

DIFERENÇAS REGIONAIS DA TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA E FARINGE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL, 1997-2004

Regional differences in mortality from oral and pharynx cancers in Rio de Janeiro state, Brazil, 1997-2004

Arn Migowski¹, Cláudia Medina Coeli²

RESUMO

Avaliar taxas padronizadas de mortalidade, por câncer de boca e faringe, para todas as regionais de saúde do estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de determinar as diferenças regionais, bem como subsidiar a priorização de ações de prevenção e controle deste câncer no estado. As taxas de mortalidade, por câncer de boca e faringe, foram ajustadas por meio do método direto de padronização, sendo calculados os intervalos de confiança de 95%. Foram utilizados dados da população masculina de 1997 a 2004, estratificados por regional de saúde. Foram obtidos indicadores relativos ao acesso à detecção e diagnóstico precoces e a tratamento especializado. Considerando os intervalos de confiança de 95%, foi possível identificar três estratos distintos. O primeiro é formado pela Região Metropolitana, que apresentou a maior taxa (9,3 por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo formado pelo Noroeste Fluminense, Baixada Litorânea e Região Serrana, sendo o último estrato formado pelas demais regiões. A baixa cobertura de assistência odontológica em todo o estado e dificuldade de acesso a tratamentos especializados, como radioterapia e cirurgia de cabeça e pescoço, são fatores que provavelmente influenciam as altas taxas de mortalidade encontradas.

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias bucais, neoplasias faríngeas, mortalidade, regionalização

ABSTRACT

To evaluate oral and pharynx cancers age-adjusted mortality rates for all Health Districts in the Rio de Janeiro state, in order to establish regional differences as well as subsidize the prioritization of cancer prevention and control actions in the state. Oral and pharynx cancer mortality rates were adjusted by age through the direct method of standardization. Male population data from 1997 to 2004 stratified by Health District were used. Indicators relative to risk factors for oral and pharynx cancer, access to early detection/diagnosis and specialized treatment were obtained. It was possible to identify three different groups using the 95% confidence intervals. The Metropolitan Region presented the highest rate (9.3 per 100,000 inhabitants), followed by the second group, which consists of the Lower Coastal, Mountainous and Northwestern districts. The last group consists of the remaining districts. Low dental care coverage in the whole state and difficulty in accessing specialized treatments, such as radiotherapy and head and neck surgery, are factors that probably influence the high mortality rates found.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Instituto Nacional de Cardiologia - Coordenação de Ensino e Pesquisa. Rua das Laranjeiras, nº 374, 5º andar - Laranjeiras, 22.240-006, Rio de Janeiro, RJ. Email: arnmigowski@yahoo.com.br

² Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ.

KEY WORDS

Mouth neoplasms, pharyngeal neoplasms, mortality, regional health planning

1. INTRODUÇÃO

Considerado mundialmente como um grande problema de saúde pública, o câncer de boca e faringe (C00 a C14 da CID-10) é, na realidade, um grupo de neoplasias malignas que reúne diversas topografias, como cavidade oral, lábios, língua, glândulas salivares, naso, oro e hipofaringe. Em geral, são carcinomas de origem epitelial, do tipo escamoso (epidermóide) (Vokes *et al.*, 1998). Os principais fatores de risco no mundo ocidental são o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Brasil, 2002a). Estudos caso-controlé realizados recentemente em São Paulo apresentaram evidências a respeito do papel de características dietéticas e ocupacionais como fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cavidade oral e orofaringe (Marchioni *et al.*, 2007; Andreotti *et al.*, 2006).

A taxa de incidência para esse câncer tem aumento expressivo após os 40 anos, ocorrendo predominantemente nos homens. A relação homem/mulher varia de acordo com a região pesquisada, sendo de 7 em Porto Alegre, 5,2 em São Paulo, 4 em Goiânia, 3 em Belém (Wünsch-Filho, 2002). A proporção entre o câncer de cavidade oral e o de faringe varia de acordo com o sexo, sendo maior entre as mulheres (Wünsch-Filho, 2002).

