

MORBIDADE HOSPITALAR NO SUS, POR LOCAL DE INTERNAÇÃO, RELACIONADO A NEOPLASIAS MALIGNAS DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE NO ESTADO DE PERNAMBUCO DE JANEIRO DE 2015 A MAIO DE 2017.

Felipe Rodrigues de Almeida¹(autor)

Biomédico e Cirurgião-Dentista; Especialista em Tecnologia Ambiental; MBA em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde; Mestre em Clínica Integrada Odontológica; Doutorando em Clínica Integrada Odontológica; Biomédico na empresa Laboratório Hapvida, Recife-PE; email: almeidabiomed@gmail.com

Ana Patrícia de Souza Amaral²(revisora)

Graduada em Psicologia; MBA em Gestão de Pessoas; Mestra em Psicologia Clínica; Coordenadora e professora do curso de Psicologia da FASETE (Faculdade Sete de Setembro Paulo Afonso - BA); Consultora da SOL - Comunicação e Desenvolvimento; email: ana.amaral@fasete.edu.br

Aracely Andrade da Silva³(orientadora)

Enfermeira bacharela e licenciada; Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Especialista em Enfermagem do Trabalho; MBA em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde; Enfermeira-auditadora na empresa Hospital Santa Luzia, Recife-PE; email: aracelyandrad@gmail.com

RESUMO

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo de dados secundários obtidos na base de dados pública DataSUS/MS a cerca da morbidade hospitalar referente a neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe diagnosticadas em Pernambuco, de janeiro de 2015 a maio de 2017. O levantamento da literatura foi feito nas seguintes bases de dados: Bireme, Portal Capes e Google Acadêmico, com filtro temporal do ano de 2000 a 2016 e filtro lingüístico para inglês, espanhol e português, além de livros e manuais técnicos sobre o referido assunto. Optou-se por consultar a fonte de informação DataSUS/MS por ser de fácil acesso, rápido e eficiente para obtenção dos dados e informação em saúde, apesar de ser pouco explorada e analisada como ferramenta para ações de saúde por alguns profissionais da saúde, entre eles, o cirurgião-dentista. Os dados analisados revelaram que no estado de Pernambuco no período compreendido entre janeiro de 2015 a maio de 2017, houve ao todo 4956 casos de neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, tendo sido o sexo masculino o mais acometido, pacientes compreendidos na faixa etária dos 45 aos 64 anos de idade e os declarados pardos de cor. 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.

Palavras-chave: Medicina oral. Estomatologia. Neoplasias bucais. Neoplasias labiais. Neoplasias faríngeas.

ABSTRACT

This research is a descriptive study about secondary data obtained from the public database DataSUS/MS about the hospital morbidity in what concerns the neoplasms that affect lips, mouth and pharynx, diagnosed in Pernambuco from January 2015 to May 2017. The literature collection was conducted in the following databases: Bireme, Capes and Google Scholar, filtering the results by time, in the years from 2000 to 2016, and by language (English, Spanish, Portuguese), besides books and technic manuals about the referred topic. We opted for consulting the database DataSUS/MS because it is an accessible platform, quick and efficient for gathering data and information about health, even though it is not widely explored or analyzed as a tool for conducting health actions, even by the health professionals like the dentist surgeon. The analyzed data were revealed that, in the Brazilian state of Pernambuco, during the time period from 2015 to 2017, registered 4956 cases of malignant neoplasms on the lips, mouth and pharynx, being the brown males around 45 and 64 years old the most affected group. We expect that the results of this research can subsidize public policies that lead to the reduction of damages, mortality rates and the expenses with treatment and hospitalization, considering the regional differences. We also expect that this research can stimulate the conduction of more studies about the subject.

Key-words: Oral medicine. Stomatology. Mouth neoplasms. Lip neoplasms. Pharyngeal neoplasms.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma morbidade de grande preocupação em todo o mundo visto sua elevada incidência e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que em 2030, cerca de 27 milhões de novos casos e 75 milhões de pessoas estarão com algum tipo de neoplasia maligna. O câncer bucal é um dos 10 tipos mais frequentes em todo o mundo, e sua incidência apresenta uma tendência crescente. No Brasil, existe um risco estimado de cerca de 11,54 e 3,92 novos casos em cada 100 mil homens e mulheres, respectivamente (DE SOUZA; PEREZ; CUARDO, 2001; BRASIL, 2014; McDONALD *et al.*, 2014).

