

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS, CABEÇA E PESCOÇO, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE NO PERÍODO DE 2005 A 2015.

Ulysses Mendes de Lima; Guilherme Zacarias de Alencar

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, ulysses_mendes@yahoo.com.br

Segundo a Organização Mundial de Saúde Câncer é o crescimento descontrolado e disseminação de células. Ele pode afetar quase qualquer parte do corpo. Os crescimentos muitas vezes pode invadir o tecido circunvizinho e pode, por metástase, ir para locais distantes. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. Fatores sociais e ambientais assim como o aumento da expectativa de vida têm contribuído para o aumento das doenças crônico-degenerativas como também seus diferentes padrões de ocorrência em distintas regiões do país. A exposição a fatores de risco ambientais relacionados com o processo de industrialização, além de outros fatores relacionados com as disparidades sociais contribuem para a distribuição epidemiológica dos diversos tipos de câncer no Brasil. O tabaco e o álcool, associados à predisposição genética, têm sido relatados na literatura como os principais fatores de riscos para o CEC de boca. O papilomavírus humano (HPV) também pode comportar-se como mais um cocarcinógeno para o câncer de cavidade oral, assim como a radiação solar para carcinomas de lábio. O objetivo desse trabalho foi o de descrever o perfil epidemiológico e clínico de indivíduos acima dos cinquenta anos, contidos no Sistema de Informação de Registros Hospitalares de Câncer, vinculado ao Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva relatando o perfil epidemiológico e clínico das neoplasias localizadas na cabeça e pescoço, de interesse odontológico no período de 2005 a 2015. Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo com uma abordagem indutiva e procedimentos com estatísticos por meio de técnica de documentação indireta. Foram identificados durante o período analisado de n= 1.485 casos, o Hospital Dr. Luiz Antônio foi a entrada no sistema, a região primária com maior incidência de neoplasias foi a língua, o gênero masculino foi o mais prevalente, a etnia parda foi a de maior frequência, a baixa escolaridade, fumantes e que usam o álcool. O estadiamento IV foi o de maior incidência e o carcinoma escamocelular a neoplasia mais identificada. É fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer incorpore-se na rotina da gestão da saúde de modo a tornar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco.

Neoplasias bucais, epidemiologia, registros hospitalares.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS, CABEÇA E PESCOÇO, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE NO PERÍODO DE 2005 A 2015.

Ulysses Mendes de Lima; Guilherme Zacarias de Alencar

Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) Câncer é o crescimento descontrolado e disseminação de células. Ele pode afetar quase qualquer parte do corpo . Os crescimentos muitas vezes pode invadir o tecido circunvizinho e pode, por metástase, ir para locais distantes. Para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2016) as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

De acordo com a diretora-geral da OMS, Dra. Margeret Chan, no ano de 2005 o câncer foi a segunda causa de mortes no mundo, depois de doenças cardiovasculares. Estimava que 7,6 milhões de pessoas morreram em decorrência de câncer, em 2005, para o ano de 2015 o número esperado era de 9 milhões e para o ano de 2030 há uma projeção de 11,5 milhões de pessoas (OMS, 2016).

O tratamento do câncer é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. A principal é a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. O médico vai escolher o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença. No Brasil todas as modalidades de tratamento são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2016).

O diagnóstico precoce e o tratamento de tumores iniciais contribuem muito para o prognóstico. De acordo com o o estadiamento clínico estágio I tem, em média, 80% de sobrevida, quando há uma progressão para os demais estágios há uma grande queda, podendo a levar a diagnósticos/prognosticos mais sombrios (NEVILLE, 2004). A realização de campanhas informativas para redução dos fatores de risco, treinamento da Atenção Básica, acesso a hospitais especializados, educação da população e

intercolaboração regional são estratégias destacadas pelo médico para controle da doença.

No Brasil, os registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) fornecem informações sobre o impacto do câncer nas comunidades, configurando-se uma condição necessária para o planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer. Em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), formam o eixo estruturante para a vigilância de câncer e para o desenvolvimento de pesquisas em áreas afins (INCA, 2016).

A estimativa mundial, realizada em 2012, pelo projeto Globocan/Iarc, apontou que, dos 14 milhões (Exceto câncer de pele não melanoma) de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%).

Segundo o INCA (2016) a estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

O objetivo desse trabalho foi o de descrever o perfil epidemiológico e clínico de indivíduos acima dos cinquenta anos, contidos no Sistema de Informação de Registros Hospitalares de Câncer, vinculado ao Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva relatando: o gênero, faixa etária, a região anatômica mais prevalente e o estadiamento clínico.

Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo com uma abordagem individual e procedimentos estatísticos por meio de técnica de documentação indireta (INCA, 2006). Foram coletados do Sistema de Informação de Registros Hospitalares de Câncer, vinculado ao Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Sendo avaliado o perfil epidemiológico e clínico das neoplasias localizadas na cabeça e pescoço, de interesse odontológico no período de 2005 a 2015.

Resultados e Discussão: Foram identificados durante o período analisado de n= 1.485 casos (Tabela 01), a região primária com maior frequência de incidência de neoplasias foi a língua (n= 288) 19,39% seguida de outras partes da boca e da mucosa jugal não especificadas (n= 212) 14,28% e o lábio (n= 209) 14,07%. A unidade hospitalar de entrada no tratamento foi o Hospital Dr. Luiz Antônio (n= 1.352) 91,0% seguido do Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró com n= 117 (7,9%) (Tabela 02). O gênero masculino foi o mais prevalente (n= 947) 63,8%, o feminino com n= 538 (36,2%) (Tabela 03). A Figura 01 podemos fazer uma distribuição dos casos segundo o gênero, a faixa etária e número de casos no período analisado, notamos uma redução dos casos masculinos a medida em que a idade avança e o inverso ocorre nos femininos. A etnia parda foi a que obteve uma maior frequência (n= 963) 64,8%, seguida da branca (n= 379) 25,5% (Tabela 04). A escolaridade analisada ficou assim distribuída: nenhuma (n= 434) 29,23%, fundamental incompleto (n= 337) 22,69%, fundamental completo (n= 105) 7,07 (Tabela 05). O uso do tabaco foi analisado quanto o seu consumo, os que são fumantes (n= 853) 57,44%, os que nunca fumaram (n= 171) 11,52% e os que são ex-consumidores (n= 193) 13,00% (Tabela 06). O uso do álcool foi analisado quanto o seu consumo, os que são usuários (n= 579) 38,99%, os que nunca beberam (n= 419) 28,22% e os que são ex-consumidores (n= 119) 8,01% (Tabela 07). O estadiamento clínico das lesões neoplásicas tipo IV (n=647) 43,57% e III (n= 207) 13,94% (Tabela 08), o que denota no atendimento do paciente. O tipo histológico da lesão de maior frequência foi a de carcinoma escamocelular (n= 1.246) 83,91% e carcinoma sem origem específica (n= 72) 4,85% (Tabela 09), O tumor consiste em ceratinócitos, atípicos que invadem a derme e mais além. Assim como no carcinoma espinocelular, as características citológicas são: uma razão núcleo-citoplasma aumentada, hipercromasia nuclear, ceratinização de células individuais, células gigantes tumorais, figuras atípicas de mitose e aumento da taxa de mitose. A base da terapêutica é a excisão. O modo de excisão, entretanto, depende do tamanho e localização da lesão. Na maioria dos casos com lesões avançadas associa-se quimioterapia e/ou radioterapia

à terapêutica. A taxa de cura em 5 anos é de aproximadamente 90% (REGESI, 2000).

Tabela 01 – Distribuição dos casos segundo a localização primária. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Localização primária	n	%
Língua	288	19,39
Outras partes da boca e da mucosa julgal não especificadas	212	14,28
Lábio	209	14,07
Palato	173	11,65
Orofaringe	159	10,71
Glândula parótida	119	8,01
Assoalho da boca	106	7,14
Base da língua	69	4,65
Localizações mal definidas do lábio, boca e faringe	41	2,76
Nasofaringe	39	2,63
Tonsilas	29	1,95
Outras glândulas salivares maiores	24	1,62
Gengiva	17	1,14
Total	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Tabela 02 – Distribuição dos casos segundo Unidade Hospitalar. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Unidade Hospitalar	n	%
Hospital Dr. Luiz Antônio	1.352	91,0
Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró	117	7,9
Hospital do Coração de Natal	16	1,1
Total	1.485	100,0

