

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM HECI

FARMÁCIA

REGINALDO ANGELETE RANGEL

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS NO HECI -
HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-
ES**

Cachoeiro de Itapemirim

2019

REGINALDO ANGELETE RANGEL

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
TRATADOS NO HECI - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO
DE ITAPEMIRIM-ES**

Trabalho de conclusão de curso vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multidisciplinar do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, como requisito parcial para obtenção do título de Farmacêutico especialista em Atenção ao Câncer.

Orientador: Gustavo Zigoni de O. Ribeiro

Cachoeiro de Itapemirim

2019

REGINALDO ANGELETE RANGEL

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS NO
HECI - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES**

Trabalho de conclusão apresentado ao Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Atenção ao câncer.

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Magno Rodrigues Berçacola – Farmacêutico generalista
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI**

**Ricardo Beninca Pupim – Farmacêutico generalista
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI**

**Ms. Enf. Gustavo Zigoni de O. Ribeiro_
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI
Preceptor Orientador – Presidente da Banca Examinadora**

Cachoeiro de Itapemirim – ES, 10 de Janeiro de 2019

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS NO HECI - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES

CHARACTERIZATION OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ONCOLOGICAL PATIENTS TREATED AT HECI-HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES

RANGEL, Reginaldo Angelete¹

RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira²

PUPIM, Ricardo Beninca³

RESUMO

Sabe-se que o câncer é considerado um grave problema de saúde mundial e vêm apresentado aumentos significantes a cada ano, mostrando assim, a importância e a necessidade da realização de pesquisas. Como é o caso dos estudos epidemiológicos, que visam melhor entender as características e desenvolvimento da doença, possibilitando assim o aperfeiçoamento de ações preventivas, monitoramento e enriquecimento para novos rumos no âmbito de pesquisas, visando contribuir para um melhor manejo e controle dessa patologia. O objetivo do estudo foi realizar a caracterização do perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos doentes. Trata-se de um estudo retrospectivo, de caráter descritivo exploratório, com análise quantitativa dos dados obtido, que foram coletados através do sistema sisRHC e o Integrador do RHC, sendo considerado os pacientes atendidos no HECI, no período de 2012 a 2016. Os resultados apontaram que maioria é do sexo masculino, sendo câncer de próstata o mais prevalente. Pontos importantes encontrados, foram o fato da maioria serem trabalhadores rurais, a maior parte dos pesquisados possuírem baixa escolaridade e influência do álcool e tabaco em determinados tipos de cânceres.¹

Palavras-chave: Câncer; Estudos epidemiológicos; Fatores de risco.

ABSTRACT

It is known that cancer is considered a serious global health problem and there have been significant increases every year, thus showing the importance and necessity of conducting research. As is the case in epidemiological studies, which aim to better understand the characteristics and development of the disease, thus enabling improvement of preventive actions, monitoring and enrichment for new directions in the scope of research, aiming to contribute to a better management and control of this pathology. The objective of the study was to characterize the socio-demographic and

¹Residente do Programa de Residência Farmacêutica – Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI, regisrangel@hotmail.com.

²Orientador Ms. Enfermeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI, gustavo.ribeiro@heci.com.br.
Cachoeiro de Itapemirim – E/S, Janeiro - 2019.

clinical-epidemiological profile of the patients. This is a retrospective, exploratory descriptive study, with quantitative analysis of the data obtained, which were collected through the sisRHC system and the RHC Integrator, considering the patients seen in the HECI, from 2012 to 2016. The results pointed out that the majority is male, being prostate cancer the most prevalent. Important points that were found were the fact that the majority were rural workers, the majority of those surveyed had low levels of schooling and the influence of alcohol and tobacco on certain types of cancers.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma grave doença, caracterizada por um crescimento desordenado de células defeituosas, podendo acometer diferentes tipos celulares, havendo assim uma grande necessidade de sua detecção precoce, que além de facilitar e tornar menos invasivo o seu tratamento, aumenta muito as chances de cura do paciente (INCA, 2017; GUERRA, 2005).

Assim como visto em outras diversas pesquisas como a de Guerra (2005), INCA (2012) e Lauter (2013), o desenvolvimento do câncer está relacionado tanto com os chamados fatores intrínsecos que são idade elevada, hereditariedade, etnia e gênero, como os fatores extrínsecos os quais se enquadram hábitos alimentares ruins, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, poluição ambiental, acometimento por agentes infecciosos, exposição a agentes químicos, radiação solar.

Essa enfermidade é responsável por acometer um elevado número de pessoas em todo mundo, números esses, que de acordo com diversos estudos, apontam um grande aumento nos próximos anos, considerando-a então um gravíssimo problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em todo os países do mundo, além de ser responsável por um elevado número de óbitos (INCA, 2006; BRASIL, 2015; LAUTER, 2013).

