



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CANCER OROFACIAL NO ESTADO DO TOCANTINS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF OROFACIAL CANCER IN THE STATE OF TOCANTINS

Amanda Carvalho Cavalcante¹

Mayara Ingrid Silva Oliveira¹

Dr.Ronyere Olegário de Araújo²

¹ Acadêmica de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² Professor titular do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

RESUMO

Introdução: O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil, essencialmente por dois aspectos: o acréscimo da incidência e da mortalidade, medido ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. Dentre os tipos de câncer mais frequente em todo o mundo, o de cabeça e pescoço ocupa a sexta posição, representando cerca de 3% de todas as neoplasias no Brasil e no mundo. **Objetivo:** Verificar o perfil epidemiológico dos casos de câncer orofacial no estado do Tocantins. **Metodologia:** Os dados utilizados neste trabalho foram submetidos a uma análise descritiva, na qual pode ser observado as principais regiões da face onde a patologia tem mais incidência, principais municípios tocaninenses referências para o tratamento de câncer facial e o índice de mortalidade por sexo e idade. **Resultado e Discussão:** Os resultados observados ressaltam que a região da face que é mais acometida por neoplasias é a glândula da parótida. Adicionalmente, o sexo masculino apresentou maior incidência de mortalidade, com destaque para a faixa etária dos 40 aos 79 anos. **Conclusão:** O perfil epidemiológico do câncer orofacial do Estado do Tocantins é composto predominantemente por pacientes do sexo masculino, entre a faixa etária dos 40 aos 79 anos. Estas informações são de extrema relevância para conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes tocaninenses com câncer orofacial, para que se possam detectar possíveis variações no comportamento da doença, direcionar as atividades de promoção e prevenção em saúde, e promover o diagnóstico precoce, visando um tratamento mais efetivo para a população.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico. Câncer. Orofacial.

ABSTRACT:

Introduction: Cancer is recognized as a public health problem in Brazil, essentially due to two factors: increased incidence and mortality, as measured by population growth, population aging and socioeconomic development. Among the most frequent types of cancer worldwide, head and neck occupy the sixth position, representing about 3% of all neoplasms in Brazil and worldwide. **Objective:** To verify the epidemiological profile of cases of orofacial cancer in the state of Tocantins. **Methodology:** The data used in this study were subjected to a descriptive analysis, in which the main regions of the face where the pathology is most prevalent can be observed; the main municipalities of Tocantins refer to the treatment of facial cancer and the mortality rate by sex and age. **Results and Discussion:** The results show that the region of the face that is most affected by neoplasias is the parotid gland. In addition, the male sex had a higher mortality rate, especially the age group from 40 to 79 years. **Conclusion:** The epidemiological profile of orofacial cancer in the State of Tocantins is predominantly composed of male patients aged 40 to 79 years. This information is extremely relevant in order to know the epidemiological profile of Tocantins' patients with orofacial cancer, so that they can detect possible variations in the behavior of the disease, direct health promotion and prevention activities, and promote early diagnosis, aiming at a more Effective for the population.

Keywords: Epidemiological profile. Cancer. Orofacial.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil, essencialmente por dois aspectos: o acréscimo da incidência e da mortalidade, medido ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. E ainda, o desafio que isso importa para o sistema de saúde no sentido de garantir o acesso efetivo da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (OLIVEIRA et al.,2011).

Dentre os tipos de câncer mais frequente em todo o mundo, o de cabeça e pescoço (CCP) ocupa a sexta posição, representando cerca de 3% de todas as neoplasias (INCA, 2014, SANTOS et al.,2014). Destes, 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe e 20% nos demais sítios anatômicos, incluindo as glândulas

salivares (INCA, 2014). No ano de 2015, ocorreram cerca de 300 mil casos novos de câncer de boca e 145 mil óbitos por esta causa (INCA 2015).

O esboço das neoplasias malignas da boca e estruturas contíguas compõe objeto relevante na odontologia devido à acuidade que o cirurgião-dentista concebe no diagnóstico e tratamento destas lesões. Ainda que os cânceres não sejam a maioria das condições patológicas atendidas, são de grande impacto, porque colocam em risco a saúde e a vida do paciente (SCULL., 2012).