Estudos mostram que homens com 50 anos de idade ou mais são mais os mais afetados pelo câncer de boca. O local do tumor primário geralmente é a língua, sendo o tipo histológico mais comum o carcinoma de células escamosas ou espinocelular (CEC). Com cerca de 12.300

mortes por ano, câncer oral apresenta uma taxa de sobrevivência aproximada de 5 anos. Apesar de ser fortemente influenciado pelo estágio tumoral, essa sobrevivência de pacientes com câncer de boca é influenciada por inúmeros fatores de natureza social, como percepção da doença, seu diagnóstico e tratamento, acesso a serviços de cuidados de saúde, nível educacional e ocupação do indivíduo, fatores comportamentais e culturais, exposição a fatores de riscos clássicos tal como consumo de tabaco e álcool e algumas distribuições topográficas específicas (ALVARENGA *et al.*, 2008; CONWAY *et al.*, 2008; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; MENDEZ *et al.*, 2012; McDONALD *et al.*, 2014).

O câncer de boca apresenta uma etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores extrínsecos e intrínsecos. O fumo e o álcool estão entre os principais fatores de risco, principalmente quando há a combinação dessas drogas. A exposição à radiação ultravioleta do sol, as questões hereditárias, a ação de alguns microrganismos, principalmente vírus, onde um dos mais envolvidos é o papiloma vírus humano (HPV) e a deficiência imunológica e nutricional também figuram como alguns desses fatores de risco. Igualmente, determinantes sociais, como a precária condição socioeconômica e educacional, podem estar relacionados ao aparecimento de novos casos da doença (WÜNSCH-FILHO, 2002; CONWAY *et al.*, 2008; DE PAULA *et al.*, 2009; COBOS *et al.*, 2016).

Ao se considerar as altas taxas de morbimortalidade ocasionada por essa doença, a prevenção e o diagnóstico precoce são, sem dúvida, medidas eficazes para melhorar o seu prognóstico, principalmente se focados nos fatores de risco. Graças ao seu campo de atuação, o cirurgião-dentista é o profissional da saúde que exerce papel estratégico na prática dessas ações, visto que a boca é o local em que grande parte das lesões precursoras da doença se desenvolvem (SALEH *et al.*, 2104; SOUZA; SÁ; POPOFF, 2016).

O cirurgião-dentista clínico geral desempenha um papel essencial na identificação de lesões precoces de câncer de orofaringe, no intuito de melhorar o prognóstico de tratamento, cura e sobrevida do paciente (ORTIZ-RUBIO; LÓPEZ-VERDÍN; OCHOA-VELÁZQUEZ, 2016; SOUZA; SÁ; POPOFF, 2016).

Diante desta perspectiva, este trabalho se propõe a realizar uma análise descritiva dos dados registrados no DataSUS/MS, do período compreendido entre janeiro de 2015 a maio de 2017, quanto à morbidade hospitalar relacionada a neoplasias de lábios cavidade oral e faringe referentes ao

estado de Pernambuco, tendo em vista estes tipos de neoplasias permearem entre os 10 tipos mais comuns de cânceres ocorrentes em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, apresentando uma discussão crítica a cerca da demora no diagnóstico dessa doença, aumento da taxa de morbimortalidade e o aumento de custos nos serviços de saúde quanto ao tratamento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de dados secundários obtidos da base de dados pública DataSUS/MS relacionados à morbidade hospitalar referente à neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe diagnosticados no estado de Pernambuco no período de janeiro de 2015 a maio de 2017.

Para a revisão da literatura, foram utilizados artigos, livros e manuais técnicos sobre o referido assunto, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, com filtro temporal de 2000 a 2016. Para a busca dos artigos indexados em periódicos, foram utilizadas as bases de dados portal do CAPES, Bireme, que contempla os seguintes bancos de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE, e Google Acadêmico.

O estudo pautou-se numa discussão da análise dos dados obtidos e confronto com publicações remotas e recentes a respeito do tema proposto, realizando embate de autores.

