasil, o número estimado de casos novos de câncer de mama para o triênio de 2023 a 2025 era de 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,5 casos novos a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2022). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminino é o mais incidente no país e em todas as regiões brasileiras.

Câncer de Colo do Útero

O câncer de colo do útero é o mais incidente em 24 países e o de maior mortalidade em 38 (a maioria deles situado na África Subsaariana). A principal causa do câncer de colo do útero é a infecção persistente por papilomavírus humano (HPV). Este câncer pode ser evitável se houver uma prevenção primária eficaz, por meio da vacinação contra o papilomavírus humano, e prevenção secundária por meio do rastreamento realizado por protocolos que incluem exame Papanicolau na atenção à saúde da mulher. No entanto, ele continua sendo o quarto câncer mais comum e a terceira principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo, com 662.000

novos casos e 350.000 mortes estimadas em 2022. Há uma diferença de 45 vezes nas taxas de incidência de câncer do colo do útero entre os países devido ao progresso desigual no combate à doença (Jemal et al., 2025).

Para atingir a meta de taxas de incidência inferiores a quatro por 100.000 mulheres até o ano de 2030, estabelecida pela Iniciativa de Eliminação do Câncer do Colo do Útero (CCEI) da Organização Mundial da Saúde (OMS), cada país deve cumprir as metas 90-70-90, que visam que 90% das meninas em idade elegível sejam vacinadas contra o HPV, 70% das mulheres em idade elegível realizem pelo menos um exame de rastreamento do câncer do colo do útero ao longo da vida e 90% das mulheres com lesões pré-cancerosas e cancerosas do colo do útero sejam tratadas eficazmente (Jemal et al., 2025). Globalmente, em 2019, cerca de 30% das mulheres entre 30 e 49 anos realizaram o exame preventivo de câncer do colo do útero, muito abaixo da meta de 70% da OMS até 2030 (Jemal et al., 2025).

No Brasil, o número estimado de casos novos do câncer do colo do útero, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 17.010, correspondendo a um risco estimado de 15,4 casos a cada 100 mil mulheres. Nas mulheres, é o terceiro câncer mais incidente. Em 2020, ocorreram 6.627 óbitos, por câncer do colo do útero, no Brasil, e a taxa de mortalidade bruta foi de 6,1 mortes a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2022).

Câncer do Corpo do Útero

O câncer do corpo do útero pode se iniciar em diferentes partes do órgão. O tipo mais comum origina-se no endométrio. O câncer uterino pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais comum em mulheres que já se encontram na menopausa (Brasil, 2022). Mundialmente, é o sexto mais frequente entre as mulheres. Ao contrário do câncer de colo uterino, o número de casos aumenta à medida que aumenta o IDH. As maiores taxas de incidência estimadas são observadas na América do Norte e na Europa (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). O principal fator de risco é a exposição aumentada ao estrogênio endógeno, que pode ocorrer em razão de obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, anovulação, nuliparidade, terapia de reposição hormonal e uso de modulador seletivo de receptor de estrogênio para tratamento de câncer de mama. Outros fatores de risco são síndrome metabólica, hipertensão, diabetes, síndrome do ovário policístico e sedentarismo (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). Embora não seja passível de rastreamento, o câncer do corpo do útero geralmente causa sangramento ou corrimento vaginal anormal; portanto, a conscientização da população e dos profissionais de saúde sobre sintomas e sinais de alerta favorece o diagnóstico precoce em estágio inicial (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). O número estimado de casos novos de câncer do corpo do útero no Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, é de 7.840 casos, correspondendo ao risco estimado de 7,08 casos novos a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2022).

Câncer de Ovário

O câncer de ovário geralmente é detectado em estágio mais avançado. É a oitava causa mais comum de morte por câncer em mulheres no mundo todo e a quinta causa mais comum de morte por câncer em mulheres na Austrália, América do Norte e Europa Ocidental (Jemal et al., 2025). O número estimado de novos casos de câncer de ovário no Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 7.310 casos, correspondendo a um risco estimado de 6,6 casos novos a cada 100 mil mulheres. No Brasil, ocorreram em 2020 3.920 óbitos por câncer de ovário, equivalendo a 3,6 mortes para cada 100 mil mulheres (Brasil, 2022). A doença ocorre predominantemente na pós-menopausa. Mulheres com história familiar de câncer de ovário em parente de primeiro grau apresentam risco três vezes maior para o desenvolvimento da doença. História familiar de câncer de mama também está associada a um risco aumentado de câncer de ovário (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Câncer de Mama e do Trato Genital Feminino no Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2012 a 2022

Entre 01 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2022 foram identificados 23.185 casos novos de câncer atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e no Hospital da Criança Conceição (HCC). Do total destes casos, 11.647 eram do sexo masculino (50,2%) e 11.538 do sexo feminino (49,8%). Ao excluirmos da análise 18 casos de câncer de mama no sexo masculino, houve 16,5% de pacientes com câncer de mama e do trato genital feminino entre o total de casos novos de câncer (3.831/23.185).

Ao avaliarmos todos os tipos de câncer em mulheres atendidas no HNSC neste período de 11 anos, identificamos que o câncer de mama ocupa a primeira posição em maior frequência, seguido de câncer do trato gastrointestinal, de pele e do sistema respiratório. Os casos de câncer dos órgãos genitais femininos ocupam a quinta posição em frequência (tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de câncer em mulheres atendidas no Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2012 a 2022 (n=11.538).

TIPOS DE CÂNCER EM MULHERES	Nº de casos	Distribuição (%)
Mama (C50)	2.745	23,8
Sistema Gastrointestinal (C15-C26)	2.181	18,9
Pele (C43-C44)	1.927	16,7
Sistema Respiratório (C33-C39) incluindo pulmão (C34)	1.136	9,8
Órgãos Genitais Femininos (C51-C58)	1.086	9,4
Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial (C42)	540	4,7
Neoplasia Maligna dos Gânglios Linfáticos (C77)	481	4,2
Sistema Genitourinário (C60-C68)	466	4,0
Outras Neoplasias - inclui Olhos e Anexos (C69), Tireóide (C73), Suprarrenal (C74), Outras glândulas (C75)	345	3,0
Neoplasia Maligna, Localização Primária Desconhecida (C80)	279	2,4
Câncer de Cabeça e Pescoço (C00-C14, C30-C32)	206	1,8
Nervos periféricos e do SNA (C47), Tec moles Retroperitônio e Peritônio (C48), Tec Conjuntivo e Outros Tec Moles (C49)	100	0,9
Sistema Nervoso Central (C70-C72)	37	0,3
Neoplasia Maligna dos ossos, cartilagens e não especificadas (C40-C41)	9	0,1
Total	11.538	100,0

Entre os tipos de câncer que acometeram as mulheres atendidas neste período, incluindo câncer de pele, 33,2% eram de mama e do trato genital feminino (3.831/11.538). Na figura 1 apresentamos a proporção de casos de câncer de mama, do trato genital feminino e dos demais tipos de câncer em relação ao total anual de casos de câncer que acometeram as mulheres ao longo do período analisado.

