



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

SONALY DE LIMA SILVA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO NO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DO CENTRO DE
CANCEROLOGIA ULISSES PINTO-PB**

**CAMPINA GRANDE
2015**

SONALY DE LIMA SILVA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO NO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DO CENTRO DE
CANCEROLOGIA ULISSES PINTO-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito de obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Esp. Suzana dos Santos Furtado de A. Silva.

Co-orientadora: Profa. Dra. Railda Shelsea T. R. do Nascimento.

**CAMPINA GRANDE
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586q Silva, Sonaly de Lima.
Quantitativo de casos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no sistema de registro hospitalar do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto - PB. [manuscrito] / Sonaly de Lima Silva. - 2015.
44 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Esp. Suzana dos Santos F. de A. Silva, Departamento de Fisioterapia".

1. Epidemiologia. 2. Câncer de cabeça e pescoço. 3. Fatores socioeconômicos I. Título.

21. ed. CDD 616.994

SONALY DE LIMA SILVA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO NO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DO CENTRO DE
CANCEROLOGIA ULISSES PINTO-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito de obtenção do Título de Bacharel
em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Suzana dos Santos
Furtado de A. Silva.

Co-orientadora: Profa. Dra. Railda Shelsea T.
R. do Nascimento.

Aprovada em: 15/06/2015.

BANCA EXAMINADORA

Suzana dos Santos Furtado A. Silva
Profa. Esp. Suzana dos Santos Furtado de A. Silva
Orientadora da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento
Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento
Co-orientadora da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Doralúcia Pedrosa de Araújo
Profa. Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Gilmara Marques Rodrigues Araújo
Profa. Esp. Gilmara Marques Rodrigues Araújo
União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC)

Aos meus pais, pelo imenso amor, carinho e sabedoria para que eu pudesse enfrentar os obstáculos de minha vida com muita fé e determinação. Obrigada por tudo! Ter os vossos exemplos de humanidade ao meu lado é meu maior presente. Aos meus irmãos que sempre desejaram que eu conseguisse esta realização pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelos dons a mim reservados, e em especial o dom de cuidar do outro, pelas bênçãos de minha vida, pela sabedoria proporcionada nos momentos de estudo e pesquisa, pela saúde, pela fé, e pela perseverança que eu tive ao longo da caminhada na graduação.

Aos meus **Pais, Sônia e Manoel**, que me apoiaram em cada passo desta Graduação, me oferecendo descanso diante de meu cansaço e lutando diariamente para que eu pudesse ter a melhor educação possível.

Aos meus **irmãos Samara e Emmanuel**, meu **namorado, Arlon**, e **amigos**, em especial, **Thâmmara Henriques** que acompanharam de perto ou de longe a minha caminhada, aconselhando-me quando necessário, e dividindo comigo os momentos de felicidade e tristeza.

Às **professoras**, orientadora e co-orientadora, **Suzana Furtado e Railda Nascimento**, pela oportunidade dada para meu crescimento e conhecimento profissional e pelas mãos dadas nessa batalha que aqui finda. Às professoras **Nadja Ferraz e Emanuela Barros**, pelo companheirismo, compreensão, conselhos, e pela amizade fraterna.

Ao **grupo LCTS**, por todo esse tempo ao qual nos dedicamos com humanidade e humildade para o cuidado dos pacientes que a nós chegavam. Em especial, **Marieliza Araújo**, a quem recorri nos momentos finais e encontrei solicitude.

RESUMO

SILVA, Sonaly de Lima. **Quantitativo de casos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no sistema de Registro Hospitalar do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

Os tumores de cabeça e pescoço correspondem ao quinto tipo de câncer mais comum no mundo, apresentando grande mortalidade e morbidade. E, no Brasil encontra-se como o sétimo tipo de câncer mais comum. Temos como principais fatores etiológicos para o seu desenvolvimento o consumo de tabaco e álcool, a poluição ambiental, a nutrição, a suscetibilidade e predisposição genética e certas condições de trabalho associadas à ocupação. O tratamento deste câncer consiste em: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dependendo da localização do tumor e da viabilidade de abordagens que visem à preservação de órgãos. Estes tratamentos podem gerar alterações permanentes no quadro geral do paciente e desencadear um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. Então, conhecer o perfil epidemiológico desta doença, em especial entre os CIDs C69 e C72, objetivando monitorar e analisar seus fatores de risco, as possíveis mudanças no perfil das neoplasias e assim contribuir para a promoção de atividades como a prevenção e a detecção precoce é o objetivo deste estudo. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, quantitativa, descritiva e retrospectivo, a partir de prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer do Centro de Cancerologia do Hospital FAP, de indivíduos com diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, inserido entre os CIDs C69 e C72, correspondentes ao período de Janeiro à Dezembro de 2013, incluídos na faixa etária entre 9 a 79 anos. Foi utilizado o Registro de Tumor, estabelecido pelo INCA para os hospitais com Registro de Câncer Hospitalar. Em seguida, foi realizada uma triagem dos prontuários correspondentes aos meses de Janeiro à Dezembro de 2013. Assim, esses casos foram contabilizados quantitativamente, e tabulados de acordo com dados epidemiológicos, sociodemográficos, hábitos sociais, informações do caso clínico e tratamento clínico proposto. Como resultado, temos que o cérebro é a região topográfica mais acometida pelo câncer de cabeça e pescoço dos CIDs C69 ao C72, alocado no CID 71. E alguns fatores sofreram limitação no estudo para se determinar o perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço. Então, observou-se a necessidade de treinar e/ou orientar de forma adequada os responsáveis pelo preenchimento dos registros no Hospital, de forma que nos prontuários contenham informações completas. Assim como, de implementar informações acerca da neoplasia e seus cuidados preventivos. E ainda, temos que o câncer de cabeça e pescoço, referente às regiões de olhos e anexos e do Sistema Nervoso Central, apresenta-se como uma abordagem diferenciada, uma vez que a literatura é escassa.

Palavras- Chave: Epidemiologia, Câncer de cabeça e pescoço, fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

SILVA, Sonaly de Lima. **Quantitative of cases diagnosed with head and neck câncer in the hospital registrstion system of the Oncology Center of Ulisses Pinto-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

The tumors of the head and neck correspond to the fifth most common type of cancer in the world, showing high mortality and morbidity. And, in Brazil it finds itself as the seventh most common type of cancer. We have as main etiological factors for its development the consumption of tobacco and alcohol, environment pollution, nutrition, susceptibility and genetic predisposition and certain work conditions related with occupation. The treatment of this cancer consists of: surgery, radiotherapy and chemotherapy, depending on the location of the tumor and the viability of approaches that aim for the organs preservation. These treatments may cause permanent changes in the overall picture of the patient and trigger a negative impact in the quality of life of these individuals. Knowing the epidemiological profile of this disease, especially between C69 and C72 CIDs, aiming to monitor and analyze its risk factors, possible changes in the cancer profile and thus contribute to the promotion of activities such as prevention and early detection is the purpose of this study. It is an exploratory, quantitative, descriptive and retrospective type of research, made from hospital record that belongs to the database of the Hospital Cancer Registry (RHC) of the FAP hospital's Oncology Center. After, was conducted a selection of the medical records corresponding to the months of January till December of 2013. Thus, these cases were recorded quantitatively and tabulated according to epidemiological and socialdemographic data, social habits, clinical case information and proposed clinical treatment. As result, we have that the brain is the the topographic region most affected by head and neck cancer of C69 to C72 CIDs, allocated in the CID 71. And some factors suffered limitation in the study to determine the epidemiological profile of the patient with head and neck cancer. So, it was observed the need to train and/or properly orient the responsible for the completion of the records in the hospital, so that the records contain complete information. As well as, implement information about neoplasia and its preventive care. And still, we have that head and neck cancer, regarding the areas of eyes and attachments and the central nervous system, presents itself as a differentiated approach, once the literature is scarce.

