

Perfil de Adultos Jovens com Câncer em um Hospital Universitário de Santa Catarina, Brasil.

Simone Sordi*
Antuani Rafael Baptistella*
Claudriana Locatelli*

550

Resumo

O câncer, atualmente é um problema de saúde pública, e, a assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social. Para mudar esse panorama é imprescindível a realização de estudos principalmente na população adulto jovem. Este estudo visou descrever o perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico dos casos de câncer, em adultos jovens assistidos pelo sistema público de um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) – Joaçaba SC. A coleta de dados foi realizada através da consulta aos prontuários dos pacientes de 20 a 39 anos, que foram diagnosticados com câncer no período de janeiro de 2008 a novembro de 2017. A amostra foi composta por 502 prontuários onde a média de idade dos indivíduos foi de 31,6 anos. O principal fator de risco foi a presença de histórico de câncer na família (55,7%), sendo a cirurgia (50,2%), o método de escolha no tratamento. Do total, 76,1% foram do sexo feminino. No entanto, ao avaliar o índice de óbito, observou-se um número maior no sexo masculino (19,1%). Os tumores de mama, colo uterino, tireoide, testículo e cólon foram os mais prevalentes. Os pacientes com tumores de cólon (26,3%) e reto (42,9%) evoluíram para óbito com mais frequência. Tais dados permitiram caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico do câncer na região estudada, oferecendo subsídios para a implantação de políticas públicas direcionadas à melhoria da assistência à população assistida pelo Sistema Único de Saúde, da Região Meio Oeste Catarinense.

Palavras-chave: Adulto jovem. Câncer. Epidemiologia. Perfil de saúde. Óbito.

INTRODUÇÃO

Apesar do risco de câncer aumentar com a idade, hoje, o câncer representa a principal causa de morte relacionada a doença em adolescentes e adultos jovens. Somente causas como acidentes, suicídios e homicídios superaram o câncer como principal causa de mortalidade nessa faixa etária^{1,2,3}.

Estudos relatam que a carga global de câncer em adultos jovens com idade entre 20 a 39 anos difere daquela observada em idades mais jovens, ou mais velhas e varia substancialmente por idade, sexo, nível de desenvolvimento e região geográfica. O diagnóstico de câncer

nesta faixa etária impacta não somente a saúde do paciente, mas também a capacidade de continuidade dos estudos, além da construção da carreira profissional e família^{3,4}.

Segundo dados da American Cancer Society 2 para o ano de 2020, nos Estados Unidos, foi estimado aproximadamente 83.700 novos casos de câncer em pessoas de 20 a 39 anos com uma estimativa de 8,73% de morte nesta faixa etária. As mulheres jovens são mais acometidas pela doença do que os homens adultos jovens, porém, ambos têm a mesma probabilidade de ir a óbito^{2,5}.

DOI: 10.15343/0104-7809.202044550564

*Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba/ SC, Brasil.
E-mail: simonesordi30@gmail.com

No Brasil os registros hospitalares de câncer entre os anos de 2007 a 2011 mostraram que 10,2% dos casos atendidos foram em pacientes com idade entre 20 e 39 anos⁶. No estado de Santa Catarina, o número de óbitos por câncer no ano de 2019 foi de 9.160, incluindo todas as faixas etárias. Na faixa etária de 20 a 39 anos, foram registrados 377 óbitos por câncer, representando aproximadamente 13,7% dos casos de óbitos nesta faixa etária. Quando os dados são comparados ao ano de 2015 observa-se um discreto aumento nos casos de óbito nesta faixa etária, visto que em 2015 a letalidade por câncer representou 11,35% dos casos⁷.

O câncer é considerado um problema de saúde pública, enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro em vista de sua amplitude epidemiológica, social e econômica. A incidência crescente de casos de neoplasia tem ocasionado uma mudança no perfil epidemiológico da população. Alguns fatores estão associados ao aumento nos casos de neoplasias favorecendo as mudanças neste perfil, entre eles cita-se, a elevada exposição aos fatores cancerígenos, envelhecimento populacional, aprimoramento das tecnologias para o diagnóstico, melhoria nas condições econômicas e sociais, melhoria na qualidade e registro de informações, além do aumento de óbitos por câncer em indivíduos jovens⁸.

O principal ponto negativo a respeito do câncer em adultos jovens é que as taxas de sobrevida nesta faixa etária não sofreram melhorias nos últimos anos, diferente das demais idades⁹, nas quais se observou uma melhora significativa na expectativa de vida². Outro fato que cabe destacar é a dificuldade no gerenciamento destes pacientes pelos profissionais de saúde diante das incertezas quanto aos protocolos de tratamento e adesão aos mesmos, além de um insuficiente recrutamento para os ensaios clínicos nesta

população¹⁰.

Nos Estados Unidos, a tendência de sobrevida dos indivíduos com um dos 24 tipos de tumores mais comuns, nessa população, mostrou também que de maneira geral, não houve avanços quando comparados a crianças e adultos com idade superior a 40 anos. Dos 24 tipos estudados, apenas nove tiveram sua taxa de sobrevida superior a 80%, e oito tipos de tumores não chegaram a atingir os 60%. Os autores ainda destacam que a melhoria da sobrevida de um paciente com câncer, especialmente na idade de 20-39 anos, proporciona um impacto social positivo no que se refere à produtividade quando comparada a adultos mais velhos¹¹.

