

O perfil de morbimortalidade dos pacientes com neoplasia numa cidade sul mineira

The morbidity and mortality profile of patients with neoplasia in a city in southern Minas Gerais

Angélica de Cássia Bitencourt¹, Renata de Castro Matias²

¹Enfermeira pela Faculdade Wenceslau Braz (FWB). Residente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), ORCID: 0000-0002-3516-9688, e-mail: angelicacbitencourt@gmail.com

²Mestra em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Professora da FWB, ORCID: 0000-0002-5153-9757, e-mail: renatacastromati@gmail.com

Recebido em: 09 de Fevereiro de 2021; Aprovado em :30 de Março de 2021

RESUMO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Os objetivos gerais do presente estudo foram: identificar a morbidade por câncer por região na população de Itajubá nos anos de 2015 a 2017 e identificar a mortalidade por câncer na população de Itajubá no triênio 2015 a 2017. A pesquisa foi de abordagem quantitativa, descritiva, documental, do tipo survey, tendo sido realizada na Faculdade Wenceslau Braz (FWB) e no Setor de Vigilância Epidemiológica do município de Itajubá, Minas Gerais. Os sujeitos do estudo foram uma planilha fornecida pela diretora da Faculdade Wenceslau Braz com 951 cadastros dos pacientes com neoplasia e informações das 318 declarações de óbito fornecidas pelo Setor de Vigilância Epidemiológica de Itajubá. Os dados desta pesquisa foram inseridos e organizados no pacote Office Excel 2010. Verificou-se que a média de idade dos pacientes com câncer foi de 65,2 anos. Houve um predomínio do gênero feminino. A neoplasia maligna de mama foi frequente em 23,4% dos casos, de próstata em 18,8% e de cabeça e pescoço em 11,4%. Em relação à mortalidade, a média de idade foi de 68,9 anos. Comprovou-se que mais homens entram em óbito em decorrência do câncer. Em relação ao tipo de câncer, houve maior número de óbitos em decorrência das neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões e cólon e reto, com respectivamente 14,5% e 13,5%. Diante desses achados, é imprescindível que os hábitos de vida prejudiciais devem ser modificados, não apenas para prevenção do câncer, mas também para outras doenças crônicas.

Palavras-chave: Neoplasias. Morbidade. Mortalidade.

ABSTRACT

Cancer is the name given to a set of more than 100 diseases that have in common the disordered growth of cells that invade tissues and organs. The general objectives of the present study were: to identify cancer morbidity by region in the population of Itajubá in the years 2015 to 2017 and to identify cancer mortality in the population of Itajubá in the period 2015 to 2017. The research was of a quantitative, descriptive, documentary approach, of the survey type, having been carried through in the Faculty Wenceslau Braz (FWB) and in the Sector of Epidemiological Surveillance of the city of Itajubá, Minas Gerais. The study subjects were a spreadsheet provided by the director of Faculdade Wenceslau Braz with 951 records of patients with cancer and information on the 318 death certificates provided by the Epidemiological Surveillance Sector of Itajubá. The data from this research were inserted and organized in the Office Excel 2010 package. It was found that the average age of cancer patients was 65.2 years. There was a predominance of the female gender. Malignant breast cancer was common in 23.4% of cases, prostate cancer in 18.8% and head and neck in 11.4%. Regarding mortality, the average age was 68.9 years. It has been proven that more men die from cancer. Regarding the type of cancer, there were a greater number of deaths due to malignant neoplasms of the trachea, bronchi and lungs and colon and rectum, with 14.5% and 13.5%, respectively. In view of these findings, it is essential that harmful lifestyle habits must be modified, not only to prevent cancer, but also for other chronic diseases.

Keywords: Neoplasms. Morbidity. Mortality.

Introdução

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo gerar metástase para outras regiões do corpo (INCA, 2018a).

Dados de 2017 estimam que a cada ano 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, sendo a maior parte em países de baixa e média renda. O número é superior ao das pessoas que faleceram por complicações referentes à HIV/AIDS, tuberculose e malária combinadas. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer todos os anos, e essa taxa deve elevar para mais de 21 milhões de pessoas em 2030 (OMS, 2017).

Há uma estimativa de 600 mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano do biênio 2018-2019. A respeito da distribuição da incidência por região geográfica, as regiões Sul e Sudeste são responsáveis por 70% da ocorrência de casos novos, sendo que a região Sudeste concentra quase metade dessa incidência (INCA, 2017b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o câncer é responsável por 12% dos casos das mortes por ano, sendo a principal causa de óbitos no mundo. No Brasil, essa patologia é responsável pela segunda causa de morte para ambos os sexos, estando atrás apenas das doenças cardiovasculares (MUNHOZ *et al.*, 2016).

O câncer é uma preocupação de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto que há um elevado impacto sobre a rede de serviços. É notória a desigualdade dessa circunstância, já que mais de 70% de todos os óbitos por câncer ocorrem nos países em desenvolvimento. Ou seja, nos países em desenvolvimento há um número maior de mortes por câncer do que os países desenvolvidos, indicando que o diagnóstico é realizado em estágios avançados. No Brasil a taxa de incidência e de incapacidades por câncer é crescente em todas as idades e é detectado em estadiamento tardio, há uma disposição a ocorrerem amplas demandas ao sistema de saúde (MENDES & VASCONCELLOS, 2015).

O câncer afeta pessoas de todas as classes socioeconômicas, mas atinge de forma mais acentuada aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixas escolaridade e renda (MENDES & VASCONCELLOS, 2015).

