Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras

Morbidity and mortality from cancers of the mouth and pharynx in brazilian capitals

Shirley Suely Soares Veras Maciel[1], Wamberto Vieira Maciel[2], Rodivan Braz da Silva[3], Laureana de Vasconcelos Sobral[4], Itana Raquel Soares de Souza[5], Maria Juliety de Siqueira[5]

RESUMO

Introdução: Cânceres da boca e faríngeo configuram um problema de saúde pública, ratificado em estudos internacionais e nacionais. Este trabalho objetivou descrever a morbimortalidade por estes cânceres em adolescentes, adultos e idosos residentes nas capitais brasileiras, em 2009, bem como as despesas decorrentes das internações. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo com dados secundários sobre internação hospitalar registradas nos hospitais brasileiros participantes ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados:** Foram registrados 1.963 internações e 229 óbitos. O gênero masculino (63,1%), a raça parda (47,0%) e pessoas de 65 a 74 anos (58,5%), foram os mais acometidos. Os coeficientes de morbidade, morbidade proporcional e coeficiente de internação hospitalar no sexo masculino foram mais altos em Recife e Maceió (adolescentes e idosos) e em Maceió e Cuiabá (adultos) e, no sexo feminino, foram em Vitória e Recife (adolescentes), Maceió e Recife (adultos) e Palmas e Maceió (idosos). Despesas hospitalares totalizaram R$ 2.452.617,00, sendo 60,8% gastos com idosos. Os gastos públicos foram maiores em São Paulo, Recife e Curitiba. As maiores médias de permanência hospitalar, por faixa etária, foram verificadas em São Luis e Aracaju (idosos), Palmas e Belo Horizonte (adultos) e Porto Velho e Campo Grande (adolescentes) e, as maiores taxas de mortalidade, em Campo Grande (adolescentes), Teresina e Florianópolis (adultos) e Boa Vista (idosos). **Conclusões:** Há diferenças na morbimortalidade hospitalar por cânceres da boca e faringe entre os grupos estudados e entre as capitais de residência, o tempo de permanência hospitalar e os valores pagos pelo SUS.

UNITERMOS: Neoplasias Bucais, Neoplasias Faríngeas, Hospitalização, Morbidade, Mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: *Cancers of the mouth and pharynx are a public health problem that is confirmed by national and international studies. This study describes the morbidity and mortality from these cancers in adolescents, adults and elderly people living in Brazilian capitals in 2009, as well as the costs arising from related hospitalizations.* ***Methods:*** *We conducted a descriptive study using secondary data on hospital admissions registered in participating Brazilian hospitals or those contracted by the National Health System (SUS).* ***Results:*** *1,963 hospitalizations and 229 deaths were recorded. Males (63.1%), mulattos (47.0%), and people aged 65 to 74 years (58.5%) were the most affected. The morbidity, proportional morbidity and hospitalization rates for males were higher in Recife and Maceió (adolescents and elderly) and in Maceió and Cuiabá (adults), and for females they were higher in Vitória and Recife (adolescents), Maceió and Recife (adults), and Palmas and Maceió (elderly). Hospital expenses totaled R$2,452,617.00, 60.8% spent on the elderly. Public expenditures were higher in São Paulo, Recife and Curitiba. The highest means of hospital stay by age group were found in San Luis and Aracaju (elderly), Palmas and Belo Horizonte (adults), and Porto Velho and Campo Grande (adolescents), and the highest mortality rates were found in Campo Grande (adolescents), Teresina and Florianópolis (adults), and Boa Vista (elderly).* ***Conclusions:*** *There are differences in hospital mortality for cancers of the mouth and pharynx between the studied groups and between cities of residence, length of hospital stay and the amounts paid by the SUS.*

KEYWORDS: *Mouth Neoplasms, Pharyngeal Neoplasms, Hospitalization, Morbidity, Mortality.*

[1] Professora da Faculdade do Vale do Ipojuca (Favip), Caruaru, PE.
[2] Professor da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES) e da FAVIP, Caruaru, PE.
[3] Professor da Universidade de Pernambuco.
[4] Enfermeira. Responsável Técnica pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculado à Faculdade ASCES.
[5] Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru (ASCES).

INTRODUÇÃO

Com o processo global de industrialização ocorreram mudanças no processo de saúde/doença, resultando em alteração no perfil de mortalidade com redução das taxas de doenças infecciosas e aumento simultâneo de doenças crônico-degenerativas, como o câncer. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (1) o câncer é um problema de saúde pública, sendo uma das causas mais frequentes de morte, estando ao lado de doenças circulatórias, infecciosas, parasitárias, entre outras (2).

No que se refere ao câncer de cabeça e pescoço (CCP) sua incidência é de dois a três por cento de todas as neoplasias, ocupando a sexta posição como o câncer mais frequente em todo o mundo, sendo que 40% do CCP ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe e 20% nos demais sítios anatômicos, incluindo as glândulas salivares (3).

Os cânceres da boca e faríngeo configuram um problema de saúde pública, ratificado em estudos internacionais (4, 5, 6) e do Brasil (2, 4, 7). Representam a quinta incidência de neoplasias malignas e a sétima causa de morte no mundo (8). As maiores taxas desses cânceres ocorrem em países desenvolvidos, embora um grande percentual possa ser encontrado também em países emergentes (1, 9).

