

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA MOLECULAR
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA
PARAÍBA ENTRE 2006 E 2011**

João Pessoa – PB

2012

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA PARAÍBA
ENTRE 2006 E 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharelado do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal da Paraíba.

PROFESSOR ORIENTADOR:
Prof. Dr. Ideltônio José Feitosa Barbosa

João Pessoa – PB
2012

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA PARAÍBA
ENTRE 2006 E 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharelado do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal da Paraíba.

PROFESSOR ORIENTADOR:

Prof. Dr. Ideltônio José Feitosa Barbosa

Aprovado em: _____ de _____ de _____

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA PARAÍBA ENTRE 2006 E 2011

Monografia aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, pela seguinte banca examinadora:

Dr. Ideltônio José Feitosa Barbosa
(Orientador)

Dr. Arnaldo Correia de Medeiros
(Examinador)

Dr.^a Hilzeth de Luna Pessoa
(Examinador)

Dr.^a Maria do Socorro Vieira Pereira
(Examinador)

Ms. Fábio Formiga Nitão
(Examinador)

João Pessoa
2012

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA PARAÍBA
ENTRE 2006 E 2011

“Adquire sabedoria, adquiere inteligência, e não te esqueças nem te apartes das palavras da minha boca. Não a abandones e ela te guardará; ama-a e ela te protegerá”.

Pv. 4:6 - 7

ANDEILMA FERNANDES DE LIMA

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA PARAÍBA
ENTRE 2006 E 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, eterno Pai, por guiar meus passos e me permitir mais essa conquista.

Agradeço a meu esposo Clemlison, por seu amor, afeto e incentivo na finalização de mais esta etapa.

Agradeço aos meus pais Derivaldo e Socorro, pelos ensinamentos que sempre farão parte de mim; a meus irmãos Anderson e Anderlane, cunhada Dani e sobrinhos João e Júlia por se fazerem presentes sempre, não importando o momento.

Agradeço àquele sem o qual este trabalho não teria sido concluído, *meu professor e amigo Ideltônio José Feitosa Barbosa*, pelas ligações de incentivo, depois de meses sem lhe dá notícias, pelas conversas e orientações e pelo espelho de profissional que é para mim.

Agradeço também à Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, ao Instituto Nacional do Câncer pelos dados cedidos e pelo préstimo no atendimento.

Enfim agradeço a todos que direta/indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.

Meu muito obrigada, que Deus abençoe cada um de vocês!

Resumo

Este trabalho discute dados sobre a mortalidade no Estado da Paraíba, destacando o índice de mortes por neoplasias, em especial a neoplasia da mama, através do índice de óbitos e das estimativas de câncer do INCA, relacionando o grau de incidência e número de óbitos com o objetivo de avaliar o índice da mortalidade por câncer de mama entre os anos de 2006 a 2011, no Estado da Paraíba. Para isso, faz-se uso de dados coletados na Secretária de Saúde do Estado da Paraíba e no Sistema de Informação sobre Mortalidade, analisando-os e correlacionando-os com a estimativa do INCA. Podendo, a partir desta análise, observar que as principais neoplasias que levam a óbitos em nosso Estado estão no rol das mais incidentes nos estudos desenvolvidos pelo INCA e que o câncer de mama está entre as doenças que mais acometem brasileiros e que mais geram óbitos na Paraíba, tanto em homens quanto em mulheres, nestas com maior frequência entre as de 40 – 49 anos, mas também nas jovens entre 20 – 29 anos, de modo que ações de prevenção devem sim focar as mulheres entre 40 e 49 anos já que são as mais acometidas, contudo não se deve desconsiderar as jovens e os homens, que são excluídos das campanhas de prevenção, mas não são excluídos da doença.

Palavras-chave: Câncer de Mama, Mortalidade e Prevenção.

Abstract

This work brings up data on mortality in the state of Paraíba, highlighting the cancer death rate, giving a special focus to breast cancer, through the rate of deaths and the INCA's cancer estimates, relating the degree of incidence and the number of deaths with the objective of evaluate the breast cancer mortality rate in the years 2006 to 2011, in Paraíba. For this, is used data collected in the Secretary of Health of Paraíba State and in the Mortality Information System, analyzing and correlating them with the estimate of INCA. Being able, from this analysis, observe that the main cancers that lead to deaths in our state, are on the list of most incidents in the studies developed by INCA, and that the breast cancer, is among the illness that mos affect Brazilians and generates more deaths in Paraíba, both men and women, in these ones most frequently between 40-49 years old, but also in young people aged 20 - 29 years old, so that preventive actions should rather focus on women between 40 and 49 years since they are the most affected, however should not disregard the young person and men, who are excluded from prevention campaigns, but not excluded from the disease.

Keywords: Breast Cancer, Mortality and Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 BREVE HISTÓRICO.....	17
3.2 TIPOS DE NEOPLASIA.....	20
3.2.1 Câncer de Pulmão.....	20
3.2.2 Câncer de Estômago.....	21
3.2.3 Câncer de Colo do Útero.....	21
3.2.4 Câncer de Próstata.....	22
3.2.5 Câncer de Cólon e Reto.....	22
3.2.6 Câncer de Pele.....	23
3.2.7 Câncer de Mama.....	24
3.3 DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E PREVENÇÃO.....	25
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 TIPOS DE ESTUDO.....	28
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	29
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	29
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
7 REFERÊNCIAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu no intuito de trazer à tona dados sobre a mortalidade no Estado da Paraíba, destacando o índice de mortes por neoplasias, dando um enfoque especial ao câncer de mama. Além de trabalhar com o índice de óbitos, viu-se a necessidade de correlacioná-lo com as estimativas de câncer desenvolvidas pelo INCA, traçando uma relação entre o grau de incidência e número de óbitos. Para tal, se faz necessário compreender o que vem a ser câncer, seu desenvolvimento e a compreensão atual sobre o mesmo.

Para Camargo (2000), o câncer é um distúrbio genético no qual se perde o controle normal do crescimento celular. A etimologia da palavra câncer está no latim, tem como significado caranguejo e foi utilizada possivelmente porque sugere a adesão a qualquer lugar.

Hoje o câncer claramente é compreendido como uma doença genética das células somáticas. No câncer, os mecanismos de segurança contra falhas que ocorrem para garantir que o número de células permaneça balanceado em relação ao organismo total estão subvertidos, e as células cancerosas se proliferam descontroladamente (GRIFFTS, 2001).

Apesar de ainda ser visto com “preconceito” por algumas pessoas da sociedade, é fato que, por ser um tema largamente tratado, a percepção do câncer hoje pela sociedade é bem ampla e os aspectos científicos são bem disseminados, de modo que na ciência a célula cancerosa já apresenta suas características definidas.

As células cancerosas são definidas por duas propriedades hereditárias: (1) reproduzem-se desobedecendo aos limites normais da divisão celular e (2) invadem e colonizam regiões normalmente destinadas a outras células. É uma combinação dessas duas atividades que faz com que o câncer seja particularmente perigoso (ALBERTS et al. 2010).

Nesta perspectiva uma célula anormal que se prolifera fora de controle dará procedência a um tumor, ou neoplasia. Todavia, desde que as células neoplásicas não se tornem invasivas, o mesmo é avaliado como benigno. Neste estágio é possível redimir o mesmo por meio de cirurgia da massa

tecidual. Mas há ainda a possibilidade de invasão por estas células anormais, dando origem à consideração de neoplasia maligna.

Para Alberts, (2010) um tumor é considerado um câncer apenas se for maligno, ou seja, se suas células tiverem adquirido a capacidade de invadir tecidos adjacentes. A invasividade é uma característica das células cancerosas que permite à célula maligna se desprender do tecido, penetrar a corrente sanguínea ou os vasos linfáticos e formar tumores secundários, denominados metástases.

O Ministério da Saúde em seu Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais (2011) utiliza várias classificações para as neoplasias, a mais utilizada leva em consideração dois aspectos básicos: o comportamento biológico e a histogênese. Na Tabela 1 abaixo o Manual apresenta as características diferenciais dos tumores de acordo com o comportamento biológico.

Tabela 1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIAIS DOS TUMORES

CRITÉRIO	BENIGNO	MALIGNO
Encapsulação	Frequente	Ausente
Crescimento	Lento	Rápido
	Expansivo	Infiltrativo
	Bem delimitado	Pouco delimitado
Morfologia	Semelhante a origem	Diferente
Mitose	Raras e típicas	Frequentes e atípicas
Antigenicidade	Ausente	Presente
Metástase	Não Ocorre	Frequente

Fonte: Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS.

É inquestionável a relevância desses aspectos, uma vez que os mesmos garantem um melhor reconhecimento e diferenciação entre as neoplasias malignas e benignas, porém há ainda outros pontos a serem considerados, são eles: a percepção global que este tema possui e as políticas a serem desenvolvidas.

Conhecido há muitos séculos, o câncer foi amplamente considerado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Contudo, há aproximadamente quatro décadas, a situação vem mudando, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos. Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento será observado em países de baixa e média rendas. (BRASIL, 2011)

O câncer se encontra entre as primeiras causas de morte do Brasil, na Região Nordeste, essa enfermidade ocupa o terceiro lugar, enquanto em todas as demais regiões, as neoplasias ficam em segundo lugar, logo após as doenças cardiovasculares (BRASIL, 1997).