Quando o diagnóstico e o tratamento ocorrem em estágio avançado, os pacientes apresentam pior sobrevida se comparados aos que se fossem em estágio inicial. Além disso, os diagnósticos tardios acarretam em elevação do sofrimento dos pacientes e altos custos para o sistema de saúde. Algumas razões que cooperam para o diagnóstico em estágio avançado e, conseqüentemente, o

tratamento tardio, a saber, são: o desconhecimento e a ausência de percepção dos sinais e sintomas pelo paciente, o desconhecimento dos fatores de risco e a ausência de acompanhamento do estado de saúde mediante a realização de exames pelos profissionais de saúde (SOARES *et al.*, 2015).

A demora no diagnóstico precoce do câncer também pode estar relacionada ao sistema de saúde, seja por sua precariedade, barreiras geográficas que atrapalham o acesso ou incapacidade do sistema em corresponder à demanda do paciente por serviços. É muito frequente também o paciente enfrentar filas em toda a sua trajetória no sistema de saúde, o que gera a evolução do tumor inicial para estágio mais avançado. No tratamento, o paciente também se depara com o atraso na liberação e agendamento de exames pré-operatório (SOARES *et al.*, 2015).

Diante da necessidade de identificar o perfil da morbidade e da mortalidade de portadores de neoplasia de uma cidade sul mineira, emergiu o seguinte questionamento: Qual o perfil de morbimortalidade das pessoas acometidas pelo câncer numa cidade sul mineira?

Os objetivos do estudo foram: Identificar a morbidade por câncer na população de Itajubá entre os anos de 2015 a 2017. Identificar a mortalidade por câncer na

população de Itajubá entre os anos de 2015 a 2017. Os objetivos específicos foram: Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes acometidos por câncer por região na população de Itajubá entre os anos de 2015 e 2017; Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que entraram em óbito por câncer na população de Itajubá entre os anos de 2015 a 2017.

Material e métodos

Estudo de abordagem quantitativa, descritiva, documental, do tipo survey realizado na Faculdade Wenceslau Braz e no Setor de Vigilância Epidemiológica na cidade de Itajubá, Minas Gerais. Os sujeitos do estudo foram: uma planilha fornecida pela diretora da Faculdade Wenceslau Braz com dados sobre os pacientes com neoplasia da cidade de Itajubá nos anos de 2015 a 2017; e informações das declarações de óbito decorrentes por neoplasia no triênio 2015, 2016 a 2017 fornecidos pelo Setor de Vigilância Epidemiológica de Itajubá.

A amostragem é proposital, ou amostragem intencional. Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: Cadastro de pacientes oncológicos na Faculdade Wenceslau Braz no triênio 2015, 2016 e 2017; Declarações de óbito por neoplasias

dos anos de 2015, 2016 e 2017 do Setor de Vigilância Epidemiológica de Itajubá.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: Estar cadastrado na planilha da Faculdade Wenceslau Braz em anos diferentes a estes; Declarações de óbito do Setor de Vigilância Epidemiológica com motivo de óbito por outras causas; Declarações de óbito por neoplasias em anos diferentes a estes do Setor de Vigilância Epidemiológica de Itajubá.

Para a coleta de dados, foi confeccionada uma carta à diretora da Faculdade Wenceslau Braz e à Coordenadora do Setor de Vigilância Epidemiológica da cidade de Itajubá solicitando a autorização para a coleta de dados nas referidas instituições. A coleta de dados deu-se por meio de acesso aos dados do cadastro de paciente oncológicos e às declarações de óbito por neoplasias dos anos de 2015, 2016 e 2017, previamente autorizados pela diretora da FWB e coordenadora Setor de Vigilância Epidemiológica.

Os dados coletados sobre o perfil de morbidade foram: data de nascimento, sexo, bairro (região de moradia) e tipo de câncer. Sobre a mortalidade foram coletadas as variáveis: idade, sexo, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação habitual, bairro/distrito (região de moradia), e tipo de câncer. Os dados desta pesquisa foram

inseridos e organizados no pacote Office Excel 2010. Em seguida, foi utilizada a estatística descritiva simples. Para as variáveis qualitativas foi utilizada a porcentagem e para as contínuas foi calculada a média, desvio padrão e moda.

Os dados da variável idade foram apresentados por classificações das etapas do ciclo vital de acordo com a literatura. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), a infância corresponde do nascimento até os nove anos de idade, a adolescência dos 10 aos 19 anos de idade, a vida adulta dos 20 aos 59 anos de idade e a terceira idade dos 60 anos de idade em diante. De acordo Melo *et al.*, (2019), o processo de envelhecer pode ser dividido em quatro estágios, sendo a meia-idade dos 45 a 59 anos, idoso dos 60 a 74 anos, ancião dos 75 a 89 anos e velhice extrema dos 90 anos em diante. Em relação à ocupação do falecido, foi adotada a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2010). Para a classificação dos bairros de residência foi utilizado como referencial a divisão das áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família e Unidades Básica de Saúde do município de Itajubá (ITAJUBÁ, 2019). Para os tipos de câncer foi empregada a Classificação de Tumores Malignos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Este estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde que incorpora referenciais da bioética. Visa assegurar os direitos e deveres em relação aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. A pesquisa foi aprovada com o parecer consubstanciado número 2.958.494.

Resultados e discussão

Foi identificado o perfil da morbidade por câncer na população de Itajubá nos anos de 2015 a 2017, sendo a amostra total de 951 cadastros de pacientes.

A média de idade dos pacientes com câncer foi de 65,2 anos. Houve o predomínio da faixa etária do idoso com 38,6% da amostra, sendo seguida pelo ancião com 24,7%, meia-idade com 22,0%, adulto jovem com 8,8%, velhice extrema com 3,3%, infância com 0,2% e adolescência com 0,1%. Tais informações podem ser constatadas na tabela 1.

