

Perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos em uma cidade do interior de Minas Gerais

Epidemiological profile of oncological patients in the city in the interior of Minas Gerais

Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos en la ciudad del interior de Minas Gerais

Iara Brasil Costa da Silva¹, Isadora de Lourdes Resende Lima¹, Ana Lúcia da Costa Resende¹, Talita Aparecida Rodrigues Leal¹, Andréia Andrade Santos¹, Regina Aparecida de Melo Bagnolli¹, Samyra Giarola Cecílio¹, Rafael de Oliveira², Guilherme Henrique Monteiro Alves de Lima³, Gilberto de Souza^{1,4*}.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, que teve como fonte de dados os prontuários de pacientes diagnosticados e/ou em tratamento de câncer em uma cidade do interior de Minas Gerais no ano de 2020. **Resultados:** Do total de pacientes, 27 (vinte e sete) são do sexo feminino e 28 (vinte e oito) do sexo masculino. As mulheres mais acometidas estão entre 41 e 70 anos de idade e os homens entre 51 a 80 anos. Corroborando com as estatísticas nacionais, o câncer de próstata está entre os principais nos pacientes do gênero masculino e o de mama entre as pacientes do gênero feminino. **Conclusão:** Frente aos principais resultados apresentados e ciente da lenta evolução da maioria dos tipos de câncer, diagnóstico precoce e educação em saúde ainda são essenciais para uma melhora do prognóstico e nas ações preventivas.

Palavras-chave: Epidemiologia, Neoplasias, Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: To trace the epidemiological profile of cancer patients treated by the Family Health Strategy in a city in the interior of Minas Gerais. **Methods:** This is a quantitative study, whose data source was the medical records of patients diagnosed and / or undergoing cancer treatment in a city in the interior of Minas Gerais in the year 2020. **Results:** Of the total patients, 27 (twenty-seven) are female and 28 (twenty-eight) males. The most affected women are between 41 and 70 years old and men between 51 and 80 years old. Corroborating with national statistics, prostate cancer is among the main among male patients and breast cancer among female patients. **Conclusion:** In view of the main results presented and aware of the slow evolution of most types of cancer, early diagnosis and health education are still essential for an improvement in prognosis and preventive actions.

Keywords: Epidemiology, Neoplasms, Family health strategy.

¹ Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), São João del Rei – MG.

² UNIASSELVI, São João del Rei – MG.

³ Faculdade Atenas, São João del Rei – MG.

⁴ Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), São João del Rei – MG.

*E-mail: gilbertounifenas@yahoo.com.br

RESUMEN

Objetivos: Rastrear el perfil epidemiológico de pacientes con cáncer tratados por la Estrategia de Salud Familiar en una ciudad del interior de Minas Gerais. **Métodos:** Este es un estudio cuantitativo, cuya fuente de datos fueron los registros médicos de pacientes diagnosticados y / o sometidos a tratamiento contra el cáncer en una ciudad del interior de Minas Gerais en el año 2020. **Resultados:** del número total de pacientes, 27 (veintisiete) son mujeres y 28 (veintiocho) hombres. Las mujeres más afectadas tienen entre 41 y 70 años y los hombres entre 51 y 80 años. Corroborando con las estadísticas nacionales, el cáncer de próstata se encuentra entre los principales entre los pacientes masculinos y el cáncer de mama entre las mujeres. **Conclusión:** en vista de los principales resultados presentados y conscientes de la lenta evolución de la mayoría de los tipos de cáncer, el diagnóstico temprano y la educación para la salud siguen siendo esenciales para una mejora en el pronóstico y las acciones preventivas.

Palabras clave: Epidemiología, Neoplasias, Estrategia de salud familiar.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o câncer tem ganhado destaque entre as doenças crônicas não transmissíveis, onde vem sendo considerado um problema de saúde pública mundial. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o câncer alcançará, em 2030, aproximadamente, em todo o mundo, 27 milhões de novos casos, 17 milhões de óbitos, com um total de 75 milhões de pessoas com diagnóstico por ano.

O maior efeito destes dados será perceptível em países com baixa e média renda. No Brasil, dados estatísticos apontam para uma ocorrência equivalente ao aparecimento de aproximadamente 580 mil novos casos de câncer, revelando, assim, a magnitude do problema no país (BRASIL, 2014; FREIRE MEM, et al., 2018).

Na forma avançada, o câncer pode evoluir para a condição de impossibilidade de cura, tendo sinais e sintomas pouco controláveis como: dor, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, entre outros. Essas manifestações podem estar relacionadas à invasão tumoral ou aos efeitos adversos do tratamento em alguns tipos de câncer, causando desconforto ao paciente e um impacto negativo na sua qualidade de vida (LEITE MAC, et al., 2015; PIACENTINI AB e MENEZES H, 2013; FREIRE MEM, et al., 2018).