3 CONTEXTO LITERÁRIO

3.1 Neoplasias orofaríngeas (Carcinomas de células escamosas, Carcinoma de células espinhosas ou Carcinoma espinocelular)

3.1.1 Neoplasias malignas

De acordo com as estatísticas disponíveis, as neoplasias malignas afetam uma parcela expressiva da população em todo o mundo, tendo sido consideradas uma das principais causas de mortalidade, tendo a taxa de mortalidade global destas aumentado nos últimos anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 06 milhões de indivíduos morrem todos os anos em todo o mundo vítimas de algum tipo de câncer (BRASILEIRO FILHO; BOGLIOLO, 2004).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 apontaram para a ocorrência de 576.580 casos novos de todos os tipos de câncer, dos quais 15.290 referem-se ao câncer de boca, considerado o sétimo em incidência de todas as neoplasias malignas. No Nordeste, a estimou-se um quantitativo de 3.020 novos casos. O carcinoma espinocelular (CEC) representa mais de 90% de todos os casos de câncer de boca (LE CAMPION *et al.*, 2016).

Para o biênio de 2016-2017, estima-se a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos de câncer no país, com destaque para os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço, principalmente para a cavidade bucal, que é a principal área acometida (WARNAKULASURIYA, 2009; INCA, 2015).

As ações mais importantes nessa luta contra as neoplasias malignas são de fato a precocidade diagnóstica, o que permitiria melhor controle da doença ou até mesmo, em alguns casos, sua cura e, medidas de prevenção ao surgimento dessas aplicáveis à população, onde para tal, é de suma importância o conhecimento das causas e dos mecanismos de surgimento dessas neoplasias (BRASILEIRO FILHO; BOGLIOLO, 2004).

3.1.2 Etiologia

A causa dos tumores bucais e faríngeos são multifatoriais, sendo provável que seja necessário mais de um fator, seja ele intrínseco ou extrínseco, para induzir à malignidade. Como fatores extrínsecos conhecidos, incluem-se o tabaco, o álcool, a radiação solar, por exemplo. Já para os fatores intrínsecos, incluem-se os estados sistêmicos ou generalizados de desnutrição, anemia ferropênica, hereditariedade, ou lesões pré-cancerígenas com elevando potencial de transformação maligna, como por exemplo, a leucoplasia e a eritroplasia, como fatores clássicos (BRASILEIRO FILHO; BOGLIOLO, 2004; NEVILLE *et al.*, 2008; LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

3.1.3 Características clínicas

Os indivíduos com carcinoma espinocelular (CEC) frequentemente são homens mais velhos os quais perceberam algum tipo de alteração em um local específico da boca ou orofaringe tardiamente antes de procurar algum tipo de ajuda profissional. Na fase inicial da doença, pode-se perceber uma dor mínima, o que pode ser um indicativo da procura tardia ao serviço de saúde para investigação e tratamento. Clinicamente, o CEC possui uma variada apresentação, incluindo: lesão exofítica (formação de massa fungiforme, papilar ou verrucosa), lesão endofítica

(de aspecto invasivo, crateriforme, ou ulcerada) – nesses casos, a cor da mucosa no local da lesão pode apresentar-se normal, branca ou vermelha, a depender da quantidade de queratina produzida e vascularização local para alimentação da tumoração. Geralmente os tumores são endurecidos à palpação -, leucoplásica (aspecto de placa esbranquiçada); eritroplásica (aspecto de placa avermelhada) ou eritroleucoplásica (placa combinada branco-avermelhada) (NEVILLE *et al.*, 2008; LINDHE; LANG; KARRING, 2010; NEWMAN *et al.*, 2011).

3.1.4 Principais tipos de carcinomas bucais

As principais formas de CEC encontradas estão de acordo com a sua localização na cavidade oral. Neste contexto pode ocorrer o carcinoma do vermelhão dos lábios, o qual é normalmente encontrado em pessoas de pele clara que se expõem por muito tempo aos raios ultravioletas do sol. Estudos mostram que cerca de 70% dos indivíduos afetados por este tipo de carcinoma são trabalhadores que exercem seu ofício ao ar livre. Quanto ao uso crônico de tabaco, este carcinoma está fortemente associado à queilose actínica, podendo o mesmo surgir no local onde um cigarro, charuto ou cachimbo ficam normalmente apoiados nos lábios. Aproximadamente 90% dessas lesões localizam-se no lábio inferior (NEVILLE *et al.*, 2008).