O projeto Globocan/larc realizou uma estimativa em 2012, apontando que dos 14 milhões de novos casos estimados, mais de 60% destes ocorreram em países considerados em desenvolvimento. E em relação à mortalidade é ainda pior, pois dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% aconteceram nestes países, dados que nos preocupa ainda mais, visto que o Brasil se encaixa dessa categoria de país em desenvolvimento (BRASIL, 2015; LAUTER, 2013).

Sabendo-se dos riscos dessa enfermidade e as altas despesas públicas para o seu tratamento, é de extrema relevância a realização de estudos epidemiológicos em prol desse assunto, visando melhor entender a doença. Estudos esses que tem a capacidade de identificar tanto as características biológicas dos portadores, como também quais são os fatores ambientais, econômicos e entre outros, que esses indivíduos foram expostos, possibilitando assim, uma possível identificação de alguma correlação com a doença (BRASIL, 2015; LAUTER, 2013).

E uma forma que vem dado muito certo, tanto para a realização do registro nacional do câncer em nosso país, como principalmente uma ferramenta base para realização de estudos e estimativas da doença, são os chamados RHC – Registros Hospitalares de Câncer. Esses programas realizam cadastramento de dados numéricos dos pacientes em tratamento oncológico, possibilitando monitoramento e acompanhamento da situação do câncer no Brasil (PISANI, 2002).

Essa identificação do perfil epidemiológico dos portadores de câncer é imprescindível tanto para as profissionais de saúde, pois é uma excelente ferramenta no auxilia do planejamento e elaboração de ações preventivas e terapêuticas, sendo também crucial para as autoridades políticas, pois fornece informações seguras para

implantação de políticas públicas, que visem além da saúde e bem-estar da população, buscam também a redução de gastos e taxas de mortalidade (LAUTER, 2013).

Diante do exposto e sabendo que o HECI – Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim é considerado como referência em tratamento oncológico no sul do Espírito Santo, possuindo um RHC ativo e com anos de funcionamento, podemos considerar como uma válida fonte para levantamentos epidemiológicos.

Nesse sentido, a pesquisa apresentou como objetivo, a caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes com câncer, atendidos no HECI e desta forma, produzir dados que ajudem tanto na conscientização na população sobre o tema câncer, como apontar para as autoridades políticas e sistemas públicos de saúde, pontos e fatores que devem ser trabalhados, para prevenção da doença e principalmente para o seu diagnóstico precoce.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, de caráter descritivo exploratório, com análise quantitativa dos dados obtidos. O qual utilizou informações provenientes do Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer (sisRHC), disponível no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC).

A pesquisa abrangeu pacientes do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) com diagnóstico de câncer, ou seja, que tenha sido diagnosticado com qualquer que seja o tipo de câncer, no período de 2012 a 2016. O motivo da pesquisa não contar com os dados de 2017 e 2018 é que esses dados ainda não foram enviados para o banco de dados do sisRHC do INCA.

As variáveis utilizadas para traçar o perfil sócio demográfico foram: idade, sexo, escolaridade, origem do encaminhamento, ocupação e procedência do indivíduo. Além desses, outros pontos como consumo de álcool e tabaco, casos na família, estadiamento clínico, motivo para não tratar e estado final da doença no término do tratamento, foram avaliados e discutidos, afim de delinear o perfil clínico epidemiológico.

Os elementos apresentados pelo sisRHC, exibem apenas informações quantitativas, ou seja, não são fornecidas nem um tipo de identificação do paciente, garantindo assim o sigilo total. Esses dados utilizados no estudo possuem acesso livre a todos, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), devido a isso, não foi necessário realizar a submissão desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADO

Os resultados obtidos no estudo, estão relacionados a todos pacientes oncológicos do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, no período de 2012 a 2016, representando uma amostra total de 5.167 pacientes. Lembrando que os dados obtidos para realização dessa pesquisa, não são validos para calcular a incidência de casos nos municípios, estado ou regiões, pois essas informações são de apenas doentes tratados no HECI, ou seja, pode existir pacientes dessas mesmas regiões que tenha optado por tratar em outro hospital.

Em alguns casos, a incompletude dos dados (como sem informação e não se aplica) representou um fator militante para melhor esclarecimento, avaliação e interpretação dos resultados, que serão discutidos mais à frente. Romero e Cunha (2006) estipularam uma classificação para avaliar a completude e qualidade dos

dados, onde menos de 5% de preenchimento incompleto é considerado excelente, 5 a 10% é bom, 10 a 20% regular, 20 a 50% é ruim e acima de 50% é muito ruim.

