



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

JÉSSICA NAARA CALUÊTE PEREIRA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO, NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL DA FAP,
EM 2013**

**CAMPINA GRANDE
2015**

JÉSSICA NAARA CALUÊTE PEREIRA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO, NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL DA FAP,
EM 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Fisioterapia
da Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para obtenção do
Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Profa. Dra. Rilda Shelsea
Taveira Rocha 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.

P437q Pereira, Jéssica Naara Caluête.

Quantitativo de casos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, no registro hospitalar de câncer do Hospital da FAP, em 2013. [manuscrito] / Jéssica Naara Caluête Pereira. - 2015.
50 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Departamento de Fisioterapia".

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

21. ed. CDD 616.994

JÉSSICA NAARA CALUÊTE PEREIRA

**QUANTITATIVO DE CASOS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO, NO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL DA FAP,
EM 2013**


Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Fisioterapia
da Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para obtenção do
Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Profa. Dra. Railda Shelsea
Taveira Rocha do Nascimento.

Aprovada em: 16/06/2015.

BANCA EXAMINADORA


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


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


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

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, aos meus pais e toda minha família, ao meu noivo que esteve ao meu lado todo tempo e aos meus amigos que me deram apoio para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** pela minha vida, por tudo que Ele já me deu, pela força, coragem, paciência, sabedoria e pela oportunidade de está concluindo mais uma missão, pois sem Ele eu não teria conseguido chegar aqui e não seria a pessoa que sou hoje.

Aos meus pais **Carlos Pereira Junior** e **Maria Lucia de Fátima Caluête**, pois sem a dedicação, carinho e esforço deles durante toda minha vida, meus estudos não teriam sido dessa forma e eu não seria o que sou hoje, não só por isso, mas também por agüentar todos meus estresses em meio a realização da pesquisa.

A meu noivo **Daniel Anderson Monteiro da Silva**, por todo amor, carinho e compreensão ao longo desse tempo comigo, sempre me dando força e coragem para seguir em frente.

A todos meus familiares que me apoiaram em busca desse sonho, sempre me dando incentivos e fundamentos para alicerça-los. Em especial aos meus dois avôs **Carrinho** e **Iremar** (In memoriam), que não vão poder estar presente em vida para ver a realização desse sonho e que me deram bastante força para que eu estudasse.

À professora **Railda Shelsea T. R. do Nascimento** por todas as oportunidades concedidas para me fazer ser mais humana e profissional desde o dia em que entrei no projeto. Por todos os aconselhamentos e correções durante os trabalhos.

A minha amiga **Valkiria Figueiredo**, em especial por estar sempre me incentivando durante a caminhada e me dando colo nos momentos difíceis e de duvida, assim como ser minha cobaia. A **Maria Isabel** por está ao meu lado em todo momento da realização da pesquisa e da minha vida, compartilhando as alegrias e tristezas diárias. A todos meus amigos que de forma direta ou indireta me ajudaram a chegar até aqui, assim como a todos do LCTS por todo esse tempo de convívio dividindo e compartilhando conhecimentos.

As professoras **Nadja Ferraz** e **Emanuela Barros** por todo ensinamento repassado, pela paciência e auxílios nos atendimentos.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB, por todos os conhecimentos repassados ao longo desses cinco anos.

A equipe do J5 por todo apoio e por entender minha ausência nos últimos dias para a conclusão deste trabalho.

"Quando você acredita no seu potencial, nenhum sonho é o bastante.

Você sempre pode ir mais além."

(Autor Desconhecido)

RESUMO

PEREIRA, Jéssica Naara Caluête. **Quantitativo de Casos Diagnosticados com Câncer de Cabeça e Pescoço, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

O câncer de cabeça e pescoço esta entre os dez tipos de câncer que mais afeta a população brasileira. Essa neoplasia acomete mais o sexo masculino e seus principais fatores de risco são o álcool e o tabaco. O objetivo dessa pesquisa foi quantificar o número de casos de câncer de cabeça e pescoço, que foram cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no ano de 2013, considerando sua localização topográfica. Para a realização da pesquisa foi utilizada a base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) da instituição, com distribuição topográfica correspondente ao CID de C00 a C14.9, referentes a neoplasia de cabeça e pescoço. De acordo com os resultados obtidos as três principais localizações que mais tiveram casos registrados foram língua, boca e palato. O sexo predominante foi o masculino com maior número de casos entre a sexta e sétima década de vida. Destaca-se o álcool e o tabaco como os dois principais fatores epidemiológicos. Assim, conclui-se que a pesquisa contribuiu para identificar o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço conforme a topografia da lesão e o perfil epidemiológico desse tipo de paciente.

Palavras-Chaves: Câncer de cabeça e pescoço; epidemiologia; Registro Hospitalar de Câncer

ABSTRACT

PEREIRA, Jéssica Naara Caluête. **Quantity of Cases Diagnosed with Head and Neck Cancer at Hospital Register Cancer of Hospital FAP in 2013.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

The head and neck cancer is one of the ten kinds of cancer that most affect Brazilians. This neoplasia is most common among men and their main risk factors are smoking and alcohol. The objective of this study is to quantify the number of cases of head and neck cancer registered in the Center of Cancerology Dr. Ulisses Pinto in the Fundação Assistencial da Paraíba Hospital (FAP), in 2013, considering their topographic locations. For this research we used medical records from the Hospital Cancer Records from this hospital, with topographic distribution corresponding to the ICD from C00 to C14.9, referring to head and neck cancer. According to the results, the three main locations were the tongue, mouth and palate. The predominant affected gender were males, with the highest number of cases between the sixth and seventh decade of life. Alcohol and smoking showed to have an important role in the epidemiologic factors. This way, we concluded that this research contributed to identify the number of cases of head and neck cancer, as well the topography of the injury and epidemiologic profile of this type of patient.

Keywords: Head and neck cancer; epidemiology; medical records.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição topográfica do CID correspondente ao lábio (C00.0-C00.9)	24
Tabela 2	Distribuição topográfica do CID correspondente a base da língua (C01.0-C01.9)	25
Tabela 3	Distribuição topográfica do CID correspondente a outras partes e partes não especificadas da língua (C02.0-C02.9)	26
Tabela 4	Distribuição topográfica do CID correspondente a gengiva (C03.0-C03.9)	26
Tabela 5	Distribuição topográfica do CID correspondente ao assoalho de boca (C04.0-C04.9)	27
Tabela 6	Distribuição topográfica do CID correspondente ao palato (C05.0-C05.9).....	28
Tabela 7	Distribuição topográfica do CID correspondente a outras partes e partes não especificadas da boca (C06.0-C06.9).....	29
Tabela 8	Distribuição topográfica do CID correspondente a glândula parótida (C07-C07.9).....	29
Tabela 9	Distribuição topográfica do CID correspondente a outras glândulas salivares maiores e glândulas salivares maiores não especificadas (C08.0-C08.9).....	30
Tabela 10	Distribuição topográfica do CID correspondente a amígdalas (C09.0-C09.9)	31
Tabela 11	Distribuição topográfica do CID correspondente a orofaringe (C10.0-C10.9)	31
Tabela 12	Distribuição topográfica do CID correspondente a nasofaringe (C11.0-C11.9)	32
Tabela 13	Distribuição topográfica do CID correspondente ao seio piriforme e a hipofaringe (C12.9-C13.9)	33
Tabela 14	Distribuição topográfica do CID correspondente a outras localizações e localizações mal definidas do lábio, cavidade oral e faringe (C14.0-C14.8).....	33
Tabela 15	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, em 2013.....	34
Tabela 16	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/ cor de pele, em 2013.....	35
Tabela 17	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, em 2013.....	36
Tabela 18	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, em 2013.....	37
Tabela 19	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, em 2013.....	38
Tabela 20	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, em 2013.....	38
Tabela 21	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, em 2013.....	39
Tabela 22	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, em 2013.....	40
Tabela 23	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por	

	consumo de tabaco, em 2013.....	41
Tabela 24	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo histológico do tumor primário, em 2013.....	42
Tabela 25	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento realizado no hospital, em 2013.....	43
Tabela 26	Quantitativo do número de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbitos, em 2013.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação internacional das doenças
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LCTS	Laboratório de Ciências e Tecnologia da Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer.
SOE	Sem Origem Específica
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER	16
3.2	CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	16
3.3	CÂNCER DE LÁBIO	18
3.4	CÂNCER DE CAVIDADE ORAL	19
3.5	CÂNCER DE FARINGE	20
3.5.1	Câncer de Orofaringe	20
3.5.2	Câncer de Nasofaringe	20
3.5.3	Câncer de Hipofaringe	21
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO	22
4.1	TIPO DA PESQUISA	22
4.2	LOCAL DA PESQUISA	22
4.3	POPULAÇÃO AMOSTRA	22
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	22
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	22
4.6	INTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	23
4.7	PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS	23
4.8	PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	23
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública, e é comumente conhecido por ser a causa de um alto índice de mortalidade no mundo. No Brasil, estima-se para os anos de 2014 e 2015, a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, incluindo casos de pele, não melanoma. Nos homens, os tipos mais incidentes são: câncer de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral, diferentemente das mulheres que predomina o câncer de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (INCA, 2014a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões casos novos, e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo, no ano de 2012 (INCA, 2014b).