No Brasil, a incidência de câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino e entre os oito mais recorrentes no sexo feminino. Estimou-se 15.290 casos novos do câncer de boca, no Brasil, em 2015, sendo 11.280 em homens e 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2015, CAMPOS, LEITE, 2010). As localizações mais comuns do câncer de boca são terço anterior de língua, lábios, assoalho bucal e palato duro.

Apesar da gravidade da doença, a detecção precoce, por meio de exame clínico dos tecidos da boca, pode descobrir anormalidades potencialmente malignas, que em estágios iniciais, possibilita um tratamento menos agressivo e melhor prognóstico (VILELA et al., 2015).

No Brasil, a língua é a estrutura com maior ocorrência desses cânceres, com 32% dos casos, seguidos da orofaringe (18,5%) e do assoalho de boca (12,4%), sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais frequente (MELO et al., 2010).

Os fatores que reconhecidamente aumentam tal risco são: tabagismo – os indivíduos tabagistas apresentam um risco vinte vezes maior de desenvolver câncer de boca, quando comparados aos indivíduos que nunca fumaram; alcoolismo – o álcool atua como importante coadjuvante na gênese de vários cânceres; dieta – dieta pobre em vitaminas e sais minerais está relacionada a um risco aumentado de câncer de boca; fatores hereditários; imunossupressão; infecção – infecção causada por alguns tipos de vírus, como o papiloma vírus humano (HPV) e o vírus Epstein-Barr (EBV) pode estar associada ao desenvolvimento do câncer bucal (INCA, 2015).

O exame físico cuidadoso da boca favorece a identificação de lesões precursoras e/ou iniciais desta patologia, embora exames complementares sejam necessários, como a biópsia, para conclusão diagnóstica.

No entanto, no Brasil o índice de identificação de lesões malignas iniciais na boca é muito baixo, correspondendo a menos de 10% dos casos diagnosticados. Embora a boca permita um acesso fácil ao exame visual, a maioria dos carcinomas da boca não são diagnosticados até que sejam sintomáticos. Neste momento, são maiores que 2 cm e com metástase regional para linfonodos já tendo ocorrido em 50% dos casos.

O tratamento do câncer bucal é uma escolha entre a cirurgia, radioterapia e quimioterapia ou associação entre eles, dependendo de fatores como o local do tumor, estágio, tratamentos prévios, histopatologia e idade do paciente (OLIVEIRA et al., 2011).

As taxas de mortalidade representam o principal indicador da situação de saúde de uma sociedade. De forma geral, as neoplasias malignas representam uma importante causa de morbidade e mortalidade dentre as doenças crônico-degenerativas, estimulando a produção científica e o com isso, o desenvolvimento de ações específicas para o seu controle pelos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

O câncer de boca compreendendo doenças do lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e faringe (CID-10 C00.0 a C14.8)^{1,7} têm o seu desenvolvimento associado a fatores extrínsecos ou ambientais. Os fatores intrínsecos envolvem tabagismo, etilismo, dietas pobres em vegetais, exposição à luz ultravioleta, infecção viral, má-higiene bucal e os intrínsecos, referentes ao indivíduo como idade, raça, sexo, mutações espontâneas e/ou herdadas. A grande prevalência da doença está relacionada à ação de agentes físicos e químicos com potencial mutagênico, sendo que dentre eles a combinação de tabaco com o consumo de bebidas alcoólicas é a causa de cerca de 65% a 90% das neoplasias bucais. (MELO et al., 2010).

Apesar de os possíveis fatores de risco já serem de amplo conhecimento, o índice de diagnóstico precoce de lesões malignas na boca é muito baixo,

correspondendo a menos de 10% dos casos diagnosticados. Alguns estudos sugerem que o diagnóstico tardio ocorre em função da desinformação da população, do despreparo dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dessas neoplasias e da falta de programas odontológicos preventivos de abrangência nacional (AVI; TANIMOTO; QUEIROZ et al., 2010).