Refletindo acerca destes dados apresentados pela OMS e INCA, visualizando o grau de incidências e mortes geradas pelas neoplasias, torna-se evidente a necessidade de divulgação destas informações para discussão no meio social e para promoção de ações preventivas.

“As estimativas, no Brasil para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino”. (BRASIL, 2011).

Ao concentrar a atenção na população feminina, verifica-se que, dentre as diferentes formas de câncer, o cérvico-uterino e o de mama constituíram nas principais causas de óbitos na população feminina de quinze anos ou mais (BRASIL, 1994; KULDELKA, VERSHRAGEN; KAVANAGH et al., 1997).

No Brasil, o câncer da mama feminina se constituiu na patologia maligna mais incidente na população e tem o seu quadro agravado pelo fato do

diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença (ABREU, 2002)

Com base nos dados do INCA (2011), o câncer de mama será o segundo maior em incidência na população feminina em 2012. Ficando para trás apenas pelo câncer de pele não melanoma, o câncer de mama apresenta uma estimativa de incidência de 53 mil novos casos.

Desse modo, há uma relevante importância em analisar os dados de incidência e de número de óbitos registrados pela neoplasia da mama no Estado da Paraíba, uma vez que esses dados de óbitos femininos e masculinos alertarão a comunidade no que se refere à busca de informações, a realizar exames periódicos que deem à população uma maior chance de “cura” e, conseqüentemente, uma redução no número de óbitos.

OBJETIVO

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Demonstrar a evolução da mortalidade por Câncer de Mama no Estado da Paraíba entre 2006 e 2011.

2.2 Específicos

- Avaliar os índices de mortalidade por neoplasias ocorridos no Estado da Paraíba;
- Demonstrar a relação estimativa de incidência/número de óbitos de algumas neoplasia, com enfoque na neoplasia da mama;
- Analisar comparativamente o número de óbitos por câncer de mama feminino de acordo com a faixa etária;
- Avaliar o número de óbitos por câncer de mama no sexo masculino.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO

O câncer encerra em sua história um estranho paradoxo relacionado ao fato de que, à medida que a medicina foi alargando os conhecimentos e desenvolvendo tecnologias cada vez mais poderosas contra seus nefastos efeitos, o pavor das populações em relação a ele também se ampliou. Durante muito tempo quase nada se sabia sobre a doença, e era nula a capacidade dos médicos em evitar o sofrimento e as mortes que causava. No entanto, o câncer era pouco percebido na sociedade, fazendo parte de um grande rol de mazelas que impingiam sofrimento e morte. (TEXEIRA, 2007)

Ainda segundo Teixeira (2007), a partir de meados do século XX essa situação começou a se transformar. Os promissores tratamentos surgidos, ainda no início do século, começaram a se sofisticar, se mostrando mais eficazes, ao mesmo tempo em que a prevenção pelo diagnóstico precoce entrou na ordem do dia da medicina.

O câncer destaca-se, pela sua taxa de mortalidade, mesmo em países desenvolvidos, o que gerou a necessidade de desenvolvimento de ações e políticas anticâncer.

Os números ascendentes na Europa e nos Estados Unidos determinaram, em 1920, no governo Epitácio Pessoa, a inclusão de propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira. Na prática, o Decreto nº 14.354, proposto por Carlos Chagas, incluía uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, no intuito da produção de medidas sanitárias eficientes. (BRASIL, 2006)

Sabemos que políticas com foco em medidas sanitárias são eficientes em muitas doenças, mas não é o principal meio profilático contra o câncer, a respeito deste cabe medidas de sensibilização da sociedade em relação à realização de exames regulares para prevenção dos diversos tipos de cânceres.

Neste aspecto, a promulgação da lei ordinária 11.664/2008 atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de ofertar, no caso das

mulheres, a realização de mamografia e assistência ginecológica periódica e acesso a serviços de saúde para prevenção e tratamento ao câncer de mama e ao câncer de colo do útero.

A natureza do câncer sugere que ela seja a doença do caos, o colapso da ordem biológica existente no corpo humano. Mais especificamente, a desordem observada no câncer deriva-se diretamente do mau funcionamento do controle que normalmente é responsável por determinar quando e onde as células ao longo do corpo irão se multiplicar (WEINBERG, 2008).

A citação acima corrobora, com o que foi afirmado anteriormente, a prevenção do câncer não está associado à melhoria do sistema sanitário, pois a mesma é uma doença de ordem biológica, onde as células entram em descontrole, de modo que é cabido como profilaxia à realização periódica de exames médicos, já que o processo de carcinogênese é algo lento e a prevenção e a rápida descoberta levam a uma maior chance de sucesso no tratamento.

As descrições de câncer e de célula cancerosa desenvolvidas durante a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX indicaram que tumores não eram nada mais que populações celulares normais com instinto assassino. Além disso, muitos tumores pareciam ser compostos, em grande parte, de descendentes de uma única célula que ultrapassou a barreira da normalidade para a malignidade e gerou bilhões de células descendentes que constituem essa massa neoplásica. (WEINBERG, 2008, pág. 54)

Um dos aspectos observados sobre o que promoveria estas alterações a nível celular e molecular estava atrelado a mutações, a possibilidade de que as neoplasias fossem consequência de ações mutagênicas desenvolvidas após exposição a fatores químicos e físicos foi levado em consideração na promoção da mutagênese.

Enquanto o estudo sobre as causas do câncer humano procedia, tornou-se visível que todos os compostos que são mutagênicos em células humanas provavelmente seriam também carcinogênicos. (WEINBERG, 2008)

Não é de hoje a associação de certos tipos de câncer e o estilo de vida da pessoa afetada, é evidente que a exposição específica está atrelado à possibilidade de desenvolvimento de tumores neoplásicos.

Baseado em Weinberg (2008), pode-se afirmar que alguns dos mais de 100 tipos de cânceres humanos parecem ter uma alta proporção de tumores que são causados por acidentes da natureza aleatórios e inevitáveis e, dessa forma, ocorrem com frequências comparáveis em várias populações humanas.

Falando-se à respeito de neoplasias há então de ser considerada a ação do meio, que pode atuar como mutagênico conforme discutido a pouco e a própria herança genética do indivíduo, vejamos o que Alvarenga, 2003 diz a respeito deste último:

As síndromes de câncer hereditário são afecções genéticas, nas quais neoplasias malignas tornam-se mais prevalentes em indivíduos de uma mesma família. Elas ocorrem por transmissão vertical (de uma geração para outra), por meio de um padrão de herança mendeliano bem definido, em geral do tipo autossômico dominante, ou seja, 50% de risco de transmissão para a prole em cada gestação, independentemente do sexo. Apresentam, também, elevada taxa de penetrância: o indivíduo portador da mutação tem um risco elevado de desenvolver lesões associadas à síndrome durante toda a vida. Algumas características estão associadas ao câncer hereditário, como: idade precoce ao diagnóstico, mais de uma neoplasia em um mesmo indivíduo, vários membros de uma mesma família apresentando a mesma neoplasia ou neoplasias relacionadas e múltiplas gerações acometidas. (ALVARENGA, 2003)

Sendo assim, outro aspecto que deve ser avaliado sobre a origem da doença está atrelado ao fator hereditário, os considerados genes tumorais ou as alterações em genes supressores de tumores com p21 e p53 bem como alterações no mecanismo de reparo celular. De modo que a identificação desses genes aumenta a possibilidade de diagnóstico e prevenção da doença atuando em ótica diferente, mas com os mesmos fins a que se propõem os exames preventivos.

Então de acordo com Weinberg (2008), os dois fatores contribuintes óbvios aqui são hereditariedade e meio ambiente. Diferentes populações humanas podem carregar alelos suscetíveis ao câncer em frequências bastante diferentes. De maneira alternativa, o meio ambiente onde esses indivíduos vivem pode contribuir fortemente para as taxas de incidência da doença. O ambiente, de maneira ampla, inclui tanto o ar quanto a água consumidos pelo organismo, assim como estilo de vida, por exemplo, a escolha da dieta, hábitos de reprodução e tabagismo.

Desse modo há aspectos atrelados ao desenvolvimento de neoplasias que fogem a ação humana, que como atitude colaborativa cabe à população garanti a realização dos exames preventivos periódicos, mas há atitudes voltadas ao estilo de vida de cada um que podem e devem ser repensados na perspectiva de evitar a promoção do câncer.

3.2 TIPOS DE NEOPLASIAS

O processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, em geral se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. (BRASIL, 2007).

Esse processo ocorre independente do tipo de local em que essa neoplasia surge, o fato é que o desenvolvimento de qualquer tipo de câncer tem como base o crescimento desordenado de células, nesta perspectiva observa-se a partir de agora características e dados das principais neoplasias que acometem a população mundial e em especial a brasileira.

3.2.1 CÂNCER DE PULMÃO

Segundo INCA (2010) o câncer de pulmão é o tipo mais comum de câncer no mundo. De acordo com a última estimativa mundial, ocorreram 1.200.000 casos novos no ano de 2000, sendo 52% em países desenvolvidos.