3.1. PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

A tabela abaixo demonstra as informações relacionadas às características sócio demográficas desses doentes, onde: sendo a maioria do sexo masculino (54%), quanto a escolaridade com maior significância foram os com ensino fundamental incompleto (30,1%), sendo a faixa etária de 60 – 69 anos com maior prevalência (25%) entre os participantes, no que se refere a ocupação (profissão), os trabalhadores agropecuários foram os mais afetados (19%), com relação a procedência, os municípios com maior número de pacientes tratados no HECI foram: Cachoeiro de Itapemirim - ES com 2034 casos (39,4%), seguidos de Castelo – ES com 353 casos (6,8%), Marataízes - ES 264 casos (5%), Alegre - ES 254 casos (4,9%), Itapemirim 250 casos (4,8%), Guaçuí - ES 239 casos (4,6%) e Mimoso do Sul com 235 casos (4,5%), a respeito da origem do encaminhamento desses paciente para o setor de oncologia, o com maior representatividade foi daqueles pacientes oriundos do SUS (59%).

O termo “sem informação” está relacionado aos prontuários incompletos, ou seja, não continham a informação. O “não se aplica” são informações colhidas nos prontuários, porém não existe opção equivalente no sistema de tabulação do RHC ou caso o questionamento da variável não seja válido para determinada situação (EX: um paciente menor de 18 anos, o sistema não avalia o quesito consumo de tabaco e álcool por exemplo).

Tabela 1: Perfil sócio demográfico dos pacientes com cânceres tratados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, de 2012 a 2016.

Sexo	Nº	%			
Masculino	2813	54%		Pedreiro/ estucador	180 3,5 %
Feminino	2354	46%		Condutor de veículos	170 3,3 %
Escolaridade	Nº	%		Professor	145 2,8 %
Nenhuma	475	9,2%		Comerciante	130 2,5 %
Fundamental incompleto	1559	30,1%		Sem informação	1096 21,2 %
Fundamental completo	593	11,5%		Não se aplica	1123 21,7 %
Nível médio	665	12,9 %		Procedência	Nº
Superior incompleto	31	0,6 %		1. ^a C. Itapemirim	2034 39,4 %
Superior completo	231	4,5 %		2. ^a Castelo	353 6,8 %
Sem informação	1613	31,2 %		3. ^a Marataízes	264 5,0 %
Faixa etária	Nº	%		4. ^a Alegre	254 4,9 %
10 – 19	2	0,84 %		5. ^a Itapemirim	250 4,8 %
20 – 29	144	2,8 %		6. ^a Guaçuí	239 4,6 %
30 – 39	301	5,2 %		7. ^a Mimoso do Sul	235 4,5 %
40 – 49	565	11 %		Origem do encaminhamento	Nº
50 – 59	1069	20,6 %		Não se aplica	38 0,7 %
60 – 69	1291	25 %		Não SUS	1273 24,6 %
70 - 79	1128	21,8 %		Sem Informação	516 10,0 %
80 +	654	12,7 %		SUS	3047 59,0 %
Ocupação em destaque	Nº	%		Veio por conta própria	293 5,7 %
Trabalhador agropecuário	982	19,0%		TOTAL	5.167 100%

Fonte: INCA (2018).

3.2. PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Os tipos de cânceres com maior prevalência entre os pacientes tratados no HECI foram: próstata (17,9%), mama (15,7%) e pele (melanoma e não melanoma) (8%), seguidas das demais categorias expressas na tabela abaixo. Um ponto relevante observado na pesquisa, foi o número de pacientes que vem aumentando a cada ano. No qual do ano de 2012 – 2016 tivemos um acréscimo de 30%, o que daria aproximadamente 6,1% a cada ano.

Tabela 2: **Número de casos por ano segundo a localização primária, 2012 - 2016.**

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL	%
Próstata	146	190	187	212	192	927	17,9
Mama	160	133	166	161	193	813	15,7
Pele (melanoma e não melanoma)	62	44	57	132	120	415	8
Colón	59	43	58	61	69	290	5,6
Brônquio e pulmão	43	59	46	52	69	269	5,2
Sistemas hematopoiético e reticulo endotelial	65	61	44	35	57	262	5,1
Colo do útero	51	29	44	48	41	213	4,1
Estomago	33	40	39	40	58	210	4,1
Esôfago	42	39	39	35	37	192	3,7
TOTAL	925	938	967	1132	1205	5167	100

Fonte: INCA (2018).

A tabela a seguir tem o objetivo de mostrar dois diferentes momentos: o 1^a – avalia o estadiamento clínico da doença ao ser foi diagnosticada o câncer e o 2^a – analisa o estado final da doença ao término do primeiro tratamento. Pois vale lembrar, que em alguns casos o paciente não possui uma resposta satisfatória na 1^a terapia, sendo necessário, repetir o protocolo ou até mesmo trocar.

Quanto ao estadiamento da doença, o estágio II e o IV foram os que apresentaram maior representatividade. Indicando assim, que apesar do nível II ter possuído uma pequena diferença com relação ao nível IV, ainda é insatisfatório o número de pacientes diagnosticados em estágio avançado da doença.