Segundo a estimativa de câncer para 2006, o câncer de cavidade oral (C00 a C10) é o quarto mais frequente nos homens (taxa bruta de incidência de 20,22 por 100 mil habitantes) e o sexto nas mulheres (6,71 por 100.000 habitantes) no estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2005b). Além disso, o município do Rio de Janeiro apresenta taxas ainda maiores, sendo a capital brasileira com maior taxa bruta de incidência de câncer de cavidade oral (homens e mulheres), estimada para o ano de 2006 (Brasil, 2005b). Estas taxas brutas de incidência, especialmente aquelas relativas ao sexo masculino, colocam o estado e o município do Rio de Janeiro entre as regiões com maiores taxas brutas de incidência de câncer de cavidade oral no mundo (Parkin *et al.*, 2002).

O câncer de boca é também uma importante causa de mortalidade no Brasil, possuindo alta letalidade, com uma sobrevida em 5 anos, independente do estadiamento, pouco maior do que 20% (Leite *et al.*, 1998; Oliveira *et al.*, 2006). O câncer de língua, a topografia mais freqüente no país, é também a de pior prognóstico (Leite *et al.*, 1998; Oliveira *et al.*, 2006). A taxa de mortalidade por câncer de boca (C00-C10) em homens no estado do Rio de Janeiro (RJ), padronizada pela população mundial, foi a maior entre todos os estados brasileiros entre 1995 e 1999 (Brasil, 2002a). A variação percentual anual estimada para a mortalidade por câncer de boca no Brasil indica uma tendência de aumento nas

taxas, tanto para homens, quanto para mulheres (Brasil, 2002a). Recentemente, o câncer de “lábio, cavidade oral e faringe” foi apontado como a segunda causa de anos potenciais de vida perdidos por câncer no sexo masculino no estado de São Paulo, só sendo superada pela topografia “traquéia, brônquios e pulmões” (Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2005).

Além de estratégias de prevenção primária, relativas ao combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, um ensaio randomizado indiano demonstrou, recentemente, que o rastreamento populacional de câncer de cavidade oral, através do exame clínico da boca, pode reduzir a mortalidade por este tipo de câncer, em homens com mais de 35 anos, expostos a fatores de risco e residentes em populações com alta prevalência desta neoplasia (Sankaranarayanan *et al.*, 2005).

O conhecimento das taxas padronizadas de incidência e mortalidade por câncer de boca e faringe é essencial para que sejam possíveis comparações entre diversas regiões. Além disso, o conhecimento das taxas de incidência e mortalidade por este câncer, por regiões utilizadas no planejamento em saúde, permite a organização dos serviços e programas de saúde para prevenção primária, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Apesar da relevância do tema, poucos estudos têm investigado as variações regionais da mortalidade e incidência do câncer de cavidade oral e faringe. A publicação mais difundida sobre o tema é *Cancer Incidence in Five Continents* da *International Agency for Research on Cancer*, que apresenta dados de incidência dos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos países para todas as topografias, incluindo algumas cidades brasileiras. McCartan *et al.* (2005) avaliaram as diferenças regionais na incidência do câncer de cavidade oral e faringe na Irlanda. Com relação a pesquisas brasileiras, três estudos, um realizado em São Paulo (Antunes *et al.*, 2001) e outros dois considerando as regiões Brasileiras (Boing *et al.*, 2006; Wünsch-Filho & Moncau, 2002), avaliaram a distribuição espacial da mortalidade deste grupo de neoplasias. No entanto, nenhum deles abordou as diferenças regionais no estado do Rio de Janeiro.

O objetivo do presente estudo é avaliar as taxas padronizadas de mortalidade de câncer de boca e faringe, para todas as regionais de saúde do estado do RJ, com a finalidade de compreender melhor sua situação epidemiológico-sanitária bem como subsidiar a priorização de ações de prevenção e controle deste câncer no estado.