Tabela 1 – Faixa etária dos pacientes com neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 951

Faixa etária	N	%
Infância (0 a 9 anos)	2	0,2
Adolescência (10 a 19 anos)	1	0,1
Adulto jovem (20 a 44 anos)	84	8,8
Meia-idade (45 a 59 anos)	209	22,0
Idoso (60 a 74 anos)	367	38,6
Ancião (75 a 89 anos)	235	24,7

Velhice extrema (90 anos em diante)	31	3,3
Não preenchido	22	2,3

Fonte: Cadastros dos pacientes oncológicos (2018)

Estudo realizado a partir de dados coletados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, evidenciou que a maior taxa de pacientes com câncer encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos (30,1%), sendo seguida por 50 a 59 anos (21,0%), 70 a 79 anos (16,3%), 40 a 49 anos (12,3%), maior de 80 anos (9,2%), 30 a 39 anos (5,7%) e de 18 a 29 anos (5,4%) (SILVA *et al.*, 2016). A maneira de classificação do grupo etário adotada é diferente, mas notou-se que a pessoa idosa foi a mais acometida em ambos.

A média de idade das pacientes do gênero feminino com câncer foi de 62,7 anos. Em relação ao gênero masculino, a média de idade das pacientes do gênero masculino com câncer foi de 68,1 anos.

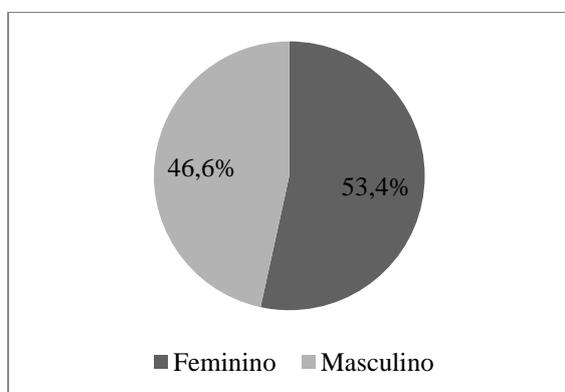
A idade é considerada o principal fator de risco para a ocorrência de câncer, já que o aumento da expectativa de vida acompanha o aumento de doenças crônico-degenerativas (PANIS *et al.*, 2018). Convém mencionar que em Itajubá a esperança de vida ao nascer é de 78,1 anos (ATLAS, 2013).

A incidência de câncer eleva de maneira considerável com a idade, pois com o processo de envelhecimento somam-se diversos fatores de risco de tipos para o

desenvolvimento de câncer. Podem-se mencionar os seguintes fatores de risco: a exposição cumulativa ao sol e a radiações ionizantes, contato com álcool, tabaco e poluição ambiental, alimentação imprópria e exposição a infecções. Sabe-se também que o sistema imune se torna prejudicado com o avançar da idade, sendo menos eficaz no combate a neoplasias (BRAZ *et al.*, 2018).

Quanto à informação gênero, houve um predomínio do gênero feminino com 53,4% da amostra. Já o gênero masculino correspondeu a 46,6%. Evidenciou-se que mais mulheres adoecem por câncer em Itajubá, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 – Gênero dos pacientes com neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 951



Fonte: Cadastros dos pacientes oncológicos (2018)

Estudo realizado a partir de dados coletados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, apontou que aproximadamente dos 60% dos indivíduos com diagnóstico de câncer eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino (SILVA *et al.*, 2016). A

constatação do predomínio do sexo feminino com diagnóstico de neoplasia maligna no município vai de encontro com o achado nacional. Tal fato evidencia que mais mulheres adoecem por câncer do que homens.

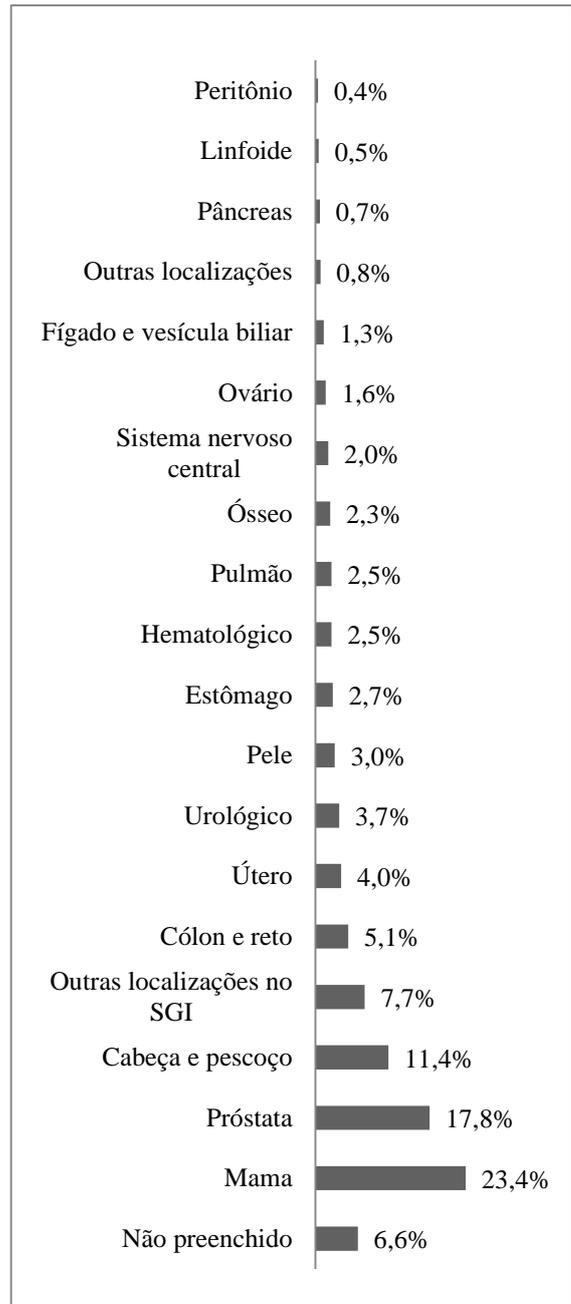
Em relação à área de residência, a maior parte dos pacientes oncológicos habita na Boa Vista e Santos Dumont, com 9,2%. Morro Chic, Vila Isabel e Vila Rubens são responsáveis por 8,9%. Os bairros Imbel, Santa Rosa e Varginha são locais de residência de 8,6% da amostra. O Centro, Porto Velho e São Vicente representam 7,8%. Os bairros Canaã, Jardim Bernadete, Jardim das Palmeiras, Moquém e Rebourgeon possuem 8,0%. O BPS, Cruzeiro, Estiva, Nossa Senhora da Agonia, Oriente e Pinheirinho apresentam 7,1%.