No Brasil, o câncer da boca tem uma alta morbidade e mortalidade que se destaca mundialmente, além de ser o câncer mais comum da região da cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele (7). Segundo Wünsch-Filho (10), o Brasil apresenta a mais alta incidência de cânceres da boca e faríngeo na América Latina, mas com grandes variações por regiões geográficas do país, no qual o padrão para o Sul (incluindo as regiões Sul e Sudeste) apresenta taxa superior a 15 por 100 mil entre os homens e o padrão Norte (incluindo Norte, Nordeste e Centro-Oeste), taxa mais baixa.

No Brasil, a maior ocorrência desses cânceres tem sido registrada na língua, representando 32% em relação à orofaringe (18,5%) e assoalho de boca (12,4%), sendo o carcinoma epidermoide o tipo histológico mais frequente (11). O carcinoma epidermoide representa cerca de 95% dos tipos de câncer da boca, sendo as localizações anatômicas mais acometidas: o terço anterior da língua, lábios, assoalho bucal e palato duro (12). A língua também aparece como um dos sítios de maior ocorrência do câncer da boca e em jovens brasileiros (13).

O desenvolvimento dos cânceres da boca e faringe está relacionado a fatores extrínsecos, que são o tabagismo, o etilismo, exposição a raios ultravioletas, higiene bucal inadequada e intrínsecos, destacando-se idade, sexo e alterações genéticas (11). Andreotti et al. (14) acrescentam, ainda, como fatores intrínsecos, exposições ocupacionais a substâncias químicas específicas (emprego em oficinas mecânicas e a profissão de mecânico de automóveis). Estudos têm relatado que o câncer oral em pacientes jovens tem uma etiologia e progressão clínica particular, predominando fatores genéticos independentes de fatores exógenos carcinogênicos, como o tabagismo e o alcoolismo (15, 16).

Diante da necessidade de mudar o perfil atual do câncer no Brasil, é imprescindível que haja estimulo à busca de informações precisas e de qualidade, visando subsidiar a implantação de políticas públicas que levem a realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, que reduzam danos, taxas de mortalidade e gastos públicos (17).

O presente estudo teve como objetivos descrever a morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em adolescentes, adultos e idosos residentes nas capitais brasileiras, no ano de 2009, bem como as despesas decorrentes destas.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado em capitais brasileiras, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE para 2009 é de 191.481.045 habitantes.

A pesquisa constitui um estudo descritivo de dados secundários sobre internação hospitalar registradas no período de 01 de Janeiro a Dezembro de 2009, nos hospitais brasileiros participantes ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), vítimas de cânceres da boca e faringe, cujas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) foram lançadas no Sistema de Informação Hospitalar – SIH do SUS e se encontram disponíveis, *on-line*, no Datasus/MS. Ressalta-se que a causa de internação é a informada como diagnóstico principal, definido como sendo o que motivou a internação.

Optou-se por consultar a fonte de informação Datasus/MS por ser de fácil acesso, rápida e eficiente para obter os dados e informação em saúde (18), apesar de ser pouco explorada e analisada como ferramenta para ações de saúde pelo cirurgião-dentista (13).

Essas neoplasias se encontram classificadas nos códigos do Capítulo II (neoplasias - tumores) da Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão (CID-10), de acordo com a codificação dos cânceres da boca e faringe (C00-C14).

Apesar de não se encontrarem disponibilizados no site do Datasus/MS, por sítio anatômico, sabe-se que o código usado para os cânceres de lábio foi o C00; o termo "câncer oral" pode ser encontrado na literatura como sendo todos aqueles tipos de cânceres localizados na cavidade oral, incluindo a orofaringe, apresentando, como sítios anatômicos, a base da língua (C01), outras partes e não especificadas da língua (C02), gengiva (C03), assoalho da boca (C04), palato (C05), outras partes e não especificadas da boca (C06), glândulas parótidas (C07), glândulas salivares maiores e não especificadas (C08), amígdala (C09) e orofaringe (C10). E os sítios anatômicos da faringe foram faringe (C11), seio piriforme (C12) e hipofaringe (C13), sendo incluído o código C14 no qual se enquadram os cânceres cujo sítio anatômico não foi identificado (outras localizações mal definidas do lábio, cavidade oral ou faringe).

Analisou-se a distribuição da internação hospitalar por estas neoplasias segundo as variáveis: gênero (masculino e feminino); faixa etária agrupada em três grupos etários: o primeiro com idades compreendidas entre 15 e 19 anos (adolescentes), o segundo com 35 a 44 anos (adultos) e o terceiro com 65 a 74 anos (idosos); raça (branca, preta, parda, amarela); capital de residência; valor médio pago por internação (R$); média de permanência das internações hospitalares (em dias) e óbito hospitalar (número de óbitos e taxa de mortalidade).

Os casos por esses cânceres foram analisados por meio dos coeficientes de morbidade (por 100 mil hab.), da morbidade proporcional (por 10 mil hab.) por todos os tipos de câncer (%) e do coeficiente de internação hospitalar (por 10mil/hab.) por cânceres da boca e faringe e gênero. Os coeficientes de morbidade foram construídos utilizando as internações hospitalares de cada capital do estudo e suas respectivas faixas etárias e estimativas populacionais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no site do Datasus/MS.

