

Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir

Cancer Epidemiological Profile Characterization in a Countryside City in the State of São Paulo: Knowledge for Action

Caracterización del Perfil Epidemiológico del Câncer en una Ciudad al Interior de São Paulo: el Conocimiento para la Acción

Juliana Stoppa Menezes Rodrigues¹, Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira²

Resumo

O câncer é atualmente um problema de saúde pública e a assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social. Para mudar esse panorama, é imprescindível um estímulo à busca de informações precisas sobre a incidência na população, propiciando a implantação de políticas públicas visando à redução de danos, dos gastos e das taxas de mortalidade. Este é um estudo transversal descritivo com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes com câncer, assistidos pelo sistema público de uma cidade do interior paulista. Para a coleta de dados, foram consultadas 105 fichas cadastrais de doentes residentes no município, com diagnóstico de neoplasia maligna, maiores de 25 anos, e atendidos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008, durante o período de tratamento da doença. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (60,2%) e o câncer de mama foi o mais prevalente nessa população, indicando a necessidade de investimentos na detecção precoce e adoção de medidas educativas. O câncer de próstata foi o mais prevalente no sexo masculino, semelhantes aos dados encontrados no Brasil no ano de 2009, sendo 66,7% em homens com idade superior aos 65 anos e 33,3% entre 61 e 63 anos. Chamou atenção a prevalência de câncer entre 45 e 64 anos (57,7%), faixa etária ainda produtiva. Tais dados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico do câncer na região estudada, oferecendo subsídios para a implantação de políticas públicas direcionadas à melhoria da assistência à clientela assistida pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia; Neoplasias; Perfil de Saúde; Redução de Custos; Estudos Transversais

¹Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (SP), Brasil.

²Professor Associado do Departamento de Enfermagem Universidade Federal de São Carlos (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Stoppa Menezes Rodrigues. Rua Nestor de Campos, 861 – Apto. 1 – Planalto Paraíso. São Carlos (SP), Brasil. CEP: 13562-101. E-mail: julianasmrodrigues@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer, termo designado de forma genérica para representar mais de 100 doenças, é atualmente um problema de saúde pública mundial, não somente pelo aumento de sua prevalência, mas também pelos investimentos em ações abrangentes nos diversos níveis de atuação, como na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Estimou-se para 2008 12 milhões de casos novos de câncer e sete milhões de óbitos por câncer no mundo. No Brasil, constitui a segunda causa de morte, representando 17% dos óbitos por causas conhecidas¹. Com o crescente aumento populacional e o envelhecimento contínuo da população, o perfil epidemiológico do câncer tem sofrido alterações, afetando significativamente o impacto das neoplasias no cenário mundial²⁻⁵.

No Brasil, os primeiros incentivos à epidemiologia do câncer começaram na década de 1920, com o Departamento Nacional de Saúde Pública, mas a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer levou à criação do Sistema Nacional do Câncer, nos anos 1940, momento em que houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer⁶. Somente no Estado de São Paulo, conta-se atualmente com cerca de 250 instituições que assistem doentes oncológicos e providenciam subsídios para um melhor enfrentamento da doença através de ações assistenciais, educacionais e preventivas.

A assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social, pois inclui não somente custos diretos com exames preventivos, testes diagnósticos e tratamentos, mas custos indiretos consequentes da incapacidade produtiva do doente e morbi-mortalidade relacionada ao câncer e/ou tratamento^{4,7}.

As estimativas, para 2010 e 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, sendo 236.240 para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Os mais incidentes (exceto câncer de pele não melanoma) continuam sendo os cânceres de próstata e pulmão no sexo masculino e de mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o perfil da magnitude para a América Latina¹.

Para mudar o panorama atual do câncer, é imprescindível que haja estímulo à busca de informações precisas e de qualidade, sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas

de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, às taxas de mortalidade e às despesas públicas. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes, com diagnóstico de câncer, assistidos pelo SUS em uma cidade do interior paulista.

MÉTODO

Este é um estudo transversal, do tipo exploratório-descritivo. Tais estudos avaliam a situação da população em um determinado momento, são de fácil realização e, em saúde pública, tornam-se linha de base para planejamento em saúde^{8,9}.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras num Serviço que centraliza o seguimento de pacientes diagnosticados com câncer, atendidos pelo SUS, em um município brasileiro do interior do Estado de São Paulo, localizado a 170 km da capital, com uma população de aproximadamente 190.000 habitantes e expectativa de vida de 71,34 anos em 2000¹⁰.

O projeto foi aprovado pelos órgãos responsáveis do Serviço e passou por análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Processo nº 218/2010).