Pesquisas realizadas até então, indicam que alguns tipos de câncer em adolescentes e adultos jovens possam ter características genéticas e biológicas que diferem das demais idades. Dessa forma, estudos acerca do assunto são cada vez mais necessários para melhorar o entendimento dos fatores relacionados a carcinogênese em pacientes adultos jovens⁵.

No Brasil os estudos em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer são escassos, portanto, pesquisas nesta área podem contribuir para o entendimento na evolução do câncer, bem como, o desfecho nestes pacientes, possibilitando melhorias no estabelecimento de protocolos terapêuticos e programas de saúde pública que visem diagnosticar precocemente os casos de câncer nesta população.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo, descrever o perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico dos casos de câncer, em adultos jovens assistidos pelo sistema público de um Hospital Universitário. Os resultados foram obtidos com dados em prontuários médicos dos pacientes adultos jovens com faixa etária de 20 a 39 anos, durante dez anos de funcionamento do centro de oncologia no Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST),

da Universidade do Oeste de Santa Catarina, localizado na região meio oeste do estado de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através da análise de prontuários médicos obtidos no serviço de oncologia do Hospital Universitário Santa Terrezinha (HUST) – Joaçaba SC da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. O hospital HUST é referência regional em oncologia, atendendo todos os tipos de tumores (oncologia e hematologia), porém, não atende pacientes pediátricos. O atendimento não é especializado em adultos jovens, mas atende pacientes a partir da faixa etária de 20 anos, com diagnóstico de câncer.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com uso de dados secundários. A coleta de dados foi realizada através da consulta aos prontuários dos pacientes com idade entre 20 a 39 anos, que foram diagnosticados com câncer no Serviço de Oncologia do HUST – Joaçaba, no período de janeiro de 2008 a novembro de 2017.

A busca pelos prontuários aconteceu no ano de 2018 e 2019, primeiramente por meio de dois sistemas informatizados da instituição, utilizando os filtros: CID (Código Internacional de Doenças) de C00 a C97, idade (20 a 39 anos) e ano (2008 a 2017). Esses sistemas forneceram a lista com 538 pacientes que se encaixavam nos critérios para participar do estudo. No entanto, 36 prontuários não foram encontrados quando a consulta foi realizada nos documentos físicos, excluindo-se portanto, estes do número de prontuários avaliados. A amostra final foi composta por 502 prontuários que foram localizados ao longo do período da coleta.

As variáveis coletadas para contemplar os objetivos do estudo foram obtidas através de um formulário estruturado pela pesquisadora, contendo as seguintes informações: dados

sociodemográficos: idade, sexo; dados clínico-epidemiológicos: índice de massa corporal (IMC), ano do diagnóstico, idade do paciente quando diagnosticado, localização do tumor, estadiamento, metástase; fatores de riscos: histórico familiar de câncer, consumo de tabaco, álcool e diagnóstico prévio de câncer.

Os critérios de inclusão foram prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer, com idade entre 20 a 39 anos no momento do diagnóstico, sendo diagnosticados no período de 2008 a 2017 e acompanhados e tratados pelo centro de oncologia do hospital HUST. Foram excluídos prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer anterior a 2008 e após o ano de 2017 e com idade superior a 39 anos no momento do diagnóstico e não acompanhados e tratados pelo centro de oncologia do hospital HUST, bem como prontuários físicos para consulta dos dados não encontrados. A escolha da faixa etária de 20 a 39 anos ocorreu visto que estudos relatam que pacientes com idade inferior a 20 anos são considerados adolescentes e com idade superior a 39 anos não são mais considerados adultos jovens^{5,10}.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução CNS 466/2012 do Ministério da Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina com parecer favorável nº 2.625.725.

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010. Após elaboração do banco de dados, as informações foram organizadas em tabelas e analisadas por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS *Statistics* 22.0. As variáveis foram apresentadas através da frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Foi considerado estatisticamente significante valores de $p < 0,05$ para qualquer um dos testes aplicados.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo são referentes aos prontuários dos pacientes jovens com faixa etária de 20 a 39 anos diagnosticados com câncer no hospital HUST de Joaçaba - SC. Conforme pode ser observado nas tabelas algumas informações não totalizam os 502 prontuários avaliados, isso ocorreu, pois, os mesmos não apresentavam os dados no prontuário, ficando, portanto, com amostra inferior.

Na tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dessa população. Observa-se que a média de idade foi de 31,3 anos, sendo a maioria do sexo feminino (76,1%). Quanto à ocupação, estes dados não estão inseridos na tabela 1, pois grande parte dos registros não traziam esta informação (26,5%). Em 25,9% o tipo de ocupação foi inferior a 2%, sendo classificado como outros. Os classificados como "do lar" foram 16,3%, seguidos pelos operários e demais trabalhadores de indústrias com 9,4%. Os estudantes representaram apenas 1,4% do total.

A classificação dos pacientes quanto ao índice de massa corporal (IMC) mostra que a maioria dos pacientes se encontra com eutrofia, IMC entre 18,5 e 24,99 (57,7%). O sobrepeso foi encontrado em 27% dos pacientes, seguido de obesidade grau I (6,5%).