O carcinoma intraoral tem sua localização mais comum na língua, principalmente em suas faces ventral e lateral posterior. O assoalho de boca também é afetado com a mesma frequência. Em ordem decrescente de locais de acometimento são: palato mole, gengiva, mucosa jugal (bochechas), mucosa labial e palato duro. Nos Estados Unidos da América (EUA), o carcinoma intraoral de língua responde por mais de 50% dos casos de cânceres intraorais ocorrentes na população (NEVILLE *et al.*, 2008; NEWMAN *et al.*, 2011).

Já os carcinomas orofaríngeos, os quais destacam-se o carcinoma de palato mole e o da mucosa orofaríngea, possuem o mesmo aspecto clínico básico das demais neoplasias bucais, com exceção de que, como seu surgimento se dá numa porção mais posterior da cavidade bucal, o paciente acometido geralmente não tem consciência da sua presença, o que corroboraria ainda mais para a demora em seu diagnóstico e tratamento. O tamanho do tumor de orofaringe em comparação aos carcinomas bucais geralmente é maior e a possibilidade e proporção de casos de metástases cervicais e a distância também é maior. Como sintomas iniciais desse tipo de neoplasia normalmente ocorrem dor, que pode ser fraca ou aguda e frequentemente irradia para o ouvido, ou dificuldade de deglutição (NEVILLE *et al.*, 2008).

3.1.5 Epidemiologia

Pesquisas epidemiológicas mostram apesar das neoplasias orofaríngeas ainda serem mais comuns em homens, entre as mulheres parece estar igualmente crescendo em frequência. Isto é devido à mudança de hábitos adotados pela população feminina com o aumento, principalmente, do consumo de fumo e álcool por esta (NEVILLE *et al.*, 2008).

Nas mulheres, as neoplasias orofaríngeas ocorrem uma década mais cedo em comparação aos homens, mas ainda assim, continua sendo considerada uma doença relacionada a pessoas de idade mais avançada (NEVILLE *et al.*, 2008; LE CAMPION *et al.*, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas as informações referentes à morbidade hospitalar em Pernambuco devido a neoplasias do lábio, cavidade oral e faringe, de janeiro de 2015 a maio de 2017, quanto ao registro municipal de atendimento e internação e quanto ao sexo, faixa etária e raça/cor da pele declarada.

Analisando os dados referentes aos registros municipais de atendimento e internações, ao todo, foram registrados 4956 casos destes tipos de neoplasias malignas, onde se verificou que o município do Recife foi o que apresentou maior número de caso, com um total de 4811 casos registrados, seguido pelos municípios de Caruaru, com 47 casos, Garanhuns com 32 casos, Jaboatão dos Guararapes com 19 casos e Cabo de Santo Agostinho, com 10 casos, Petrolina com 09 casos, Paulista com 07 casos e Arcoverde com 05 casos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – no estado de Pernambuco, por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, de janeiro de 2015 a maio de 2017

| Código/Município | Internações |
|---------------------------------------|--------------------|
| 260010 Afogados da Ingazeira | 1 |
| 260090 Amaraji | 1 |
| 260110 Araripina | 1 |
| 260120 ARCOVERDE | 5 |
| 260290 CABO DE SANTO AGOSTINHO | 10 |
| 260410 CARUARU | 47 |
| 260600 GARANHUNS | 32 |
| 260790 JABOATÃO DOS GUARARAPES | 19 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| 260900 Macaparana | 1 |
| 260990 Ouricuri | 1 |
| 261070 PAULISTA | 7 |
| 261110 PETROLINA | 9 |
| 261160 RECIFE | 4811 |
| 261220 Salgueiro | 3 |
| 261300 São Bento do Una | 3 |
| 261330 São Joaquim do Monte | 1 |
| 261370 São Lourenço da Mata | 2 |
| 261410 Sertânia | 1 |
| 261640 Vitória de Santo Antão | 1 |
| TOTAL | 4956 |

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tal resultado mostra que, sendo a capital um centro de referência do estado para os outros municípios devido ao seu complexo médico-hospitalar existente, oferece maiores e melhores recursos para o atendimento e tratamento de casos referentes a essas morboses, e por fazer parte da chamada Região Metropolitana do Recife, os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Paulista acompanharam esta tendência, também por serem considerados como “portas de entrada” da capital para os municípios circunvizinhos e das demais regiões geográficas do estado. Os municípios de Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Arcoverde apresentaram dados mais elevados em comparação aos demais municípios do interior do estado devido a estes serem considerados municípios-sede das gerências regionais de saúde (GERES), sendo o município de Caruaru sede da GERES IV, Garanhuns da GERES V, Arcoverde da GERES VI e Petrolina da GERES VIII.