Os dados das fichas cadastrais foram coletados e analisados conjuntamente pelas pesquisadoras de forma a evitar vieses. Para a coleta de dados, foram consultadas todas as fichas cadastrais de pacientes oncológicos assistidos pela instituição.

A coleta de dados sobre a ocorrência de doenças através da análise das fichas cadastrais fornece informações importantes sobre a magnitude da doença em determinadas populações, possibilitando a associação da sua ocorrência com sexo e faixa etária, além de informações sobre metástases, recidivas e tratamentos realizados.

Embora não se tenha conhecimento sobre pesquisas na Área Oncológica nesse município, sabe-se que no ano de 2008 foram registrados 31 óbitos por câncer, o que corresponde aproximadamente a 10% das causas de óbito na população do município nesse ano, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

Foram consultadas fichas cadastrais de pacientes residentes no município, com diagnóstico de neoplasia maligna confirmado por biópsia, exceto câncer de pele não melanoma; maiores de 25 anos, correspondendo ao início da idade adulta¹¹, atendidos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008 e em tratamento da doença (pacientes que passam por terapias de combate ao câncer, no aguardo de remissão da doença).

Foram excluídas as fichas dos doentes que possivelmente foram a óbitos (sem confirmação em registro), com diagnóstico de câncer de pele não melanoma, que

abandonaram o tratamento no período, e diagnósticos recentes que não tinham comprovação por biópsia, pois estudos recentes demonstram que há um atraso médio de cinco meses entre o primeiro sinal da doença e a realização da biópsia¹². Isso, somado à demora nos resultados das biópsias, agendamento de retorno e encaminhamento para o tratamento, poderia interferir na análise dos dados.

Para a digitação de dados, foi elaborada uma planilha pré-codificada com as informações mais relevantes, segundo o Quadro 1.

Após a coleta e digitação, os dados foram digitados no programa Epi Info (TM) 3.5.1 - *Database and statistics software for public health professionals* de 17/7/2008. O Epi Info (TM) é um conjunto de programas utilizado por profissionais de saúde que gerenciam bancos de dados em saúde pública, dentre outras atribuições, estatísticas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte do estudo 105 fichas cadastrais que atenderam a todos os critérios de inclusão e de exclusão. Do total, 60,2% eram do sexo feminino e 39,8% do sexo masculino representando uma diferença contrastante. A incidência de câncer entre ambos os sexos é considerada similar em países desenvolvidos, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, alguns estudos encontraram uma prevalência no sexo feminino de até 25% maior^{1,13}. Nessa amostra, a diferença ultrapassou esse limite chegando a 66,1%.

Na Tabela 1, encontra-se o perfil sociodemográfico. É importante ressaltar que 39,8% eram aposentados ou pensionistas e 42,2% pertenciam a faixa etária de 55 a 64 anos.

Seguindo a tendência nacional, a neoplasia mais incidente foi a de mama, correspondendo a 32,5%; e o

câncer de próstata foi o mais incidente no sexo masculino (27,4%), semelhante aos dados encontrados no Brasil. A incidência de todos os tipos de câncer encontrados nos sujeitos do estudo pode ser observada no Gráfico 1.

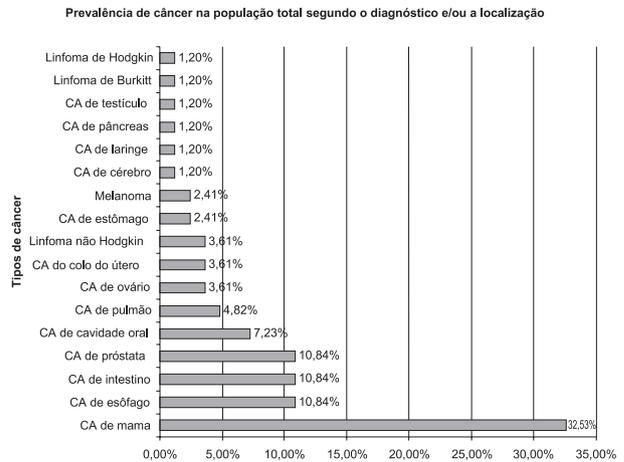


Gráfico 1. Prevalência de câncer na população estudada

No mundo, a incidência do câncer de mama representa, no sexo feminino, aproximadamente 10% de todos os novos casos e 23% dos casos de câncer em mulheres. Em nosso estudo, a incidência equiparou-se com a da Região Sudeste do Brasil^{1,8}, perfazendo um total de 54,0%.

Considerando a incidência e a mortalidade do câncer de mama em nosso país, São Paulo é o Estado que apresenta maior mortalidade em números absolutos, com 2.876 óbitos por câncer de mama. Na Região Sudeste, em 2006, o câncer de mama aparece como sendo a neoplasia de maior incidência, com 73 casos novos por 100.000 mulheres¹⁴.

