



EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CANCER: STUDY IN AN ONCOLOGY AND HEMATOLOGY HOSPITAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER: ESTUDO EM UM HOSPITAL DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER: ESTUDIO EN UN HOSPITAL DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

Carla Nadja Santos de Sousa¹, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago², Wogelsanger Oliveira Pereira³, Fátima Raquel Rosado Morais⁴

ABSTRACT

Objective: to delineate the epidemiological profile of cancer and the treatments used in cancer patients treated at the Oncology and Hematology Center in Mossoró (COHM). **Method:** quantitative, longitudinal, descriptive, and documental research based on Monthly Notification Bulletins and electronic medical records for patients diagnosed with cancer from 2005 to 2010. A total of 2013 records were identified; only 1981 were analyzed because of the adopted exclusion criteria for the sample (records that did not include all information related to specific aspects of the disease). The collected data were entered into a database using the SPSS software version 16.0. A descriptive statistical analysis was performed including the presentation of tables/graphs of simple and relative frequencies. **Results:** out of 1981 records, 946 were from males (47.9%) and 1035 from females (52.1%). The age group most affected by cancer was over 70 years-old, with 652 cases (32.9%). The most frequent cancer corresponded to the skin malignancies, with 505 cases (25.5%), followed by breast cancer with 329 cases (16.6%), and prostate cancer with 174 cases (8.8%). Surgery was the most used treatment in the institution, performed in 923 patients (46.6%), followed by chemotherapy in 702 (35.5%), and hormone therapy in 166 (8.4%). A combination treatment was performed in 94 patients (4.5%), and the combination chemotherapy/radiotherapy was the most common. **Conclusion:** the data in this region followed the national dynamics, pointing to the necessity of reflecting the incidence of this problem in different regions of the country. **Descriptors:** neoplasia; epidemiology; oncology.

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico do câncer e os tratamentos utilizados em pacientes oncológicos atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM). **Método:** pesquisa quantitativa, longitudinal, descritiva e documental realizada a partir dos Boletins de Notificação Mensal e dos prontuários eletrônicos de pacientes diagnosticados com câncer no período de 2005 a 2010. Foram encontrados 2013 prontuários, sendo analisados 1981 pelo critério de exclusão da amostra (prontuários que não continham todas as informações específicas da doença). Os dados coletados foram inseridos no programa SPSS versão 16.0, sendo realizada análise estatística descritiva, com apresentação em tabelas/gráficos de frequência simples e relativa. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), CAAE n.º 5703.0.000.428-10, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). **Resultados:** dos 1981 prontuários, 946 eram do sexo masculino (47,9%) e 1035 do feminino (52,1%). A faixa etária mais acometida pelo câncer foi acima de 70 anos, com 652 casos (32,9%). O câncer mais incidente correspondeu às neoplasias malignas de pele com 505 casos (25,5%) seguido do câncer de mama com 329 (16,6%) e próstata com 174 (8,8%). A cirurgia foi o tratamento mais utilizado em 923 pacientes (46,6%), seguido da quimioterapia em 702 (35,5%) e hormonioterapia em 166 (8,4%). O tratamento conjugado foi realizado em 94 pacientes (4,5%), sendo a associação quimioterapia/radioterapia a mais comum. **Conclusão:** os dados da região seguem a dinâmica nacional, apontando para a necessidade de refletir a incidência dessa problemática nas diferentes regiões do país. **Descritores:** neoplasias; epidemiologia; oncologia.

RESUMEN

Objetivo: delinear el perfil epidemiológico del cáncer y los tratamientos utilizados en pacientes atendidos en el Centro de Oncología y Hematología de Mossoró (COHM). **Método:** una investigación cuantitativa, longitudinal, descriptiva y documental utilizando los Boletines de Notificación Mensual y expedientes médicos electrónicos de pacientes diagnosticados con cáncer entre 2005 y 2010. De los 2013 expedientes encontrados, 1981 fueron analizados por los criterios de exclusión adoptados (expedientes que no contenían toda la información relacionada con aspectos específicos de la enfermedad). Los datos fueron entrados en el programa SPSS versión 16.0 y presentados en tablas y gráficos de frecuencia simple y relativa. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEP) de la Universidad de Rio Grande del Norte (UERN). **Resultados:** de los 1981 expedientes, 946 fueron del sexo masculino (47,9%) y 1.035 del femenino (52,1%). El grupo más afectado por el cáncer son los mayores de 70 años, con 652 casos (32,9%). El cáncer más frecuente correspondió a las neoplasias malignas de la piel con 505 casos (25,5%) seguido por el cáncer de mama con 329 casos (16,6%). La cirugía fue el tratamiento más utilizado, en 923 pacientes (46,6%) seguido por la quimioterapia en 702 (35,5%). Se realizó tratamiento combinado en 94 pacientes (4,5%), siendo la combinación de quimioterapia/radioterapia la más común. **Conclusión:** los datos en la región siguen la dinámica nacional, lo que lleva a la necesidad de reflejar la incidencia de este problema en las diferentes regiones del país. **Descriptor:** neoplasias; epidemiología; oncología.