A morbidade proporcional para cada sexo e ano estudado foi calculada dividindo-se o número de casos (internações) por esses cânceres pelo total de óbitos por cânceres ocorridos nessas faixas etárias, multiplicando-se por cem. As taxas de mortalidade por essas neoplasias malignas (razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas computadas como internações, no período, multiplicada por 100) foram obtidas do próprio banco.

A tabulação dos dados e o cálculo dos indicadores foram realizados por meio dos recursos do Tabulador de dados versão Windows (TabWin) e do programa Microsoft Excel® 2007. Ressalte-se que, mesmo trabalhando-se com dados secundários disponibilizados on-line pelo Ministério da Saúde, a pesquisa foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior, sob o CAAE - 0027.0.217.000-10.

RESULTADOS

Foram analisadas 1.963 Guias de Autorização Hospitalar do banco de dados do Sistema de Informação de Internações Hospitalares nas 26 capitais brasileiras e em Brasília, no ano de 2009. Observa-se que, independente da faixa etária, a internação hospitalar foi maior no gênero masculino (n=1.239). Demonstra-se na Tabela 1 que a maior razão de masculinidade (M/F) ocorreu na faixa de 15 a 19 anos de idade (2,23 homens: 1 mulher) e que o número de casos aumenta com o avançar da idade do paciente, independente do sexo estudado.

No que se refere à raça do paciente, verifica-se que há predominância de pessoas pardas e negras. Ressalta-se que 31,0% desses dados se encontravam sem informação (dados não apresentados), sendo os maiores percentuais registrados em capitais nordestinas (nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 35 a 44 anos de idade), em especial em Recife (37,0% e 14,1%, respectivamente). E na faixa etária de 65 e 74 anos esse percentual foi mais elevado em São Paulo (29,1%).

Os coeficientes de morbidade por cânceres da boca e faringe, a morbidade proporcional (MP) por todos os tipos de câncer e coeficiente de internação hospitalar em pacientes do gênero masculino se encontram apresentados na Tabela 2.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, Recife e Maceió foram as capitais que apresentaram, respectivamente, os maiores coeficientes de morbidade em adolescentes (74,11 e 18,50 por 100 mil hab.), as maiores MP por câncer (31,3% e 19,0%) e os maiores coeficientes de internação hospitalar (399,36 e 132,89 por 10 mil hab.). Quanto aos pacientes de 35 a 44 anos, verificou-se que os maiores coeficientes de morbidade foram registrados, respectivamente, em Cuiabá e Maceió (38,09 e 37,54 por 100 mil hab.), assim como as maiores MP por câncer (23,7% e 20,6%) e os maiores coeficientes de internação hospitalar (103,86 e 116,77 por

TABELA 1 – Características pessoais dos pacientes com cânceres da boca e faringe segundo faixa etária. Brasil, 2009

Características	Faixa Etária (em anos)					
	15 - 19		35 - 44		65 - 74	
Pessoais	n	%	n	%	n	%
Gênero						
Masculino	116	69,0	373	57,7	750	65,3
Feminino	52	31,0	274	42,3	398	34,7
Total	168	100,0	647	100,0	1148	100,0
M/F	2,23:1	1,36:1	1,88:1			
Raça*						
Branca	45	39,5	198	43,4	371	46,9
Parda/Negra	69	60,5	254	55,7	410	51,8
Amarela	0	0,0	4	0,9	10	1,3
Total	114	100,0	456	100,0	791	100,0

* 31,0% dos dados sobre a raça do paciente não foram informados.
Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informação de Internações Hospitalares.

TABELA 2 – Coeficientes de morbidade (por 100 mil hab.) por cânceres da boca e faringe, morbidade proporcional por todos os tipos de câncer (%) e coeficiente de internação hospitalar (por 10 mil hab.) de pacientes do gênero masculino com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária. Brasil, 2009

	Faixa Etária (em anos)								
	15 - 19			35 - 44			65 - 74		
Capital	Coef. Morb	MP	Coef. Intern.	Coef. Morb	MP	Coef. Intern.	Coef. Morb	MP	Coef. Intern.
Aracaju	0,00	0,0	0,00	5,80	5,7	20,26	148,33	16,7	182,42
Belém	0,00	0,0	0,00	6,25	6,3	18,63	46,39	6,4	40,80
Belo Horizonte	3,15	3,3	15,73	9,66	6,9	23,51	113,12	6,5	95,05
Boa Vista	0,00	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00
Brasília	3,47	1,7	17,83	7,27	4,0	19,70	144,64	6,6	94,69
Campo Grande	5,90	4,3	21,39	35,36	13,8	70,42	146,24	6,1	98,29
Cuiabá	0,00	0,0	0,00	38,09	23,7	103,86	52,04	2,9	32,81
Curitiba	11,57	9,8	43,50	17,03	11,9	31,83	68,10	4,5	46,66
Florianópolis	0,00	0,0	0,00	10,32	6,1	26,69	89,82	6,6	92,59
Fortaleza	3,33	3,7	17,93	17,56	9,0	42,75	172,81	6,7	101,61
Goiânia	3,79	2,9	13,63	15,80	8,8	31,01	196,37	10,8	121,47
João Pessoa	9,18	8,8	47,85	4,39	2,7	9,17	59,19	4,3	33,73
Macapá	5,14	7,7	28,09	0,00	0,0	0,00	64,16	4,7	31,50
Maceió	18,50	19,0	132,89	37,54	20,6	116,77	453,33	42,2	480,86
Manaus	1,17	0,5	7,00	5,28	2,0	17,88	60,59	3,1	33,91
Natal	10,98	6,3	79,21	23,59	12,1	77,07	125,17	5,7	121,85
Palmas	0,00	0,0	0,00	8,18	5,9	18,15	171,23	4,5	56,34
Porto Alegre	1,83	2,0	7,94	24,24	11,3	44,98	63,12	3,1	41,56
Porto Velho	5,20	16,7	49,02	16,56	12,5	60,24	0,00	0,0	0,00
Recife	74,11	31,3	399,36	22,12	10,4	48,25	230,00	13,6	178,68
Rio Branco	6,78	16,7	26,46	5,48	3,6	10,34	0,00	0,0	0,00
Rio de Janeiro	2,23	2,4	21,63	7,62	8,4	41,45	55,70	5,5	92,55
Salvador	1,59	3,1	13,56	5,49	5,7	23,73	124,58	6,8	116,46
São Luís	2,12	1,0	11,19	6,72	3,3	18,83	67,18	2,6	40,39
São Paulo	2,87	3,8	15,22	10,90	8,9	30,70	87,35	6,3	78,89
Teresina	0,00	0,0	0,00	18,86	8,9	36,69	74,87	2,0	34,72
Vitória	16,44	14,3	64,52	14,53	4,0	30,74	34,41	0,8	20,14

Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informação de Internações Hospitalares.

10 mil hab.). E em pacientes de 65 a 74 anos de idade se observa que os maiores coeficientes de morbidade foram registrados em Maceió (453,33 por 100 mil hab.) e Recife (230,00 por 100 mil hab.), assim como as maiores MP por câncer (42,2% e 13,6%, respectivamente) e os maiores coeficientes de internação hospitalar (480,86 e 178,68 por 10 mil hab., respectivamente).

A Tabela 3 mostra os coeficientes de morbidade por cânceres da boca e faringe, a morbidade proporcional (MP) por todos os tipos de câncer e coeficiente de internação hospitalar em pacientes do gênero feminino.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, Vitória e Recife foram as capitais que apresentaram, respectivamente, os maiores coeficientes de morbidade no sexo feminino (32 ,79 e 31,50 por 100 mil hab.) e coeficientes de internação hospitalar (39,41 e 39,26 por 10 mil hab.), sendo as maiores MP por câncer verificadas em Maceió (20,5%), Recife e Vitória (20,0%). Verifica-se que nas pacientes de 35 a 44 anos os maiores coeficientes de morbidade foram registrados, respectivamente, em Maceió e Recife (53,38 e 28,59 por 100 mil hab.), assim como as maiores MP por câncer (7,6% e 4,62%) e coeficientes de internação hospitalar (130,14 e 53,11 por 10 mil hab.). E em mulheres de 65 a 74 anos, os maiores coeficientes de morbidade foram registrados em Palmas e Maceió (273,97 e 250,34 por 100 mil hab., respectivamente), as maiores MP por câncer em Maceió, Recife e Palmas (32,1%, 11,9% e 11,1%, respectivamente) e os maiores coeficientes de internação hospitalar em Maceió, Palmas e Recife (340,36, 148,15 e 137,10 por 10 mil hab., respectivamente).

A média de permanência hospitalar (em dias) e valor pago (em R$) estão demonstrados na Tabela 4. Em 2009, as internações hospitalares em pacientes com cânceres da boca e faringe resultaram em um gasto de R$ 2.452.617,00 nas capitais brasileiras, sendo esse gasto maior na faixa etária de 65 a 74 anos de idade (R$ 1.491.075,00).

Na faixa etária de 15 a 19 anos se observa que as capitais que mais gastaram com as internações foram Recife (R$ 59.484,10) e Curitiba (R$ 56.719,20), sendo que as médias de permanência hospitalar foram maiores em Porto Velho (27,0 dias), Campo Grande (25,0 dias) e Belo Horizonte (22,7 dias).

Os gastos com pacientes de 35 a 44 anos foram maiores em São Paulo (R$ 110.461,00) e Curitiba (R$ 80.094,60), porém, em Palmas, Belo Horizonte e Porto Alegre esses pacientes permaneceram mais tempo internados (16,0, 12,2 e 11,1 dias, respectivamente).

TABELA 3 – Coeficientes de morbidade (por 100 mil hab.), morbidade proporcional por todos os tipos de câncer (%) e coeficiente de internação hospitalar (por 10 mil hab.) de pacientes do gênero feminino com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária. Brasil, 2009