Quadro 1. Instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa

Instrumento de coleta de dados												
Pesquisadores:										Data:		
Iniciais	Diagnóstico	S	Moradia	Escolaridade	Profissão	Religião	Renda	DN	Diagnóstico	Tratamento	Metástase	Recidiva

S=sexo; DN=data de nascimento

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população

Características	N	%
Sexo		
Sexo feminino	50	60,2%
Sexo masculino	33	39,8%
Moradia		
Emprestada	12	14,5%
Comprada	56	67,5%
Alugada	14	16,9%
Financiada	1	1,2%
Grau de Escolaridade		
Analfabeta	2	2,4%
Fundamental incompleto	12	14,5%
Fundamental completo	21	25,3%
Médio incompleto	6	7,2%
Médio completo	31	37,3%
Superior completo	10	12,0%
Superior incompleto	1	1,2%
Profissão		
Aposentado/pensionista	38	45,8%
Doméstica/do lar	10	12,0%
Autônomo	8	9,6%
Comerciante	8	9,6%
Secretária	4	4,8%
Serviços gerais	4	4,8%

Características	N	%
Desempregada	3	3,6%
Trabalhador rural	3	3,6%
Professora	3	3,6%
Estudante	2	2,4%
Religião		
Católica	55	66,3%
Evangélica	17	20,5%
nenhuma	7	8,4%
Espírita	4	4,8%
Renda familiar (salários mínimos)		
[0;1]	22	26,5%
[1;2]	29	34,9%
[2;3]	27	32,5%
[3;4]	5	6,0%
Faixa etária (anos)		
24 a 34	3	3,6%
35 a 44	6	7,2%
45 a 54	12	14,5%
55 a 64	35	42,2%
65 a 74	15	18,1%
75 a 84	10	12,0%
85 ou mais	2	2,4%

Em São Paulo, até o ano de 2004, 40% das mulheres com câncer de mama encontravam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico¹⁵. Em nosso estudo, 51,9% dos cânceres de mama foram diagnosticados em estágios avançados, fato que nos remete a especular sobre a eficácia das estratégias para o rastreamento mamográfico, que segundo o Ministério da Saúde¹⁶ é garantido em todo o país, assim como o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias.

Mesmo sendo considerada uma doença de bom prognóstico quando diagnosticada precocemente, as taxas de mortalidade no Brasil, em consequência do câncer de mama, ainda são altas, fato que vem sendo atribuído, principalmente, a diagnósticos tardios e terapêuticas inadequadas¹⁵. Estudos revelam que 61% das causas de óbitos por câncer de mama em cinco anos após o diagnóstico ocorrem em decorrência de estágios avançados da doença, e o valor mediano do percentual de pacientes nesses estágios chega a 45%^{10,17,18}.

O câncer de próstata foi o mais incidente no sexo masculino (27,4%), semelhante aos dados encontrados no Brasil. Considerado hoje o mais prevalente em homens, representa cerca de 10% do total de câncer e está intimamente ligado ao fator idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Em nossa amostra, 66,7% dos casos de câncer de próstata acometeram homens com mais de 65 anos de idade, o restante (33,3%) estavam entre 61 e 63 anos. O aumento observado nas taxas de incidência do câncer de próstata no mundo é parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento na expectativa de vida¹.

Com relação aos outros tipos de cânceres, no sexo masculino, obteve-se um resultado de 21,3% de câncer de esôfago, 18,1% de cavidade oral, 15,2% de intestino e 3,0% distribuído entre estômago, pulmão, pâncreas, testículo, cérebro e pele (melanoma). No sexo feminino, obteve-se um total de 8,0% de câncer de intestino,

6,0% de ovário, pulmão, colo do útero e linfoma de Hodgkin, 4,0% de câncer de esôfago e 2,0% de câncer de estômago, laringe, pele (melanoma), linfoma de Burkitt e de Hodgkin.

O número de casos de câncer por sexo pode ser observado nos Gráficos 2 e 3.

Se compararem os valores encontrados neste estudo com os valores no Brasil, o câncer de pulmão no município está abaixo da incidência; sendo considerado o segundo mais incidente entre os homens, atrás apenas do câncer de próstata, e o quarto entre as mulheres^{1,19,20}.