¹Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Bolsista do Programa de Ensino Tutorial em Saúde (PET - SAÚDE) do Ministério da Saúde. Mossoró (RN), Brasil. E-mail: carlanadja@hotmail.com; ²Acadêmica de enfermagem. Bolsista do Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Mossoró (RN), Brasil. E-mail: cintia_mikaelle@hotmail.com; ³Farmacêutico. Doutor em Ciências pela UNIFESP. Docente do curso de Medicina e do Mestrado em Saúde e Sociedade da Faculdade de Enfermagem (FAEN), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Mossoró (RN), Brasil. E-mail: wogel.uern@gmail.com; ⁴Docente do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Saúde e Sociedade da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Doutora em Psicologia Social pela UFRN/UFPB. Mossoró (RN), Brasil. E-mail: frmm@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O termo câncer é utilizado para caracterizar um conjunto de mais de 100 doenças que apresentam em comum o crescimento desorganizado das células que invadem os tecidos e órgãos, podendo ocasionar metástase em outras regiões do corpo.¹

O câncer é uma doença de grande proporção que atinge considerável quantidade de pessoas em todo o mundo. O número de casos novos da doença tem sido crescente nas últimas décadas, se configurando como um importante problema de saúde pública mundial.

Dados do relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS, apontam que o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos.² Essa doença é responsável por 13% das causas de óbito, havendo cerca de 7 milhões de pessoas no mundo que morrem em decorrência deste problema.³ Merece destaque, e reflexão, o fato do contínuo crescimento e envelhecimento populacional contribuírem de forma significativa para o impacto do câncer no mundo.²

É sabido que a morbimortalidade associada às neoplasias malignas é maior em países desenvolvidos em detrimento dos países em desenvolvimento.⁴ Todavia, apesar de o câncer ser caracterizado como doença de país desenvolvido, paulatinamente, vem aumentando sua proporção nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Estudos confirmam o exposto, acrescentando que o país já alcança o segundo lugar em causas de morte por câncer, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares.⁵

No Brasil, as estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão as modalidades próstata e pulmão no sexo masculino; e mama e colo do útero no sexo feminino, mesmo perfil observado na América Latina.²

A frequência dos diferentes tipos de câncer apresenta-se variável em função das características de cada região e municípios. Isso enfatiza a necessidade do estudo das variações geográficas nos padrões desta doença, para o adequado monitoramento e controle. Em particular no Rio Grande do Norte, os casos de câncer no Estado não diferem da incidência nacional, sendo o maior percentual de câncer de próstata, em

homens, e de mama, em mulheres, exceto pela incidência do câncer de pele não melanoma.²

A região nordeste fica em 3º lugar no total de casos de câncer no Brasil, perdendo apenas para as regiões sudeste e sul. Quando se aponta para as especificidades de Mossoró, cidade do interior do Rio Grande do Norte, foco desse estudo, a estimativa é de 2.890 casos entre os homens e 3.380 entre as mulheres, com taxa bruta de incidência de 184,19 e 207,04, respectivamente, por cada 100.000 habitantes.²

Para a minimização dessa problemática no Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define estratégias para o acompanhamento e controle da doença. Para tanto, considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção Oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer.²

Dessas constatações apreende-se que é preciso entender a incidência e o perfil da doença nos pacientes acometidos em cada região do país, pois assim poder-se-ia planejar e desenvolver ações que atuassem diretamente nas principais carências da área geográfica na qual a problemática se insere.

Diante desses aspectos, e pela existência de um serviço especializado para Oncologia e Hematologia em Mossoró, esse estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico do câncer e os tratamentos utilizados em pacientes oncológicos atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM).

MÉTODO

Estudo quantitativo, longitudinal, descritivo e documental realizado a partir dos Boletins de Notificação Mensal e dos prontuários eletrônicos existentes no COHM no período de 2005 a 2010. Tais registros e tempo foram definidos objetivando facilitar o acesso a dados mais consistentes em função do processo de informatização desse serviço nessa época.

No período citado foram encontrados 2013 prontuários de pacientes admitidos e diagnosticados com neoplasias malignas nessa unidade de Oncologia e Hematologia, sendo definido esse universo para a coleta dos dados. Todavia, para melhor operacionalização do estudo caracterizou-se como critério de exclusão da amostra os prontuários que não continham todas as informações relacionadas aos aspectos

específicos da doença. Assim, após aplicação desse critério, foram analisados 1981 prontuários/pacientes, perfazendo 98,41% do total de pacientes atendidos nesse período.