Frente ao grande número de pacientes com diagnóstico de câncer na atualidade e o impacto desse tratamento para o serviço de saúde, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se determinar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos em uma cidade do interior de Minas Gerais visto que é embasado no perfil apresentado que serão propostas atividades profiláticas para os tipos de câncer mais incidentes e prevalentes.

O problema base desta pesquisa é: “Qual o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos residentes em uma cidade do interior de Minas Gerais?” Assim, este estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do município em questão.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, do tipo epidemiológica. Os critérios de inclusão são pacientes diagnosticados e submetidos a tratamento no município de Estudo, não sendo computados os casos de óbitos. Pacientes de outros municípios e que não estão vinculados à cidade foram excluídos da pesquisa. Neste estudo foram analisados os prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer em uma cidade do interior de Minas Gerais. A data inicial para o início das atividades foi 1º de Março de 2020 e a data final 30 de Abril de 2020. Os dados alvo desta primeira etapa da pesquisa envolveram as características epidemiológicas dos participantes, em especial sexo, idade e estado civil, cuja finalidade foi traçar um perfil epidemiológico de todos os pacientes diagnosticados com câncer no município.

Para a análise dos resultados, os dados foram mantidos em arquivos e analisados pelo software Microsoft Excel. Em conformidade com os regulamentos brasileiros, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) de acordo com o Ofício 01/2020 e do CAAE da Plataforma Brasil 31097220.9.0000.9667. Por se tratar de uma pesquisa de fontes secundárias (prontuários clínicos) fica dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O câncer ocorre quando as células do corpo se dividem irregularmente e incontrolavelmente. Geralmente, as células são divididas de maneira regulada. Se as células continuarem a se dividir descontroladamente quando novas células não são necessárias, uma massa de tecido chamada neoplasia ou tumor é formada. O termo câncer refere-se a tumores malignos, que podem invadir tecidos próximos e se espalhar para outras partes do corpo. Normalmente, um tumor benigno não é invasivo nem se espalha (GALBIATTI ALS, et al., 2018).

No presente estudo foram analisados 55 (cinquenta e cinco) prontuários de pacientes já diagnosticados com câncer na cidade do estudo. Do total de pacientes, 27 (vinte e sete) são do sexo feminino e 28 (vinte e oito) do sexo masculino). De acordo com o INCA (2018), há, no Brasil, 582.590 pacientes diagnosticados com câncer. Deste total, 48,43% são pacientes do sexo feminino e 51,57% são pacientes do sexo masculino.

Das doenças crônicas degenerativas, o câncer merece uma abordagem específicas e diferencias por sua alta prevalência consumindo recursos financeiros com tratamentos, tendo grande impacto social e institucional por sua crescente causa de morte no Brasil (PANIS C, et al., 2018). O câncer de boca apresenta significativa relação com as condições sociais, estando presente no processo saúde-doença (FILHO VW, et al., 2008). Assim, faz-se necessário uma maior atenção sobre como questões sociais podem influenciar a patologia, além disso havendo um olhar para fatores como o tabagismo e o alcoolismo (ANDRADE JOM, et al., 2015). De acordo com estudo realizado por Barbosa IR, et al. (2016) de 1996 a 2012, foram registrados 93.017 óbitos decorrentes de câncer de encéfalo, apresentando um significativo crescimento a partir de 1998 tanto para o sexo masculino quanto para o feminino.

Em relação ao CA de estômago apresentou 1 caso em paciente do sexo feminino, etnia branca, com idade de 53 anos. Já o CA de encéfalo evidenciou 3 casos, sendo 2 pacientes do sexo masculino, ambos de etnia parda, com idade de 61 e 71 anos, e 1 paciente do sexo feminino, de etnia parda, com idade de 31 anos. Por fim, a análise do CA de boca demonstrou 1 caso em paciente do sexo masculino, de etnia branca, com idade de 54 anos. No que se refere aos rins, o principal tipo de neoplasia que o acomete é o carcinoma renal de células claras (CRCC), que corresponde a aproximadamente 75% dos casos. No Brasil, a incidência estimada é de 7 a 10 casos para cada 100 mil habitantes (INCA, 2019).

No presente estudo, o câncer renal representou 2% da amostra estudada. Destaca-se a escassez de dados epidemiológicos acerca dessa neoplasia, provavelmente devido à sua menor prevalência, o que não se justifica, dada a sua importância na qualidade de vida e no seu impacto psicossocial. A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos, geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células doentes na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Isso ocorre quando a célula sanguínea que ainda não atingiu a maturidade sofre uma mutação genética que a transforma em uma célula cancerosa (INCA, 2019).

