



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

GABRIELA DIAS DE LIMA

**HOSPITALIZAÇÕES NO SUS POR CÂNCER BUCAL NO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL DE 2002 A 2016**

PORTO ALEGRE - RS

2018

GABRIELA DIAS DE LIMA

**HOSPITALIZAÇÕES NO SUS POR CÂNCER BUCAL NO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL DE 2002 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

PORTO ALEGRE - RS

2018

Resumo

O câncer bucal é uma doença multifatorial que está extremamente vinculada aos hábitos de vida. É uma neoplasia agressiva, que ocasiona sequelas que diminuem a qualidade de vida, sendo considerado um problema de saúde pública. Este estudo tem como objetivo descrever características das hospitalizações por câncer bucal no Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul (RS), fazendo uma estimativa das internações, óbitos hospitalares e letalidade. Como metodologia, apresenta delineamento epidemiológico observacional e transversal, tendo como fonte de dados arquivos públicos encontrados no Sistema de Informação Hospitalares. Esses dados foram inseridos em planilhas de Excel e analisados segundo as variáveis de sexo, faixa etária, diagnóstico principal CID-10 (C00 a C08), ocorrência ou não de óbito, utilização ou não de UTI, dias de permanência e valor pago. Entre os resultados, obteve-se que no estado do RS a cidade com maior número de internações por câncer bucal foi Bento Gonçalves, a faixa etária e a neoplasia de maior ocorrência foi entre 50 a 59 anos e a lesão maligna de lábio. 11% das internações resultaram em óbito, cuja maior ocorrência foi na faixa etária de 60 a 69 anos em homens e 70 a 79 anos em mulheres. A neoplasia bucal de lábio foi a maior causadora de óbitos. 5% dos homens e 4% mulheres fizeram uso da Unidade de Terapia Intensiva, utilizada mais intensamente por indivíduos menores de 1 ano. Menores de 1 a 9 anos apresentaram maior tempo de permanência de internação e também o maior gasto médio. Enfatiza-se a necessidade de desenvolver mais a educação e a promoção em saúde para profissionais e indivíduos sobre as lesões de câncer bucal. Há medidas para prevenção de câncer primário como a mudança nos hábitos de vida como há prevenção secundária com a detecção precoce das lesões.

Palavras-chave: Câncer bucal. Internações hospitalares. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS por municípios de maior população, 2002-2016.....	14
Tabela 2 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo faixa etária e sexo, 2002-2016.	15
Tabela 3 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal, sexo e faixa etária, 2002-2016.	16
Tabela 4 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo ocorrência ou não de óbito e faixa etária, 2002-2016.....	17
Tabela 5 - Óbitos nas internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal, sexo e faixa etária, 2002-2016.	18
Tabela 6 – Internações e óbitos na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo faixa etária, sexo e utilização ou não de UTI, 2002-2016.....	19
Tabela 7 – Internações e óbitos na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, 2002-2016.	19
Tabela 8 – Tempo médio de dias de permanência e custo nas internações por câncer bucal na rede pública de residentes no RS segundo faixa etária, 2002-2016.	20

Lista de Siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CCE – Carcinoma de Células Escamosas

CEC – Carcinoma Espinocelular

CID10 – Código Internacional de Doenças

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

HPV – Papilomavírus Humano

NCI – National Cancer Institute

RS – Rio Grande do Sul

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UV – Ultravioleta

Sumário

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS.....	11
2.1. <i>Objetivo Geral</i>	<i>11</i>
2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	<i>11</i>
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÃO	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que acabam invadindo tecidos ou órgãos e podem causar metástases em outras regiões do corpo (INCA, 2017a). O câncer bucal é uma doença multifatorial em que fatores ambientais do estilo de vida como tabaco, álcool e dieta estão relacionados com o seu desenvolvimento, além de outros fatores como higiene bucal precária, papiloma vírus humano (HPV), etnia, idade, sexo, predisposição genética e exposição solar (LA VECCHIA et al., 1997; BRENER et al. 2007). O câncer bucal é extremamente agressivo e o Brasil é considerado o país com maior incidência de câncer na região de cabeça e pescoço, sendo essa incidência uma das mais altas no mundo (DEDIVITIS et al., 2004).

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente – que atua na promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, sendo fundamental para a saúde e qualidade de vida (BRASIL/MS, 2018a). Na Política Nacional de Saúde Bucal existem ações de recuperação que envolvem o diagnóstico (para o qual há métodos que aprimorem a identificação das lesões - biópsias e outros exames complementares) e tratamento de doenças. Assim que diagnosticado, o tratamento deve ser começado de forma imediata para a doença não progredir, impedindo o surgimento de incapacidades e danos. Com o conceito de ampliação e qualificação da atenção básica é assumido a responsabilidade de detectar as necessidades, providenciar os encaminhamentos e monitorar a evolução da reabilitação e o pós-tratamento e, para ampliar a oferta e qualidade dos serviços, organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal (BRASIL/MS, 2018b).