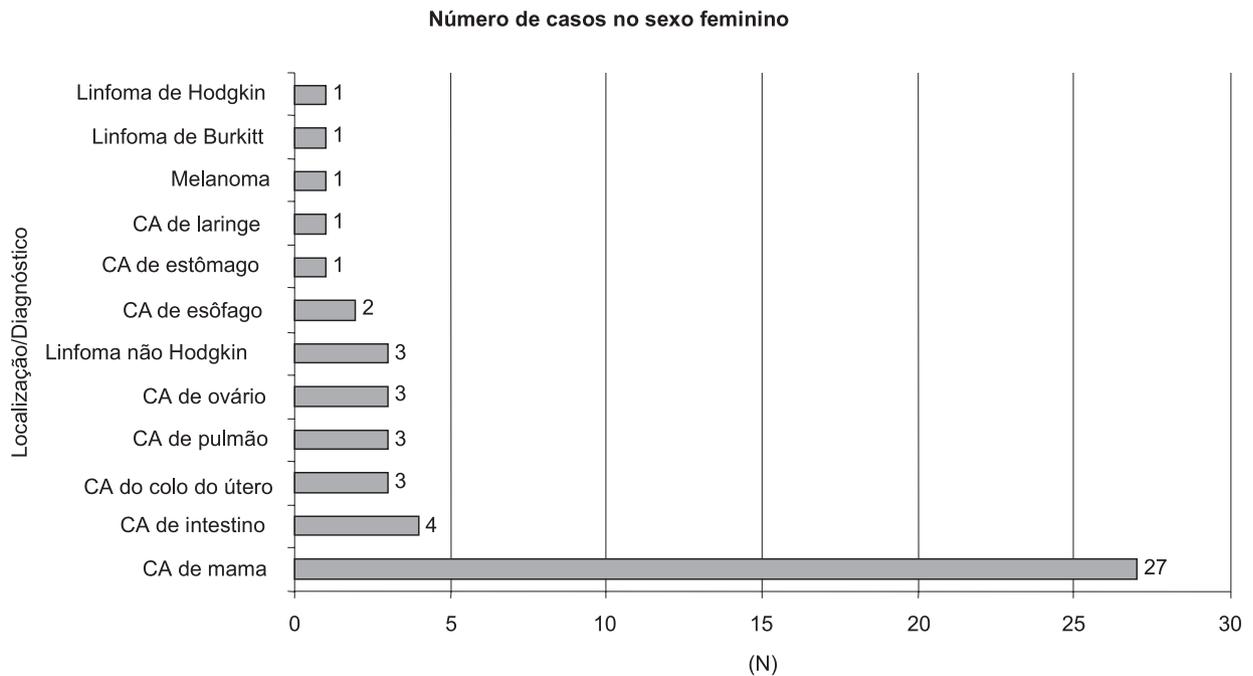


Gráfico 2. Número de casos de câncer no sexo feminino

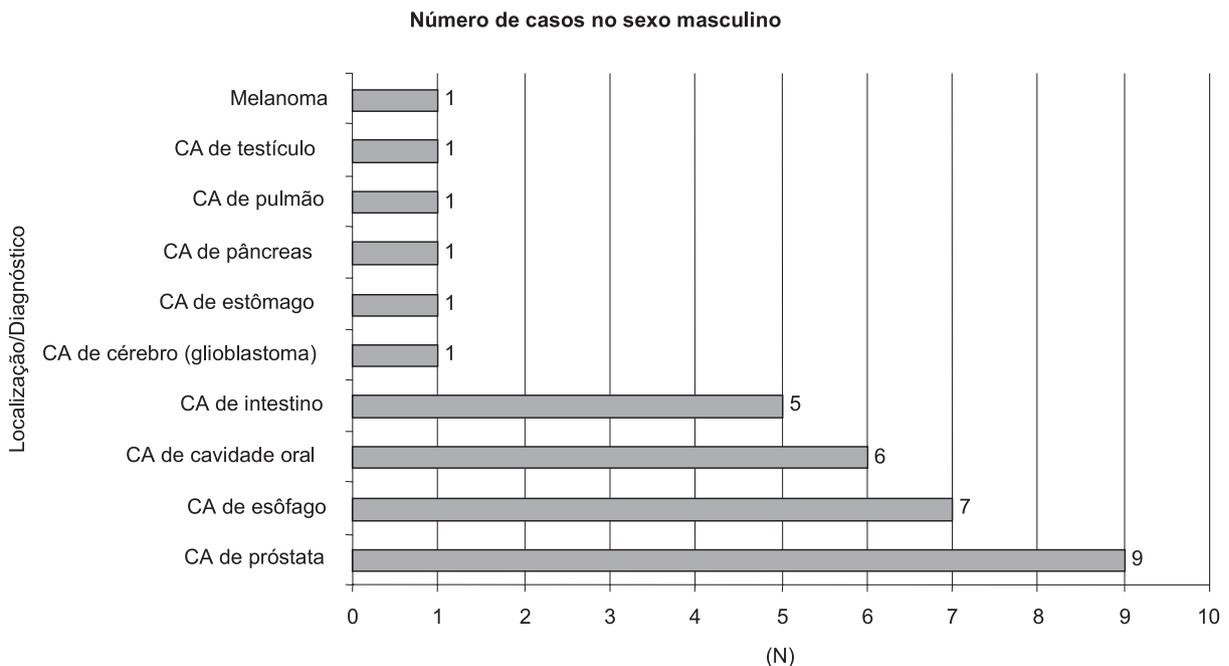


Gráfico 3. Número de casos de câncer no sexo masculino

Por outro lado, outro resultado que se distingue dos dados nacionais foi o câncer de cavidade oral, terceiro mais incidente nos homens deste estudo. No Brasil, as estimativas representam 2,8% de todas as neoplasias malignas, ocupando a sétima posição entre os cânceres mais comuns, e a quinta entre os homens. Em nossa amostra, a incidência foi de 18,1%; porém, no mundo, o câncer de cavidade oral e faringe é a quinta incidência de câncer e a sétima causa de morte, sendo diagnosticados 6,4 milhões de casos novos por ano^{1,11,20,21}.

Analisando o fato de que a cavidade oral é um local de fácil acesso para a realização de exames físicos, é possível deduzir que haja uma deficiência no rastreamento de pessoas com risco de desenvolver a doença, além de um reconhecimento tardio de lesões potencialmente cancerígenas. Essas situações corroboram ainda o atraso no encaminhamento do doente para o tratamento.

A faixa etária tem sido considerada um fator de risco para diversos tipos de cânceres^{1,11}. Na presente pesquisa,

a faixa correspondente mais prevalente, independente de sua localização, foi de 55 a 64 anos (42,1%), seguida de 16,9% de 65 a 74 anos e 15,6% de 45 a 54 anos. Dessa forma, a faixa etária que compreende 45 a 64 anos engloba 57,7% dos doentes oncológicos do município em tratamento. Se for considerado que essa faixa etária corresponde a um período ainda de vida produtiva, pode-se deduzir que há um grande impacto econômico para o município. A incidência de câncer por sexo e idade pode ser observada na Tabela 2.