Key words: Epidemiology, head and neck cancer, socioeconomic factors

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição topográfica do CID correspondente aos olhos e anexos (C69. 0-C69. 9).	20
Tabela 2 -	Distribuição topográfica do CID correspondente a meninges (C70. 0-C70. 9).	21
Tabela 3 -	Distribuição topográfica do CID correspondente ao encéfalo (C71. 0-C71. 9).	21
Tabela 4 -	Distribuição topográfica do CID correspondente à medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do SNC (C72. 0-C72. 9).	22
Tabela 5 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, na base de dados Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	23
Tabela 6 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/cor da pele, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	24
Tabela 7 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	25
Tabela 8 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	26
Tabela 9 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	27
Tabela 10 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	28
Tabela 11 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	29
Tabela 12 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	30
Tabela 13 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por uso de tabaco, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	31
Tabela 14 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo de tumor primário, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	32
Tabela 15 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento clínico realizado no hospital, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	33
Tabela 16 -	Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbito, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGRICUL.	Agricultor
ANALFAB.	Analfabeto
ANAPLÁS.	Anaplásico
ASTRO.	Astrocitoma
CARCIN.	Carcinoma
CID.	Classificação Internacional de Doenças
EPEND. MAXILO.	Ependimoma Maxilopapilar
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
FUNC. PUBL. SUP.	Funcionário Público Superior
FUND.	Fundamental
GLIO.	Glioblastoma
HPV	Human Papilloma vírus
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LCTS	Laboratório de Ciência e Tecnologias em Saúde
MEDULO.	Meduloblastoma
MENINGIO.	Meningioma
NEOP.	Neoplasia
OLIGO.	Oligodendroglioma
PB	Paraíba
PROFES. ENS.SUP.	Professor de Ensino Superior
RCBP	Registros de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
RM	Ressonância Magnética
RT	Radioterapia
SNC	Sistema Nervoso Central
SOE	Sem Origem Específica
T.	Total
TC	Tomografia computadorizada
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CANCER DE CABEÇA E PESCOÇO.....	12
3.2 OLHOS E ANEXOS.....	12
3.2.1 RETINOBLASTOMA.....	13
3.2.2 MELANOMA DE CORÓIDE.....	13
3.2.3 SARCOMA.....	13
3.2.4 CARCINOMA.....	13
3.3 SISTEMA NERVOSO CENTRAL.....	14
3.3.1 MENINGES.....	14
3.3.2 ENCÉFALO.....	15
3.3.3MEDULA ESPINHAL E NERVOS CRANIANOS.....	16
3.3.3.1 MEDULA ESPINHAL.....	16
3.3.3.2 NERVOS CRANIANOS.....	16
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	17
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	17
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	17
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	18
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	18
4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS.....	18
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS.....	39
Anexo A- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.....	40
Anexo B- Termo de Compromisso para Coleta em Arquivos.....	41
Anexo C- Termo de Autorização Institucional.....	42

APÊNDICES.....	43
Apêndice A – Protocolo para coleta de dados no RHC.....	44

1 INTRODUÇÃO

O câncer é de origem latina e do grego karkinos significando “caranguejo”. Abrange cerca de 200 tipos conhecidos de doenças, que se caracterizam pela alteração no processo de divisão das células do corpo, então resultando em um crescimento anormal e dando origem ao conhecido tumor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1971).

Este consegue originar-se em todo tipo de tecido humano e em qualquer faixa etária, além de ter a capacidade de infiltrar-se através de barreiras de tecidos normais e invadir tecidos circunvizinhos de forma direta ou disseminando-se para regiões topograficamente distantes (FRANKS, 1990).

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estimou cerca de 518.510 novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, para o biênio 2012-2013. E para os anos de 2014 e 2015, aproximadamente 576.580mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma.

Existem vários fatores que podem estar correlacionados com o surgimento de uma célula cancerígena, como: psicológicos, químicos, físicos, genéticos e virais. E este surgimento, requer múltiplas etapas que podem ocorrer ao longo de muitos anos ou em menor intervalo de tempo (SASSE). Então é possível evitar determinados tipos de câncer pela eliminação de fatores determinantes, quando o potencial de malignidade é descoberto antes das células tornarem-se malignas e assim oferecer condições favoráveis ao tratamento (INCA, 2014).

O câncer de cabeça e pescoço, quinto tipo de câncer mais comum no mundo, vem apresentando grande mortalidade e morbidade (CAMPANA, GOIATO, 2013). Este câncer engloba um grupo diversificado de tumores que frequentemente são agressivos em comportamento biológico (HUSSAIN; ALAM, 2007). Neste estudo iremos abordar os CIDs C69 ao C72, que corresponde topograficamente ao Sistema Nervoso Central e Olhos e anexos.

Baseado em dados de Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), o INCA que recebe dados de uma rede de 282 Registros Hospitalares de Câncer (RHC), tem como atribuição desenvolver uma política de prevenção, detecção e tratamento do câncer, com o objetivo de aperfeiçoar o tratamento e o acompanhamento eficiente dos casos da doença no Brasil, além de pesquisas sobre os fatores desencadeantes da doença.

Assim, este estudo objetiva elaborar um levantamento dos fatores epidemiológicos do câncer de cabeça e pescoço.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o quantitativo de indivíduos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, que foram atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em 2013.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os indivíduos acometidos por câncer de cabeça e pescoço, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, entre os CID C69 e C72.
- Classificar os principais fatores epidemiológicos arquivados, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, entre os CIDs C69 e C72.
- Identificar quantitativamente os casos de câncer de cabeça e pescoço, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, entre os CIDs C69 e C72, em 2013.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CANCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Tumores de cabeça e pescoço correspondem ao quinto tipo de câncer mais comum no mundo, apresentando grande mortalidade e morbidade (CAMPANA, GOIATO, 2013). No Brasil, estima-se cerca de 576.580 novos casos de câncer para cada 100 mil habitantes no ano de 2014. Desses, 21.090 correspondem a câncer de cabeça e pescoço, colocando-o como o sétimo tipo de câncer mais comum no Brasil (INCA, 2014).

Os principais fatores etiológicos para o seu desenvolvimento são o consumo de tabaco e álcool. Além disso, a poluição ambiental e certas condições de trabalho associadas a indústrias como a metalurgia e a petroquímica, assim como a nutrição, a má dentição e a predisposição e suscetibilidade genética. Alguns estudos também têm demonstrado que infecção por HPV (Human Papillomavirus), e Epstein-Barr vírus também desempenham papel na etiologia (COLOMBO; RAHAL, 2009).