A neoplasia maligna se dá através da multiplicação de células do corpo, de forma desordenada e irregular. Quando detectado na fase inicial da doença, apresenta condição favorável para o tratamento, e conseqüentemente para sua cura. Existem causas epidemiológicas diversas para desenvolvimento do câncer, podendo algumas serem evitadas pela diminuição da exposição a fatores de riscos.

Especificando o câncer de cabeça e pescoço verifica-se que a ocorrência do número de casos aumenta a cada dia. Em especial pela complexidade inerente a representação da junção de pequenas estruturas que estão interligadas entre essas regiões, como por exemplo, tumores localizados na cavidade bucal, orofaringe, nasofaringe, glândulas salivares e cavidade nasal. Embora, atualmente, os cânceres de cabeça e pescoço não representem a maior causa de morte, estima-se que este tipo de neoplasia seja o sexto que mais mata no mundo.

Esta neoplasia maligna abrange um grupo diversificado de tumores, que frequentemente são agressivos em seu comportamento biológico. O tipo mais comum, nessa região, é o câncer de células escamosas, que são células que revestem o interior do nariz, boca e garganta (HUSSAIN; ALAM, 2007).

Sabe-se, porém que o câncer de cabeça e pescoço acomete mais o sexo masculino, tendo como principais fatores de risco o álcool e o tabaco, não excluindo a genética familiar, e a exposição a fatores externos. É um tipo de câncer que pode ser evitado com mudanças de hábitos. Seu prognóstico varia de acordo com as múltiplas variedades, fatores de exposição, estadiamento clínico, tratamento, condições clínicas, funcionais e emocionais do paciente. Porém, quando diagnosticado precocemente, melhor o prognóstico e conseqüentemente maior a sobrevida destes.

Várias são as opções de tratamento, porém a eleição de prioridade surge produto da identificação do tipo histológico do tumor, tamanho, estadiamento clínico e localização

topográfica. As modalidades terapêuticas podem ser: procedimento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia. Estes podem ser combinados, dependendo do local de origem do câncer e da sua extensão.

Geralmente os pacientes em estágio inicial são tratados por radioterapia ou cirurgia. Já os pacientes que possui uma maior extensão desta neoplasia, são tratados com a combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia adjuvante. A radioterapia, quase sempre, é escolhida como proposta terapêutica consequência da proximidade anatômica das várias estruturas que compõe essa região do corpo, visto que permite que as células sejam destruídas in loco antes que atinjam outros órgãos, evitando assim a metástase.

Com isso, o objetivo desse estudo foi quantificar o número de casos de câncer de cabeça e pescoço, que foram cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no ano de 2013, considerando sua localização topográfica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Quantificar o número de casos de câncer de cabeça e pescoço, que foram cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no ano de 2013, considerando sua localização topográfica.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a localização topográfica dos casos de câncer de cabeça e pescoço com CID C00 e C14, cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.
- Identificar os principais fatores epidemiológicos referentes ao Câncer de cabeça e Pescoço, com os CID C00 e C14, cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais 100 doenças, que tem em comum o crescimento celular irregular e desordenado, que se espalha por diversas regiões do corpo. São células agressivas e incontroláveis, que se acumulam formando um tumor maligno (INCA, 2015). A neoplasia maligna é definida como uma doença crônica multifatorial, que pode ter ligação direta com fatores etiológicos que afetam os processos de crescimento celular e de controle da proliferação celular (LIMA et al, 2005).

O câncer é uma das doenças que vem tendo crescente aumento do número de casos anualmente. Isto pode estar ligado à redução da mortalidade infantil por doenças perinatais, controle das doenças cardíacas e infecciosas, melhoria das condições de vida, advento de vacinas e antibióticos modernos e também aos avanços da medicina (CAMPOS; CHAGAS; MAGNA, 2007; INCA, 2014a).

3.2 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O câncer de cabeça e pescoço é constituinte de um grande grupo de pequenos tumores malignos definido por bases anatômico-topográficas localizado na pele e lábios, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, glândulas salivares, cavidade nasal e seios paranasais, meato acústico externo e ouvido médio. Esse grupo representa 5% de todas as neoplasias e atinge cerca de 1,7% da população brasileira. Considerado um dos principais tipos de câncer no Brasil e no mundo, sendo responsável por um significativo aumento da morbimortalidade (ALVARENGA et al, 2008; VIEIRA, et al 2012).

A incidência desse tipo de neoplasia aumenta com a idade e sua ocorrência é maior em pessoas acima de 50 anos. Tem sido observado um aumento incidente em mulheres nos últimos anos, apesar de ser mais frequente em homens. Este número pode ser devido as mudanças de hábitos, como alto consumo de álcool e o tabagismo (VIEIRA, et al 2012).

Sua etiologia é multifatorial e pode ser dividida em duas formas: extrínseca (ambiental e social) e intrínseca (imunológicos e genéticos). Os principais fatores de risco são o etilismo e o tabagismo, este segundo sendo o principal fator extrínseco associado ao desenvolvimento da doença maligna. Cerca de 90% dos pacientes acometidos tem história previa de tabagismo, e os locais mais frequentes de origem do tumor é a laringe e o assoalho da boca (VIEIRA et al, 2012; GALBIATTI et al, 2013, INCA, 2014b)

Apesar do tabagismo e alcoolismo serem os principais fatores relacionados a esse tipo de câncer, outros fatores epidemiológicos podem estar relacionados, como: alimentação, que tem fundamental importância; agentes infecciosos; baixo índice de massa corporal; exposição a luz violeta; inflamação crônica do revestimento da boca; formação de placa dentária; patologias pré-existentes, entre outros. Outro fator é a predisposição genética, considerada causa intrínseca, que influencia gravemente, quando associados a fator extrínseco (VIEIRA et al, 2012; GALBIATTI et al, 2013, INCA, 2014b).

O diagnóstico pode ser realizado de diversas formas. O câncer de boca pode ser diagnosticado através do exame físico, porém, para confirmação do diagnóstico, se faz necessária a coleta do material biológico para biopsia. Nos demais tipos, por ser de difícil acesso, deve ser feita uma análise cautelosa do caso clínico, associando exames de diagnóstico auxiliar por imagens com a biopsia (INCA, 2014b).

Atualmente existem diversos tipos de tratamentos para o câncer, dentre eles, destaca-se a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e iodoterapia. Considerando a quimioterapia e radioterapia, vale salientar que podem ser prescritos como neoadjuvantes, antes da cirurgia, adjuvantes, depois da cirurgia e como complemento do tratamento em cuidados paliativos, visando a qualidade de vida durante a sobrevivência do indivíduo (SENA et al, 2010).

Para o câncer de cabeça e pescoço, inicialmente opta-se pela radioterapia ou a cirurgia, podendo a proposta terapêutica ser combinada ou não. A quimioterapia é mais utilizada em casos mais avançados da doença e como complemento do tratamento, podendo também ser combinada com a radioterapia e a cirurgia dependendo da localização do tumor, da extensão do mesmo e geralmente é administrada da forma adjuvante (HUSSAIN; ALAM, 2007).