Com relação ao tipo de caso ao final do primeiro tratamento, (39,9%) dos pacientes apresentaram-se sem evidência da doença remissão completa e (19,5%) foram a óbito. Um ponto que dever ser observado, é que se consideramos e somarmos os resultados considerados negativos (ou seja, que são muito ruins em relação à

efetividade do tratamento), sendo eles: doença em progressão, fora de possibilidade terapêutica e óbitos, temos um valor de (30,7%). Esse resultado aponta que a maior parte dos pacientes foram curados já no término do primeiro tratamento.

Mais uma vez a incompletude das informações, foi um fator militante para um melhor esclarecimento e interpretação dos resultados.

Tabela 3: Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer tratados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, 2012 – 2016.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento	Nº	%	Estadiamento clínico da doença	Nº	%
Doença em progressão	442	8,5 %	In Situ	125	2,4 %
Doença estável	117	2,3 %	Estádio I	543	10,5 %
Fora de possibilidade terapêutica	142	2,7 %	Estádio II	963	18,7 %
Não se aplica	182	3,5 %	Estádio III	811	15,7 %
Óbito	1009	19,5 %	Estádio IV	932	18,1 %
Remissão parcial	489	9,5 %	Não Estadiável	823	16 %
Sem evidência da doença	2060	39,9 %	Sem Informação	954	18,5 %
Remissão completa					
Sem Informação	666	12,9 %	Total	5167	100%
Total	5167	100%			

Fonte: INCA (2018).

3.3. FATORES HEREDITÁRIOS, CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Com relação ao consumo de tabaco (11,4%) fumam, (19,7%) são ex-fumantes e (28,1%) nunca fumaram, porém (40,8%) dos pacientes não foram avaliados, não se aplica ou não possuíam informação.

No que se refere ao consumo de álcool, (21,8%) bebem, (13,8%) são ex-consumidores e (34,8%) nunca beberam, porém (43,4%) dos pacientes não foram avaliados, não se aplica ou não possuíam informação.

Em relação ao histórico de câncer familiar, observou que (29%) apresentavam histórico de câncer na família e (17%) não possuíam histórico, porém (54%) dos pacientes não tiveram essa informação em seu cadastro por não saberem ou a informação não ter sido coletada.

Tabela 4: **Histórico familiar de câncer, consumo de álcool e tabaco dos indivíduos com câncer tratados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, 2012 a 2016.**

Histórico familiar	F	%	Sem informação	407	7,9%
Sim	1505	29%			
Não	871	17%			
Sem informação	2791	54%			
Consumo de tabaco	F	%	Consumo de álcool	F	%
Ex – consumidor	1017	19,7%	Ex – consumidor	714	13,8%
Sim	591	11,4%	Sim	414	8%
Nunca	1452	28,1%	Nunca	1797	34,8%
Não avaliado	1684	32,6%	Não avaliado	1710	33,1%
Não se aplica	16	0,3%	Não se aplica	56	1,1%
			Sem informação	476	9,2%
			Total	5.167	100%

Fonte: INCA (2018).

Na tabela a seguir, foram criados três grupos: 1^a – pessoas que fazem ou já fizeram uso de tabaco; 2^a – pessoas com incompletude de dados (não foram avaliadas, sem informação e não se aplica) e 3^a – indivíduos que nunca fumaram. Esses dados foram correlacionados com os diferentes tipos de cânceres, afim de identificar possíveis correlação com uso do tabaco. Sendo observado então que os maiores valores foram encontrados nos casos de orofaringe com (91%) e seio periforme (86%), assoalho da boca (83%), seguidos dos demais tipos descritos abaixo na tabela.

Tabela 5: **Número de casos por Histórico de consumo de tabaco segundo Localização primária do tumor, de 2012 – 2016.**

Localização primária	Ex-consumidor + Pessoas que usam “SIM”	Não avaliados + Sem informação + Não se aplica	Pessoas que “NUNCA” utilizaram	Total de casos
Orofaringe	92 %	3 %	5 %	36
Seio Periforme	86 %	7 %	7 %	14
Assoalho da boca	83 %	11 %	6 %	18
Base da língua	80 %	15 %	4 %	26
Laringe	80 %	12 %	8 %	84
Amígdalas	77 %	12 %	11 %	27
Esôfago	75 %	12 %	13 %	192
Língua	75 %	14 %	11 %	44
Brônquio e Pulmão	71 %	17 %	12 %	269

Fonte: INCA (2018).

Com relação ao consumo de bebida alcoólica, também foram criados três grupos: 1ª – pessoas que fazem ou já fizeram uso de álcool, 2ª – pessoas com incompletude de dados (não foram avaliadas, sem informação e não se aplica) e 3ª – indivíduos que nunca beberam. Os dados foram correlacionados com os diferentes tipos cânceres, afim de identificar possíveis correlações com consumo de álcool.

Desta forma, foi observado que os maiores valores foram encontrados nos casos de orofaringe com 86%, amígdalas 74 % e assoalho da boca, seguidos de outros tipos descritos na tabela abaixo, que também se destacaram.