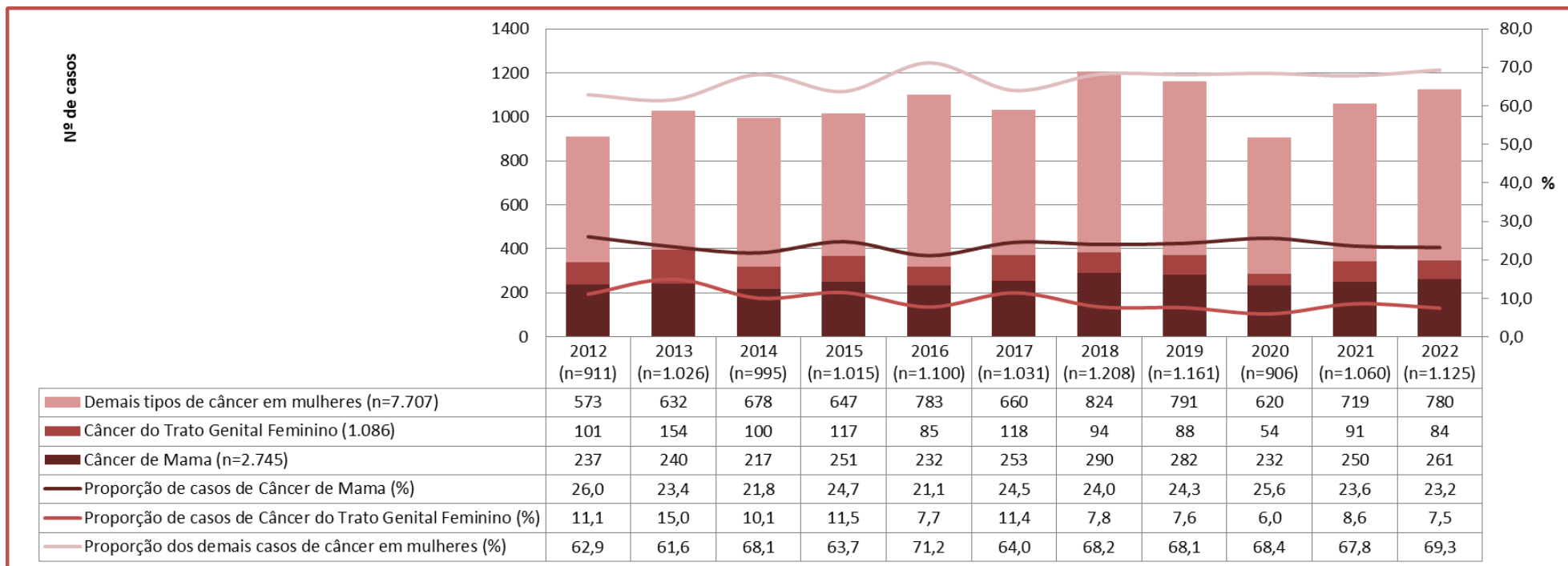


Figura 3. Número de casos de Câncer de Mama e do Trato Genital Feminino e proporção destes casos em relação ao total de casos de câncer que ocorreram em mulheres, por ano de primeira consulta. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2012-2022 (n=11.538).

Observamos redução nas proporções de casos de câncer de mama e do trato genital feminino em relação ao total anual de casos de câncer em mulheres, sendo mais acentuada na proporção de casos de câncer do trato genital feminino. Por outro lado, a proporção anual de casos de câncer de outros tipos aumentou de 62,9% para 69,3% em mulheres.

Os casos atendidos no HNSC, por ano de primeira consulta, conforme todos os tipos de câncer em mulheres estão demonstrados na tabela 2.

A média anual de casos de câncer de mama e do trato genital feminino no período foi de 1.049 casos. Ao compararmos o número absoluto de casos atendidos em 2022 em relação ao ano de 2012, observamos aumento de 35,7% nos casos de câncer do sistema gastrointestinal, de 32,2% no número de casos de câncer do sistema respiratório, de 9,2% no número de casos de câncer de mama, e de 3,6% dos casos de câncer de pele, com redução de 20,2% no número de casos de câncer do trato genital feminino (figura 4). No ano de 2020 houve o menor número absoluto de casos de câncer atendidos em mulheres no HNSC, coincidindo com o início da pandemia pela Covid-19.

Tabela 2 – Frequência dos tipos de câncer em mulheres atendidas no Hospital Nossa Senhora da Conceição por ano de primeira consulta, 2012 a 2022 (n=11.538).

TIPOS DE CÂNCER EM MULHERES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Mama (C50)	237	240	217	251	232	253	290	282	232	250	261	2.745
Sistema Gastrointestinal (C15-C26)	157	173	193	196	208	152	183	240	210	225	244	2.181
Pele (C43-C44)	135	169	163	161	189	177	233	221	154	185	140	1.927
Sistema Respiratório (C33-C39) incluindo pulmão (C34)	84	75	103	97	105	120	137	112	83	96	124	1.136
Órgãos Genitais Femininos (C51-C58)	101	154	100	117	85	118	94	88	54	91	84	1.086
Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial (C42)	41	34	47	46	64	53	80	42	31	47	55	540
Neoplasia Maligna dos Gânglios Linfáticos (C77)	32	38	42	42	45	43	57	42	39	38	63	481
Sistema Genitourinário (C60-C68)	42	45	44	38	61	38	29	40	35	38	56	466
Outras Neoplasias - inclui Olhos e Anexos (C69), Tireoide (C73), Suprarrenal (C74), Outras glândulas (C75)	24	38	33	30	27	20	34	38	23	36	42	345
Neoplasia Maligna, Localização Primária Desconhecida (C80)	34	30	21	18	44	27	29	21	18	18	19	279
Câncer de Cabeça e Pescoço (C00-C14, C30-C32)	14	17	15	13	29	19	23	23	15	14	24	206
Nervos periféricos e do SNA (C47), Tec moles Retroperitônio e Peritônio (C48), Tec Conjuntivo e Outros Tec Moles (C49)	10	12	15	3	5	6	11	6	9	14	9	100
Sistema Nervoso Central (C70-C72)	0	0	1	2	5	5	8	5	2	6	3	37
Neoplasia Maligna dos ossos, cartilagens e não especificadas (C40-C41)	0	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	9
TOTAL	911	1.026	995	1.015	1.100	1.031	1.208	1.161	906	1.060	1.125	11.538