O instrumento para a coleta dos dados estava dividido em duas partes com aspectos gerais dos pacientes e específicos da doença. Na primeira parte as questões relacionavam-se às características sociais e demográficas dos pacientes acometidos com neoplasias e tratados no serviço. Na segunda, buscavam-se os aspectos específicos da doença, procurando coletar informações relacionadas aos tipos de câncer e aos tratamentos que mais aconteciam nesse espaço assistencial.

Após a delimitação do instrumento, as informações foram colhidas no quantitativo de prontuários definidos como amostra da pesquisa. Assim, além da necessidade de se debruçar sobre os prontuários eletrônicos para a coleta de informações, também foi preciso visitar prontuários impressos, em virtude do processo de informatização do serviço ainda não estar completo. A parte da coleta dos dados, em virtude do quantitativo e da dificuldade no acesso as informações, durou aproximadamente cinco meses.

As informações apreendidas nos prontuários médicos foram codificadas e inseridas em um banco de dados, usando-se o programa SPSS 16.0. Após sua digitação, revisão e correção foram realizadas análises estatísticas descritivas por meio de tabelas de frequência simples e relativa, objetivando detectar aspectos relevantes à pesquisa.

Esse estudo obedeceu todos os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) sob CAAE n.º 5703.0.000.428-10 e aprovado a partir do Parecer Consubstanciado final nº 131/10 CEP/UERN.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados nos 1981 prontuários foram analisados a partir de gráficos e tabelas, descrevendo a caracterização dos

pacientes e tipos de cânceres no período de 2005 a 2010.

No que diz respeito ao gênero, houve incidência maior de câncer, no período da pesquisa, no sexo feminino, com 1035 casos (52,1%), do que no sexo masculino, com 946 casos (47,9%). A incidência de câncer entre os sexos é considerada similar em países desenvolvidos, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, estudos mostram que há uma predominância na frequência de câncer em mulheres em detrimento aos homens.²

Na distribuição de pacientes admitidos com neoplasia maligna por ano de estudo, observou-se que de 2005 em diante houve crescimento regular na demanda de pacientes novos acometidos com câncer e em tratamento nesse serviço. Dos 1981 prontuários investigados, em 2005 foram admitidos 154 (7,8%) pacientes novos; em 2006 foram 256 (12,9%); em 2007 351 (17,7%); no ano de 2008 foram 311 (15,7%); 2009 foram 439 (22,2%) e em 2010 foram 470 (23,7%).

É possível tentar explicar essa condição crescente por duas razões. Uma pode ter relação com o crescimento da instituição que expandiu seus serviços nos últimos anos, buscando promover assistência de qualidade a um maior número de pacientes. Outro aspecto pode se relacionar com o crescimento da incidência dessa doença em todo o mundo, inclusive nessa região do país.

Nessa dimensão os dados colhidos no COHM não diferem da incidência nacional que aponta a ascensão dos casos de câncer no Brasil. Para 2011, há estimativa de que aconteçam 489.270 casos novos de câncer no país.² Todavia não se apresentam estimativas específicas para Mossoró e região.

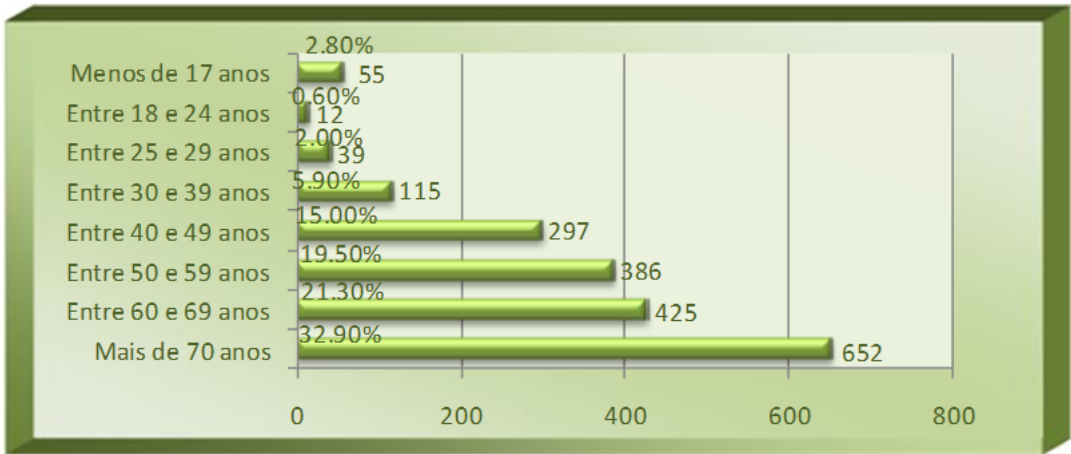


Figura 1. Faixa etária de pacientes com câncer atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), no período de 2005 a 2010.