A comorbidade esteve presente em 16,2% da população estudada sendo o papiloma vírus humano (HPV) juntamente com doenças do aparelho respiratório as mais frequentes. Uma pequena parcela dos pacientes atendidos no período do estudo possuía diagnóstico prévio de câncer (1,6%).

Quanto aos fatores de risco fumo e álcool,

33,2% dos prontuários possuíam registros de que o paciente era fumante. Em relação ao etilismo, a informação foi obtida apenas em uma pequena parcela dos registros e destes 3,8% relataram ser etilistas. Quanto ao histórico familiar de câncer 55,7% relataram possuir parentes próximos com câncer.

No que se refere aos diferentes tipos de tumores, a tabela 2 mostra que, os dois com maior número de casos foram os de mama com 28,3%, e colo uterino (22,7%). Estes foram seguidos pela opção "outros" (17,5%), opção que possui uma grande variedade e pequena representatividade de tumores com prevalência inferior a 0,8%. Na sequência foram encontrados o tumor de tireoide, testículo e cólon com 5,4%, 5,2% e 5,0% respectivamente. Apenas 1,6% dos pacientes foram diagnosticados com tumor de útero e 0,8% tumor no rim.

A maioria dos pacientes encontrava-se em estágio I (39,0%), enquanto 24,9% foram diagnosticados em estágio IV. Os pacientes classificados como estágio 0 correspondem a 14,7% do total. O estágio II e III tiveram taxas aproximadas, 10,4% e 11% respectivamente. A população atendida nesses 10 anos é prevalentemente composta por pacientes que não tinham metástase (76,1%).

A respeito da linha de tratamento utilizada para o enfrentamento da doença, a maioria dos pacientes foi submetida exclusivamente à cirurgia (50,2%). O segundo tratamento mais utilizado foi cirurgia associada à quimioterapia com 26,8%. As linhas de tratamento menos utilizadas foram à radioterapia associada à quimioterapia e a cirurgia juntamente com radioterapia.

A maioria dos pacientes adultos jovens que participaram do estudo permanece em

acompanhamento ou tratamento (55,5%).

A tabela 3 foi constituída considerando exclusivamente os tipos de tumores diagnosticados em ambos os sexos. O tumor de mama, apesar de acometer o sexo masculino não foi mencionado por sua incidência ser muito reduzida em homens (neste estudo, dos 142 casos, apenas 5 foram em homens). Os resultados apresentados na tabela 3 mostram que existe uma predominância no sexo feminino referente aos tumores de tireoide (74,1%), melanoma (57,2%), linfoma de Hodgkin (55,0%), reto (66,7%) e os classificados na opção “outros” (53,4%). No entanto, os tumores de cólon (56,0%), e linfoma não Hodgkin (77,8%) ocorreram predominantemente no sexo masculino. O tumor de rim foi diagnosticado com a mesma frequência em ambos os sexos. Logo, no somatório final, o sexo feminino foi o predominante com 54,6% dos casos analisados.

Observando a distribuição dos tipos tumorais (tabela 4), comparado ao desfecho da doença, os dados mostram que os tumores de ovário (76,9%) e colo uterino (73,1%) tiveram como desfecho predominante à alta. No entanto, os tumores de rim (100%), os linfomas de Hodgkin (82,4%) e não Hodgkin (85,7%), tumores de mama (79,2%), tireoide (76,2%), cólon (68,4%), útero (66,7%), testículo (63,6%), melanoma (60,0%) e reto (57,1%) seguem com tratamento ou acompanhamento. Quanto aos tumores com

maior índice de mortalidade está o câncer de reto, o qual, levou a óbito 42,9%, o tumor de cólon com 26,3%, e o tumor de testículo com 22,7%.

Quando foi possível estabelecer o estágio clínico do paciente (tabela 5), comparamos este, com o desfecho e os resultados revelaram significância estatística entre as variáveis. Quanto mais avançado o estadiamento clínico do paciente, maiores são as taxas de óbito. No entanto, os pacientes classificados em estágio 0 e I, tiveram como desfecho predominante a alta. A maioria dos pacientes que permanecem em acompanhamento ou tratamento se encontra em estágio II ou III.

Ao analisar a associação entre tipo tumoral e metástase (tabela 6) observou-se significância estatística. Os casos de tumores de reto e cólon, apresentaram 80 e 54,5 % de capacidade de indução de metástase respectivamente. Os casos de tumores de ovário e linfoma não Hodgkin não foi observado metástase.

Os dados expostos na tabela 7 mostram que apesar do câncer ter acometido em maior escala o sexo feminino, o índice de metástase é superior no sexo masculino (42,9%).

Ao analisar os dados da tabela 8 observa-se alta em 38,1% dos pacientes do sexo feminino e 22,6% do sexo masculino. Quanto aos pacientes que evoluíram para o óbito, 19,1% foram do sexo masculino.