	Faixa Etária (em anos)								
	15 - 19			35 - 44			65 - 74		
Capital	Coef. Morb	MP	Coef. Int.	Coef. Morb	MP	Coef. Int.	Coef. Morb	MP	Coef. Int.
Aracaju	0,00	0,0	0,00	2,36	0,28	4,77	8,61	2,0	17,04
Belém	0,00	0,0	0,00	4,51	0,51	9,25	13,87	2,2	19,63
Belo Horizonte	0,00	0,0	0,00	7,96	1,73	16,85	35,89	4,0	46,58
Boa Vista	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	86,54	5,1	62,31
Brasília	2,51	2,4	3,36	6,85	1,18	12,33	25,12	2,0	23,49
Campo Grande	0,00	0,0	0,00	5,25	0,86	10,36	6,13	0,6	6,66
Cuiabá	4,05	2,6	4,09	11,73	1,98	25,25	20,43	2,2	21,88
Curitiba	1,32	1,4	1,92	6,05	1,64	11,74	21,68	2,0	22,28
Florianópolis	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	49,18	4,5	74,63
Fortaleza	2,50	1,5	3,66	8,31	1,03	16,03	48,00	3,9	47,50
Goiânia	0,00	0,0	0,00	19,47	3,25	36,82	64,78	6,1	53,83
João Pessoa	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	24,85	3,2	24,11
Macapá	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	26,25	3,2	24,10
Maceió	18,24	20,5	20,47	53,38	7,60	130,14	250,34	32,1	340,36
Manaus	0,00	0,0	0,00	4,01	0,72	8,95	27,69	2,5	27,71
Natal	2,75	3,1	4,24	18,07	2,72	43,05	76,73	6,4	127,16
Palmas	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	273,97	11,1	148,15
Porto Alegre	0,00	0,0	0,00	25,30	4,44	38,50	77,79	6,2	81,62
Porto Velho	0,00	0,0	0,00	10,93	2,48	30,06	0,00	0,0	0,00
Recife	31,50	20,0	39,26	28,59	4,62	53,11	119,00	11,9	137,10
Rio Branco	0,00	0,0	0,00	4,83	0,71	6,40	0,00	0,0	0,00
Rio de Janeiro	0,00	0,0	0,00	2,16	0,52	7,84	5,53	0,7	14,46
Salvador	1,58	3,0	3,00	8,76	1,36	21,99	35,60	4,3	50,00
São Luís	2,03	1,1	2,49	2,68	0,20	4,82	50,62	3,3	53,80
São Paulo	1,66	2,5	2,48	3,34	0,87	7,72	28,50	3,1	39,11
Teresina	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	30,10	2,0	20,04
Vitória	32,79	20,0	39,41	12,41	1,02	17,94	34,59	1,6	34,52
Total	2,74	2,9	3,80	7,82	1,40	17,01	35,84	3,7	47,52

Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informação de Internações Hospitalares.

TABELA 4 – Valor pago (em R$) e média de permanência (em dias) da internação hospitalar de pacientes com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária. Brasil, 2009

	Faixa Etária (em anos)					
Características	15 - 19		35 - 44		65 - 74	
Pessoais	Valor (R$)	Média Permanência	Valor (R$)	Média Permanência	Valor (R$)	Média Permanência
Aracaju	0,0	0,0	1.197,37	7,0	11.071,90	12,9
Belém	0,0	0,0	1.8176,40	5,7	22.357,50	12,2
Belo Horizonte	14.223,10	22,7	33.174,80	12,2	98.103,20	8,9
Boa Vista	0,0	0,0	0,0	0,0	937,04	2,5
Brasília	5.160,62	9,3	25.614,60	3,9	68.998,30	5,3
Campo Grande	20.385,50	25,0	17.569,40	5,0	17.547,30	5,5
Cuiabá	406,58	3,0	9.784,03	3,5	4.604,39	4,7
Curitiba	56.719,20	9,0	80.094,60	7,6	108.635,00	7,5
Florianópolis	0,0	0,0	1261,20	2,0	27.929,20	6,6
Fortaleza	9.168,78	2,7	68.012,90	6 ,3	16.2065,00	8,4
Goiânia	1.243,46	3,0	28.753,60	8,3	60.606,70	5,8
João Pessoa	3.148,66	14,7	6.263,63	5,5	11.044,30	9,3
Macapá	570,84	10,0	0,0	0,0	1.238,11	6,7
Maceió	13.889,50	5,9	40.393,50	8,4	67.206,70	8,1
Manaus	657,60	4,0	15.123,70	7,4	15.805,60	5,3
Natal	2.747,73	1,4	49.748,40	3,8	45.709,90	5,7
Palmas	0,0	0,0	3.940,97	16,0	7.189,29	2,2
Porto Alegre	397,38	1,0	32.752,60	11,1	56.721,20	11,2
Porto Velho	748,88	27,0	5.093,16	3,9	0,0	0,0
Recife	59.484,10	5,9	7.0747,60	9,1	16.9623,00	12,3
Rio Branco	951,54	3,0	1.054,16	3,5	0,0	0,0
Rio de Janeiro	5.587,43	16,2	38.895,10	6,1	84.425,80	6,5
Salvador	2.794,47	10,0	47.017,50	7,0	101.013,00	8,2
São Luís	1.277,98	4,5	10.449,00	4,5	43.620,60	15,5
São Paulo	2.9426,80	10,1	11.0461,00	7,7	288.500,00	7,4
Teresina	0,0	0,0	8.211,60	5,0	11.829,40	5,5
Vitória	3.823,88	2,8	4.937,23	3,5	4.292,95	2,2
Total	232.814,00	7,4	728.728,00	7,4	1.491.075,00	8,1

Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informação de Internações Hospitalares.

Em São Paulo e Curitiba os gastos com internações também foram maiores nos pacientes de 65 a 74 anos de idade (R$ 288.500,00 e R$ 108.635,00, respectivamente), porém, não foram nessas capitais que os pacientes ficaram mais tempo internados e sim, em capitais do nordeste, como São Luís (15,5 dias), Aracaju (12,9 dias), Recife (12,3 dias) e norte do país (Belém, 12,2 dias).