A ocorrência desse tipo de neoplasia, está atrelado em muitas vezes ao estilo de vida da pessoa, pois a prática do tabagismo ao longo de anos é fator determinante no desenvolvimento do mesmo.

Segundo dados do INCA (2010) de 80 a 90% deste tipo de câncer está associado ao fumo, e estudos epidemiológicos apontam como outros importantes fatores de risco para o câncer de pulmão: exposição ao asbesto, ao gás radioativo radônio e poluição do ar, assim como infecções pulmonares de repetição, deficiência e excesso de vitamina A.

De modo que maior parte de neoplasias de pulmão teriam sido evitadas com a escolha de hábitos de vida mais saudáveis e a não susceptibilidade a agentes carcinogênicos.

3.2.2 CÂNCER DE ESTÔMAGO

No ano de 2012, estimam-se, para o Brasil, 12.670 casos novos de câncer do estômago em homens e 7.420 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 7 a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2011).

Acredita-se que o desenvolvimento de câncer de estômago tenha uma relação com a infecção de estômago causada pela bactéria *Helicobacter pylori*. Há ainda uma consideração de que este tipo de câncer seja típico da população idosa, visto que ocorre com uma frequência maior em pessoas com mais de 50 anos, esta concepção traz um agravo aos jovens, pois o diagnóstico neles é dado tardiamente.

Para Brasil (2009) as estratégias para a prevenção do câncer de estômago incluem melhorias no saneamento básico, mudanças no estilo de vida da população, modificação do consumo alimentar (aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, redução do uso do sal, melhores métodos de conservação alimentar), bem como atitudes individuais como não fumar e manutenção do peso corporal.

3.2.3 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. (BRASIL, 2009).

Sabe-se que a infecção gerada pelos vários tipos de Papilomavírus humano (HPV) tem uma relação direta com a origem dessa neoplasia. Há também outros meios que favorecem o desenvolvimento deste tipo de neoplasia, como o fumo, o uso de anticoncepcionais, a variedade de parceiros sexuais e a promoção de relação sexual precoce, além do próprio vírus causador da Imunodeficiência Humana e a bactéria causadora da clamídia.

Segundo informações do Inca, na estimativa de 2010 até a década de 1990, o teste Papanicolau convencional constituiu-se na principal estratégia

utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero.

Muitas políticas de prevenção do câncer de colo de útero são desenvolvidas no intuito de levar as mulheres a uma maior sensibilização e acompanhamento de sua saúde.

3.2.4 CÂNCER DE PRÓSTATA

De acordo com a estimativa do Inca, para o Brasil, no ano de 2012, estimam-se 60.180 novos casos de câncer da próstata. Esses valores correspondem a um risco estimado de 62 novos casos a cada 100 mil homens. Nas regiões Sudeste (78/100 mil) e Nordeste (43/100 mil), o câncer da próstata é o mais incidente entre os homens.

Para Gomes *et al.* (2008), o aumento nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e aumento na expectativa de vida do brasileiro.

Desse modo, pode-se afirmar que a idade é um dos maiores fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de próstata. Sendo assim, o diagnóstico precoce bem como o tratamento desta enfermidade estão atrelados aos serviços médicos e ao hábito da procura médica na perspectiva preventiva.

3.2.5 CÂNCER DE CÓLON E RETO

Para o Brasil, no ano de 2012, esperam-se 14.180 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15 novos casos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2011).

O fator de risco mais importante para esse tipo de neoplasia é a história familiar de câncer de cólon e reto, a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes denominadas), assim como uma dieta com base em gorduras animais, baixas ingestas de frutas, vegetais e cereais, e ainda o consumo excessivo de álcool e o tabagismo. A prática de atividade física regular está associada a um baixo risco de desenvolvimento do câncer de cólon e reto; além disso, a idade também é considerada um fator de risco, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam proporcionalmente à idade. (BRASIL, 2008).

De modo que este tipo de neoplasia pode ter um bom prognóstico se diagnosticada precocemente.

3.2.6 CÂNCER DE PELE

O câncer de pele é uma doença perigosa, muito comum, causada por um motivo muito simples: a exposição ao Sol. A luz solar contém um tipo de radiação muito nociva à pele, chamada ultravioleta, um dos principais responsáveis por esse tipo de câncer. Ela causa uma transformação nas células da pele, que começam a multiplicar-se desordenadamente, formando o tecido cancerígeno (GUIMARÃES, 2002).

O INCA em sua estimativa para 2012, estima que para o Brasil no ano corrente ocorrerão 62.680 casos novos de câncer da pele não melanoma entre homens e 71.490 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 65 casos novos a cada 100 mil homens e 71 para cada 100 mil mulheres.

O câncer da pele, melanoma e não melanoma é a neoplasia de maior incidência em várias partes do mundo e também no Brasil, tal afirmativa pode ser feita com base nas estimativas realizadas pelo INCA, pois em todas elas esta neoplasia lidera, em número de incidência.

A informação mencionada não está restrita ao meio acadêmico, hoje os jornais, revistas e programas televisivos abordam o referido tema, de modo que é de livre acesso à sociedade, cabe a mesma sensibilizar-se a respeito dos

horários a serem respeitados para exposição ao sol, bem como para o uso de bloqueadores solar independente do local e horário.

3.2.7 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama apresenta como estimativa de incidência para o ano de 2012 o número de 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres, estes dados fornecidos pelo INCA nos mostra que esse é o tipo de neoplasia que mais tem acometido mulheres.

A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Contudo, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como, por exemplo, aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade, segundo mostram alguns estudos. (BRASIL, 2011).

O aparecimento de tumor na mama é o sintoma principal da doença, sendo esta a queixa principal, o qual, em mais de 70% das vezes, é descoberto casualmente pela própria paciente (ÁVILA et al, 2000).

Apesar de o prognóstico ser otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o diagnóstico de câncer de mama traz um intenso conflito psicossocial nos doentes e em seus familiares.

3.3 DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E PREVENÇÃO

O termo diagnóstico tem origem grega e está atrelado a “capacidade de discernir”, aplicado na medicina, o mesmo está voltado então para determinação de uma doença levando em conta seus sintomas e sinais. Desse modo, se um médico leva em consideração que seu paciente possa estar com câncer, ele pode lançar mão de diversos meios para diagnosticar, se a possibilidade cogitada é ou não uma realidade, entre eles estão a biópsia, o diagnóstico por imagem, a endoscopia, o exame de sangue e outros, sendo os mesmo usados isoladamente ou em conjunto. Diante do diagnóstico positivo de câncer, avalia-se o prognóstico.

O conhecimento dos fatores prognósticos é de fundamental importância na determinação dos programas terapêuticos. Uma terapia baseada em uma avaliação prognóstica possibilita a aplicação das diferentes modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer com a intensidade e a efetividade adequadas e individualizadas para aquele paciente específico. (ABREU, 2002).

Para Abreu (2002), os fatores prognósticos permeiam um amplo universo de condições de risco, incluindo desde variáveis como a idade da paciente no momento do diagnóstico, até complexas alterações genéticas mais recentemente identificadas. Segundo o mesmo, os novos fatores prognósticos surgidos na literatura ainda não tiveram comprovada a sua utilidade na prática clínica, sendo os fatores prognósticos considerados clássicos (tamanho do tumor, condição dos linfonodos axilares, tipo histológico e grau histológico) os mais correntemente utilizáveis na prática clínica oncológica.

Estes dois aspectos importantes da medicina, são fundamentais para o tratamento e o aumento da sobrevivência do paciente, mas o que devemos considerar antes de tudo é a prevenção, pois por meio desta, muito sofrimento pode ser evitado, ou ao menos reduzido, se estivermos tratando de um diagnóstico precoce.

Neste aspecto, a promoção de campanhas anticâncer é de extrema importância para a sociedade, e nos dias de hoje é perceptível o engajamento do Ministério da Saúde nesta política, pois campanhas são promovidas no intuito de alertar a população quanto a necessidade da realização de

acompanhamento médico e exames preventivos, no intuito de reduzir a incidência e aumentar as chances de cura. A sociedade deve estar atenta, as pesquisas e informações sobre câncer estão na mídia todos os dias, há agora a necessidade de engajamento na luta contra o mesmo e na superação deste, pois há vida depois do câncer.

Após expor informações sobre alguns dos mais diversos tipos de câncer que acometem a população brasileira, e sobre a necessidade da prevenção e/ou do diagnóstico precoce é necessário que toda a sociedade volte-se para esse mal que vem acometendo inúmeras pessoas tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Pois, a ação está voltada para maiores descobertas de como reduzir a incidência e como aumentar a expectativa de vida das pessoas que são acometidas pela mesma e não em se comportar como se a mesma não existisse, sendo ela uma realidade mundial.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia é a parte que informa os meios empregados na coleta de dados para posterior apresentação da pesquisa (Parras Filho e Santos, 2002). Neste aspecto vale relatar aqui que para promoção deste trabalho de pesquisa foram coletados dados de mortalidade no Estado da Paraíba entre os anos de 2006 e 2011, estes dados foram coletados utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e por dados fornecidos pela Secretária de Saúde da Paraíba (SEC – PB).