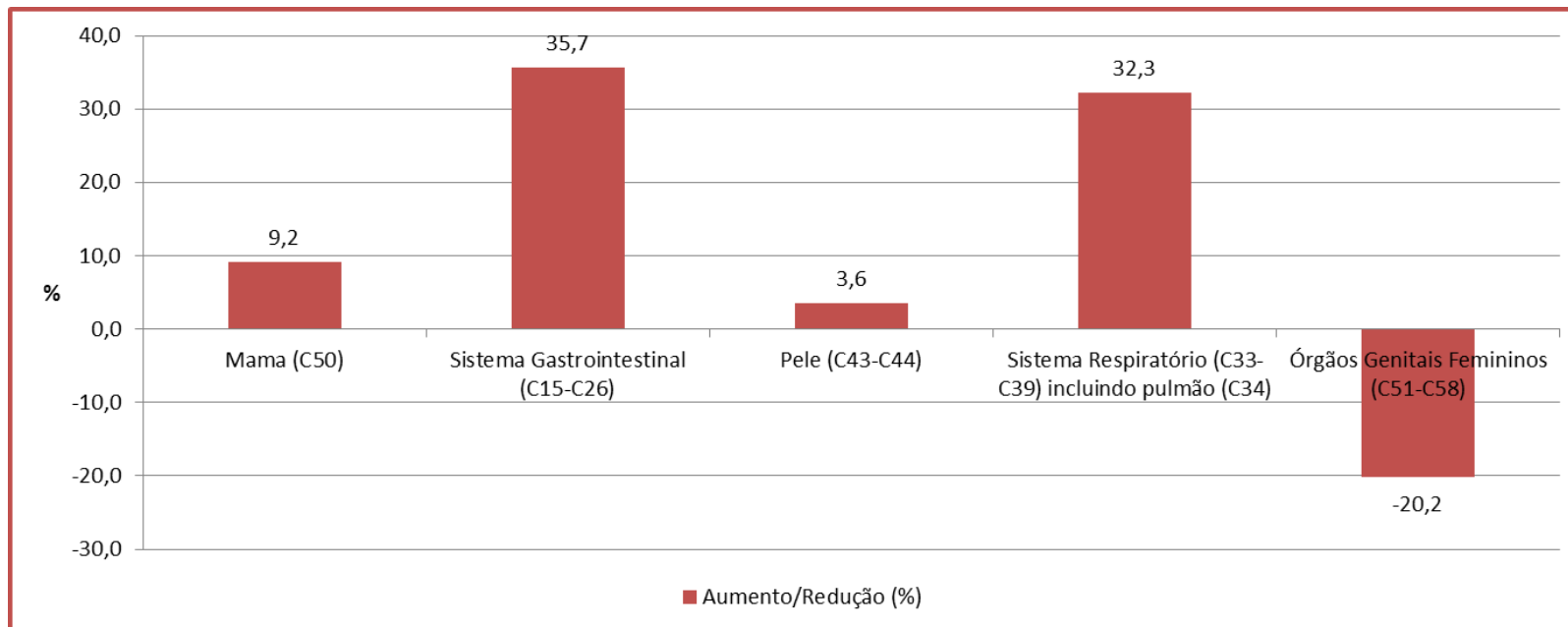


Figura 4. Variação relativa (aumento ou redução) dos tipos de câncer em mulheres comparando o número absoluto de casos com primeira consulta no HNSC em 2022 em relação ao ano de 2012 (n=11.538).

CÂNCER DE MAMA

Em relação às características das 2.745 pacientes com câncer de mama, identificamos uma média de idade, na primeira consulta no hospital, de 58,8 anos \pm 13,6 anos (amplitude=19 a 103 anos), com pico na faixa etária de 50 a 64 anos (40,7%) (figura 5). Observamos que em 53,8% dos casos de câncer de mama as mulheres estavam abaixo de 60 anos de idade (53,8%) na primeira consulta no hospital (1.471/2.745), com discreta redução desta proporção ao longo de todo o período (figura 6).

A maioria das mulheres com câncer de mama era da raça/cor branca (88,4%), seguida da raça/cor negra (9,0%), amarela (0,3%) e 2,3% ignorado. Houve 1.154 casos de residentes em Porto Alegre (42,0%) e os demais eram residentes da região metropolitana e interior do estado.

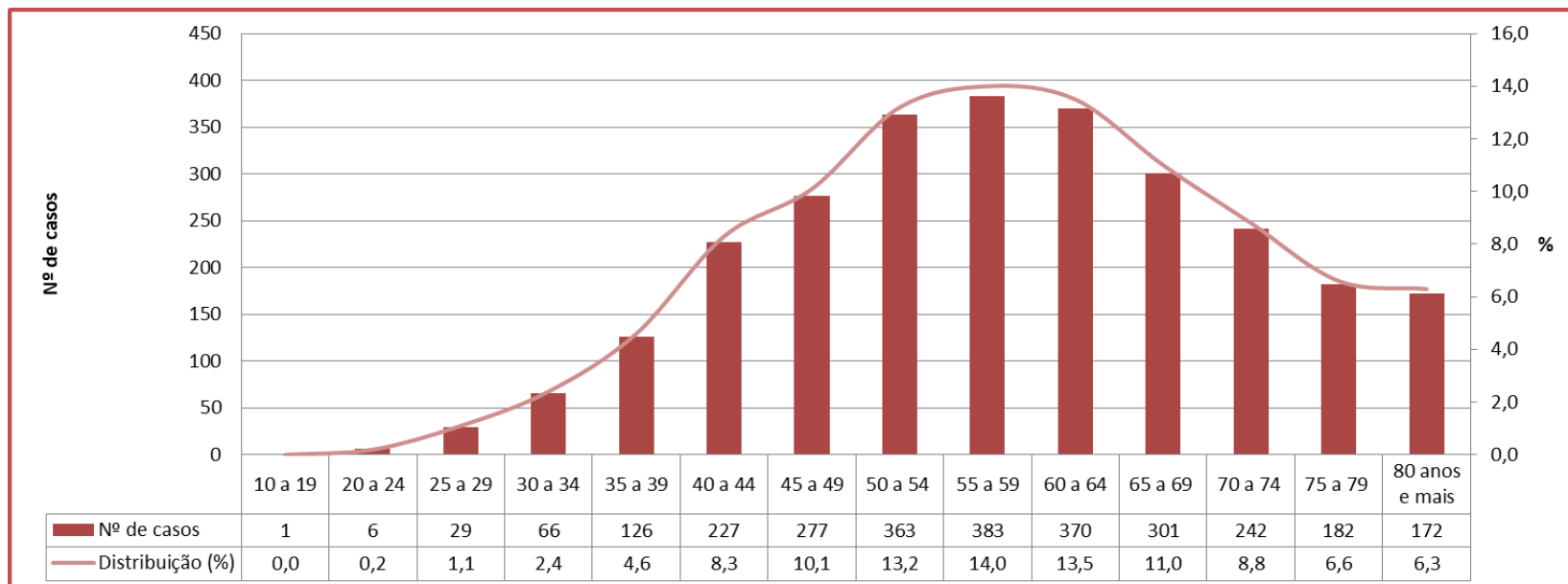


Figura 5. Número e distribuição dos casos de câncer de mama conforme faixas etárias em mulheres atendidas no HNSC. 2012 a 2022 (n=2.745).