2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico, com a utilização de dados secundários de mortalidade por câncer de boca e faringe de todas as regionais de saúde do estado do RJ, no período de 1997 a 2004.

Para os dados de mortalidade, a fonte de dados utilizada foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (Brasil, 2006b) e para os dados demográficos foram utilizados dados do IBGE (Brasil, 2006a).

Em função da agregação dos dados disponíveis, o grupo de topografias “câncer de boca, lábio e faringe” foi o escolhido (códigos C00 a C14 da CID-10). Foi realizado o cálculo da razão de óbitos entre homens e mulheres para todas as regiões. Entretanto, apenas as taxas de mortalidade para o sexo masculino foram calculadas, em função do pequeno número de óbitos no sexo feminino, o que ocasionaria grande flutuação de taxas, limitando sua utilidade para comparações (Curtin *et al.*, 2005).

As variáveis buscadas foram número de óbitos por câncer de boca, lábio e faringe em homens e população residente por regional de saúde de moradia e faixa etária para os anos de 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004. As faixas etárias utilizadas para o cálculo de taxas foram: zero a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos; 60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 e mais. Esta distribuição de faixas etárias foi escolhida por ser largamente utilizada na literatura (Parkin *et al.*, 2002).

As regionais de saúde consideradas foram: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba, Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana. A divisão da Região metropolitana em Metropolitana I e II, utilizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, não foi feita, em função de estes dados estarem agregados nos bancos de dados do Datasus (Brasil, 2006a).

As taxas de mortalidade foram ajustadas por meio do método direto de padronização (Curtin *et al.*, 2005; Vermelho *et al.*, 2002), tendo como base a População Padrão Mundial modificada por Doll *et al.* (Brasil, 2002b; Parkin *et al.*, 2002). A padronização de taxas permite que taxas de locais e períodos diversos sejam comparadas, evitando a influência das estruturas etárias das populações comparadas. Os intervalos de confiança de 95% das taxas padronizadas foram calculados através do *software* Stata 9.0^R.

Como auxílio para a interpretação dos resultados do estudo, foram obtidos indicadores relativos ao risco de desenvolvimento de câncer de boca e faringe (Índice de Desenvolvimento Humano), proporção de idosos e taxas padronizadas de mortalidade por câncer de pulmão, esta última considerada um *proxy* para a prevalência de tabagismo. A cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS foi usada, como indicador de acesso à detecção ou diagnóstico precoce. Com relação ao acesso a tratamento especializado, foram utilizados o número de CACON por mil casos anuais de câncer, a produção ambulatorial em radio-

terapia do SUS, o quantitativo de exames de anatomopatologia e o número de cirurgiões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS e a existência de radioterapia pelo SUS.

Não foram incluídos no grupo de indicadores dados sobre a prevalência da exposição aos dois principais fatores de risco para o câncer de boca e faringe – o tabagismo e o alcoolismo – em função da inexistência de dados sobre tabagismo no nível de agregação desejado e da pequena abrangência populacional dos dados sobre alcoolismo no estado, obtidos pelas equipes de Saúde da Família.

As taxas padronizadas de mortalidade por neoplasias malignas de traquéia, brônquios e pulmões foram calculadas para o mesmo período, com a mesma fonte de dados e com os mesmos métodos utilizados para o câncer de boca e faringe.

Os dados relativos ao Índice de Desenvolvimento Humano e à cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS foram obtidos no sítio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. A produção ambulatorial em radioterapia para o SUS e o quantitativo de exames de anatomopatologia basearam-se em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS para o período de 2000 a 2004 (Brasil, 2007b). Para o cálculo do número de cirurgiões de cabeça e pescoço cadastrados pelo SUS, foram considerados todos os médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para atendimento como cirurgiões de cabeça e pescoço em unidades próprias ou conveniadas ao SUS (Brasil, 2009).