Quando esta neoplasia é extensa ou não é possível remover o tumor totalmente, faz a radioterapia com intuito de diminuir a extensão do tumor e a cirurgia é realizada em seguida. Nos casos mais avançados da doença, a quimioterapia produz uma resposta mais significativa quando associada a radioterapia (HUSSAIN; ALAM, 2007).

No tratamento da neoplasia maligna, deve ser feito um planejamento específico para cada paciente, considerando os fatores relacionados ao tumor como: localização topográfica, extensão do tumor primário, estadiamento clínico, aspecto macro e microscópico da lesão, acessibilidade anatômica do tumor, comprometimento de linfonodos cervicais e a presença ou ausência de metástase a distância, assim como os fatores relacionados ao paciente que são: estado clínico geral, hábitos pessoais, fatores socioeconômicos, status da dentição, idade e

tratamento prévio do tumor (HUSSAIN; ALAM, 2007; VIEIRA et al, 2012; SENA et al, 2010).

3.3 CÂNCER DE LÁBIO

Os lábios são bordas de mucosa que revestem a boca. O tipo e tamanho estão ligados a etnia e as características genéticas. O lábio inferior apresenta maior incidência comparada ao lábio superior, e o sexo masculino é o mais acometido. Essa neoplasia é rara em pessoas de raça negra e também abaixo de 40 anos de idade. Seu surgimento está relacionado com a exposição crônica ao sol, tabagismo e etilismo. As mulheres podem estar mais protegidas da doença devido ao uso de cosméticos e da menor exposição aos fatores agressivos, como exposição solar (ANTUNES; ANTUNES, 2004).

De acordo com o DATA SUS, para o ano de 2012 e 2013, a taxa de incidência de câncer de lábio e cavidade oral, no Brasil, é de 10,41 por 100 mil habitantes. Na Paraíba, esse número é de 8,57 casos no sexo masculino, ficando no Brasil em quinto lugar. Considerando a população feminina, este número cai para 1,48 no Brasil, e na Paraíba, para 4,57 casos, ficando a Paraíba em sétimo lugar no Brasil (BRASIL, 2012).

A exposição à radiação ionizante e radiação solar, assim como o tabagismo e o alcoolismo são fatores extrínsecos e podem ser associados ao câncer de lábio e pele, localizado na região cabeça e pescoço (VIEIRA et al, 2012).

A maioria dos tumores se desenvolve a partir da vermelhidão labial, e menos frequente nas comissuras, existindo três tipos de apresentações: exofítico, ulcero-infiltrativo e verrugoso, sendo sua grande maioria do tipo exofítico. Com relação a histopatologia, mais de dois terços dos tumores dos lábios são carcinomas epidermóides bem diferenciados. Os carcinomas basocelulares têm origem na face cutânea dos lábios e comprometem por contigüidade a vermelhidão e/ou a mucosa. O diagnóstico é realizado através do exame loco-regional macroscópico, confirmado pela biopsia incisional quando indicada ou pela biopsia excisional (ANTUNES; ANTUNES, 2004).

O tratamento mais utilizado na região do lábio consiste principalmente na radioterapia e cirurgia. Essa escolha deve ser realizada de forma criteriosa. As cirurgias são mais indicadas para tumor com maior diâmetro, decorrente do avanço natural das lesões, estes tem um pior prognóstico (SENA et al, 2010).

Para este tipo de câncer, as taxas de cura dos carcinomas basocelulares geralmente são altas, com uma taxa de recorrência de apenas 5-10%. Já os carcinomas de células escamosas têm uma taxa de recidiva maior, devendo ter acompanhamento após tratamento primário, pois

caso haja recidiva ou suspeita, é necessário a cirurgia de salvamento que visa complementar ou prevenir o reaparecimento ou radioterapia, também como complemento terapêutico (VIEIRA, 2012).

O prognóstico de câncer de lábio inferior é considerado bom quando comparado com outros tumores da cavidade bucal, quando tratado de acordo com os princípios oncológicos para a patologia, respeitando histologia do tumor primário, estadiamento, tamanho, grau de diferenciação histológica e recidiva loco-regional (ANTUNES; ANTUNES, 2004).

3.4 CÂNCER DE CAVIDADE ORAL

A cavidade oral é dividida em diversas áreas: os lábios, língua, mucosa jugal, assoalho da boca, gengiva, área retromolar e palato duro, todas essas áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço (INCA, 2001; CAMPANA; GOIATO, 2013). Este câncer representa cerca de 30% dos cânceres de cabeça e pescoço, sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico que mais acomete os indivíduos. Sua ocorrência tem maior predominância no sexo masculino, na faixa etária entre 50 e 60 anos (VIEIRA, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer no ano 2014, estimam-se para o câncer de boca 11.280 (3,7%) novos casos para cada 100 mil habitantes. Para o ano de 2010 a mortalidade foi de 4,891 dos casos diagnosticados. Na Paraíba estima-se para o ano de 2014/2015, a taxa de incidência bruta para casos de câncer na cavidade oral de 9,25 para cada 100 mil habitantes no sexo masculino, e 6,06 para o sexo feminino (INCA, 2014a).

Os principais fatores de risco são o tabagismo, etilismo, infecções por HPV, principalmente pelo tipo 16, má alimentação e mal higiene bucal. Vale salientar que o tabagismo e o etilismo, quando associados, em especial estando relacionado a quantidade de tempo que o indivíduo fuma e/ou bebe e a quantidade de consumo diário, apresenta risco aumentado (INCA, 2014a).

O tratamento dependerá do local e a extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, pode ser cirúrgico ou radioterápico, combinado ou não. A cirurgia para retirada dos tumores primários deve incluir sempre toda a área tomada pelo tumor e uma margem de tecido livre no contorno do mesmo em todas as dimensões. A radioterapia de lesões extensas deve incluir as cadeias linfáticas, mesmo não estando comprometidas (INCA, 2001).

As neoplasias malignas dessa região apresentam uma alta taxa de morbimortalidade, provavelmente consequência do diagnóstico tardio. Dessa forma, evidencia-se a necessidade do diagnóstico precoce, assim como do correto estadiamento clínico, seguido de um

tratamento planejado, para favorecer o bom prognóstico. Faz sentido, registrar que o diagnóstico tardio da maioria dos pacientes identifica a doença em um estágio avançado, com presença de metástases (VIEIRA, 2012; CAMPANA; GOIATO, 2013; MARTINS et al, 2008).

O bom prognóstico está associado aos tumores estadeados como T1/T2, sendo a radioterapia primária um excelente tratamento. A cirurgia é possível em cerca de metade daqueles que exibem recidiva. O controle cai pela metade quando o tumor encontra-se no estadiamento T3, sendo mais difícil o tratamento da recidiva (VIEIRA, 2012).

3.5 CÂNCER DE FARINGE

A faringe é subdividida em orofaringe, nasofaringe e hipofaringe.

3.5.1 Câncer de Orofaringe

Este tipo de neoplasia acomete mais o sexo masculino na faixa etária entre 50 e 70 anos, estando relacionado ao uso de álcool, tabaco e infecções pelo vírus HPV. Os tumores da faringe estão 40 a 50% localizados na região da orofaringe, sendo a tonsila e loja tonsilar acometidas em 40% das vezes, e 30% a base da língua (INCA, 2001; VIEIRA et al, 2012).

O tipo histológico desse tumor mais frequente é o carcinoma epidermóide (INCA, 2001). Os sintomas inicialmente são silenciosos, mas quando o tumor já toma uma grande proporção, junto a ele vem uma dor de garganta persistente, dificuldade de engolir, sensação de nódulo na garganta, perda de peso progressiva e rouquidão (VIEIRA et al, 2012).

O tratamento ideal será prescrito conforme os estágios da doença. Em estágios menos avançados, tanto é eficaz a radioterapia como a cirurgia. A radioterapia tem menos consequências para o paciente, em estágios mais avançados, embora a cirurgia ofereça melhores resultados (CAMPANA; GOIATO, 2013; INCA, 2001). O prognóstico para a doença é de maior sobrevida quando ele é descoberto nos estádios iniciais do câncer (INCA, 2001; BERTO et al, 2006).