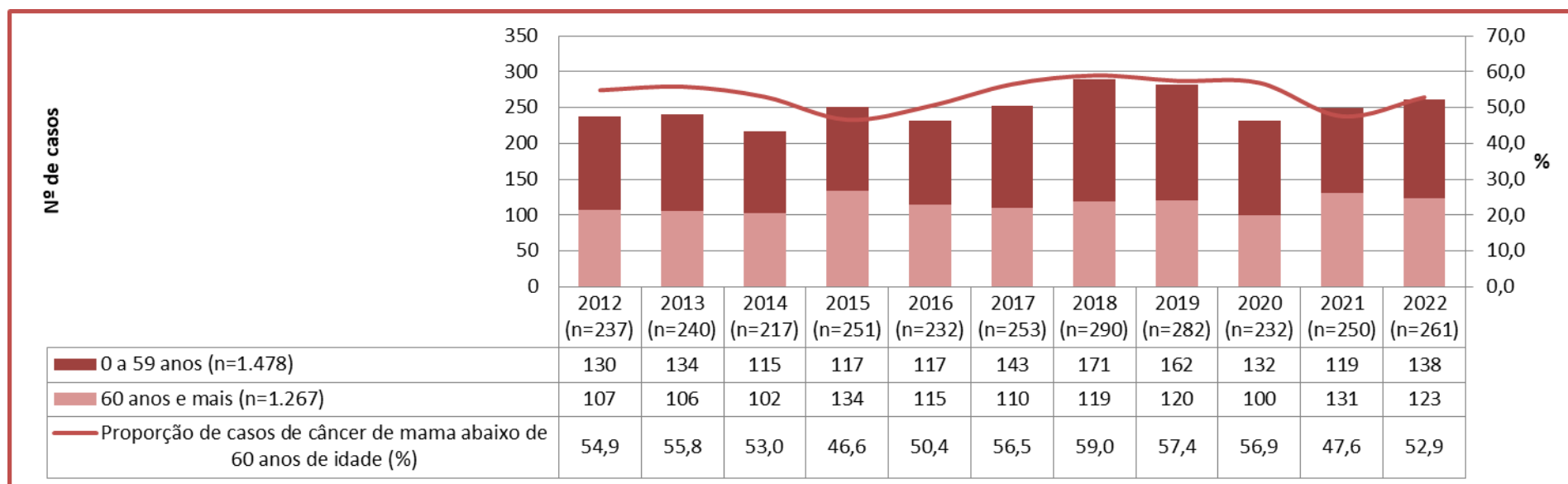


Figura 6. Número e proporção de casos de câncer de mama abaixo de 60 anos de idade por ano de primeira consulta. HNSC. 2012 a 2022 (n=2.745).

O diagnóstico e o tratamento foram realizados no hospital em 2.398 casos (87,4%), enquanto que em 300 casos as mulheres já tinham diagnóstico e realizaram o tratamento no HNSC (10,9%). Em 47 casos elas já consultaram com o diagnóstico e primeiro tratamento realizados (1,7%).

O indicador “tempo entre o diagnóstico e tratamento” abaixo de 60 dias avaliados apenas entre os casos com diagnóstico e tratamento realizados no hospital atingiu 66,1% no período (1.584/2.398), variando de 68,4% em 2012 a 66,4% em 2022 (figura 7).

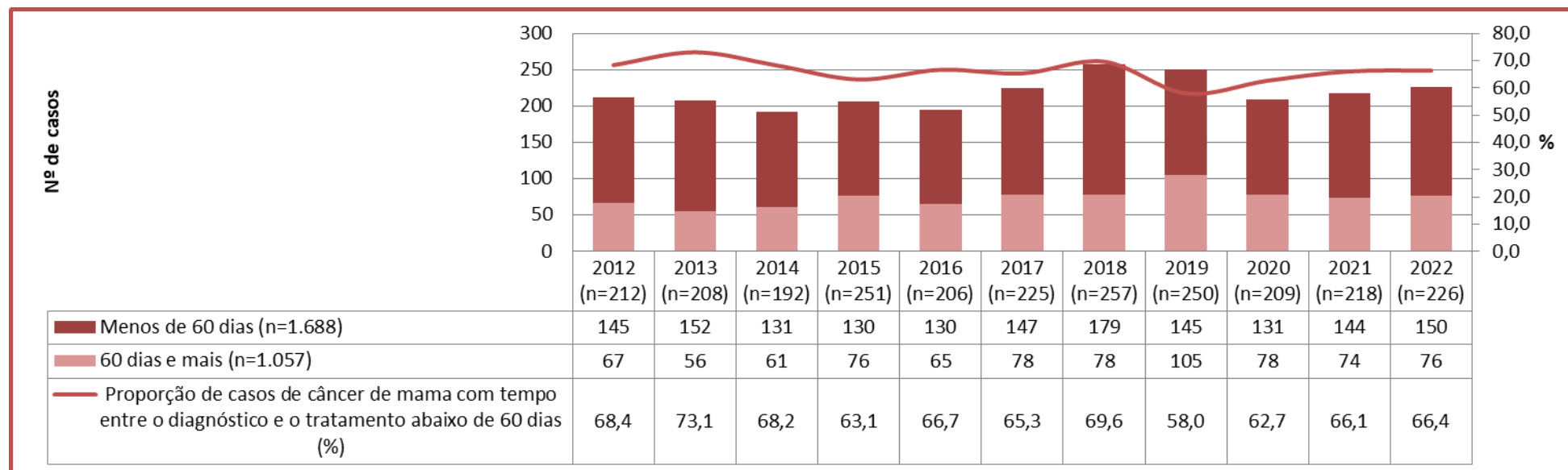


Figura 7. Número e proporção de casos de câncer de mama abaixo de 60 anos de idade por ano de primeira consulta. HNSC. 2012 a 2022 (n=2.398).