Tabela 1– Condições sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e estilo de vida de pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Idade (média em anos ± DP)	31,6 ± 5,3	
	n	%
Sexo		
Feminino	382	76,1
Masculino	120	23,9
Classificação quanto ao IMC		
Baixo Peso	13	6,0
Eutrofia	124	57,7
Sobrepeso	58	27,0
Obesidade Grau I	14	6,5
Obesidade Grau II	4	1,9
Obesidade Grau III	2	0,9
Comorbidade		
Sim	21	16,2
Não	109	83,8
Histórico familiar de câncer		
Sim	117	55,7
Não	93	44,3
Diagnóstico prévio de Câncer		
Sim	8	1,6
Não	494	98,4
Fumante		
Sim	75	33,2
Não	151	66,8
Etilismo		
Sim	2	3,8
Não	51	96,2

Média de idade n = 502; Sexo n= 502; IMC n= 215; Comorbidade n= 130; Histórico familiar de câncer n= 210; Diagnóstico prévio de câncer n= 502; Fumante n = 226; Etilismo n = 53; DP = Desvio Padrão. Observação: Os n são diferentes para cada variável, pois alguns dados não foram encontrados nos prontuários.

Tabela 2- Incidência de diferentes tipos de tumor, estadiamento, metástase, tratamento e desfecho em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha - (HUST), Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Tipo de tumor	n	%
Mama	142	28,3
Colo do útero	114	22,7
Tireoide	27	5,4
Testículo	26	5,2
Cólon	25	5,0
Linfoma de Hodgkin	20	4,0
Ovários	16	3,2
Melanoma	14	2,8
Linfoma não Hodgkin	9	1,8
Reto	9	1,8
Útero	8	1,6
Rim	4	0,8
Outros	88	17,5
Estadiamento		
0	48	14,7
I	127	39,0
II	34	10,4
III	36	11,0
IV	81	24,9
Metástase		
Sim	81	23,9
Não	258	76,1
Tratamento		
Cirurgia	240	50,2
QT+ cirurgia	128	26,8
QT+RT+ cirurgia	61	12,7
Quimioterapia	33	6,9
RT+ cirurgia	8	1,7
QT+RT	8	1,7
Desfecho		
Em tratamento/Acompanhamento	207	55,5
Alta	129	34,6
Óbito	37	9,9

Média de idade n = 502; Sexo n= 502; IMC n= 215; Comorbidade n= 130; Histórico familiar de câncer n= 210; Diagnóstico prévio de câncer n= 502; Fumante n = 226; Etilismo n = 53; DP = Desvio Padrão. Observação: Os n são diferentes para cada variável, pois alguns dados não foram encontrados nos prontuários.

Tabela 3– Relação entre o tipo tumoral e o sexo em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Tipo de tumor	Sexo				Valor de p
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Tireoide	20	74,1	7	25,9	
Cólon	11	44,0	14	56,0	
Linfoma de Hodgkin	11	55,0	9	45,0	
Melanoma	8	57,2	6	42,8	0,148
Linfoma não Hodgkin	2	22,2	7	77,8	
Reto	6	66,7	3	33,3	
Rim	2	50,0	2	50,0	
Outros	47	53,4	41	46,6	

Realizado Teste Qui- quadrado de Pearson para avaliar associação entre tipo de tumor e sexo. n = 196. Observação: O n não corresponde aos 502 porque os tumores que não ocorrem em ambos os sexos não foram incluídos nesta análise.

Tabela 4– Tipo tumoral e o desfecho em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Tipo de tumor	Desfecho						Valor de p
	Tratamento/Acompanhamento		Alta		Óbito		
	n	%	n	%	n	%	
Mama	80	79,2	14	13,9	7	6,9	
Colo do útero	22	23,7	68	73,1	3	3,2	
Testículo	14	63,6	3	13,6	5	22,7	
Cólon	13	68,4	1	5,3	5	26,3	
Linfoma de Hodgkin	14	82,4	2	11,8	1	5,9	
Tireoide	16	76,2	4	19,0	1	4,8	< 0,001
Ovários	3	23,1	10	76,9	0	0,0	
Melanoma	6	60	3	30,0	1	10,0	
Reto	4	57,1	0	0,0	3	42,9	
Linfoma não Hodgkin	6	85,7	0	0,0	1	14,3	
Útero	4	66,7	1	16,7	1	16,7	
Rim	4	100	0	0,0	0	0,0	
Outros	21	39,6	23	43,4	9	17,0	

Realizado Teste Qui- quadrado de Pearson para avaliar associação entre tipo de tumor e desfecho. n = 373. Observação: O n não corresponde a 502 pois em alguns prontuários não foi encontrado o desfecho.

Tabela 5– Estadiamento clínico e o desfecho em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Estádio	Desfecho						Valor de p
	Tratamento/Acompanhamento		Alta		Óbito		
	n	%	n	%	n	%	
0	9	26,5	25	73,5	0	0,0	
I	47	43,1	60	55,0	2	1,9	
II	27	90,0	2	6,7	1	3,3	0,000
III	29	93,5	0	0,0	2	6,5	
IV	28	54,9	1	2,0	22	43,1	

Realizado Teste Qui- quadrado de Pearson para avaliar associação entre estágio e desfecho. n = 255. Observação: O n não corresponde a 502 pois em alguns prontuários não foi encontrado o desfecho quanto ao estágio.