No quesito referente ao sexo, observou-se que o maior acometimento relacionou-se ao masculino, praticamente em todos os municípios onde houve registro de casos dessas patologias, com exceção apenas dos municípios de Jaboatão dos Guararapes, com um quantitativo de 10 casos registrados para o sexo feminino e 09 para o masculino, e São Lourenço da Mata, com um quantitativo de 02 casos para o sexo feminino e nenhum caso registrado para o sexo masculino no período compreendido do estudo (Tabela 2).

Tabela 2: Morbidade Hospitalar do SUS em Pernambuco, quanto ao município de internação e sexo, por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, de janeiro de 2015 a maio de 2017

| Código/Município | Masculino | Feminino | Total |
|--------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| 260010 Afogados da Ingazeira | - | 1 | 1 |
| 260090 Amaraji | 1 | - | 1 |
| 260110 Araripina | 1 | - | 1 |
| 260120 Arcoverde | 4 | 1 | 5 |
| 260290 Cabo de Santo Agostinho | 7 | 3 | 10 |
| 260410 Caruaru | 30 | 17 | 47 |
| 260600 Garanhuns | 17 | 15 | 32 |
| 260790 Jaboatão dos Guararapes | 9 | 10 | 19 |
| 260900 Macaparana | 1 | - | 1 |
| 260990 Ouricuri | 1 | - | 1 |
| 261070 Paulista | 6 | 1 | 7 |
| 261110 Petrolina | 6 | 3 | 9 |
| 261160 Recife | 2757 | 2054 | 4811 |
| 261220 Salgueiro | 3 | - | 3 |
| 261300 São Bento do Una | 2 | 1 | 3 |
| 261330 São Joaquim do Monte | 1 | - | 1 |
| 261370 São Lourenço da Mata | - | 2 | 2 |
| 261410 Sertânia | 1 | - | 1 |
| 261640 Vitória de Santo Antão | 1 | - | 1 |
| TOTAL | 2848 | 2108 | 4956 |

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Com relação à faixa etária verificou-se que, a maioria das notificações de neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe no período analisado, está compreendida na faixa que vai dos 45 aos 64 anos de idade (Tabela 3).

Tabela 3: Morbidade Hospitalar do SUS em Pernambuco, quanto ao município de internação e faixa etária, por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, de janeiro de 2015 a maio de 2017

| Código/Município | Faixas etárias | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| | 1-19 anos | 20-44 anos | 45-64 anos | 65 anos ou mais |
| 260010 Afogados da Ingazeira | - | - | 1 | - |
| 260090 Amaraji | - | - | 1 | - |
| 260110 Araripina | - | - | - | 1 |
| 260120 Arcoverde | 1 | - | 1 | 3 |
| 260290 Cabo de Santo Agostinho | - | 2 | 2 | 6 |
| 260410 Caruaru | 4 | 6 | 20 | 17 |
| 260600 Garanhuns | - | 6 | 13 | 13 |
| 260790 Jaboatão dos Guararapes | 1 | - | 7 | 11 |

| | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| 260900 Macaparana | - | - | - | 1 |
| 260990 Ouricuri | - | 1 | - | - |
| 261070 Paulista | - | 2 | 4 | 1 |
| 261110 Petrolina | 4 | 1 | 4 | - |
| 261160 Recife | 1079 | 849 | 1718 | 1165 |
| 261220 Salgueiro | - | - | 3 | - |
| 261300 São Bento do Una | - | - | 2 | 1 |
| 261330 São Joaquim do Monte | - | - | 1 | - |
| 261370 São Lourenço da Mata | - | 2 | - | - |
| 261410 Sertânia | - | - | 1 | - |
| 261640 Vitória de Santo Antão | - | - | - | 1 |
| TOTAL | 1089 | 869 | 1778 | 1220 |

