

Boletim do Registro Hospitalar de Câncer

ano II - boletim 11 - setembro de 2.002

Fundação Oncocentro de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O Departamento de Prevenção e Reabilitação da Fundação Oncocentro de São Paulo tem como sua principal atividade reabilitar, esteticamente e funcionalmente, os pacientes mutilados por cirurgias devido a tumores de cabeça e pescoço. Outra atividade, em fase de planejamento, visa inserir a FOSP em ações de prevenção do câncer de boca.

Sob a denominação genérica de câncer de boca estão incluídas algumas topografias que, em sua maioria, apresentam o hábito de fumar e o consumo de álcool como fatores de risco.

No sentido de dar subsídio técnico ao planejamento dessas ações de prevenção, foram consolidados alguns dados disponíveis sobre o câncer de boca no Estado de São Paulo, aqui disponibilizados neste novo número do Boletim do RHC.

Nesta edição:

Apresentação	1
Notas técnicas	1
Dados de incidência	2
Dados de mortalidade	2
Dados do RHC	2
Dados do RHC	3
Dados do RHC	4
Informes gerais	4

NOTAS TÉCNICAS PRELIMINARES

- ♦ todos os dados apresentados tem como referência o ano 2.000.
- ♦ varia, conforme a fonte ou publicação utilizada, a definição das topografias que devem ser incluídas em câncer de boca. Desta forma, para os dados de mortalidade e do RHC aqui apresentados, estão incluídas as topografias C00 a C06 da CID-10 e CID-O (2ª edição): Lábio, Base da Língua, Outras partes da língua, Gengiva, Assoalho da boca, Palato e Outras partes da boca.
- ♦ os dados de estimativa de incidência foram elaborados pelo INCA

ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA:

Para o ano de 2.000, o INCA estimou para o Estado de São Paulo 92.370 casos novos de câncer. Deste total, 3.960 são os referentes ao câncer de boca, o que representa 4,29% do total. Dos 3.960 casos, 3.140 (79,3%) são estimados para os homens e 820 (20,7%) para as mulheres.

DADOS DE MORTALIDADE:

Segundo dados da Fundação SEADE, em 2.000 ocorreram 35.241 óbitos por câncer no Estado de São Paulo, sendo que os óbitos por câncer de boca somaram 624 casos, ou 1,8% do total. Os homens foram responsáveis por 520 óbitos (83,3%), contra 104 referentes às mulheres (16,7%).

DADOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER:

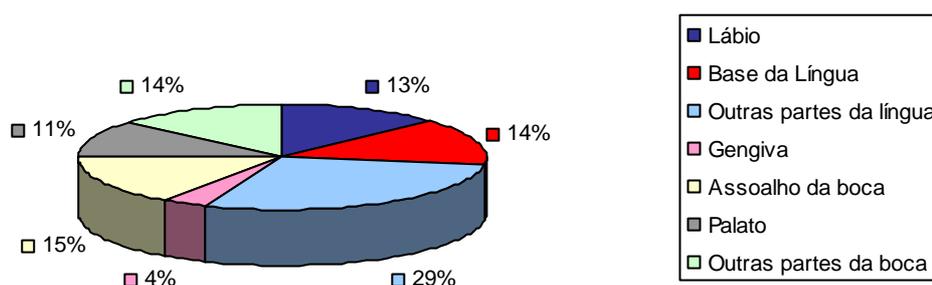
De janeiro a dezembro de 2.000 foram registrados 25.645 casos novos de câncer pelos hospitais do Estado. Deste total, 1.088 casos (4,2%) corresponderam ao câncer de boca, sendo o sexo masculino responsável por 876 casos (80,5%), e as mulheres por 212 registros (19,5%).

A maioria dos pacientes (64,1%) chegou aos hospitais sem diagnóstico e sem tratamento, contra 35,9% deles que já chegaram diagnosticados, mas sem tratamento. Para os casos que chegaram sem diagnóstico, o tempo médio decorrido entre a primeira consulta no hospital e o diagnóstico foi de 45 dias. Também para estes casos, o tempo médio entre o diagnóstico e o início de tratamento foi de 45 dias.

Houve confirmação microscópica no diagnóstico do tumor em 96,9% dos casos, sendo que as neoplasias de células escamosas somaram 87,3% do total de registros.

A distribuição dos casos segundo topografia é vista no gráfico abaixo:

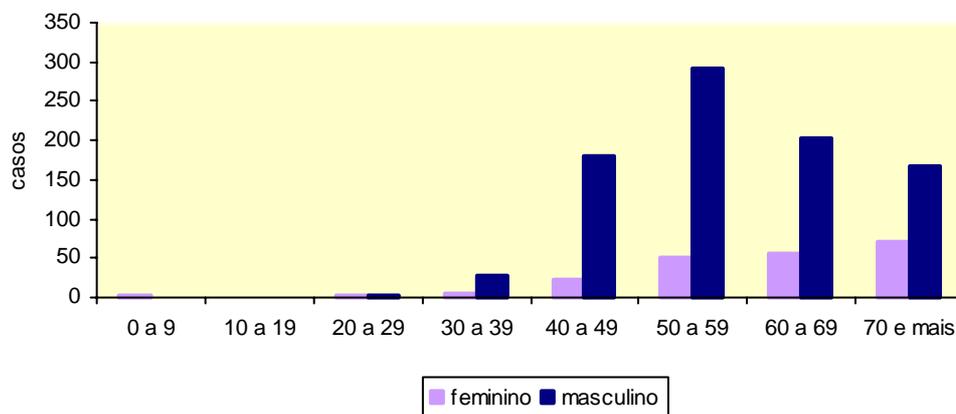
Gráfico 1: Distribuição das neoplasias malignas de boca segundo topografia. Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, janeiro a dezembro de 2.000.



Fonte: FOSP

A distribuição dos registros segundo faixa etária e sexo mostra concentração dos casos nas faixas etárias acima de 40 anos e a grande predominância do sexo masculino.

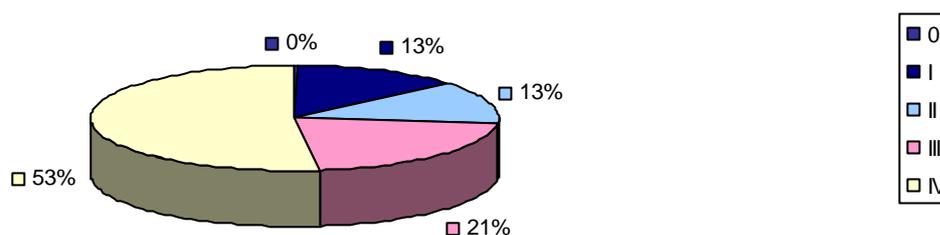
Gráfico 2: Distribuição das neoplasias malignas de boca segundo faixa etária e sexo. Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, janeiro a dezembro de 2.000.



Fonte: FOSP

O estadiamento clínico dos tumores não foi informado em apenas 7,8% dos tumores (código Z). O gráfico 3 mostra a distribuição segundo estadiamento clínico dos casos efetivamente estadiados.

Gráfico 3: Distribuição das neoplasias malignas de boca segundo estadiamento. Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, janeiro a dezembro de 2.000.



Fonte: FOSP

É extremamente alto o percentual dos casos em estadiamento avançado, registrados como III e IV, fato que, em princípio, implicará em um tratamento mais agressivo e, portanto, com maiores probabilidades de seqüelas estéticas e/ou funcionais nos pacientes.