Desta forma, este trabalho tem como objetivo verificar o perfil epidemiológico do índice de câncer orofacial no estado do Tocantins registrados entre os anos de 2002 à 2012.

3 METODOLOGIA

As análises dos dados deste trabalho foram voltadas para o enfoque descritivo.

O banco de dados utilizados neste trabalho estava composto por índices de mortalidade por câncer bucal no Estado do Tocantins entre os anos de 2002 a 2012.

Estes dados foram disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e nos CEO – Centro Especializado em Odontologia.

Os resultados da análise descritiva dos dados foram apresentados através de tabelas e gráficos e interpretados por meio de textos explicativos bem como na discussão dos resultados.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados iniciais evidenciaram que no Estado do Tocantins a região da face que é mais acometida é a glândula parótida (Figura 01) seguidos pelo câncer no assoalho da boca. Em relação aos pacientes, observa-se na Figura 02 maior índice de mortalidade entre os homens na faixa etária entre 40 e 79 anos.

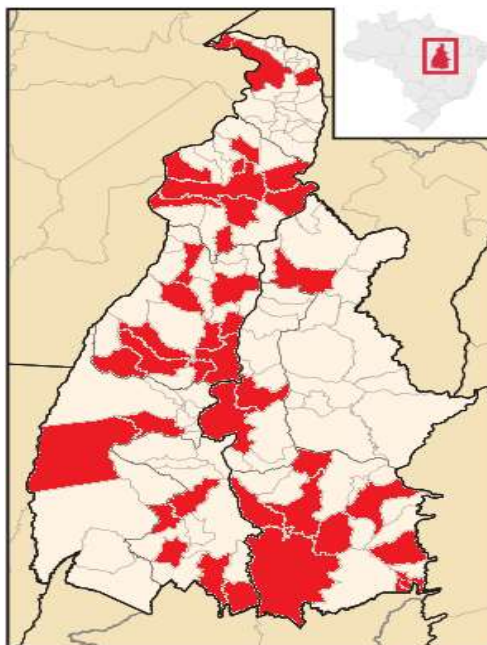


Figura 1 – Mapa do Estado do Tocantins com destaque para os municípios que registraram óbitos decorrentes de câncer orofacial entre os anos de 2002 a 2012. Fonte: (OLEGARIO, 2017)

Os resultados iniciais evidenciaram que no Estado do Tocantins os municípios que teve óbitos foram Abreulândia com 1 óbito , Alvorada 1 óbito, Araguaína 16 óbitos, Araguatins 1 óbito, Babaçulândia 1 óbito (Figura 1). A região da face que é mais acometida é a glândula parótida (Figura 2) seguida pelo câncer no assoalho da boca. Em relação aos pacientes, observa-se na (Figura 3) maior índice de mortalidade entre os homens na faixa etária entre 40 e 79 anos.

O resultado explica a predisposição dos homens a ser mais acometido pela doença devido ao habito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas ser exposto mais ao sol devido algumas profissões e a justificativa que mulheres procuram mais atendimento médicos em relação aos homens. De acordo com Oliveira et al., (2011) o maior índice de doenças em homens que não procuram assistência médica e odontológica .

A figura 2 ilustra a porcentagem das regiões orofacial mais acometida por neoplasias sendo que: 23% acomete a região da glândula parótida, 20 % assoalho da boca , 12% a orofaringe, 11% amígdalas, 11% em outras partes da boca, 8% palato, 7% base da língua , 4% outras partes da língua.