As manifestações iniciais das neoplasias malignas bucais são muito semelhantes as lesões benignas, o que dificulta um diagnóstico inicial preciso e, por isso, a importância de encaminhamento para centros especializados assim que detectada a lesão. Existem Centros de Especialidades Odontológicas para atender a população que necessita de um nível maior de complexidade referente à saúde bucal, sendo a Estomatologia uma das especialidades desses Centros com ênfase em câncer bucal (VOLKWEIS; GARCIA; PACHECO, 2010).

O carcinoma espinocelular (CEC) também chamado de carcinoma de células escamosas (CCE) é responsável por 95% das neoplasias malignas que acometem a cavidade bucal e não necessariamente a doença terá manifestações clínicas. A identificação das lesões cancerizáveis pode representar a cura do paciente, destacando a leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008). A leucoplasia é uma lesão de coloração branca e assintomática, sem agente etiológico definido que ocorre principalmente em fumantes, com poder de malignização (SILVA et al., 2007). A eritroplasia é uma lesão de cor avermelhada (eritematosa), de formato plano ou uma leve depressão na mucosa, lisa ou rugosa, normalmente associada ao uso de tabaco e álcool, podendo sofrer malignização (ALFAYA et al., 2012). A exposição à luz solar de forma contínua aumenta a possibilidade de desenvolvimento de queilite actínica, podendo transformar-se em CEC (SCIUBBA, 2002), sendo então, os raios ultravioletas (UV) do sol associados ao desenvolvimento do CEC labial, principalmente em pessoas de pele clara (BRENER et al., 2007). Esses raios UV causam danos celulares tanto no epitélio quanto no tecido conjuntivo subjacente, portanto se faz necessário o uso de protetor solar, chapéus, óculos de sol, além de evitar se expor ao sol em horários de risco (PRADO; PASSARELLI, 2009). O líquen plano é uma doença mucocutânea, mostra seus primeiros sinais e sintomas na mucosa bucal, e pode ser uma reação autoimune; tem um bom prognóstico de cura (entre 2 e 6 meses), mas existem casos que se cronificam, permanecendo durante anos, e há relatos de transformação maligna em líquen eritematoso e erosivo (CALZADILLA, 2002). O líquen plano oral tem aspecto clínico de estriações brancas, pápulas ou placas brancas, eritema, erosões e bolhas; podendo estar associado a medicação e material dentário no paciente, afeta mais mulheres de meia-idade, porém seu potencial de malignidade e incidência exata ainda não está bem esclarecido (CANTO et al., 2010).

O consumo de tabaco pode causar algumas reações oxidativas que produzem radicais livres, causando danos às proteínas, carboidratos, lipídios e ao DNA e provocando mutagênese e alteração do ciclo celular, sendo que vários produtos da combustão do ato de fumar são carcinogênicos e fatores potenciais para o desenvolvimento de lesões malignas (LEITE; GUERRA; MELO, 2005). A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia está associada à deficiência de nutrientes, podendo contribuir para o desenvolvimento de câncer, e a associação de álcool e tabaco

multiplicam esse risco (LEITE; KOIFMAN, 1998). Elementos da dieta são considerados fatores de proteção como arroz, feijão, frutas, vegetais e quantidades moderadas de carne (MARCHIONI, 2003), e o beta-caroteno parece diminuir a incidência de câncer; em compensação a carência nutricional é percebida entre casos da doença (LEITE; KOIFMAN, 1998) como, por exemplo, consumo de alimentos gordurosos (LEITE; GUERRA; MELO, 2005).

O herpes papilomavírus (HPV) é um DNA vírus, transmitido sexualmente, normalmente na região ano-genital e raramente na mucosa oral. Essa transmissão pode se dar por auto-inoculação ou contato oro-sexual, tendo grande importância na etiopatogenia do câncer de colo uterino. Contudo, na mucosa oral ainda não está muito esclarecida, sendo as manifestações bucais do HPV o condiloma, papiloma e a verruga (CASTRO et al., 2004). Segundo Westra (2015), a incidência do CEC oral está ligada a fatores ambientais e comportamentais não tradicionais, levando a mutagênese celular.

Apesar de ocorrerem avanços científicos no manejo de neoplasias malignas, o câncer bucal continua sendo um problema de saúde pública, visto que não se nota melhora nos indicadores de morbidade e mortalidade (PEREIRA et al., 2012). Os grupos de baixa renda estão mais expostos a fatores de risco que poderiam ser evitados como o álcool, a má nutrição e o tabaco; além de terem menos acesso aos serviços de educação e saúde, dificultando o próprio indivíduo a ter capacidade de gerir melhor sua saúde (PERTERSEN, 2009).

Morbidade é um indicador de saúde utilizado para descrever e analisar uma situação já existente; é usado para avaliar o cumprimento dos objetivos, metas e mudanças, além de prever tendências futuras (BUENO, 2018). No Brasil, ocorreram 15.490 casos de câncer bucal em 2016 dos quais 11.140 em homens e 4.350 em mulheres (INCA, 2017b). No estado do Rio Grande do Sul (RS), por sua vez, foram 1.110 casos distribuídos em 900 em homens, sendo o 5º tipo de câncer de maior incidência nesse sexo, e 210 em mulheres, o 11º tipo de câncer (INCA, 2017c).