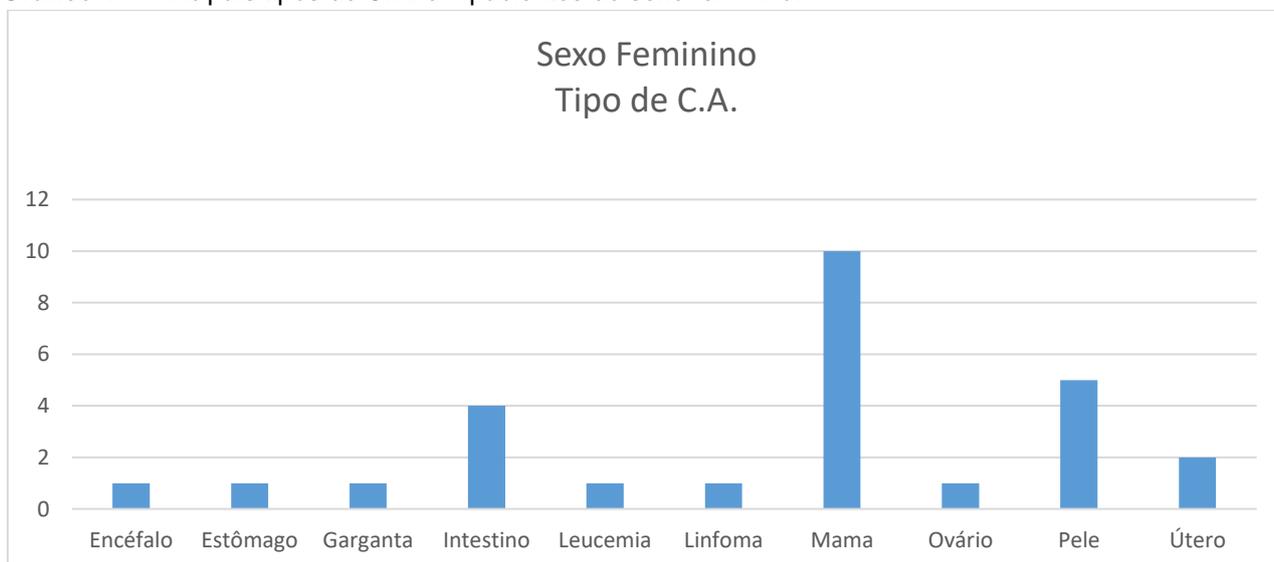
Sendo dados do INCA a doença pode ocorrer em qualquer faixa etária; porém é mais comum entre adolescentes e adultos jovens (15 a 29 anos), adultos (30 a 39 anos) e idosos (75 anos ou mais). Os homens têm maior propensão a desenvolver o linfoma de Hodgkin do que as mulheres (INCA, 2019). Segundo o INCA (2019), o câncer de ovário é a segunda neoplasia ginecológica mais comum, atrás apenas do câncer de colo de útero com uma estimativa de 6150 novos casos em 2018, sendo que a estimativa para o ano de 2017 foi de 3879 óbitos. Analisando dados divulgados por 'The global burden of cancer 2013', o número de óbitos só no Brasil causado pelo câncer de ovário é de 4518 para o ano de 2015 (PERES AC, 2019).

No que diz respeito ao sexo feminino, o câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento (THULER LCS, 2008). De um lado, destaca-se a tendência à queda na mortalidade por essa neoplasia, devido aos métodos de rastreamento e consequente diagnóstico precoce. Isso se deve, segundo Panis C, et al (2018) a melhorias nas políticas públicas no Brasil, um dos países precursores na utilização da citologia no diagnóstico do câncer, com ampliação da cobertura populacional a esses exames. Por outro lado, as mudanças no perfil demográfico brasileiro nos últimos anos colocaram as doenças crônico-degenerativas como o câncer uterino em destaque entre os problemas de saúde no Brasil (INCA, 2014). De acordo com o INCA (2019), o câncer de colo de útero correspondia, em 2018, a 8,1% das neoplasias, enquanto o câncer de corpo do útero representava 3,3%, totalizando 11,4%. No que se refere à mortalidade por câncer de colo, houve um percentual de 6,2% em neoplasias do colo no ano anterior.