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No que diz respeito à relação morbidade por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe em detrimento da raça/ cor da pele declarada pelos pacientes, os pardos foram os mais acometidos por estas patologias, com um total de 3618 casos notificados, seguidos pelos declarados brancos, com 605 casos notificados e, negros, com 191 casos (Tabela 4). O fato dos indivíduos de cor parda terem apresentado maior taxa de notificação deve ser provavelmente devido ao grau de miscigenação racial a qual nossa população está submetida.

Tabela 4: Morbidade Hospitalar do SUS em Pernambuco, quanto ao município de internação e raça/cor da pele declarada, por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, de janeiro de 2015 a maio de 2017

| Código/Município | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena | Sem informação | Total |
|--------------------------------|--------|-------|-------|---------|----------|----------------|-------|
| 260010 Afogados da Ingazeira | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| 260090 Amaraji | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| 260110 Araripina | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| 260120 Arcoverde | 2 | - | 2 | - | - | 1 | 5 |
| 260290 Cabo de Santo Agostinho | - | - | 2 | - | - | 8 | 10 |
| 260410 Caruaru | 4 | - | 34 | - | - | 9 | 47 |
| 260600 Garanhuns | 1 | - | 19 | - | - | 12 | 32 |
| 260790 Jaboatão dos Guararapes | 3 | - | 6 | 3 | - | 7 | 19 |
| 260900 Macaparana | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| 260990 Ouricuri | - | - | 1 | - | - | - | 1 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-------------|----|---|-----|------|
| 261070 Paulista | - | 1 | 4 | 1 | - | 1 | 7 |
| 261110 Petrolina | - | - | 5 | - | - | 4 | 9 |
| 261160 Recife | 593 | 190 | 3535 | 16 | 2 | 475 | 4811 |
| 261220 Salgueiro | - | - | 3 | - | - | - | 3 |
| 261300 São Bento do Una | 1 | - | 2 | - | - | - | 3 |
| 261330 São Joaquim do Monte | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| 261370 São Lourenço da Mata | - | - | - | - | - | 2 | 2 |
| 261410 Sertânia | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| 261640 Vitória de Santo Antão | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| TOTAL | 605 | 191 | 3618 | 20 | 2 | 520 | 4956 |

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tais dados encontrados estão em consonância com outros estudos encontrados na literatura científica, como por exemplo, as análises realizadas por Santos *et al.* (2009), Santos *et al.* (2012) e Le Campion *et al.* (2016), as quais revelaram que a maioria dos pacientes com neoplasia de cavidade oral no estado de Alagoas pertencia à faixa etária compreendida entre os 50 e 60 anos de idade, sendo o sexo masculino o mais acometido e os declarados pardos. Para esses mesmos autores, tais pacientes são mais vulneráveis e possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que pode refletir diretamente nas taxas de mortalidade e morbidade por essas morboses visto que, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito de forma tardia, quando o tumor encontra-se nos estágios mais avançados da doença, o que exige um tratamento mais agressivo, resultando assim em uma maior taxa de morbidade e de mortalidade dessa doença.

A precocidade diagnóstica é de suma importância. Por tal motivo, os cirurgiões-dentistas têm um papel importantíssimo no diagnóstico precoce e prevenção dessa condição patológica (AK-BULUT *et al.*, 2011).

Contudo, este diagnóstico precoce é dificultado pelo motivo de que as lesões iniciais, geralmente são pouco sintomáticas, não sendo assim valorizadas tanto pelo próprio indivíduo quanto pelos profissionais de saúde, o que sugere falta de conhecimento da patologia principalmente por parte desses profissionais, deficiência na procura de atendimento médico por parte do paciente e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado à ausência de programas