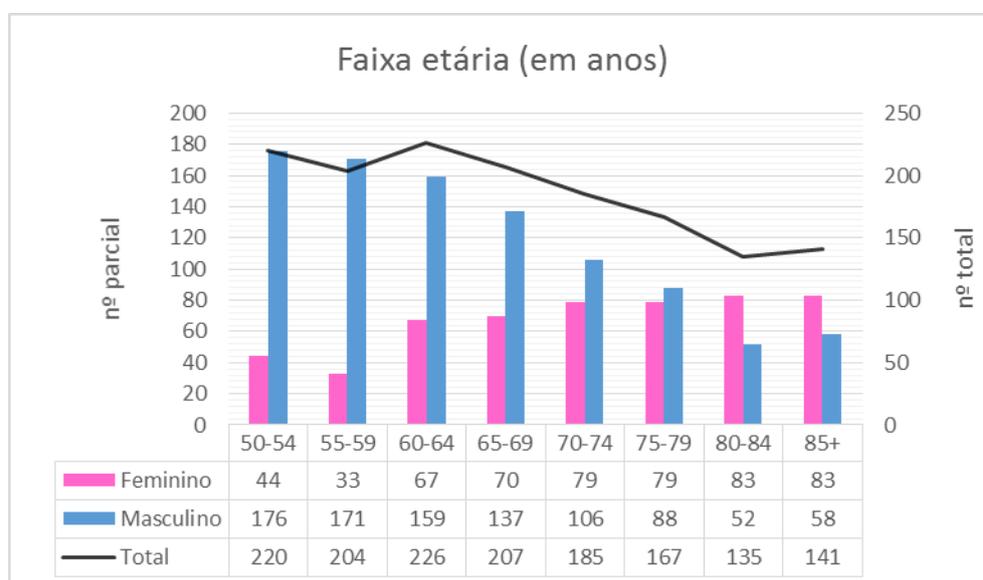
Fonte: INCA

Tabela 03 – Distribuição dos casos segundo gênero. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Gênero	n	%
Masculino	947	63,8
Feminino	538	36,2
Total	1.485	100,0

Fonte: INCA

Figura 01 – Distribuição geral dos casos, distribuído por faixa etária e gênero. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.



Fonte: INCA.

Tabela 04 – Distribuição dos casos segundo a etnia. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

ETNIA	n	%
Parda	963	64,8
Branca	379	25,5
Sem informação	89	6,0
Negra	53	3,6
Amarela	1	0,1
TOTAL	1.485	100,0

Fonte: INCA.

Tabela 05 – Distribuição dos casos segundo a escolaridade. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Escolaridade	n	%
Nenhuma	434	29,23
Fundamental incompleto	337	22,69
Fundamental completo	105	7,07
Nível médio	81	5,45
Nível superior completo	31	2,09
Sem informação	497	33,47
TOTAL	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Tabela 06 – Distribuição dos casos quanto ao uso do tabaco. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Experiência com o tabaco	n	%
Sim	853	57,44
Ex-consumidor	193	13,00
Nunca	171	11,52
Não avaliado	2	0,13
Sem informação	266	17,91
TOTAL	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Tabela 07 – Distribuição dos casos quanto ao uso de bebida alcoólica. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Experiência com o álcool	n	%
Sim	579	38,99
Ex-consumidor	119	8,01
Nunca	419	28,22
Não avaliado	2	0,13
Sem informação	366	24,65
TOTAL	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Tabela 08 – Distribuição dos casos segundo o estadiamento clínico. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Localização primária	Estadiamento						n	%
	I	II	III	IV	Não se aplica	Sem informação		
Língua	10	42	55	135	3	43	288	19,39
Outras partes da boca e da mucosa jugal não especificadas	7	17	26	121	3	38	212	14,28
Lábio	10	13	12	19	4	151	209	14,07
Palato	10	16	29	72	0	46	173	11,65
Orofaringe	2	7	18	98	15	19	159	10,71
Glândula parótida	9	11	14	35	7	43	119	8,01
Assoalho da boca	4	19	12	53	3	15	106	7,14
Base da língua	3	2	11	46	1	6	69	4,65
Localizações mal definidas do lábio, boca e faringe	0	1	8	17	7	8	41	2,76
Nasofaringe	2	1	6	24	0	6	39	2,63
Tonsilas	0	4	6	14	0	5	29	1,95
Outras glândulas salivares maiores	1	5	6	8	0	4	24	1,62
Gengiva	2	2	4	5	0	4	17	1,14
Total	60	140	207	647	43	388	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Tabela 09 – Distribuição dos casos quanto ao tipo histológico. Rio Grande do Norte, de 2005 a 2015.

Tipo histológico	n	%
Carcinoma Escamocelular	1.246	83,91
Carcinoma Sem Origem Específica (SOE)	72	4,85
Carcinoma Mucoepidermoide	34	2,29
Neoplasia Maligna	19	1,28
Carcinoma Adenoide Cístico	17	1,14
Linfoma Maligno de Células Grandes B, Difuso, SOE	17	1,14
Outros tipos	80	5,39
Total	1.485	100,00

Fonte: INCA.

Conclusão: É fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer incorpore-se na rotina da gestão da saúde de modo a tornar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco. Esse monitoramento engloba a supervisão e a avaliação de programas, como ações necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, bem como a manutenção de um sistema de vigilância com informações oportunas e de qualidade que subsidie análises epidemiológicas para as tomadas de decisões.

Bibliografia:

World Health Organizations. **GLOBAL STATUS REPORT: On noncommunicable diseases** 2014. Disponível em:

<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf>> Acessado em 27/05/2016.

Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>> Acessado em 27/05/2016.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; et al. **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 2ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; POGREL, M.A. **Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2000