Segundo a análise realizada por este estudo, houve 10 casos de CA de mama em paciente do sexo feminino, havendo 7 pacientes de etnia parda, 2 pacientes de etnia branca e 1 paciente de etnia negra, com idade de 34 à 87 anos. Em relação ao CA de ovário apresentou 1 caso em paciente do sexo feminino, etnia parda, com idade de 52 anos. Já o CA de pênis evidenciou 1 caso de pacientes do sexo masculino, de etnia branca, com idade de 77 anos. Por fim, a análise do CA de pele apresentou 5 casos em paciente do sexo feminino, 3 pacientes de etnia branca, 2 pacientes de etnia parda, com idade de 59 a 82 anos. Assim, pode-se concluir que o maior acometimento destes tipos de CA ocorreu no sexo feminino apresentando 16 casos em pacientes mulheres e 1 caso em homens. No que diz respeito ao fator etnia, analisou-se que os pacientes de etnia parda tem maior incidência destes tipos de CA. Quanto à idade, a faixa etária que prevaleceu foi de 34 a 87 anos de idade.

De acordo os resultados apresentados neste estudo, os principais tipos de câncer que acomete as mulheres na cidade em questão são mama, pele, intestino e útero. Hoveram também casos nos seguintes órgãos: encéfalo, estômago, garganta e ovário. Duas pacientes foram diagnosticadas com linfoma e leucemia e o (Gráfico 1) apresenta os resultados por tipo de C.A. para as pacientes do sexo feminino.

Gráfico 1 - Principais tipos de C.A. em pacientes do sexo feminino.

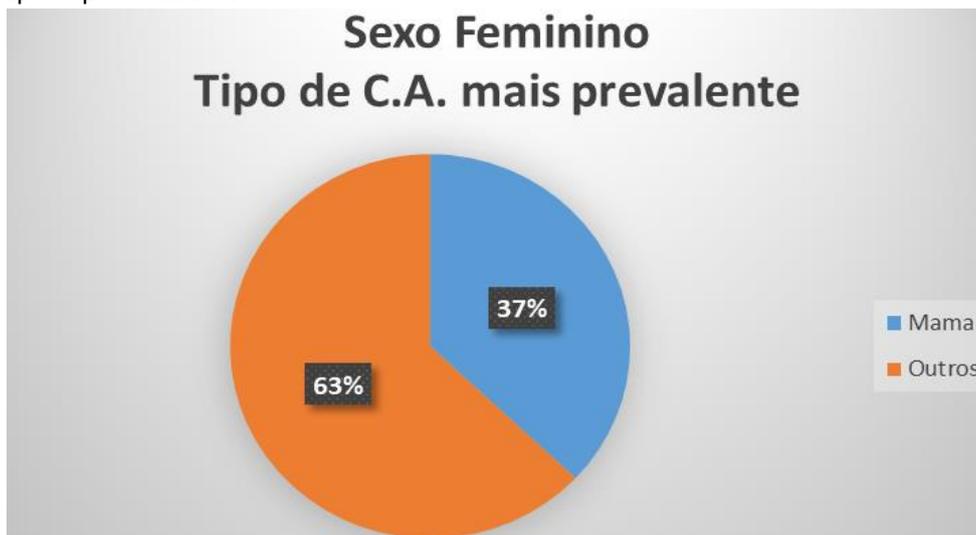


Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

Segundo reportagem da revista Radis, o câncer de mama é o que mais acomete mulheres do mundo inteiro, uma a cada quatro mulheres com um caso de câncer diagnosticado tem câncer de mama (PERES AC, 2015). No Brasil, segundo o INCA (2019), com exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente entre as mulheres. Para cada biênio 2018-2019, o instituto estimou quase 60 mil novos casos no país, com um risco previsto de 56 ocorrências a cada 100 mil mulheres.

Num comparativo entre os principais tipos de câncer apresentados pelas pacientes do sexo feminino, do total apresentado 37% (trinta e sete por cento) corresponde ao câncer de mama. Os outros dois tipos mais prevalentes, que são intestino e pele, juntos não alcançam essa marca. Todos os outros tipos de câncer apresentados pelas mulheres deste estudo somam 63% (sessenta e três por cento). O **(Gráfico 2)** apresenta os resultados para os principais tipos de câncer das pacientes do sexo feminino, fazendo uma correlação direta entre o câncer de mama e os demais tipos de câncer).

Gráfico 2 - Correlação entre a porcentagem de Câncer de Mamas e os demais tipos apresentados.



Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

Outro dado que tem extrema relevância quando se fala de câncer é a idade dos pacientes. Dentre as pacientes deste estudo que apresentaram câncer de mama, 90% (noventa por cento) delas tinham mais de 50 (cinquenta) anos. Este dado mostra a importância de se trabalhar ativamente para a realização dos exames de diagnóstico precoce, com destaque para a mamografia, cujo exame é recomendado para mulher com idade entre 50 (cinquenta) e 69 (sessenta e nove) anos (BRASIL, 2015). O **(Gráfico 3)** apresenta os resultados para o câncer de mama de acordo com a faixa etária da paciente do sexo feminino).

Gráfico 3 - Distribuição de Câncer de Mama por faixa etária.