Tabela 6– Tipo tumoral e ocorrência de metástase em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Tipo de tumor	Metástase				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Mama	26	25,7	75	74,3	
Colo do útero	6	6,1	92	93,9	
Testículo	9	50,0	9	50,0	
Cólon	12	54,5	10	45,5	
Linfoma de Hodgkin	1	12,5	7	87,5	
Tireoide	2	8,7	21	91,3	
Ovários	0	0,0	8	100,0	0,000
Melanoma	3	37,5	5	62,5	
Reto	4	80,0	1	20,0	
Linfoma não Hodgkin	0	0,0	2	100,0	
Útero	2	33,3	4	66,7	
Rim	1	25,0	3	75,0	
Outros	15	41,7	21	58,3	

Realizado Teste Qui- quadrado de Pearson para avaliar associação entre tipo tumoral e metástase. n = 339. Observação: O n não corresponde a 502 pois em alguns prontuários não apresentavam relato se o paciente tinha ou não metástase.

Tabela 7– Comparação entre sexo e metástase em em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Sexo	Metástase				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Feminino	51	19,0	218	81,0	0,000
Masculino	30	42,9	40	57,1	

Realizado Teste Exato de Fisher para avaliar associação entre sexo e metástase. n = 339. Observação: O n não corresponde a 502 pois em alguns prontuários não apresentavam relato se o paciente tinha ou não metástase.

Tabela 8– Comparação entre sexo e desfecho em em pacientes adultos jovens diagnosticados com câncer entre 2008 e 2017 no Hospital Universitário Santa Terezinha – (HUST). Joaçaba, Santa Catarina, 2018.

Sexo	Tratamento/Acompanhamento		Alta		Óbito		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Feminino	158	54,7	110	38,1	21	7,3	0,001
Masculino	49	58,3	19	22,6	16	19,1	

Realizado Teste Qui- quadrado de Pearson para avaliar associação entre sexo e desfecho. n =373. Observação: O n não corresponde a 502 pois em alguns prontuários não apresentavam relato do desfecho.

DISCUSSÃO

De maneira geral o câncer tem relação com a idade, sendo esta, o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. No Brasil, estudo publicado em 2015¹², mostrou que a idade média de diagnóstico de câncer foi de 51,9 anos, com a menor média de idade observada para o câncer de colo de útero (35,4 anos) e a maior para o câncer de próstata (65,7 anos). Neste estudo os autores também destacam não ter ocorrido diferença significativa com relação a idade entre homens e mulheres levando-se em consideração todos os tipos de câncer¹².

A idade média de diagnóstico de câncer na população do presente estudo foi de 31,6 anos levando-se em consideração todos os tipos de câncer em ambos os sexos, resultados

semelhantes aos encontrados por Benedict *et al.*¹¹, que relatou uma idade média de 33 anos. Estes dados são interessantes, visto que, Desandes e Stark¹³ mostram um aumento exponencial nos casos de tumores em adultos jovens após os 30 anos, o que pode estar associado a maior exposição a carcinógenos favorecendo a mutação celular para malignidade com o aumento da idade⁹.

A predominância do sexo feminino como mais acometido pelo câncer na população adulto jovem vem ao encontro de diversos outros estudos realizados até então^{11,14-18} e segue a mesma tendência na população geral¹⁹⁻²¹. Essa predominância pode ser consequência do fato de que os principais tipos

tumorais encontrados nessa faixa etária são o câncer de mama e colo uterino. Cabe ressaltar, o fato de que a fragilidade está atrelada ao sexo feminino, o que traz consigo um autocuidado muito mais intenso que o sexo oposto, logo a busca pelo atendimento de saúde ocorre mais frequentemente e assim o diagnóstico é feito mais facilmente²².

A respeito dos fatores de risco associados à população nesta faixa etária, o destaque ficou para o histórico familiar de câncer, mais da metade relatou essa condição (55,7%). Esse resultado é superior ao encontrado no estudo realizado em São Paulo com base em prontuários de adultos jovens com câncer, o qual encontrou 41,7% dos casos relacionados ao histórico familiar da doença¹⁴.

Quanto aos principais tipos de tumores que acometem a população estudada, nossos dados tiveram grandes semelhanças com o que é relatado na literatura científica, com exceção aos tumores de cérebro, medula espinhal e leucemia². Este fato pode ter ocorrido pois os poucos estudos que avaliaram a população adulto jovem incluem adolescentes a partir dos 15 anos e nesta faixa etária a principal causa de câncer é a leucemia^{13,23}. Os três principais tipos de tumores encontrados no setor de oncologia nos 10 anos analisados (mama, colo uterino e tireoide) foram os mesmos que os encontrados em demais estudos^{3,13}. Desandes e Stark¹³ relatam uma frequência de câncer de mama de aproximadamente 50% em mulheres com idade entre 30 a 39 anos, enquanto, Jesus *et al.*¹⁴ relatam uma frequência de câncer de tireoide de aproximadamente 25% em pacientes com idade entre 19 a 29 anos, levando-se em consideração ambos os sexos.