Para realizar uma pesquisa é preciso promover um confronto entre os dados, as evidências, as informações coletadas sobre determinado assunto e o conhecimento teórico acumulado a respeito dele (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

Assim, de mãos dos dados extraído por meio do SIM e SEC-PB, foram desenvolvidos gráficos comparativos avaliando-se a estatística de mortalidade por diferentes tipos de enfermidades e fatores, dando enfoque no índice de mortalidade por neoplasia e dentro desta gama, abordando com maior foco a mortalidade por neoplasia da mama, durante análise destes dados viu-se a necessidade de relacioná-los com as estimativas de incidência de neoplasias desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) no intuito de comparar estatisticamente a relação incidência/mortalidade.

Desse modo, no desenvolvimento do presente trabalho, o aspecto eficaz da estatística de proporcionar métodos inferenciais, que permitam conclusões que transcendam os dados obtidos inicialmente, são de fundamental importância no seu desenvolvimento, visto que a partir desta análise e da construção de gráficos que deem visibilidade aos mesmos e avaliando os principais levantamentos realizados pelo INCA a respeito da estimativa de câncer, houve o desenrolar desta pesquisa de base documental já que segundo Caulley apud Lüdke e Andre, 1986:38 a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse. E o aspecto referencial presente na utilização de informações da literatura para análise e compreensão dos mesmos.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa será censitária, a partir do Banco de Dados do Ministério da Saúde do Brasil onde a população é constituída por pacientes que entraram em óbito, com foco especial aos óbitos causados por câncer de mama nos anos entre 2006 e 2011 no Estado da Paraíba.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada com os dados cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba na cidade de João Pessoa.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio de documentação indireta a partir do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde, do Instituto Nacional de Câncer e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e computados de forma a produzir uma informação capaz de fornecer uma visão global da incidência de câncer, câncer de mama e o número de óbitos, devido o mesmo, existentes entre os anos de 2006 e 2011 no Estado da Paraíba.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram coletados na Secretária de Saúde da Paraíba (SEC – PB) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), já que o SIM corresponde a um sistema de dados de óbitos e o mesmo é alimentado pelas secretárias de saúde dos estados, o que neste caso foi realizado pela SEC – PB, responsável por operacionalizar esse sistema, usando como base a declaração de óbito, estes dados são administrados pelo Centro Nacional de Epidemiologia em cooperativa com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, podendo ser coletado na SEC – PB ou pela internet. Os dados coletados foram analisados comparativamente como as taxas de

incidência divulgadas pelo INCA bianualmente, posteriormente foram organizados e categorizados de acordo com a frequência de incidência e óbitos, levando como base princípios estatísticos, a partir desses dados foram produzidos tabelas e gráficos que permitiram uma melhor análise dos resultados obtidos, já que transcendem o aspecto descritivo ao garantir uma análise entre a possibilidade de ocorrência e a realidade dos óbitos.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo dados com seres humanos meu posicionamento levou em consideração as observâncias éticas preconizadas pela Resolução 196/96, da Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Garantindo aos sujeitos participantes do estudo o sigilo e a privacidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) é um sistema que permite aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade o acesso aos dados de maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças, a operacionalização do sistema é composta pelo preenchimento e coleta do documento padrão que corresponde à declaração de óbito, dados coletados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A base de dados nacional gerada é administrada pelo CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia) em cooperação com o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde).

A pesquisa demográfica realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é o parâmetro utilizado para avaliação dos registros de óbitos e nascimentos captados pelos sistemas SIM e SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos).

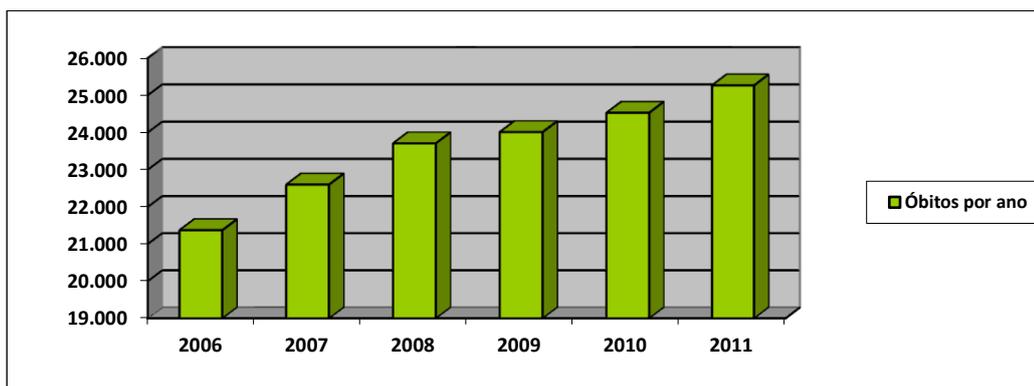
A partir desta avaliação o Estado da Paraíba apresentou progressivo aumento no envio de óbitos transferidos ao SIM dentro do prazo, atingindo a meta (80%) em 5 meses, dos 15 observados (em média 72,5%). Ainda assim o Estado permaneceu por quase todo o período abaixo da média nacional. (BRASIL, 2011).

Ciente da importância dos dados presentes neste sistema, foi realizada a extração de parte deles, com auxílio da SES-PB (Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba) e os dados obtidos analisados e discutidos com o auxílio de gráficos.

Inicialmente, é primordial observar o número de óbitos ocorridos na Paraíba entre os anos avaliados, para que tenhamos conhecimento da realidade decorrente de assassinatos, acidentes e enfermidades que levaram a óbito paraibanos entre os anos de 2006 e 2011, estes dados foram coletados pela SEC – PB, a partir dos óbitos registrados no sistema SIM.

O número de óbitos na Paraíba nos anos de 2006 a 2011, Gráfico 1, vem crescendo ao longo dos anos avaliados, atingindo em todo este período um total de 141.466 óbitos, salientado, que estes dados refere-se aos óbitos que foram registrados no sistema SIM, no referido período ou posteriormente, visto que o sistema SIM é atualizado quinzenalmente.

**Gráfico 1. Número de Óbitos - Paraíba
2006 - 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

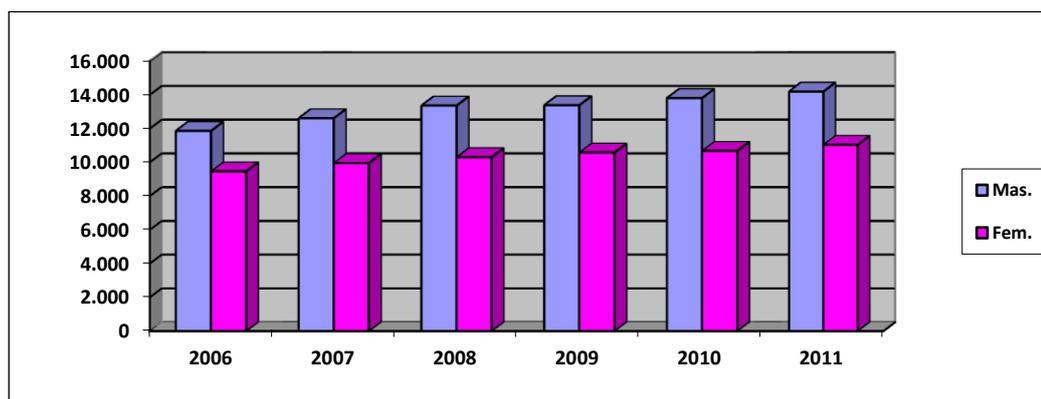
Do número de óbitos citados, a frequência de óbito do sexo masculino supera o do sexo feminino, Gráfico 2.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. (Figueiredo, 2005).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

Desse modo, percebe-se que a falta de iniciativa e ações que promovam a prevenção são vistas no gênero masculino com maior ênfase. Pois como podemos observar no gráfico abaixo, a mortalidade masculina supera a feminina com uma diferença de no mínimo duas mil mortes.

**Gráfico 2 - Frequência de Óbitos Masculino e Feminino – Paraíba
2006 – 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Em todos os anos avaliados (2006 a 2011) o número de óbito registrado pelo sistema SIM pode ser classificado em vinte e uma categorias que especificam a causa principal que levou o indivíduo a morte, destas vinte e uma, apenas duas categorias não obtiveram nenhum registro neste período.

No Gráfico 3, são enumeradas todas as categorias que obtiveram registro de óbito dentre o período analisado. Podemos observar que três delas apresentam maior índice. De modo que a maior responsável pelos óbitos são as Doenças do Aparelho Circulatório (IX), com 31% dos óbitos neste período, seguida por Neoplasias (II) com 13% dos óbitos e Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (XIX) com 11% dos óbitos. As demais categorias são identificadas pelo Quadro 2.