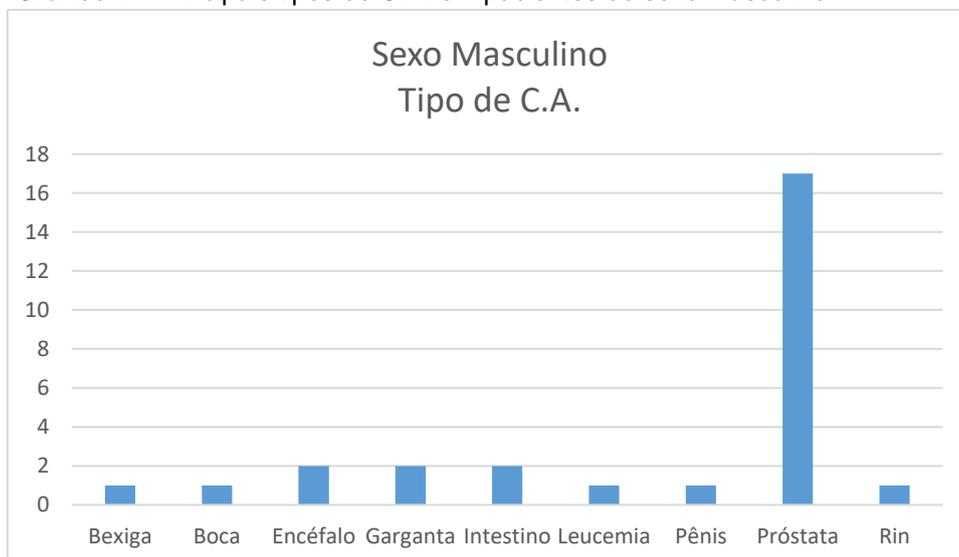


Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

Em relação ao presente estudo, as neoplasias que acometem o corpo e o colo do útero obtiveram uma taxa de 4% em relação à amostra total, o que condiz com o estudo de Gonçalves IR et al. (2008), que relatam o índice de 3,61%. Por outro lado, esse percentual apresenta-se consideravelmente abaixo da média nacional indicada por estudo recente desenvolvido pelo INCA (2019). Segundo estudo do INCA (2019), no ano de 2018 a prevalência dessa neoplasia foi de 31,7% entre os homens, confrontando dados do presente estudo, o qual obteve o percentual de 31% da amostra total coletada de ambos os sexos.

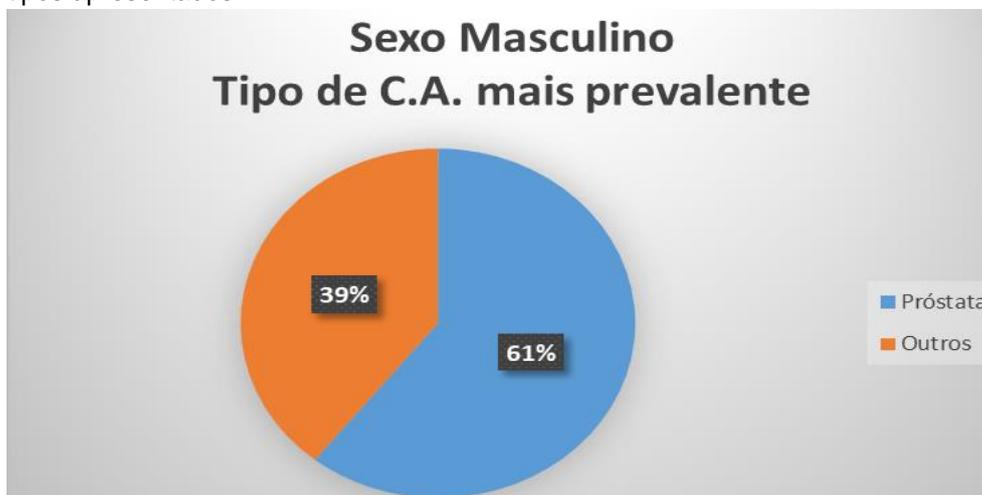
De acordo os resultados apresentados neste estudo, os principais tipos de câncer que acomete os homens na cidade em questão é o câncer de próstata, apresentando um total de 61% (sessenta e um por cento) do total de casos apresentados. Encéfalo, garganta e intestino estão na segunda colocação do ranking. Entretanto, juntos, eles somam 21% (vinte e um por cento) dos casos. Também aparecem pacientes com câncer de bexiga, boca, pênis, rin e com leucemia, todos com um paciente por patologia. O (Gráfico 4) apresenta os resultados por tipo de C.A. para os pacientes do sexo masculino obtidos com a presente pesquisa e o Gráfico 5 apresenta os resultados para os principais tipos de câncer dos pacientes do sexo masculino, fazendo uma correlação direta entre o câncer de próstata e os demais tipos de câncer.