Para a redução da incidência/morbidade é importante ter conhecimento e controle dos fatores de risco. O cirurgião-dentista tem um papel de suma importância quando se trata de prevenção, ainda mais atuando na atenção primária e secundária, ao promover ações para reconhecer indivíduos que estão no grupo de risco e

desenvolver ações práticas para detecção precoce de lesões suspeitas (SANTOS et al., 2011).

Já o indicador de saúde mortalidade representa a intensidade com que os óbitos por uma determinada doença ocorrem numa certa população (BUENO, 2018) e essa doença gera altas taxas de mortalidade e letalidade (PISANI et al., 1999). O câncer bucal é uma das causas de morte prematura de pessoas jovens, diminui a qualidade de vida devido às sequelas, além de causar angústia no paciente e nas pessoas que o cercam, pois, o tempo entre a fase inicial e a avançada é longo, e na maioria dos casos a evolução da doença é mais lenta (FALCÃO et al., 2010). Um dos problemas da ocorrência do câncer bucal pode ser a falta de um diagnóstico inicial pelo profissional e a falta de conhecimento sobre a doença pela população (KOWALSKI et al., 1994). Segundo o estudo de Sassi et al. (2010), foi encontrada uma taxa de incidência de 2,2% de recidivas de câncer de boca, que apresentaram baixas taxas de sobrevivência após o diagnóstico (43,2%).

Quando a lesão maligna é diagnosticada inicialmente (com tamanho menor que 2 cm de extensão), sem comprometimento linfonodal, provavelmente o tratamento cirúrgico será suficiente para a cura. Entretanto, com o diagnóstico tardio poderá ocorrer invasão dos linfonodos, sendo necessário incluir no tratamento a radioterapia e em alguns casos, quimioterapia, o que pode acarretar complicações não apenas para a boca como também para o resto do organismo (COSTA; MIGLIORATI, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Descrever as características das hospitalizações por câncer bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do RS no período de 2002 a 2016.

2.2. Objetivos Específicos

- Estimar a magnitude das internações, dos óbitos hospitalares e da letalidade por diagnóstico principal.
- Analisar distribuição por sexo e faixa etária, procedência dos pacientes, duração da internação e gasto total médio segundo a ocorrência ou não de óbito hospitalar e utilização de UTI.

3 METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido caracteriza-se como um estudo epidemiológico, observacional e transversal, tendo como substrato de pesquisa os arquivos públicos do SIH/SUS. A fonte dos dados foram os arquivos do tipo “reduzidos” (prefixo RD) correspondentes aos períodos de competência janeiro de 2002 a dezembro de 2016, disponíveis no site www.datasus.saude.gov.br (BRASIL/MS, 2017). O período de competência de processamento é igual ao mês anterior ao da apresentação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para faturamento que corresponde, geralmente, ao mês da alta (BRASIL/MS/CENEPI, 1992).

O SIH/SUS utiliza como instrumento de coleta de dados a AIH que apresenta dois modelos: AIH-1 ou Tipo Normal (para dados de identificação do paciente e registro do conjunto de procedimentos médicos e de serviços de diagnóstico) e a AIH-5 ou Tipo Longa Permanência (para dados de pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade de tratamento) (LESSA et al., 2000).

Foi considerado para o dimensionamento físico as “internações” ou “hospitalizações” pagas do Tipo Normal (AIH-1). Para o dimensionamento financeiro, foram incluídas as AIHs do Tipo Longa Permanência (AIH-5), pois o gasto com o paciente já computado na AIH-1 prossegue.

Para este trabalho, a causa de internação foi a informada como o diagnóstico principal, definido como sendo o que motivou a internação. No transcurso desta, pode ter ocorrido mudança no diagnóstico, mas que nem sempre é registrada na AIH. Foram selecionadas todas as internações que apresentaram como diagnóstico principal o(s) código(s) CID-10 (C00-C08) (DATASUS, 2018):

- C00 - Neoplasia maligna do lábio;
- C01 - Neoplasia maligna da base da língua;
- C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua;
- C03 - Neoplasia maligna da gengiva;
- C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca;
- C05 - Neoplasia maligna do palato;
- C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca;

- C07 - Neoplasia maligna da glândula parótida;
- C08 - Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas.

O plano de análise original abordou todas as hospitalizações referentes ao período de 2002 a 2016. O banco de dados intermediário continha todas as internações das quais foram filtradas as hospitalizações para o banco de dados final de pacientes com câncer bucal. Este trabalho não necessitou ser avaliado pelo CEP/CONEP segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde pois é uma pesquisa com utilização de informações de domínio público; com bancos de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (CNS, 2016).