3.5.2 Câncer de Nasofaringe

A nasofaringe é a parte mais superior das vias áreas superiores, complementando o seguimento da faringe. Seus principais reparos anatômicos são o recesso faríngeo lateral, o toro tubário e a tuba auditiva (YAMASHIRO; SOUZA, 2007).

Os carcinomas originados na nasofaringe podem alcançar a fossa cranial média, atingindo estruturas nervosas em nível de seio cavernoso e dos forâmens ali existentes

podendo provocar uma variedade de sintomas, constituindo quadros clínicos como a síndrome retro-esfenoidal e a síndrome do espaço retro parotídeo. São comuns também a presença de linfonodos cervicais aumentados com características metastáticas, cefaleia, obstrução nasal, otites, entre outros. Este tipo de câncer pode ser classificado histopatologicamente em sua maioria como carcinomas, de três tipos, o tipo I (carcinoma epidermóide diferenciado), tipo II (carcinoma não queratinizado) e tipo III (Carcinoma linfoepitelioma), e também como linfomas (INCA 2001).

Os fatores de riscos mais comuns são o álcool, o tabagismo embora com menor relevância, produtos químicos, fumaça, ingestão de nitrosaminas, sinusites crônicas e má higiene (VIEIRA et al, 2012; YAMASHIRO; SOUZA, 2007).

Devido ao difícil acesso a nasofaringe, e por ele ser radiosensível, a radioterapia em altas doses continua sendo o principal tratamento para este tipo de neoplasia. A cirurgia deve ser bem analisada, e só deve ser feita em casos de pequenas lesões. Quando a metástase cervical é operável com a radicalidade necessária, pode ser realizado esvaziamento cervical, na presença de metástase (INCA, 2001; VIEIRA et al, 2012; CAMPANA; GOIATO, 2013).

3.5.3 Câncer de Hipofaringe

A neoplasia de hipofaringe é responsável por 30% dos tumores de faringe, são mais frequentes nos homens e localizadas no seio piriforme. O tipo histológico mais comum é o carcinoma epidermóide, em vários graus de diferenciação. Sua etiologia tem relação com o tabagismo, etilismo, a sideropenia e a sífilis (INCA, 2001).

Considerando o tratamento, em casos onde os estádios das doenças são menores, faz se uso da radioterapia, podendo-se optar também pelos procedimentos cirúrgicos. Para os estágios mais avançados, há uma variedade de tipos cirúrgicos, como: laringectomia total com faringectomia parcial ou faringo-laringectomia com esvaziamento dos linfonodos. A radioterapia é utilizada em casos não cirúrgicos ou como complemento; a quimioterapia pode complementar de forma combinada, potencializando-o. No tratamento deve ser considerada a possibilidade de preservação da voz, a deglutição sem aspiração e o impacto das funções na qualidade de vida do paciente (INCA, 2001; CHEDID et al, 2010; VIEIRA et al 2012; AMAR et al, 2013).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo exploratório, quantitativa, descritiva e retrospectivo, utilizando uma seleção de amostra acessível, pesquisando em dados institucionais por meio do banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). A contagem dos casos foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciência e Tecnologias em Saúde (LCTS/UEPB/FAP), localizado no Hospital da FAP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Como amostra, foram utilizados prontuários pertencentes a base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba, de indivíduos com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, inserido entre os CID C00 a C14.9, 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 40 e 80 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 C00 e C14.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Indivíduos sem diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, que estejam registrados no Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Cancerologia do Hospital da FAP;
- Indivíduos com idades inferiores a 40 anos e superiores a 80 anos;
- Indivíduos que não foram atendidos no ano de 2013.
- Indivíduos com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, que não estejam inseridos nos CID entre C00 e C14.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Foi utilizado o formulário de Registro de Tumor, estabelecido pelo INCA para os hospitais com Registro de Câncer Hospitalar (RHC). De acordo com dados dos prontuários médicos, essas folhas são preenchidas, computadas no site do DATA SUS e armazenadas no hospital. Sendo assim, foram utilizadas os Registros do Hospital da FAP, correspondentes ao ano de 2013.

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 C00 e C14.

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 a referencia dos dados epidemiológicos.

4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS

Foram coletados dados de 73 pacientes com diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna de cabeça e pescoço. Dois foram excluídos do estudo epidemiológico por apresentarem idade inferior ao determinado nos critérios de inclusão, porém foram incluídos na localização topográfica.

Os dados quantitativos foram tabulados 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, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científicas e aos sujeitos da pesquisa.

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

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), foi possível observar os dados abaixo.

A **Tabela 1** apresenta a distribuição topográfica do CID C00.0 à C00.9, correspondente a neoplasia de lábio, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 1. Distribuição topográfica do CID correspondente ao lábio (C00.0-C00.9), de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C00	LÁBIO	
C00.0	Lábio superior externo	0
C00.1	Lábio inferior externo	2
C00.2	Lábio externo, SOE	0
C00.3	Mucosa do lábio superior	0
C00.4	Mucosa do lábio inferior	1
C00.5	Mucosa do lábio, SOE	0
C00.6	Comissura do lábio	0
C00.8	Lesão sobreposta do lábio	0
C00.9	Lábio, SOE (exclui pele do lábio C44.0)	2
TOTAL		5

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

De acordo com os resultados apresentados na **Tabela 1**, que corresponde ao CID C00.0 à C00.9, referente a neoplasia maligna de lábio, foi possível observar, que no ano de 2013, o quantitativo total foi de cinco casos no Hospital da FAP. As localizações topográficas mais predominantes foram dois casos com neoplasia maligna no lábio inferior externo, um caso com neoplasia maligna na mucosa do lábio inferior e dois casos com neoplasia maligna de lábio, do tipo SOE, excluindo pele.

O lábio inferior apresentou maior acometimento comparado as demais. Esse tipo de neoplasia é mais comum no sexo masculino, e é raro em crianças, o que corrobora com o estudo de Antunes; Antunes, (2004). Segundo o mesmo autor, a neoplasia maligna de lábio tem como principais causas epidemiológicas a exposição crônica ao sol, tabagismo e etilismo

A **Tabela 2** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a neoplasia da base da língua, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 2. Distribuição topográfica do CID correspondente a base da língua (C01.0-C01.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C01	BASE DA LÍNGUA	
C01.9	Base da língua	1
TOTAL		1

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

Como apresentado na **Tabela 2**, foi registrado apenas um caso, no ano de 2013, no RHC do Hospital da FAP, com localização topográfica de base da língua. Essa variável é difícil de classificar, por apresentar apenas um caso registrado, porém na literatura, é relatado que o carcinoma espinocelular é o mais comum nessa localização. Ela é predominante no sexo masculino, nas décadas de 50 e 60. No entanto, será possível observar mais a frente, que não ocorreu nenhuma neoplasia com tipo histológico de carcinoma espinocelular, em 2013, no Hospital da FAP (AMORIM FILHO et al, 2003).

A **Tabela 3** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a outras partes e partes não especificadas da língua (C02.0-C02.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 3. Distribuição topográfica do CID correspondente a outras partes e partes não especificadas da língua (C02.0-C02.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA			TOTAL
	OUTRAS ESPECIFICADAS DA LÍNGUA	PARTES E	PARTES NÃO	
C02.0	Superfície dorsal da língua, SOE			0
C02.1	Borda da língua			4
C02.2	Superfície ventral da língua, SOE			0
C02.3	2/3Anteriores da língua, SOE			0
C02.4	Amígdala (Tonsila) lingual			0
C02.8	Lesão sobreposta da língua			1
C02.9	Língua, SOE			13
TOTAL				18

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

Na **Tabela 3**, como foi apresentado, contabilizou-se um total de dezoito casos, sendo distribuídos na seguinte dinâmica: quatro casos na borda da língua, uma lesão sobreposta da língua e treze casos de língua do tipo SOE. O estudo de Antunes et al (2007) mostra que a localização topográfica mais comum em seu estudo foi a borda lingual, o que difere dos resultados, que apresenta o maior número de casos de língua sem origem específica, ficando em segundo lugar borda da língua. O fato pode estar ligado a falta de especificação do tipo de neoplasia maligna na língua no momento da biopsia, o que dificulta o detalhamento da localização topográfica.

