

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Maria Coelho Carvalho

MORBI-MORTALIDADE POR NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOCO
NO ESTADO DO ACRE

RIO BRANCO – AC

2010

ANA MARIA COELHO CARVALHO

**MORBI-MORTALIDADE POR NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOCO
NO ESTADO DO ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Linha de Pesquisa: Câncer

Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção a Saúde

Orientadores: Rosalina Jorge Koifman

Sérgio Koifman

RIO BRANCO - AC

2010

© CARVALHO, A. M. C., 2010.

CARVALHO, Ana Maria Coelho. **Morbi-mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço no Estado do Acre.** Rio Branco: UFAC, 2010. 78f.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC.

C331m

Carvalho, Ana Maria Coelho, 1978 -

Morbi-mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço no Estado do Acre / Ana Maria Coelho Carvalho --- Rio Branco : UFAC, 2010.

93f : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre.

Orientadores: Profa. Dra. Rosalina Jorge Koifman e Prof. Dr. Sérgio Koifman.

Inclui bibliografia

Aos meus pais, Antônio e Filomena.

Ao meu marido, Odair.

Aos meus irmão e cunhada, André e Taciana.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus orientadores Rosalina Jorge Koifman e Sérgio Koifman, sem os quais essa dissertação não teria sido possível. Pela orientação, paciência redobrada e auxílio, o meu muito obrigada.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, em especial às professoras Leila Dotto e Simone Opitz, que ao se engajarem na criação deste Programa de Mestrado, possibilitaram ao Estado ampliar seus horizontes na pesquisa.

À todos os colegas e funcionários do mestrado que comigo compartilharam essa época e contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

As doenças neoplásicas constituem atualmente a segunda causa de morte por doença no Brasil. O câncer de cabeça e pescoço representa um grupo de neoplasias e a mais frequente delas, o câncer de cavidade oral, segundo estimativa 2010 do INCA será o quinto mais incidente no sexo masculino, com ocorrência da ordem de 14 mil casos novos apenas de cavidade oral em ambos os sexos. Além disto, o câncer de cabeça e pescoço é mais comum em países em desenvolvimento, resulta frequentemente da exposição a fatores de risco preveníveis – fumo e álcool –, e apresenta considerável causa de morbi-mortalidade com sequelas estéticas e/ou funcionais em decorrência do seu tratamento. Desta forma, esse grupo de neoplasias demanda atenção especial da saúde pública, e estudos sobre o tema no Estado do Acre são inexistentes. Nesta dissertação, são apresentados dois artigos que abordam o câncer de cabeça e pescoço na cidade de Rio Branco e no estado do Acre. O primeiro artigo determinou as tendências de mortalidade por cânceres de cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe – os mais frequentes – em Rio Branco e no Acre, comparando-as com tendências de mortalidade por outras causas de morte ao longo de 27 anos, além de prover uma estimativa de incidência das neoplasias de cabeça e pescoço de maneira geral na atualidade em Rio Branco. O segundo artigo caracteriza a demanda dos casos de neoplasias de cabeça e pescoço com cobertura no primeiro ano de implantação de assistência especializada para este grupo de neoplasias no estado do Acre. Dentre os principais resultados, merecem destaque a tendência crescente da mortalidade por câncer de cabeça e pescoço nos últimos 15 anos tanto na capital quanto no estado apesar de as taxas estimadas de incidência para estas neoplasias terem sido em geral abaixo da média nacional. Foi também observado que cerca de 90% dos casos de neoplasias de cabeça e pescoço (câncer de tireóide exclusive), apresentaram-se com estágio avançado ao diagnóstico na primeira consulta no Hospital do Câncer de Rio Branco. Desta maneira os achados desta dissertação apontam para a necessidade de divulgação deste grupo de neoplasias tanto junto aos profissionais da área de saúde como à população em geral a fim de possibilitar um diagnóstico precoce, ampliando assim as chances de cura e reduzindo a mortalidade pelo câncer de cabeça e pescoço nesta região.

Palavras-chave: Câncer de cabeça e pescoço, Mortalidade, Incidência, Acre.

ABSTRACT

Cancer constitutes the second cause of death from disease in Brazil nowadays. Head and neck cancer represents a group of cancers of which the most common is oral cavity cancer and according to INCA's 2010 estimates it will be the fifth most incident in men, and account 14,000 new cases for both sexes (oral cavity only). Moreover, Head and neck cancers are more common in developing countries, frequently result from preventable risk factors such as tobacco and alcohol and usually cause great morbi-mortality with cosmetic and/or functional sequelae secondary to treatment. Therefore, head and neck cancer requires special attention as a Public Health Issue. Researches about the topic specifically in the State of Acre are lacking. Here, two papers are presented as they discuss aspects of head and neck cancers in the city of Rio Branco and in the state of Acre. The first paper provides us mortality trends from oral cavity, oropharyngeal, hypopharyngeal and laryngeal cancers – more frequent ones – in Rio Branco and Acre, referring to mortality trends from other causes of death for the period of 27 years, and also gives us an estimate of all head and neck cancers incidence nowadays in Rio Branco; the second one analyzes the characteristics of patients with head and neck cancer assisted by Hospital do Câncer in the first year of implementation of specialized care for this group of neoplasia in Rio Branco. Among the main results, we must highlight the increasing trends of head and neck cancer mortality in the last 15 years in both capital and state despite the estimates of incidence rates being low compared to national average. It was also observed that about 90% of head and neck cancers (excluding thyroid) had advanced stage in its very first appointment at Hospital do Câncer in Rio Branco. Thus the findings of this thesis point to the need to make not only to health care professionals but also the general public aware of this group of neoplasia so as to ensure earlier diagnosis, maximize cure chances and reduce mortality rates from head and neck cancers in our region.

Keywords: Head and neck cancer, Mortality, Incidence, Acre.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Lista de abreviaturas | x |
| Lista de tabelas e figuras | xi |
| 1 – Introdução | 13 |
| 2 – Referencial teórico | 15 |
| 2.1 Câncer de cavidade oral e faringe | 15 |
| 2.2 Câncer de laringe | 17 |
| 2.3 Câncer de tireóide | 19 |
| 2.4 Hospital do Câncer de Rio Branco | 20 |
| 3 – Justificativa | 22 |
| 4 – Objetivos | 23 |
| 4.1 Objetivo Geral | 23 |
| 4.2 Objetivos Específicos | 23 |
| 5 – Artigo 1..... | 24 |
| Resumo | 25 |
| Abstract | 27 |
| 1 – Introdução | 29 |
| 2 – Metodologia | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 3 – Resultados | 34 |
| 4 – Discussão | 37 |
| 5 – Conclusões | 43 |
| 6 – Referências Bibliográficas (do artigo 1) | 48 |
| 6 – Artigo 2..... | 50 |
| Resumo | 51 |
| Abstract | 53 |
| 1 – Introdução | 54 |
| 2 – Metodologia | 57 |
| 3 – Resultados | 59 |
| 4 – Discussão | 62 |
| 5 – Conclusões | 65 |
| 6 – Referências Bibliográficas (do artigo 2) | 69 |
| 7 – Considerações Finais | 71 |
| Referências Bibliográficas (da dissertação) | 72 |
| Anexos | 76 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AJC | American Joint Committee |
| CaCP | Câncer de Cabeça e Pescoço |
| CDT | Câncer Bem Diferenciado de Tireóide |
| IARC | International Agency for Research on Cancer |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SEER | Surveillance Epidemiology and End Results |
| TFD | Tratamento Fora de Domicílio |
| UICC | Union Internationale Contre le Cancer |
| UNACON | Unidade de Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia |

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

5 - ARTIGO 1

Tabela 1: Taxas de mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço e por neoplasias de todas as localizações, Acre e Rio Branco, 1980-2006.

Figura 1: Tendência da mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço, por neoplasias de todas as localizações, por todas as causas de óbito e por causas mal definidas, Rio Branco e Acre, 1980-2006.

Tabela 2: Tendência temporal da mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço, por todas as localizações neoplásicas, por todas as causas e por causas mal definidas, modelos selecionados, Rio Branco e Acre, 1980-2006.

Figura 2: Mortalidade proporcional por causas mal definidas, Rio Branco e Acre, 1980 a 2006.

Figura 3: Estimativa de taxas de incidência de neoplasias de cabeça e pescoço em Rio Branco, julho/2007 a julho/2009.

ARTIGO 2

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da demanda pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Hospital do Câncer, Rio Branco, março/2008 a março/2009.

Tabela 2: Distribuição por sítios primários, exame histológico e tratamento realizado em casos novos. Hospital do Câncer, Rio Branco, março/2008 a março/2009.

Tabela 3: Casos novos de neoplasia maligna de cavidade oral e orofaringe em estágio avançado não submetidos à conduta cirúrgica. Hospital do Câncer, Rio Branco. março/2008 a março/2009.

1 – INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança de vida nas diversas regiões do mundo e o envelhecimento da população associados ao processo de urbanização e ao controle das doenças infecciosas, a incidência das doenças neoplásicas tem crescido, e conseqüentemente, também o interesse por sua distribuição epidemiológica, inclusive no Brasil (SILVA, 1999; SILVA Jr. et al.,2003).

Segundo o IARC/OMS, em 2008, a incidência de câncer no mundo foi estimada em 12,4 milhões de casos novos excluídos os cânceres de pele, com cerca de 7,6 milhões de mortes e ainda mais 25 milhões de pessoas vivendo com câncer. Os cânceres mais incidentes foram os de pulmão, mama, cólon e reto, enquanto que os sítios apresentando maior letalidade foram pâncreas, esôfago, pulmão, estômago e fígado (WCR, 2008). Kamangar e colaboradores (2006) relataram que em 2002, os cânceres de maior incidência mundial foram os de pulmão, estômago, colon e reto, fígado e esôfago, além dos cânceres específicos por sexo, como mama, colo de útero e próstata.

No Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida notificados em 2007 no Sistema de Informação de Mortalidade, Ministério da Saúde. A estimativa para o ano de 2010 é a de que ocorrerão 489.270 casos novos de câncer e à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, os tipos mais incidentes serão no sexo masculino os cânceres de próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil), colon e reto (13 mil) e cavidade oral (10 mil) e no sexo feminino, os cânceres de mama (49 mil), colo do útero (19 mil), colon e reto (14 mil), pulmão (9 mil) e estômago (7mil) (INCA, 2010).

A denominação de câncer da cabeça e pescoço – CaCP – usualmente compreende neoplasias malignas das seguintes localizações: cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe - mais frequentes - e nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, glândulas salivares. As neoplasias malignas de tireóide e paratireóide podem também fazer parte desta nomenclatura, porém costumam ser estudadas à parte devido à sua epidemiologia peculiar. São excluídos por sua vez os tumores do sistema nervoso central, da órbita e do sistema linfohematopoiético (DAVIES; WELCH, 2006).

Dentre as neoplasias malignas da cabeça e pescoço, excluindo-se os tumores cutâneos, o tipo histológico mais incidente é o carcinoma espinocelular (CEC) do trato aerodigestivo alto, que pode localizar-se nos diversos sítios, sendo cavidade oral, faringe e laringe os mais frequentemente acometidos (PARKIN et al, 2002).

O CaCP representa importante problema de saúde pública para o Brasil já que além da estreita relação relatada entre esses tumores e o baixo nível sócio-econômico e da associação destas a fatores de risco preveníveis como tabagismo e etilismo, o tratamento ocasiona sequelas estéticas e funcionais significativas e o Brasil apresenta altas taxas de incidência e mortalidade dos cânceres de boca e faringe (excluída nasofaringe) comparadas a outras partes do mundo. (ANTUNES et al, 2001; CARVALHO et al, 2004; WARNAKULASURIYA, 2009)

Objetivo desta dissertação foi o de prover uma análise do CaCP no estado do Acre e na cidade de Rio Branco através do estudo da tendência temporal de mortalidade por neoplasias deste grupo de 1980 a 2006, estimar a incidência dessas neoplasias em Rio Branco na atualidade e ainda caracterizar a demanda com cobertura pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco no primeiro ano de sua implantação (março/2008 a março/2009) em Rio Branco.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de Cavidade Oral e Faringe

Apesar de serem sítios anatômicos distintos, lesões de cavidade oral e faringe (excluída nasofaringe) são com frequência analisadas em conjunto. As razões que levam ao agrupamento das localizações segundo fatores etiológicos, forma de tratamento e prognóstico são: a dificuldade de classificação primária exata do tumor (já que o diagnóstico do CaCP é em geral tardio e as lesões avançadas dificultam a definição da localização inicial exata do tumor).

A faringe é dividida em três segmentos: um superior, a nasofaringe; um médio, a orofaringe; um inferior, a hipofaringe (BARBOSA, 1979). A porção superior, a nasofaringe, é estudada a parte e excluída do agrupamento com demais segmentos da faringe pela peculiaridade de sua epidemiologia que muito difere daquela dos demais cânceres de cabeça e pescoço com alta incidência no Sudeste Asiático e a associação marcada ao vírus Epstein-Barr. (ABDULAMIR, 2008)

A cavidade oral, a orofaringe e a hipofaringe são ainda divididas em subsítios, a saber: lábios, comissuras labiais, mucosa jugal, gengivas, palato duro, língua oral, assoalho da boca – cavidade oral; base da língua e valéculas, amígdalas e loja amigdaliana, parede posterior, palato mole e úvula – orofaringe; recessos piriformes, parede posterior e área retrocricóide - hipofaringe (AJC-UICC 2002). Os fatores de risco mais conhecidos e comprovados para estes sítios e subsítios são o tabagismo e o etilismo, apresentando ambos relação dose-resposta e claro sinergismo quando associados. O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular (CEC) em mais de 90% das vezes. Outros tipos incluem carcinoma mucoepidermóide, sarcoma, carcinoma ex-adenoma, adenocarcinoma, carcinoma mioepitelial. A forma de tratamento irá depender de fatores como características da lesão, estágio ao

diagnóstico, status do pescoço, condições clínicas do paciente, entre outros, podendo envolver tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico (BRASILINO, 2001).

Agrupado em conjunto, os cânceres de cavidade oral e faringe ocupam a sexta posição entre as localizações mais frequentes no âmbito mundial, sendo sua incidência estimada como 275.000 casos para a cavidade oral, e 130.000 para faringe (nasofaringe exclusive), dois terços dos quais ocorrem em países em desenvolvimento (WARNAKULASURIYA, 2009). A população masculina no Brasil ocupa a terceira posição de maior risco no mundo para câncer de cavidade oral, subseqüente à França e Índia (WUNSCH-FILHO et al, 2001)

No mundo, a incidência de câncer de cavidade oral apresenta taxas de 6,3/100.000 no sexo masculino e 3,8/100.000 no sexo feminino. Já as taxas de mortalidade do câncer de boca no mundo atingem 2,9/100.000 no sexo masculino e 1,5/100.000 no sexo feminino (GLOBOCAN, 2002).