governamentais que visam à prevenção e a um sistema de saúde mais eficiente (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Lombardo *et al.* (2014), em pesquisa realizada para avaliar a percepção dos cirurgiões dentistas que atuam na atenção primária, sobre as possíveis razões que justificavam o atraso na chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção à saúde de maior complexidade, constataram que estavam associados à essa demora: falha na identificação precoce da doença, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e à deficiência da rede de atenção no que diz respeito à qualidade da comunicação entre profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Vários fatores podem influenciar a qualidade na assistência aos pacientes com câncer, tais como: agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e de profissionais, todavia, nenhuma ação é mais importante do que o diagnóstico precoce (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Scott, Grunfeld e McGurk (2005) realizaram um estudo tipo ensaio clínico randomizado controlado para encorajar a detecção precoce do câncer oral em grupos de risco e detectaram que a informação transmitida por folhetos ou oralmente levou a um conhecimento mais acurado sobre o câncer oral, diminuiu o atraso de diagnóstico, aumentou o entendimento, a probabilidade e a confiança para realização do autoexame.

Nos EUA, cerca de 8400 pacientes morrem anualmente por neoplasias da cavidade bucal e de faringe, a maioria com 65 anos de idade ou mais. Hollenbeak *et al.* (2015) realizaram uma análise retrospectiva de coortes de dados de cuidados médicos e vigilância, epidemiologia e resultados finais, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2005, com pacientes de 66 anos ou mais com diagnóstico recente de câncer oral (n = 6724) e da faringe (n = 3987). Custos acumulados de cinco anos, definidos como partes dos cuidados médicos e pagamentos, foram estimados. Nas análises executadas, os custos foram significativamente aumentados pela demografia, comorbidades e seleção de tratamento. Em comparação com pacientes brancos, os afro-americanos acumularam cerca de US\$ (dólares americano) 11.450 (IC 95%, US\$ 1.320 - \$22.299) e US\$ 25.093 (IC 95%, US\$ 14.917 - \$34.985) a mais nos custos de tratamento de câncer de cavidade oral e de faringe, respectivamente. Para 3 ou mais comorbidades, os custos cumulativos médio de 5 anos aumentaram em cerca de US\$ 22.196 (IC 95%, US\$ 15.319 - \$28.614) e US\$ 27.799 (IC 95%, US\$ 19.139 - \$ 36.702) para pacientes com carcinoma bucal e câncer de faringe, respectivamente. Pacientes que receberam quimioterapia

acumularam uma média de US \$ 26 919 (IC 95%, US\$ 18.309 - \$ 35.056). Os cânceres orais e faríngeos são onerosos para pacientes idosos, sob uma perspectiva de custo dos cuidados médicos. Vários fatores foram associados aos custos dos 5 anos, incluindo alguns fatores modificáveis que podem ser potenciais alvos para intervenções com intuito de redução de custos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análises dos dados fornecidos pelo DataSUS/MS a cerca da morbidade Hospitalar do SUS em Pernambuco, quanto ao município de internação, sexo, faixa etária e raça/cor da pele declarada, por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, no período de janeiro de 2015 à maio de 2017, pôde-se concluir que:

- O município do Recife foi o que apresentou maior número de casos registrados;
- O sexo masculino foi o que apresentou maior prevalência de casos;
- A faixa etária compreendida entre os 45 a 64 anos de idade foi a mais acometida;
- Os que se declararam como sendo de cor parda foram os mais afetados.

É de suma a precocidade diagnóstica destes tipos de neoplasias visto que quando o diagnóstico é realizado de forma rápida e nos estágios iniciais da doença, a chance de cura fica próxima aos 100% e a taxa de sobrevivência destes pacientes é aumentada significativamente. Além de ser possível a resolução do caso dentro da atenção primária e secundária à saúde, o que diminuiria e muito os custos e gastos com esse tipo de paciente no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

AKBULUT, N; OZTAS, B; KURSUN, S; EVIRGEN, S. **Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series.** J Med Case Report, 5(1):291-294, 2011.

ALVARENGA, LM; RUIZ, MT; PAVARINO-BERTELLI, E; et al. **Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State.** Rev Bras Otorrinolaringol., 74:68-73, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2014, Incidência de câncer no Brasil.** 1ºed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer - INCA; 2014

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo** – Patologia geral. Ed. Guanabara Koogan, 3ªed., Rio de Janeiro, 2004, 367p., il.