A **Tabela 4** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a gengiva (C03.0-C03.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 4. Distribuição topográfica do CID correspondente a gengiva (C03.0-C03.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA		TOTAL
	C03	GENGIVA	
C03.0	Gengiva superior		0
C03.1	Gengiva inferior		0
C03.9	Gengiva, SOE		2
TOTAL			2

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

De acordo com o que foi apresentado na **Tabela 4**, correspondente a distribuição topográfica entre os CID C03.0 e C03.9, pode se observar apenas dois casos no geral, que refere-se a localização da gengiva SOE. A neoplasia de gengiva tem uma pequena mortalidade comparada as demais, podendo ser considerada dessa forma por ser localizada em uma local mais externo, com fácil visualização durante um exame oral facilitando assim a descoberta no início do aparecimento. (BIAZEVIC et al, 2006). E quanto ao numero de casos, em vários estudos não trazem esse numero, sendo assim subtende-se que há um baixo numero de incidência.

A **Tabela 5** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a boca (C04.0-C04.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 5. Distribuição topográfica do CID correspondente ao assoalho da boca (C04.0-C04.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C04	ASSOALHO DA BOCA	
C04.0	Assoalho anterior da boca	0
C04.1	Assoalho lateral da boca	1
C04.8	Lesão sobreposta do assoalho da boca	0
C04.9	Assoalho da boca, SOE	3
TOTAL		4

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

Legenda: SOE (Sem origem especifica)

A **Tabela 5** apresenta dados que correspondem a distribuição topográfica do CID correspondente ao assoalho da boca, foram encontrados apenas um caso no assoalho lateral da boca e três do tipo SOE no assoalho da boca, totalizando quatro casos encontrados no ano de 2013. Um estudo epidemiológico realizado na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza com os prontuários de pacientes acometidos com câncer de cabeça e pescoço em um período de tempo afirma que os locais anatômicos mais acometidos pela neoplasia foram assoalho da boca, língua, lábios e área retromolar respectivamente, sendo assim essa pesquisa não corrobora com os dados devido a não ser a primeira localização anatômica mais acometida, mesmo estando entre as mais predominantes (TEIXEIRA et al, 2009).

A **Tabela 6** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a palato (C05.0-C05.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 6. Distribuição topográfica do CID correspondente a palato (C05.0-C05.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C05	PALATO	
C05.0	Palato duro	2
C05.1	Palato mole, SOE	5
C05.2	Úvula	0
C05.8	Lesão sobreposta do palato	3
C05.9	Palato, SOE	1
TOTAL		11

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

A **Tabela 6** apresenta dados que correspondem a distribuição topográfica do CID correspondente ao palato, localização a qual representa o terceiro numero maior de casos registrado no hospital, encontrado eles de diversos tipos. Foram registrados dois casos de palato duro, cinco de palato mole SOE, três em lesão sobreposta do palato e apenas uma no palato sem origem específica, totalizando onze casos encontrados. Uma pesquisa realizada no mesmo hospital do referido estudo, mostra que entre os anos 2000 e 2006, a prevalência do câncer de palato ficou em segundo lugar, com isso pode se observar que houve uma pequena queda quanto a incidência, porém ainda nos chama atenção a quantidade de casos encontrados (BRITO, 2013).

A **Tabela 7** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a outras partes e partes não especificadas da boca (C06.0-C06.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 7. Distribuição topográfica do CID correspondente a outras partes e partes não especificadas da boca (C06.0-C06.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C06	OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA BOCA	
C06.0	Mucosa da bochecha	0
C06.1	Vestíbulo da boca	3
C06.2	Área retromolar	3
C06.8	Lesão sobreposta de outras partes e de partes não especificadas da boca	1
C06.9	Boca, SOE	5
TOTAL		12

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

A **Tabela 7** apresenta quantitativamente a distribuição topográfica do CID correspondente a outras partes e partes não específicas da boca, fica em segundo lugar no maior número de casos registrados no hospital. No ano de 2013 foram encontrados três casos no vestíbulo da boca, três na área retromolar, um na lesão sobreposta de outras partes e partes não específicas da boca e cinco casos de neoplasia de boca sem origem específicas, totalizando doze casos de câncer de cabeça e pescoço. Com esses dados é fácil observar que há uma grande incidência de casos com este CID, principalmente relacionado a boca.

A **Tabela 8** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a glândula parótida (C07.0-C07.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 8. Distribuição topográfica do CID correspondente a glândula parótida (C07.0-C07.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C07	GLÂNDULA PARÓTIDA	
C07.9	Glândula parótida	7
TOTAL		7

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

A **Tabela 8** que corresponde a distribuição topográfica do CID correspondente a glândula parótida totaliza sete casos registrados nos dados do hospital no ano de 2013.

A **Tabela 9** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a outras glândulas salivares maiores e glândulas salivares maiores não especificadas (C08.0-C08.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 9. Distribuição topográfica do CID correspondente a outras glândulas salivares maiores e glândulas salivares maiores não especificadas (C08.0-C08.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C08	OUTRAS GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES E GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES NÃO ESPECIFICADAS	
C08.0	Glândula submandibular	1
C08.1	Glândula sublingual	0
C08.8	Lesão sobreposta de glândulas salivares maiores	0
C08.9	Glândula salivar maior, SOE	0
TOTAL		1

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

A **Tabela 9** apresenta registro apenas um caso de acordo com a distribuição topográfica do CID correspondente a outras glândulas salivares maiores e glândulas salivares maiores não especificadas, que esta localizada na glândula submandibular.

As **Tabela 8 e Tabela 9** podem ser entendidas como a glândula parótida sendo a mais atingida pela neoplasia, seguidas da glândula submandibular, glândulas maiores e sublingual, sendo assim a literatura corrobora com o achado da pesquisa, tendo sua maioria como glândulas parótidas, os fatores de risco para tais são iguais os já citados anteriormente no referencial teórico, são eles exposição a radiação solar, tabagismo, etilismo (A.C. CAMARGO, 2015).

A **Tabela 10** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a amígdalas (C09.0-C09.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 10. Distribuição topográfica do CID correspondente a amígdalas (C09.0-C09.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C09	AMÍGDALA	
C09.0	Fossa amigdaliana	0
C09.1	Pilar amigdaliano	0
C09.8	Lesão sobreposta da amígdala	0
C09.9	Amígdala, SOE	4
TOTAL		4

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

De acordo com os dados apresentados na **Tabela 10** podemos observar a distribuição topográfica do CID correspondente a amígdalas da seguinte forma, foram encontrados quatro casos de amígdala SOE registrado no hospital.

A **Tabela 11** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a orofaringe (C10.0-C10.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 11. Distribuição topográfica do CID correspondente a orofaringe (C10.0-C10.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C10	OROFARINGE	
C10.0	Valécula	0
C10.1	Superfície anterior da epiglote	0
C10.2	Parede lateral da orofaringe	0
C10.3	Parede posterior da orofaringe	0
C10.4	Fenda branquial	0
C10.8	Lesão sobreposta da orofaringe	0
C10.9	Orofaringe, SOE	5
TOTAL		5

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

A **Tabela 11** apresenta dados que corresponde a distribuição topográfica do CID correspondente a orofaringe, mostra que só ocorreram casos onde a localização foi na lesão sobreposta da orofaringe e o total foi de cinco.

A **Tabela 12** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a nasofaringe (C11.0-C11.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 12. Distribuição topográfica do CID correspondente a nasofaringe (C11.0-C11.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C11	NASOFARINGE	
C11.0	Parede superior da nasofaringe	0
C11.1	Parede posterior da nasofaringe	0
C11.2	Parede lateral da nasofaringe	0
C11.3	Parede anterior da nasofaringe	1
C11.8	Lesão sobreposta da nasofaringe	0
C11.9	Nasofaringe, SOE	2
TOTAL		3

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

Na **Tabela 12** pode se observar a distribuição topográfica do CID correspondente a nasofaringe, as localizações mais encontradas foram a parede anterior da nasofaringe com um caso e a nasofaringe sem origem específica com dois casos, no geral apenas três casos foram identificados na nasofaringe.