No Brasil, segundo estimativas para 2010 do INCA, o câncer de cavidade oral será o quinto mais incidente no sexo masculino computando 10.330 casos novos e o sétimo mais incidente no sexo feminino com a ocorrência de 3.790 casos novos. Existe grande variação quanto à distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária entre estados e capitais do Brasil. Tomando as neoplasias de cavidade oral, observa-se para ambos os sexos a ocorrência de 7.590 casos novos na região sudeste com taxas brutas de incidência para sexo masculino de 14,20/100.000 (Estados) e 17,07/100.000 (capitais) –, enquanto para região norte, são estimados para 2010 um total de 410 casos novos para ambos os sexos, com taxas brutas de incidência para sexo masculino da ordem de 3,11/100.000(estados) e 5,84/100.000(capitais) (INCA, 2010).

Wunsch-Filho (2002) comparou dados entre capitais selecionadas em cada uma das cinco regiões do Brasil, observando dois padrões claros e distintos de ocorrência para câncer

de cavidade oral e orofaringe: um para regiões norte, nordeste e centro-oeste, com taxas mais baixas de incidência e mortalidade, e outro padrão para as regiões sul e sudeste, caracterizado por taxas mais elevadas. Tal disparidade como discutida pode advir da cobertura dos serviços de saúde e da qualidade dos sistemas de informação.

Biazevic e colaboradores (2006) estudaram a tendência de mortalidade por câncer de boca e orofaringe apenas no município de São Paulo entre 1980 e 2002 verificando tendência global de incremento nesse período, sendo o câncer de língua responsável por um terço desses óbitos (35,85%) e orofaringe e partes não especificadas também tiveram grande representatividade percentual (19,65% e 12,81%, respectivamente).

2.2 Câncer Laringe

A laringe é igualmente dividida em sítios e subsítios: glote – pregas vocais, comissura anterior, comissura posterior; supraglote – epiglote suprahióidea, prega ariepiglótica, aritenóide, apiglote infrahióidea, pregas vestibulares; subglote – não há divisão em subsítios (AJC – UICC, 2002). O quadro clínico decorrente do câncer de laringe depende da região envolvida, podendo ocasionar um diagnóstico mais, ou menos, precoce. Lesões de supraglote e subglote tendem a apresentar sintomatologia mais tardia que os tumores da glote. Seus principais fatores de risco são tabagismo e etilismo. Cerca de 90% tem histologia de carcinoma espinocelular (BRASILINO, 2001). A realização da laringoscopia é necessária para o diagnóstico e segundo Teppo & Alho (2008) estudando a importância relativa no atraso diagnóstico dos cânceres de cabeça e pescoço, o atraso o diagnóstico é maior e tem um impacto mais significativo na sobrevida dos pacientes portadores do câncer de laringe que naqueles com câncer de língua ou faringe.

Davies & Welch (2008) estudando câncer de cabeça e pescoço na base de dados SEER do Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos de 1999 a 2001 observou que em relação

ao sítio o câncer de laringe foi o segundo sítio mais incidente para o período, e com relação a histologia, o carcinoma espinocelular ocorreu em mais de 80% destes casos. Foi observada uma tendência decrescente com relação a incidência do câncer de laringe entre 1975 (5,5/100.000) a 2001 (3,5/100.000) e também uma tendência decrescente de 6% com relação a mortalidade pelo câncer de laringe entre 1990 (1,5/100.000) a 2001 (1,3/100.000) - taxas ajustadas pela população dos Estados Unidos.

Na Europa, foi analisada a mortalidade pelo câncer de laringe em 33 países europeus entre 1980 a 2001 e observou-se uma tendência geral de declínio no sexo masculino de 5,1/100.000 em 1980-1981 para 3,3/100.000 em 2000-2001 com variação ampla entre países como Croácia (7,9/100.000) e Suécia (0,5/100.000). Não foi detectada tendência nas taxas de mortalidade para câncer de laringe nas mulheres nesse período, permanecendo estável em cerca de 0,3/100.000 mulheres – taxas ajustadas pela população mundial (BOSETTI, 2006)

No Chile, foram também analisadas as taxas de mortalidade por câncer de laringe de 1990 a 2004 com constante declínio no período observado: para homens de 1,79 para 1,17/100.000 homens e para mulheres, de 0,35 para 0,12/100.000 mulheres - taxas ajustadas pela população mundial (BOGADO, 2007).

No Brasil, o câncer de laringe representa cerca de 2% de todos os cânceres, sendo diagnosticados anualmente em torno de 8.000 casos novos que acometem mais frequentemente homens que mulheres (INCA). Wunsch-Filho (2004) publicou um artigo de revisão sobre a epidemiologia do câncer de laringe no Brasil e evidenciou para a cidade de São Paulo, tendência decrescente para o sexo masculino desde fim da década de 80, enquanto nas mulheres as taxas permaneceram estáveis. Dados de registros de câncer de base populacional na região Norte apresentam taxas de incidências ajustadas pela população mundial contrastantes. Em Belém, PA e Palmas, TO as taxas são as mais baixas, temos para o sexo masculino e feminino respectivamente taxas de 4,59 e 0,53/100.000 para Belém e de

3,95/100.00 para o sexo masculino em Palmas, não constando dados para o sexo feminino. Já em Manaus, AM temos taxas de incidência elevadas de 14,14/100.000 homens, comparáveis às de São Paulo, mas para sexo feminino de 0,38/100.000 apenas.

2.3 Câncer de Tireóide

As neoplasias primárias da tireóide apresentam incidência anual variando entre 0,5 a 10/100.000 habitantes e são divididas em quatro tipos histológicos mais frequentes a saber: carcinoma papilífero, carcinoma folicular, carcinoma medular e carcinoma anaplásico. O carcinoma papilífero compreende 75-80% dos casos, enquanto o carcinoma folicular é responsável por mais 10-15% dos casos, em conjunto eles formam o que se denomina de carcinoma bem diferenciado da tireóide (CDT) e apresentam via de regra curso indolente (BRASILINO, 2007; SANTOS, 2005).

Vários estudos apontam para incidência crescente e mortalidade decrescente ou estável do CDT. Davies (2008) observou nos Estados Unidos incidência crescente entre 1975 e 2001 e taxas de mortalidade estáveis no período de 1999 a 2001. A tendência crescente na incidência também foi observada na Escócia (REYNOLDS, 2005) e na Austrália (BURGESS, 2002)

No Brasil, Coeli e colaboradores (2005) apresentaram dados de incidência e mortalidade pelo câncer de tireóide no Brasil salientando que o câncer de tireóide não é desprezível, que existem discrepâncias interregionais e que houve queda da mortalidade nos anos mais recentes. Quanto às taxas de incidência, Reis (2006) constatou em Goiânia o aumento da incidência no período de 1988 a 2003 com um aumento das taxas de 4,89/100.000 no sexo feminino no primeiro quinquênio para 11,67/100.000 no último quinquênio.

2.4 Hospital do Câncer de Rio Branco

Em 2002 foi firmada a cooperação entre Ministério da Saúde, INCA (Instituto Nacional do Câncer), Secretaria de Saúde do Estado do Acre e Fundhacre (Fundação Hospitalar Estadual do Acre) para a construção da unidade de atenção oncológica em Rio Branco e estruturação de sua rede de serviços inicialmente previsto para ser entregue em 2005.

O Acre foi favorecido pelo Projeto Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE), que funciona no âmbito do INCA e representa um programa de descentralização, que visa a evitar a ida de pacientes para tratamento fora de seu Estado de origem. O Hospital foi concebido mediante parceria do Governo Federal e do Governo do Estado.

Em 8 de junho de 2007, foi inaugurada a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), unidade que em sua fachada leva o nome de Hospital do Câncer. A construção da unidade foi viabilizada majoritariamente (90%) com recursos do Governo Federal.

O Unacon oferece tratamento com cirurgia, radioterapia e quimioterapia para a maioria absoluta dos casos de câncer, além de suporte multiprofissional com consultas especializadas e outros cuidados, dessa forma proporcionando assistência integral ao paciente.

O advento do Hospital do Câncer evita que os pacientes precisem viajar para outros Estados e seu funcionamento reduziu pela metade o fluxo no programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Em menos de um ano da inauguração do Hospital do Câncer, a edição de 12 de março de 2008 do Diário Oficial da União trouxe publicada a portaria que o credencia ao status de unidade de tratamento de alta complexidade em oncologia – UNACON –, incluindo-o na

Rede Nacional de Combate ao Câncer. Com isso, o Acre passou de emissor para receptor de pacientes do tratamento fora do domicílio, e todos os gastos e investimentos agora passam a ser feitos diretamente pelo Ministério da Saúde.

Ainda em março de 2008 o Hospital do Câncer passou a contar com especialista na área de cirurgia de cabeça e pescoço e, portanto, a atender também esta demanda. Foi no intuito de compreendê-la melhor que foi elaborado em estudo envolvendo a análise dos pacientes atendidos no primeiro ano da implantação desta especialidade no Acre, dos dados disponíveis no DATASUS e da literatura científica sobre o tema.

3 – JUSTIFICATIVA

O câncer de cabeça e pescoço é fonte de grande morbidade e mortalidade especialmente pelo seu diagnóstico que via de regra é tardio, apesar de cavidade oral e orofaringe serem facilmente acessíveis ao exame. A distribuição e frequência do CaCP requerendo atenção especializada no estado do Acre pode ser considerada desconhecida. Estudos sobre o tema no estado do Acre especificamente são inexistentes.

Se por um lado, a série de dados de mortalidade no Estado do Acre encontra-se disponibilizada pelo DATASUS desde 1979 através do Sistema Nacional de Mortalidade – SIM (Ministério da Saúde, 2010) – podendo ser desagregada; por outro lado, não havia assistência oncológica neste Estado até o ano de 2007. Com o início das atividades assistenciais do Hospital do Câncer em Rio Branco a partir de junho de 2007 e a implantação da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço a partir de março de 2008, passaram a existir as condições para a obtenção de uma casuística mais fidedigna relativa a estas neoplasias na região.

A presente investigação permitirá conhecer a tendência temporal das neoplasias de cavidade oral, faringe e laringe em período de 27 anos (1980 – 2006), fornecendo um panorama do comportamento epidemiológico destes agravos ao longo do tempo. A estimativa de incidência dessas neoplasias durante os primeiros dois anos de criação do Hospital do Câncer (julho, 2007 a julho, 2009), pretende simular um registro populacional de incidência para a capital e a oportunidade de nos aproximarmos do que ocorre na realidade. E por fim, conhecer as características da demanda hospitalar com cobertura no primeiro ano de atendimento pela especialidade no Estado do Acre será essencial para o planejamento das atividades relativas a esta área.

4 - OBJETIVOS

4.1 – Objetivo Geral

Determinar o padrão de morbi-mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço em Rio Branco, Acre.

4.2 – Objetivos Específicos

- Determinar a tendência temporal da mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço selecionadas (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) em Rio Branco e Acre no período 1980-2006.

- Comparar as tendências de mortalidade por neoplasias selecionadas da região de cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) no Município de Rio Branco e Acre com aquelas observadas em outras unidades geográficas no Brasil e no mundo.

- Analisar as tendências da mortalidade por neoplasias selecionadas da região de cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) no Município de Rio Branco e Acre com referência àquelas por todas as causas, por neoplasias de todas as localizações e por causas mal definidas observadas nestas mesmas localidades e no mesmo período.

- Estimar a incidência de neoplasias de cabeça e pescoço na cidade de Rio Branco simulando uma cobertura populacional da capital Rio Branco no período de 2 anos desde a inauguração do Hospital do Câncer.

- Analisar e caracterizar a distribuição das neoplasias de cabeça e pescoço da respectiva demanda com cobertura, descrevendo o perfil histopatológico, estadiamento ao diagnóstico e tratamento de neoplasias de cabeça e pescoço atendida pelo serviço especializado no Hospital do Câncer em Rio Branco no primeiro ano de sua implantação.

5- ARTIGO 1

**Mortalidade por Neoplasias de Cabeça e Pescoço no Estado do Acre, 1980-2006 e
Incidência Estimada no Município de Rio Branco, 2007-2009.**

Autores: Carvalho, A.M.C.*; Koifman, R.J.; Koifman, S.**.**

***Programa de Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Acre**

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde - Escola Nacional
de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz**

Resumo

Antecedentes - As neoplasias malignas da cabeça e pescoço são questão de grande relevância para a saúde pública brasileira por sua relação com o baixo nível sócio-econômico, por serem preveníveis seus principais fatores de risco – tabaco e álcool – e pelas frequentemente inevitáveis sequelas estéticas e/ou funcionais decorrentes de um diagnóstico que via de regra é tardio. Estudos sobre esta temática específica no Estado do Acre são inexistentes. Objetivo – Descrever a distribuição da mortalidade por todas as causas de morte, por neoplasias de todas as localizações, por causas mal definidas, e por neoplasias selecionadas de cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) no período de 1980 a 2006 em Rio Branco e no Estado do Acre, e estimar a incidência atual das neoplasias de cabeça e pescoço em Rio Branco. Material e Métodos – Para a análise temporal da mortalidade foram usados os dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde e os dados populacionais obtidos a partir do IBGE. Foram calculadas as taxas de mortalidade para o conjunto da população em Rio Branco e no Estado do Acre, anualmente e por triênios, sendo ajustadas por idade pela população mundial. A tendência foi analisada com base em modelos de regressão linear. Para a estimativa de incidência das neoplasias malignas de cabeça e pescoço foram coletados os resultados anatomopatológicos relativos a estas em todos os laboratórios de anatomopatologia da cidade no período de julho de 2007 a julho de 2009. Resultados – As taxas de mortalidade por neoplasias selecionadas da cabeça e pescoço e por neoplasias de todas as localizações apresentaram ampla variação anual. A análise de tendências no período 1980 a 2006 observou padrão similar de variação nas taxas de mortalidade por câncer de cabeça e pescoço no estado e na capital, com um primeiro período de tendência decrescente e depois, período com tendência crescente. A mortalidade por neoplasias de todas as localizações na capital não apresentou tendência identificável, mas no

Estado houve tendência crescente. As taxas de mortalidade por todas as causas e causas mal definidas mostraram-se decrescente em todo o período. As taxas de incidência estimadas apresentaram valores reduzidos comparados à média nacional para todos os sítios, exceto faringe (excluído nasofaringe) para sexo masculino (5,28/100.000) e tireóide para o sexo feminino (6,78/100.000). Conclusão – Apesar de reduzidas, as taxas de incidência estimadas para as neoplasias malignas da cabeça e pescoço na capital, foi possível identificar tendência crescente para estas neoplasias tanto em Rio Branco quanto no Estado do Acre durante os últimos quinze anos. As limitações deste estudo são relativas à qualidade e cobertura dos dados, mas ainda assim, ele representa ponto inicial de partida para pesquisas epidemiológicas relacionadas ao tema nesta região da Amazônia Ocidental.