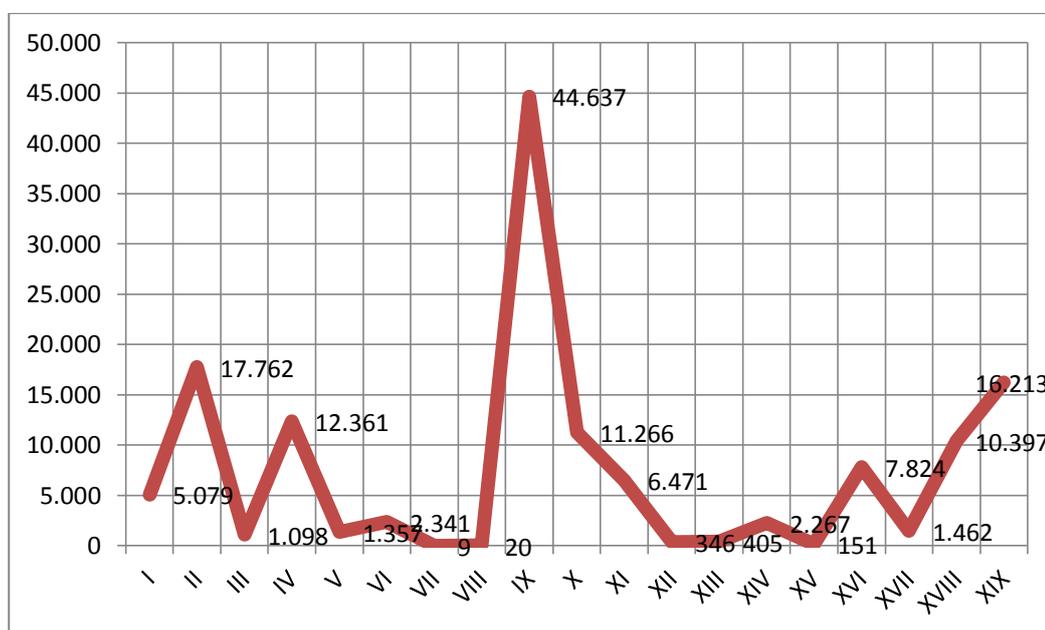
Quadro 2 – Causa e Número de Óbito – Paraíba 2006 a 2011

Nº	Causa do Óbito	Número de Óbito
I	Doenças Infecciosas e parasitárias	5.079
II	Neoplasia	17.762
III	Doenças do sangue, órgão hematopoiético e imunitário	1.098
IV	Doença endócrina, nutricional e metabólica	12.361
V	Transtornos mentais e comportamentais	1.357

VI	Doenças do Sistema Nervoso	2.341
VII	Doença do olho e anexo	9
VIII	Doença do ouvido e da apófise mastoide	20
IX	Doença do Aparelho circulatório	44.637
X	Doença do Aparelho respiratório	11.266
XI	Doença do Aparelho digestivo	6.471
XII	Doença da pele e tecido subcutâneo	346
XIII	Doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	405
XIV	Doença do Aparelho geniturinário	2.267
XV	Gravidez, parto e puerpério	151
XVI	Algumas infecções originada no período perinatal	7.824
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.462
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial; lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	10.397
XIX	Causas externas de morbidade e mortalidade	16.213

Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

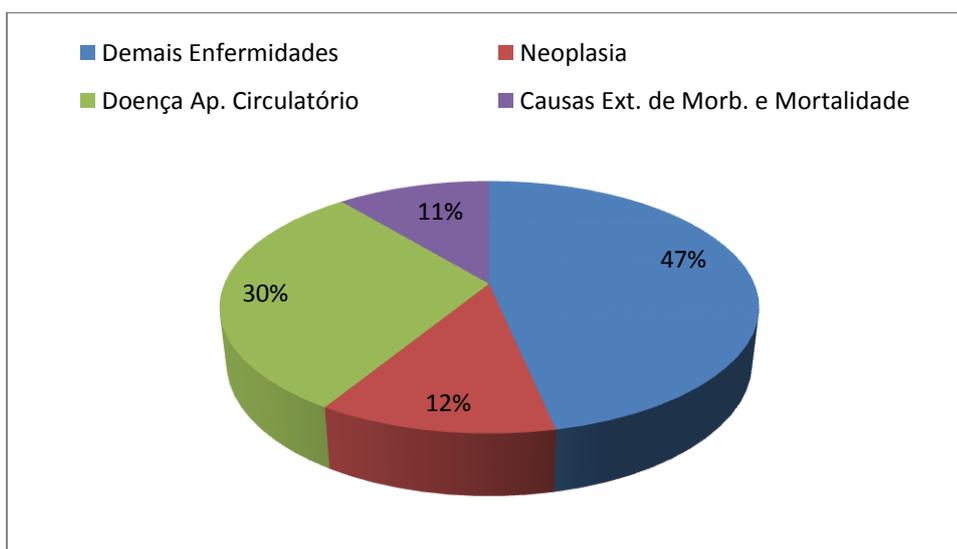
**Gráfico 3. Óbitos por Causa
2006 – 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Com base nos dados apresentados nos gráficos 3 e 4, podemos observar que as neoplasias são a segunda causa de óbito neste Estado, realizando uma comparação incidência/mortalidade, podemos dizer que confirma-se aqui na Paraíba os dados apresentados pelo INCA em sua estimativa para 2012, de modo que, nosso Estado vem seguindo a tendência mundial do perfil de enfermidades que acometem a população, onde as doenças infecciosas vêm sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias.

Gráfico 4. Óbitos por Neoplasia, Doenças do Ap. Circulatório, Causas Externas e Demais Enfermidades – Paraíba 2006 – 2011



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como principal fator o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

O número de óbito por neoplasia no Estado da Paraíba aumentou gradativamente entre os anos de 2006 a 2010, se mantendo estável no ano de 2011 (gráfico 5). Segundo dados extraídos do sistema SIM, o total de óbitos por neoplasia ultrapassou o número dos 17 mil.

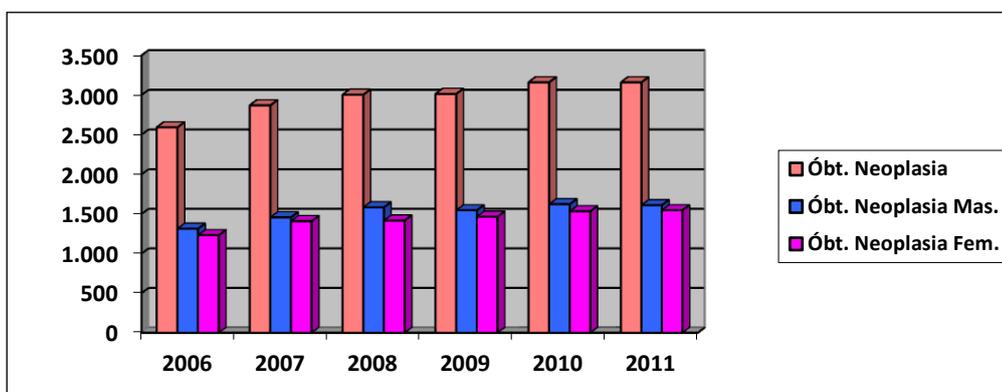
De acordo com Smeltzer e Bare (1998), as etiologias das neoplasias malignas possuem uma grande diversidade, cujas categorias de agentes ou fatores têm sido apontadas pelo processo de carcinogênese, que inclui os vírus, agentes físicos, agentes químicos, fatores de risco de natureza ambiental, fatores genéticos, fatores alimentares e agentes hormonais.

De modo que qualquer um dos motivos, acima citados, pode desencadear o desenvolvimento de uma neoplasia.

Pode-se observar também que o número de óbitos por neoplasia é levemente superior nos homens correspondendo a 52% dos óbitos no período entre 2006 e 2011. O que estaria relacionado à falta de iniciativa nos cuidados com a própria saúde (Gráfico 6). Como afirmado na citação abaixo.

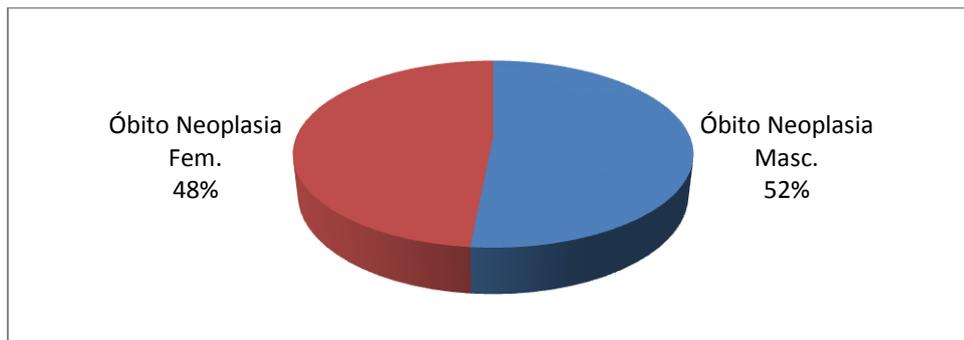
Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004).

Gráfico 5. Frequência de Óbito por Neoplasia e categorizado em Masculino e Feminina na Paraíba 2006 - 2011



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012).