Esses dados foram inseridos em planilhas de Excel e analisados, utilizando as variáveis de sexo, faixa etária, diagnóstico principal CID-10, ocorrência ou não de óbito, utilização ou não de UTI, dias de permanência e valor pago.

4 RESULTADOS

Os dados serão apresentados e analisados de acordo com as tabelas que contêm as variáveis de sexo, faixa etária, diagnóstico principal CID-10, ocorrência ou não de óbito, utilização ou não de UTI, dias de permanência e valor pago.

No RS foram registradas de 2002 a 2016, 32.571 internações por câncer bucal na rede pública. Todos os municípios apresentaram pelo menos um caso, sendo as cidades com maior número de internações Bento Gonçalves, Pelotas e Alegrete. Podemos notar que Porto Alegre, apesar de ter maior número de habitantes entre os municípios tem 9,3% de casos diagnosticados em sua população, já Bento Gonçalves que possui 117.984 habitantes, obteve 3,8% casos de câncer bucal em sua população, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS por municípios de maior população, 2002-2016.

Municípios	Pop/RS 2016	Internações (n)	Percentual (%)	Internações por 100.000 hab./ano (*)
Porto Alegre	1.479.277	3.024	9,3	13,6
Caxias do Sul	475.992	1.244	3,8	17,4
Canoas	352.097	725	2,2	13,7
Pelotas	343.148	2.785	8,6	54,1
Santa Maria	277.229	500	1,5	12,0
Gravataí	274.329	768	2,4	18,7
Viamão	252.287	425	1,3	11,2
Novo Hamburgo	243.260	385	1,2	10,6
São Leopoldo	226.680	786	2,4	23,1
Rio Grande	214.532	997	3,1	31,0
Passo Fundo	199.446	512	1,6	17,1
Bento Gonçalves	117.984	1.234	3,8	69,7
Alegrete	76.860	597	1,8	51,8
Todos os demais municípios	6.753.379	18.589	57,1	18,4

(*): média anual de internações no período 2002-2016
/ população de 2016 x 100 mil habitantes

Em relação à faixa etária, tanto o sexo feminino quanto o masculino apresentaram maior ocorrência de câncer bucal entre 50 a 59 anos. Há uma diferença expressiva a partir dos 50 até 69 anos, em que os casos diagnosticados em homens representam quase o dobro daqueles em mulheres. Apenas na 3ª e 9ª décadas de vida há predomínio de casos no sexo feminino. A maior ocorrência de casos é no sexo masculino conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo faixa etária e sexo, 2002-2016.

Faixa etária (anos)	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)
<1 a 9	833	608	1.441
10 a 19	534	499	1.033
20 a 29	592	705	1.297
30 a 39	855	1.097	1.952
40 a 49	2.931	2.120	5.051
50 a 59	5.113	2.684	7.797
60 a 69	4.738	2.401	7.139
70 a 79	2.868	2.010	4.878
80 e >	930	1.053	1.983
Total	19.394 (60%)	13.177 (40%)	32.571 (100%)

A neoplasia de maior ocorrência é a maligna do lábio com 39% dos casos. Já a neoplasia maligna de menor ocorrência foi a de gengiva com 2% dos casos. Dos nove tipos de neoplasias bucais, seis delas foram mais incidentes em idades entre 50 a 59 anos: C01 (base da língua), C02 (outras partes e de partes não especificadas da língua), C04 (assoalho da boca), C06 (outras partes e de partes não especificadas da boca), C07 (glândula parótida) e C08 (outras glândulas salivares maiores e as não especificadas). A C00 (lábio) apresentou maior ocorrência em pessoas de 60 a 64

anos. A C03 (gengiva) obteve maior ocorrência em pessoas de 50 a 69 anos. Na primeira década de vida a neoplasia bucal mais comum foi a neoplasia maligna do palato (C05) com 43% dos casos. Na terceira década de vida, ocorreram mais casos de neoplasias malignas em outras partes e partes não especificadas da língua (C02). Já na segunda, quarta e as décadas subseqüentes ocorreram mais neoplasias malignas do lábio (Tabela 3).

Tabela 3 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal, sexo e faixa etária, 2002-2016.

Faixa etária (anos), sexo e percentual (%)	C00	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	Total
<1 a 9	310	61	175	13	17	616	99	44	106	1441
10 a 19	292	56	197	13	29	214	107	72	53	1033
20 a 29	328	106	393	13	32	120	127	107	71	1297
30 a 39	808	153	320	30	83	70	211	176	101	1952
40 a 49	1989	568	889	73	346	177	530	307	172	5051
50 a 59	2.820	968	1.426	123	661	257	908	398	236	7.797
60 a 69	2.947	822	1.249	123	475	187	790	365	181	7.139
70 a 79	2.297	535	765	101	213	96	503	248	120	4.878
80 e >	990	202	312	49	89	26	171	104	40	1.983
%	39	11	18	2	6	5	11	6	3	100
Masculino	6.148	2.437	3.905	330	1.506	1.102	2.375	989	602	19.394
Feminino	6.633	1.034	1.821	208	439	661	1.071	832	478	13.177

Legenda: C00 – língua; C01 – base da língua; C02 – outras partes e de partes não especificadas da língua; C03 – gengiva; C04 – assoalho da boca; C05 - palato; C06 – outras partes e partes não especificadas da boca; C07 – glândula parótida; C08 – outras glândulas salivares maiores e não especificadas.