É possível observar na figura 1, que as faixas etárias acima de 40 anos, principalmente idade superior a 70 anos, foram as mais acometidas com a doença. A incidência maior nessas idades pode estar associada a uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco para o câncer. Geralmente as células das pessoas idosas foram expostas por mais tempo aos diferentes agentes causadores/agravadores da problemática, aumentando sua suscetibilidade

à transformação maligna e tornando a doença mais incidente nesse grupo.⁶

Além dos aspectos inerentes à exposição, as alterações demográficas, com redução nas taxas de mortalidade e natalidade, indicam prolongamento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Diante dessa dinâmica, há tendência ao aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, como o câncer.⁷

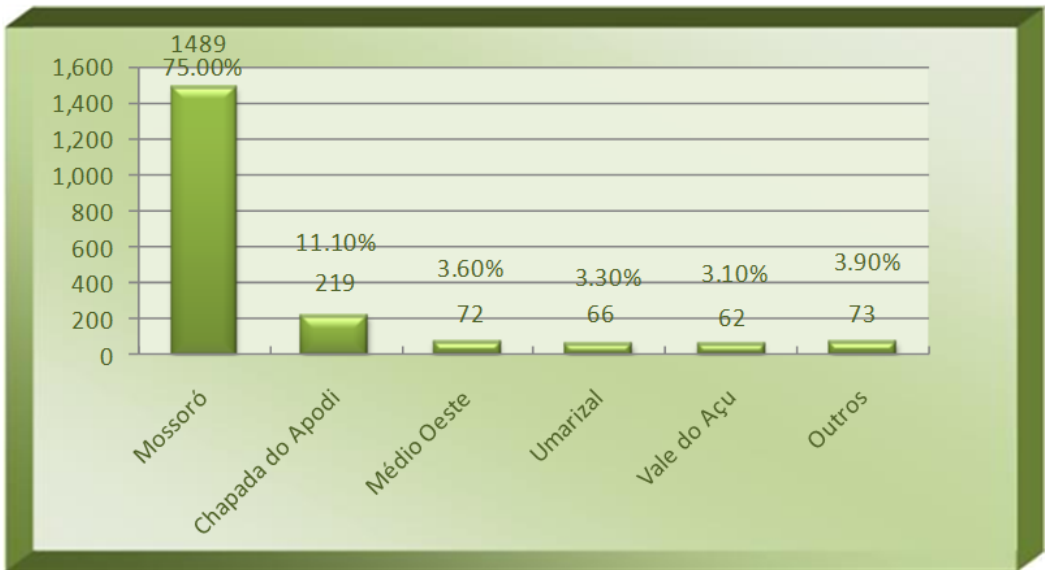


Figura 2. Localização de pacientes com câncer atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) por microrregiões no período de 2005 a 2010.

O Rio Grande do Norte é dividido nas seguintes mesorregiões: Oeste Potiguar, Central Potiguar, Agreste Potiguar e Leste Potiguar. A cidade de Mossoró encontra-se inclusa na Mesorregião do Oeste Potiguar que se subdivide em microrregiões: Chapada do Apodi, Médio Oeste, Mossoró, Pau dos Ferros, Serra de São Miguel, Umarizal e Vale do Açu.⁸

Dos dados foi possível detectar que nem todos os pacientes diagnosticados e tratados no serviço são do município de Mossoró. Aproximadamente 75% são procedentes da localidade e 25% deslocam-se de municípios

circunvizinhos em busca de atendimento na cidade.

O deslocamento pode se caracterizar como aspecto que dificulta o tratamento, especialmente quando associado às questões sociais, familiares e econômicos. Assim, torna-se imprescindível refletir a dinâmica do atendimento, bem como as facilidades/dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde, na perspectiva de pensar estratégias que atendam as diferentes necessidades da população.