Gráfico 4 - Principais tipos de C.A. em pacientes do sexo masculino.



Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

Gráfico 5 - Correlação entre a porcentagem de Câncer de Próstata e os demais tipos apresentados.



Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

Segundo Migowsk A e Silva GA (2010), o câncer de próstata é a neoplasia maligna mais incidente entre os homens brasileiros. Gonçalves IR, et al. (2008) observaram um aumento nas taxas de incidência do câncer de próstata, o que pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro já que, segundo Panis C, et al. (2018), a longevidade constitui importante fator de risco para o desenvolvimento desta neoplasia.

Dentre os pacientes deste estudo que apresentaram câncer de próstata, 94% (noventa e quatro por cento) delas tinham mais de 60 (sessenta) anos. Este dado mostra a importância de se trabalhar ativamente para a realização dos exames de diagnóstico precoce, com destaque para o toque retal e a quantificação de PSA.

De acordo com o INCA (2017) “a maioria dos cânceres de próstata não causa sintomas até que atinjam um tamanho considerável. Em homens acima de 50 anos, pode-se realizar o exame de toque retal e dosagem de PSA para saber se existe um câncer de próstata sem sintomas”. O **(Gráfico 6)** apresenta os resultados para o câncer de próstata de acordo com a faixa etária dos pacientes do sexo masculino.

Gráfico 6 - Distribuição de Câncer de Próstata por faixa etária.



Fonte: Silva IBC, et al., 2020.

O câncer de bexiga é conhecido como o segundo mais severo do trato urinário. Apresenta incidência maior no sexo masculino do que no feminino, visto que homens de raça branca tem maior diagnóstico dessa patologia do que afrodescendentes. Além disso, observa-se que o prognóstico mais crítico atinge as mulheres e o maior número de casos é identificado em pacientes com idade de 50 aos 70 anos de idade (DIAS LP, 2017).

Segundo dados do INCA, o câncer de estômago é uma das principais patologias do sistema gastrointestinal que ocasiona elevada morbimortalidade no Brasil. Apresenta maior incidência e taxa de mortalidade para o sexo masculino, porém fatores como baixa escolaridade e desenvolvimento da região habitada podem influenciar nos níveis de ocorrência.

Em regiões menos desenvolvidas, como Norte e Nordeste, o câncer de estômago apresenta maior acometimento, tendo semelhança com países de baixo desenvolvimento (INCA, 2019). Segundo a análise, houve 1 caso de CA de bexiga em paciente do sexo masculino, etnia pardo, com idade de 71 anos.

O câncer de garganta é uma doença na qual as células cancerígenas se desenvolvem anormalmente na garganta. A garganta é um tubo oco que vai de trás do nariz e da boca até o pescoço e atinge a entrada do esôfago e da traqueia (INCA, 2019).

DISCUSSÃO

O câncer de próstata é, sem dúvidas, o mais comum entre homens em todas as regiões do país. A estimativa é de que haja 70,54 casos novos a cada cem mil indivíduos. A idade ainda é o único fator de risco que está bem estabelecido, onde aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em homens com idade de 65 anos ou mais.

A história familiar e a pele negra também estão entre os fatores de risco, embora o segundo possa se dever a diferenças no estilo de vida. Algumas dietas vêm sendo associadas a risco ou à proteção. Esse tipo de câncer, no ano de 2013, foi a segunda causa de mortalidade por neoplasia no sexo masculino, com um total de 14,06 óbitos por cem mil homens, ficando atrás apenas do câncer de traqueia, brônquios e/ou pulmões, com 16,12 óbitos a cada cem mil homens (MODESTO MAD, et al., 2018).

Já entre as mulheres a frequência de casos de câncer de colo do útero é a segunda mais freqüente, vindo imediatamente após o câncer de mama (BRASIL, 2015). Entretanto, é um câncer com possibilidade de diagnóstico e detecção precoce de lesões precursoras, através de um exame simples e gratuito (ATTY ATM e TOMAZELLI JG, 2018).

De acordo com o INCA (2017), a radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada.

As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de ADN. A morte celular pode ocorrer então por variados mecanismos, desde a inativação de sistemas vitais para a célula até sua incapacidade de reprodução.

No contexto da radioterapia, o controle da dor durante o tratamento também coloca um desafio especial. Os pacientes submetidos à radioterapia podem experimentar diferentes situações previsíveis de dor. Isto pode ocorrer devido à necessidade de os manterem imobilizados durante a sessão de radioterapia, à necessidade de usar uma máscara de contenção para os casos de câncer de cabeça e pescoço, dor de garganta causada por mucosite, defecação depois do desenvolvimento da proctite ou a dor súbita durante a noite, ocasionando distúrbios do sono.