O tratamento destes canceres consiste em: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dependendo da ressecabilidade, localização do tumor e da viabilidade de abordagens que visem à preservação de órgãos (GALBIATTI et al, 2013).

A cirurgia pode gerar alterações permanentes, como perda de órgãos e alterações de funções básicas, como: fala deglutição, audição e respiração; relacionadas à interação social, que são de fundamental importância para o portador desta doença. Alterações nestas funções e na aparência, como na voz, dificuldade de engolir, trazem limitações funcionais para o paciente. Esses e outros fatores associados a complicações, e infecções decorrentes da terapia oncológica, podem desencadear um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos (MELO-FILHO et al, 2013).

Portanto, é necessário traçar o perfil epidemiológico desta patologia, objetivando monitorar e analisar seus fatores de risco, as possíveis mudanças no perfil das neoplasias e assim contribuir para a promoção de atividades como a prevenção, a detecção precoce e com a garantia de um bom prognóstico.

3.2 OLHOS E ANEXOS

Os tumores de olho e de seus anexos são um grupo diversificado incluindo carcinomas, melanomas, sarcomas e retinoblastomas.

3.2.1 Retinoblastoma

É o tumor oftalmológico maligno mais comum na população pediátrica. Apresenta cerca de 75% dos casos unilateral, e com maior incidência no sexo masculino. Geralmente é diagnosticado aos 2 anos de idade no sexo masculino e ao 1 ano de idade no sexo feminino. Na maioria das vezes aparece de forma esporádica, mas alguns são hereditários. Os sintomas mais comuns são a diminuição da acuidade visual, eritema, estrabismo, eritema conjuntival. O diagnóstico é realizado através da história clínica e familiar, do oftalmoscópio e do exame físico, e sob suspeita da neoplasia deve-se encaminhar ao médico especialista para realizar o diagnóstico que depende de anestesia geral (BOUZAS E CALAZANS, 2007).

3.2.2 Melanoma de Coróide

É o tumor primário intraocular que acomete mais adultos, com incidência de 6 casos para cada 1.000.000 de habitantes. De forma geral, é assintomático, porém pode iniciar com uma redução da acuidade visual e posteriormente o deslocamento da retina, ou ainda com a produção de sombra na visão. Os exames mais utilizados para seu diagnóstico são a retinografia, e mapeamento da retina. Já com relação ao tratamento, podem ser utilizadas: radioterapia, termoterapia transpupilar, enucleação, braquiterapia ocular, quimioterapia, imunoterapia, a depender das características do tumor (IOCM, 2015).

3.2.3 Sarcoma

O sarcoma granulocítico, é um tumor pequeno, que surge em pacientes que possuem leucemia mielóide aguda, ou antecede as manifestações desta doença. Tem como característica, em sua superfície, o aspecto esverdeado, então sendo denominado de cloroma ou mieloblastoma, mielocitoma, sarcoma mielóide e cloroleucemia. Este tumor pode surgir em diferentes locais, incluindo a órbita, sendo seu acometimento desta localização específica mais comum em crianças e adultos jovens (JUNIOR et al, 2005).

3.2.4 Carcinoma

O carcinoma epidermóide apresenta-se como a lesão tumoral maligna mais frequente da conjuntiva, com cerca de 50%. De etiologia multifatorial, mas predominantemente a radiação ultravioleta e a exposição à luz solar atuam como fatores de risco. Constatado pelo fato de apresentar-se de forma mais comum nas regiões tropicais brasileiras. Ainda temos como fatores predisponentes, as irritações ou inflamações crônicas da conjuntiva ocasionadas

pelo clima seco, substancia químicas, exposição a pó e ainda a deficiência de vitamina A. Apresenta-se com maior incidência para o sexo masculino (TONIETTO et al, 2005).

3.3 SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O Sistema Nervoso Central é composto pelo encéfalo, que engloba o cérebro e cerebelo, e pela medula espinhal, que, juntos, são recobertos pelas meninges e ossos do crânio e coluna vertebral. Tem a função de coordenar os sistemas que compõem o corpo e é fundamental no controle do comportamento humano (ALEGRO, 2009).

No ano de 2012, estimou-se cerca de 4.820 casos novos de câncer do SNC em homens e 4.450 em mulheres, para o Brasil. Estes valores resultam em um risco estimado de 5 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Já para o biênio de 2014-2015 esperam cerca de 4.960 casos novos de câncer Sistema Nervoso Central em homens e 4.130 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,07 casos novos a cada 100 mil homens e 4,05 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

Estudos comprovam que o câncer do SNC representa aproximadamente 2% de todas as neoplasias malignas. Durante as últimas décadas é observável o aumento da incidência e mortalidade dos tumores do SNC, principalmente nos países desenvolvidos e nas faixas etárias mais avançadas (INCA, 2012).

Ainda, tem-se que a maioria dos tumores de SNC se origina no cérebro, nervos cranianos e meninges. E quanto à faixa etária apresenta um aumento em crianças e outro em adultos acima dos 45 anos. Além disso, temos que a incidência dos tumores de SNC é um pouco mais elevada no sexo masculino em relação ao feminino (INCA, 2012).

E, como meios de diagnóstico padrão para tumores no SNC temos os exames de ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC). Segundo Schmidt (2005), apesar dos exames proporcionarem detalhadamente as estruturas anatômicas, fica limitado à delimitação segmentar do tumor.

Quanto aos tratamentos, temos os mais usuais em neoplasias malignas: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Porém, o tratamento de tumores nessa região é complicado, devido à localização dos tumores estarem sempre próxima de estruturas responsáveis por funções vitais do organismo (SCHMIDT, 2005).

3.3.1 Meninges

Classificadas como envoltórios do SNC são elas: dura-máter, pia-máter e aracnoide. A dura-máter é a mais espessa e externa, constituída por fibras colágenas que garantem firmeza

e resistência, envolve toda a medula espinhal. A aracnoide se encontra entre a dura-máter e a pia-máter, composta por um folheto, sobreposto a dura-máter e trabéculas, denominadas trabéculas aracnoideas. Por fim, a pia-máter cuja característica principal é sua aderência ao tecido nervoso da superfície medular penetrando na fissura mediana anterior, formando o filamento terminal quando a medula termina no cone medular (MACHADO; HAERTEL, 2013).

As meninges geralmente são infiltradas por células metastásicas dando origem a carcinomatose meníngea. Porém, em 1980 a 1995, segundo Monteiro e Koifman (2003), foram encontrados uma pequena quantidade de óbitos por tumores cerebrais que tiveram origem nas meninges, com uma variação de 2.4% ou seja, 50 casos entre 2.098 e 2,7% 113 casos em 4.191.

3.3.2 Encéfalo

Composto pelo cérebro, cerebelo, mesencéfalo, bulboraquidiano, tronco encefálico, entre outras estruturas (MACHADO; HAERTEL, 2013).

O encéfalo apresenta tumores específicos, como o gliomas, que são tumores que tem início nas células gliais. Vários são os tumores encefálicos considerados gliomas: os astrocitomas, os oligodendrogliomas e os ependimomas. Além dos gliomas, temos os meningiomas, meduloblastomas, gangliogliomas, Schwannomas, e craneofaringiomas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015).