Também foram observados os bairros: Avenida e São Judas Tadeu (6,9%), Anhumas e Medicina (6,4%), Morro Grande e Nossa Senhora de Fátima (5,5%), Açude e Jardim das Colinas (4,9%), Cantina, Santa Rita de Cássia e São Sebastião (4,2%), Marins, Novo Horizonte, Pessegueiro e Rancho Grande (4,1%), Brejão, Cafona, Capituba, Ilhéus, Mourão, Nações, Piedade e Ponte Alta (3,1%), Nossa Senhora de Lourdes, Vila Poddis e Vista Verde (3,1%), Santa Helena e Santa Luzia (3,1%), Santo Antônio (2,6%), Água Limpa, Cantagalo, Estância, Freire, Jarrinha, Pedra Preta, Ponte

Santo Antônio e São Pedro (2,2%), Ano Bom, Juru, Peões, Retiro e Rio Manso (2,0%) e Bahamas, Capetinga e Gerivá (1,3%).

Em relação ao tipo de câncer, identificou-se o predomínio da neoplasia maligna de mama com 223 casos (23,4%), próstata com 169 (18,8%) e cabeça e pescoço com 108 (11,4%). Os tipos de câncer podem ser observados no gráfico 2.

Gráfico 2 – Tipo de câncer dos pacientes com neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 951



Fonte: Cadastros dos pacientes oncológicos (2018)

Em relação à morbidade no sexo feminino, foi evidenciado o predomínio do câncer de mama com 43% dos casos. O câncer de mama foi seguido por 9,2% casos de câncer de cabeça e pescoço, 7,5% de útero, 6,9% em outras localizações no SGI e 4,3% de cólon e reto.

Quanto à morbidade por câncer no gênero masculino, foi comprovado o predomínio do câncer de próstata com 38,0% dos casos, sendo seguido por 13,8% de cabeça e pescoço, 8,6% em outras localizações no SGI, 6,1% de cólon e reto, 5,9% urológico e 3,2% de estômago.

No Brasil os dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 no sexo masculino são de próstata (31,7%), traqueia, brônquio e pulmão (8,7%), cólon e reto (8,1%), estômago (6,3%), cavidade oral (5,2%), esôfago (3,8%), bexiga (3,1%), laringe (3,0%), leucemias (2,8%) e sistema nervoso central (2,7%) (INCA, 2017b).

Em contrapartida, no sexo feminino os dez tipos de neoplasias malignas mais incidentes estimadas para 2018 são mama feminina (29,5%), cólon e reto (9,4%), colo do útero (8,1%), traqueia, brônquio e pulmão (6,2%), glândula tireoide (4,0%), estômago (3,8%), corpo do útero (3,3%), ovário (3,0%), sistema nervoso central (2,7%) e leucemias (2,4%) (INCA, 2017b).

No estado de Minas Gerais as maiores taxas de incidência estimadas para 2018 por sexo masculino a cada 100 mil habitantes são de próstata (63,80), traqueia, brônquio e pulmão (15,01), cólon e reto (14,28) e estômago (13,37). No sexo feminino os quatro principais são: mama feminina (50,15), cólon e reto (15,49), traqueia,

brônquio e pulmão (9,29) e colo do útero (8,37) (INCA, 2017b).

O tipo de câncer mais incidente no Brasil e Minas Gerais vai de acordo com a morbidade por câncer mais frequente em Itajubá, sendo no gênero feminino o câncer de mama e no masculino o de próstata.

Foi possível identificar o perfil da mortalidade por câncer na população de Itajubá nos anos de 2015, 2016 e 2017, sendo constituída a amostra total de 318 óbitos. Foi evidenciado um maior número de mortes no ano de 2015 com a frequência relativa de 34,6%, em seguida os anos de 2016 e 2017 com 32,7% cada. Observou-se uma média de 106 óbitos por ano.

A média de idade dos pacientes que faleceram em decorrência do câncer foi de 68,9 anos. O perfil etário predominante de mortes por câncer foi: os idosos (60 a 74 anos) com a frequência de 35,9%, anciões (75 a 89 anos) com 34,0% da amostra e meia-idade (45 a 59 anos) com 19,2%. Tais informações podem ser verificadas na tabela 2.

Tabela 2 – Faixa etária dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318

Faixa etária	N	%
Infância (0 a 9 anos)	2	0,6
Adolescência (10 a 19 anos)	1	0,3
Adulto jovem (20 a 44 anos)	15	4,7
Meia-idade (45 a 59 anos)	61	19,2
Idoso (60 a 74 anos)	114	35,9
Ancião (75 a 89 anos)	108	34,0
Velhice extrema (90 anos em diante)	17	5,3

Fonte: Declarações de óbito (2018)

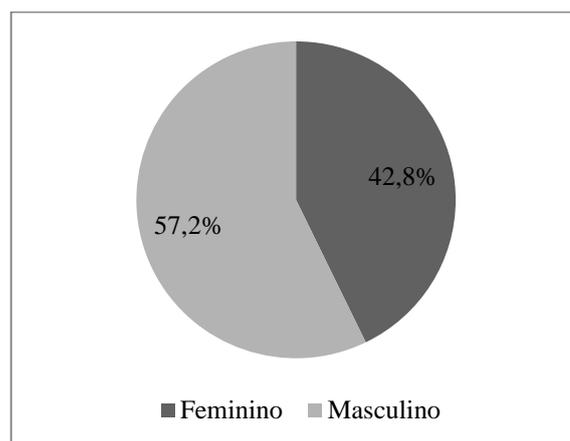
Em relação à mortalidade por câncer, a média de idade das pacientes do gênero feminino que entraram em óbito em decorrência do câncer foi de 70,6 anos e no gênero masculino, a média de idade foi de 67,7 anos.