COBOS, MR; FERNÁNDEZ, HA; COBOS, RR; BRUJES, IA. **Rol del virus del papiloma humano en el desarrollo de carcinoma oral**: Una revisión. Av. Odontoestomatol., 32 (3): 135-144, 2016

CONWAY, DI; PETTICREW, M; MARLBOROUGH, H; BERTHILLER, J; HASHIBE, M; MACPHERSON, LMD. **Socioeconomic inequalities and oral cancer risk**: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. Int J Cancer., 122(12):2811-2819, 2008.

DE PAULA, AM; SOUZA, LR; FARIAS, LC; CORRÊA, GT; FRAGA, CA; ELEUTÉRIO, NB; et al. **Analysis of 724 cases of primary head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) with a focus on young patients and p53 immunolocalization**. Oral Oncol., 45(9):777-782, 2009.

DE SOUSA, DLB; PÉREZ, MMB; CUARDO, MP. **Predicted incidence of oral cavity, oropharyngeal, laryngeal, and hypopharyngeal cancer in Spain and/implications for cancer control**. Cancer Epidemiol., 35:510–514, 2001.

HOLLENBEAK, CS; KULAYLAT, AN; MACKLEY, H; KOCH, W; SCHAEFER, EW; GOLDENBERG, D. **Determinants of Medicare Costs for Elderly Patients With Oral Cavity and Pharyngeal Cancers**. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 141(7):628-635, 2015.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015

LE CAMPION, ACOV; SANTOS, KCB; CARMO, ES; SILVA JÚNIOR, FF; PEIXOTO, FB; RIBEIRO, CMB; GONÇALVES, LS; FERREIRA, SMS. **Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 24 (2): 178-184, 2016.

LINDHE, J; LANG, NP; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. Ed. Guanabara Koogan, 5ªed., Rio de Janeiro, 2010, 1326p., il.

LOMBARDO, EM; CUNHA, AR; CARRARD, VC; BAVARESCO, CS. **Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal**: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. Cien Saude Colet., 19(4):1223-1232, 2014.

McDONALD, JT; JOHNSON-OBASEKI, S; HWANG, E; et al. **The relationship between survival and socio-economic status for head and neck cancer in Canada**. J Otolaryngol Head Neck Surg., 43:2–6, 2014.

MENDEZ, M; CARRARD, VC; HAAS, AN; et al. **A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features.** Bras Oral Res., 26: 235–241, 2012.

NEVILLE, BW; DAMM, DD; ALLEN, CM; BOUQUOT, JE. **Patologia oral & maxilofacial.** Ed. Guanabara Koogan, 2ªed., Rio de Janeiro, 2008, 798p., il.

NEWMAN, MG; TAKEI, HH; KLOKKEVOLD, PR; CARRANZA, FA. **Periodontia clínica.** Ed. Elsevier, 11ªed., Rio de Janeiro, 2011, 1328p., il.

ORTIZ-RUBIO, A; LÓPEZ-VERDÍN, S; OCHOA-VELÁZQUEZ, H. **Manejo odontológico de las complicaciones orales como resultado de la terapia contra el cáncer.** Revista ADM, 73 (1): 6-10, 2016.

SALEH, A; KONG, YH; VENGU, N; BADRUDEEN, H; ZAIN, RB; CHEONG, SC. **Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer.** Asian Pac J Cancer Prev., 15(1):229-237, 2014.

SANTOS, LC; CANGUSSU, MCT; BATISTA, OM; SANTOS JP. **Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital.** Braz J Otorhinolaryngol., 75(4):524-529, 2009.

SANTOS, LCO; BATISTA, OM; CANGUSSU, MCT. **Characterization of cancer diagnostic delay in the state of Alagoas.** Braz J Otorhinolaryngol., 76(4):416-422, 2010.

SANTOS, VCB; ASSIS, AMA; FERREIRA, SMS; DIAS, EP. **Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de oncologia de Maceió.** Rev Bras Odontol., 69(2):159-164, 2012.

SCOTT, SE; GRUNFELD, EA; McGURK, M. **The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma.** Oral Oncol., 41(4):396-403, 2005.

SOUZA, JGS; SÁ, MAB; POPOFF, DAV. **Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 24 (2): 170-177, 2016.

WARNAKULASURIYA, S. **Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer.** Oral Oncol., 45(4-5):309-316, 2009.

WÜNSCH-FILHO, V. **The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil.** Oral Oncol., 38(8):737-746, 2002.