O tratamento padrão para tumores de encéfalo é a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Porém, boa parte dos tumores malignos apresenta-se resistentes a quimioterapia, tendo seu efeito reduzido. Já com relação à radioterapia, apresenta resultados positivos, mas limita-se em trazer apenas melhoras ao estado geral do paciente (BEHIN, 2003).

Do cérebro, temos que é a porção mais desenvolvida e mais importante do encéfalo, ocupando um espaço de 80% da caixa craniana. É o centro do pensamento, memória e emoção, assim como o centro de controle de vários processos orgânicos (ALEGRO, 2009).

É classificado funcionalmente como componente do SNC, e apresenta-se como o local de maior ocorrência de neoplasias do SNC. Observa-se que essas neoplasias, são do tipo gliomas e linfomas os tumores cerebrais primários, sendo muito mais comuns em adultos (ALEGRO, 2009).

No estudo de Galanis et al (1998), temos que cerca de 90% dos tumores cerebrais diagnosticados são gliomas malignos, sendo 70% destes, glioblastomas multiformes, pois apresentam alta capacidade de infiltração e reincidência.

3.3.3 MEDULA ESPINHAL E NERVOS CRANIANOS

3.3.3.1 Medula Espinhal

A superfície da medula é delimitada por sulcos, os sulcos laterais, anterior, lateral posterior, intermédio posterior, mediano posterior e a fissura mediana anterior. Nela temos uma substancia cinzenta no centro e em sua volta a substancia branca, dando-se a formação dos funículos anterior, lateral e posterior (MACHADO; HAERTEL, 2013).

Tumores da medula espinhal podem ser malignos ou benignos, como também podem ser de origem primária, quando se originam na medula espinhal, ou secundária quando são decorrentes de metástase. São do tipo raro e pouco incidente nas crianças. Aproximadamente 67% destes tumores são meningiomas de origem nas células meníngeas e schwannomas, de origem nas células de schwann que isolam as terminações nervosas. Estes são tumores do tipo benignos. Já os tumores malignos são do tipo gliomas de origem em células da medula espinhal e sarcomas que são metastáticos de tecidos conectivos da coluna vertebral (TUMORES MEDULARES, 2015).

3.3.3.2 Nervos Cranianos

Os nervos cranianos fazem conexões com o encéfalo e são em número de 12 pares: Nervo olfatório I; Nervo óptico, II; Nervo oculomotor III; Troclear, IV; Nervo trigêmeo, V; Abducente, VI; Nervo facial, VII; Nervo vestibulo-coclear, VIII; Glossofaríngeo IX; Vago X; Acessório XI; Hipoglosso XII (MACHADO; HAERTEL, 2013).

Na literatura não há dados relacionados a tumores de nervos cranianos. Dessa forma, os tumores intracranianos ou extracranianos que comprometem o funcionamento dos nervos cranianos. Geralmente, tumores da base do crânio, que geram alterações nas funções dos nervos cranianos (CANELAS; JULIÃO, 1961).

Acredita-se que são as metástases tumorais responsáveis pelas manifestações de déficit na funcionalidade dos nervos cranianos. A exemplo da síndrome de Goldtfredsen caracterizada pela paralisia do abducente, neuralgia do trigêmeo e glossoplegia, sendo os primeiros resultantes da invasão intracraniana do tumor e esta última, decorrente da compressão do hipoglosso por adenopatia metastática (CANELAS; JULIÃO, 1961).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo exploratório, quantitativa, descritiva e retrospectivo, a partir de amostra acessível, pesquisados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer, do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto, no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). A tabulação dos dados foi realizada no Laboratório de Ciência e Tecnologias da Saúde (LCTS/UEPB/FAP), localizado no Hospital da FAP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Como amostra, foram utilizados prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital FAP, de indivíduos com diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, inseridos entre os CIDs C69 e C72, correspondentes ao período de Janeiro à Dezembro de 2013, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Indivíduos na faixa etária entre 9 e 79 anos;
- Indivíduos que foram atendidos entre janeiro e dezembro de 2013, com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, inserido entre os CID C69 e C72.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Indivíduos sem diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, que estão na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.
- Indivíduos com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, que não estejam inseridos nos CID entre C69 e C72, que estão na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.
- Indivíduos com idades inferiores a 9 anos e superiores a 79 anos;

- Indivíduos que não foram atendidos nos anos de 2013;

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Foi utilizado o Registro de Tumor, estabelecido pelo INCA para os hospitais com Registro de Câncer Hospitalar (RHC). De acordo com dados colhidos nos prontuários médicos, essas folhas são preenchidas, computadas no site do DATASUS e armazenadas no hospital.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Inicialmente foram identificados no Registro de Câncer Hospitalar do Hospital da FAP pacientes com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, com o CID entre C69 e C72.

Após identificação, foi realizada uma triagem dos prontuários correspondentes aos meses de Janeiro à Dezembro de 2013. Esses casos foram contabilizados quantitativamente, e tabulados de acordo com dados epidemiológicos.

4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS

Foram coletados dados de 23 pacientes com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço entre os CIDs C69 e C72.

Respeitando o cronograma, as coletas quantitativas foram tabuladas de acordo com os dados epidemiológicos, sociodemográfico, hábitos sociais, informações do caso clínico e tratamento clínico proposto.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB para avaliação, seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução número 466/12.

O pesquisador se responsabilizou e se comprometeu com os objetivos do projeto, assinando o Termo da resolução 466/12 do CNS/MS, assim como os termos do projeto. Os dados fornecidos pelo entrevistado foram sigilosos e o paciente teve o conhecimento de que os dados são de exclusividade do projeto e as publicações de forma anônima. O pesquisador assinou o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivo.

O termo de autorização institucional também foi assinado por um responsável da instituição do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba - FAP, estando ciente da realização do projeto no local e dos termos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 23 fichas de registro de tumor de pacientes que passaram pelo Hospital da FAP, no período de Janeiro a Dezembro de 2013. De acordo com os dados coletados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, foi possível observar os seguintes resultados:

A **Tabela 1** apresenta a distribuição topográfica do CID C69. 0 à C69.9, correspondente a neoplasia de olhos e anexos.

Tabela 1. Distribuição topográfica do CID correspondente aos olhos e anexos (C69. 0- C69. 9).

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL DE CASOS
C69	OLHOS E ANEXOS	
C69. 0	Conjuntiva	0
C69. 1	Córnea, SOE	0
C69. 2	Retina	0
C69. 3	Coróide	0
C69. 4	Corpo ciliar	0
C69. 5	Glândula lacrimal	0
C69. 6	Orbita, SOE	0
C69. 8	Lesão sobreposta do olho e anexos	0
C69. 9	Olho, SOE	1
TOTAL		1

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, 2013.

De acordo com os resultados apresentados na **Tabela 1**, correspondente ao CID C69. 0 à C69.9, referente a olhos e anexos, foi possível observar, um quantitativo total de casos no Hospital da FAP no ano de 2013. A localização topográfica que se fez presente para este caso foi neoplasia de olho do tipo SOE (Sem origem específica).

Corroborando com tais dados, o registro de base populacional do INCA (2010), encontrou como novos casos de câncer mais frequentes, o CID 69.9, em João Pessoa/PB, com uma frequência de 3 registros.