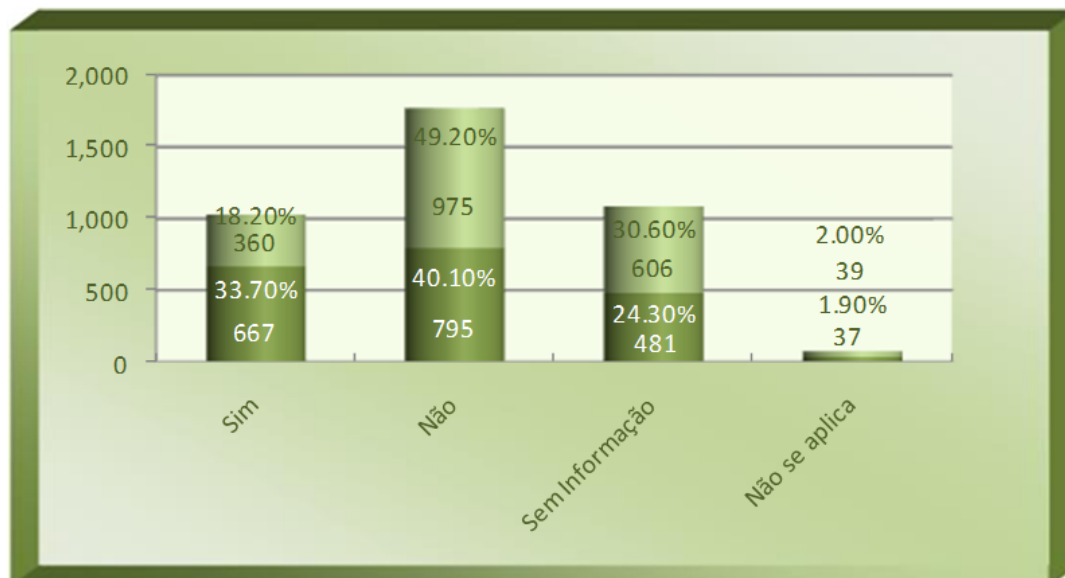


Figura 3. Distribuição quanto ao tabagismo e etilismo em pacientes com câncer atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), no período de 2005 a 2010.

As mudanças que o próprio homem vem provocando no meio ambiente ao longo do tempo, bem como os hábitos e estilo de vida adotados, podem determinar diferentes tipos de câncer. Assim, é possível sugerir que o aparecimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos diferentes agentes causadores da problemática. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela fuma/fumou.⁹

Nesse caso, é necessário relacionar os pacientes acometidos com o câncer e o uso de tabaco e álcool, tendo em vista que, a interação entre os fatores de risco e de proteção aos quais as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem.⁹

No estudo foi verificado que a maioria dos pacientes (40,1%) era não fumante e não etilista (49,2%), havendo ainda percentual considerável de prontuários sem informações adequadas relacionados ao tabagismo e etilismo.

Apesar dos dados preliminares, e até por esta etapa da pesquisa se caracterizar como uma descrição sem correlações e/ou comparações, não apontarem relação direta entre a existência do câncer associado ao tabagismo e/ou ao etilismo, é possível enfatizar a necessidade de destaque desses aspectos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), entre suas preocupações com o controle das doenças crônico-degenerativas, em especial o câncer, coloca os programas de controle do tabagismo como prioritários.¹⁰ Portanto, o estudo dos fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de câncer.⁹

Além disso, não necessariamente os dados coletados caracterizam-se como reflexos do contexto desse serviço. Isto porque, ao observar a figura, visualiza-se que 607 (30,6%) e 482 (24,3%) prontuários não continham informações relacionadas ao etilismo e ao tabagismo, respectivamente. O preenchimento correto desses dados poderia modificar essa caracterização e até gerar impacto considerável no perfil dos pacientes acometidos com câncer, com mudança na forma de discussão dos dados.

A ausência dessas informações nos prontuários pode ter relação com a pouca valorização dada pelos profissionais que preenchem as fichas cadastrais dos pacientes quando diz respeito aos dados sociais. As pessoas tendem a considerar aspectos relacionados ao tabagismo e ao etilismo como secundários. Essas questões não são percebidas como importantes para o diagnóstico e menos ainda são encaradas como uma dimensão que fornece conhecimento acerca da dimensão social dessa população. Todavia, o registro de informações em saúde deve estar orientado de forma a permitir uma compreensão ampliada do quadro geral do paciente, inclusive podendo gerar reflexões acerca do seu processo saúde/doença.¹¹

Por isso, há o entendimento que o prontuário do paciente é o acervo documental padronizado, organizado e conciso. Nele devem estar registrados os cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência, bem como informações relacionadas ao seu meio econômico, social e ambiental. Assim, fica clara a necessidade de registros com qualidade e frequentes no prontuário do paciente.¹¹ Esse conhecimento pode potencializar as práticas educativas realizadas

pelos profissionais da saúde no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

Tabela 1. Distribuição dos tipos de câncer atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), no período de 2005 a 2010.