Houve possibilidade de realizar o estadiamento em 94,3% dos casos de mulheres com câncer de mama. Identificamos que 67,0% dos casos de câncer de mama registrados foram classificados como Estadiamento Clínico 0 (in situ), I e II. A distribuição dos casos de câncer de mama por ano de primeira consulta, segundo estadiamentos clínicos, entre 2012 e 2022 estão detalhadas na figura 8.

Em apenas 3,3% dos casos a origem do encaminhamento das pacientes com câncer de mama foi por conta própria, ou seja, a partir do atendimento na emergência do hospital (91/2.745). Ao avaliarmos a origem do encaminhamento conforme o estadiamento da doença no período entre 2018 e 2022, uma amostra de 1.248 casos e informação mais qualificada identificou que a porta de entrada no hospital foi a emergência em 3,9% dos casos, sendo 12,0% em mulheres com estadiamento 3 ou 4, e em 0,6% das mulheres com câncer de mama e estadiamento in situ, 1 ou 2. Não houve uma variação importante ao compararmos as proporções de mulheres com câncer de mama com estadiamento 3 ou 4, cujo acesso ao hospital, para realização do diagnóstico, teve como porta de entrada a emergência em 2022 e em 2018 (12,3% x 12,8%).

No período estudado houve **óbito por câncer** nas pacientes com câncer de mama no hospital em 217/2.745 casos (7,9%), porém houve 45 óbitos devido a outros tipos de câncer simultâneos ou sequenciais. O **óbito por câncer de mama** ocorreu em 172/2.745 casos de câncer de mama (taxa de letalidade hospitalar=6,2%) e em 166/2.590 casos com estadiamento realizado (taxa de letalidade= 6,6%). A estratificação dos óbitos por câncer de mama conforme o estadiamento está demonstrado na figura 9.

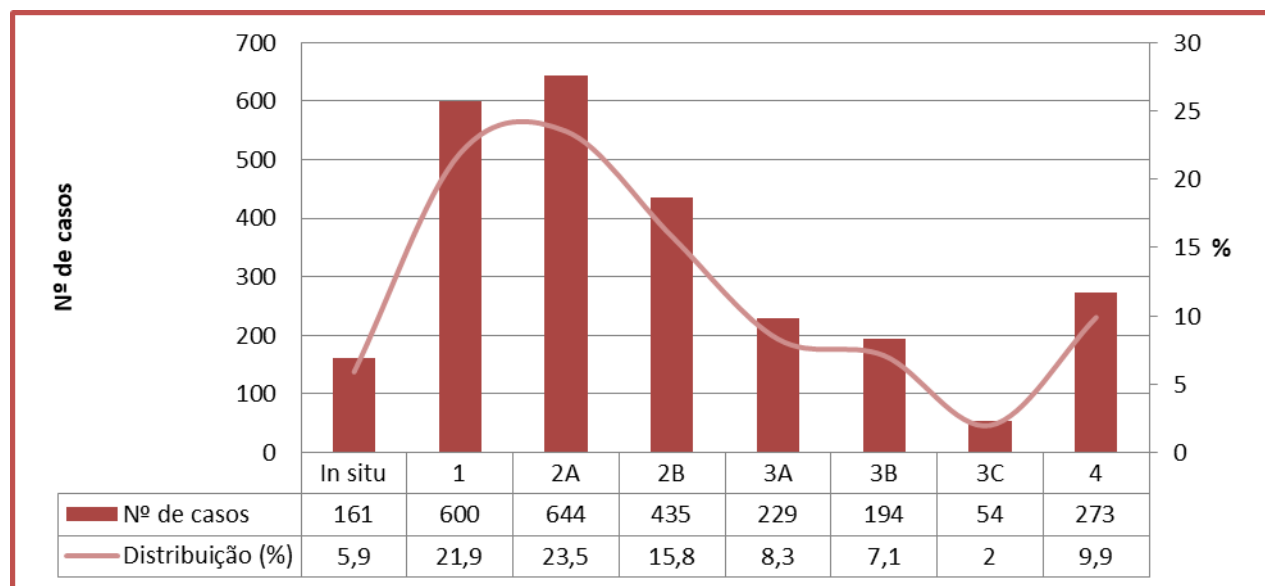


Figura 8. Número e distribuição dos casos de câncer de mama conforme o estadiamento em mulheres atendidas no HNSC. 2012 a 2022 (n=2.590).

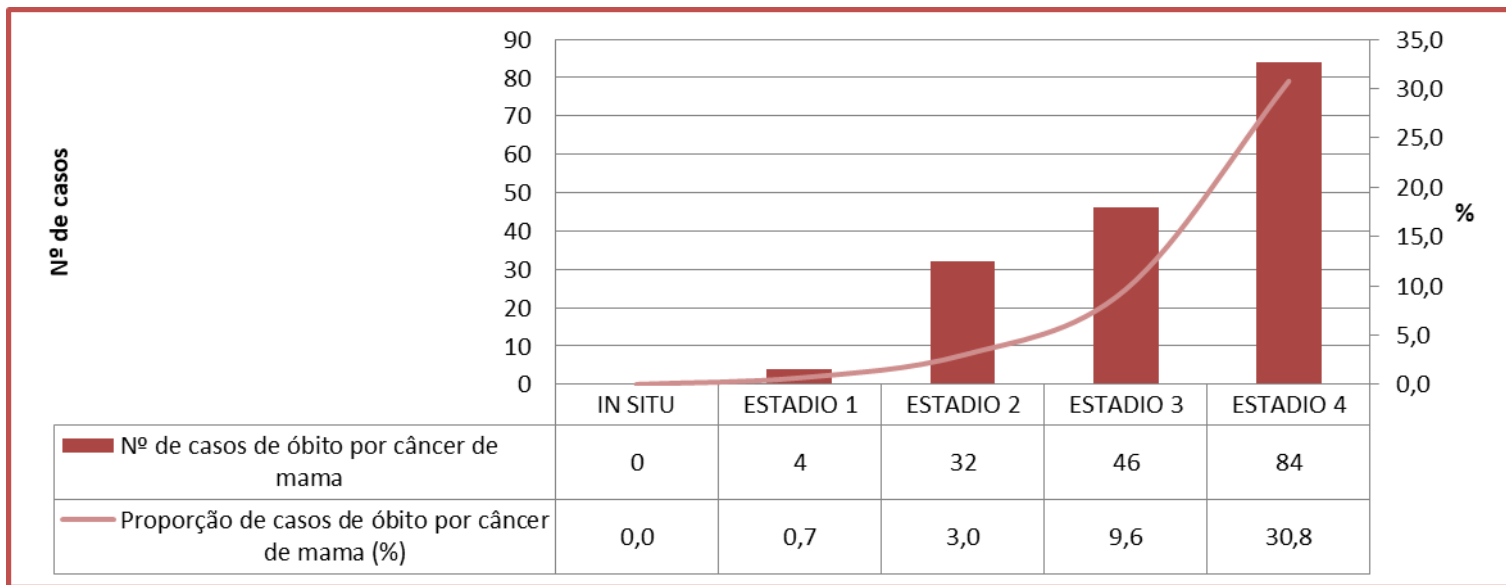


Figura 9. Número e proporção de óbito por câncer de mama, conforme o estadiamento, em mulheres atendidas no HNSC. 2012 a 2022 (n=2.590).