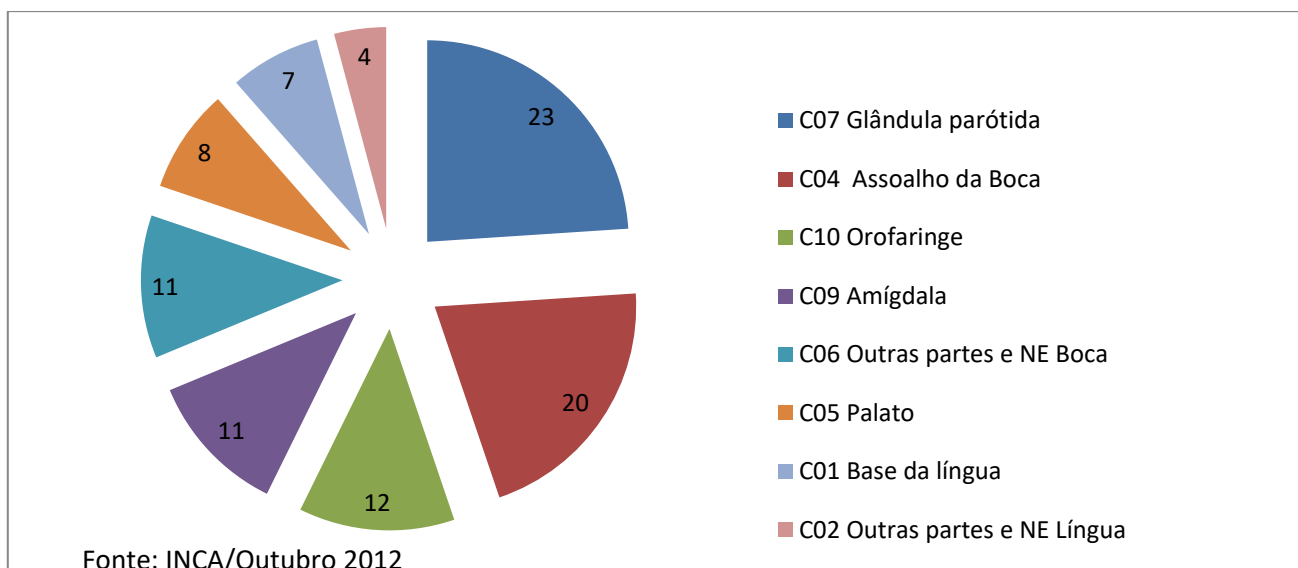


Figura 2 – Região Facial mais acometida por neoplasias.Fonte:(OLIVEIRA,2017)

Os óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/Departamento de Informática do SUS – DATASUS), Ministério da Saúde, referentes a 1991-2002 demonstram que as mortalidades proporcionais por câncer oral, dentre o total das neoplasias, se mantiveram entre 1,80% e 2,55%. Tais porcentuais oscilaram em todas as capitais brasileiras, sendo a maior predominância no sexo masculino, que é responsável por 73% dos óbitos ocorridos. Os coeficientes de mortalidade para o sexo masculino se mantiveram entre 3,73 e 4,12 (por 100 mil habitantes) enquanto que para o feminino eles se conservaram entre 0,75 e 1,07. (BORGES et al., 2009).

A figura 3 demonstra o número de óbitos por idade e sexo no Estado do Tocantins, sendo que o índice de mortalidade nas idades entre 20 a 29 anos para homem foi de um e um para mulher, 30 a 39 anos homens 1 e mulher 0, 40 a 49 anos homens 9 mulher 0, 50 a 59 anos homens 13 mulheres 6, 60 a 69 anos homens 17 mulheres 5, 70 a 79 anos homens 14 mulheres 9, 80 anos ou mais homens 5 e 4 mulheres.