Tipos de câncer	n	%
Outras neoplasias malignas de pele	505	25,5
Mama	329	16,6
Outras localizações	282	14,1
Próstata	174	8,8
Colo do útero e ovário	128	6,5
Leucemias	105	5,3
Cólon e reto	81	4,3
Linfomas	74	3,7
Traquéia, brônquio e pulmão	76	3,9
Estômago	69	3,5
Cavidade oral	64	3,2
Tireóide	46	2,3
Esôfago	31	1,4
Melanoma maligno da pele	17	0,9
Total	1981	100%

No Brasil, a distribuição dos tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento, associada às diferenças que se apresentam variáveis em função das características espaciais e demográficas de cada região.⁷

Quanto a localização do câncer, observa-se que das 1981 neoplasias diagnosticadas no serviço, 505 casos (25,5%) corresponderam a neoplasias malignas de pele, destacando-se o câncer de pele do tipo não melanoma, como o mais incidente na região. Esse dado corrobora a estimativa nacional que previa que em 2010 o câncer de pele do tipo não melanoma seria o mais comum na população brasileira (114 mil casos novos). Para o estado do Rio Grande do Norte havia uma previsão de 2.930 novos casos.²

É possível sugerir que, além das questões relacionadas aos fatores de risco, a exposição ao sol se constitui como condição comum na localidade, em função do clima na região, sendo um dos aspectos que pode favorecer essa maior incidência. Os efeitos das radiações solares na pele tendem a induzir mutações celulares, sendo a radiação ultravioleta natural proveniente do sol o maior causador do câncer de pele.¹²

Além disso, ao pensar na população acometida por essa forma de neoplasia maligna é preciso refletir os conhecimentos acerca dos riscos existentes na exposição ao sol, o quanto essa população é orientada, e tem condições, para a utilização de proteções. Nessa dimensão é fundamental que o profissional de saúde esteja capacitado para a detecção precoce e a orientação do paciente quanto às alterações características do câncer de pele.

O segundo tipo de neoplasia maligna com maior incidência na região foi o câncer de mama com 329 casos, correspondendo a 16,6% da população estudada. Esse dado corrobora

dados que apontam o câncer de mama como a segunda neoplasia mais frequente no mundo e a mais comum entre as mulheres brasileiras, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Quando diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil a estimativa de novos casos para 2010 foi de 49.240 casos.⁹

O câncer do colo do útero, nesse estudo caracterizado junto com câncer de ovário, é o segundo tumor mais frequente na população feminina brasileira e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país. Nessa pesquisa correspondeu ao 5º tipo mais incidente com 128 casos na classificação geral e o 2º mais incidente na população feminina abrangendo 6,5% da população estudada, corroborando com as perspectivas nacionais. Ao passo que, o câncer de ovário situa-se em relação aos cânceres genitais em 3º lugar, após os cânceres de colo e de endométrio.¹²

Essa dimensão promove a reflexão da capacidade das políticas públicas atuais no que concerne às ações de prevenção, promoção e diagnóstico precoce da doença para a minimização da morbimortalidade na população feminina. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio do INCA, vem buscando parcerias para desenvolver ações a fim de mudar esse quadro. Impulsionado pelo Programa Viva Mulher, o controle do câncer do colo do útero e de mama foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica e no Pacto pela Saúde. Essa estruturação almeja a implementação de estratégias importantes, procurando formular uma grande rede nacional na qual o profissional da saúde esteja capacitado para estimular a prevenção, realizar a detecção precoce de lesões precursoras da doença e promover ações dirigidas ao tratamento.¹⁴

Tomando por base os resultados da pesquisa, o câncer de próstata aparece como

o terceiro mais incidente na área geográfica do estudo, com 174 casos (8,8%). Em termos de valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. Estimou-se para o ano de 2010 no Brasil 52.350 casos.²

Nessa dimensão é preciso ressaltar a intenção da política de saúde do homem. Essa busca romper os obstáculos que impedem a presença masculina nos consultórios médicos, procurando aproximá-los do contexto dos serviços de saúde. Nesse material se aponta a necessidade de atuação dos profissionais de saúde junto ao grupo em destaque, pois, fugindo dos estereótipos de gênero, nos quais o homem é um ser forte, é necessário percebê-lo como um ser que também sofre e padece com diferentes doenças, precisando de um espaço junto aos serviços de saúde.¹⁵

Todavia, há que se refletir ainda os aspectos conjunturais, políticos, econômicos, culturais e sociais que interatuam dificultando a organização da assistência e, conseqüentemente, a adesão do homem ao espaço de atenção à saúde. Por essa dimensão, o homem continua indo ao serviço apenas diante da doença, não havendo práticas efetivas de prevenção e promoção da saúde para o grupo.

O 4º câncer mais incidente, segundo estimativas nacionais, é o de Cólon e Reto, sendo previsto 28 mil casos para o ano de 2010.² Já nesse estudo correspondeu a 7º neoplasia mais comum na região com 81 casos (4,3%), o que não caracteriza mudanças significativas em relação à incidência nacional.