No Brasil a distribuição dos óbitos por câncer por faixa etária no ano de 2013 revela uma menor frequência de óbitos na idade de 0 a 19 anos e uma maior concentração de mortes para grupos etários mais elevados. Do total de 206.773 óbitos, foi observado maior número de óbitos na faixa etária de 60 a 69 anos com 24,52% (50.697), sendo seguido pela faixa de 70 a 79 anos com 24,15% (49.948), de 80 anos e mais com 19,73% (49.779), de 50 a 59 anos (17,83%) e de 40 a 49 anos com 7,85% (16.228). O maior número de óbitos nas faixas etárias mais elevadas indica a redução da mortalidade em idades jovens e o consequente aumento da longevidade (INCA, 2019).

Foi evidenciada a maior frequência de mortes por câncer nos idosos e anciões, corroborando com as informações acima. Contudo, o terceiro grupo etário responsável pela mortalidade foram os pacientes de meia-idade.

Conforme o gráfico 3, comprovou-se que mais homens entram em óbito em decorrência do câncer, totalizando 57,2% da amostra.

Gráfico 3 – Gênero dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318



Fonte: Declarações de óbito (2018)

Foi averiguado que no município a mortalidade por neoplasia maligna foi mais frequente em pessoas do gênero masculino, corroborando com os estudos a seguir. No período de 1996 a 2012 foram documentados 2.410.423 óbitos por câncer no Brasil, sendo que 53,87% ocorreram no sexo masculino e 46,12% o sexo feminino (BARBOSA *et al.*, 2016).

No ano de 2015 entraram em óbitos 197.698 pessoas devido à neoplasia maligna, sendo 107.470 homens (54%) e 90.228 mulheres (46%) (INCA, 2019).

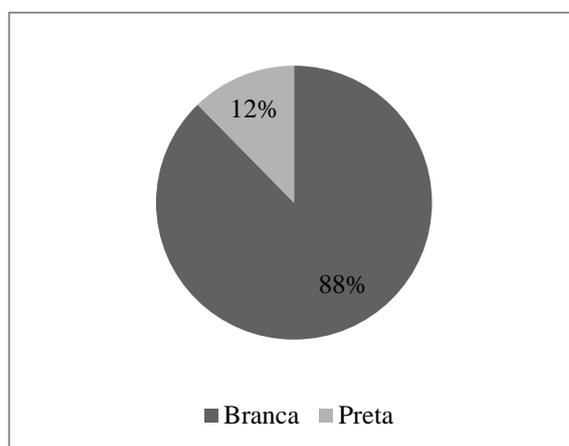
Dessa forma, mais homens entraram em óbito em decorrência do câncer se comparado às mulheres, contudo, mais mulheres estavam em tratamento oncológico. A maneira como os homens idealizam a masculinidade pode prejudicar na procura por práticas de saúde. Eles possuem maior relutância em desempenhar atitudes saudáveis, além disso, as ações preventivas não são recorridas como seria o necessário por essa população. Por outro lado, os serviços preventivos são mais frequentemente procurados pelas mulheres (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019; MARTINS & MODENA, 2016).

O fato das mulheres buscarem com maior frequência os serviços preventivos poderia explicar o motivo do gênero feminino ter percentual maior de morbidade por câncer. Isso se explica, pois, a prática preventiva inclui também o diagnóstico precoce. Os homens realizam uma maior procura por atendimento em atenção hospitalar de média e alta complexidade, como os serviços de urgência e emergência, em comparação a ações oferecidas na atenção básica. O mesmo ocorre no âmbito da oncologia, sendo averiguada em diversas regiões do Brasil a busca tardia pelo

diagnóstico e tratamento oncológico. Esses costumes têm ocasionado como resultado o agravamento das morbidades (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019; MARTINS & MODENA, 2016).

No que diz respeito à raça/cor, percebeu-se que a raça branca representou frequência de 87,7% e a preta 12,3% da amostra.

Gráfico 4 – Raça dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318



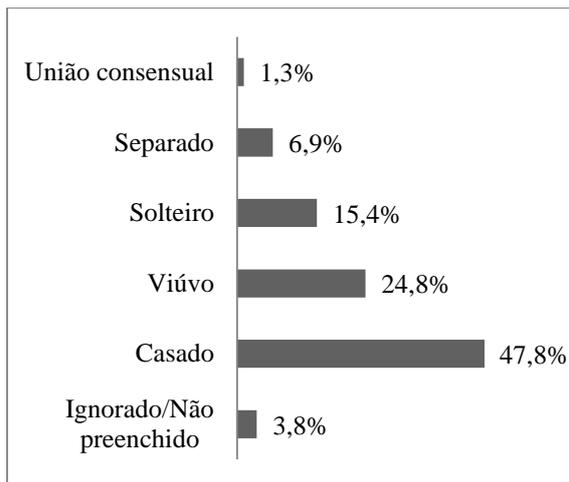
Fonte: Declarações de óbito (2018)

Pesquisa realizada no município de São Paulo analisou os óbitos por câncer no período de 2006 a 2012. Quanto à raça/cor, evidenciou-se que 75,7% eram brancos, 11,1% eram pardos, 4,8% eram pretos e 3,1% eram amarelos (LEITE & RIBEIRO, 2018). Em consonância com os autores acima, a raça/cor predominante foi a branca, tanto no gênero feminino quanto no masculino.