Quanto aos fatores de risco etilismo e tabagismo, no presente estudo a maioria relatou não fazer uso, resultados semelhantes aos encontrados por Jesus *et al.*¹⁴, o qual, relatou um consumo de cigarro e álcool em aproximadamente 10% dos pacientes diagnosticados com câncer na faixa etária jovem. Uma pesquisa realizada no Brasil mostrou que através da eliminação dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida que

possuem relação com o câncer, pode haver uma diminuição de 26,5% no diagnóstico da doença na população geral e o tabagismo é apontado como o principal deles seguido pelo aumento do IMC e ao consumo do álcool²⁴. No presente estudo o IMC não mostrou relação com o desenvolvimento de câncer nesta população, visto que, aproximadamente 60% dos pacientes apresentavam eutrofia e 27% sobrepeso.

Cabe destacar que os tipos de tumores onde a obesidade está relacionada não foram os com maior predominância na população desta pesquisa, o que pode justificar a eutrofia ser a classificação mais encontrada. Além disso, esses dados corroboram com a literatura que até o momento não mencionou o aumento da massa corporal como um fator de risco especificamente para a população adulto jovem².

O tratamento a ser instituído para o enfrentamento da doença varia de acordo com as características de cada doença e estadiamento da mesma, tem como principal finalidade, obter a cura do paciente, caso esta não seja possível, prolongar sua vida e oferecer melhor qualidade de vida²².

O tratamento mais utilizado no enfrentamento da doença foi o uso isolado da cirurgia. Se observarmos que a maioria dos tumores se encontrava em estágio I, logo, o tratamento cirúrgico de uma maneira geral possui grandes chances de resolver o problema e por isso foi a opção mais utilizada.

Quanto aos tipos de tumores mais encontrados de acordo com o sexo, semelhanças foram encontradas com demais pesquisas referentes a predominância do tumor de mama, colo uterino²⁵ e tumor de tireoide no sexo feminino³.

Quanto ao sexo masculino, de maneira geral nossos dados divergiram. Enquanto, o tumor de testículo mostrou-se o mais incidente em homens dessa faixa etária outros trabalhos mostram que este tipo de tumor está entre os mais prevalentes, em conjunto com os tumores de fígado, leucemia e linfoma não Hodgkin^{3, 25}.

Discorrendo a respeito dos desfechos, apesar de mais da metade dos pacientes ainda estar em tratamento ou acompanhamento

periódico, 34,6% dos adultos jovens com câncer atendidos nesses 10 anos receberam alta. Os tipos tumorais que mais obtiveram alta foram os tumores de ovário e colo uterino, fato este que pode estar associado ao diagnóstico precoce.

Os tipos tumorais que mais levaram os adultos jovens ao óbito foram os tumores de reto e cólon (tabela 4). Esses achados preocupam, pois nos últimos anos estudos mostram um aumento significativo destes tumores em adultos jovens^{26,27}. Estudo realizado nos Estados Unidos reafirma essa tendência mostrando que, desde 1980 as taxas de incidência do câncer de cólon aumentaram de 1,0% a 2,4% anualmente em pacientes de 20 a 39 anos e o aumento com relação ao câncer de reto nessa mesma faixa etária é ainda maior, 3,2% ao ano (dentre os anos de 1974 a 2013). Diante disso, o autor sugere até mesmo uma revisão quanto a idade preconizada para iniciar o rastreamento da doença²⁷.

Como a maioria dos tumores foram classificados em estadiamento I, logo as chances de cura aumentam e conseqüentemente a alta ocorrerá com maior frequência e isso pode explicar o número expressivo de altas hospitalares nos pacientes adultos jovens deste estudo. As taxas de sobrevida nos tumores mais frequentes na população adulto jovem (mama e colo uterino) quando classificados em estágio inicial chegam a 99% e 92% respectivamente nos Estados Unidos².

Normalmente, os pacientes com estádios 0 e I evoluem para a cura/alta, enquanto, os estádios III e IV passam a ter maior probabilidade de evoluir para o óbito devido ao agravamento da situação clínica. Nossos dados mostram que 43,1% dos pacientes em estágio IV acabaram evoluindo para o óbito, e somente 2% receberam alta.

Cabe destacar que apesar dos óbitos responderem por apenas 9,9% dos desfechos (tabela 1), mais da metade destes óbitos (59,6%) ocorreram em menos de 23 meses após o diagnóstico de câncer, mostrando assim, o quanto a doença pode ser agressiva nesta faixa

etária e a importância do diagnóstico precoce, o qual, aumenta as chances de cura.

Os autores Sender e Zabokrtsky²⁸ elencam alguns fatores que contribuem negativamente na sobrevivência do paciente adulto jovem, entre eles destaca-se as diferenças biológicas e específicas do câncer nessa população frente aos demais, a falta de serviços de saúde que ofereçam um apoio que transcenda os cuidados práticos necessários preocupando-se também com aspectos psicossociais além, da falta de participação efetiva em ensaios clínicos. Os autores acrescentam que, a busca por melhorias nos resultados quanto ao câncer nos adultos jovens deve objetivar não apenas a sobrevida, mas também a redução de efeitos adversos otimizando os tratamentos realizados e, proporcionando assim, melhor qualidade de vida ao paciente.