A incapacidade produtiva tem um papel essencial na determinação da saúde geral da população. Sintomas como: cansaço, depressão ou ansiedade aumentam não apenas o tempo de regresso ao trabalho, mas também a probabilidade de afastamento das atividades laborais²². Os custos hospitalares associados a ausências no trabalho, consequência da recuperação dos doentes em tratamento, acarretam uma diminuição da produtividade pessoal, além de alto impacto social²³.

Tabela 2. Prevalência do câncer por sexo e faixa etária

Tipo / Faixa etária (anos)	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 ou mais
Sexo masculino							
Testículo	1,2%						
Pulmão		1,2%					
Cavidade oral		1,2%	2,4%	1,2%	2,4%		
Intestino			2,4%	1,2%	1,2%	1,2%	
Pâncreas				1,2%			
Esôfago				7,3%	1,2%		
Melanoma				1,2%			
Estômago				1,2%			
Próstata				3,6%	6,0%	1,2%	
Cérebro				1,2%			
Sexo feminino							
Mama		2,4%	7,3%	9,6%	4,9%	7,3%	1,2%
Intestino		1,2%		3,6%			1,2%
Estômago						1,2%	
Colo do útero				1,2%		1,2%	
Pulmão				1,2%	2,4%		
Linfoma não Hodgkin			2,4%	1,2%			
Melanoma				1,2%			
Ovário		1,2%		2,4%			
Laringe				1,2%			
Esôfago				2,4%			
Linfoma de Hodgkin	1,2%						
Linfoma de Burkitt	1,2%						

Aspectos relacionados à vida reprodutiva, história familiar e faixa etária são destacados como fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama. Das 27 pacientes com câncer de mama, 7,4% estavam na faixa etária entre 35 e 44 anos; 26,0% entre 45 e 54 anos; 29,6% entre 55 e 64 anos; 14,8% entre 65 e 74 anos; e 22,2% entre 75 e 84 anos.

Com relação ao tratamento, 90,4% dos pacientes foram submetidos à quimioterapia; 72,3% à cirurgia; e 42,2% à radioterapia; apenas 6,0% realizaram outros tipos de tratamento (entre eles imunoterapia e hormonioterapia). O tratamento único mais comum foi a quimioterapia, realizado por 15,7% dos pacientes, seguido de cirurgia, 3,6%. O tratamento combinado mais comum foi quimioterapia com cirurgia (36,1%), seguido de quimioterapia, cirurgia e radioterapia (26,6%) e quimioterapia com radioterapia (7,2%), segundo a Tabela 3.