Palavras-chave: câncer, câncer de cabeça e pescoço, tendência, Amazônia

Abstract

Background – Head and neck malignant neoplasms are an issue of great relevance to Brazilian public health system for its relation with low economic status, its preventable major risk factors – tobacco and alcohol - and its frequently inevitable cosmetic and/or functional sequelae which results from late diagnosis. Data concerning this matter specifically for the State of Acre is not found. Objective – To describe the patterns of mortality rates from all causes, from cancer in general, from ill-defined causes and mortality rates from selected head and neck cancers (oral cavity, oropharynx,, larynx and hypopharynx) in the period of 1980 through 2006 in the city of Rio Branco and in Acre State and to estimate incidence rates of head and neck cancers in the city of Rio Branco nowadays. Material and Methods – Mortality data were obtained through Brazilian Mortality Information System (SIM) and population data came from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Mortality rates were calculated for the whole population annually and for every triennium for Rio Branco and Acre in the period of 1980 through 2006. Trends of standardized mortality rates were analyzed using linear regression models. To estimate incidence rates of head and neck cancers, all pathology clinics in Rio Branco were visited and results for malignant neoplasms of this region collected for the period between July 2007 and July 2009. Results – Mortality rates from head and neck cancer and from cancer in general showed great variability year to year. Trend analysis in the period 1980-2006 observed: similar pattern of variation in mortality trends from head and neck cancer for both Capital and State with a decreasing trend initially and afterwards an increase in trend is observed. No identifiable tendency was observed regarding mortality rates from cancer in general in Rio Branco, but Acre demonstrated an increasing trend. Mortality rates from all causes e from ill-defined causes showed a decreasing trend in all the period studied. Estimates of incidence rates showed diminished values compared to national data for all anatomic sites of head and neck cancers, except pharynx (nasopharynx excluded) for males (5.28/100.000)

and thyroid cancer for females (6,78/100.000). Conclusion – Despite diminished values in general for estimates of incidence rates of head and neck cancers in Rio Branco compared to existing nacional data, in the last fifteen years there was an increasing trend for these cancers not only in Rio Branco but also in the State of Acre. Limitations of this study are related to quality and coverage of data. Anyhow, it represents initial reference for related epidemiologic studies in the Occidental Amazon region.

Keywords: cancer, head and neck cancer, trends, Amazon

Introdução

A análise de tendências de incidência e mortalidade ao longo de um determinado período é um recurso precioso que pode levar ao reconhecimento de variações na carga de doença e fornecer indicações importantes sobre fatores de modificação de risco¹, especialmente da mortalidade por neoplasias pela sua ampla disponibilidade e cobertura no Brasil².

As neoplasias malignas de cavidade oral e de faringe, das mais frequentes da cabeça e pescoço, quando agrupadas, constituem a sexta causa mais comum de câncer no mundo. A estimativa anual é da ocorrência de cerca de 275.000 casos novos de câncer de boca e 130.300 de faringe (excluindo-se nasofaringe), dois terços dos quais ocorrendo em países em desenvolvimento como o Brasil³.

Pesquisas demonstram que os homens brasileiros têm o terceiro maior risco mundial para desenvolver câncer de boca depois da França e da Índia⁴ e que o Brasil é o país que possui as mais elevadas taxas de incidência da América do Sul para câncer de cavidade oral e faringe (excluída nasofaringe) no sexo masculino com valores de 8,3/100.000 e 5,4/100.000 respectivamente, e a segunda mais elevada taxa de incidência para câncer de laringe (8,5/100.000) no sexo masculino, superado apenas pela Argentina (8,8/100.000) e igualado pelo Uruguai⁵.

As estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2010 são de que ocorram neste ano 14.120 casos novos de neoplasias malignas de cavidade oral (CID10: C00-C10), perfazendo 3,8% todas as neoplasias esperadas para o ano corrente em território nacional. Adicionalmente, excetuando-se as neoplasias de pele não melanoma, o câncer de cavidade oral consta como a quinta neoplasia mais incidente no sexo masculino, e a sétima no sexo feminino nestas estimativas para 2010 e 2011. No Brasil, a distribuição destes casos novos é

heterogênea entre as cinco macrorregiões brasileiras, refletindo disparidades nas taxas de incidência estimadas com maiores valores encontrados no Sudeste e Sul (masculino e feminino respectivamente, 14,2 e 4,15/100.000 para o Sudeste e 13,8 e 3,9/100.000 para o Sul) e menores valores para região Norte (3,1/ 1000.000 no sexo masculino e 1,6/100.000 no feminino)⁶

O estudo da distribuição epidemiológica das neoplasias de cabeça e pescoço é questão de grande relevância para a saúde pública brasileira não só por sua magnitude em nossa população, mas também, à exceção do câncer de tireóide, pelas evidências de sua relação com o baixo nível socioeconômico, por serem preveníveis seus principais fatores de risco – tabaco e álcool –, e pelas inevitáveis sequelas estéticas e/ou funcionais decorrentes do tratamento tardio^{7,8}.

Este estudo teve como objetivo apresentar a distribuição temporal da mortalidade pelas neoplasias mais frequentes de cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) com referência a mortalidade por neoplasias de todas as localizações, por todas as causas e por causas mal definidas na cidade de Rio Branco e no Estado do Acre durante o período 1980-2006, bem como a estimativa da incidência de CaCP no período de julho de 2007 a julho de 2009, correspondente aos dois primeiros anos de funcionamento do Hospital do Câncer na capital, Rio Branco.

Metodologia

A denominação de câncer da cabeça e pescoço – CaCP – usualmente compreende as neoplasias malignas das seguintes localizações: cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe, nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, glândulas salivares. As neoplasias malignas de tireóide e paratireóide podem também fazer parte desta nomenclatura, porém costumam ser estudadas à parte devido à sua epidemiologia peculiar. São excluídos por sua vez os tumores do sistema nervoso central, da órbita e do sistema linfematopoético⁹. Os tumores da cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe são os mais frequentes em termos de mortalidade e, portanto, a análise de tendência da mortalidade concentrou-se nestas localizações, não sendo analisados os demais sítios. Na estimativa de incidência foram coletados os dados referentes a todos os sítios mencionados na definição de neoplasias de cabeça e pescoço.

Através de um estudo epidemiológico descritivo, foram determinadas as taxas de mortalidade por neoplasias de CaCP (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) e por neoplasias de todas as localizações anualmente em Rio Branco e Acre compreendendo o período de 1980 a 2006.

Foram a seguir determinadas as taxas de mortalidade por todas as causas e por causas mal definidas (além de sua mortalidade proporcional), na Capital e no Estado do Acre durante o período 1980-2006, possibilitando a obtenção dos respectivos padrões de mortalidade na região, bem como da qualidade dos dados ao longo do tempo sob avaliação.

Os dados de mortalidade foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde^{10,11}. Foram obtidos os dados relativos à distribuição por idade e ano de ocorrência de todos os óbitos ocorridos no Estado do Acre durante o período 1980-

2006, sendo posteriormente analisados segundo área geográfica de residência (Município de Rio Branco e Estado do Acre).

As taxas de mortalidade para todas as localizações neoplásicas foram determinadas segundo os códigos da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) para o período de 1980-1995 (códigos 140 a 208), e da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para o período de 1996-2006 (códigos C00 a C97) e as taxas de mortalidade por CaCP para os óbitos cuja causa básica tenha sido registrada como neoplasia de cavidade oral, orofaringe, laringe ou hipofaringe – segundo os códigos da CID-9 (códigos 140-146, 148, 149 e 161), e da CID-10 (códigos C00-C06, C09, C10, C12-C14, C32), bem como óbitos com causa mal definida, segundo capítulo XVI da CID-9 e capítulo XVIII da CID-10.

As informações sobre a população foram obtidas através dos censos demográficos de 1980, 1991 e 2000, recontagem de 1996 e estimativas populacionais para os anos intercensitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹² adotando-se a população mundial preconizada pela IARC/OMS para a padronização das taxas segundo faixa etária.

As taxas de mortalidade por neoplasias de todas as localizações e por CaCP no Acre e em Rio Branco ao longo da série 1980-2006 foram determinadas anualmente. Em decorrência da reduzida frequência anual de óbitos por estas causas, elas foram também agrupadas em períodos de 9 anos (1980-88, 1989-97, e 1998-2006) para análise .

Em seguida, foram obtidas médias móveis trienais para a análise de tendência objetivando minimizar as variações anuais entre as taxas de mortalidade, sendo estas padronizadas pela população mundial foram recalculadas, e agrupadas em período de três anos visando à construção de curvas de tendência linear.

A análise de tendência foi efetuada através da estimação de modelos de regressão linear. As taxas de mortalidade padronizadas foram consideradas como variável dependente (x) e os anos do estudo como variável independente (y). Foi definido como modelo de ajuste aquele apresentando maior adequação estatística da distribuição com descrição do respectivo coeficiente de determinação. O primeiro modelo a ser testado foi o de regressão linear simples ($y=B_0 + B_1x$), seguindo-se dos modelos de segundo e terceiro graus. Os modelos que apresentaram significância estatística para todos os coeficientes B incluídos foram considerados significativos, considerando-se como melhor modelo aquele apresentando maior significância estatística. Quando dois modelos apresentaram coeficientes de determinação (R^2) semelhantes, foi escolhido o modelo de menor ordem. Os programas Microsoft Office Excel 2003 e SPSS 13.0 for Windows foram utilizados para análise estatística, o primeiro para compilar os casos e construir os gráficos e o segundo, para calcular o p valor do modelo e os coeficientes de regressão.

A estimativa de incidência das neoplasias malignas de cabeça e pescoço em Rio Branco foi determinada através da coleta de resultados de biópsias dos sítios cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, seios paranasais, nasofaringe, parótida e tireóide em todos os laboratórios de anatomopatologia da cidade (Hospital de Câncer e três laboratórios privados) diagnosticados como neoplasia maligna no período de julho de 2007 a julho de 2009. Estas informações foram cruzadas com os registros dos pacientes do Hospital do Câncer de forma a se excluir aqueles que não residiam na capital, Rio Branco.

Foi obtida a população do município em 1º de julho de 2008 segundo dados do DATASUS a partir das estimativas realizadas pelo IBGE. As taxas de incidência foram determinadas através da razão entre o número de casos novos de câncer de cabeça e pescoço diagnosticados em Rio Branco no período analisado e a população residente em 1º de julho de

2008, multiplicada por 2,083, relativa ao total de anos correspondente aos 25 meses do período de coleta de dados.

Resultados

As taxas da mortalidade por neoplasias selecionadas de cabeça e pescoço no Estado do Acre apresentaram ampla variação ao longo da série, com valores que variaram de 0,0 até 6,2/100.000 habitantes. Em Rio Branco foi observada variação igualmente ampla, não tendo sido registrado no ano de 1986 um único caso sequer de óbito por CaCP, e no ano seguinte, uma ocorrência elevada de casos, como refletido na taxa de mortalidade de 7,7/100.000 habitantes. As distribuições analisadas no Estado e na capital apresentam oscilações sem padrão algum de ordenação, constatando-se grande discrepância entre os dados de um ano para o outro, como observado nos anos de 1986, 1987 e 1988, tanto para a capital como para o estado (tabela 1).

Em relação às taxas de mortalidade por neoplasia de todas as localizações, apesar do número maior e significativo de casos, temos oscilação similar àquela observada para neoplasias de cabeça e pescoço tanto no estado como na capital. No Estado do Acre apresentaram valores que variaram de 31,7 até 74,8/100.000 habitantes. Em Rio Branco foi observada variação igualmente ampla, apresentando, porém taxas de maior magnitude, com valores entre 50,7 e 97,4/100.000 habitantes. (tabela 1)

Ainda na tabela 1, comparam-se as taxas nos períodos de nove anos. A mortalidade por CaCP parece ter decrescido tanto nas estatísticas do Estado (de 3,2/100.000 habitantes em 1980-1988 para 1,9/100.000 habitantes em 1997-2006) como em Rio Branco (de 5,0/100.000 habitantes em 1980-1988 para 3,0/100.000 habitantes em 1997-2006). Com relação às taxas de mortalidade por neoplasias de todas as localizações observa-se um incremento no estado do Acre (de 45,7/100.000 habitantes em 1980-1988 a 56,0/100.000 habitantes em 1997-2006) e

uma estabilidade em Rio Branco (de 75,2/100.000 habitantes em 1980-1988 a 76,8/100.000 habitantes em 1997-2006).

O resultado da análise de tendência encontra-se na Figura 1, que retrata as diferentes curvas de tendência, e na tabela 2, onde são apresentados os modelos selecionados com seus respectivos coeficientes de regressão explicitados.

As taxas de mortalidade por CaCP acompanham um mesmo padrão na capital e no estado com um primeiro período de tendência decrescente nos quinze anos iniciais, e a partir de então, um segundo momento com discreto incremento em Rio Branco (Figura 1, gráfico 1A), sendo este um pouco mais acentuado no Estado (Figura 1, gráfico 1B).

Não foi possível detectar tendência nas taxas de mortalidade por causas neoplásicas na cidade de Rio Branco no período analisado, sendo esta, entretanto, crescente quando analisado o Estado do Acre (Figura 1, gráficos 2A e 2B).

Foi possível observar uma tendência decrescente tanto para as taxas de mortalidade por todas as causas quanto para aquelas por causas mal definidas durante o período de 27 anos, tanto no estado como na capital do Acre (Fig. 1, respectivamente gráficos 3A, 3B e 4A, 4B). A mortalidade proporcional por causas mal definidas (gráfico 2) foi evidenciada com menores índices para a Capital que para o Estado, mas apresentando um padrão elevado em ambos que se mantém de 1980 até 2004. Ao longo desse período, Rio Branco apresentou mortalidade proporcional por causas mal definidas variando de 19,3% em 1980 a 27,6% em 1983. A partir de 2003, foi observada redução acentuada da mortalidade proporcional, alcançando 7,7% em Rio Branco no ano de 2006.