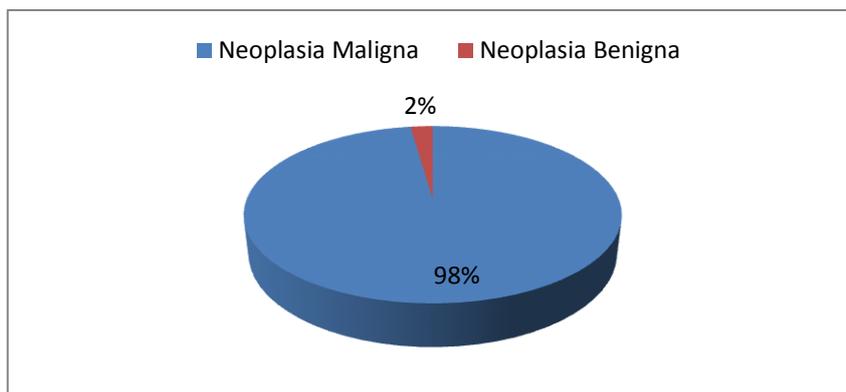
**Gráfico 6. Óbito por Neoplasia de Acordo com o Sexo
Paraíba - 2006 a 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012).

O número de casos de óbitos por neoplasia citados acima inclui carcinomas, melanomas, leucemias e as demais neoplasias malignas, bem como as neoplasias benignas. No gráfico 7, podemos observar a relação de porcentagem de óbitos de neoplasias benignas e malignas que acometeram homens e mulheres entre os anos de 2006 a 2011 levando-os ao óbito na Paraíba neste período.

**Gráfico 7. Óbito por Neoplasia Maligna e Benigna - Paraíba
2006 - 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012).

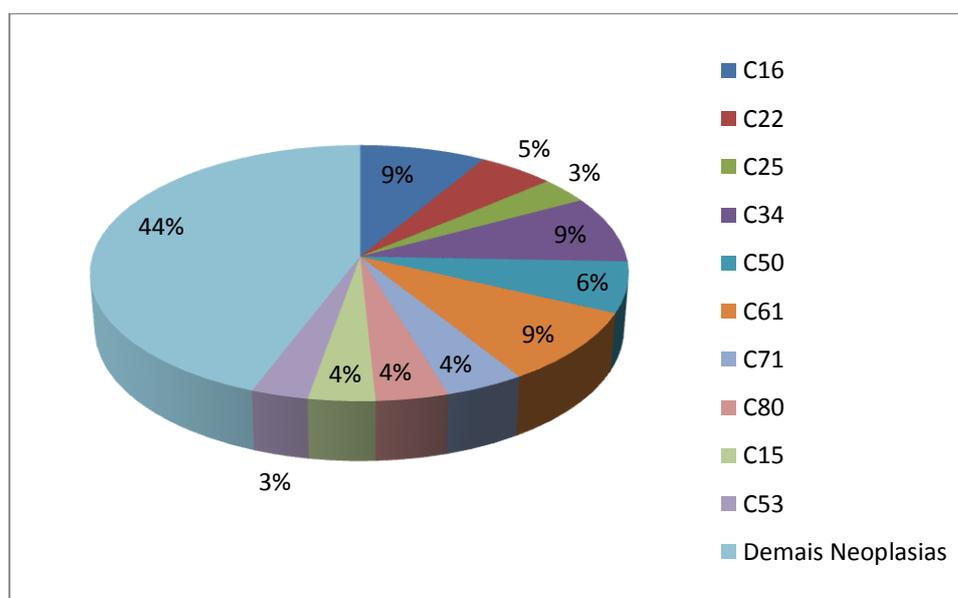
Para o INCA (2007), um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Já na neoplasia maligna, as células dividem-se rapidamente, estas células tendem

a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas).

O próprio prognóstico de neoplasia maligna explica o porquê de um número de óbito tão elevado quando comparado com as neoplasias benignas.

As neoplasias malignas que levaram ao maior número de óbito na Paraíba entre os anos de 2006 a 2011, são abordadas no gráfico 8 e comparadas com as demais. Todas as neoplasias citadas e seus respectivos número de óbitos que foram apresentadas no gráfico 8 estão no quadro 3.

**Gráfico 8. Neoplasias Malignas com maior frequência de Óbitos
2006 - 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012).

Desse modo, dentre as 96 categorias de neoplasias avaliadas, dez delas são responsáveis por 56% dos óbitos por neoplasia registrados no Estado da Paraíba entre os anos de 2006 a 2011. As dez neoplasias citadas no gráfico 8 são: Neoplasia Maligna do Estômago (C16), Neoplasia Maligna do Fígado, Vias biliares e Intra – hepática (C22), Neoplasia Maligna do Pâncreas (C25), Neoplasia Maligna dos Brônquios e Pulmões (C34), Neoplasia Maligna da Mama (C50), Neoplasia Maligna da Próstata (C61), Neoplasia Maligna do Esôfago (C15), Neoplasia Maligna do Colo do Útero (C53) e as Neoplasias Malignas que não houve especificação de localidade (C80).

As demais neoplasias que geram um total de 44% dos óbitos fazem parte, assim como as que já foram acima citadas, do quadro 3 que segue.

Quadro 3 - Óbito segundo Neoplasia – Paraíba - 2006 a 2011

Código	Neoplasia	Nº de óbitos
C00	Neoplasia Maligna (N.M.) do lábio	10
C01	N.M. da base da língua	31
C02	N.M. outras partes e não especificada (NE) da língua	114
C03	N.M. da gengiva	8
C04	N.M. assoalho da boca	28
C05	N.M. palato	45
C06	N.M. outras partes e partes NE boca	203
C07	N.M. da glândula parótida	18
C08	N.M. outras gland. Salivares maiores e NE	6
C09	N.M. da amígdala	25
C10	N.M. da orofaringe	122
C11	N.M. da nasofaringe	19
C12	N.M. do seio piriforme	5
C13	N.M. da hipofaringe	20
C14	N.M. outro local, mal def. lábio, cav. Oral far.	156
C15	N.M. do esôfago	614
C16	N.M. do estômago	1.486
C17	N.M. do intestino delgado	129
C18	N.M. do cólon	263
C19	N.M. da junção retossigmoide	47
C20	N.M. do reto	225
C21	N.M. do ânus e do canal anal	30
C22	N.M. fígado, vias biliares, intra-hepática	904
C23	N.M. da vesícula biliar	81
C24	N.M. outras partes e NE vias biliares	190
C25	N.M. do pâncreas	584
C26	N.M. outro, mal def. ap. digestivo	481
C30	N.M. Cavidade nasal e ouvido médio	16

C31	N.M. dos seios da face	29
C32	N.M. da laringe	358
C33	N.M. da traqueia	13
C34	N.M. dos brônquios e pulmões	1.472
C37	N.M. do timo	1
C38	N.M. do coração, mediastino e pleura	54
C39	N.M. outro local mal def. ap. resp. org. intrat.	23
C40	N.M. ossos/cartilag. artic. membros	52
C41	N.M. ossos/cartilag. artic. outro local e NE	225
C43	Melanoma malign da pele	75
C44	Outras neoplasia maligna da pele	156
C45	Mesotelioma	4
C46	Sarcoma de Kaposi	6
C47	N.M. nervos periferico S. N. autônomo	5
C48	N.M. tecidos mole reto e peritoneo	131
C49	N.M. tec. Conjuntivo e outros tecidos moles	3
C50	N.M. Mama	1.110
C51	N.M. vulva	15
C52	N.M. da vagina	16
C53	N.M. do colo do útero	526
C54	N.M. do corpo do útero	80
C55	N.M. do útero porção NE	263
C56	N.M. do ovário	215
C57	N.M. outro órgão genital feminino e NE	119
C58	N.M. da placenta	-
C60	N.M. do pênis	35
C61	N.M. da próstata	1.579
C62	N.M. dos testículos	15
C63	N.M. outro órgão genital masculino e NE	13
C64	N.M. do rim exceto pelve renal	160
C65	N.M. da pelve renal	8
C66	N.M. dos ureteres	1
C67	N.M. da bexiga	192

C68	N.M. de outros órgãos urinários e NE	18
C69	N.M. do olho e anexos	22
C70	N.M. das meninges	11
C71	N.M. do encéfalo	738
C72	N.M. Medula espinhal, nervo craniano e outro SNC	46
C73	N.M. glândula tireoide	110
C74	N.M. da glândula supra-renal	25
C75	N.M. outra glândula endócrina estre relac	15
C76	N.M. outra localização e mal definidas	451
C77	N.M. secund. e NE gânglio linfático	23
C78	N.M. secund. órgão respiratório e digestivo	446
C79	N.M. secun. de outra localizações	246
C80	N. M. sem especificações de localização	668
C81	Doença de Hodgkin	34
C82	Linfoma não Hodgkin folicular	5
C83	Linfoma não Hodgkin difuso	29
C84	Linfoma de células T cutâneas e periféricas	7
C85	Linfoma não Hodgkin de outro tipo e tipo NE	270
C88	Doença imunoproliferativa maligna	-
C90	Mieloma mult. e neoplasia maligna de plasmócito	190
C91	Leucemia linfoide	158
C92	Leucemia mieloide	232
C93	Leucemia monocitica	6
C94	Outras leucemias de cél. de tipo especifica	2
C95	Leucemia de tipo celular NE	275
C96	Outra N.M. e NE tec. linf. hematop. e corr.	8
C97	N. M. de localização multi independentes	56
D00	Carcinoma in situ cav. Oral esôfago, estômago	43
D01	Carcinoma in situ de outros órgãos digestivos	35
D02	Carcinoma in situ de ouvido médio e ap. respiratório	28
D03	Melanoma in situ	4
D04	Carcinoma in situ da pele	18
D05	Carcinoma in situ da mama	34

D06	Carcinoma in situ do colo do útero	26
D07	Carcinoma in situ outros órgãos genitais e NE	47
D09	Carcinoma in situ de outras localizações e dos NE	49

Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Podemos afirmar que 56% é um dado muito representativo, visto que dez das neoplasias avaliadas no gráfico 8 superam o número de óbitos causado pelas outras oitenta e seis categorias neoplásicas. Dessas dez citadas no gráfico 8, as que tiveram maior representatividade foram a Neoplasia Maligna do Estômago (C16), a Neoplasia Maligna dos Brônquios e Pulmões (C34), e a Neoplasia Maligna da Próstata (C61), responsáveis por 9% cada dos óbitos apresentados. Com a segunda maior representatividade está a Neoplasia Maligna da Mama (C50) com 6% dos óbitos.