A presença de metástase foi descrita em 23,9% (tabela 1) dos adultos jovens atendidos. Essa porcentagem mostra-se inferior a encontrada em estudo feito no estado de São Paulo com indivíduos acima de 25 anos, onde, 30,1% apresentaram metástase 18 e superior quando comparada a indivíduos de 14 a 25 anos de idade que apresentaram taxa de 20% de metástase²⁹. Cabe destacar, que os tumores com maiores taxas de metástase foram o de reto e cólon, corroborando com relatos que apontam um índice de metástase de até 75% em pacientes com câncer colorretal³⁰.

Com base nos dados apresentados é possível afirmar que apesar da população do estudo ser composta principalmente pelo sexo feminino, se analisarmos o desfecho de acordo com os sexos, os óbitos ocorrem com maior frequência no sexo masculino. Esse predomínio do sexo masculino na mortalidade por câncer em adultos jovens também ocorreu em estudo realizado no período de 1997-2012¹⁵.

Quanto a esses dados, podemos a priori tão somente dizer que o câncer no sexo masculino tem um maior potencial de agravamento, contudo, analisando a situação de uma forma geral, passamos a citar como real e principal

causador desta problemática a falha no rastreamento/diagnóstico dessa população acarretando assim, a descoberta do câncer apenas quando a doença está avançada. São muitos os estudos que abordam a questão de o sexo masculino ser minoria nos atendimentos relacionados à saúde principalmente, no que se refere a atenção primária em saúde, considerada a porta de entrada do usuário e local para a realização do rastreamento de diversas doenças³¹⁻³³.

Estudos discutem maneiras de melhorar a participação do sexo masculino nos ambientes de saúde e elencam diversos motivos pelos quais essa realidade permanece ao longo dos anos inalterada, dentre eles, a desvalorização do autocuidado, a impaciência, vergonha de se expor e a necessidade de manter sua masculinidade intacta, não mostrando fragilidades³¹⁻³³.

Embora o número de pacientes avaliados no presente estudo tenha sido significativo, o estudo apresentou algumas limitações entre elas, ter englobado uma única instituição,

além das dificuldades na coleta de dados dos prontuários que apresentavam falta de informações relevantes a pesquisa. Contudo, apesar das limitações encontradas, os dados analisados permitiram caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos adultos jovens com câncer atendidos em um centro de referência no meio oeste catarinense e mostram-se relevantes, pois contribuem para que políticas públicas mais adequadas à realidade regional sejam instituídas para essa faixa etária. Reitera-se a importância dessas ações contemplarem aspectos preventivos, de rastreamento e diagnóstico precoce, melhoria do tratamento, e melhoria na qualidade de vida do paciente, seja ela durante o seu tratamento ou após o término.

A pesquisa também contribui para o meio científico, pois expõem informações que até então nunca foram objeto de estudo no estado, abrindo caminhos para novos estudos desenvolvidos principalmente no que se refere aos fatores de riscos relacionados à população adulta jovem.

CONCLUSÃO

Estudos transversais descritivos permitem avaliar a situação da população em um determinado momento e são fundamentais para o planejamento em saúde. A avaliação dessa população possibilitou identificar semelhanças e particularidades com o perfil clínico-epidemiológico de outras regiões do país, além de apontar que, o perfil predominante na população adulto jovem com câncer é do sexo feminino, com idade média de 31,6 anos apresentando como principal fator de risco associado o histórico familiar de câncer.

Os tumores com maior prevalência foram os de mama, colo uterino, tireoide seguidos de testículo e cólon. O estágio I foi o mais encontrado seguido pelo estágio IV, sendo que

quanto mais avançado o estágio da doença, independentemente do tipo tumoral, maior a probabilidade do óbito. Os casos de tumores no sexo masculino mostraram-se mais agressivos, visto o maior número de metástase e óbito nesta população.