As **Tabela 11** e **Tabela 12** mostram dados importantes com relação a baixa presença de tais neoplasias no hospital. A nasofaringe e a orofaringe são componentes da faringe e a quantidades de casos mostra-se inferior a quantidade de casos de cavidade oral. De acordo com Melo et al (2010), a orofaringe ficou em segundo lugar em uma pesquisa realizada no Centro de Alta Complexidade Oncológica tipo II do município de Juiz de Fora (MG) entre os anos de 2005 a 2007, de acordo com os dados esse estudo não corrobora com a presente pesquisa, visto que há um numero baixo de apresentação de casos. Os fatores de risco são os mesmo em geral para esses dois tipos de neoplasia.

A **Tabela 13** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente ao seio piriforme e a hipofaringe (C12.9-C13.9), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 13. Distribuição topográfica do CID correspondente ao seio piriforme e a hipofaringe (C12.9-C13.9) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C12	SEIO PIRIFORME	
C12.1	Seio piriforme	0
C13	HIPOFARINGE	
C13.0	Região pós-cricóide	0
C13.1	Face hipofaríngea da prega ariepiglótica	0
C13.2	Parede posterior da hipofaringe	0
C11.8	Lesão sobreposta da hipofaringe	0
C11.9	Hipofaringe, SOE	0
TOTAL		0

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

A **Tabela 14** apresenta a distribuição topográfica do CID, correspondente a outras localizações e localizações mal definidas do lábio, cavidade oral e faringe (C14.0-C14.8), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 14. Distribuição topográfica do CID correspondente a outras localizações e localizações mal definidas do lábio, cavidade oral e faringe (C14.0-C14.8) de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

CID	LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA	TOTAL
C14	OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS, DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE	
C14.0	Faringe, SOE	0
C14.2	Anel de Waldeyer	0
C14.8	Lesão sobreposta do lábio, cavidade oral e faringe	0
TOTAL		0

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

Legenda: SOE (Sem origem específica)

NOTA: Nas **Tabelas 13** e **Tabelas 14** não foram encontrados nenhum tipo de câncer com essas localizações topográficas no registro do ano de 2013 no Hospital da FAP.

De acordo com os dados mostrados acima, observa-se que os tipos mais comuns no ano de 2013 na cidade de Campina Grande foram outras partes e partes não especificadas da língua (C02.0-C02.9) em primeiro lugar com 18 casos registrados, outras partes e partes não especificadas da boca (C06.0-C06.9) ficando em segundo lugar com 12 casos registrados e palato (C05.0-C05.9) em terceiro lugar com 11 casos registrados. Noce e Rebelo (2008) mostra em seu estudo que os locais anatômicos mais comuns foram língua (47%), palato (15,8%) e assoalho da boca (14,5%), dados esses que corroboram com este estudo com diferença apenas na ordem do palato e assoalho da boca. Alvarenga et al (2008) em seu estudo afirma que o sítio primário que prevaleceu no seu estudo foi a cavidade oral, que dentro deles está incluído língua, palato e assoalho da boca, sendo assim este estudo também corrobora com a presente pesquisa, porém não tem como saber a localização topográfica exata encontrada nos resultados do estudo, devido a maioria dos casos ser do tipo SOE.

Com relação aos dados encontrados nos prontuários mostra-se a seguir tabelas com dados epidemiológicos dividido por faixa etária.

A **Tabela 15** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 15. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por idade e sexo, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	TOTAL
40-49	4	3	7
50-59	15	2	17
60-69	17	3	20
70-79	9	7	16
80-89	6	5	11
TOTAL	51	20	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como pode observar de acordo com a **Tabela 15** dos dados epidemiológicos, pode-se perceber que um maior número de casos das neoplasias de cabeça e pescoço (C00-C14) ocorrem no sexo masculino com predominância em duas décadas da vida, de 50 aos 69 anos de idade, com estatísticas maiores em todas as faixas etárias comparadas ao sexo feminino e no sexo feminino a faixa etária foi entre 70 a 89 anos de idade. De acordo com o registro do

hospital foi um total de 71 casos no ano de 2013, 51 do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

Esse valor total do numero de câncer no Brasil está dentro da media nacional para a região Nordeste que classifica a neoplasia de cavidade oral para o sexo masculino o quarto tipo mais freqüente e para o sexo feminino o nono tipo, com isso o numero de casos registrados pode ser justificado pela estatística, com mais freqüência em homens (CAMPANA; GOIATO, 2013; INCA, 2014a). Outros estudos tiveram como resultado predominância do sexo masculino com neoplasia de cabeça e pescoço (GOUVEIA et al, 2010; MELO et al, 2010; SANTOS et al, 2013).

A **Tabela 16** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/cor da pele, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 16. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por raça/cor da pele, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	BRANCA	PARDA	AMARELA	PRETA	SEM INFO.	TOTAL
40-49	0	4	1	0	2	7
50-59	2	9	1	1	4	17
60-69	3	11	2	0	4	20
70-79	1	11	1	0	3	16
80-89	2	4	1	0	4	11
TOTAL	8	39	6	1	17	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A **Tabela 16** apresenta a totalidade de casos com base na raça e cor de acordo com o IBGE, os mais acometidos são pessoas da cor parda nos dados encontrados, ficando em segundo lugar a cor branca. A coluna “sem informação” como mostrado na tabela chama a atenção para mostrar a falta de informações nos prontuários médicos pesquisados do ano de 2013. Em um estudo realizado em um hospital universitário do Noroeste do estado de São Paulo mostrou que 90% dos pacientes eram de cor branca o que diverge dos resultados encontrados que mostrou predominância da cor parda (ALVARENGA et al, 2008). Porem esses dados corrobora com um estudo realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (RHC-HUCAM), localizado no Espírito Santo que mostra que a predominância da cor foi parda (SANTOS et al, 2012).

A **Tabela 17** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 17. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por escolaridade, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	ANALF.	FUND. INCOMP.	FUND. COMPLETO	NÍVEL MÉDIO	SEM INFO.	TOTAL
40-49	2	1	0	3	1	7
50-59	5	5	2	1	4	17
60-69	1	9	2	0	8	20
70-79	3	10	0	0	3	16
80-89	7	0	0	0	4	11
TOTAL	18	25	4	4	20	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: Analf.: Analfabeto; Fund. Incomp: Fundamental incompleto; Fund.: Fundamental; Sem info.: Sem informação.

Nos dados apresentados na **Tabela 17**, o que chama atenção é que a maioria dos pacientes acometidos possuem o ensino fundamental incompleto ficando em segundo lugar os analfabetos. Dos 71 encontrados, 25 possuem o ensino fundamental incompleto e 18 são analfabetos. Ocorre predominância de idade entre as duas décadas de 60 e 70 anos. Apesar de não estar na tabela, foi observado o ensino superior, porem não houve nenhum caso. Esses números estão de acordo também com o estudo realizado por SANTOS et al (2012), que mostra que o maior numero foi de pacientes com ensino fundamental incompleto e com analfabetismo, ele afirma que o numero de pacientes com ensino superior é mínimo comparado com os outros graus de instrução. Este fator pode estar interligado a informação, pois quanto maior o nível de informação maior a proteção contra os fatores de riscos.

A **Tabela 18** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 18. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por ocupação principal, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	AGRIC.	MOTOR.	PEDREIRO	OUTRAS	SEM INFO.	TOTAL
40-49	1	1	1	3	1	7
50-59	4	1	0	7	5	17
60-69	5	1	1	6	7	20
70-79	7	1	0	7	1	16
80-89	2	0	0	4	5	11
TOTAL	19	4	2	27	19	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legendas: Agric.: Agricultor; Motor.: Motorista; Sem info.: Sem informações

Com relação a ocupação foi possível observar, nos dados apresentados na **Tabela 18**, diversas profissões, devido a isso foi selecionado as profissões que mais estiveram presentes. A que lidera é a ocupação de agricultores representados por 19 pacientes, a segunda maior foi a profissão de motorista em quatro casos e pedreiro em dois casos. As outras são representado pela junção de todas as profissões que apareceram com numero menor ou igual a dois, além dos pacientes aposentados e donas de casa. Os dados com relação a maioria especificado como pode se observar são os agricultores que se assemelham com o estudos realizados por SANTOS et al (2009) e ALVARENGA et al (2008), que mostrou que mais da metade era trabalhadores rurais. Em seus trabalhos os acometidos podem estar expostos a substancias carcinogênicas, como exemplo, fumaça de cromatos, pigmentos inorgânicos, pó de algodão, aerossol de animais e pesticidas, exposição a radiação solar, que dentre eles pode ser comum aos trabalhadores rurais (OLIVEIRA et al, 2008)

A **Tabela 19** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 19. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por procedência, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	CAMPINA GRANDE	ALCANTIL	LAGOA SÊCA	OUTROS MUNICÍPIOS	TOTAL
40-49	3	1	0	3	7
50-59	7	0	1	9	17
60-69	10	1	0	9	20
70-79	5	0	0	11	16
80-89	2	0	1	8	11
TOTAL	27	2	2	40	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados na **Tabela 19**, podemos observar que a cidade predominante é Campina Grande, este numero pode estar ligado por o hospital ao qual foi realizado a pesquisa estar situado no mesmo município. As outras duas cidades que mais apareceram casos, todas duas com dois casos, foram Alcantil e Lagoa Seca. Os “outros municípios” como esta na tabela corresponde as demais cidades que são atendidas no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba apresentando dois ou menos casos por município. Outro fator que pode estar ligado a Campina Grande ser o mais procurado pode ser devido ao referencial que o hospital tem para a cidade.