CÂNCER DO TRATO GENITAL FEMININO

Entre 1.086 casos de mulheres com câncer do trato genital feminino, a neoplasia maligna do colo do útero foi o mais frequente (60,6%), seguido da neoplasia maligna do corpo do útero (16,9%) e do ovário (16,4%) (tabela 3). Em relação às características das 1.086 pacientes com câncer do trato genital feminino, identificamos uma média de idade, na primeira consulta no hospital, de 52,5 anos \pm 16,5 anos (amplitude=11,6 a 97,4 anos)¹, sendo 715 casos abaixo de 60 anos de idade (66,0%), com pico na faixa etária de 55 a 59 anos (11,9%) (figura 10). A maioria das mulheres com câncer do trato genital feminino era da raça/cor branca (85,0%), seguida da raça/cor negra (11,9%), indígena (0,1%) e em 3,0% a informação foi ignorada. Houve 480 casos de residentes em Porto Alegre (44,2%) e os demais eram residentes da região metropolitana e interior do estado.

Em 981 casos o diagnóstico e tratamento foram realizados no hospital (90,3%), em 92 casos as mulheres já tinham diagnóstico e realizaram o tratamento no HNSC (8,5%), e em 13 casos elas já consultaram com o diagnóstico e primeiro tratamento realizados (1,2%).

O indicador “tempo entre o diagnóstico e tratamento” abaixo de 60 dias entre os 981 casos de câncer do trato genital feminino com diagnóstico e tratamento realizados no hospital atingiu 49,8% no período, variando de 51,6% em 2012 a 52,8% em 2022.

Tabela 3 – Frequência dos tipos de câncer do trato genital feminino. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2012 a 2022 (n=1.086)).

LOCALIZAÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER DO TRATO GENITAL FEMININO	Nº de casos	Distribuição (%)
Neoplasia maligna do colo do útero (C53)	658	60,6
Neoplasia maligna do corpo do útero (C54)	184	16,9
Neoplasia maligna do ovário (C56)	178	16,4
Neoplasia maligna da vulva (C51)	38	3,5
Neoplasia maligna da vagina (C52)	23	2,1
Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e NE (C57)	2	0,2
Neoplasia maligna da placenta (C58)	2	0,2
Neoplasia maligna do útero, porção NE (C55)	1	0,1
Total	1.086	100,0

Houve possibilidade de realizar o estadiamento clínico em 975 casos (90,0%) de mulheres com câncer do trato genital feminino. Identificamos que 57,3% dos casos de câncer do trato genital feminino foram classificados como Estadiamento Clínico in situ, I e II. As proporções dos casos de câncer do trato genital feminino por ano de

¹ Foram excluídos desta análise da média de idade 2 casos de crianças atendidas no HCC com diagnóstico de rhabdomyosarcoma na vagina e de coriocarcinoma no ovário.

primeira consulta, segundo os estadiamentos clínicos, entre 2012 e 2022 estão detalhadas na figura 10. Observamos um aumento de 33,0% para 65,0% na proporção dos casos de câncer do trato genital feminino com estadiamentos in situ e 1 de 2012 para 2022.

Diferente do observado entre as pacientes com câncer de mama (em 3,3% o acesso ao diagnóstico e tratamento foi através da emergência), nas pacientes com câncer do trato genital feminino em 19,7% delas a origem do encaminhamento foi por conta própria, ou seja, a partir do atendimento na emergência do hospital (214/1.086). As demais seguiram o fluxo de encaminhamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao avaliarmos a origem do encaminhamento conforme o estadiamento da doença no período entre 2018 e 2022, com uma amostra de 395 casos e informação mais qualificada, identificamos que a porta de entrada no hospital foi a emergência em 24,6% dos casos, sendo 50,0% em mulheres com estadiamento 3 ou 4, e em 11,2% das mulheres com câncer do trato genital e estadiamento in situ, 1 ou 2. Ao contrário do que observamos entre as mulheres com câncer de mama houve um aumento significativo na proporção de mulheres com câncer do trato genital com estadiamento 3 ou 4, cuja porta de entrada no hospital foi a emergência em 2022 e em 2018 (63,6% x 40,6%).