Os dados analisados podem contribuir na implementação de políticas públicas visando à programação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e melhoria da assistência à população assistida pelo SUS na região Meio Oeste Catarinense, além de colaborar com a escassa literatura sobre o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico das neoplasias em indivíduos adultos jovens nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:7-30. doi: 10.3322/caac.21442.
2. American Cancer Society. Special Section: Cancer in Adolescents and Young Adults. *Cancer Facts & Figures 2020*. [acesso em 18 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-young-adults.html>.
3. Fidler MM, Gupta S, Soerjomataram I, Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Bray F. Cancer incidence and mortality among young adults aged 20-39 years worldwide in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2017; 18(12):1579-1589. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30677-0
4. Cook EE, MacMillan A, Gershman ST. Cancer Among Adolescents and Young Adults in Massachusetts from 2004 to 2014. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2018; 7(4):493-498. doi: 10.1089/jayao.2018.0005
5. Abdel-Razeq H, Barbar M, Abu Hejleh T, Mansour A. Cancer care for adolescents and young adults in Jordan. *East Mediterr Health J*. 2018; 6;24(7):687-695. doi: 10.26719/2018.24.7.687.
6. Inca, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Perfil da Assistência Oncológica no Brasil, de 2007 a 2011. *Informativo Vigilância do Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
7. Datasus. Tabnet. Ministério da Saúde. Brasil. Sistema de Informações sobre Mortalidade. DIVE, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. [acesso em 18 nov. 2020] Disponível em: <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sim/def/sim96.def>.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. Rev. Atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.
9. Bleyer A. Latest Estimates of Survival Rates of the 24 Most Common Cancers in Adolescent and Young Adult Americans. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2011; 1(1):37-42. doi: 10.1089/jayao.2010.0005.
10. Hughes N, Stark D. The management of adolescents and young adults with cancer. *Cancer Treat Rev*. 2018; 67:45-53. doi: 10.1016/j.ctrv.2018.05.001.
11. Benedict C, Victorson D, Love B, Fuehrer D, Lazard A, Saffer AJ, Linscott T, Zachary M. The Audacity of Engagement: Hearing Directly from Young Adults with Cancer on Their Attitudes and Perceptions of Cancer Survivorship and Cancer Survivorship Research. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2018; 7(1):103-111. doi: 10.1089/jayao.2017.0038.
12. Oliveira MM, Malta DCI, Guauchel H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18 SUPPL 2: 146-157.
13. Desandes E, Stark DP. Epidemiology of Adolescents and Young Adults with Cancer in Europe. *Prog Tumor Res*. 2016; 43:1-15. doi: 10.1159/000447037.
14. de Jesus VHF, Ribeiro TN, Chinen LTD, Alves V, Curado MP, Fanelli MF. Epidemiological Profile and Treatment Outcomes in Young Adults (19-29 Years of Age) Treated for Cancer in a Tertiary Hospital in São Paulo, Brazil. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2017; 6(2):333-340. doi: 10.1089/jayao.2016.0047.
15. Sconza, IAC. Câncer em adolescentes e adultos jovens no município de São Paulo: tendências na incidência (1997-2010) e mortalidade (1997-2012). Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, p.327.2015.
16. Arregi MMU. Câncer em adultos jovens (20-39 anos) em Fortaleza: análise de tendências em incidência, mortalidade e sobrevida, 1997-2006. 2012.264f. Tese (Doutorado em Curso de Pós Graduação em Ciências. Área de concentração: Oncologia.) – Fundação Antônio Prudente, Fortaleza, 2012.
17. Nomellini PF, Curado MP, Oliveira MM. Cancer Incidence in Adolescents and Young Adults in 24 Selected Populations of Latin America. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2018; 7(2):164-173. doi: 10.1089/jayao.2017.0088.
18. Rodrigues JSM, Ferreira NLMA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade no Interior paulista: conhecer para intervir. *Revista Bras. de Cancerologia*. 2010; 56(4): 431-441.
19. Mergen C, Strassburger S. PREVALÊNCIA DOS TIPOS DE CÂNCER EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA. *Rev. Contexto Saúde*. 2013; 9(17):31-38. [https://doi.org/10.21527/2176-7114.2009.17.31-38\(2013](https://doi.org/10.21527/2176-7114.2009.17.31-38(2013)
20. Lauter DS, Herr GEG, Souza MM, Ceratti JO, Kolankiewick ACB. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos. *Comibra*. [acesso em 05 set. 2017]. Disponível em: www.convibra.org.
21. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças Psic. Saúde*. 2017; 25(1): 67-72.
22. Who. World Health Organization. Cancer. Key facts. Media Centre. 2018. [acesso em 28 jan. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
23. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 220 p. il. color. tab. Bibliografia ISBN 978-85-7318-139-5
24. Rezende LFM, Lee DH, Louzada MLDC, Song M, Giovannucci E, Eluf-Neto J. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. *Cancer Epidemiol*. 2019; 59:148-157. doi: 10.1016/j.canep.2019.01.021.
25. Kakkar N, Gupta A, Sharma NK, Agarwal P, Kaur J. Adolescents and young adults: A study of distribution of cancer at ages 15-39 years in a tertiary care hospital from North India: Epidemiological considerations. *South Asian J. Cancer*. 2017; 6(4):180-182. DOI: 10.4103/sajc.sajc_263_16.
26. Campos FGCM, Figueiredo MN, Monteiro M, Nahas SC, Ceconello I. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2017; 44(2):208-215. DOI: 10.1590/0100-69912017002004

27. Siegel RL, Fedewa SA, Anderson WF, Miller KD, Ma J, Rosenberg PS, Jemal A. Colorectal Cancer Incidence Patterns in the United States, 1974-2013. *J Natl Cancer Inst.* 2017; 109(8):djw322. doi: 10.1093/jnci/djw322.
28. Sender L, Zabokrtsky KB. Adolescent and young adult patients with cancer: a milieu of unique features. *Nat Rev Clin Oncol.* 2015; 12(8):465-80. doi: 10.1038/nrclinonc.2015.92.
29. Correction to: A Life Put on Pause: An Exploration of the Health-Related Quality of Life Issues Relevant to Adolescents and Young Adults with Cancer, by Sodergren SC et al. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2018; 7(4):453-464. DOI: 10.1089/jayao.2017.0110.
30. Tauriello DV, Calon A, Lonardo E, Batlle E. Determinants of metastatic competency in colorectal cancer. *Mol Oncol.* 2017; 11(1):97-119. doi: 10.1002/1878-0261.12018.
31. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005; 10(1):105-109. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
32. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(1): 7-17.
33. Separavich MA e Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc.* 2013; 22(2):415-428. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>.

Recebido em junho de 2020.
Aceito em novembro de 2020.