A estimativa de incidência foi baseada na compilação dos casos novos com diagnóstico anatomopatológico documentado e suas respectivas taxas brutas de incidência por sítio anatômico e sexo estão apresentadas na tabela 3. Foi observado predomínio da faixa etária

maior de 60 anos, indivíduos do sexo masculino, e laudos histopatológicos de carcinoma espinocelular, exceto para casos de neoplasia de tireóide, que predominou em mulheres, abaixo dos 60 anos, com histopatologia de carcinoma papilífero. As taxas mais elevadas foram as de câncer de faringe (excluída nasofaringe) para o sexo masculino e de tireóide para o sexo feminino (6,8/100.000) que superaram a média nacional. Os sítios mais acometidos em ordem decrescente foram: tireóide, faringe (excluída nasofaringe), laringe, cavidade oral, orofaringe e hipofaringe.

Discussão

O estudo das tendências epidemiológicas das neoplasias de cabeça e pescoço tem sido objeto de interesse na literatura internacional. Analisando as tendências de incidência e mortalidade nos Estados Unidos, Davies e colaboradores⁹ observaram aumento em diferentes proporções na incidência de câncer nos sítios anatômicos língua, tonsila e cavidade nasal, além de tireóide, partes moles e ósseas e glândulas salivares entre 1975 e 2001. Foi observada ainda tendência decrescente na mortalidade por todos os sítios do câncer de cabeça e pescoço entre 1990 e 2001 com exceção da mortalidade por câncer de tireóide que se manteve estável.

A tendência da mortalidade por câncer de laringe em 33 países europeus de 1980 a 2001 foi objeto de estudo¹³, assim como a tendência da mortalidade por câncer de cavidade oral em 27 países europeus entre 1980 e 1999¹⁴. O primeiro estudo evidenciou que a mortalidade masculina por câncer de laringe declinou de 5,1/100.000 em 1980-1981 para 3,3/100.000 em 2000-2001 enquanto que a mortalidade feminina se manteve estável na maioria dos países europeus com taxas ao redor de 0,3/100.000. O segundo estudo relatou que a mortalidade por câncer oral no sexo masculino apresentou tendência decrescente na maioria dos países da Europa Ocidental apesar de persistirem tendências crescentes na Bélgica, Dinamarca, Grécia, Portugal e Escócia, além de na maioria dos países da Europa central e oriental até metade da década de 90. A mortalidade por câncer oral nas mulheres européias foi baixa, mas com aumento moderado naquelas dos países da Europa central e oriental.

No Brasil, foi realizado em Goiânia um estudo descritivo de base populacional acerca do câncer de tireóide no período de 1988 a 2003. As taxas de incidência desta neoplasia observadas variaram de 4,9/100.000 no primeiro quinquênio para 11,7/100.000 no último quinquênio da série¹⁵. No município de São Paulo, foram analisadas tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe entre 1980 e 2002 e observado tendência de

incremento no período estudado, tendo o câncer de língua correspondido a mais de um terço do total das mortes¹.

Em localidades onde os dados epidemiológicos de doenças neoplásicas são escassos e os casos incidentes de base populacional não estão disponíveis, como ocorre no Estado do Acre, a análise da mortalidade apresenta-se como atraente ponto de partida para a pesquisa epidemiológica. Isto se deve a sua ampla disponibilidade e cobertura², já que os registros de óbitos e sua causa básica são sistematicamente compilados pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informação de Mortalidade implantado em 1975 com início de série estatística em 1979^{10,11}.

As taxas de mortalidade para Rio Branco e Acre por neoplasias selecionadas de cabeça e pescoço no presente estudo mostraram grandes oscilações ano a ano (tabela 1). Temos, por exemplo, nos anos de 1986 e 1987 para a capital e o estado respectivamente, taxas de mortalidade de 0/100.000 e 0,68/100.000 habitantes e imediatamente no ano seguinte 7,68/100.000 e 4,62/100.00 habitantes. A ampla variação anual demonstrada ao longo da série aponta para uma certa inconsistência dos dados, volatilidade que não é exclusiva de ocorrências com frequência reduzida já que também é observada nas taxas de mortalidade por neoplasias de todas as localizações, de ocorrência mais elevada e variações de semelhante magnitude, oscilando entre 31,7 até 74,8/100.000 habitantes.

Em âmbito mundial foram relatadas taxas de mortalidade por câncer de cavidade oral no sexo masculino da ordem de 2,7/100.000 habitantes em países desenvolvidos a 3,0/100.000 habitantes em países em desenvolvimento. As taxas de mortalidade por câncer de faringe (excetuando-se nasofaringe) e laringe no sexo masculino são de magnitude similar, sendo de 2,5/100.000 para faringe tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, e para laringe, de 3,3/100.000 e 2,7/100.000 respectivamente. A mortalidade por câncer de faringe no

Brasil é a mais elevada na América do Sul para o sexo masculino (3,6/100.000), enquanto que a da cavidade oral (3,0/100.000) é superada apenas por aquela observada na Bolívia (3,6). A mortalidade por câncer de laringe no Brasil (4,6/100.000) figura como a terceira mais elevada entre os países sul-americanos, subsequente apenas àquelas observadas no Uruguai e na Argentina, respectivamente, 4,9 e 4,7/100.000⁵.

A comparação das taxas de mortalidade por CaCP entre os períodos de nove anos mostra diminuição entre o primeiro e o último período tanto no estado como na capital, com valores inferiores àqueles assumidos para população brasileira⁵.

A análise de tendências ao longo de um determinado período quer de incidência, quer de mortalidade, pode levar ao reconhecimento de variações na carga de doença e fornecer indicações importantes sobre fatores de modificação de risco¹, mas a real cobertura e qualidade desses dados de mortalidade despontam como fator fundamental nesta análise epidemiológica de tendência. A confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no município do Rio de Janeiro foram testadas e estas declarações se mostraram dados estatísticos confiáveis e de boa validade em relação a essa causa básica¹⁶. Avaliando a cobertura dos registros de óbitos brasileiros em 2000¹⁷, constatou melhora progressiva desta em todos os estados da região Norte. No Acre, a cobertura era classificada como deficiente (cerca de 67%) em 1990, passando para regular (cerca de 74%) em 2000, e mantida esta tendência, é provável que venha alcançar a cobertura de 80% em 2010.

As tendências delineadas neste trabalho podem ser vistas na figura 1 e seus coeficientes de regressão na tabela 2. A tendência de mortalidade por CaCP segue também padrões similares na capital e no estado e revela inicialmente tendência decrescente nos primeiros 15 anos, seguido por período de tendência crescente em ambas as localidades, sendo um pouco menos acentuado na Capital (Fig 1, 1A e 1B). Tal achado pode ter resultado da melhoria do

prognóstico dos pacientes da capital comparados aos pacientes do interior por uma maior possibilidade de aqueles de migrar para tratamento em outros estados ou mesmo, resultado de um erro de contabilização de mortalidade se seus familiares não mantiveram o endereço original para fins de atestado de óbito quando este ocorreu em outro estado.

Se considerarmos a melhora progressiva de cobertura e qualidade das informações de mortalidade citada anteriormente, podemos concentrar a análise mais detidamente durante os últimos 15 anos em todos os gráficos de tendência. É possível observar que a mortalidade por CaCP apresentou uma tendência crescente tanto no Estado quanto na Capital nestes últimos 15 anos como relatado em vários países europeus, com tendência crescente da mortalidade por câncer de cavidade oral de 1980 a 1999¹⁴. Em São Paulo, porém, foi detectada tendência estacionária da mortalidade por câncer de boca no período de 1980 a 1998¹⁸.

As taxas relacionadas às neoplasias de todas as localizações no Estado do Acre e na capital apresentam oscilações consideráveis e mesmo empregando médias móveis trienais, não foi possível detectar tendências em Rio Branco ao longo da série de 27 anos (Fig1, 2A e 2B). No entanto, considerando-se somente os últimos 15 anos da série caracterizados pela melhoria na qualidade dos dados, é possível observar uma tendência ascendente que também ocorreu no Estado durante o mesmo período e que juntamente com o decréscimo da mortalidade por todas as causas (Fig1, 3A e 3B), tanto para a capital como para o Estado, condizente com o panorama atual de declínio da mortalidade geral e aumento da esperança de vida.

De forma a avaliar a qualidade de nossos dados para mortalidade pelo câncer de cabeça e pescoço, foi também analisada a tendência de mortalidade por causas mal definidas, já referida na literatura como o indicador mais utilizado para avaliar a qualidade de informação sobre as causas de morte. Uma elevada proporção de óbitos por causas mal definidas (geralmente acima de 30%) indica que outras causas estão sendo subestimadas. No entanto,

causas como as neoplásicas parecem ser mais bem retratadas devido ao tempo entre a manifestação da doença e seu óbito, tempo em que o paciente necessita de cuidados médicos e hospitalares e, portanto, apresentam um diagnóstico firmado¹⁹.

Foi observada a presença de tendência decrescente da mortalidade por causas mal definidas nos últimos 15 anos, e mesmo ao longo de todo o período de 27 anos, tanto em Rio Branco quanto no Acre. (Fig1, 4A e 4B). Apesar de tendência constante de decréscimo, as taxas de mortalidade proporcional por causas mal definidas são de fato elevadas, mas as causas neoplásicas estariam menos sujeitas a serem notificadas como mal definidas como citado acima.

Os Registros de Base Populacional são importante fonte de informações acuradas para levantamentos epidemiológicos, especialmente quanto à incidência. Atualmente, a região Norte dispõe de três, estando sediados em Manaus, Belém e Palmas. As taxas de incidência disponíveis por estes Registros e padronizadas pela população mundial para o câncer de laringe foram: para o sexo masculino, respectivamente, 14,14/100.000 (Manaus-1999), 3,95/100.000(Palmas-2000) e 4,59/100.000(Belém-1996-1998). E para o sexo feminino 0,38/100.000 (Manaus-1999) e 0,53/100.000(Belém-1996-1998). Os dados para Palmas-TO não se encontram disponibilizados.

As taxas de incidência padronizadas para câncer de tireóide pela população mundial no sexo masculino foram de 1,86/100.000 (Manaus-1999), 1,02/100.000 (Palmas-2000) e 0,75/100.000(Belém-1996-1998), sendo no sexo feminino da ordem de 3,19/100.000 (Manaus-1999), 9,08/100.000 (Palmas-2000) e 0,81/100.000 (Belém-1996-1998). Estes dados revelam uma incidência surpreendentemente elevada para câncer de laringe em homens em Manaus-AM e câncer de tireóide em mulheres em Palmas-TO comparados com a média nacional

(respectivamente, 8,5/100.000 e 3,9/100.000⁵), e reduzida para câncer de tireóide entre mulheres em Belém-PA²⁰.

De maneira similar ao observado na mortalidade, as taxas de incidência por CaCP apresentam uma ampla variação mundial e dentro do território nacional. Em trabalho acerca da incidência e mortalidade dos cânceres de cabeça e pescoço no Brasil²¹, observa-se que o câncer de boca e laringe é mais incidente no sul e sudeste do Brasil, enquanto que a análise da mortalidade foi limitada pelas informações disponíveis com dados agregados.

Se por um lado, a série de dados de mortalidade por todas as causas no Estado do Acre encontram-se disponibilizadas pelo DATASUS desde 1979 através do Sistema Nacional de Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde, 2010) – por outro lado, inexistia cobertura da assistência oncológica neste Estado até o ano de 2007. Assim, pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer eram transferidos para tratamento e seguimento em outros Estados. Com o início das atividades assistenciais do Hospital do Câncer em Rio Branco a partir de junho de 2007, passaram a existir as condições para a obtenção de uma casuística mais fidedigna relativa à incidência destas neoplasias nesta região, mas ainda não há Registro de Câncer de Base Populacional no Estado.

As taxas de incidência estimadas para cavidade oral, laringe, orofaringe, hipofaringe, faringe excluída nasofaringe e tireóide (tabela 3) para Rio Branco apresentaram valores reduzidos comparados à média nacional para todos os sítios (Globocan, 2002), exceto faringe (excluído nasofaringe) para sexo masculino (5,28/100.000) e tireóide para o sexo feminino (6,78/100.000). Estes resultados preliminares têm como ponto forte o fato de constituírem um ponto inicial de partida para pesquisas epidemiológicas relacionadas nesta região da Amazônia Ocidental, devendo, entretanto, ser analisados com cautela considerando a, todavia, limitada cobertura de atenção oncológica existente no Estado.

Conclusões

Apesar de reduzidas, as taxas de incidência estimadas para as neoplasias malignas da cabeça e pescoço na capital, foi possível identificar tendência crescente para estas neoplasias tanto em Rio Branco quanto no Estado do Acre durante os últimos quinze anos. As limitações deste estudo são relativas à qualidade e cobertura dos dados, mas ainda assim, ele representa ponto inicial de partida para pesquisas epidemiológicas relacionadas ao tema nesta região da Amazônia Ocidental.

Tabela 1- Mortalidade* por neoplasias de cabeça e pescoço e por neoplasias de todas as localizações, estado do Acre e município de Rio Branco, 1980-2006.