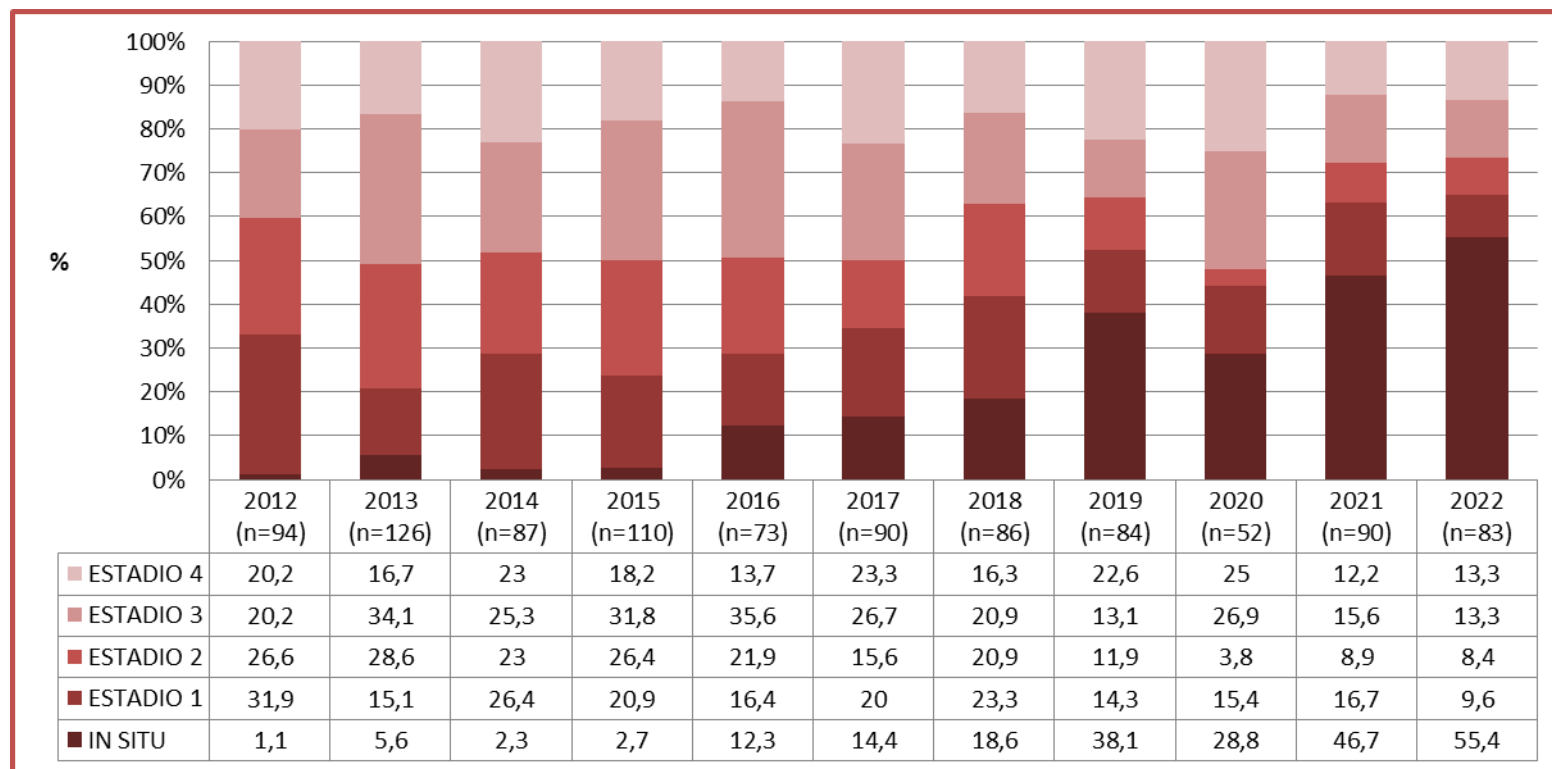


Figura 10. Frequências (percentuais) dos casos de câncer do trato genital feminino conforme o estadiamento e o ano de primeira consulta em mulheres atendidas no HNSC. 2012 a 2022 (n=975).

No período estudado houve **óbito por câncer** em mulheres com câncer do trato genital feminino, no hospital, em 187 dos 975 casos com estadiamento, porém houve 61 óbitos devido a outros tipos de câncer simultâneos ou sequenciais. O **óbito por câncer do trato genital feminino** ocorreu em 126/975 casos (taxa de letalidade hospitalar= 12,9%). A estratificação dos óbitos por câncer do trato genital feminino conforme o estadiamento está demonstrado na figura 11.

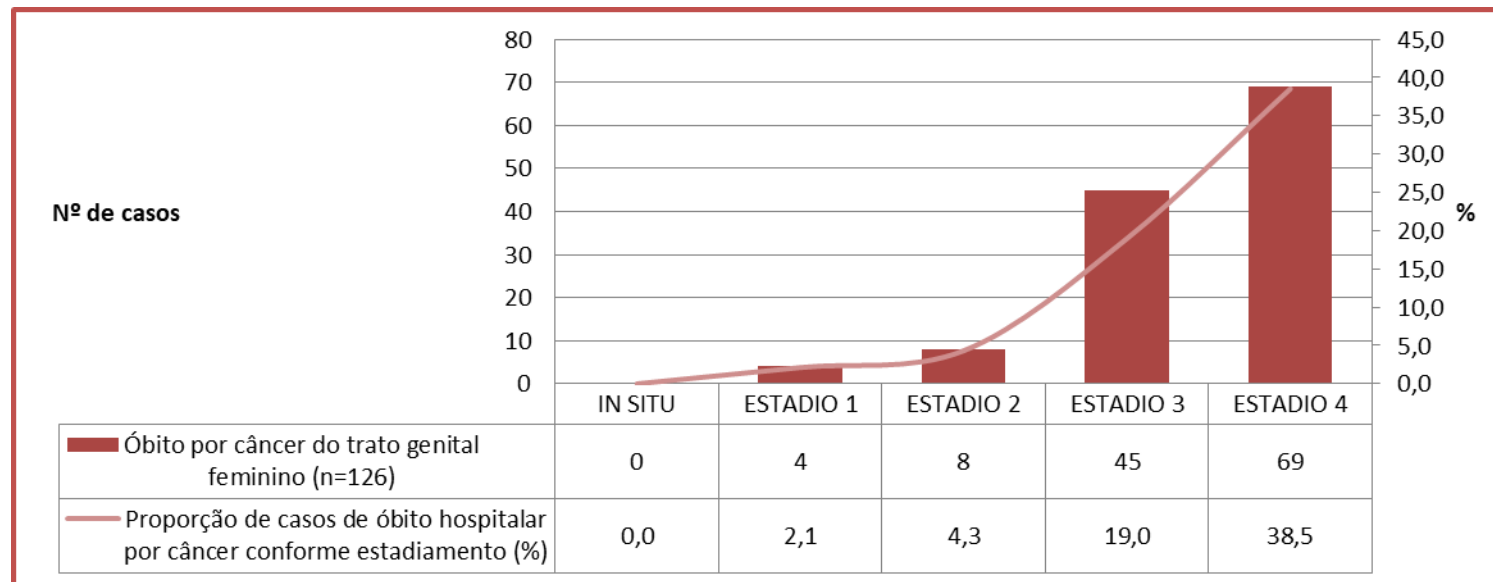


Figura 11. Número e proporção de óbito hospitalar por câncer do trato genital feminino, conforme o estadiamento, em mulheres atendidas no HNSC. 2012 a 2022 (n=975).