A escolha do tratamento eficaz para o câncer é feita baseando-se principalmente no estadiamento e visa não apenas ao tumor primário, mas possíveis metástases, diminuição de sintomas, melhora da qualidade e sobrevida do doente.

Chama atenção a baixa utilização de cirurgia nos tratamentos empregados nessa clientela. Sabe-se que antes do advento dos tratamentos não cirúrgicos oncológicos, a cirurgia era a única possibilidade de terapia para o câncer. Hoje, a cirurgia e a radioterapia são indicadas para câncer localizado e/ou estágio inicial, podendo também ser útil na redução dos sintomas nos estágios avançados^{24,25}.

Muitos indivíduos com câncer podem ser tratados com quimioterapia; mas, para a grande maioria dos cânceres, a melhor terapia acaba por ser uma combinação. A terapia combinada com cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia tem sido amplamente utilizada e os melhores ajustes de drogas e doses, além da coordenação com a radioterapia, vem desencadeando um progresso na terapia antineoplásica²⁵. A radioterapia ou a quimioterapia, administradas antes da cirurgia, visam à diminuição da massa tumoral, ou ainda, ao objetivo de destruir as células

cancerosas remanescentes. A quimioterapia combinada com a cirurgia melhora as chances de sobrevida no caso de câncer com disseminação para os linfonodos regionais^{24,25}.

Entretanto, alguns cânceres respondem parcialmente à radioterapia, à quimioterapia ou à combinação das duas. Não obstante, elas são indicadas para aliviar sintomas como a dor causada pela compressão ou infiltração do tumor nos tecidos adjacentes, aumentando o período de sobrevida^{24,25}.

Com relação à reincidência da doença entre a população investigada, 14,9% apresentaram recidiva local, sendo: 35,7% no intestino; 14,4% na mama e no esôfago; 7,1% no estômago, na cavidade oral, na próstata, no pulmão e nos gânglios linfáticos.

Quanto à presença de metástase, foi descrita a ocorrência em 30,1%, sendo as localizações mais incidentes: óssea (36,0%), decorrente do câncer de mama em 55,6%, do câncer de próstata, pulmão, colo do útero e intestino em 11,1% cada; pulmonar (32,0%), decorrente do câncer de mama em 50,0%, do câncer de esôfago em 25,0%, e cavidade oral e intestino em 12,5% cada; cerebral (16,0%) decorrente do câncer de mama em 75,0% e estômago em 25,0%; e hepática (12,0%), decorrente do câncer de esôfago, intestino e pâncreas, 33,3% cada.

A metástase óssea é uma das principais consequências de tumores como o de mama, próstata, pulmão, fígado e tireoide, podendo ser manifestada em qualquer estágio evolutivo e, em princípio, em qualquer osso do organismo. É mais comum a observação de metástase na espinha dorsal, costelas, bacia, fêmur e ossos longos^{1,24}. Já o fígado, principal órgão acometido por metástases hematogênicas advindas da circulação portal, é um alvo frequente de células cancerosas provenientes da circulação sistêmica. O acometimento hepático por metástases é muito mais comum do que por um tumor primário, chegando a ser 20 vezes mais frequente¹. Os principais sítios primários dos tumores metastáticos do fígado são cólon, pâncreas, mama, ovário, reto, estômago, pulmões e rins, respectivamente^{1,11,24}.

Tabela 3. Porcentagem dos tratamentos realizados segundo o diagnóstico e/ou a localização do câncer

Tratamentos realizados	QT		RT		CIRURGIA		HT	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico/Local								
Cavidade oral	4	100	3	75	2	50		
Cavidade oral metástase pulmonar	1	100	1	100	1	100		
Cavidade oral recidivado	1	100						
Cérebro	1	100	1	100	1	100		
Esôfago	5	83	3	50	6	100		
Esôfago metástase pulmonar	1	100						

Tabela 3. (cont.)