De todas as internações por câncer bucal, 11% terminaram em óbito e 89% dos pacientes sobreviveram. Há poucos casos de óbitos infanto-juvenis por câncer bucal (40 casos de óbitos das 3.801 internações). O aumento dos números de óbitos começa a partir dos 35 anos e depois estabiliza entre os 50 até os 74 anos, com pequeno decréscimo de casos dos 75 aos 79 anos e voltando a subir, moderadamente, a partir dos 80 anos. Até 44 anos, homens e mulheres têm ocorrências de óbitos, porém a partir dos 45 anos, a mortalidade por câncer bucal em homens cresce expressivamente, já os casos de óbitos em mulheres aumentam gradativamente. Entre 60 e 69 anos, as mulheres têm quase a metade de número de

óbitos em relação aos homens, voltando a ser semelhante a partir dos 70 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo ocorrência ou não de óbito e faixa etária, 2002-2016.

Faixa Etária (anos) e percentual (%)	Masculino			Feminino		
	Com óbito (n)	Sem óbito (n)	Total	Com óbito (n)	Sem óbito (n)	Total
<1 a 9	8	825	833	10	598	1.423
10 a 19	11	523	534	11	488	1.011
20 a 29	30	562	592	24	681	1.243
30 a 39	65	790	855	85	1.012	1.802
40 a 49	287	2.644	2.931	205	1.915	4.559
50 a 59	532	4.581	5.113	326	2.358	6.939
60 a 69	587	4.151	4.783	308	2.093	6.244
70 a 79	432	2.436	2.868	329	1.681	4.117
80 e >	198	732	213	213	840	1.572
%	11	89	100	11	89	100
Total	2.150	17.244	19.394	1.511	11.666	13.177

A neoplasia bucal mais causadora de óbitos foi a de lábio com 52% dos casos, principalmente em indivíduos com idade entre 60 a 64 anos, sendo as mulheres as mais atingidas. 67% das mortes por câncer bucal em mulheres foi por neoplasia maligna de lábio e 41% em homens. A segunda causa de óbitos por câncer bucal em mulheres foi pela neoplasia maligna da base da língua com 12% e em homens foi a neoplasia maligna de outras partes e não especificado da língua com 19%. A terceira causa de óbitos por câncer bucal agora se inverte, 10% de óbitos por neoplasia de outras partes e partes não especificado da língua em mulheres e 17% de óbitos por neoplasia maligna de base de língua em homens.

Em menores de 10 anos ocorreram óbitos relacionados aos CID C00, C01, C02 e C06, sendo a maior causadora de óbito a neoplasia maligna da língua (C00). De forma geral, a partir dos 20 anos que começaram a surgir óbitos por outros tipos de neoplasias bucais, ainda prevalecendo como maior causadora a de lábio. Importante destacar que os primeiros casos de óbitos por neoplasia maligna de gengiva surgiram apenas após os 40 anos de idade, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Óbitos nas internações na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal, sexo e faixa etária, 2002-2016.

Faixa etária (anos), sexo e percentual (%)	C00	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	Total
<1 a 9	6	5	5	0	0	0	2	0	0	18
10 a 19	10	6	4	0	0	0	2	0	0	22
20 a 29	28	15	6	0	1	1	1	0	2	54
30 a 39	83	18	21	0	6	2	15	2	3	150
40 a 49	261	58	87	4	20	9	44	7	2	492
50 a 59	400	137	140	9	41	22	84	8	17	858
60 a 69	486	137	121	4	26	19	78	12	12	895
70 a 79	397	126	113	4	15	8	80	8	10	761
80 e >	223	51	65	2	6	5	39	12	8	411
Total	1894	553	562	23	115	66	345	49	54	3661
%	52	15	15	1	3	2	9	1	1	100
Masculino	886 (41%)	367 (17%)	412 (19%)	16 (1%)	92 (4%)	53 (2%)	253 (12%)	35 (2%)	36 (2%)	2.150 (100%)
Feminino	1.008 (67%)	186 (12%)	150 (10%)	7 (0,5%)	23 (2%)	13 (1%)	92 (6%)	14 (1%)	18 (1%)	1.511 (100%)

Legenda: C00 – língua; C01 – base da língua; C02 – outras partes e de partes não especificadas da língua; C03 – gengiva; C04 – assoalho da boca; C05 - palato; C06 – outras partes e partes não especificadas da boca; C07 – glândula parótida; C08 – outras glândulas salivares maiores e não especificadas.

Em um total de 32.571 casos de internações por câncer bucal, 5% dos homens e 4% mulheres fizeram uso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A Tabela 6 demonstra a utilização da UTI, como também que indivíduos do sexo masculino utilizaram mais o recurso da UTI do que os do sexo feminino.