A Tabela 5 mostra que foram registrados 229 óbitos hospitalares em função dos cânceres da boca e faringe nas faixas etárias estudadas, todavia, o maior número foi registrado em pacientes de 65 a 74 anos de idade (n=162). Dos 6 óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, observa-se que a taxa de mortalidade foi maior em Campo Grande (50,00); dos 61 óbitos ocorridos nos pacientes de 35 a 44 anos, as maiores taxas de mortalidade foram registradas nas capitais Teresina (33,33) e Florianópolis (33,33). E a maior taxa de mortalidade na faixa etária de 65 a 74 ocorreu em Boa Vista (50,00).

DISCUSSÃO

Possíveis limitações deste estudo merecem ser destacadas, por exemplo, o fato de que ele foi realizado com dados secundários, que não permite ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e registro, além de possíveis sub-registros (13), sendo os mais elevados sub-registros de câncer da boca verificados, por alguns autores, nas capitais brasileiras menos desenvolvidas (19). Além disto, a maioria dos estudos trabalha com incidência e mortalidade, porém, poucos são desenvolvidos no âmbito hospitalar, ou seja, utilizam coeficientes de internação e de mortalidade, bem como avaliam gastos decorrentes destas internações.

Todavia, apesar dessas ressalvas, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos. Os cânceres da boca e faringe representam uma grave preocupação tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, constituindo-se um problema de saúde pública. No Brasil, o INCA (1), previu a ocorrência de 7.950 novos casos de câncer da boca em 1999, sendo que em 2005 essa estimativa aumentou para 13.880, conforme Freitas et al. (20).

Neste estudo, foi observado que independente da faixa etária estudada, esses cânceres atingiram mais pessoas do gênero masculino, corroborando com os achados de outros estudos (12, 13, 21, 22, 23), resultando em uma razão de sexo de 1,71 homens: 1 mulher, que apresentou valor três vezes inferior aos estudos de Fardin (21), 5:1 e de Oliveira (12), 5,4:1. Excetuando-se a razão de sexo de 2,23:1

TABELA 5 – Número de óbitos e taxa de mortalidade (TM) de pacientes internados com cânceres da boca e faringe segundo capital de residência e faixa etária. Brasil, 2009

	Faixa Etária (em anos)					
	15 - 19		35 - 44		65 - 74	
Capital	Óbito	TM	Óbito	TM	Óbito	TM
Aracaju	0	0,00	0	0,00	1	8,33
Belém	0	0,00	1	9,09	4	30,77
Belo Horizonte	1	33,33	4	12,90	13	16,46
Boa Vista	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Brasília	0	0,00	3	10,34	7	11,67
Campo Grande	1	50,00	1	4,76	3	15,00
Cuiabá	0	0,00	1	5,26	0	0,00
Curitiba	0	0,00	3	9,38	7	21,88
Florianópolis	0	0,00	1	33,33	2	16,67
Fortaleza	0	0,00	1	2,27	5	6,25
Goiânia	0	0,00	4	11,76	11	18,97
João Pessoa	1	33,33	0	0,00	0	0,00
Macapá	0	0,00	0	0,00	1	33,33
Maceió	1	6,25	6	10,00	10	10,99
Manaus	0	0,00	0	0,00	2	12,50
Natal	0	0,00	0	0,00	3	10,71
Palmas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Porto Alegre	0	0,00	5	10,42	9	15,25
Porto Velho	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Recife	1	1,41	5	8,47	18	16,67
Rio Branco	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rio de Janeiro	0	0,00	9	21,95	21	22,83
Salvador	1	25,00	5	15,63	17	25,76
São Luís	0	0,00	0	0,00	2	13,33
São Paulo	0	0,00	8	7,08	21	7,95
Teresina	0	0,00	3	33,33	4	36,36
Vitória	0	0,00	1	16,67	0	0,00
Total	6	3,57	61	9,43	162	14,11

Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informação de Internações Hospitalares.

registrada na faixa etária de 15 a 19 anos deste estudo quando comparada ao estudo de Maciel et al. (13).

Segundo Oliveira (12), homens são mais acometidos na sexta década de vida, devido a uma maior exposição aos fatores de risco, como o etilismo e o tabagismo, o que concorda com os resultados do presente estudo, visto que esses cânceres aumentaram com o avançar da idade. A maioria dos cânceres da cavidade oral e faringe é de origem epitelial e, como muitos outros cancros epiteliais, suas taxas de incidência e de mortalidade tendem a aumentar progressivamente com a idade, na ausência de outros efeitos, efeitos esses que podem surgir quando há mudanças nos padrões de exposição aos fatores de risco (por exemplo, tabagismo), especialmente em pessoas negras (23).

No presente estudo chama-se a atenção para os altos coeficientes registrados em mulheres residentes em algumas capitais brasileiras, como Vitória, Recife, Maceió e Palmas, todavia, os maiores coeficientes foram registrados em Recife, Maceió e Cuiabá, no gênero masculino. Resultados estes que divergem de um estudo que comparou a incidência dessas neoplasias entre as regiões brasileiras, registrando-se as maiores taxas nas regiões Sul e Sudeste, sendo as mais altas taxas de incidência destes tipos de câncer combinados encontradas em São Paulo (25,3:100.000 em homens e 4,9:100.000 em mulheres), corroborando com os resultados de outras regiões do mundo, conforme cita Wunsch Filho (10). Assim como os observados no Brasil, entre os anos 1999 e 2003, no qual a região Sudeste apresentou a maior taxa de morbidade por cânceres da boca e faringe (24).