Tabela 6: **Número de casos por Histórico de consumo de bebida segundo Localização primária do tumor, de 2012 – 2016.**

Localização primária	Ex-consumidor + Pessoas que usam	Não avaliados + Sem informação + Não se aplica	Pessoas que “nunca” utilizaram	Total de casos
Orofaringe	86 %	8,3%	5,6%	36
Amígdalas	74%	14,8%	11,2%	27
Assoalho da boca	72 %	16%	12 %	18
Seio periforme	71%	7%	21%	14
Esôfago	70 %	13%	17%	192

Palato	70 %	12,5%	17,5%	24
Base da língua	63%	19%	18 %	26
Laringe	63 %	16,6%	20%	269
Língua	63%	15,9%	21%	44

Fonte: INCA (2018).

4. DISCUSSÃO

Sabemos que o câncer representa hoje, um dos grandes desafios na área da saúde, visto apresentar altos custo para o seu tratamento, difícil controle da doença e aumentos significantes nos últimos anos. Sendo assim, é de extrema importância, que seja realizado um acompanhamento desses casos. Desta forma, os estudos epidemiológicos possuem papel importante nesse combate, pois é através da obtenção desses resultados específicos para aquela amostra estudada, seja possível criar ações preventivas e de controle, mais eficazes.

Com relação a incompletude de dados, Romero e Cunha (2006) propôs uma classificação que julgue a qualidade dos dados, sendo excelente (< de 5% de preenchimento incompleto), bom (de 5 a < 10%), regular (10 a < 20%); ruim (20 a <50%) e muito ruim (50% ou mais). Desta forma e de uma forma geral, foi possível encontrar em nossa pesquisa variáveis que variam de bom (com 10% de incompletude em relação a origem do encaminhamento) e variáveis consideradas muito ruins (com 54% de incompletude na relação de histórico familiar).

4.1. PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

Por meio dos resultados obtidos, foi possível caracterizar o perfil da população pesquisada, que consisti em pessoas de baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto foi predominante), sendo o sexo masculino os mais acometidos, com

relação à ocupação – é possível observar uma característica comum entre aquelas mais afetadas, pois são profissões expressamente expostos a fatores que contribuem para desenvolvimento do câncer (como poluição urbana, stress, radiação, agrotóxicos entre outros), a faixa etária mais acometida foi de 60 a 69 anos, quanto a procedência – observamos uma diferença entre as 2 principais localidades, a 1ª com características mais urbanas e elevado número de habitantes (Cachoeiro de Itapemirim) a qual possui uma população exposta a fatores como stress, poluição do ar e água e alta radiação solar e a 2ª são regiões mais interioranas, sendo as atividades agropecuárias muito presente entre a população. Em relação ao uso de tabaco/ álcool, considerando a soma de ex-consumidores e usuários ainda ativos, esses valores podem explicar a alta representatividade de alguns tipos de câncer.

Assim como em nossos resultados e em se tratando da prevalência de câncer entre os sexos, estudos epidemiológicos e estimativos do INCA apontam que os homens são mais propensos ao desenvolvimento de um câncer. Um dos motivos que podem ser responsável por isso, é a demora ou a não realização de acompanhamentos preventivos. Estudos apontam que os homens tendem a não procurar os serviços básicos ou procurarem apenas quando se sentem mal, julgando falta de tempo, medo de ser portador de uma doença grave, demora no atendimento, e entre outros (INCA, 2012; PISANI, 2002; BERTOLINI, 2014).

A Agência Internacional – IARC (2018) também aponta, que em uma estimativa para 2018, 1 em cada 5 homens e 1 em cada 6 mulheres no mundo terão câncer em alguma parte da vida, além de 1 em cada 8 homens e 1 em cada 11 mulheres morrerem devido a doença.

Com relação ao baixo grau de escolaridade descoberto, observamos que pesquisadores como Cavalini et al., (2012) que realizou um trabalho no Serviço de Registro Hospitalar de Câncer I do INCA, também observou que maior parte dos pacientes (61%), possuíam apenas o primeiro grau incompleto. Matoso (2016) observou também resultados semelhantes como os obtidos. De acordo com Modeneze (2004) a baixa escolaridade pode fazer com que os pacientes exibam dificuldades para entender orientações terapêuticas e dificuldades para mudança de hábitos dos quais estão acostumados. Desse modo e de acordo com Wagnild (2008) a melhor capacidade cognitiva, apresentada por pessoas que possuem maior grau de escolaridade, influencia diretamente na capacidade de percepção de doença ou sinais e tomada de decisões.

No que diz respeito a ocupação desses pacientes, foi possível observar que a maioria são trabalhadores agropecuários, resultados que corroboram com os achados de Matoso (2016) e Cavalini et al., (2012), segundo eles, trabalhadores rurais possuem uma constante exposição a fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer, fatores como exposição solar e agrotóxicos, que em muitas das vezes são altamente cancerígenas.