A partir da informação sobre o estado civil, foi evidenciado que 47,8% dos óbitos

foram de pacientes casados, 24,8% eram viúvos, 15,4% eram solteiros. Tais informações podem ser observadas no gráfico 5.

Gráfico 5 – Raça dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318



Fonte: Declarações de óbito (2018)

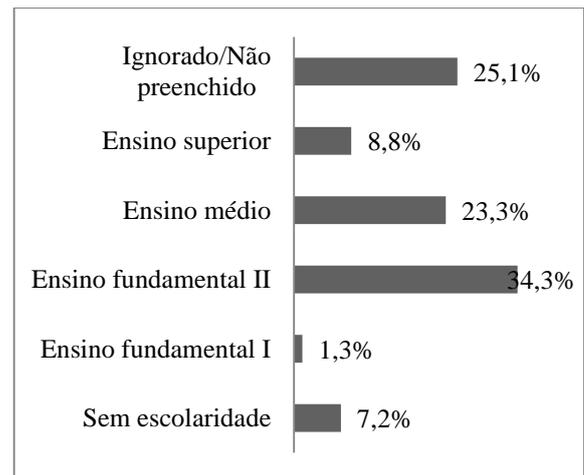
Estudo realizado no município de São Paulo analisou os óbitos por câncer no período de 2006 a 2012. Quanto ao estado civil, identificou-se que 47,4% eram casados, 31,8% eram viúvos, 11,4% eram solteiros, 6,2% eram separados/divorciados e 0,3% eram de união estável (LEITE & RIBEIRO, 2018).

Os resultados do município quanto ao estado civil corroboram com a pesquisa acima. Foi identificado maior frequência de óbitos em pacientes casados, sendo seguidos pelos viúvos, solteiros, separados e de união consensual.

Percebeu-se o predomínio da escolaridade ensino fundamental II (5ª a 8ª

série) com 34,3%, seguida pelo ensino médio com 23,3% da amostra, conforme gráfico 6.

Gráfico 6 – Escolaridade dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318



Fonte: Declarações de óbito (2018)

Mesmo estudo realizado na região do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto apontou que os maiores percentuais de mortalidade por todos os tipos de câncer estão abrangidos entre as populações com menor nível de escolaridade, ou seja, entre 0 e 7 anos de estudo. A maior escolaridade está relacionada ao maior conhecimento sobre prevenção de doenças e diagnóstico precoce (VILELA *et al.*, 2018).

Em Itajubá, o maior percentual de mortalidade ocorreu nos pacientes com ensino fundamental II, sendo seguido pelo ensino médio. Vale ressaltar que em 2010 foi constatada a escolaridade da população de 25 anos ou mais de idade do município de

Itajubá. Identificou-se que 60,45% tinham o ensino fundamental completo, 45,14% o ensino médio completo, 16,04% o superior completo e 4,84% eram analfabetas (ATLAS, 2013).

A ocupação do falecido é outra variável observada, cujo predomínio foi de 45,6% aposentados/pensionistas, sendo seguida por 16,0% do lar e 11,9% trabalhadores da produção de bens e serviços industriais. Tais informações podem ser observadas na tabela 3.

Tabela 3 – Ocupação dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318

Ocupação	N	%
Membros das Forças Armadas e policiais	5	1,6
Dirigentes de empresas e gerentes	3	0,9
Profissionais das ciências e das artes	18	5,7
Técnicos de nível médio	13	4,1
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas	6	2,0
Trabalhadores agropecuários	8	2,5
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	38	11,9
Aposentado/pensionista	145	45,6
Do lar	51	16,0
Estudante	3	0,9
Ignorado/Não preenchido	28	8,8

Fonte: Declarações de óbito (2018)

Pesquisa realizada a partir de casos do período de 1998 a 2011 da base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do INCA identificou as categorias de ocupação dos

pacientes. Os resultados obtidos foram que 10,7% da amostra eram trabalhadores domésticos, 4,2% profissionais do comércio, 4,1% condutores de veículos e 3,4% pedreiros e estucadores. Também foi observado que 24,2% eram pertencentes às categorias de trabalhadores agropecuários, 23% eram trabalhadores de domicílios, serventia e assemelhados e 4,5% eram professores (REBELO, 2014).

Em Itajubá houve o predomínio de aposentados ou pensionistas, sendo seguido por do lar no gênero feminino e trabalhadores da produção de bens e serviços industriais no gênero masculino. Importante mencionar a média de idade dos pacientes que faleceram em decorrência do câncer foi de 68,9 anos. Tal fato pode explicar o motivo da maioria da amostra ser aposentada ou pensionista.

Em relação à área de residência dos pacientes que entraram em óbito por câncer, observou-se a maior frequência nos bairros Centro, Porto Velho e São Vicente com 12%. O bairro Boa Vista apareceu em seguida com 11,0%. Imbel, Santa Rosa e Varginha representaram 9,4%. A Avenida e São Judas Tadeu abrigam 8,8% da amostra. O Morro Chic, Vila Isabel e Vila Rubens possuem 7,9%. Nos bairros Canaã, Jardim Bernadete e Rebourgeon residem 7,5%. O BPS, Cruzeiro, Estiva, Nossa Senhora da Agonia, Oriente e Pinheirinho representam

6,6%. Em Anhumas e Medicina moram 6,3% da amostra.