Os efeitos colaterais mais comuns da radioterapia incluem cansaço, dor abdominal, ou intestino solto, além de náuseas e vômitos. Em nível local, a radioterapia pélvica pode provocar um efeito cicatricial na vagina, ou seja, pode ocorrer um estreitamento da vagina (estenose vaginal), que torna a relação sexual dolorosa. A secura vaginal e as relações sexuais dolorosas também são efeitos colaterais a longo prazo da radioterapia (GAYOSO OL, et al., 2015).

A dose total de radiação terapêutica externa varia dependendo da indicação. Pacientes que recebem radioterapia têm uma série de complicações, entre as quais se destacam a mucosite e dermatite de radiação, e fenômenos agudos que causam às vezes descontinuação do tratamento (GONZÁLVES YM, et al., 2015).

Vale a pena mencionar que a resposta clínica da radioterapia está relacionado a radiosensibilidade e resistência das células alvos, que está associada à atividade clonogênica das linhagens em estudo e sua sensibilidade à radiação. Quanto mais indiferenciado e proliferativo o tecido, mais sensível à radiação, e no outro extremo, quanto mais diferenciado e estável o tecido, mais resistente (FALCÃO PL, et al., 2015).

A quimioterapia é um método de tratamento que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos e é utilizada no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Especificamente quando aplicada ao câncer, ela é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral (INCA, 2017).

O primeiro quimioterápico que foi desenvolvido utilizava o gás mostarda, muito empregado nas duas grandes Guerras Mundiais como arma química. Devido à exposição de soldados a este agente, puderam observar que eles desenvolveram hipoplasia medular e linfóide, o que culminou com o seu uso no tratamento de linfomas malignos.

A partir da publicação dos estudos clínicos, em 1946, feitos com o gás mostarda e das observações sobre os efeitos do ácido fólico em crianças com leucemias, foi verificado um avanço crescente da quimioterapia antineoplásica. Na atualidade, quimioterápicos mais ativos e menos tóxicos já se encontram disponíveis para uso na prática clínica.

Os avanços que foram verificados nas últimas décadas na área da quimioterapia antineoplásica facilitaram consideravelmente a aplicação de outros tipos de tratamento de câncer e permitiram maior número de curas (INCA, 2017).

Ainda segundo o INCA (2017), como recurso terapêutico, a quimioterapia pode ser associada com procedimentos cirúrgico e com a radioterapia. De acordo com a sua finalidade, a quimioterapia é classificada em: 1) Curativa: quando é utilizada com o objetivo de se controlar o tumor. Ex: doença de Hodgkin, leucemias agudas, carcinomas de testículo, coriocarcinoma gestacional, entre outros; 2) Adjuvante: quando ocorre após um procedimento cirúrgico curativo, objetivando esterilizar células residuais locais ou circulantes, promovendo uma diminuição da incidência de metástases à distância. Ex: câncer de mama operado em estágio II; 3) Neoadjuvante ou prévia: indicada para a obtenção de redução parcial do tumor, visando uma complementação terapêutica com a cirurgia e / ou radioterapia. Ex: quimioterapia pré-operatória em sarcomas de partes moles e ósseos; 4) Paliativa: não tem finalidade curativa. É utilizada objetivando-se uma melhora na qualidade da sobrevivência do paciente. Ex: quimioterapia indicada para carcinoma indiferenciado de células pequenas do pulmão.

Cabe destacar a importância epidemiológica do câncer e a sua amplitude como problema de saúde pública, exigindo políticas que visem a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (ATTY ATM e TOMAZELLI JG, 2018).

O câncer é uma das mais importantes causas de óbitos em todo o planeta e sua incidência vem aumentando em escala global. Observadas conjuntamente, as projeções estatísticas nos permitem delinear uma população cada vez mais velha afetada pelo câncer, o que vai exigir dos gestores em saúde políticas específicas, abordando os vários tipos de câncer mais prevalentes, como as neoplasias mamárias nas mulheres e o câncer de próstata nos homens.

Apesar da crescente incidência dos casos de câncer que acompanha o envelhecimento da população, apenas uma pequena parte dos pacientes idosos tem acesso a benefícios como serviços de saúde de qualidade, inclusive para prevenção, informação e rastreamento clínico (SANTOS MA, 2017).

Assim, é fundamental a melhoria da comunicação equipe-paciente-família, objetivando uma adequada intervenção psicológica nas situações de crise, sendo também necessário oferecer os cuidados centrados no paciente (SANTOS MA, 2017).