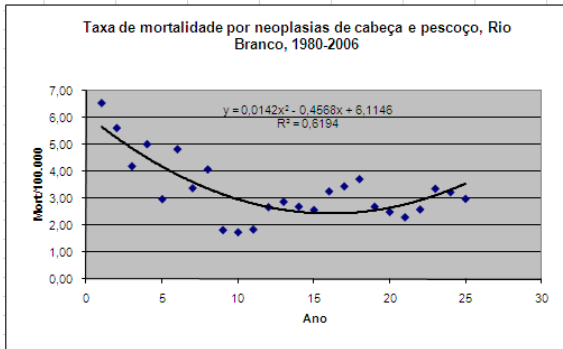
| Ano | Acre | | Rio Branco | |
|------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | Cabeça e Pescoço** | Todas as Localizações | Cabeça e Pescoço** | Todas as Localizações |
| 1980 | 4.95 | 50.77 | 9.06 | 90.57 |
| 1981 | 6.19 | 40.50 | 5.07 | 64.10 |
| 1982 | 2.50 | 37.01 | 5.69 | 73.03 |
| 1983 | 3.15 | 45.74 | 5.95 | 80.77 |
| 1984 | 1.56 | 41.09 | 1.28 | 65.99 |
| 1985 | 3.89 | 48.90 | 7.68 | 83.35 |
| 1986 | 0.68 | 52.93 | 0.00 | 70.63 |
| 1987 | 4.62 | 52.44 | 7.68 | 86.18 |
| 1988 | 2.10 | 40.64 | 3.61 | 64.94 |
| 1980-1988 | 3.19 | 45.67 | 4.98 | 75.21 |
| 1989 | 2.49 | 38.36 | 3.07 | 62.51 |
| 1990 | 0.00 | 31.72 | 0.00 | 50.67 |
| 1991 | 1.55 | 45.96 | 2.72 | 66.03 |
| 1992 | 1.74 | 55.72 | 2.70 | 97.43 |
| 1993 | 1.91 | 50.40 | 2.57 | 78.49 |
| 1994 | 1.24 | 42.37 | 3.33 | 63.95 |
| 1995 | 1.52 | 46.22 | 2.18 | 74.46 |
| 1996 | 0.89 | 42.81 | 2.27 | 59.16 |
| 1997 | 2.10 | 55.04 | 5.49 | 77.93 |
| 1989-1997 | 1.50 | 45.83 | 2.76 | 70.28 |
| 1998 | 1.21 | 39.54 | 2.93 | 55.93 |
| 1999 | 1.58 | 42.54 | 3.54 | 67.42 |
| 2000 | 1.23 | 50.77 | 1.97 | 73.42 |
| 2001 | 1.76 | 49.22 | 2.32 | 65.92 |
| 2002 | 3.23 | 56.59 | 3.32 | 75.66 |
| 2003 | 1.81 | 54.88 | 2.85 | 85.85 |
| 2004 | 2.43 | 51.93 | 4.60 | 74.69 |
| 2005 | 1.93 | 72.98 | 2.96 | 90.27 |
| 2006 | 2.14 | 74.76 | 2.19 | 92.91 |
| 1997-2006 | 1.95 | 55.98 | 2.96 | 76.71 |

*ajustada pela população mundial (por 100.000 habitantes)

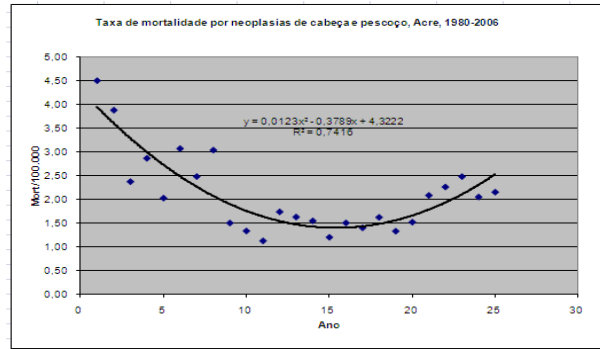
** sítios: cav oral, orofaringe, laringe e hipofaringe

Figura 1 – Tendência da mortalidade por neoplasia de cabeça e pescoço, por neoplasias de todas as localizações, por todas as causas de óbito e por causas mal definidas, em Rio Branco e Acre, 1980-2006.

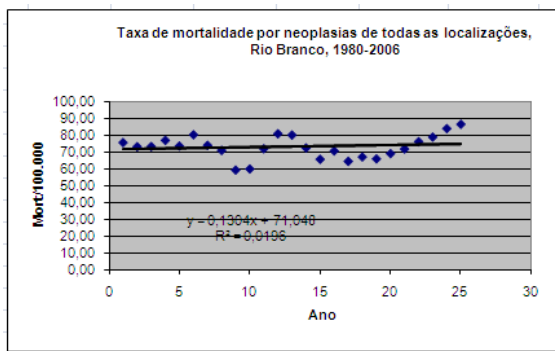
1A



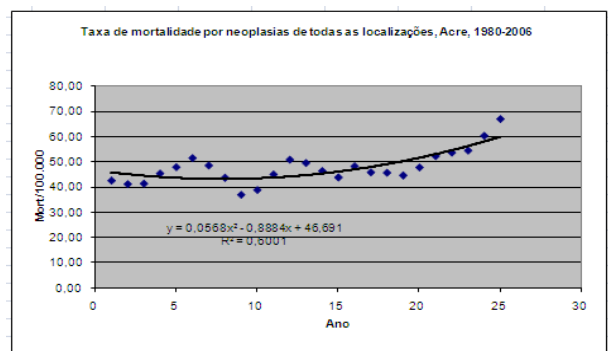
1B



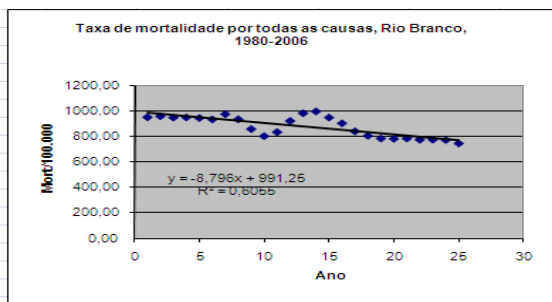
2A



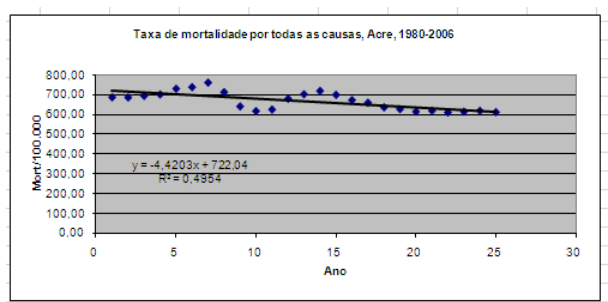
2B



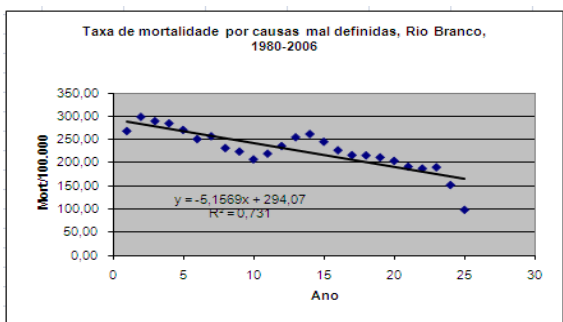
3A



3B



4A



4B

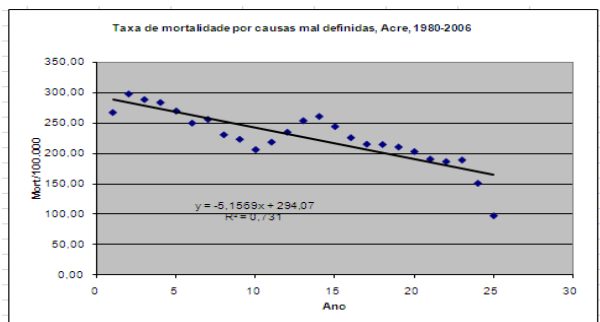


Tabela 2 – Tendência temporal da mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço, por todas as localizações neoplásicas, por todas as causas e causas mal definidas, modelos selecionados, Rio Branco e Acre, 1980-2006.

| Município de Rio Branco | Modelo | R² |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Neoplasias cabeça e pescoço | $y = 0.0142x^2 - 0.4568x + 6.1146$ | 0.6194* |
| Neoplasias todas as localizações | $y = 0.1304x + 71.048$ | 0.0196 |
| Todas as causas de óbito | $y = -8.796x + 991.25$ | 0.6055* |
| Causas mal definidas | $y = -5.1569x + 294.07$ | 0.7761* |
| Estado do Acre | | |
| Neoplasias cabeça e pescoço | $y = 0.0123x^2 - 0.3789x + 4.3222$ | 0.7416* |
| Neoplasias todas as localizações | $y = 0.0568x^2 - 0.8884x + 46.691$ | 0.6001* |
| Todas as causas de óbito | $y = -4.4203x + 722.04$ | 0.4954* |
| Causas mal definidas | $y = -5.5834x + 296.24$ | 0.8044* |

*p<0,05

Figura 2 - Mortalidade proporcional por causas mal definidas, Rio Branco e Acre, 1980 a 2006.

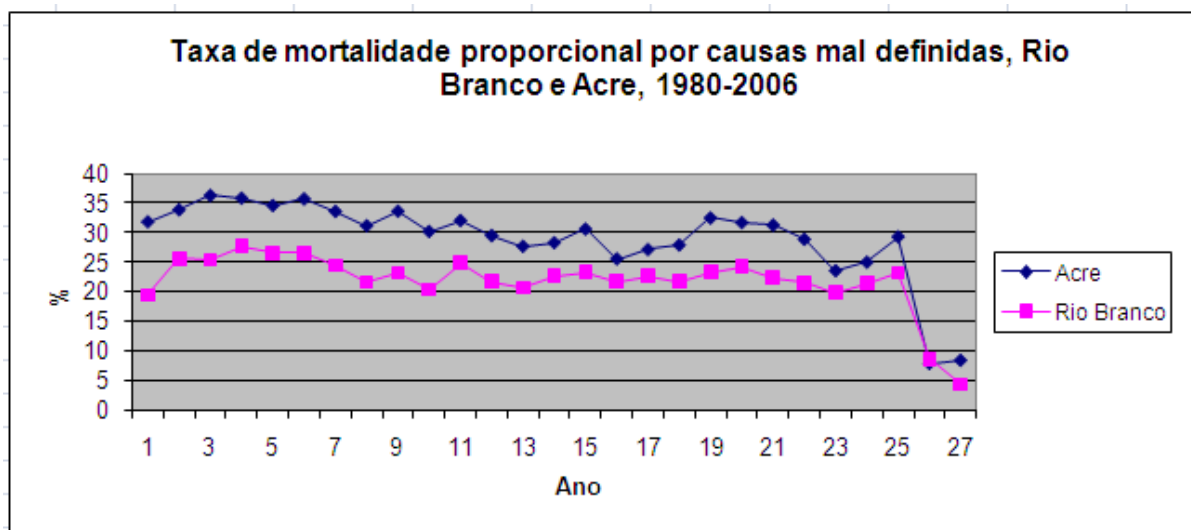


Tabela 3 – Estimativa de taxas de incidência* por neoplasias de cabeça e pescoço em Rio Branco, julho/2007 a julho/2009.

| Sítios | Masculino | | Feminino | | Total | |
|------------------|-----------|---------|----------|---------|-------|------|
| | N | Taxa | N | Taxa | N | Taxa |
| Cav oral | 5 | 1,65 | 5 | 1,54 | 10 | 1,59 |
| Laringe | 12 | 3,96 | 2 | 0,62 | 14 | 2,23 |
| Orofaringe | 9 | 2,97 | 0 | 0 | 9 | 1,43 |
| Hipofaringe | 7 | 2,31 | 0 | 0 | 7 | 1,11 |
| Faringe** | 16 | 5,28*** | 0 | 0 | 16 | 2,55 |
| Tireóide | 4 | 1,32 | 22 | 6,78*** | 26 | 4,14 |
| Seios Paranasais | 1 | 0,33 | 0 | 0 | 1 | 0,16 |
| Parótida | 1 | 0,33 | 1 | 0,31 | 2 | 0,32 |
| Nasofaringe | 1 | 0,33 | 0 | 0 | 1 | 0,16 |

* por 100.000 habitantes

**orofaringe e hipofaringe

*** acima ou igual a média nacional (Globocan, 2002)

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (DO ARTIGO 1)

- 1- Biazevic, MGH. et al. Tendências de Mortalidade por Câncer de Boca e Orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980-2002. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2105-14.
- 2- Muir, C.S.; Nectoux, J. International Patterns of Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni, JF Jr, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. London: Oxford University Press; 1996, p. 141-67.
- 3- Warnakulasuriya, S. Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. *Oral Oncol*. 2009; 45(4-5):309-16.
- 4- Wunsch-filho, V.; Camargo, E.A. The Burden of Mouth Cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic Issues. *Semin Oncol*. 2001; 28 (2): 158-68.
- 5- Ferlay, J. et al. GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, IARC Press, Lyon, 2002.
- 6- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do Câncer. Incidência. Estimativa 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>> Acesso em: 26/04/2010.
- 7- Faggiano, F. et al. Socio-economic Differences in Cancer Incidence and Mortality. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffeta P, editors. *Social Inequalities and Cancer*. (IARC Scientific Publications No. 138). Lyon: IARC; 1997.
- 8- Wunsch-Filho, V. The Epidemiology of Oral and Pharynx Cancer in Brazil. *Oral Oncol*. 2002; 38(8): 737-46.
- 9- Davies, L.; Welch, G. Epidemiology of Head and Neck Cancer in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 135 (3): 451-7.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Subsistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SIM). CD ROM Dados de Mortalidade Brasil 1980-1998. [CD ROM] . Brasília; 2000.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2009) Informações de Saúde/Mortalidade. 2009. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>> Acesso em: 15/09/2009.
- 12- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 19/09/2009.
- 13- Bosetti, C. et al. Trends in Laryngeal Cancer Mortality in Europe. *Int J Cancer*. 2006; 119 (3): 673-81.
- 14- La Vecchia, C. et al. Trends in Oral Cancer Mortality in Europe. *Oral Oncol*. 2004; 40 (4): 433-39.
- 15- Reis, DSM. et al. Câncer da Tireóide em Goiânia: Estudo Descritivo de Base Populacional no Período de 1988 a 2003. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008; 37 (2): 62-6.

- 16- Queiroz, RCS. et al. Confiabilidade e Validade das Declarações de Óbito por câncer de Boca no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (6): 1645-53.
- 17- Paes, N.A. Avaliação da Cobertura dos Registros de Óbitos nos Estados Brasileiros em 2000. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (6): 882-90.
- 18- Antunes, JLF. et al. Trends and Spatial Distribution of Oral Cancer Mortality in São Paulo, Brazil, 1980 – 1998. *Oral Oncol*. 2001; 37(4): 345-50.
- 19- Monteiro, G.T.R. et al. Confiabilidade e Validade dos Atestados de Óbitos por Neoplasias. I. Confiabilidade da Codificação para o Conjunto de Neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13 (supl. 1): 39-52.
- 20- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do Câncer. Incidência. Registros de Base Populacional. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/>> Acesso em: 20/04/2010.
- 21- Curado, M.P.; Martins, E. Incidência e Mortalidade dos Cânceres de Cabeça e Pescoço no Brasil. *Rev Bras Cirurgia Cabeça Pescoço*. 2006; 35 (3): 136-41.