A **Tabela 2** apresenta a distribuição topográfica do CID 70.0 a 70.9, correspondente a neoplasia de meninges.

Tabela 2. Distribuição topográfica do CID correspondente a meninges (C70. 0-C70. 9).

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL DE CASOS
C70	MENINGES	
C70. 0	Meninges cerebrais	0
C70. 1	Meninges espinhais	0
C70. 9	Meninges, SOE	0
TOTAL		0

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, 2013.

Podemos observar nos dados apresentados na **Tabela 2**, que não foi registrado casos de neoplasia de meninges, no ano de 2013, no RHC do Hospital da FAP em nenhuma das localizações topográficas referente ao CID 70.

E nos anos de 2002 e 2003, foi encontrado apenas 1 novo caso de câncer alocado neste CID, de acordo com os registros de base populacional do INCA (2010), para uma população de aproximadamente 702.234 habitantes.

A **Tabela 3** apresenta a distribuição topográfica do CID 71, correspondente a neoplasia de encéfalo (C71. 0-C71. 9).

Tabela 3. Distribuição topográfica do CID correspondente ao encéfalo (C71. 0-C71. 9).

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL DE CASOS
C71	ENCÉFALO	
C71. 0	Cérebro	9
C71. 1	Lobo frontal	2
C71. 2	Lobo temporal	0
C71. 3	Lobo parietal	1
C71. 4	Lobo occipital	0
C71. 5	Ventrículo cerebral, SOE	1
C71. 6	Cerebelo, SOE	1
C71. 7	Tronco cerebral	1
C71.8	Lesão sobreposta do encéfalo	0
C71. 9	Encéfalo, SOE	1
TOTAL		16

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, 2013.

A **Tabela 3**, segundo sua apresentação, soma um total de dezesseis casos, distribuídos da seguinte forma: nove casos no cérebro, dois no lobo frontal, um no lobo parietal, um no ventrículo cerebral do tipo SOE, um no cerebelo também do tipo SOE, um no tronco cerebral e por ultimo um no encéfalo do tipo SOE. Dessa forma, temos que a região topográfica mais predominante, registrada no RHC, em relação ao CID 71, foi o cérebro.

Este dado corrobora com Alegro (2009), que afirma ser o cérebro o local de maior ocorrência de neoplasias quando comparado com os constituintes do SNC. Como também com o levantamento de dados do INCA (2014), que relata ser o cérebro o local de origem das maiorias dos tumores de SNC.

Após levantamento dos registros de base populacional, observou-se que para a João Pessoa/PB, no ano de 2002 e 2003, dos CID 69 ao 72, o CID 71 (encéfalo) destacou-se com maior número de casos novos de localização primária do câncer (INCA 2010).

A **Tabela 4** apresenta a distribuição topográfica do CID 72, correspondente a medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do Sistema Nervoso Central (SNC), (C72. 0-C72. 9).

Tabela 4. Distribuição topográfica do CID correspondente à medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do SNC (C72. 0-C72. 9).

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL DE CASOS
C72	MEDULA ESPINHAL, NERVOS CRANIANOS E OUTRAS PARTES DO SNC.	
C72. 0	Medula espinhal	1
C72. 1	Cauda equina	0
C72. 2	Nervo olfativo	0
C72. 3	Nervo óptico	0
C72. 4	Nervo acústico	0
C72. 5	Nervo craniano, SOE	0
C72. 8	Lesão sobreposta do encéfalo e do SNC	0
C72. 9	Sistema nervoso, SOE	5
TOTAL		6

Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, 2013.

De acordo com os dados apresentados na **Tabela 4**, correspondente à distribuição topográfica entre os CID C72. 0 e C72.9, pode se observar um único caso correspondente ao

CID 72.0, com localização topográfica na medula espinhal, e uma sobreposição de 5 casos para o CID 72.9, com localização no sistema nervoso do tipo SOE.

Corroborando com estes dados, temos o levantamento de registros de base populacional do INCA (2010), para a Capital João Pessoa, nos quais foram registrados apenas dois casos alocados no CID C72.

A **Tabela 5** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, na base de dados Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 5. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, na base de dados Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	TOTAL
09-19	3	1	4
20-29	0	1	1
30-39	2	1	3
40-49	1	2	3
50-59	2	5	7
60-69	2	2	4
70-79	0	1	1
TOTAL	10	13	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto aos dados epidemiológicos apresentados na **Tabela 5**, pode-se observar uma ocorrência maior de neoplasias de cabeça e pescoço no sexo feminino, com predominância para a década caracterizada pela faixa etária de 50 a 59 anos. De acordo com os casos registrados no RHC, temos um total de 23 casos, no ano de 2013, dos quais 10 (43,4%) correspondem ao sexo masculino e 13 (56,5%) correspondem ao sexo feminino.

Considerando a classificação topográfica estabelecida pelo INCA que inclui os CIDs: C69 a C72, na classificação de cabeça e pescoço, e ainda, levando em consideração suas estimativas voltadas para as áreas de maior incidência, como também voltando-se para o resultado de apenas um prontuário que não se encaixa na subdivisão de Sistema Nervoso Central, temos que os resultados quanto à incidência neoplásica voltada ao sexo não corroboram com as estimativas do INCA para os biênios de 2012/2013 e 2014/2015, onde o sexo masculino prevalece sobre o sexo feminino.

Porém, específico para o CID 69, onde foi encontrado apenas um prontuário, de paciente do sexo masculino, corrobora com Bouzas e Calazans (2007), que afirma ser a neoplasia de olhos e anexos mais incidente no sexo masculino.

Já, no levantamento de registros de base populacional, observou-se que em, João Pessoa/PB, no ano de 2002 e 2003, o sexo feminino em detrimento do sexo masculino, concordando com os registros da FAP (INCA, 2010).

A **Tabela 6** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/cor da pele, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 6. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/cor da pele, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	BRANCA	AMARELA	PARDA	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	2	0	0	2	4
20-29	0	0	1	0	1
30-39	0	0	2	1	3
40-49	0	0	3	2	5
50-59	1	0	1	3	5
60-69	1	1	0	2	4
70-79	0	0	0	1	1
TOTAL	4	1	7	11	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A **Tabela 6** apresenta uma totalidade de casos de acordo com a raça ou cor da pele. E o Registro de Tumor traz como possível classificação quanto à raça ou cor da pele, as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda, indígena e sem informação.

Na tabela acima, podemos observar uma predominância de 11 prontuários (47,8%) na opção sem informação, seguida da predominância da raça parda, com um número de 7 (30,4%) casos de neoplasia de cabeça e pescoço, no ano de 2013, em detrimento da branca e amarela, raças das quais foram registrados 4 (aproximadamente 17,4%) e 1 (aproximadamente 4,35%) casos respectivamente.

Não existem estudos que façam relação com a cor da pele e o câncer de cabeça e pescoço para os CID C69 à C72.

A **Tabela 7** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, em 2013.

Tabela 7. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013

FAIXA ETÁRIA	ANALFAB.	FUND. INCOMPLETO	NÍVEL MÉDIO	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	0	1	1	2	4
20-29	0	1	0	0	1
30-39	0	0	1	2	3
40-49	0	0	1	2	3
50-59	0	1	1	5	7
60-69	1	1	0	2	4
70-79	0	1	0	0	1
TOTAL	1	5	4	13	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: Fund.: Fundamental; Analfab.: Analfabeto.