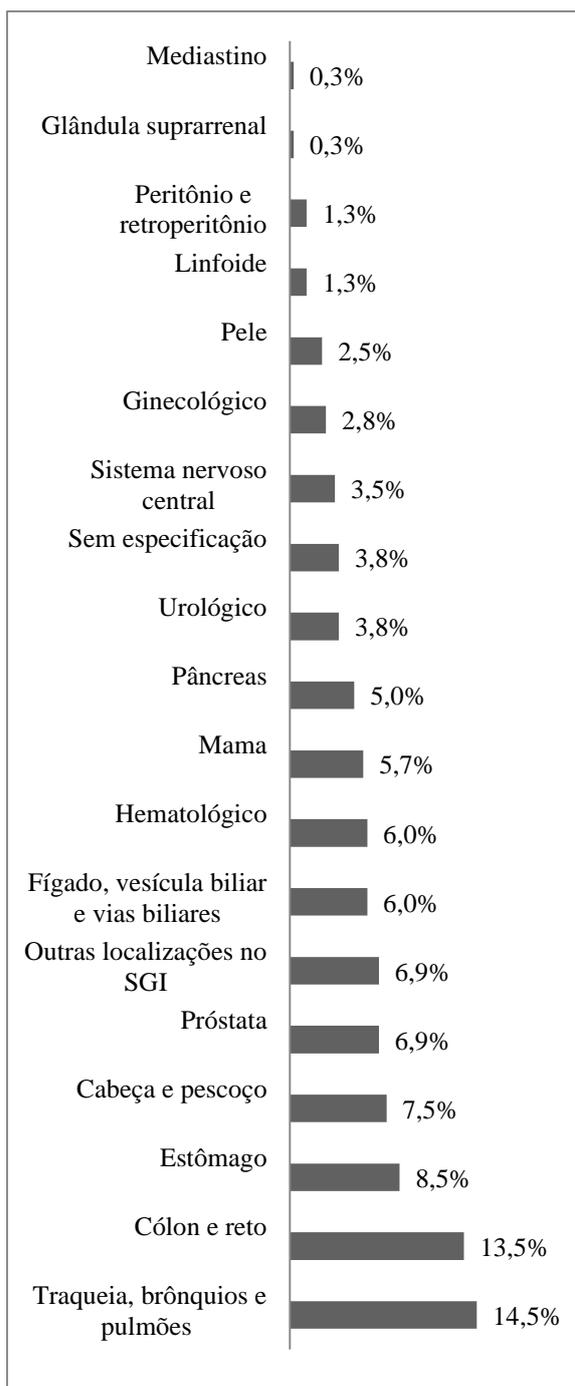
Também foi evidenciado mortalidade por câncer em residentes dos seguintes bairros: Nossa Senhora de Fátima (4,7%), Cantina, Santa Rita de Cássia e São Sebastião (4,1%), Açude e Jardim das Colinas (3,5%), Marins, Novo Horizonte e Pessegueiro (3,5%), Nossa Senhora de Lourdes, Vila Poddis e Vista Verde (3,1%), Água Limpa, Estância, Pedra Preta e São Pedro (2,5%), Ilhéus, Nações e Piedade (2,5%), Ano Bom, Juru, Retiro e Rio Manso (1,9%), Jardim Eldorado e Santo Antônio (1,6%), Santa Helena e Santa Luzia (1,6%) e Bahamas (0,6%).

Foi identificada uma distribuição parcialmente heterogênea da morbimortalidade por câncer em Itajubá, já que foram observados bairros de classe alta, média e baixa como os locais mais frequentes de moradia. Contudo, houve também bairros periféricos com menores percentuais. A única evidência foram os bairros rurais como responsáveis pelas menores taxas. Porém, tal informação entra em consonância com a maior presença populacional em zona urbana (91,29%), evidenciado no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do ano de 2010 (ATLAS, 2013).

Em relação ao tipo de câncer, houve maior número de óbitos em decorrência das

neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões e cólon e reto, com respectivamente 14,5% e 13,5%. Outros tipos de tumores podem ser observados, entre os quais: 8,5% de estômago, 7,5% de cabeça e pescoço, 6,9% de próstata, 6,9% em outras localizações no SGI, 6,0% de fígado, vesícula biliar e vias biliares, 6,0% hematológico, 5,7% de mama, 5,0% de pâncreas.

Gráfico 7 – Tipo de câncer dos pacientes que entraram em óbito por neoplasia maligna em Itajubá, Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, N: 318



Fonte: Declarações de óbito (2018)

No que diz respeito à mortalidade por câncer no gênero feminino, evidenciou-se que a maior parte das mortes ocorreu devido ao câncer de cólon e reto (15,45%), sendo seguido pelo câncer de traqueia, brônquios e pulmões (13,23%) e mama (13,23%).

Outros tipos de câncer responsáveis pelos óbitos foram: fígado, vesícula biliar e vias biliares (6,62%), ginecológico (6,62%).

Em relação aos óbitos no gênero masculino, observou-se o predomínio do câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15,38%), cólon e reto (12,09%), próstata (12,09%), estômago (10,99%) e cabeça e pescoço (9,89%).

As causas de mortes por câncer no sexo feminino durante o ano de 2015 foram: mama (16,2%), traqueia, brônquios e pulmões (11,5%), cólon, reto e ânus (9,0%), colo do útero (6,0%), estômago (5,4%), pâncreas (5,1%), sistema nervoso central (4,5%), fígado e vias biliares intra-hepáticas (4,3%), ovário (3,7%) e leucemias (3,3%). O câncer de mama ocupou a primeira posição em todos os estados das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (GUERRA; MALTA, 2017; INCA, 2019)23,14.

Corroborando com os dados nacionais, Itajubá apresentou maior índice de mortes no gênero feminino devido às neoplasias malignas de cólon e reto, sendo seguida pela traqueia, brônquios e pulmões, e mama, diferenciando-se apenas na ordem percentual.