Algumas literaturas como Matoso (2016), Informe técnico (2007) e INCA (1999), apontam que o próprio envelhecimento natural do ser humano, ocasiona alterações celulares, aumentando assim sua suscetibilidade a transformações malignas. Juntando isso ao fato que essas pessoas idosas terem sido expostas por um tempo maior aos inúmeros fatores causadores de câncer, explica em partes, o motivo de o câncer ser mais frequente em indivíduos com idade mais avançada. Desta forma, esses elevados números de casos podem ser relacionados ao aumento da

expectativa de vida, provocando então um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, como no caso do câncer.

Segundo Dalla (2014), o fato de um hospital apresentar atendimentos públicos, é de se esperar que maior parte dos usuários sejam encaminhados via SUS. O HECI é uma entidade privada de caráter filantrópico, reconhecido como de utilidade pública municipal, estadual e federal, devido aos relevantes serviços prestados. Onde mais de 78% dos seus atendimentos prestados, são para pacientes do Sistema Único de Saúde.

4.2. PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Assim como visto na tabela nº 2, do ano de 2012 – 2016 observamos um aumento de 30% de novos casos. A Agência Internacional de Pesquisas em Câncer (International Agency for Researchon Cancer - IARC), realizou uma estimativa para o ano de 2012, onde apontou um valor de 14,1 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes. A mesma IARC, realizou uma estimativa para o ano de 2018, apontando um aumento para 18,1 milhões de novos casos de câncer no mundo e 9,6 milhões de óbitos por câncer em para o ano 2018. Tratando-se assim, de um acréscimo de 28% na quantidade de diagnósticos e de 17% na de óbitos (IARC, 2018).

Os tipos de tumores com maior frequência em nossa pesquisa foi 1ª próstata, 2ª mama e em 3ª pele (melanoma e não melanoma). Como é possível ver em nossos resultados, a partir do ano de 2015 o número de pessoas com câncer de pele mais que dobrou. Em uma estimativa lançada pelo INCA (2015), para o ano 2016 com relação ao número de casos por tipo de tumor, os mais expressivos foram

respectivamente 1ª pele (não-melanoma e melanoma) 2ª próstata e em 3ª mama (INCA, 2015).

O processo global de industrialização provocou de certo modo uma melhora nos padrões de vida e conseqüentemente uma modificação do perfil epidemiológico da população, isso ocorreu devido à uniformização das condições de trabalho, nutrição, saneamentos e melhores políticas de saúde. Com resultado, as alterações demográficas como redução de taxas de mortalidade e natalidade apontam um aumento da expectativa da vida e conseqüentemente um envelhecimento populacional, que como de acordo com INCA (1999), quanto maior a sobre vida da população, maior será o número de novos casos de neoplasias malignas (BRASIL, 2006; INFORME TECNICO, 2007).

Como foi visto, com uma mínima diferença o estadiamento nível II foi o que mais se sobressaiu. Porém o nível IV apresentou um elevado número de casos. Autores como Casotti, et al (2016); Neto et al (2015) apontam a importância de um diagnóstico precoce, em relação ao aumento da possibilidade de cura e ao não acometimento de outros tecidos ou órgãos. Pois uma descoberta tardia torna necessária a realização de terapias extensivas e invasivas, influenciando tanto na qualidade de vida do paciente como no prognóstico da doença. Um outro fator relevante citado por Ferreira e Silva et al (2013), é que pacientes encaminhados através do sistema de saúde pública, para tratamento de câncer de mama, possuem 1,94 vezes mais chances de estadiamento tardio do seu diagnóstico, sendo a demora para conseguir uma consulta e para realização de exames fator relevante para esse resultado (CASSOTI, et al 2016; NETO, et al 2017; FERREIRA E SILVA, et al 2013).

Com relação ao estado da doença ao final do tratamento, observamos que 39,9% dos pacientes se apresentaram sem evidência da doença (remissão completa), vale lembrar, que após o tratamento pode ocorrer o retorno da doença (recidiva). De acordo com Oliveira (2017), a variável estado da doença ao final do primeiro tratamento é essencial para avaliação da efetividade do primeiro tratamento recebido. É importante deixar claro que todas as outras variáveis estão sujeitas a mudança de quadro clínico após o final do primeiro tratamento, ou seja, podendo haver um agravamento e assim levar pior do quadro ou até mesmo óbito. Sendo assim e como citado pelo informativo do INCA (2011), para que se tenha uma melhor contextualização da variável “estado da doença ao final do primeiro tratamento”, seria importante a avaliação e outros fatores como, tipo tumor, estadiamento clínico, possíveis comorbidades, entre outros

4.3. FATORES HEREDITÁRIOS, CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

O câncer hereditário está relacionado com a transmissão genética de uma geração para outra, de genes responsáveis por desencadear a doença. De acordo com alguns estudos, esses fatores genéticos são responsáveis por tornar as pessoas mais susceptíveis a ação de agentes cancerígenos. Isso pode então explicar, o motivo pelo qual nem todas as pessoas desenvolvem o câncer quando expostas aos mesmos fatores carcinogênicos. De acordo com o INCA (2011), o histórico familiar aumenta de 2 a 3 vezes o risco de desenvolver câncer de mama (LAUTER, *et al*/2014; INCA, 2012; INCA, 2011).