6 – ARTIGO 2

**Caracterização da Demanda de Atenção para Neoplasias de Cabeça e Pescoço no
Hospital do Câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009.**

Autores: Carvalho, A.M.C.*; Koifman, S.; Koifman, R.J.****

***Programa de Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Acre**

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde - Escola Nacional
de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz**

Resumo

Introdução – A distribuição do câncer de cabeça e pescoço requerendo atenção especializada no estado do Acre pode ser considerada desconhecida. Com a criação do Hospital do Câncer de Rio Branco e implantação da especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço a partir de 2008 torna-se possível a realização de uma primeira análise epidemiológica da distribuição deste grupo de neoplasias assistidos pela Instituição. **Objetivo** - gerar informação sobre as características da demanda com cobertura prestada pelo Hospital de câncer de Rio Branco para as neoplasias de cabeça e pescoço. **Metodologia** – Foi realizado um estudo descritivo através da revisão de prontuários de todos os pacientes atendidos pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço durante o período de março/2008 a março/2009 no Hospital do Câncer em Rio Branco, AC. **Resultados** - Foram matriculados e atendidos 120 pacientes pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no primeiro ano de sua implantação, sendo 49 casos novos e 71 casos com tratamento prévio. Os principais sítios primários que demandaram atendimento foram: laringe/ hipofaringe, 40 casos (33,3%), cavidade oral/orofaringe, 24 casos (20%), e tireóide 24 casos (20%). A baixa escolaridade era característica de 72,5% dos pacientes (87) e a residência em outras localidades que não Rio Branco, de 43,3% dos pacientes (52). Para os tumores da cavidade oral e orofaringe, em relação à distribuição por idade e sexo, chama atenção predominância na faixa etária menores de 60 anos (13 casos, 54,2%) e elevada proporção no sexo feminino (11 casos, 45,8%). Em relação aos 49 casos novos, predominaram casos de cavidade oral/orofaringe (13 casos, 26,5%), de laringe/hipofaringe (12 casos, 24,5%) e de tireóide (12 casos, 24,5%). Excluindo-se tireóide e outros sítios, 83,3% (25) dos casos já eram considerados avançados à matrícula no Hospital do Câncer e destes, apenas 43,3% (13) foram passíveis de indicação cirúrgica. Radioterapia e quimioterapia foram utilizadas como parte do tratamento em respectivamente 90% (27) e 36,6% (11) destes casos. **Conclusões** – Em decorrência dos resultados observados,

é prioritária a adoção de medidas de educação continuada em semiótica oncológica para os profissionais do setor saúde, bem como o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde junto à população, abordando as características clínicas do câncer de cabeça e pescoço a fim de promover seu diagnóstico precoce em todo o Estado do Acre.

Palavras-chave: câncer de cabeça e pescoço, registro hospitalar; Amazônia

Abstract

Introduction: Distribution of head and neck cancer cases requiring specialized care in the State of Acre can be considered unknown. Since implementation of Head and Neck Surgery specialty at Hospital do Câncer in the City of Rio Branco after March 2008, an initial epidemiologic analysis became possible. The aim of this study was to find out and analyze the characteristics of patients with head and neck cancer assisted by Hospital do Câncer in Rio Branco. **Methods:** A descriptive study was designed to review the medical records of all the patients seen by the Head and Neck Clinic from March 2008 to March 2009 at Hospital do Câncer in Rio Branco. **Results:** 120 patients were admitted to the Head and Neck Clinic in the first year of its implementation, being 49 new cases and 71 follow-up cases. Main primary sites requiring appointments were larynx/hypopharynx (40 cases, 33.3%), oral cavity/oropharynx (24 cases 20%) and thyroid (24 cases 20%). Low education was seen in 72.5% of patients (87) and place of residency outside of Rio Branco in 43.3% of patients (52). Distribution of oral cavity/oropharyngeal tumors by age and sex show predominance of cases among younger than 60 years old (13 cases, 54,2%) and a high proportion of female cases (11 cases, 45,8%). Now analyzing only new cases (49) there were 13 (26,5%) of oral cavity/oropharynx, 12 (24,5%) of larynx/hypopharynx and 12 (24,5%) of thyroid. Excluding thyroid and other sites, 83,3% (25) of cases were clinically classified as advanced at admission and among those, only 43,3% (13) were advised surgery. Radiotherapy and chemotherapy were used as part of the treatment in respectively 90% (27) e 36,6% of cases. **Conclusion:** As a result of our findings, oncologic education recycling programs towards health care professionals, as well as educational activities to the general population are needed to deal with information on head and neck cancer clinical characteristics and risk factors and accomplish earlier diagnosis throughout the State of Acre.

Keywords: head and neck cancer; hospital based cancer registry; Amazon

1 – INTRODUÇÃO

A denominação câncer da cabeça e pescoço – CaCP – inclui neoplasias malignas cujo tratamento é da competência do especialista cirurgião de cabeça e pescoço, sendo sua definição heterogênea entre os autores. Essas lesões neoplásicas podem compreender as localizações da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe, cavidade nasal, nasofaringe, seios paranasais, glândulas salivares, e ainda, as neoplasias malignas de tireóide e paratireóide, que costumam ser estudadas à parte^{1,2}.

O câncer de cavidade oral é o mais comum deles e apresenta ampla variação mundial quanto as taxas de incidência e mortalidade que correspondem respectivamente a 6,3/100.000 e 2,9/100.000 habitantes para o sexo masculino, e 3,2/100.000 e 1,5/100.000 habitantes para o sexo feminino. No Brasil, as taxas citadas estão acima da média mundial para o sexo masculino, apresentando valores de incidência e mortalidade, respectivamente, de 8,3/100.000 e 3,0/100.000 habitantes³. Para 2010 estima-se a ocorrência de 14.120 casos novos de câncer de cavidade oral em território nacional, sendo a sexta neoplasia mais frequente, excetuando-se o câncer de pele não-melanoma.

O câncer de faringe compreende as localizações nasofaringe, hipofaringe e orofaringe. O câncer de nasofaringe é epidemiologicamente distinto dos demais por isso muitas vezes é estudado à parte⁴. O câncer de faringe (excluído nasofaringe) apresenta taxas de incidência e mortalidade mundiais para o sexo masculino de 3,8/100.000 e 2,5/100.000 habitantes respectivamente, e no Brasil observam-se as taxas mais altas da América do Sul com incidência de 5,4/100.000 e mortalidade de 3,6/100.000 habitantes³.

Wünsch-Filho⁵ analisando em conjunto os cânceres de cavidade oral e faringe no Brasil identificou dois padrões distintos de distribuição no país: um padrão para o sul (regiões sul e

sudeste), com taxas de incidência acima de 15/100.000 habitantes e de mortalidade acima de 3,0/100.000 habitantes, e outro padrão para o norte (regiões norte, nordeste e centro-oeste) com ambas as taxas em menor magnitude, considerando problemas com recursos diagnósticos, acesso a serviços de saúde, erro de notificação.

Estimou-se para 2005 a ocorrência de 182.000 casos de câncer de laringe entre homens e mulheres no mundo, com taxas de incidência para homens de 5,1/100.000 habitantes⁶. No Brasil, Curado¹ considerando os dados dos registros de câncer de base populacional, observou que os cânceres de laringe foram mais incidentes para o sexo masculino em São Paulo (14,78/100.000), Porto Alegre (13,48/100.000) e Aracajú (9,9/100.000), enquanto que as demais capitais apresentaram taxas abaixo de 7,0/100.000 habitantes.

Em relação ao câncer de tireóide, uma tendência de aumento na incidência tem sido relatada em estudos nacionais e internacionais^{7,8} enquanto a mortalidade se mantém estável². No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade para o sexo feminino são respectivamente de 0,7/100.000 e 0,6/100.000³. Cavidade nasal, seios paranasais, glândulas salivares e paratireóides são topografias onde as neoplasias malignas se apresentam com menor frequência.

O CaCP representa importante problema de saúde pública para o Brasil já que além da estreita relação relatada entre esses tumores e o baixo nível sócio-econômico e da associação destas a fatores de risco preveníveis como tabagismo e etilismo, o Brasil apresenta altas taxas de incidência e mortalidade dos cânceres de boca e faringe (excluída nasofaringe) comparadas a outras partes do mundo. O desafio é promover diagnóstico mais precoce contribuindo para evitar sequelas estéticas e funcionais decorrente de tratamento radical e reduzir a mortalidade por estes tumores^{9,10},

Até o ano de 2007 não se dispunha no Estado do Acre de assistência oncológica para atender à demanda de pacientes com câncer, inclusive aqueles com neoplasias da cabeça e pescoço. Desta maneira, os pacientes diagnosticados com estas neoplasias eram encaminhados a outros centros no país para tratamento e seguimento. Diante da reduzida cobertura dos serviços de saúde no Acre até então, acredita-se na existência de uma importante subestimação dos casos daquelas neoplasias. Assim, a distribuição do CaCP requerendo atenção especializada no Estado do Acre pode ser considerada como sendo desconhecida.

Com a criação do Hospital do Câncer em Rio Branco em junho de 2007 e a incorporação da especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em março/2008, a oferta de atendimento especializado para o diagnóstico e tratamento de neoplasias de cabeça e pescoço na região começou a proporcionar condições para a obtenção de uma casuística mais fidedigna relativa à incidência destas neoplasias nesta região.

A presente investigação foi realizada tendo como objetivo gerar informações sobre as características da demanda com cobertura hospitalar para as neoplasias de cabeça e pescoço em Rio Branco, justificando-se por constituir insumo essencial para o planejamento das atividades de prevenção primária, secundária e terciária, para a estimativa de recursos materiais a serem alocados para sua atenção, bem como enquanto base referencial para futuras pesquisas relacionadas ao tema na Amazônia Ocidental.

2 – METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, coletando-se dados retrospectivamente através da revisão de prontuários de todos os pacientes atendidos pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital do Câncer em Rio Branco, AC com diagnóstico de neoplasia maligna no período de março/2008 a março/2009, primeiro ano de sua implementação no Estado do Acre.

Foram excluídos apenas os pacientes com diagnóstico de lesões metastáticas na região da cabeça e pescoço originárias de sítios primários toracoabdominais.

O agrupamento das localizações foi realizado para possibilitar a obtenção de um quantitativo de casos para a análise com comparabilidade, não só pela dificuldade de classificação primária exata (o diagnóstico usualmente é tardio e neste momento já envolve mais de uma localização), mas também pela diversidade de sítios e subsítios existentes. Assim, os seguintes agrupamentos foram criados para análise: tumores de laringe e hipofaringe; tumores de cavidade oral e orofaringe; tumores de tireóide; tumores de nasofaringe e seios paranasais; tumores de glândulas salivares; e os demais sítios não correspondentes àquelas localizações (pele de pavilhão auricular, de couro cabeludo, de pálpebra inferior, mandíbula, primário oculto).

As variáveis analisadas na revisão dos prontuários foram: idade (estratificada em menores de 60 anos, e 60 e mais anos); sexo; local de residência (na capital Rio Branco e fora da capital); escolaridade (estratificada como “baixa” incluindo analfabetos e ensino fundamental incompleto, “média” para ensino fundamental completo, ensino médio completo ou incompleto, e “alta” para ensino superior completo ou incompleto e além); sítio do tumor primário; histopatologia; tipo de tratamento a que foi submetido (cirurgia, radioterapia e

quimioterapia); estágio inicial ou avançado à primeira avaliação (inicial para estádios clínicos menores ou iguais a II; avançados para estádios clínicos maiores ou iguais a III segundo classificação da AJC – UICC (revisão 2002); e local do tratamento inicial cirúrgico-oncológico se estivesse apenas em seguimento.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre, tendo sua aprovação sido concedida pelo parecer final sob o número 2272009.

Os programas Microsoft Office Excel 2003 e SPSS 13.0 for Windows foram utilizados para a análise estatística, o primeiro para compilar os casos e construir os gráficos e o segundo, para calcular o p valor do modelo e os coeficientes de regressão.

3 – RESULTADOS

Foram matriculados e atendidos 120 pacientes no Hospital do Câncer de Rio Branco pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no primeiro ano de sua implantação no estado do Acre (março/2008 a março/2009), incluindo-se entre estes, 49 casos novos sem tratamento prévio e 71 casos já tratados que se encontravam em seguimento. Este quantitativo representou 11,4% do total de pacientes atendidos na Instituição durante o mesmo período.

A demanda de atenção por neoplasias de cabeça e pescoço no Hospital do Câncer durante o período analisado apresentou a seguinte distribuição anatômica: laringe/hipofaringe, 40 casos (33,3%); cavidade oral/orofaringe, 24 casos (20%) e tireóide 24 (20%), sendo estes os principais sítios primários que motivaram o atendimento destes pacientes pelo Hospital do Câncer de Rio Branco. Adicionalmente, foram diagnosticados neoplasias de nasofaringe/seios paranasais (8 casos, 6,7%), glândulas salivares (7 casos, 5,8%), e outras localizações (17 casos, 14,2%).

Dentre os casos de laringe e hipofaringe (tabela 1), observamos predomínio da faixa etária a partir de 60 anos (27 casos, 67,5%), do sexo masculino (37 casos, 92,5%), de baixa escolaridade (28 casos, 70%) e de local de residência em Rio Branco (25 casos, 62,5%).

Para os tumores da cavidade oral e orofaringe, um perfil distinto foi observado em relação à distribuição por idade e sexo, com predominância na faixa etária menores de 60 anos (13 casos, 54,2%), e elevada proporção e mulheres (11 casos, 45,8%). Estes pacientes apresentaram igualmente um perfil de baixa escolaridade (20 casos, 83,3%), e com predomínio do local de residência em Rio Branco (14 casos, 58,3%).

Em relação aos casos de neoplasia de tireóide, observou-se predomínio de pacientes na faixa etária de menores de 60 anos (21 casos, 87,5%), sexo feminino (19 casos, 79,2%), baixa escolaridade (14 casos, 58,3%) e residência em Rio Branco (15 casos – 62,5%).

Entre os 120 pacientes atendidos durante esse primeiro ano do serviço, 49 (40,8%) eram constituídos por casos novos sem qualquer tipo de tratamento prévio, e 71 (59,2%) constituídos por casos antigos que já haviam recebido algum tratamento e que ocasionalmente retornavam aos serviços fora do Estado para revisão e seguimento através do programa “*Tratamento Fora do Domicílio*” (TFD) do SUS.

A maioria dos pacientes que se encontravam em seguimento havia recebido tratamento no Hospital Araújo Jorge em Goiânia (28 casos, 39,4%) e os demais, nas seguintes localidades: em Rio Branco, na Fundação Hospitalar Estadual do Acre (15 casos, 21,1%), em Barretos (9 casos, 12,7%), em Porto Velho (6 casos, 8,5%) e em outras localidades (13 casos, 18,3%). Os casos tratados em Rio Branco eram constituídos majoritariamente pelas neoplasias de tireóide, tendo sido a tireoidectomia realizada por cirurgiões gerais.