No que se refere às taxas de incidência de câncer da boca, no período de 1991 a 2001, as cidades brasileiras com maior morbidade entre os homens, em ordem decrescente, foram: São Paulo (7,6:100.000), Distrito Federal (6,6:100.000) e Salvador (4,9:100.000); em relação às mulheres, destacaram-se Natal (3,3:100.000), São Paulo (2,3:100.000) e João Pessoa (1,8:100.000) (25). Além disso, a cidade de Porto Alegre destaca-se mundialmente pelas altas taxas, 8,3:100.000 em homens e 1,4:100.00 em mulheres (26). O aumento do risco do câncer da boca, assim como os cânceres de esôfago e laringe tem sido atribuído ao papel do chá mate consumido quente (chimarrão), conforme relatado em vários estudos epidemiológicos. No entanto, não há um só estudo de caso-controle de base populacional sobre o seu consumo como fator de risco para o câncer, fazendo-se necessária a realização de futuras pesquisas incluindo estudos de base populacional; coleta de dados sobre consumo de tabaco, álcool, bebidas quentes, fruta fresca e vegetais e um método para medir com precisão o volume e a temperatura da ingestão de mate (27).

Quanto à raça, os dados do presente estudo corroboram estudos realizados nos Estados Unidos da América, nos quais, em comparação com os brancos, africanos americanos do gênero masculino apresentaram as maiores taxas de incidência desses cânceres, bem como africanos americanos de ambos os gêneros têm uma pior sobrevida, em quase todos os sítios anatômicos, depois de 5 anos do diagnóstico da doença (28), assim como Morse e Kerr (23) citam que, embora ambas as taxas de incidência e mortalidade para negros e brancos do sexo masculino e para as mulheres têm diminuído nos Estados Unidos desde meados dos anos 1980, as disparidades entre homens negros e brancos persistem, principalmente no que diz respeito à mortalidade por cânceres da boca e faringe. Ressalta-se, entretanto que, estudo realizado por Bach et al. (22) relata que alguns estudos sugerem que africanos americanos que receberam tratamento contra o câncer e assistência médica semelhante à dos brancos apresentaram resultados semelhantes aos mesmos.

Nesta pesquisa constatou-se que os maiores gastos com internações hospitalares por esses cânceres foram com a faixa etária de 65 a 74 anos, sendo São Paulo, Recife e Fortaleza as capitais que apresentaram as maiores despesas. Em segundo lugar, ficou a faixa etária de 35 a 44 anos, onde São Paulo e Curitiba gastaram mais, e, de 15 e 19 anos, foram Recife e Curitiba. Em relação ao tempo de permanência hospitalar, as capitais com as maiores médias, por faixa etária, foram: São Luis e Aracaju (65 a 74 anos), Belo Horizonte e Palmas (35 a 44 anos) e Porto Velho e Campo Grande (15 a 19 anos).

No presente estudo, a média de permanência hospitalar por estes cânceres foi 7,6 dias, o que se aproxima do resultado obtido por Boing, Vargas e Boing (29), que mostraram que, nos anos 2002 a 2004, essa média foi de 7,3 dias. Esses mesmos autores afirmaram que o valor médio anual gasto com essas internações nesse período foi de R$ 17.899.803,99, confrontando com os resultados obtidos no atual trabalho, onde os gastos foram de R$ 2.452.617,00 no ano de 2009. Essa discrepância de gastos com internações por cânceres da boca e faringe pode ser explicada por uma maior busca de diagnóstico e tratamento da população em virtude de um maior acesso a informações pela sociedade.

No presente trabalho, foram documentados 229 óbitos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, sendo a faixa etária mais atingida a de 65 a 74 anos. No ano de 2002, segundo estatísticas mundiais, cerca de 270 mil novos casos de câncer da boca foram diagnosticados e destes, 128 mil indivíduos foram a óbito por esse tipo de câncer, sendo a faixa etária com menor sobrevida a de 65-74, conforme Oliveira (12).

Boing (30), em seu estudo realizado no Brasil, no período de 1979 a 2002, constatou que os óbitos por câncer da boca e faringe corresponderam, respectivamente, a 1,80% e 1,89% do total de mortes por cânceres. A mortalidade foi maior no gênero masculino, apresentando uma relação homem/mulher de 4:1 no câncer da boca e de 1:6 no câncer da faringe. Essa predominância nos homens pode ser explicada por uma procura de tratamento tardia em relação às mulheres, conforme Boing (30).

Neste estudo, os maiores números de óbitos foram registrados nas regiões Sul e Sudeste do país, corroborando com o estudo de Wünsch-Filho (10), que também afirma que as taxas de mortalidade do Nordeste e Norte foram as mais baixas. No presente estudo, observam-se diferenças

dentro das próprias regiões, afirmando Boing (30) que essas divergências regionais se devem à influência de alguns fatores, como o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, exposição a fatores de risco e a melhores condições de vida (28).

CONCLUSÕES

A partir dos dados obtidos, é possível concluir que estes cânceres acometeram mais homens, pessoas adultas e da raça parda. Sugerindo que homens residentes em Recife, Maceió e Cuiabá, assim como, mulheres de Recife, Vitória, Maceió e Palmas, estão mais propensos a adoecerem por esses cânceres. As mais altas taxas de mortalidade ocorreram em Campo Grande (adolescentes), Teresina e Florianópolis (adultos) e em Boa Vista (idosos).