O número de CACON por mil casos anuais de câncer foi calculado a partir de dados do sítio do Instituto Nacional de Câncer e da população das regionais de saúde no ano de 2006 (Brasil, 2007a). Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) foram escolhidos por terem que possuir as diversas especialidades necessárias para a realização do tratamento dos pacientes com câncer de boca e faringe, como cirurgia de cabeça e pescoço, radioterapia e quimioterapia e cuidados paliativos, para seu cadastramento no SUS. O método de cálculo deste último indicador baseou-se na portaria 741 do Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), que define que a cobertura de um CACON deve corresponder a uma região com mil casos novos anuais de câncer. Por falta de dados sobre a incidência de câncer nas regiões do estado, utilizou-se a estimativa de incidência para o estado em 2006, dividindo o número total de forma proporcional ao quantitativo populacional de cada região no mesmo ano, e a estimativa de incidência para a capital como parâmetro para a Região metropolitana.

3. RESULTADOS

Com relação à distribuição etária na população masculina, a Baía da Ilha Grande, a Baixada Litorânea e o Norte Fluminense têm uma população mais jovem,

com maior percentual de crianças e adolescentes e menor percentual de idosos, quando comparadas às demais regiões do estado (Tabela 1).

Tabela 1

Indicadores demográficos e fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço.

Regional de Saúde	População*	Percentual de indivíduos com 60 anos ou mais**	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Taxa padronizada de mortalidade por câncer de pulmão por 100.000 hab. (IC 95%)
Baixada Litorânea	306.089	8,4	0,78	21,4 (19,1 ; 23,7)
Baía da Ilha Grande	81.266	6,1	0,78	24,3 (18,7 ; 29,8)
Centro-Sul Fluminense	127.734	9,6	0,76	19,0 (16,0 ; 22,0)
Metropolitana	5.343.078	9,2	0,76 / 0,77 [§]	30,7 (30,1 ; 31,3)
Médio Paraíba	395.652	8,2	0,78	22,2 (20,2 ; 24,2)
Noroeste Fluminense	150.610	10,5	0,73	23,2 (20,2 ; 26,2)
Norte Fluminense	355.650	8,5	0,74	19,7 (17,7 ; 21,7)
Serrana	376.852	9,3	0,75	22,1 (20,1 ; 24,0)

* População de homens no ano de 2003

** Em percentual da população total do período de 1997 a 2004

§ Respectivamente das regiões Metropolitana I e II

Como esperado, houve um predomínio do número de óbitos entre homens em relação às mulheres. A razão de óbitos entre homens e mulheres variou de pouco mais de 2:1 na Baixada Litorânea a quase 5:1 no Noroeste Fluminense no período estudado.

Com relação aos fatores de risco, o Noroeste Fluminense apresentou o pior IDH do estado e a maior proporção de idosos. A Região Metropolitana apresentou a maior taxa padronizada de mortalidade por câncer de pulmão, enquanto todas as outras regionais apresentaram taxas sem diferenças estatisticamente significativas.

No que tange aos indicadores assistenciais, Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea, não possuíam nenhum cirurgião de cabeça e pescoço atendendo pelo SUS, nenhum procedimento de radioterapia pelo SUS e nenhum CACON (Tabela 2). Além disto, a Baixada Litorânea foi a regional com menor número de procedimentos de anatomopatologia por caso novo de câncer. A cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS foi baixa em todas as regionais.

As taxas brutas de óbito na população masculina da Região Metropolitana e do Noroeste Fluminense destacam-se em relação às demais (Tabela 3). Após a padronização das taxas pela população mundial, verificou-se aumento em todas as regiões, especialmente na Baía da Ilha Grande e na Baixada Litorânea. Con-

siderando os intervalos de confiança de 95% das taxas padronizadas, as regiões podem ser agrupadas em três estratos (Tabela 3 e Figura 1). O primeiro é formado pela Região Metropolitana, que apresentou a maior taxa, sendo seguido pelo grupo formado pela Baixada Litorânea, Região Serrana e o Noroeste Fluminense, o último estrato é formado pelas demais regiões.