No COHM, as leucemias aparecem como a 4ª neoplasia mais comum com 105 casos (5,3%). Nesse item se enquadram todos os tipos de leucemias, mostrando que O serviço tem uma incidência maior de atendimentos à pacientes com leucemias, divergindo-se da perspectiva nacional. As estimativas apresentadas pelo INCA para o ano de 2010, em relação aos números de novos casos de cânceres entre homens e mulheres, mostram a leucemia como a 9º neoplasia mais incidente.²

Estimativas Do câncer de pulmão mostram que essa neoplasia corresponde ao 5º câncer mais incidente com 28 mil casos nacionais. Na região do estudo correspondeu a 9º neoplasia mais incidente. Para efeito de organização na apresentação dos dados, ao se falar em câncer de pulmão foram acrescentadas as topografias brônquio e traquéia, sendo evidenciados 76 casos, o que corresponde a 3,9% do total.

De modo geral, observa-se que a distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre estados e capitais do país. Essa caracterização fica em evidência ao se observar através de estudos, pesquisas, e estimativas os diferentes perfis epidemiológicos do câncer em cada espaço regional.² No caso em particular, não há diferença significativa entre o que se apresenta em nível nacional e os dados existentes em um contexto específico da região nordeste.

Tabela 2. Distribuição do primeiro tratamento do câncer primário recebido no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2005 a 2010.

Modalidade	N	%
Cirurgia	923	46,6
Quimioterapia	702	35,5
Hormonioterapia	166	8,4
Tratamento Conjugado	91	4,5
Nenhum	59	3,0
Radioterapia	20	1,0
Imunoterapia	20	1,0
Total	1981	100%

As duas últimas décadas testemunharam um considerável avanço no tratamento do câncer, tendo-se a cura como objetivo terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados. Assim é importante acompanhar o número e a evolução dos casos tratados em uma determinada localidade para que se tenha uma melhor caracterização do perfil dos pacientes em tratamento.¹⁶

A quimioterapia tem a finalidade de curar pessoas com neoplasias malignas,

representando o principal tratamento, podendo ou não estar associada à cirurgia e à radioterapia. Alguns tipos de tumores no adulto, assim como vários tipos de tumores que acometem crianças e adolescentes, são curáveis com a quimioterapia. Já a radioterapia é mais utilizada em pacientes adultos, sendo cada vez menos comum sua indicação em crianças e adolescentes em virtude dos efeitos colaterais tardios ao desenvolvimento orgânico que ela acarreta. Todavia, independente da modalidade

terapêutica, o tratamento oncológico de alta complexidade (principalmente a cirurgia oncológica, a quimioterapia e a radioterapia) depende do apoio de uma estrutura hospitalar de nível terciário, com maior densidade tecnológica.⁹

Enfocando em particular os tratamentos realizados pelos pacientes diagnosticados no COHM, verificou-se que o procedimento cirúrgico foi o tratamento mais comumente utilizado, no caso em 923 pacientes (46,6%). Na sequência a quimioterapia foi modalidade terapêutica utilizada em 702 pacientes (35,5%).

No que concerne ao tratamento conjugado, estes tendem a ser usados de acordo com a suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e a melhor sequência de sua administração. A finalidade de cada tratamento é definida pelo oncologista clínico, conforme a doença do paciente, porém em alguns casos, é necessário combinar mais de uma técnica para eficácia do tratamento. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica.⁹

Nessa instituição observa-se não ser essa uma prática muito comum, tendo sido utilizada apenas em 91 pacientes (4,5%). Os que referiram utilizar o tratamento conjugado as associações mais prevalentes foram quimioterapia/radioterapia em 30 casos, seguido de cirurgia/radioterapia em 27 casos e cirurgia/quimioterapia em 23 casos.

É possível sugerir que a ausência de demanda crescente no que tange ao tratamento conjugado na instituição possa ter relação com a constituição do serviço. Como o hospital ainda está em fase de construção, o COHM não conta ainda com tratamento radioterápico, modalidade muito comum para a associação terapêutica. Nesse caso, o tratamento conjugado tende a acontecer, mas em outros serviços, sendo, na maioria dos casos, os pacientes encaminhados para cidades circunvizinhas que contam com essa forma de tratamento.

Todavia, quanto às modalidades de tratamento, a realidade da Unidade não difere da dinâmica nacional, pois na atualidade as principais formas de tratamento do câncer são a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a terapia combinada, referente à combinação de duas ou mais modalidades terapêuticas.¹⁶

CONCLUSÃO

Ao se buscar traçar um perfil epidemiológico do câncer em Mossoró e região

se procurou apreender determinados aspectos relacionados ao câncer na perspectiva de entender a caracterização da problemática nesse espaço e ainda elencar estratégias para minimizar situações que limitam as práticas no serviço. Verificou-se com o estudo que apesar dos dados da região seguirem a dinâmica nacional, foi possível conhecer alguns aspectos sociais e demográficos dos pacientes novos atendidos anualmente pelo COHM, bem como os tipos de câncer mais frequente sob tratamento oncológico na região.