Tratamentos realizados	QT		RT		CIRURGIA		HT	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico/Local								
Esôfago recidivado	1	100	1	100	1	100		
Esôfago recidivado metástase pulmonar e hepática	1	100			1	100		
Estômago	1	100			1	100		
Estômago metástase cerebral e nódulos linfáticos	1	100	1	100	1	100		
Intestino	3	100	2	67	3	100		
Intestino metástase hepática	1	100						
Intestino recidivado	3	100	1	33	2	67		
Intestino recidivado metástase óssea	1	100			1	100		
Intestino recidivado metástase pulmonar	1	100			1	100		
Laringe	1	100			1	100		
Mama	16	100	9	56	11	69	7	44
Mama metástase óssea e cerebral	1	100	1	100	1	100		
Mama metástase óssea e pulmonar	1	100	1	100	1	100		
Mama metástase pulmonar	1	100						
Mama metástase cerebral	1	100			1	100		
Mama metástase óssea	3	100	3	100	2	67	3	100
Mama metástase pulmonar e cerebral	1	100	1	100	1	100		
Mama metástase pulmonar e tireoide	1	100	1	100	1	100	1	100
Mama recidivado	2	100	1	50	2	100		
Ovário	2	100			1	50		
Ovário metástase peritônio	1	100			1	100		
Pâncreas metástase hepática	1	100			1	100		
Próstata	3	75	1	25	4	100	1	25
Próstata metástase intestinal			1	100	1	100		
Próstata metástase óssea	1	100	1	100	1	100		
Próstata metástase pancreática	1	100			1	100		
Próstata recidivado	1	100			1	100		
Pulmão	2	100	1	50				
Pulmão metástase óssea	1	100			1	100		
Pulmão recidivado	1	100			1	100		
Testículo	1	100			1	100		
Colo do útero	1	100	1	100				
Colo do útero	1	100	1	100	1	100		
Colo do útero	1	100			1	100		
Linfoma de Burkitt	1	100						
Linfoma de Hodgkin	1	100	1	100	1	100		
Linfoma não Hodgkin	2	100			1	50		
Linfoma não Hodgkin recidivado	1	100						
Melanoma	2	100	1	50	2	100		

CONCLUSÕES

Estudos transversais descritivos permitem avaliar a situação da população em um determinado momento e são fundamentais para o planejamento em saúde^{8,9}. Essa pesquisa objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes com diagnóstico de câncer, atendidos pelo sistema público de uma cidade do interior paulista, permitindo identificar semelhanças e particularidades com o perfil epidemiológico de outras regiões do país.

A avaliação dessa clientela possibilitou apontar que o seguimento mais atingido é o de mulheres (60,2%), sendo que, destas, 54,0% apresentam diagnóstico de câncer de mama e ainda com a agravante de ter sido diagnosticado em estágio avançado em 51,0% dos casos. Esse fato evidencia a necessidade de investimentos na detecção precoce e adoção de medidas educativas incentivando e orientando a realização do autoexame, além de um maior empenho clínico na solicitação de exames regulares do tipo mamografia.

Outro aspecto interessante apontado foi a incidência de 18,1% de câncer da cavidade oral quando comparado ao da média nacional de 2,8%, embora os registros hospitalares de câncer no Brasil apontam a cavidade oral entre as dez localizações mais frequentes das neoplasias. Esse fato remete à necessidade de reavaliação; pois, embora o município siga as recomendações das políticas públicas de prevenção do câncer bucal, os dados indicam falha no processo de detecção precoce. Reavaliar essa prática ajudará a reorganizar os serviços de diagnóstico bucal do município. A educação de pacientes e profissionais da saúde é um fator a ser considerado, a fim de se reconhecer precocemente as lesões de risco e encaminhamento para atenção especializada.

O estudo destaca ainda, a elevada incidência de câncer na faixa etária de 45 a 64 anos (57,7%) correspondendo a uma parcela da população ainda produtiva. Esse fato pode representar prejuízo econômico, principalmente se associado ao fato dos tratamentos desencadearem incapacidades funcionais e consequentes ausências no trabalho pela necessidade da realização de exames complementares e acompanhamento no tratamento e o desencadeamento de óbito.

Os dados analisados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico do câncer na região estudada e têm importância, pois podem contribuir na implementação de políticas públicas visando à programação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e melhoria da assistência à clientela assistida pelo SUS do município, além de colaborar com a escassa literatura sobre o perfil epidemiológico das neoplasias nos municípios brasileiros.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativas 2010 | Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
2. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10): 2463-66.
3. Mathias TAF, Jorge MHPM. Evolução da mortalidade por neoplasias em idosos em Município do estado do Paraná, 1979-1998. *Ciência, cuidado e saúde* 2006; 5 Supl 4: 57-64.
4. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. *Revista brasileira de cancerologia* 2004; 50(2): 95-101.
5. Lopes ER, Mendonça GAS, Goldfarb LMCS, Aguinaga S, Costa e Silva VL, Mattos I, et al. Câncer e meio ambiente. *Revista brasileira de cancerologia* 1992; 38(1):35-64.
6. Barreto EMT. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Revista brasileira de cancerologia* 2005; 51(3): 267-75.
7. Kligerman JA. Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. *Revista brasileira de cancerologia* 2000; 46(4): 347-9.
8. Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Ed. Manole; 2004.
9. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina preventiva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Mar 30]. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>.
11. World Health Organization. World Cancer Report, 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2009.
12. Trufelli DC, Bensi CG, Pane CEV, Ramos E, Otsuka FC, Tannous NG, et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. *Revista brasileira de mastologia* 2007;17(1):14-8.
13. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer* 2002; 97(1):72-81.

14. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(6): 319-26.
15. Brasil. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo [internet]. [cited 2010 Mai 28]. Disponível em : <http://www.saude.sp.gov.br/>
16. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama. Documento de consenso. *Revista brasileira de cancerologia* 2004; 50 (2):77-90.
17. Guerra MR, Mendonça GAS, Teixeira MTB, Cintra JRD, Carvalho LM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2455-66
18. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(11): 656-60.
19. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AG, et al. Early diagnosis of lung cancer: the great challenge. Epidemiological variables, clinical variables, staging and treatment. *J Bras Pneumol* 2006; 32(3):221-7.
20. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol* 2000; 36:106-15.
21. Leite ICG, Nunes LC, Moreira RC, Couto CA, Teixeira MTB. Mortalidade por câncer de boca e faringe. *Revista brasileira de cancerologia* 2010; 56(1): 17-23
22. Iconomou G, Mega V, Koutras A. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer* 2004;101(2):404-11.
23. Almeida AM, Prado MAS, Guidorizzi LLF, Rossini FP. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. *Acta oncológica brasileira* 2002; 22(2):263-9.
24. DeVita Jr VT, Lawrence TS, Rosenberg AS. *Cancer: principles and practice of Oncology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
25. Ferreira PRF. Tratamento combinado em oncologia / quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Abstract

Cancer is currently a problem of the public health system and cancer care is among the most expensive treatments in the social sphere. In order to change this situation, it is essential to encourage the search for accurate information about cancer incidence rate in the population, enabling the implementation of public policies aimed at reducing harm, expenses and mortality rates. This is a cross-sectional, and descriptive study whose aim is to characterize the epidemiological profile of cancer patients treated by the public system of a countryside city in the state of São Paulo. The data were collected through the reading of 105 records of patients over 25 years old, living in the city and diagnosed with neoplasm, treated between January 1998 and December 2008. Most of them were women (60.2%) and breast cancer was the most prevalent type of cancer in this population, pointing to the need for investments in early detection and use of educational measures. Prostate cancer was the most common type of cancer among men, similarly to the data found in Brazil in 1999, with 66.7% of the patients being over 65 years of age and the remainder (33.3%) ranging from 61 to 63 years of age. The incidence of cancer in men from 45 to 64 years old (57.7%) is surprising, since at this age bracket men are still productive. From these data, it was possible to characterize the epidemiological profile of cancer in the region studied, offer subsidies for the implementation of public policies aimed at improving care for the patients assisted by the Unified Health System.

Key words: Epidemiology; Neoplasms; Health Profile; Cost Savings; Cross-Sectional Studies

Resumen

El cáncer es actualmente un problema de salud pública y la atención oncológica está entre las más caras en el ámbito social. Para cambiar ese panorama, es fundamental un estímulo a la búsqueda de información fiable sobre la incidencia en la población, para la aplicación de políticas públicas orientadas a la reducción de daños, gastos y tasas de mortalidad. Ese es un estudio transversal descriptivo para caracterizar el perfil epidemiológico de los enfermos con cáncer atendidos por el sistema público de una ciudad al interior de São Paulo. Para recolectar los datos se ha consultado a 105 formularios de inscripción para los enfermos que viven en esa ciudad, con diagnóstico de neoplasia maligna, mayores de 25 años y tratados entre enero de 1998 y diciembre de 2008, durante el período de tratamiento de la enfermedad. La mayoría de los pacientes atendidos fue del sexo femenino (60,2%) y el cáncer de mama fue lo más frecuente en esa población e indica una necesidad de mejora en la detección temprana y la adopción de medidas educativas. El cáncer de próstata fue lo más común en los hombres, semejante a los datos encontrados en Brasil en el año de 2009, con 66,7% en hombres mayores de 65 años y 33,3% entre 61 y 63 años. La incidencia del cáncer entre 45 ya 64 años (57,7%), edad aun productiva, ha llamado la atención. El trabajo ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico del cáncer en la región estudiada y ofrece apoyo a la aplicación de políticas públicas destinadas a mejorar la atención de enfermos atendidos por el Sistema Público Nacional de Salud.

Palabras clave: Epidemiología; Neoplasias; Perfil de Salud; Ahorro de Costo; Estudios Transversales