A **Tabela 20** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, em 2013.

Tabela 20. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por estado civil, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	SOLT.	CASADO	VIÚVO	DIVORC.	UNIÃO EST.	SEM INFO.	TOTAL
40-49	2	2	0	0	0	3	7
50-59	0	7	1	2	0	7	17
60-69	0	10	1	2	0	7	20
70-79	1	7	3	1	0	4	16
80-89	0	1	2	0	0	8	11
TOTAL	3	27	7	5	0	29	71

Legenda: Solt.: Solteiro; Divorc.: Divorciado; União Est.: União estável; Sem info.: Sem informação.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados quantitativos apresentados na **Tabela 20**, mostra a quantidade de câncer por estado civil e de acordo com os dados da tabela pode-se observar que a maior parte dos casos ocorrem em indivíduos casados com 27 casos, em segundo lugar fica os viúvos com 7, a faixa etária mais atingida é a de 60 a 69 anos de idade. O item “sem informação” predomina devido a falta de informação descrita nos prontuários. Não possuem estudos que façam ligação direta com estado civil de indivíduos com relação ao câncer de cabeça e pescoço, não sendo este um fator de risco principal.

A **Tabela 21** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 21. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por histórico familiar, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETARIA	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
40-49	1	0	6	7
50-59	1	1	15	17
60-69	2	2	16	20
70-79	3	0	13	16
80-89	0	0	11	11
TOTAL	7	3	61	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Um dos fatores epidemiológicos mais importantes é a genética, ou seja, se há casos de câncer na família, porém nesse item pode se observar um dado que chama atenção, o sem informações, como foi apresentado na **Tabela 21**. Dos 71 casos registrados, 61 deles não sabem se há histórico familiar. Este numero pode estar ligado ao fato dessa pergunta ser do tipo opcional, ou seja não obrigatória, com isso torna-se insignificante essa variável devido ao numero de casos encontrados ser abaixo e não pode quantificar os dados encontrados em maioria, ficando só a nível de informação que dentre os que haviam preenchidos 7 deles tinha historia de câncer na família e apenas 3 afirmaram que não.

A **Tabela 22** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 22. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo de álcool, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETARIA	NUNCA	EX CONSUMIDOR	SIM	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
40-49	0	1	0	6	7
50-59	1	2	4	10	17
60-69	3	2	7	8	20
70-79	5	0	1	10	16
80-89	0	0	0	11	11
TOTAL	9	5	12	45	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Outro fator bastante importante é o apresentado na **Tabela 22**, que explana o consumo do álcool em pacientes acometidos por câncer de cabeça e pescoço por ser um dos fatores que podem desenvolver a neoplasia. Dos prontuários que descreveram sobre o consumo de álcool podemos observar que a maioria relatou que bebia, principalmente entre a faixa etária de 60 a 69 anos de idade. O numero alto de prontuários sem informações pode estar ligado ao fato da não obrigatoriedade de descrever a respeito, mas é um dado de suma importância para a epidemiologia brasileira. Diversos estudos mostram o alto numero de ligação do álcool ao câncer de cabeça e pescoço, não só para aqueles que ainda bebem, mas aos que pararam a um curto tempo, o mecanismo de ligação entre o álcool e o câncer de cabeça e pescoço ainda não são devidamente esclarecidos, mas há substancias cacirnogênicas nas bebidas alcoólicas, assim como outros fatores químicos (OLIVEIRA et al, 2008; ALVARENGA et al, 2008; SANTOS et al, 2012)

A **Tabela 23** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por uso de tabaco, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 23. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por consumo uso de tabaco, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETARIA	NUNCA	EX CONSUMIDOR	SIM	SEM INFORMAÇÕES	TOTAL
40-49	1	0	2	4	7
50-59	0	2	7	8	17
60-69	1	3	12	4	20
70-79	4	2	2	8	16
80-89	0	0	6	5	11
TOTAL	6	7	29	29	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Mais do que o álcool, o tabaco é um forte precursor para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço, como apresentado na **Tabela 23**, e em uma situação melhorada os prontuários mostraram que 29 indivíduos acometidos por essa neoplasia eram consumidor do tabaco e a faixa etária que mais faz uso dessa droga é também a faixa de idades entre 60 a 69 anos, de 71 pacientes, 6 deles relataram o não uso de tabaco e 7 classificavam-se como ex consumidor. Estudos corroboram com esse dado e acrescenta que o tipo de fumo mais utilizado é o industrializado que pode aumentar ainda mais o risco (ALVARENGA et al, 2008; NOCE; REBELO, 2008; ROCHA; OLIVEIRA; BONAN, 2013). Um dos maiores riscos do tabaco são as substancias nicotínicas presentes no fumo, quando o paciente inala essas substancias vão atingindo as células e as mesmas vão sofrendo mutações, com isso quanto mais o numero de cigarros fumados, maior a probabilidade de desenvolver o câncer de cabeça e pescoço.

A **Tabela 24** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo de tumor primário, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 24. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tipo de tumor primário, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETARIA	NEOPL. MALIGNA	CARCINOMA, SOE	CARCIN. ESCAMO-CELULAR, SOE	ADENO-CARCIN., SOE	CARCIN. MUCO-EPIDERMÓIDE	LINFOMA MALIGNO NÃO-HODGKIN, SOE	CARCINOS SARCOMA, SOE	TOTAL
40-49	1	0	5	0	0	1	0	7
50-59	0	1	12	2	0	2	0	17
60-69	1	2	12	2	2	1	0	20
70-79	2	0	11	1	1	0	1	16
80-89	1	0	8	2	0	0	0	11
TOTAL	5	3	48	7	3	4	1	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: SOE: Sem origem específica; Carcin.: Carcinoma; Neopl.: Neoplasia

Quanto ao tipo histológico do tumor primário, foram observadas, nos dados apresentados na **Tabela 24**, sete classificações, a maioria do tipo SOE. O que apareceu com mais de 50% foi o carcinoma escamocelular, SOE com 48 casos diagnosticados; o segundo que mais aparece é o adenocarcinoma SOE em sete pacientes; os demais foram a neoplasia maligna que é registrado quando geralmente não consegue identificar o tipo histológico com precisão, seguido de linfoma maligno não Hodgkin, SOE; carcinoma, SOE; carcinoma mucoepidermoide; e por ultimo carcinocarssinoma, SOE. Nos estudos de Gouveia et al (2010) e Santos et al (2012), os dados corroboram com esta pesquisa apresentando o carcinoma escamocelular como o mais freqüente nos paciente do que os demais. Porem em outros estudos há divergência, não corroborando com o resultado obtido mostrando predominância de carcinomas espinocelular em mais da metade total dos casos, o que diverge dos resultados encontrados nesse estudo, que não mostrou nenhum caso com este tipo histológico do tumor primário (ALVARENGA et al, 2008; FIGUEIREDO, 2013)