Na tabela 2 apresenta-se a distribuição dos casos novos (49) por sítio primário das neoplasias da cabeça e pescoço diagnosticados ao longo do período de um ano no Hospital do Câncer de Rio Branco segundo histopatologia, estágio no momento da matrícula no Hospital, e segundo realização de tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico.

Dos 13 casos de tumores da cavidade oral e orofaringe, 12 casos (92,3%) já eram classificados como de estágio avançado a primeira consulta no Hospital do Câncer, sendo 10 casos (76,9%) de carcinoma espinocelular. A indicação cirúrgica foi possível em apenas 4 destes casos (30,8%) e o detalhamento destes casos avançados e não operados é mostrado na tabela 3. O tratamento radioterápico foi aplicado em 11(84,6%) casos e o tratamento quimioterápico, em 5 casos (38,5%).

Dentre os tumores da laringe e hipofaringe, todos eram carcinomas espinocelulares (12 casos, 100%). 9 casos (75%) chegaram ao primeiro atendimento oncológico já em estágio avançado, e 6 casos (50%) foram passíveis de indicação cirúrgica. A radioterapia foi aplicada em todos os casos (100%) e quimioterapia, em 4 casos (33,3%).

Dos casos de câncer de nasofaringe e seios paranasais, 2 pacientes apresentaram câncer de seio maxilar (1 carcinoma espinocelular e outro, adenóide cístico) e 1 caso de câncer de nasofaringe (carcinoma indiferenciado). Apenas o caso adenóide cístico do seio maxilar foi operado e seguiu para radioterapia adjuvante, já que o carcinoma de nasofaringe teve o tratamento padrão radioquimioterápico, assim como o do seio maxilar de histologia carcinoma espinocelular já era irresecável ao diagnóstico.

Das neoplasias malignas da tireóide incluídas na série analisada, todas eram constituídas por carcinoma papilífero (12 casos), tendo sido diagnosticadas em estágio inicial e submetidas a tireoidectomia total como tratamento inicial.

Nas neoplasias de glândulas salivares, foram observados 2 casos em glândula parótida (1 caso de carcinoma adenóide cístico e 1 caso de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau), o primeiro em estágio avançado com metástase linfonodal para nível II, e o segundo, em estágio inicial. O tratamento cirúrgico foi aplicado em ambos e a radioterapia apenas como adjuvante no caso adenóide cístico.

As demais neoplasias incluíram sítios como pele de pavilhão auricular (1), de região malar (1), couro cabeludo (1), mandíbula (2), pálpebra inferior (1) e primário oculto (1) chamando atenção o estágio avançado a primeira consulta oncológica que fez 71,4% dos casos (7).

4 – DISCUSSÃO

Neves¹² analisando a distribuição dos cirurgiões de cabeça e pescoço no Brasil, relatou a existência em 2007 de apenas 17 especialistas em toda a Região Norte, representando 2,9% do total de especialistas em território nacional, e distribuídos da seguinte forma: Pará (7), Amazonas (6), Tocantins (2), Rondônia (1) e Amapá (1), inexistindo tais profissionais até então em Roraima e no Acre. A carência de especialistas presumidamente conduz à subnotificação e desconhecimento da demanda oncológica na região.

A implantação da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco em março de 2008 possibilitou a realização de um primeiro levantamento das características da demanda hospitalar com cobertura observadas no único centro de atenção para neoplasias de cabeça e pescoço existente no Estado do Acre.

Em relação ao levantamento sócio-demográfico de nossa casuística observamos distribuição de frequências para neoplasias da cavidade oral e orofaringe nas quais há elevada proporção de mulheres (45,8%), ou seja, uma relação homem:mulher de 1,2:1, e predomínio de faixa etária abaixo dos 59 anos (54,2%) apesar da média de idade corresponder a 59,8 anos. Em levantamentos de ambulatórios brasileiros especializados em cirurgia de cabeça e pescoço as proporções homem:mulher para câncer de boca variam 3,7:1 a 2,1:1, e a média de idade relatada tem variado entre 57,4 a 59,6 anos^{10,13,14}. Acreditávamos que a elevada proporção de pacientes do sexo feminino nesta análise pudesse decorrer da computação de todos os casos atendidos e não apenas de casos novos, e então poderíamos ter tido aumento da parcela do sexo feminino decorrente da procura mais precoce de assistência médica por parte das mulheres gerando melhor prognóstico e maior prevalência. No entanto, ao separarmos casos novos de casos em seguimento, verificamos que a ocorrência de câncer de cavidade oral/orofaringe foi ainda maior quando consideramos apenas os casos novos (relação

homem:mulher = 0,85:1), inclusive superando a ocorrência em homens, do que quando consideramos a relação exclusivamente nos casos em seguimento (relação homem:mulher = 1,75:1). Tal achado merece ser mais bem explorado em estudos futuros com maior amostragem.

Ainda na distribuição de variáveis sócio-demográficas no universo de pacientes atendidos neste primeiro ano de funcionamento, ressalta-se a elevada proporção de pacientes de baixa escolaridade (72,5%) que pode refletir as características socioeconômicas da clientela do SUS, mas igualmente advir da própria epidemiologia dos cânceres de cavidade oral, faringe e laringe, na qual sua ocorrência está relacionada ao baixo nível socioeconômico. (Antunes, 2001; Wunsch, 2002). É igualmente oportuno ressaltar a elevada proporção de pacientes não residentes em Rio Branco (43,3%), o que reforça o caráter de abrangência regional do Hospital do Câncer para tais neoplasias apesar do predomínio da baixa escolaridade e conseqüentemente, da baixa-renda. Isto decorre tanto da inexistência de outros serviços de referência na região, como da acessibilidade ao Hospital do Câncer de pacientes do interior e de outras regiões, facilitada pelo amplo conhecimento pelas prefeituras e pela população do programa *Tratamento Fora de Domicílio – TFD* do Ministério da Saúde.

A análise exclusiva dos casos novos segundo características clínicas e relativas a terapêutica adotada (distribuição de sítios primários, laudo histopatológico, estágio ao diagnóstico, e tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico realizados) apresentadas na tabela 2 revela que quando excluídos os sítios tireóide e outros, observa-se que 83,3% dos demais sítios (cavidade oral/orofaringe, laringe/hipofaringe, nasofaringe/seios paranasais e glândulas salivares) foram diagnosticados em estágio avançado.

Os casos de cavidade oral e orofaringe, apesar do fácil acesso ao exame que requerem para suspeita diagnóstica e biópsia, revelam um padrão de diagnóstico tardio relatado

nacionalmente^{15,16}. No Hospital de Câncer de Rio Branco o mesmo padrão foi observado, e 92,3% dos pacientes com câncer de cavidade oral e orofaringe (12 casos) já se apresentaram a primeira consulta em estágio avançado, com altíssima proporção de casos onde o tratamento cirúrgico padrão não pode ser recomendado (9 casos, 75%).

A operabilidade do paciente diz respeito as suas condições clínicas, enquanto a ressecabilidade se reporta a radicalidade da cirurgia, sem a qual a perspectiva de sucesso é remota¹⁷. Na casuística analisada, 3 casos eram irressecáveis ao diagnóstico e os outros 6, inoperáveis por questões clínicas tais como a existência de comorbidades, idade avançada ou da difícil reabilitação, com baixa probabilidade de margens livres de tumor – tabela 3. Este quadro avançado implicou no direcionamento terapêutico para a realização de radioterapia e quimioterapia, diminuindo assim o percentual de indicações cirúrgicas que usualmente constituem o tratamento padrão preconizado para estas neoplasias em estágio avançado¹⁸.

Desta maneira, com exceção das neoplasias de tireóide, mostra-se preocupante o retardo verificado no diagnóstico das demais neoplasias e em decorrência dos resultados observados, é prioritária a adoção de medidas de educação continuada em semiótica oncológica para os profissionais do setor saúde, bem como o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde através dos meios de comunicação (higiene dental, controle do tabagismo e do consumo de álcool) a fim de melhorar o prognóstico desses pacientes. Estas propostas ampliariam o reconhecimento precoce das lesões neoplásicas de cabeça e pescoço junto a população, tornando estas patologias identificáveis em suas fases iniciais de desenvolvimento, reduzindo morbidade a ampliando as chances de cura.

5 – CONCLUSÕES

A análise da cobertura realizada pelo Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital de Câncer de Rio Branco, AC em seu primeiro ano de funcionamento a partir de março de 2008, revelou a presença de uma demanda regionalmente ampliada quanto a origem dos pacientes segundo local de residência, com cerca de 43% destes provenientes de outras localidades que não do município de Rio Branco. Baixa escolaridade em geral e proporção aumentada de câncer de cavidade oral e orofaringe em mulheres também foram observadas.

Mais de 90% dos casos novos diagnosticados (neoplasias da tireóide excluídas) apresentavam estadiamento clínico avançado, limitando as possibilidades de intervenção terapêutica e o prognóstico destes pacientes. A adoção de políticas públicas voltadas para fomentar a busca de atenção especializada nas fases iniciais de evolução das doenças neoplásicas constitui uma prioridade a ser implantada no Estado do Acre.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da demanda pela especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital do Câncer, Rio Branco, março 2008 a março 2009.

| | Laringe Hipofaringe | | Cavidade Oral Orofaringe | | Tireóide | | Outros* | | Total | |
|---------------------|------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Idade | | | | | | | | | | |
| Até 59 anos | 13 | (32,5) | 13 | (54,2) | 21 | (87,5) | 21 | (65,6) | 68 | (56,7) |
| 60 anos e mais | 27 | (67,5) | 11 | (45,8) | 3 | (12,5) | 11 | (34,4) | 52 | (43,3) |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 37 | (92,5) | 13 | (54,2) | 5 | (20,8) | 19 | (59,4) | 74 | (61,7) |
| Feminino | 3 | (7,5) | 11 | (45,8) | 19 | (79,2) | 13 | (40,6) | 46 | (38,3) |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Baixa | 28 | (70) | 20 | (83,3) | 14 | (58,3) | 25 | (78,1) | 87 | (72,5) |
| Média | 5 | (12,5) | 3 | (12,5) | 3 | (12,5) | 3 | (9,4) | 14 | (11,7) |
| Alta | 7 | (17,5) | 1 | (4,2) | 7 | (29,2) | 4 | (12,5) | 19 | (15,8) |
| Residência | | | | | | | | | | |
| Rio Branco | 25 | (62,5) | 14 | (58,3) | 15 | (62,5) | 14 | (43,8) | 68 | (56,7) |
| Outras regiões | 15 | (37,5) | 10 | (41,7) | 9 | (37,5) | 18 | (56,2) | 52 | (43,3) |
| Total | 40 | (100) | 24 | (100) | 24 | (100) | 32 | (100) | 120 | (100) |

* Outros – nasofaringe, seios paranasais, fossas nasais, glândulas salivares, primário oculto, couro cabeludo

Tabela 2 – Distribuição por sítios primários, exame histológico e tratamento realizado em pacientes novos, Hospital do Câncer, Rio Branco, março/2008 a março/2009.

| | Cavidade oral orofaringe | | Laringe hipofaringe | | Nasofaringe seios paranasais | | Tireóide | | Glândulas Salivares | | Outros | | Total | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-----------|--------------|------------------------|--------------|----------|--------------|-----------|---------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Histopatologia | | | | | | | | | | | | | | |
| CEC | 10 | (76,9) | 12 | (100) | 1 | (33,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0) | 1 | (14,3) | 24 | (49) |
| Ad Cístico | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (33,3) | 0 | (0,0) | 1 | (50) | 0 | (0) | 2 | (4,2) |
| Ca Papilíf | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 12 | (100) | 0 | (0) | 0 | (0) | 12 | (24,5) |
| Sarcoma | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (14,3) | 1 | (2) |
| Linfoma | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (14,3) | 1 | (2) |
| Outros M | 3 | (23,1) | 0 | (0) | 1 | (33,3) | 0 | (0) | 1 | (50) | 4 | (57,1) | 9 | (18,4) |
| Estágio ao diagnóstico | | | | | | | | | | | | | | |
| Inicial | 1 | (7,7) | 3 | (25) | 0 | (0) | 12 | (100) | 1 | (50) | 2 | (28,6) | 19 | (38,8) |
| Avançado | 12 | (92,3) | 9 | (75) | 3 | (100) | 0 | (0) | 1 | (50) | 5 | (71,4) | 30 | (61,2) |
| Cirurgia | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 4 | (30,8) | 6 | (50) | 1 | (33,3) | 12 | (100) | 2 | (100) | 6 | (85,7) | 31 | (63,3) |
| Não | 9 | (69,2) | 6 | (50) | 2 | (66,7) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (14,3) | 18 | (36,7) |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 11 | (84,6) | 12 | (100) | 3 | (100) | 0 | (0) | 1 | (50) | 4 | (57,1) | 31 | (63,3) |
| Não | 2 | (15,4) | 0 | (0) | 0 | (0) | 12 | (100) | 1 | (50) | 3 | (42,9) | 18 | (36,7) |
| Quimioterapia | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 5 | (38,5) | 4 | (33,3) | 2 | (66,6) | 0 | (0) | 0 | (0) | 2 | (28,6) | 13 | (26,5) |
| Não | 8 | (61,5) | 8 | (66,6) | 1 | (33,3) | 12 | (100) | 2 | (100) | 5 | (71,4) | 36 | (73,5) |
| Total | 13 | (100) | 12 | (100) | 3 | (100) | 12 | (100) | 2 | (100) | 7 | (100) | 49 | (100) |

CEC – carcinoma espinocelular

Ad cístico – carcinoma adenóide cístico

Ca Papilíf – carcinoma papilífero

Tabela 3 – Casos novos de neoplasia maligna de cavidade oral e orofaringe em estágio avançado não submetidos a conduta cirúrgica. Hospital do Câncer de Rio Branco. Março, 2008 a março, 2009

| Casos | idade | AP | TNM | Motivo da não indicação cirúrgica |
|----------------------|--------------|------------|------------|---|
| Cavidade oral | | | | |
| 1 | 48 | CEC | 4a00 | Não reabilitação |
| 2 | 60 | Ca mioepit | 4a01 | Metastases pulmonares |
| 3 | 73 | Ca mioepit | 4a00 | Idade, não reabilitação, condições clínicas |
| 4 | 87 | CEC | 4a00 | Idade, condições clínicas |
| 5 | 94 | CEC | 4a00 | Idade, condições clínicas |
| Orofaringe | | | | |
| 6 | 53 | CEC | 4b30 | irressecável |
| 7 | 59 | CEC | 32c0 | irressecável |
| 8 | 46 | CEC | 4a00 | irressecável |
| 9 | 70 | CEC | 310 | Não reabilitação e condições clínicas |