Autores como Feitosa e Pontes (2011) e Cobos et al., (2012), apontam que o consumo de cigarro e álcool, são os grandes responsáveis pelo desenvolvimento de

câncer e a alta taxa de câncer de boca, principalmente quando ambas as práticas são realizadas pelo mesmo indivíduo. Segundo o INCA, 90% dos casos de cânceres de boca em homens e 60 % dos casos em mulheres, estão ligados ao consumo de tabaco, sendo o álcool responsável por até 55% dos casos. Em 1949 – 1950, dois grupos epidemiologistas já apontavam que fumantes em grandes quantidades, possuíam o risco de ser acometido por câncer de pulmão 20 vezes mais, do que aqueles que não fumava (HENDGES, *et al* 2013).

De acordo com Araujo (2004) o cigarro possui cerca de 4.720 substâncias tóxicas diferentes, que agem nos diversos sistemas e órgãos do corpo humano, sendo que de 60 a 80 dessas substâncias são consideradas cancerígenas, apresentado assim alto riscos tanto para os fumante ativos como os passivos.

Segundo a Agência Internacional IARC, os números de tumores malignos relacionados ao tabagismo aumentaram para 20 tipos diferentes, incluindo o câncer de cólon e ovário. Um resultado muito interessante foi observado em um estudo realizado no Instituto de Pesquisa do Centro Nacional do Câncer do Japão, o qual apontou evidências dos danos provocados ao chamado fumante passivo. Para a execução do mesmo, 95.540 mulheres com idade de 40 anos ou mais, sendo não fumantes e casadas com maridos que fazem uso de cigarro ou não. Foi observado uma maior taxa de mortalidade por câncer de pulmão nas esposas de maridos que utilizavam uma média de 20 cigarros/dia, quase o dobro quando comparado com aquelas que os maridos não fumavam. Outros autores relatam que a fumaça inalada em um período de oito horas equivale ao consumo de seis cigarros ao dia (HENDGES *et al* 2013; FILHO, *et al* 2010).

Segundo Howie et al.,(2001), o subproduto do etanol, que é oriundo da ação da enzima álcool desidrogenase, o chamado acetaldeído, essa substância é capaz de quebrar a fita de DNA fazendo com que ocorra erros no processo de multiplicação celular. O autor ainda aponta que o etanol aumenta significamente a permeabilidade da mucosa, fazendo com que o etanol facilite a penetração de agentes carcinógenos.

De acordo com dados do INCA (2002) o consumo de álcool pode aumenta de 9 vezes os riscos de câncer de boca e se usada em conjunto com tabaco esse risco passa para 35 vezes maior. O INCA (2002) ainda aponta, que os principais cânceres correlacionados com consumo de álcool são os tumores de boca (como assoalho bucal, língua), faringe, laringe, esôfago, fígado e mama.

5. CONCLUSÃO

Como foi visto, a realização de estudos epidemiológicos como este, são bases fundamentais para a realização, avaliação e acompanhamento de ações em saúde, que visem o monitoramento de toda a população. Que além disso, serve como base para que exista um melhor investimento do dinheiro público destinado realização de políticas de saúde.

Em relação ao aumento total de novos casos (30%) de 2012 – 2016, que foi encontrado e comparando as estimativas realizadas pela agência internacional – IARC (28%) porém de 2012 – 2018, observamos que os nossos resultados apresentaram valores maiores e em menor tempo, sendo assim preocupante, pois indica estarmos acima da média estimada. Sendo assim necessário que autoridades públicas tomem conhecimento e elaborem medidas para diminuir esses valores (IARC 2018).

Outro ponto que muito chamou atenção foi o elevado número de casos em trabalhadores rurais, indicando uma possível correlação com o uso irregular de agrotóxicos, falta de informações claras e principalmente ações de saúde que visem a conscientização dessa população.

Outros pontos relevantes foram a baixa escolaridade e elevado grau de idade dos acometidos, isso mostrar que é preciso que os serviços de saúde capacitam os profissionais da atenção primária, mostrando a relevância do controle dos fatores de risco da doença, criando estratégias de extrema clareza para a população, mostrando bases fundamentadas que de credibilidade as informações que são passadas.

Sabendo agora das características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes atendidos pelo setor, ficou claro o quanto é importante a realização de campanhas de saúde, que visem conscientizar a população do quanto é necessário a prática de meios que previnam o câncer, como alimentação saudável, exercícios físicos, proteção contra raios ultravioleta e principalmente dos riscos que o tabaco e álcool apresentam no desenvolvimento do câncer, visto que nossos resultados apontaram enormes correlações dessa prática com o surgimento da doença.