A maior utilização da UTI, em relação ao número de casos de câncer bucal e a faixa etária foram os indivíduos menores de 1 ano, entre os quais 16% dos 316 casos de internação necessitaram o recurso da UTI. Na faixa etária de 1 a 24 anos e 30 a 64 anos ocorreram menos de 6% dos casos com utilização de UTI; já de 25 a 29 anos e de 65 a mais de 80 anos foram acima de 6%, contudo não ultrapassando 6,6% de utilização da UTI.

O CID com maior internação por câncer bucal com utilização de UTI foi para neoplasia maligna da base de língua bem como entre a internação e a ocorrência do óbito; a neoplasia com menor uso desse recurso, mesmo associada entre os óbitos foi a neoplasia maligna do lábio (Tabela 7).

Tabela 6 – Internações e óbitos na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo faixa etária, sexo e utilização ou não de UTI, 2002-2016.

Faixa etária (anos), sexo e percentual (%)	Utilização de UTI (n)			Utilização de UTI entre os óbitos (n)		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
<1 a 9	96	1.345	1.441	13	5	18
10 a 19	41	992	1.033	8	14	22
20 a 29	74	1.223	1.297	23	31	54
30 a 39	86	1.866	1.952	18	132	150
40 a 49	193	4.858	5.051	57	435	492
50 a 59	314	7.483	7.797	124	734	858
60 a 69	379	6.760	7.139	154	741	895
70 a 79	318	4.560	4.878	152	609	761
80 e >	120	1.863	1.983	61	350	411
%	5	95	100	17	83	100
Total	1.621	30.950	32.571	610	3.051	3.661
Masculino	1.061 (5%)	18.333 (95%)	19.394 (100%)	382 (17%)	1.768 (83%)	2.150 (100%)
Feminino	560 (4%)	12.617 (96%)	13.177 (100%)	228 (17%)	1.283 (83%)	1.511 (100%)

Tabela 7 – Internações e óbitos na rede pública por câncer bucal de residentes no RS, segundo diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, 2002-2016.

CID10	Utilização de UTI			Utilização de UTI entre os Óbitos		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
C00	218	12.563	12.781	108	1.786	1.894
C01	790	2.681	3.471	333	220	553
C02	236	5.490	5.726	66	496	562
C03	15	523	538	2	21	23
C04	110	1.835	1.945	14	101	115
C05	28	1.735	1.763	6	60	66
C06	185	3.261	3.446	72	273	345
C07	15	1.806	1.821	6	43	49
C08	24	1.056	1.080	3	51	54
Total	1.621	30.950	32.571	610	3.051	3.661

Legenda: C00 – língua; C01 – base da língua; C02 – outras partes e de partes não especificadas da língua; C03 – gengiva; C04 – assoalho da boca; C05 - palato; C06 – outras partes e partes não especificadas da boca; C07 – glândula parótida; C08 – outras glândulas salivares maiores e não especificadas.

Crianças menores de 10 anos tiveram o maior tempo médio de internação que foi de 15,9 dias, bem como o maior valor gasto; adultos com idade entre 70 a 79 anos permaneceram em média 15,5 dias internados, com apenas 0,4 de diferença em relação ao tempo de permanência mais elevado, porém os custos destes foram 54% menores. Idosos acima de 79 anos constituíram os usuários com menor tempo internação e menor custo, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Tempo médio de dias de permanência e custo nas internações por câncer bucal na rede pública de residentes no RS segundo faixa etária, 2002-2016.

Tempo Médio de Permanência		
Faixa etária (anos)	Tempo Médio de Internação	Gasto Médio das Internações
<1 a 9	15,9	R\$3.443,73
10 a 19	9,3	R\$1.671,62
20 a 29	10,2	R\$1.619,38
30 a 39	13,3	R\$1.711,79
40 a 49	14,8	R\$1.730,09
50 a 59	15,0	R\$2.044,64
60 a 69	14,8	R\$2.047,48
70 a 79	15,5	R\$1.887,32
80 e >	7,4	R\$914,89
Total	116,2	R\$17.070,94

5 DISCUSSÃO

Esse estudo apresentou limitações quanto a amostra. Por serem dados relativos ao pagamento das internações na rede pública, pode ter ocorrido algumas mudanças de diagnósticos que não foram relatadas nas AIHs.

Segundo o National Cancer Institute (NCI - USA), o avanço da idade é o fator de risco mais importante para o câncer em geral e para muitos tipos individuais, sendo a idade média para diagnóstico de câncer 66 anos (NCI, 2018). A população brasileira está seguindo a tendência de envelhecimento. Ocorriam mortes precoces por doenças que hoje são evitáveis graças ao avanço da medicina e ao desenvolvimento econômico, mas o câncer é uma doença crônica. Por vezes, o diagnóstico é tardio, podendo resultar em óbito. Também é uma doença multifatorial, na qual os malefícios que foram sofridos ao longo dos anos podem resultar em alterações celulares que acabam se manifestando futuramente. Portanto o câncer é uma doença crônica e as manifestações podem surgir após muitos anos de uma exposição única ou contínua aos fatores de risco (INCA, 2018a). Esses dados corroboram os resultados do estudo em questão, no qual os dados encontrados mostraram que conforme o avanço da idade, aumentam-se os casos de câncer bucal.