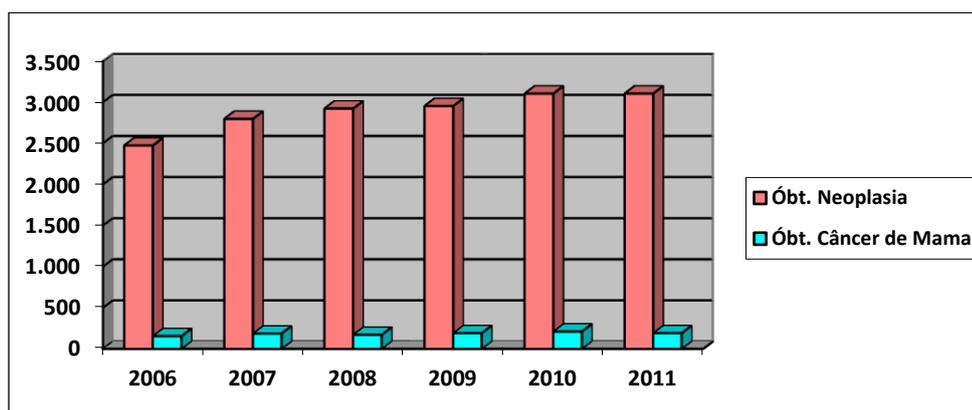
A estimativa de câncer para 2012/2013, vista que é bianual apresentada pelo INCA, informa que: Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (BRASIL, 2011).

De modo que se o perfil de óbito das neoplasias citadas no gráfico com maior índice se mantiverem para o ano de 2012 a estimativa se confirmará. Como podemos afirmar que se confirmou boa parte da estimativa de 2010/2011 que informou:

“No Brasil, as estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina”. (BRASIL, 2009)

Que fique claro que a relação feita é entre a estimativa de ocorrência para o Brasil e o número de óbito na Paraíba, estabelecendo que as previstas com maior incidência apareceram também entre as que apresentaram maior número de óbitos na Paraíba.

**Gráfico 9. Óbitos por Neoplasia e por Neoplasia Maligna da Mama –
Paraíba - 2006 - 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Dos óbitos apresentados no gráfico 8,6% referem-se à neoplasia maligna da mama podemos afirmar que se trata de um dado bastante considerável, principalmente pelo fato que o acompanhamento anual de rotina poderia reverter esse quadro facilmente, visto que quanto mais cedo se descobre a neoplasia da mama, maior a chance de sucesso de seu tratamento.

Por não existir a possibilidade de uma prevenção primária, a melhor ação visando à diminuição da mortalidade causada por esse tipo de neoplasia seria o diagnóstico precoce. Com efeito, após o tumor ter ultrapassado os estágios I e II, o tratamento do câncer de mama tem sua eficácia reduzida. Ainda assim, em torno de 50% dos casos são diagnosticados nos estádios III e IV (BRASIL, 1996).

O gráfico 9, apresenta a relação de óbitos por neoplasia maligna e neoplasia maligna da mama, de modo que, dos quase 17 mil óbitos ocorridos por neoplasia maligna entre os anos avaliados, mais de mil refere-se a óbitos por câncer de mama, incluído nestes dados homens e mulheres. Isto representa 6% do número de óbitos, conforme informado anteriormente.

Dos mil e cem casos de óbito por neoplasia maligna da mama na Paraíba mil e noventa e quatro deles aconteceram em mulheres, e os demais 16 óbitos ocorreram em homens, óbitos estes sucedidos entre os anos de 2006 e 2011, como visto no Gráfico 10.

A respeito do número de óbitos de homens por câncer de mama, há um aspecto fundamentalmente importante a ser analisado, o fato das campanhas e

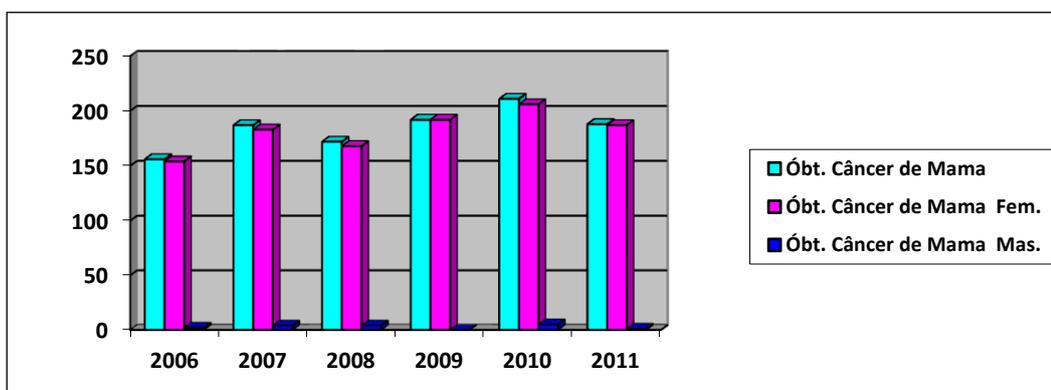
políticas públicas serem voltadas à prevenção do câncer de mama feminino, excluindo a percepção social da incidência de câncer de mama em homens.

Como podemos ver em uma das atividades de prevenção ao câncer de mama desenvolvido pelo Relatório Anual do INCA em 2004, que traz: Realização de estudo de programação físico-financeira com vistas à ampliação da oferta de mamografias e outros procedimentos de diagnóstico do câncer de mama, bem como o acesso ao diagnóstico e ao tratamento desse câncer para a população feminina acima de 40 anos de idade. Esse é um exemplo entre tantos disponíveis em materiais de campanha e sites.

A própria estimativa do INCA corrobora para tal já que dentre as publicadas nos anos de 2005, 2006, 2008, 2010 e 2012, não há apresentação de casos de câncer de mama em homens e se levarmos em conta que o número de óbitos na Paraíba foi de 1% em relação ao total, se usássemos essa mesma proporção em nível de estimativa mundial teríamos para o ano de 2010, por exemplo, 49 casos de homens com câncer de mama.

Sabemos que comparado à incidência feminina é um dado bem menos representativo, mas não se pode negar afinal, que os que ocorrerem, provavelmente, terá um pior prognóstico visto que os homens não buscam acompanhamento médico, nem para prevenção do câncer próstata, o que dirá para câncer de mama.

Gráfico 10. Óbitos por Neoplasia Maligna da Mama e Ocorrência de acordo com o sexo – Paraíba 2006 - 2011



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

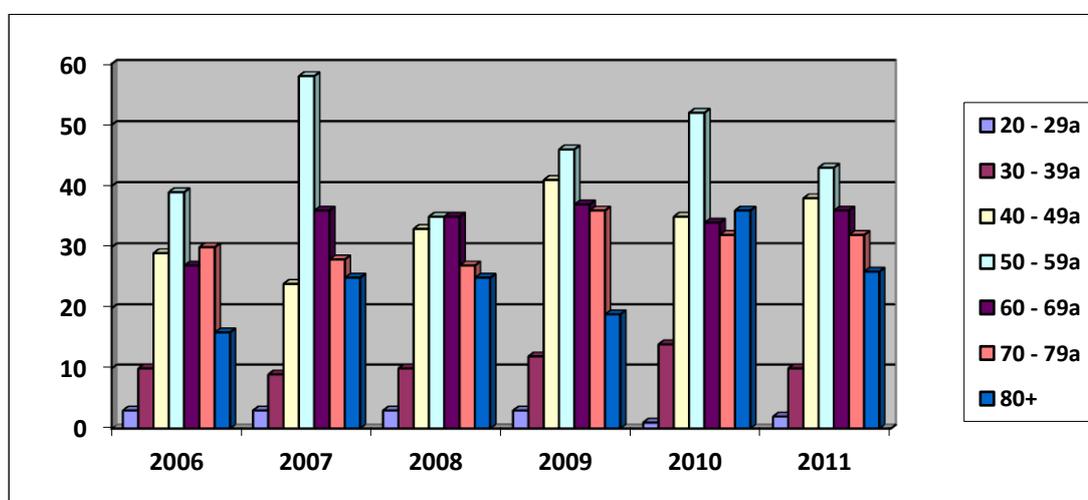
De acordo com Inca, 2012, o câncer de mama é o que mais acomete mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e sobre tudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. (INCA, 2007).