Um ponto que deve ser alertado é em relação ao preenchimento correto das fichas cadastrais dos pacientes, pois a principal limitação dos resultados obtidos foram as incompletudes dos dados, visto que é através dessas informações que será obtido a realidade epidemiológica daquela amostrar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Alberto José de et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, Aug. 2004. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 de Jan. 2019.

BERTOLINI, D.N.P; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18,n. 4,p. 722-727, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400722. Acesso em: 20 de mai. 2018.

BITTENCOURT, R; SCALETZKY, A; BOEHL, J.A.R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Rev. bras. cancerol**; 50(2):95-101, abr.-jun. 2004. tab. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf. Acesso em: 11 de mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituição Nacional de Câncer - INCA. Falando Sobre Câncer da Boca. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância Rio de Janeiro, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa | 2016 Incidência de Câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância. - Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 11 de mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância. - Rio de Janeiro: 2017.

CASOTTI, E. et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 21, n. 15, p.1573-1582, maio 2016.

CAVALINI, L. T. et al. Perfil de Registro Hospitalar de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p.153-161, 2012. Acesso em: 10 de set. 2018

COBOS, M. R. et al. Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a câncer bucal. Reporte de dos casos. **Salud**, Barranquilla, v. 28, n. 3, p. 438 - 444, 2012.

DALLA, M.N. Caracterização do perfil da assistência ao usuário com neoplasia maligna a partir do registro hospitalar de câncer. Santa Maria. Março 2014. Disponível em:
https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11850/Dalla_Nora_Magali.pdf?sequencia=1. Acesso em: 25 de Jul. 2018.

FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605 - 613, 2011.

FERREIRA E SILVA, P. ET AL. Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 361-367.**

FILHO, V.W. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2010; 13(2): 175-87 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/01.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2018.

GONCALVES, I.R; PADOVANI, C; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13,n. 4, p. 1337-1342, Aug. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400031&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de mar. 2018.

GUERRA, M.R; GALLO, C.V.M; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234.** Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf. Acesso em 11 de mar. 2018.

HENDGES, D.J.B; STOLL, R.R; MORESCHI, C.A. Influência de hábitos e estilo de vida no surgimento de neoplasias malignas – uma revisão de literatura. **Revista destaques acadêmicos**, vol. 5, N.3, 2013 – CCBS/UNIVATES.

HOWIE, N.M et al. Short-term exposure to alcohol increases the permeability of human oral mucosa. **Oral Diseases**. 2001. Nov; 7 (6): 349-54. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-0825.2001.00731.x>. Acesso em: 12 de set. 2018.

Informe técnico. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(5):865-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/cancer.pdf>. Acesso em: 25 de Julho de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2016**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Panorama da assistência oncológica no sistema único de saúde a partir das informações do integrador rhc. **Informativo Vigilância do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual – Rio de Janeiro: Inca, 2012.

International Agency for Research on Cancer (IARC). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. IARC, 2018.

LAUTER, D.S. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos. **Gestão, Educação e Promoção da Saúde, Convibra**, 2014. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2014/69/2014_69_9496.pdf. Acesso em 11 de mar. 2018.

MATOSO, L.M.L; OLIVEIRA, L.E.C; OLIVEIRA, K.K.D. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS NOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**,

Vitória da Conquista, v.9, n.1, p.235-247, jan./jun. 2016.

MODENEZE, D.M. Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico. 2004. 97p. **Dissertação (mestrado)** - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/275436>. Acesso em: 10 de set. 2018.

NETO, B.C.B et al. DISTRIBUIÇÃO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO CÂNCER BUCAL NO ESTADO DA BAHIA, 2010-2015. **Textura**, Governador Mangabeira-BA, v. 10, n. 19, p. 138-144, ago - dez, 2017. Disponível em: <http://www.famam.com.br/revistatextura/PDF-edicoes/edicao-19/005.pdf>. Acesso em: 26 de Jul. 2018.

OLIVEIRA A.S ET AL. Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco: da Gestão ao Registro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2017; 63(1): 21-28.

PISANI, P; BRAY, F; PARKIN, D.M. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. **Int J Cancer**. 2002 Jan 1;97(1):72-81.

RODRIGUES, J.S.M, FERREIRA, N.M.L.A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(4): 431-441.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 673-681, Mar. 2006.

SANTOS, L.C.O; CANGUSSU, M.C.T; BATISTA, O.M.S. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**. 2009, vol.75, n.4, pp.524-529. ISSN 1808-8694.

WAGNILD G. A review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**. 2009;17:105–113. doi: 10.1891/1061-3749.17.2.105. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>. Acesso em: 12 de set. 2018.

WÜNSCH FILHO, V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. **Revista USP**, n. 96, p. 37-46, 28 fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i96p37-46>. Acesso em: 10 de set. 2018.