O câncer bucal está muito relacionado ao uso de álcool e tabaco para os quais os indivíduos do sexo masculino estão mais expostos (DEDIVITIS et al., 2004). Segundo o estudo de Dedivitis et al. (2004) que foi desenvolvido no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa entre os anos de 1997 a 2000, a amostra de pacientes com CEC em boca era de 43 indivíduos, 33 do sexo masculino (77%) e 10 (23%) do sexo feminino; 25 pacientes com lesões em orofaringe, sendo 23 do sexo masculino (92%) e 2 do sexo feminino (8%). Mosele et al. (2008) fizeram um levantamento epidemiológico dos casos de CEC registrados no Serviço de Diagnóstico Histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS no período de 1984 a 2006 e registraram do total de 80 casos, 62 indivíduos do sexo masculino (77,5%) e 18 do sexo feminino (22,5%); corroborando com o resultado do presente estudo onde 60% dos casos ocorreram no sexo masculino e 40% o sexo feminino.

Esse estudo apresentou maior frequência de neoplasia labial representando 39% dos casos diagnosticados ao longo de 10 anos. Segundo o estudo de Antunes e

Antunes (2004), de 25 a 30% dos tumores que acometem a cavidade oral são de lábio, assim como o estudo de Krolls e Hoffman (1976) que de 14.253 casos levantados, 38% foram de neoplasias do lábio inferior. Mosele et al. (2008) também encontraram como sítio mais acometido o lábio inferior, sendo 23,7% dos casos, seguido do assoalho bucal com 18,7% e língua com 17,5% em ambos os sexos.

O câncer bucal tende a ocorrer no lábio inferior, visto que a localização é a mais exposta a fatores de risco, com predominância de 32% no sexo masculino e 50% no sexo feminino, sendo entre a 5ª e 7ª décadas de vida; maior na 6ª década no presente estudo. Assim como o estudo de Werner e Fontanella (2009) que também relataram o aumento do número de casos em mulheres no último século podendo estar atribuído a mudanças de hábitos pelas mulheres, como maior consumo de álcool e tabaco. Em contrapartida, o estudo de Werner e Fontanella (2009), realizado em Porto Alegre, no Hospital Santa Rita, em que foram levantados dados de 65 prontuários de pacientes, a região mais acometida foi a língua em 50,73% dos casos. Em relação a neoplasia mais acometida ter sido labial, pode estar ligada ao regionalismo, pois no estado do Rio Grande do Sul há uma base forte na agricultura, em que os indivíduos se expõem a luz solar sem proteção, fazendo dessa localização a de maior prevalência (MOSELE et al., 2008). Bento Gonçalves pode ter sido o município com maior número de internações por câncer bucal por ser uma região de colonização italiana, onde há predomínio de pessoas com pele clara, além de ter forte apelo na agricultura predominantemente em regiões de interior, sendo uma cidade conhecida pela vitivinícola.

Segundo estudo de Borges et al. (2009), as capitais brasileiras com maior índice de mortalidade por câncer bucal são as regiões Sul e Sudeste, sendo o maior índice no sexo masculino. O presente estudo constatou que 11% das internações por câncer bucal resultaram em óbito e a maioria dos óbitos ocorreram por neoplasia maligna do lábio sendo mais frequente em mulheres. Em relação ao número de casos diagnosticados, houve baixa utilização da UTI. Biazevic et al. (2006) realizaram um estudo no estado de São Paulo, abrangendo um período de 22 anos em que encontraram uma tendência crescente de mortalidade por câncer bucal anual de 0,72%, sendo o câncer de língua responsável por mais de um terço desses óbitos, já o câncer de lábio se mostrou com tendência decrescente, diferente desse estudo. Isso

denota que cada região do país tem sua peculiaridade populacional e territorial, em que há propensões distintas em relação a maior prevalência de certos tipos de câncer.

Os tumores que acometem o grupo infanto-juvenil diferem de tumores de adultos em relação a localização, histologia e comportamento clínico; tendo esses tumores menor período de latência, normalmente crescem rapidamente e são mais agressivos (LITTLE, 1999). Na primeira década de vida a neoplasia maligna mais frequente foi a de palato, já em adultos essa neoplasia obteve maior número de internações apenas entre 50 a 59 anos. A faixa etária com maior tempo médio de internações e maior gasto foi de 0 a 9 anos, mostrando como realmente as manifestações da doença em crianças são mais rápidas e agressivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a idade de maior propensão a internação por câncer bucal foi entre 50 a 59 anos, acometendo mais indivíduos do sexo masculino. A neoplasia maligna de maior ocorrência e maior mortalidade foi a de lábio. 11% dos pacientes internados por câncer bucal foram a óbito, com baixa necessidade de utilização da UTI. Crianças de até 10 anos tiveram maior tempo médio de internação, bem como maior gasto médio.