CONCLUSÃO

Uma avaliação realizada em 2018 pela equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HNSC-HCC (NHE/HNSC-HCC) sobre as principais causas de hospitalização no HNSC apontou que as neoplasias ocupavam a primeira posição em frequência, excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério (Ministério da Saúde, 2019). A Atenção Primária em Saúde (APS) e a Especializada, apesar de interligadas, têm funções distintas no Sistema Único de Saúde. As Unidades Básicas de Saúde, estabelecimentos da APS, realizam ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados diversos encontrados em hospitais e ambulatorios (Brasil, 2010). O Hospital Nossa Senhora da Conceição, classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, vem incorporando novas tecnologias ao atendimento dos pacientes com câncer, como um sistema de monitoramento dos diagnósticos de neoplasias e acompanhamento entre o tempo entre o diagnóstico e o tratamento, conforme preconizado na Lei nº 12.732/2012 (Brasil, 2012). O HNSC, desde 2005, está cadastrado no INCA como integrante do Sistema de Registro Hospitalar do Câncer (SIS-RHC) com envio da base de dados de casos novos de câncer atendidos. Até 2015, o RHC esteve sob a coordenação do Serviço de Onco-hematologia. Em setembro de 2015 a coordenação do SIS-RHC deste hospital foi transferida para o Núcleo Hospitalar de

Epidemiologia, que passou a enviar as bases de dados dos casos novos de câncer atendidos desde 2012 até 2022, o que permite apresentarmos resultados consistentes sobre a epidemiologia do câncer no HNSC e no HCC.

Esta análise demonstrou que, neste período, o câncer de mama foi o mais frequente entre as mulheres atendidas por câncer no HNSC, representando quase um quarto dos casos, com aumento de 9,2% no número de casos atendidos em 2022 em relação a 2012. O câncer do trato genital feminino ocupou a quinta posição, com o câncer do colo do útero responsável por 60,6% destes casos, ocorrendo uma redução de 20,2% em frequência no mesmo período. O aumento dos casos de câncer do trato gastrointestinal em mulheres (35,7%) e do sistema respiratório (32,3%) nos alertou para uma futura análise destes casos.

Quanto às características das mulheres com câncer de mama, observamos que a maioria tinha idade abaixo de 60 anos na primeira consulta no hospital (58,8%), enquanto nas mulheres com câncer do trato genital este percentual foi ainda maior (66,0%).

É importante monitorarmos a proporção de casos de câncer em mulheres que tiveram a emergência do hospital como porta de entrada no sistema de saúde: nos casos de câncer de mama, esta proporção atingiu apenas 3,3%, sendo que entre as mulheres com estadiamento 3 e 4 esta proporção aumentou para 12,0% em todo o período, sem variabilidade ao longo dos últimos 5 anos. Entretanto, é preocupante que, entre as mulheres com câncer do trato genital, a proporção que foi admitida no hospital pela emergência atingiu a proporção de 19,7%, sendo 24,6% nos últimos 5 anos avaliados (2018-2022), com um cenário ainda mais alarmante entre aquelas com estadiamento 3 ou 4 (50,0%). Ao contrário do que observamos entre as mulheres com câncer de mama, houve um aumento importante na proporção de mulheres com câncer do trato genital com estádio 3 ou 4, cuja porta de entrada no hospital foi a emergência em 2022 e em 2018 (63,6% x 40,6%). Por outro lado, observamos como resultado positivo o aumento de 33,0% para 65,0% na proporção dos casos de câncer do trato genital com estadiamento in situ e 1 ao compararmos o ano 2012 com o ano 2022. No caso do câncer de colo, principalmente, parece importante avaliar o que pode ser qualificado na atenção primária, considerando vacinas, acesso às consultas, aos exames diagnósticos e aos serviços especializados de atenção ao câncer.

Os resultados sobre as taxas de letalidade hospitalar tanto nos casos de câncer de mama como do trato genital feminino devem ser avaliados com alguma restrição, uma vez que as taxas podem ser ainda maiores, considerando que temos acesso apenas às informações de óbitos que ocorreram no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Para resultados mais consistentes, é necessário considerarmos os óbitos que ocorreram em outros serviços de saúde, bem como nos domicílios.

Ainda não se sabe como a pandemia de covid-19 impactou no diagnóstico e tratamento do câncer. Essa situação não se refletiu nas estimativas do INCA de 2023 a 2025, que se basearam nas tendências de incidência e mortalidade de anos anteriores. Atrasos importantes no diagnóstico de câncer foram relatados em diversos países. A pandemia de covid-19 também afetou o processo nos registros de câncer de base populacional (RCBP), e pode ter provocado atrasos nos relatórios (Brasil, 2022). No Hospital Nossa Senhora da Conceição, que foi o primeiro hospital de referência para atendimento de pacientes com Covid-19, o menor número de casos de câncer em mulheres foi observado em 2020.

O câncer poderia ser prevenido evitando-se a exposição a carcinógenos conhecidos. No entanto, esse conceito é constantemente desafiado, pois diferentes tipos de tumores são particularmente prevalentes em algumas populações e não em outras. Os esforços para reduzir a carga do câncer abrangem uma ampla gama, desde o combate a tipos de tumores que essencialmente não têm agentes causadores conhecidos até a perspectiva de eliminação do câncer cervical. As desigualdades sociais ou relacionadas a acesso e a qualidade dos serviços de saúde determinam de forma diferenciada o grau de sucesso das iniciativas preventivas em diferentes comunidades. O câncer do colo do útero é um exemplo extremo de disparidade global em saúde. Esforços direcionados para implementar medidas de prevenção do câncer do colo do útero com o intuito de reduzir as disparidades na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no mundo são prioridade para a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para fortalecer os sistemas de detecção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a OMS lançou a Iniciativa Global contra o Câncer de Mama em 2021, com o objetivo

de reduzir as taxas anuais de mortalidade por câncer de mama em 2,5% ao ano, salvando 2,5 milhões de vidas nos próximos 20 anos (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020). Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela orientação do indivíduo na Rede de Atenção da Saúde, é fundamental na implementação de estratégias para a prevenção, detecção precoce e apoio ao tratamento das neoplasias, especialmente o câncer de mama e colo do útero.

Nos últimos anos a epigenética e tecnologias relacionadas têm se consolidado como um campo fundamental na pesquisa, essencial para a compreensão da etiologia e biologia do câncer.

REFERÊNCIAS

1. JEMAL, A.; SUNG, H.; KELLY, K.; SOERJOMATARAM, I.; BRAY, F. (eds.). The Cancer Atlas. 4. ed. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2025. Disponível em: <https://canceratlas.cancer.org/>. Acesso em: 16 Março 2026.
2. WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). World Cancer Report 2020: Cancer research for cancer prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>. Acesso em: 16 março 2026.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/13748/1/Estimativa%202023%20-%20incid%3%aancia%20de%20c%3%a2ncer%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 16 março 2026.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital da Criança Conceição. BEHCO – Boletim Epidemiológico do Hospital Conceição: A Morbidade Hospitalar. Porto Alegre, v. 3, n. 3, set. 2019. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/BEHCO_Morbidade_HNSC_2009_2018.pdf. Acesso em: 30 março 2026.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Diário Oficial da União: Brasília. BRASIL.

Responsáveis pelo Informe Epidemiológico: Maria da Glória Accioly Sirena; Ivana Rosângela dos Santos Varella.