A **Tabela 25** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento realizado no hospital, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 25. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por tratamento realizado no hospital, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETARIA	NENHUM	CIRURGIA	RT	QT	HT	OUTRAS	SEM INFO.	TOTAL
40-49	1	0	2	3	0	3	0	9
50-59	3	2	10	9	0	2	0	26
60-69	3	2	12	12	0	2	0	31
70-79	1	2	11	5	0	2	0	21
80-89	4	1	6	2	0	1	0	14
TOTAL	12	7	41	31	0	10	0	101

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: RT: Radioterapia; QT: Quimioterapia; HT: Hormonioterapia; Sem Info.: Sem informações

A **Tabela 25** apresenta os diversos tipos de tratamentos oferecidos no hospital, podendo ser feito um ou mais tratamentos simultâneos. O tratamento mais realizado para as neoplasias mostradas é a radioterapia, seguido de quimioterapia e o menos realizado é a cirurgia. A coluna “nenhum” representa casos de prontuários que foram apenas abertos no hospital, porém não foi realizado tratamento, podendo ser devido ao óbito, ou ter realizado em outro hospital, ou até mesmo por rejeição por parte do paciente. A coluna “outras” representa outros tipos de tratamento realizados que não se classificam entre os mais comuns. A maioria dos casos foi tratada com pacientes com radioterapia associado a quimioterapia, podendo estes ser radioterapia com cirurgia, ou apenas radioterapia, quimioterapia ou cirurgia. Na tabela esta descrita todos os tratamentos catalogados nos prontuários podendo esses ser combinados ou não. E quanto ao principal tipo de tratamento para esse câncer é a radioterapia, que nos estudo apresenta como o mais realizado.

A **Tabela 26** apresenta o quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbitos, de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 26. Quantitativo de casos de câncer de cabeça e pescoço por óbito e sobrevida, de acordo com Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	SOBREVIDA	TOTAL
40-49	1	6	7
50-59	1	16	17
60-69	7	13	20
70-79	3	8	16
80-89	1	10	11
TOTAL	13	58	71

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação aos óbitos, pode-se observar nos dados apresentados na **Tabela 26**, um total considerável, sendo mais atingido o sexo masculino. A faixa etária que mais houve óbitos foi entre 60 a 69 anos de idade, sendo todos eles no sexo masculino. Estudos mostram que o número de óbitos geralmente são altos com baixa sobrevida, eles também mostra que o estadiamento esta ligado, ou seja, quanto maior o estadiamento, maior a taxa de mortalidade. (ALVARENGA et al, 2008; SANTOS, et al, 2012). Outro estudo afirma que é difícil muitas vezes quantificar os óbitos devido a diversas vezes o hospital não saber se o paciente chegou a óbito fora dele ou se abandonou o tratamento, por não estar mais realizando, e mais um fator

importante é que torna se variável devido a essa informação não ser precisa e não ter realizado uma pesquisa em cima de certificados de óbitos e sim nos dados obtidos do RHC (NOCE; REBELO, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Em 2013, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, houve um quantitativo considerável de pacientes acometidos pelo câncer de cabeça e pescoço de CID (CID C00 e C14), o número de óbitos, consequência da doença, chegou a aproximadamente 18,3%, representando um tipo de câncer que merece investigação e maiores pesquisas.
- Pacientes com hábitos sociais de etilismo e tabagismo foram mais predispostos ao desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço.
- É necessária a inserção de políticas públicas de saúde, para a população em geral, direcionadas a atenção básica, com objetivo de prevenção e promoção de saúde, afim de informar a população sobre a importância de cuidados básicos com a saúde e ações que previnam o câncer de cabeça e pescoço, ressaltando a influência de hábitos sociais nocivos, como o etilismo e tabagismo, para o seu desenvolvimento da neoplasia.
- Se faz necessário investimento em estudos epidemiológicos a respeito do câncer de cabeça e pescoço, visando uma maior amostra, em tendência temporal, afim de determinar o perfil epidemiológico desse tipo de paciente e especificidades da doença, respeitando cada CID proposto.

REFERÊNCIAS

A. C. CAMARGO. **Tumores das Glândulas Salivares**. Fundação Antonio Prudente 2015. Disponível em: < <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/tumores-das-glandulas-salivares/65/>>. Acessado em 19 de maio 2015.

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. In: **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.74, n.1, Janeiro/Fevereiro. 2008.

AMAR, A. et al. Epidemiological assessment and therapeutic response in hypopharyngeal câncer. In: **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.79, n. 4, Julho/Agosto. 2013.

AMORIM FILHO, F. S. et al. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base da língua. In: **Revista Brasileira de otorrinolaringologia**, v.69, n.2, março/abril. 2003.

ANTUNES, A. A; ANTUNES, A. P. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n.4, p. 295-300, janeiro-fevereiro. 2004.

ANTUNES, A. A. et al. Câncer da língua: estudo retrospectivo de vinte anos. In: **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 3, p. 152 -154, julho/agosto/setembro. 2007

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2105-2114, outubro. 2006

BERTO, J. C. et al. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer de faringe. In: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 33, n. 4, Jul/Ago. 2006

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Taxa de incidência de neoplasias malignas**. IDB 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/d05_12ufm.htm>. Acessado em 24 de abril de 2015

BRITO, R. T. **Perfil de pacientes e fatores relacionados ao estadiamento do carcinoma de células escamosas oral**. 2013. Trabalho de conclusão de curso. Universidade estadual da Paraíba, 2013. Disponível em: < <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/5251/1/PDF%20-%20Rodrigo%20Toscano%20de%20Brito.pdf>> Acesso em 19 mai. 2015.

CAMPANA, I. G; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. In: **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.34, n.1, p. 20-26, Janeiro/Junho. 2013

CAMPOS, J. L. G; CHAGAS, J. F. S; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com a sobrevida e qualidade de vida. In: **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 65 – 68, abril / maio / junho. 2007.

CHEDID, M. H. et al. Impacto da associação terapêutica na sobrevida livre de doença no câncer da hipofaringe. In: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.37, n.6, Nov-Dec. 2010.

FIGUEIREDO, A. M. **Prevalência e características clinico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP**. 2013. Dissertação (Mestrado). Faculdade Odontologica de Bauru. Universidade de São Paulo. 2013

GALBIATTI, A. L. S; et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. In: **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.79, n.2, Março/Abril. 2013.

GOUVEA, S. A. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. In: **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.39, n. 4, p. 261-265, outubro/novembro/dezembro. 2010

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

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n.4, p. 361-376. 2001. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/normas.pdf> Acessado em 21 de abril de 2015

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Incidência de câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acessado em 07 de julho de 2014.a

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **O que é o câncer?**. Ministério da saúde. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acessado em 25 de abril 2015

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Tipos de câncer**. Ministério da saúde, 2014. Disponível em < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>> . Acessado em 07 de julho de 2014b

LIMA, A. A. S. et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.51, n.4, p.283-288. 2005.

MARTINS, M. A. T. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. In: **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 37, n. 4, p. 191 - 197, outubro /novembro / dezembro. 2008.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. In: **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-355, jul./set. 2010

NOCE, C. W; REBELO, M. S. Avaliação da relação entre tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.54, n.2, p.123-129. 2008

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

ROCHA, A. K. M. S; OLIVEIRA, A. C. M; BONAN, P. R. F. Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Malignas de Cabeça e Pescoço em um Hospital de Referência em Piracicaba-SP. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.2, p.155-160. 2013

SANTOS, L. C. O. et al. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. In: **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.75, n.4, p. 524-529. 2009.

SANTOS, R. A. et al. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.1, p. 21-29. 2012.

SANTOS, F. B. G; VASCONCELOS-RAPOSO, J. J. B; FIGUEIREDO, M. C. T. Correlation between symptoms and course duration of upper aerodigestive tract cancer at early and advanced stages. In: **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.79, n.6, p. 673-80. 2013.

SENA, M. F et al. Avaliação dos Fatores Prognósticos Relacionados ao Câncer de Lábio: Revisão Sistemática. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n.1, p. 93-102. 2010.

TEIXEIRA, A. K. M. et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.3, p. 229-236. 2009

VIEIRA, S. C. et al. **Oncologia Básica**. 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012

YAMASHIRO, I; SOUZA, R. P. Diagnóstico por imagem dos tumores da nasofaringe. In: **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.40, n.1, Jan./Feb. 2007