Nos dados apresentados na **Tabela 7**, podemos perceber que a maioria dos casos (56%) não contem informação quanto à escolaridade e a minoria que contem informação correspondem a 5 (21,7%), casos com nível fundamental incompleto, decrescendo para 4 (aproximadamente 17,4%) casos com nível médio e 1 caso (aproximadamente 4,35%) sem escolaridade, classificado como analfabeto. No estudo são investigadas as possibilidades de casos com fundamental completo, nível superior incompleto e nível superior completo.

Este se assemelha ao estudo Tabalipa et al (2011), no qual 77,8% dos prontuários de pacientes com tumor no sistema nervoso central não apresentaram dados referentes à escolaridade.

A **Tabela 8** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 8. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	AGRICULT.	FUNC. PUBL.SUP.	PROFES.ENS.SUP.	SERVIÇOS GERAIS
09-19	0	0	0	0
20-29	1	0	0	0
30-39	0	0	0	1
40-49	0	0	0	0
50-59	1	1	1	0
60-69	2	0	0	0
70-79	0	0	0	0
TOTAL	4	1	1	1

FAIXA ETÁRIA	TRABALHADOR CONSTRUÇÃO CIVIL	OUTRAS	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL
09-19	0	2	2	4
20-29	0	0	0	1
30-39	0	0	2	3
40-49	1	1	1	3
50-59	0	2	2	7
60-69	0	0	2	4
70-79	0	0	1	1
TOTAL	1	5	10	23

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Legenda: Agricult.: Agricultor; Func.Publ.Sup.: Funcionário Público Superior; Profes.Ens.Sup.: Professor de Ensino Superior

A **Tabela 8** apresenta as diversas ocupações de acordo com a faixa etária. Observamos que na coluna “Outras” foram incluídas profissões que não se aplicam a faixa etária e trabalhadores que não podem ser classificados quanto à ocupação, somando um total de 5 casos (21,7%), e perdendo apenas para os casos nos quais não foram encontradas informações

sobre sua ocupação. Além disso, temos uma predominância da agricultura, com 4 casos (aproximadamente 17,4%), sobre funcionário público superior, professores de ensino superior, serviços gerais e trabalhadores da construção civil, cada uma dessas apresentando apenas um caso (aproximadamente 4,35%).

É possível perceber a limitação para o preenchimento deste dado, observado também em outros estudos que utilizaram a variável ocupação nos prontuários, demonstrando que estes dados ainda não receberam a devida importância como fatores caracterizadores da doença, sua prevenção e desfecho. Uma vez associada à doença, a ocupação e os agentes cancerígenos presentes no âmbito de trabalho merecem atenção e vigilância com relação à exposição.

Temos que os agricultores se sobrepõem aos demais, podendo o fator causal para o desenvolvimento do câncer estar relacionado com a atividade. No estudo de Chrisman (2008), ele constatou que a mortalidade por câncer de Sistema Nervoso Central, no Paraná, encontra-se elevada, nos trabalhadores da agricultura. Já Tabalipa (2011), em um levantamento de dados hospitalares de câncer no Rio de Janeiro, constatou que 22,2% dos casos de câncer no SNC ocorreram em trabalhadoras industriais.

A **Tabela 9** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 9. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	CAMPINA GRANDE	MONTEIRO	SERRA REDONDA	OUTROS	TOTAL
09-19	2	0	0	2	4
20-29	0	0	1	0	1
30-39	0	1	0	2	3
40-49	1	1	0	1	3
50-59	5	0	0	2	7
60-69	0	1	1	2	4
70-79	0	0	0	1	1
TOTAL	8	3	2	10	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados na **Tabela 9**, podemos observar que a cidade predominante é Campina Grande/PB, ficando em segundo lugar a cidade de Monteiro/PB e em terceiro a cidade de Serra Redonda/PB. Outros municípios com menor número de casos foram: Areia/PB, Cubati/PB, Esperança/PB, Imaculada/PB, Jericó/PB, Lagoa Seca/PB, Nova Floresta/PB, Patos/PB, São Bento/PB e Sossego/PB; assim, totalizando cerca de 13 cidades Paraibanas, registradas com caso de câncer de cabeça e pescoço no RHC do Hospital da FAP, no ano de 2013.

Foi possível observar que a demanda vinda de Campina Grande (aproximadamente 34,8%) é maior, uma vez que o Hospital de cancerologia Dr. Ulisses Pinto é referência para o tratamento da oncologia, como também observamos a demanda das cidades circunvizinhas.

A **Tabela 10** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 10. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETARIA	SOLTEIRO	CASADO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL
09-19	3	0	1	4
20-29	1	0	0	1
30-39	0	1	2	3
40-49	0	0	3	3
50-59	1	1	5	7
60-69	0	2	2	4
70-79	1	0	0	1
TOTAL	6	4	13	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados na **Tabela 10** de neoplasia de cabeça e pescoço por estado civil e faixa etária, é possível observar que a maioria dos casos acometeram indivíduos solteiros (26,08%), com predominância na década de 9 a 19 anos (aproximadamente 17,4%), ficando em segundo lugar os casos em que os indivíduos são casados (aproximadamente 17,4%), e acomete principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos

(aproximadamente 17,4%). E totalizando 13 (56,5%) casos de prontuários que não apresentam informações em detrimento do estado civil do paciente.

Não existem estudos que façam relação com o estado civil e o câncer de cabeça e pescoço para os CID C69 à C72.

A **Tabela 11** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 11. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETARIA	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	0	0	4	4
20-29	0	0	1	1
30-39	0	0	3	3
40-49	0	0	3	3
50-59	1	0	6	7
60-69	0	0	4	4
70-79	0	0	1	1
TOTAL	1	0	22	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A **Tabela 11** apresenta uma totalidade de 22 (95,6%) casos em que não há informação no prontuário quanto o registro de histórico familiar de câncer, restando apenas um prontuário com informação, e este declara que há em sua família histórico de neoplasia maligna.

Observamos a falta de preenchimento dos questionários do registro do tumor, o que limita a correlação dos dados.

A **Tabela 12** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, em 2013.

Tabela 12. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETARIA	NUNCA	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	1	3	4
20-29	0	1	1
30-39	0	3	3
40-49	0	3	3
50-59	2	5	7
60-69	0	4	4
70-79	0	1	1
TOTAL	3	20	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Outro fator de relevância para o estudo social do câncer é o consumo de álcool. Através dos dados apresentados pela **Tabela 12**, observamos que apenas 3 (13,04%) prontuários afirmavam dentre os 23 nunca afirmavam que os pacientes não tinham o hábito do etilismo, sendo um (aproximadamente 4,35%) no intervalo de 9 a 19 anos e outros 2 (aproximadamente 8,7%) no intervalo de 50 a 59 anos. Assim, temos um montante de 20 (aproximadamente 87%) prontuários que não exibem esta informação.