Deve-se tomar medidas para reduzir os riscos de desenvolver o câncer bucal. A prevenção primária inclui hábitos de vida saudáveis, de modo a evitar a exposição a substâncias potencialmente causadoras de câncer. A prevenção secundária inclui a detecção e o tratamento das lesões pré-malignas (como lesões pelo vírus HPV, queilite actínica, entre outras) ou cânceres assintomáticos iniciais (INCA, 2018b).

Há maior necessidade de educação e promoção de saúde para profissionais e indivíduos em relação as lesões neoplásicas de câncer bucal, visto que com o diagnóstico precoce há diminuição da morbimortalidade e sequelas deixadas pelo tratamento tardio.

REFERÊNCIAS

- ALFAYA, T. et al. Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, p. 94-97, 2012.
- ANTUNES, A; ANTUNES, A. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, p. 295-300, 2004.
- BIAZEVIC, M. et al. Tendência de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22(10), p. 2105-2114, out. 2006.
- BORGES, D. et al. Mortalidade por câncer de boca e Condição sócio-econômica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2009.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistemas**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE; CENEPI. **Informe epidemiológico do SUS**. Brasília, 1992.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica – Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>>. Acesso em: 21 ago. 2018a.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018b.
- BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53(1), p. 63-69, 2007.
- BUENO, D. **Indicadores de Saúde**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/indicadores-de-saude/indicadores.php>>. Acesso em: 02 jan. 2018.
- CANTO, A. et al. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, p. 669-675, 2010.
- CASTRO, T. et al. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (HPV) conceitos Atuais: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 70, n. 4, jul./ago. 2004.
- CALZADILLA, O. Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano. Revisión bibliográfica. **Revista Cubana de Estomatologia**, Ciudad de La Habana, v. 39, n. 2, may./ago. 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510**, abr. 2016.
- COSTA, E; MIGLIORATI, C. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47(3), p. 283-289, 2001.
- DEDIVITIS, R. et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 70, n. 1, jan./fev. 2004.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

FALCÃO, M. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 1, jan. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 07 nov. 2017a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tipos de câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>>. Acesso em: 21 nov. 2017b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=RS>>. Acesso em: 26 nov. 2017c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Fatores de Risco**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>>. Acesso em: 06 mar. 2018a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Prevenção de fatores de risco**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>>. Acesso em: 27 ago. 2018b.

KOWALSKI, L. et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. **European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology**, v. 30, n. 3, p. 167-173, may 1994.

KROLLS, O; HOFFMAN, S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14.253 Cases by age, sex, and race of patients. **Journal of the American Dental Association**, v. 92, p. 571, 1976.

LA VECCHIA, C. et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. **Oral Oncology**, v. 33, p. 302-312, sep. 1997.

LEITE, A; GUERRA, E; MELO, N. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, v. 1, n. 3, jan./mar. 2005.

LEITE, I; KOIFMAN, A. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e orofarínge. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 44, n. 4, out. 1998.

LESSA, F. et al. Novas metodologias epidemiológicas: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9, 2000.

LITTLE, J. Epidemiology of childhood cancer. **IARC Scientific Publication 149**. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 1999.

MARCHIONI, D. **Fatores dietéticos e câncer oral: um estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo**. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2003.

MARTINS, R; GIOVANI, É; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, out./dez. 2008.

MOSELE, J. et al. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. **Revista Odonto**, São Bernardo do Campo, SP, n. 32, jul./dez. 2008.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Risk Factors**. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

PEREIRA, C. et al. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 30-39, 2012.

PISANI, P. et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. **International Journal of Cancer**, v. 83, n. 1, p. 18-29, sep. 1999.

PRADO, B; PASSARELLI, D. Uma nova visão sobre câncer bucal no consultório odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21(1), p. 79-85, jan./abr. 2009.

SANTOS, I; ALVES, T; FALCÃO, M; FREITAS, V. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Revista Odonto (Online)**, Recife, v. 10, n. 3, jul./set. 2011.

SASSI, L. et al. Incidence of second primary oral cancer tumors: a retrospective study. **Revista Odonto Ciência (Online)**, v. 25, n. 4, p. 367-370, dec. 2010.

SILVA, I. et al. Leucoplasia: uma revisão de literatura. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, jul./set. 2007.

VOLKWEIS, M; GARCIA, R; PACHECO, A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, jan./mar. 2010.

WERNER, J; FONTANELLA, V. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer bucal atendidos no Hospital Santa Rita, Porto Alegre/RS. **Stomatós**, v. 15, n. 28, jan./jun. 2009.

WESTRA, W. The pathology HPV-related head and neck cancer: implications for the diagnostic pathologist. **Semin Diagn Pathol**, v. 32(1), p. 42-53, jan. 2015.