Importante mencionar que dentre os cânceres ginecológicos, o de colo do útero é responsável por apenas uma morte (0,3%). Em contrapartida, comparados às taxas nacionais, fica evidente que em Itajubá o

câncer ginecológico responde a apenas 2,8% dos óbitos, e conseqüentemente, é menos letal.

Em contrapartida, as dez principais causas de óbito por neoplasia maligna no sexo masculino durante o ano de 2015 foram: traqueia, brônquios e pulmões (14,4%), próstata (13,5%), estômago (8,5%), colón e reto (7,6%), esôfago (6,1%), fígado e vias biliares intra-hepáticas (4,4%), sistema nervoso central (4,3%), cavidade oral (3,5%), laringe (3,4%) e leucemias (2,3%) (INCA, 2019)¹⁴.

Comparativamente, em Itajubá o câncer de traqueia, brônquios e pulmões é o maior responsável pelos óbitos, assim como a nível nacional. Em seguida surge o câncer de colón e reto e próstata com as mesmas taxas. O câncer de estômago é o quarto maior responsável pelos óbitos. O câncer de cabeça e pescoço é o quinto, diferentemente do modelo nacional, onde apenas o câncer de laringe aparece na nona posição.

Conclusão

Com este estudo, foi identificado predomínio de morbidade por câncer no gênero feminino e mortalidade no gênero masculino. Isso denota que as mulheres estão realizando com maior frequência a prevenção secundária nas unidades de saúde, como o exame citopatológico do colo do

útero, exame clínico das mamas e mamografia.

As Estratégias Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde devem continuar promover ambiência e acolhimento que integre a figura masculina na assistência. Os homens devem se sentir acolhidos nas unidades e o horário noturno de atendimento deve ser promovido de maneira mais ampla para que todos os trabalhadores possam ser atendidos sem impedimento.

Outro ponto a ser abordado é a faixa etária, onde foi presenciada maior percentual de neoplasia maligna em idades mais elevadas, já que essa é fator de risco para o câncer e Itajubá possui uma alta longevidade. Sabendo disso, a atenção à saúde do idoso deve priorizar o envelhecimento ativo e saudável. Contudo, as práticas de saúde devem ser estimuladas em todos os ciclos de vida. Um adulto que se expôs em longo tempo ao tabaco, álcool, inatividade física e outros fatores de risco aumenta a chance de carcinogênese na vida idosa.

Diante desses achados, é imprescindível também a prevenção primária. Os hábitos de vida prejudiciais devem ser modificados, não apenas para prevenção do câncer, mas também para outras doenças crônicas. Tais atitudes incluem parar de fumar, diminuição de ingestão de álcool, prática de atividade física, promoção de lazer, boa qualidade no

sono, prevenção de doenças imunopreveníveis e infecções sexualmente transmissíveis, entre outros.

Nesse contexto, espera-se que esse estudo contribua na reflexão e sensibilização dos profissionais de saúde, acadêmicos e população quanto ao impacto do câncer. Espera-se também uma mudança na maneira de enxergar a vida idosa, a fim de que a população, profissionais e políticos estejam preparados.

Sugere-se que esse estudo seja realizado periodicamente para ser fonte de conhecimento da morbimortalidade por câncer no município.

Referências

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. Rio de Janeiro: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em:

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/itajuba_mg#habitacao. Acesso em: 05 dez. 2019.

BARBOSA, I. R. *et al.* Tendência das taxas de mortalidade pelas dez principais causas de óbitos por câncer no Brasil, 1996-2012. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 2, n. 1, p. 03-16, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/8886/7114>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Classificação de Tumores Malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. 196 p. Disponível em: http://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRAZ, I. F. L. *et al.* Análise da percepção do câncer por idosos. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n2/pt_1679-4508-eins-16-02-eAO4155.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 35-40, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521/3728>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GUERRA, M. R.; MALTA, D. C. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, maio 2017. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000200102. Acesso em: 05 nov. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: Inca, 2018a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 13 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa2018.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 5. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2019. 111 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4edicao.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

ITAJUBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura SEMSA**. Itajubá, 2019. Disponível em: <http://www.itajuba.mg.gov.br/secretariaspmi/semsa/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

LEITE, A. K. F.; RIBEIRO, K. B. Idosos com câncer no município de São Paulo: quais fatores determinam o local do óbito? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1-10, jul. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102018000100260. Acesso em: 20 nov. 2019.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00110.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MELO, S. M. d'Avila et al. Velhice extrema em um centro diagnóstico respiratório: frequência e qualidade técnica da espirometria. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v.45, n.4, 29 jul. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v45n4/pt_1806-3713-jbpneu-45-04-e20180232.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/01031104-sdeb-39-106-00881.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

MUNHOZ, M. P. *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. **Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 37, n. 2, p. 09-16, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/08/trabalho5.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. ONU, 2011. Disponível em: https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf?ua=1. Acesso em: 20 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**. ONUBR, fev. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>. Acesso em: 13 abr. 2018.

PANIS, C. *et al.* Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-16-01-eAO4018.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

REBELO, P. A. P. A Informação sobre a Ocupação do Paciente nos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 239-245, 2014. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_60/v03/pdf/08-artigo-a-informacao-sobre-a-ocupacao-do-paciente-nos-registros-

hospitalares-de-cancer-no-brasil.pdf.
Acesso em: 20 nov. 2019.

SILVA, G. A. *et al.* Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 379-388, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0379.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOARES, J. M. A. *et al.* Por que tratamos câncer de boca em estádios avançados? **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 411-415, 2015. Disponível em: rmmg.org/exportar-pdf/1820/v25n3a17.pdf. Acesso em: 01 out. 2018.

VILELA, R. P. B. *et al.* Tendências de mortalidade por câncer segundo a Diretoria Regional de Saúde XV de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva, v. 12, n. 2, p. 160-166, jul./dez. 2018. Disponível em: http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2018v2/160_166.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.