Vários estudos correlacionam a presença de câncer com o consumo de bebida alcoólica. Observa-se que há a possibilidade de existirem substâncias carcinogêneas na fórmula de composição do álcool, predispondo assim seus consumidores ao desenvolvimento de neoplasias de cabeça e pescoço (OLIVEIRA et al, 2008).

A **Tabela 13** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por uso de tabaco, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

Tabela 13. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por uso de tabaco, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	NUNCA	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	1	3	4
20-29	0	1	1
30-39	0	3	3
40-49	0	3	3
50-59	2	5	7
60-69	0	4	4
70-79	0	1	1
TOTAL	3	20	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Assim como observado na **Tabela 12**, a **Tabela 13** apresenta o quantitativo de casos que consumiam de tabaco, de acordo com a faixa etária. Apresenta uma quantidade mínima de apenas 3 prontuários (13,04%) contendo informação quanto ao consumo de tabaco, e nestes os pacientes afirmam nunca terem o consumido, em contra partida, temos 20 (aproximadamente 87%) outros casos que não apresentam informação.

Assim como a limitação encontrada quanto ao consumo de álcool, podemos observar a mesma limitação voltada para o consumo de tabaco, uma vez que há estudos na literatura que correlacionam o tabagismo e etilismo com o desenvolvimento de câncer, mas os dados encontrados nos prontuários do RHC da FAP impedem esta análise.

A **Tabela 14** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo de tumor primário, em 2013.

Tabela 14. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo de tumor primário, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA-ETÁRIA	NEOP. MALIGNA	CARCI. ESCAMO CELULAR SOE	EPEND. MAXILO.	OLIGO. SOE	ASTRO. SOE
09-19	1	0	0	0	1
20-29	1	0	0	0	0
30-39	0	1	0	1	1
40-49	0	0	0	1	1
50-59	2	0	1	0	0
60-69	2	0	0	0	1
70-79	0	0	0	0	0
TOTAL	6	1	1	2	4

FAIXA ETÁRIA	ASTRO. ANAPLÁS.	GLIO. SOE	MEDULO. SOE	MENINGIO. SOE	MENINGIO. ATÍPICO	T.
09-19	0	1	1	0	0	4
20-29	0	0	0	0	0	1
30-39	0	0	0	0	0	3
40-49	0	0	0	1	0	3
50-59	0	3	0	0	0	6
60-69	0	1	0	0	1	5
70-79	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	5	1	1	1	23

Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.

Legenda: NEOP.: Neoplasia; CARCI.: Carcinoma; EPEND. MAXILO.: Ependimoma Maxilopapilar; OGLIO: Oligodendroglioma; ASTRO.: Astrocinoma; SOE.: Sem Origem Específica; ANAPLÁS.: Anaplásico; GLIO.: Glioblastoma; MEDULO.: Meduloblastoma; MENINGIO.: Meningioma; T.: TOTAL

A **Tabela 14** apresenta a distribuição quanto ao tipo histológico do câncer, segundo a faixa etária. Foi possível observar dez tipos histológicos diferentes, e uma predominância da classificação em neoplasia maligna, somando 6 casos (26,08%), que é utilizada quando não se sabe o diagnóstico ao certo. Em segundo lugar, temos o Glioblastoma do tipo SOE, com 5 casos (21,73%); em terceiro lugar, o Astrocitoma também do tipo SOE, com 4 casos

(17,39%); em quarto lugar o Oligodendroglioma, do tipo SOE, com 2 casos (8,69%) e os demais apresentam apenas 1 caso (aproximadamente 4,35%).

Com relação ao tipo histológico mais predominante, observamos que os dados corroboram com o estudo de Tonietto et al (2005). Neste, o carcinoma epidermóide ou de células escamosas apresenta-se como a lesão tumoral maligna mais frequente da conjuntiva, com cerca de 50%.

Voltando-se aos CID C70 à C72, temos que os gliomas que podem ser classificados em astrocitoma, oligodendroglioma, oligoastrocitoma e ependinoma. Esses são os tipos histológicos mais frequentes, com cerca de 40% a 60% de todos os tumores primários do SNC. Corroborando com os dados encontrados, com cerca de 7 casos de câncer com origem nos gliomas (INCA, 2014).

Ainda, observam-se outros tipos histológicos presentes no câncer de SNC, como os meningiomas, representando entre 20% e 35% dos casos de câncer de SNC (INCA, 2014).

A **Tabela 15** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento clínico realizado no hospital, em 2013.

Tabela 15. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento clínico realizado no hospital, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETARIA	NENHUM	RT	RT DUAS VEZES	OUTRAS	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
09-19	0	1	3	0	0	4
20-29	0	0	0	1	0	1
30-39	0	2	0	1	0	3
40-49	1	1	0	1	0	3
50-59	0	4	2	1	0	7
60-69	0	3	0	1	0	4
70-79	0	1	0	0	0	1
TOTAL	1	12	5	5	0	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: RT.: Radioterapia.

A **Tabela 15** apresenta os dados dos tratamentos pelos quais os pacientes foram submetidos no Hospital da FAP. Dentre os tratamentos oferecidos pelo hospital: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, transplante de medula óssea, e imunoterapia.

A radioterapia foi o tratamento mais utilizado, somando de 12 casos (52,17%) que realizaram uma vez, com número de sessões variados de acordo com a proposta terapêutica do radiologista, e um somatório de 5 casos (21,73%) que realizaram duas vezes a radioterapia, com número de sessões variando de acordo com os esquemas traçados pelo radiologista. A sessão “nenhum” refere-se a pacientes que não realizaram tratamento no Hospital da FAP, que negaram receber tratamento ou por algum outro motivo que venha a não receber um dos tratamentos disponíveis no hospital. Já a sessão “outras” corresponde as diversas opções de tratamento oferecidos no hospital, nenhum dos pacientes realizou tratamentos simultâneos.

Os dados divergem do estudo de Galbiatti et al (2013), no qual a principal opção de tratamento para doença primária, secundária e recorrente de cabeça e pescoço é cirurgia. Assim, a radioterapia se torna a principal opção terapêutica, quando não é possível realizar a ressecção cirúrgica do tumor.

A **Tabela 16** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbitos e sobrevida, em 2013.

Tabela 16. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbitos e sobrevida, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, com CID entre C69 e C72, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	SOBREVIDA	TOTAL
09-19	0	4	4
20-29	0	1	1
30-39	1	2	3
40-49	0	3	3
50-59	1	6	7
60-69	1	3	4
70-79	0	1	1
TOTAL	3	20	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Pela **Tabela 16**, podemos observar um número de 3 casos de óbito, somando um percentual de 13,04% de óbitos, para os CID C69ao C72, no ano de 2013. E uma sobrevida de 20 casos, dando um percentual de 86,96%.