CONCLUSÃO

As mulheres mais acometidas pelo câncer estão entre 41 e 70 anos de idade e os homens entre 51 a 80 anos. Corroborando com as estatísticas nacionais, o câncer de próstata está entre os principais nos pacientes do gênero masculino e o de mama entre as pacientes do gênero feminino. Sabendo que o câncer pode ser uma doença de evolução lenta, o diagnóstico precoce, associado à educação em saúde é um dos fortes aliados no combate às patologias e numa melhora do prognóstico. Compreender a relação que existe entre a educação em saúde e a prevenção do câncer, pensando numa perspectiva inter e pluridisciplinar, onde o trabalho em equipe é, sem dúvida, um elemento imprescindível ao desenvolvimento da atividade “educar em saúde”.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE JOM, et al. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015; 18(4): 894-905.
2. ANDREOTTI M, et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Caderno de Saúde Pública*, 2006; 22(3): 543-552.
3. ATTY ATM, TOMAZELLI JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Revista Saúde e Debate*, 2018; 42(116): 225-236.
4. BARBOSA IR, et al. Tendência das taxas de mortalidade pelas dez principais causas de óbitos por câncer no Brasil, 1996-2012. *Revista Ciência Plural*, 2016; 2(1): 03-16.
5. BAZOTTI A, et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2016; 21(1): 45-52.
6. BRANCO IMBHP. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas da Enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 2005; 14(2): 246-249.
7. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Tipos de Câncer*. 2019.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2018*. Brasil, 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estatísticas de Câncer*. Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2019. Data da consulta: 15/08/19.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil: resenha por Taís Facina*. Rio de Janeiro, 2014.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Ministério da Saúde amplia tratamento para câncer renal*. Rio de Janeiro, 29 de abril de 2019.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. INCA, Rio de Janeiro, 2014.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. INCA, Rio de Janeiro, 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Quimioterapia*. INCA, Rio de Janeiro, 2017.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Ministério da Saúde amplia tratamento para câncer boca e laringe*, 2019. INCA, Rio de Janeiro, 2019.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estatísticas de Câncer 2019*. INCA, Rio de Janeiro, 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil*. 2015.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Câncer: a informação pode salvar vidas*. 2017.
19. *Câncer de Pênis*. Hospital de Câncer de Barretos, 2011.
20. CURADO FJA, et al. Nuevos patrones epidemiológicos y factores de riesgo en cáncer renal. *Actas Urológicas Españolas*, v. 33, n. 5, p. 459-467, 2009.
21. DIAS LP. Avaliação da associação do plasma rico em plaquetas (PRP) e Bacillus Calmette Guérin (BCG) para o tratamento do câncer de bexiga. Recurso online (60 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2017.
22. FALCÃO PL, et al. Aumento de viabilidade de clones radiosensível (PBMC) e resistente (MDA-MB-231) na cobaltoterapia em taxa de dose reduzida. *Revista Radiologia Brasileira*, São Paulo, 2015; 48(3): 158-165.
23. FILHO VW, et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis*, 2008; 18(3): 427-50.
24. FREIRE MEM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista Texto e Contexto em Enfermagem* (online), 2018; 27(2): e5420016.
25. GALBIATTI ALS, et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. *Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia*, 2013; 79(2): 239-247.
26. GAYOSO OL, et al. Dolor irruptivo oncológico inducido por radioterapia: es posible optimizar su tratamiento? *Revista da Sociedade Espanhola de Dor*, Madrid, 2015; 22(4): 159-164.
27. GONÇALVES IR, et al. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2008; 13(4): 1337-1342.
28. GONZÁLES YM, et al. Radioterapia en el adulto mayor con carcinoma avanzado de cabeza y cuello. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, Camaguey, 2015; 19(3): 238-246.
29. LEITE MAC, et al. Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service. *Revista Rene*, 2015; 16(1): 38-45.
30. MIGOWSKI A, SILVA GA. Survival of patients with clinically localized prostate cancer. *Revista Saúde Pública*, 2010; 44(2): 344-352.
31. MODESTO MAD, et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 2018; 22(64): 251-262.
32. PANIS C, et al. Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. Instituto Israelita de Estudo e Pesquisa Albert Einstein, 2018.
33. PERES AC. *Radis Comunicação e Saúde: Câncer, um raio x atualizado da doença*. Rio de Janeiro: Ensp, 2015; 155: 16-21.
34. PERES AC. *Radis Comunicação e Saúde: Mamirauá luta por saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 2019; 201: 26-31.
35. PIACENTINI AB, MENEZES H. Recentes aspectos sobre a biologia do câncer e das metástases. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2012; 5(3): 593-604.
36. RODRIGUES JSM, FERREIRA NMLA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer no interior paulista: conhecer para intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2010; 56(4): 431-441.
37. SANTOS MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(9): 3061-3075.
38. THULER LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2008; 30(2): 216-218