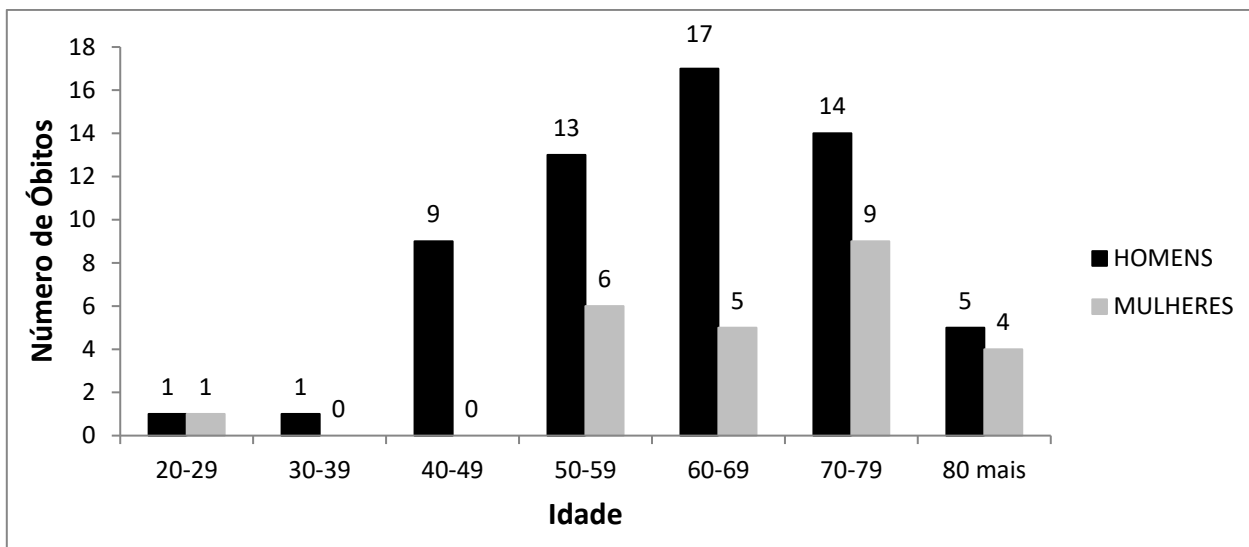


Figura3 – Número de óbitos por câncer do lábio e da cavidade oral no Estado do Tocantins entre os anos de 2002a2012.Fonte:(OLIVEIRA,2017)

5- CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico do câncer orofacial do Estado do Tocantins é composto predominantemente por pacientes do sexo masculino, entre a faixa etária dos 40 aos 79 anos. Estas informações são de extrema relevância para conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes tocantinenses com câncer orofacial, para que se possa detectar possíveis variações no comportamento da doença direcionarem as atividades de promoção e prevenção em saúde, e promover o diagnóstico precoce, visando um tratamento mais efetivo para a população.

REFERÊNCIAS

AVI, ANLO, TANIMOTO, HM, QUEIROZ, CDS et al. Neoplasia de boca e orofaringe: estudo transversal da Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. **RevOdontol UNESP**. 2012; 41(4): 273-280

BORGES, DM et al. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):321-327, fev, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet] [citado em 2011 Ago]. [Acesso em 2017]. Disponível. <http://www.datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil [acesso em 2017]. Disponível em: WWW.INCA.GOV.BR

CAMPOS RJDS, LEITE ICG. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. **Rev CEFAC**. [S.L], 2012;12(4):671-7

CROCCO, M. A., GALINARI, R., SANTOS, F., LEMOS, M. B. & SIMÕES, R. **‘Metodologia de identificação de aglomerações produtivas locais’**, Nova Economia, [S.L], 16(2), 211–241. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estatísticas do câncer [citado em 2012 Mar 16]. [Acesso em 2017], Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.

LUCIO, PSC. et al., Câncer ora: caracterização da produção científica em odontologia do Brasil nos últimos cinco anos. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 280-284, set./dez. 2012

MELO L; SILVA MC; BERNARDO JMP; MARQUES EB; LEITE ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 27-33, jan./mar. 2010

NARVA, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária a bucolidade. **Rev Saúde Pública** 2006;40(N Esp):141-7

OLIVEIRA; S.G; DE MOURA; F.R; DEMARCO; F.F; NASCENTE, P.S; PINO; F.A.; LUND; R.G. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. **J. Ethnopharmacol.** 140, 428–437, 2011

VILELA MB; BONFIM C; MEDEIROS, Z. et al. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.** [S.L] 20015;8(4):445.

ZEIDLER, SLV. Relação entre condição bucal precária e carcinoma de células escamosas oral e orofaríngeo. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.42, n 2, p. 77-82, [S.L] Abril / Maio / Junho 2013