Voltando-se aos CIDs C70 a C72, temos segundo o INCA (2014), que a mortalidade dos tumores de SNC aumentou principalmente nas faixas etárias mais avançadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- No Sistema de Registro hospitalar do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto-PB, no ano de 2013, houve um número considerável de casos acometidos com Câncer de Cabeça e Pescoço para os CID C69-C72, dos quais a região topográfica mais acometida foi o cérebro, alocado no CID 71.
- Os fatores socioeconômicos, genéticos, e pessoais sofreram limitação no estudo para se determinar o perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço nos CID C69 ao C72 e assim promover a vigilância ao câncer.
- Observou-se a necessidade de treinar e/ou orientar de forma adequada os responsáveis pelo preenchimento dos registros no Hospital, de forma que nos prontuários contenham informações completas. E ainda, do incremento nas políticas públicas de saúde, de informações sobre o câncer de cabeça e pescoço, abordando a necessidade do cuidado e hábitos sociais que possam estar associados ao desenvolvimento da neoplasia, mas que não foram constatados neste estudo.
- O câncer de cabeça e pescoço, referente às regiões de olhos e anexos e do Sistema Nervoso Central, apresenta-se como uma abordagem diferenciada, uma vez que a literatura é escassa.

REFERÊNCIAS

ALEGRO, M.C. **Segmentação de tumores de encéfalo em imagens por Ressonância Magnética Baseada em Informações textuais**. Dissertação de Mestrado, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 2009.

ALVARENGA, L. M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de otorrinolaringologia**, v.74, n.1, Janeiro/Fevereiro. 2008.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Tumores de encéfalo y de medula espinal en adultos**. Atlanta, Ga. 2015.

BEHIN, A. et al. **Primary brain tumor in adults**. The Lancet, v. 361, jan. 2003.

BOUZAS, L.F., CALAZANS, M. **Tumores sólidos e hematológicos na infância e na adolescência - Parte 2**. Vol. 4, nº 2- Abr/Jun, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Taxa de mortalidade proporcional não ajustada por câncer de encéfalo, homens e mulheres, Brasil, entre 2010 e 2012**. Disponível em:<<http://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acessado em 30 de Abril de 2015.

CAMPANA, I.G., GOIATO, M.C. Head and neck tumors:epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v. 34,n.1,p.20-26, Janeiro/Junho, 20013.

CANELAS, H.M., JULIÃO, O.F. Paralisias múltiplas de nervos encefálicos produzidas por neoplasias da base do crânio. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 1961.

CHRISMAN, J.R. et al. Mortalidade por câncer em agricultores do estado do Paraná. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 16 (4):597-612,2008.

COLOMBO, J., RAHAL, P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. **Revista Bras.de Cancerologia**,55(2):165-174, 2009.

FRANKS, L.M., TEICH, N.. *Introdução à Biologia Celular e Molecular do Câncer*. São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1990.

GALANIS, E. et al. Clinical outcome of gliosarcoma compared with glioblastoma multiforme: North Central Cancer Treatment Group results. **J Neurosurg** 89:425-430, 1998.

GALBIATTI, A.L.S., et al. Head and neck câncer: causes, prevention and treatment. **Braz J Otorhinolaryngol.** 79(2): 239-47, 2013.

HUSSAIN, Q. M; ALAM, M. M. Head and Neck Cancer – An Overview. **The Journal of Teachers Association.** v.20, n. 1, June. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Incidência de câncer no Brasil.** Ministério da Saúde, 2014. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-15052015.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2015.

_____. **Incidência de câncer no Brasil.** Ministério da Saúde, 2012. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa-15052015.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2015.

_____. **Dados de Registro de Base Populacional.** Ministério da Saúde, 2010. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/docs/JoaoPessoa/P259-266.PDF>>. Acessado em 15 de Maio de 2015.

IOCM - Instituto dos Olhos Cristiano Mendonça. Disponível em: < <http://www.iocm.com.br/noticia.php?tipo=especialidades&id=32>>. Acesso em: 02 de Maio de 2015.

JUNIOR, N.L.F. et al. Sarcoma granulócito em órbita: relato de caso. **Arq Bras Oftalmol.**68(4):557-60, 2005.

MACHADO, A.B., HAERTEL, L.M. **Neuroanatomia funcional**, 3 ed. Saraiva, 2013.

MELO-FILHO, M. R., et al. Quality of life of patients with head and neck câncer. **Braz J Otorhinolaryngol.** 79(1):82-8;2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Mensagem aos médicos. **Câncer Fundamentos, Secretária de Assistência Médica-Divisão Nacional de Câncer**; Brasília, p. 7-47,1971.

MONTEIRO, G.T.R., KOIFMAN,S. Mortalidade por tumores de cérebro no Brasil, 1980-1998, Cad. Saúde Pública, vol19, n4. Rio de Janeiro. Jul-Aug.2003.

OLIVEIRA, J. C. et al. A exposição ocupacional como fator de risco no câncer de cavidade oral e orofaringe no Estado de Goiás. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 37, n. 2, p. 82-87 abril/maio/junho. 2008

SASSE, A. **Informações em Câncer e Oncologia**. Disponível em: <<http://andre.sasse.com/oncologia>>. Acesso em: 27 de setembro de 2013.

SCHMIDT, M. **Automatic Brain Tumor Segmentation**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Alberta, 2005.

TABALIPA, M.M., et al. **Informação sobre ocupação em registros hospitalares de câncer no estado do Rio de Janeiro, 2011**.

TONIETTO, A.P. et al. Carcinoma de células escamosas da conjuntiva : aspectos clínicos e histopatológicos em cinco pacientes. **Rev. Bras. Oftalmol.** 64(3):140-145, 2005.

TUMORES MEDULARES. Tumores do Sistema nervoso. Doenças do cérebro e do Sistema nervoso. Disponível: <http://www.manualmerck.net/?id=1-5&cn=940>. Acesso em : 20 de Abril de 2015.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: Quantitativo de casos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no sistema de registro hospitalar do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto-PB

Eu, Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva, Professora do Curso de Fisioterapia, da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, portadora do RG: 410878 e CPF: 226.064.164-49 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva

**Campina Grande,
2014**

**ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM
ARQUIVO**

Título do projeto: QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DO CENTRO DE CANCEROLOGIA ULISSES PINTO-PB

Pesquisadores: Sonaly de Lima Silva.
Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva.

As pesquisadoras do projeto acima identificadas assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

CAMPINA GRANDE, 2014.

Sonaly de Lima Silva

Suzana dos Santos Furtado de A.
Silva

**ANEXO C:
HOSPITAL DA FUNDAÇÃO ASSISTÊNCIA DA PARAÍBA/FAP
08.841.421/0001-57
AV. DR. FRANCISCO PINTO, BODOCONGÓ, S/N - CAMPINA
GRANDE-PB - CEP: 58.429-350.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NO SISTEMA DE REGISTRO HOSPITALAR DO CENTRO DE CANCEROLOGIA ULISSES PINTO-PB” desenvolvido pela aluna Sonaly de Lima Silva do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva.

Campina Grande, 2014.

**Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento
Presidente do Conselho do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto.**

APÊNDICES

APÊNDICE A: Protocolo para coleta de dados no RHC

PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS	
NOME:	
IDADE:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	
PROCEDÊNCIA:	
OCUPAÇÃO:	
RAÇA/ COR DA PELE: <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> FUND. INCOMPLETO <input type="checkbox"/> FUND. COMPLETO <input type="checkbox"/> NÍVEL MÉDIO <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR INC. <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR COM. <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR :	
TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL:	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> UNIÃO CONSENSUAL <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA: <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> EX-CONSUMIDOR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AVALIADO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO: <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> EX-CONSUMIDOR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AVALIAD <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
ÓBITO POR CÂNCER: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	