CEC - carcinoma espinocelular

Ca Mioepit - carcinoma mioepitelial

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (DO ARTIGO 2)

1. Curado, M.P.; Martins, E. Incidência e Mortalidade dos Cânceres de Cabeça e Pescoço no Brasil. *Rev Bras Cirurgia Cabeça Pescoço*. 2006; 35 (3): 136-41.
2. Davies, L.; Welch, G. Epidemiology of Head and Neck Cancer in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 135 (3): 451-7.
3. Ferlay, J. et al. GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, IARC Press, Lyon, 2002.
4. Abdulmir, AS. et al. The Distinctive Profile of Risk Factors of Nasopharyngeal Carcinoma in Comparison with Another Head and Neck Cancer Types. *BMC Public Health*. 2008; 8: 400.
5. Wunsch-Filho, V. The Epidemiology of Oral and Pharynx Cancer in Brazil. *Oral Oncol*. 2002; 38(8): 737-46.
6. Parkin, DM. et al. *Cancer Incidence in Five Continents*, vol. VIII, IARC Press, Lyon, 2002.
7. Parkin, DM. et al. *Cancer Incidence in Five Continents*, vol. VII, IARC Press, Lyon, 1997.
8. Reis, DSM. et al. Câncer da Tireóide em Goiânia: Estudo Descritivo de Base Populacional no Período de 1988 a 2003. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008; 37(2): 62-6.
9. Antunes, JLF. et al. Trends and Spatial Distribution of Oral Cancer Mortality in São Paulo, Brazil, 1980 – 1998. *Oral Oncol*. 2001; 37(4): 345-50.
10. Carvalho, AL. et al. Cancer of the Oral Cavity: A Comparison Between Institutions in a Developing and a Developed Nation. *Head Neck*. 2004; 26(1): 31-8.
11. Warnakulasuriya, S. Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. *Oral Oncol*. 2009; 45(4-5):309-16.
12. Neves, FSP.; Parise Jr, O. Distribuição dos Cirurgiões de Cabeça e Pescoço no Brasil e sua Relação com os Indicadores Sócio-econômicos e a Mortalidade por Carcinoma Espinocelular. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. v. 37, n. 1, pp.1-5. 2008.
13. Leite, ICG.; Koifman S. Estudo do Perfil Epidemiológico de Paciente com Câncer de Boca do Instituto nacional do Câncer, Rio de Janeiro – Brasil. *F méd (BR)*. 1998; 117(supl.1): 19-23.

14. Durrazo, MD. et al. Clinical and Epidemiological Features of Oral Cancer in a Medical School Teaching Hospital from 1994 to 2002: Increasing incidence in Women, Predominance of Advanced Metastases. *Clinics*. 2005; 60(4): 293-8.
15. Bergamasco, VD. et al. Perfil Epidemiológico do Câncer de Cabeça e Pescoço no Estado de São Paulo. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008; 37(1): 15-9.
16. Wunsch-filho, V.; Camargo, E.A. The Burden of Mouth Cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic Issues. *Semin Oncol*. 2001; 28 (2): 158-68.
17. Kanda, JL.; Carvalho, MB. Princípios do Tratamento Cirúrgico. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn, C, editores. *Câncer de Cabeça e Pescoço: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Âmbito Editores; 2006. pp.27-31.
18. Magrin, J. et al. Tratamento do Câncer Avançado da Boca. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn, C, editores. *Câncer de Cabeça e Pescoço: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Âmbito Editores; 2006. pp.105-9..

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação procura fazer um apanhado geral das informações disponíveis sobre o câncer de cabeça e pescoço em Rio Branco e no Acre a fim de servir como referencial e base para pesquisas futuras sobre o tema na região. Os principais resultados incluem: a identificação de tendência crescente da mortalidade pelos cânceres analisados (cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe) nos últimos 15 anos; taxas de incidência estimadas para a capital Rio Branco abaixo da média nacional, exceto para faringe no sexo masculino e tireóide para o sexo feminino; estágio avançado a primeira consulta pelo especialista cirurgião de cabeça e pescoço em mais de 90% dos casos novos no primeiro ano de oferta de atendimento especializado no Estado.

Os achados desta dissertação apontam para a necessidade de divulgação das lesões neoplásicas de cabeça e pescoço junto a profissionais de saúde através de programas de educação continuada em semiótica oncológica e apresentação de fluxograma de atendimento, bem como divulgação junto a população através dos meios de comunicação sobre a promoção da saúde (higiene dental, controle do tabagismo e do consumo de álcool) a fim de reduzir o surgimento deste grupo de neoplasias, e sobre as neoplasias em si, a fim de ampliar seu reconhecimento precoce e reduzir a morbimortalidade decorrente delas.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (da dissertação):

ABDULAMIR, AS. et al. The Distinctive Profile of Risk Factors of Nasopharyngeal Carcinoma in Comparison with Another Head and Neck Cancer Types. **BMC Public Health**. v. 8, n. 400. 2008.

ANTUNES, JLF. et al. Trends and Spatial Distribution of Oral Cancer Mortality in São Paulo, Brazil, 1980 – 1998. **Oral Oncology**. v. 37. p. 345-50. 2001.

BARBOSA, JF. Câncer da Nasofaringe. In: Bertelli, A.P., editor. **Câncer da Faringe**. São Paulo: Editora Manole; p. 67-90. 1979.

BERGAMASCO, VD. et al. Perfil Epidemiológico do Câncer de Cabeça e Pescoço no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 37, n. 1, p.15-9. 2008.

BIAZEVIC, MGH. et al. Tendências de Mortalidade por Câncer de Boca e Orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980-2002. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 10, p. 2105-14. 2006.

BOGADO, ME. et al. Análisis de la Mortalidad por cáncer laríngeo en Chile (1994-2004). **Acta Otorrinolaringología Española**. v. 58. n. 8. p. 336-40. 2007.

BOSETTI, C. et al. Trends in Laryngeal Cancer Mortality in Europe. **International Journal of Cancer**. v. 119, p. 673-81. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2009) Informações de Saúde/Mortalidade. 2009. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>> Acesso em: 15/09/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Subsistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SIM). CD ROM Dados de Mortalidade Brasil 1980-1998. [CD ROM] . Brasília; 2000.

BRASILINO, MB. Epidemiologia, Diagnóstico, Patologia e Estadiamento dos Tumores Malignos da Laringe. In: Brasilino, M.B. **Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia**. São Paulo: Editora Atheneu, v. 2, cap. 69, p. 867-76. 2001.

BURGUESS, JR. Temporal Trends for Thyroid Carcinoma in Australia: Na Increasing Incidence of Papillary Thyroid Carcinoma. **Thyroid**. v. 12, p. 141-9. 2002.

CARVALHO, AL. et al. Cancer of the Oral Cavity: A Comparison Between Institutions in a Developing and a Developed Nation. **Head and Neck**. p. 31-8. 2004.

COELI, CM. et al. Incidência e Mortalidade por Câncer de Tireóide no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. v. 49, n. 4, p. 503-509. 2005.

CURADO, MP.; MARTINS, E. Incidência e Mortalidade dos Cânceres de Cabeça e Pescoço no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 35, n. 3, pp. 136-41. 2006.

DAVIES, L.; WELCH, G. Epidemiology of Head and Neck Cancer in the United States. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery**..v.135, n.3, p. 451-7. 2006.

DIB, LL. Epidemiologia, Diagnóstico, Patologia e Estadiamento dos Tumores Malignos da Cavidade Oral. In: Brasilino, M.B. **Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. v. 1, cap. 21, pp. 265-76.

DURRAZO, MD. et al. Clinical and Epidemiological Features of Oral Cancer in a Medical School Teaching Hospital from 1994 to 2002: Increasing incidence in Women, Predominance of Advanced Metastases. **Clinics**. v. 60, n. 4, pp. 293-8. 2005.

FAGGIANO, F. et al. Socio-economic Differences in Cancer Incidence and Mortality. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffeta P, editors. **Social Inequalities and Cancer**. (IARC Scientific Publications No. 138). Lyon: IARC; 1997.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide**, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, IARC Press, Lyon, 2002.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do Câncer. Incidência. Estimativa 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>> Acesso em: 26 abril 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://ibge.gov.br>. Acesso em: 19/09/2009.

KAMANGAR, F. et al. Patterns of Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World. **Journal of Clinical Oncology**. v.24, n.14, p.2137-50. 2006.

KANDA, JL.; CARVALHO, MB. Princípios do Tratamento Cirúrgico. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn, C, editores. **Câncer de Cabeça e Pescoço: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Âmbito Editores; 2006. p.27-31.

La VECCHIA, C. et al. Trends in Oral Cancer Mortality in Europe. **Oral Oncology**. v. 40, p. 433-39. 2004.

LEITE, ICG.; KOIFMAN S. Estudo do Perfil Epidemiológico de Paciente com Câncer de Boca do Instituto nacional do Câncer, Rio de Janeiro – Brasil. **F méd (BR)**. 1998. vol. 117(supl.1), pp. 19-23.

MAGRIN, J. et al. Tratamento do Câncer Avançado da Boca. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn, C, editores. **Câncer de Cabeça e Pescoço: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Âmbito Editores; 2006. pp.105-9.

MONTEIRO, GTR. et al. Confiabilidade e Validade dos Atestados de Óbitos por Neoplasias. I. Confiabilidade da Codificação para o Conjunto de Neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13, supl. 1, p. 39-52. 1997.

MUIR, CS.; NECTOUX, J. International Patterns of Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni, JF Jr, editors. **Cancer Epidemiology and Prevention**. London: Oxford University Press; 1996, p. 141-67.

NEVES, FSP.; PARISE Jr, O. Distribuição dos Cirurgiões de Cabeça e Pescoço no Brasil e sua Relação com os Indicadores Sócio-econômicos e a Mortalidade por Carcinoma Espinocelular. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 37, n. 1, p.1-5. 2008.

PAES, N.A. Avaliação da Cobertura dos Registros de Óbitos nos Estados Brasileiros em 2000. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 6, p. 882-90. 2005.

PARKIN, DM. et al. **Cancer Incidence in Five Continents**, vol. VIII, IARC Press, Lyon, 2002.

PARKIN, DM. et al. **Cancer Incidence in Five Continents**, vol. VII, IARC Press, Lyon, 1997.

QUEIROZ, RCS. et al. Confiabilidade e Validade das Declarações de Óbito por câncer de Boca no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 6, p. 1645-53. 2003.

REIS, DSM. et al. Câncer da Tireóide em Goiânia: Estudo Descritivo de Base Populacional no Período de 1988 a 2003. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 37, n. 2, p.62-6. 2008.

REYNOLDS, RM. et al. Changing Trends in Incidence and Mortality of Thyroid Cancer in Scotland. **Clinical Endocrinology**. v. 62, 156-62. 2005.

SANTOS, LRM. Câncer de Tireóide: Quadro Clínico, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 34, n. 2/4, pp.27-31. 2005.

SILVA Jr., JB et al. Doenças não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol, MZ; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. São Paulo: Medsi; 2003.

SILVA, IS. **Cancer Epidemiology: Principles and Methods**. 2a. ed. Espanha: IARC; 1999. p. 1-9

SOARES, FA.; BEGNAMI, M.D.F.S. Classificação Anatomopatológica das Neoplasias da Glândula Tireóide. In: BRASILINO, M. B. **Tratado de Tireóide e Paratireóides**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. cap. 29. p. 411-32.

TEPPO, H; ALHO, OP. Relative Importance of Diagnostic Delays in Different Head and Neck Cancers. **Clinical Otolaryngology**. Vol. 33, pp.325-30. 2008.

WARNAKULASURIYA, S. Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. **Oral Oncology**. 45(4-5):309-16. 2009.

World Health Organization. World Cancer Report, 2008. International Agency for Research on Cancer, Lyon. 2009.

WUNSCH-FILHO, V. The Epidemiology of Laryngeal Cancer in Brazil. **São Paulo Medical Journal**. v. 122, n. 5, p. 188-94. 2004

WUNSCH-FILHO, V. The Epidemiology of Oral and Pharynx Cancer in Brazil. **Oral Oncology**. v. 38, p. 737-46. 2002.

WUNSCH-FILHO, V.; CAMARGO, E.A. The Burden of Mouth Cancer in Latin America and the Caribbean: Epidemiologic Issues. **Seminars in Oncology**. v. 28, n. 2, p. 158-68. 2001.

ANEXOS



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER FINAL Nº 2272009

PROTOCOLO Nº 402/2009

Projeto de Pesquisa: “Morbi-mortalidade das Neoplasias de cabeça e Pescoço em Rio Branco – Acre”.

Pesquisadora Responsável: Ana Maria Coelho Carvalho

Orientador: Dr. Sergio Koifman.

Co-orientadora: Drª Rosalina Koifman

Data de apresentação ao CEP: 09/09/2009

Avalio com parecer favorável a execução do projeto de pesquisa, estando dentro dos padrões de exigência ética. Diante do exposto e de acordo com a Resolução nº 196/96 da CONEP, este Comitê de Ética em Pesquisa considera o Projeto APROVADO.

OBSERVAÇÃO:

- Recomendamos a consulta ao site (www.conselho.saude.gov.br) e e-mail (conep@saude.gov.br) do CONEP, para dirimir possíveis dúvidas.
- De acordo com o Manual Operacional para este Comitê de Ética em Pesquisa e a Resolução 196/96; item VII.13.de, para o acompanhamento da pesquisa pós aprovação pelo CEP/Fundhacre, solicitamos que os relatórios sejam enviados conforme cronograma que segue:
 - Pesquisas realizadas de 01 a 06 meses – 01 relatório final;
 - Pesquisas realizadas de 01 a 12 meses – 01 relatório semestral- parciais e 01 relatório final;
 - Pesquisas realizadas de 01 a 24 meses – 01 relatório anual parcial e 01 relatório final;
 - Pesquisas realizadas de 01 a 36 meses – 02 relatórios anuais parciais e 01 relatório final.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Rio Branco, 05 de outubro de 2009

Atenciosamente,

Med. José Amsterdam de M. Sandres Sobrinho
Coordenador do CEP/FUNDHACRE.

AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Nome do Autor: Ana Maria Coelho Carvalho

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal do Acre