No Estado da Paraíba, os dados sobre mortalidade por Neoplasia da Mama em mulheres abaixo dos 35 anos seguem bem relacionados à estimativa de incidência citado pelo INCA. Os dados apresentados no gráfico 11 tornam visível que o número de óbitos entre mulheres de faixa etária de 20 – 29 anos e 30 a 39 anos são menores, elas apresentaram uma média de 1% e 6% de óbitos respectivamente.

Em contrapartida o maior número de óbitos, em praticamente todos os anos avaliados está na faixa etária dos 50 – 59 anos, com cerca de 25% dos óbitos. Seguido pela faixa etária de 60 – 69 anos, com uma média de 18% dos óbitos por câncer de mama.

**Gráfico 11. Óbito por Neoplasia Maligna da Mama
De acordo com Faixa a Etária – Feminina – Paraíba
2006 - 2011**



Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (2012)

Diante desses dados, fica claro a necessidade de ações preventivas que possam colaborar na detecção rápida de estágios iniciais desta neoplasia. Os exames clínicos da mama e a mamografia são essenciais neste trabalho de prevenção, a Paraíba tem atuado neste aspecto promovendo a aplicação desses exames na sociedade, de acordo com dados disponibilizados pela Secretária de Saúde da Paraíba, entre o ano de 2010 foram realizados 32.044 exames e em 2011 28.303, os dados referentes aos anos 2006 a 2009 não estavam disponíveis ou estavam incompletos.

Corroborando com as informações apresentadas, Moraes (1998) afirma que a busca do diagnóstico do câncer em fase mais inicial, paralelamente à incorporação e adoção de condutas terapêuticas sempre atualizadas, poderá acelerar sobremaneira o passo do Brasil no sentido de aumentar e melhorar a sobrevivência das nossas mulheres com câncer de mama.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer pode ser considerado o mal do século, pois representa uma enfermidade presente a nível mundial sem fazer distinção do grau de desenvolvimento em que o país se encontra, já que esta doença não tem relação com plano socioeconômico, educacional nem sanitário.

A estimativa desenvolvida pelo INCA afirma que em 2012 cerca 518.510 pessoas serão acometidas de câncer. Esta estimativa apenas cresce, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) espera 27 milhões de casos de câncer e 17 milhões de mortes por esta enfermidade até 2030, isso sem considerar as pessoas que foram acometidas e vivem.

Esta realidade de incidência e morte inclui os mais diversos tipos de câncer. Mas alguns destes em maior grau que outros, como é o caso do câncer de pele, útero, mama e pulmão.

No Estado da Paraíba o número de óbitos por neoplasia cresceu ao longo dos anos de 2006 a 2011. O número de morte por câncer de estômago, próstata, mama, brônquios e pulmões foram os mais representativos, destes o de mama, em especial, chamou a atenção pelo número de óbitos gerados não apenas em mulheres como também em homens.

No caso do número de óbito por câncer de mama feminino os dados analisados apresenta uma oscilação ao longo dos anos de 2006 a 2011. Mas apesar desta oscilação ao longo dos anos, houve a predominância de óbito na faixa etária dos 50 a 59 anos.

Desse modo, as campanhas de enfoque nacional desenvolvidas pelo INCA e pela Secretária de Saúde do Estado da Paraíba deve alertar a população feminina a realizar exames de prevenção, sugerindo a realização do autoexame da mama e da iniciação da visita e acompanhamento por parte do médico especialista o mastologista, visto que a maioria das mulheres busca informações com o próprio ginecologista.

Esta iniciação ao mastologista é importante, porque na Paraíba o câncer de mama foi responsável pela morte de 13 jovens de idade entre 20 e 29 anos entre os anos de 2006 a 2011. Apesar de ser um número pequeno, quando comparado com outra faixa etária, o mesmo deve ser levado em consideração, pois os próprios programas de prevenção falam em realizações de

mamografias a partir dos 40 anos, de modo que estas jovens muitas vezes são pegas de surpresa e encontram um quadro bem mais complexo da doença.

Nesta mesma linha de pensamento está o câncer de mama masculino, cerca de 1% dos casos de óbito por câncer de mama do Estado da Paraíba ocorreram em homens. Seguindo a mesma ideia apresentada no parágrafo acima, os homens também devem ter sido apanhados de surpresa, pois não se trata socialmente esta possibilidade.

De forma que as políticas de ação anticâncer, em especial a de câncer de mama, precisam ser repensadas, não ao que se refere as ações preventivas divulgadas, mas em relação a população alvo, é evidente, a partir dos dados apresentado no trabalho, o porque das mulheres acima dos 40 anos serem o alvo principal destas ações, já que é a partir desta faixa etária que o número de incidência e óbitos se acentuam.

Mas o que não se deve desconsiderar é a população feminina jovem e a masculina, pois a informação subliminar passada através dessas ações é de que o homem não é acometido pelo câncer de mama e que as mulheres só precisam se preocupar com o mesmo quando mais velhas. No entanto, os dados apresentados neste trabalho nos mostram o contrário.

Conclui-se assim que quão maior a divulgação da realidade mundial, nacional e estadual do câncer, maior o esclarecimento populacional e com isso desenvolve-se uma maior sensibilização e busca de meios de vida mais salutar, bem como de ações que previnam esse mal, sendo, portanto de suma importância para a sociedade à divulgação destes números de incidência e óbitos gerados pelo câncer.

7 REFERÊNCIAS

ABREU. E, KOIFMAN S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. Rev. Bras. de Cancerol. 2002; 48 (1): 113-31.

ALBERTS, Bruce. Biologia Molecular da Célula. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ÁVILA, K. et al. Câncer de Mama. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/CAdeMama.pdf>. Acessado em 11/09/12

ALVARENGA M, COTTA AC, DUFLOTH RM, SCHMITT FCL. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial 2003 abr; 39(2): 167-77.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília. 2008 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf Acessado em 11/09/12

BRASIL. A situação do Câncer no Brasil. Ministério de Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro Inca, 2011. 118 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção, detecção precoce e vigilância do câncer. Relatório Anual. INCA. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Câncer: os número do câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre doenças de mama**: Pro-Onco. Rio de Janeiro, 1996.

_____. **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer/tipos/mama.html>>. Acesso em: 27 maio 2002. Apud: QUINTANA, M. A. et al. Prevenção do Câncer de Mama: A Contribuição das Representações Sociais. *Ciência Cuidado e Saúde*, Maringá v. 3, n. 3, p. 295-302, set/dez. 2004

_____. **O problema do câncer no Brasil**: Pro-Onco. 4. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama**: normas e manuais técnicos. 3. ed. rev. Rio de Janeiro, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2011. **MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS**, 110 páginas.

BRASIL. Ministério de Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação Paraíba. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO, B. **Oncongênese: Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo, Editora Lemar, 2000.

CRESPO, Antônio Arnot. **Estatística Fácil**. 17ª edição. São Paulo: SARAIVA, 2002.

FIGUEIREDO, W. Assitência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1): 105 – 109, 2005.

GRIFFTS, A. J. F e cols. **Genética Moderna**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001. 589 p.

GUIMARÃES, D. T. **Dicionário de termos técnicos e de Enfermagem**. 1ª Ed. São Paulo: Rideel, 2002. <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>

INCA, Tudo sobre o Câncer, Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde, 2007.

KAHLMEYER – MERTENS, R. Et. al. **Como elaborar projetos de pesquisa: linguagem e método**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52. Disponível em: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm> acesso em 25/07/2012

KULDELKA, Adrej; VERSHRAGEN, Claire; KAVANAGH, John; GUEDES NETO, Ernesto de Paula; BRODT, Cristina da Cunha; DIETERICH, Márcia Denise Dias; SPAGNOLI, Renato de Araújo; WINK, Rosane Ferreira; MATTIELLO, Simone Silva. Carcinoma secundário de mama por tumor metastático de ovário: relato de dois casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 205-208, jul./set. 1997. Apud: QUINTANA, M. A. et al. Prevenção do Câncer de Mama: A Contribuição das Representações Sociais. *Ciência Cuidado e Saúde*, Maringá v. 3, n. 3, p. 295-302, set/dez. 2004

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MORAES, M. F. A mortalidade por câncer de mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia – Volume 44 nº 2 Abr/Mai/Jun, 1998. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_44/v02/editorial.html, acesso em 25/07/2012.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-55382008000500007&script=sci_arttext acesso em 25/07/2012.

NEGRINI, Marize Regina. Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente Junto a Mulheres Mastectomizadas, 1994. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Richmann & Affonso editores, 2002.

PARRAS FILHO, D.; SANTOS, J. A. **Monografia, TCC, teses e dissertações**. 7. Ed. São Paulo: Futura, 2002.

POLIT, D. F. HUNGLER, B. F. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3º edição. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

REGIS, M. F. SIMÕES, M. F. Diagnóstico do Câncer de Mama, sentimentos, comportamentos e expectativas das mulheres. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.07, n01. P. 81 -86, 2005. Disponível em: www.fen.ujg.br/revista.htm

Site da revista do INCA:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n5/revista_5 Data de acesso: 23/04/12.

TEXEIRA, L. A. De Doença Conhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

WEINBERG, Robert A. A Biologia do Câncer. Porto Alegre: Artmed, 2008.