Há diferenças na morbimortalidade hospitalar por cânceres da boca e faringe nas capitais brasileiras, entre os grupos etários, o tempo de permanência hospitalar e os gastos pagos pelo Sistema Único de Saúde. Os gastos foram mais altos com idosos, porém, a maior média de permanência hospitalar foi registrada em adolescentes. E, nas capitais brasileiras, as maiores médias de permanência, por faixa etária, foram verificadas em Porto Velho e Campo Grande (adolescentes), Palmas e Belo Horizonte (adultos) e São Luis e Aracaju (idosos). Mas em São Paulo, Recife e Curitiba se registraram os maiores gastos públicos.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar as políticas públicas que levem a redução de danos, taxas de mortalidade e gastos públicos com tratamento e internações hospitalares, considerando as diferenças regionais, como também possa estimular a realização de mais estudos sobre essa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer – INCA: Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2009.
2. Costa EG, Migliorati CA. Câncer da boca: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001;47(3):283-89.
3. Santos FD, Montovani J, Soares CT, Carvalho LR de. Expressão da p53 no tumor e no epitélio oral em pacientes com câncer de boca e faringe. Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.) [online]. 2011;15(1). [cited 2011-08-04]:41-47.
4. Franceschi D, Gupta R, Spiro RH, Shah JP. Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. Am J Surg. 1993;166:360-5.
5. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, Andrade Sobrino J, Ramos G, Oliveira BV, Curodo MP. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patients and health factors. Oral Oncol Eur J Cancer. 1994;30:167-73.
6. Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL et al. Global cancer facts & figures 2007. Atlanta: American Cancer Society; 2007.
7. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(1): 35-40.
8. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: IARC Press; 2004. (IARC Cancer Base, 5).
9. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça, S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005;51(3):227-234.
10. Wünsch Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. Oral Oncol. 2002;38(8):737-46.
11. Melo LC, Silva MC da, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO – Rev Gaúcha Odontol. 2010;58(3):351-355.
12. Oliveira LR de, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide oral em uma população brasileira. J Bras Patol Med Lab. 2006;42(5):385-392.
13. Maciel SSSV, Maciel WM, Vasconcelos WKS de, Duarte Filho ESD, Santos DFS, Melo GM de. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo. Rev Paul Pediatr. 2010;28(4):359-65.
14. Andreotti M, Rodrigues NA, Cardoso LMN, Figueiredo RA de O, Eluf-Netob J, Wünsch-Filho, V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. Cad. Saúde Pública. 2006;22(3):543-552.
15. Mackenzie J, Ah-See K, Thakker M, Sloan P, Marau AG, Birch J, et al. Increasing incidence of oral cancer among young person: what is the aethiology? Oral Oncol. 2000;36:387-9.
16. Schantz SP, Yu G. Head and neck cancer incidence trends in young americans, 1973-1997, with a special analysis for tongue cancer. Arch Otolaringol Head Neck Surg. 2002;128:268-74.
17. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010;56(4):431-441.
18. Silva EC da, Costa Junior ML da. Mental and behavioral disturbances in the hospital information system: perspectives for nursing. Rev Esc Enferm. 2006;40:196-202.
19. Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. Cad Saude Pública. 2009;25:321-7.
20. Freitas VS, Lopesb MA, Meirelesb JRC, Reis L, Cerqueira MME. Efeitos genotóxicos de fatores considerados de risco para o câncer da boca. Revista Baiana de Saúde Pública. 2005;29(2):189-199.
21. Fardin M, Rapoport A, Amar, A; Magalhães MR, Latorre, MRDO. Fatores de Risco no prognóstico do câncer da boca. Estudo de 1440 casos. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2004;33(1):27-33.
22. Bach PB, Schrag D, Brawley OW, Galaznik A, Yakren S, Begg CB. Survival of blacks and whites after a cancer diagnosis. JAMA. 2002; 287; 2106-2112. Comment in: JAMA. 2002;287:2138-2139.
23. Morse DE, Kerr AR. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. J Am Dent Assoc. 2006;137(2):203-212.
24. Daher GCA, Pereira, GA, Oliveira, ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(4):584-96.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência á Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, Rio de Janeiro. INCA; 2003. v.3, 208p.
26. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. Oral Oncol. Jan. 2000;36(1):106-15.
27. Loria D, Barrios E, Zanetti R. Cancer and yerba mate consumption: a review of possible associations. Rev Panam Salud Publica [online]. 2009;25(6):530-539. ISSN 1020-4989.
28. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics. 2009. CA Cancer J Clin. 2009;59:225-249.
29. Boing AF, Vargas SAL, Boing AC. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(4):317-22.
30. Boing AF. O câncer de boca e de faringe no Brasil: tendências e padrões regionais de mortalidade entre 1979 e 2002 [dissetação de mestrado]. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

✉ Endereço para correspondência
Shirley Suely Soares Veras Maciel
Av. Londres, 110
55.016-370 – Caruaru, PE – Brasil
☎ (81) 2103-8080 / (81) 9122-7676
shirleyverasmaciel@gmail.com

Recebido: 24/11/2011 – Aprovado: 18/1/2012