Todavia, ainda caracteriza-se como problemático a falta de informações nos prontuários, apontando-se essa dificuldade para a instituição, uma vez que a ausência dessas informações nos prontuários pode estar mascarando dados relevantes para caracterização do perfil epidemiológico de pacientes atendimentos nesse serviço.

Registros de informações e notificações são fundamentais para melhor compreensão da doença, seus determinantes e para a formulação de políticas de saúde. Desse modo, todo profissional de saúde deve ter conhecimentos sólidos sobre o câncer para que possa informar, registrar e acompanhar o número e a evolução dos casos, para a definição de um perfil na rede de atendimento.

A apresentação destes dados locais pode ser um instrumento importante para alertar acerca da situação do câncer em Mossoró e região e ainda manter uma base de dados atualizada. Cabe aos trabalhadores da área de saúde executar essas ações, saber quais são e como essas políticas estão sendo desenvolvidas no seu Estado e na sua cidade, pois o controle do câncer no país precisa do envolvimento de todos.

Portanto, esse estudo, com seus resultados, ajuda a entender o contexto epidemiológico da região e, a partir das suas especificidades, pensar ações e estratégias que possibilitem um novo olhar para a realidade do câncer na população atendida nesse espaço. É preciso entender que algumas caracterizações específicas, mesmo que em proporções não significativas para a incidência nacional, acabam por mostrar o espaço em apreço para que assim, os trabalhadores da saúde possam pensar em estratégias que ajudem a minimizar e combater determinadas questões que contribuem para o surgimento e/ou a vivência do câncer nessa região. No caso, os dados locais mostram situações específicas, dinâmica que as estimativas nacionais acabam não conseguindo dar conta.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA. 2006.
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA; 2009.
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Onde se tratar de câncer pelo SUS. Rio de Janeiro: INCA. 2008 [cited 2011 Aug 01]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>
4. Garofolo A, Avesani CM, Camargo KG, Barros ME. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. Rev Nutr [Internet]. 2004 Oct/Dec [cited 2011 Aug 01]; 17(4):491-505. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-52732004000400009&script=sci_arttext
5. Carlos PHA. Políticas públicas voltadas à oncologia no Brasil e a atuação do Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró/RN - COHM [monografia]. Mossoró (RN). Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN; 2008.
6. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer? Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA. 2011 [cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>
7. Silva LASR. Prevenção do câncer: uma visão governamental. In: Lopes A, Barros AC, Gama AH. Prevenção do Câncer. Barueri, SP: Manole; 2010. p.1-7.
8. [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#); 2010 [cited 2011 Aug 25]. Available from: http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o_do_Oeste_Potiguar
9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer Rio de Janeiro: INCA. 2011.
10. Mirra AP. Tabagismo e câncer. In: Lopes A, Barros AC, Gama AH. Prevenção do câncer. Barueri, SP: Manole; 2010. p. 25-40.
11. Santos TCMM, Faria AL, Ferreira IB, Feitosa MS, Albuquerque PP, Mesquita TC et al. Anotações de enfermagem de uma unidade de internação. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Oct [cited 2011 Sept 12];5(8):1842-8. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1668/pdf_686
12. Ubessi LD, Stumm EMF, Kirchner RM, Busnello MB, Roman AR. Características epidemiológicas e clínicas do carcinoma basocelular em duas macrorregiões de saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2011 Sept 25];4(1):683-90. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/862/pdf_55
13. Souen J. Câncer do colo do útero e ovário. In: Lopes A, Barros AC, Gama AH. Prevenção do Câncer. Barueri, SP: Manole; 2010. p. 203-29.
14. Abrão RS, Besson RB, Buetto LS, Sonobe HM, Lenza NFB. Cuidados de enfermagem às mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Aug [cited 2011 Sept 11];5(6):1514-21. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1401/pdf_593
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional e integral ao homem: princípios e diretrizes. Brasília: 2008.
16. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. Rev bras enferm [Internet]. 2009 Aug [cited 2011 Sept 11];63(4):517-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/03.pdf>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/12/06

Last received: 2012/04/04

Accepted: 2012/04/04

Publishing: 2012/05/01

Corresponding Address

Fátima Raquel Rosado Moraes

Rua Dionísio Filgueira, 383 – Centro

CEP: 59600-000 – Mossoró (RN), Brazil