Tabela 2
Indicadores de atenção à saúde

Regional de Saúde	Cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS(%)	Quantidade de procedimentos de Anatomopatologia por caso novo de câncer	Nº de cirurgões de cabeça e pescoço por 100.000 hab.	Existência de Radioterapia pelo SUS	Número de CACON por 1.000 casos de câncer
Baixada Litorânea	24	0,03	0,00	Não	0,0
Baía da Ilha Grande	23	1,29	0,00	Não	0,0
Centro-Sul Fluminense	35	0,44	0,00	Não	0,0
Metropolitana	22 / 10 [§]	3,20	0,05	Sim	0,5
Médio Paraíba	—	1,07	0,16	Sim	0,0
Noroeste Fluminense	35	0,60	0,16	Sim	2,1
Norte Fluminense	29	1,11	0,55	Sim	0,9
Serrana	17	1,21	0,09	Sim	0,0

§Respectivamente das regiões Metropolitana I e II

Tabela 3
Taxa de mortalidade por neoplasia de boca, lábio e faringe, por regional de saúde de moradia (RJ), de 1997 a 2004 – Homens.

Região	Taxa Bruta *	Taxa Padronizada (IC 95%) **
Baixada Litorânea	6,50	7,91 (6,62 ; 9,21)
Baía da Ilha Grande	3,93	5,45 (3,16 ; 7,74)
Centro-Sul Fluminense	4,94	5,57 (3,98 ; 7,16)
Metropolitana	8,26	9,30 (8,98 ; 9,62)
Médio Paraíba	5,04	6,09 (5,11 ; 7,06)
Noroeste Fluminense	7,68	7,99 (6,32 ; 9,66)
Norte Fluminense	4,12	4,94 (4,02 ; 5,86)
Serrana	6,62	7,08 (6,07 ; 8,08)

* População acumulada no período de 1997 a 2004

** Intervalo de Confiança de 95% para as taxas padronizadas

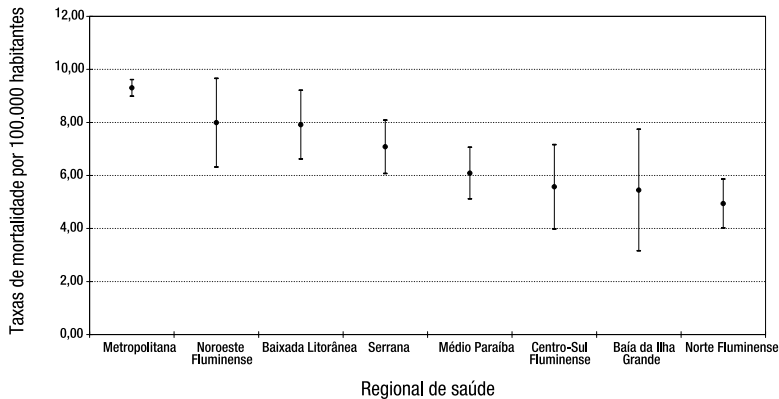


Figura 1

Taxas de mortalidade por neoplasia de boca, lábio e faringe (IC 95%), ajustada por idade, e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, segundo regional de saúde de residência, no período de 1997 a 2004 – Homens.

A variação de amplitude dos intervalos de confiança entre as regiões deve-se à grande variabilidade dos contingentes populacionais envolvidos. Com populações menores, como a da Baía da Ilha Grande e Centro-Sul Fluminense, ocorre maior flutuação de taxas e maior amplitude dos intervalos de confiança em torno das taxas pontuais.

4. Discussão

A cobertura de primeira consulta odontológica pelo SUS na região, foi baixa para todas as regionais de saúde (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2007), afetando principalmente a população de baixa renda, justamente o grupo populacional com maior risco de desenvolvimento das neoplasias estudadas.

A maior taxa de mortalidade de câncer de cavidade oral e faringe na Região Metropolitana pode ter diversas explicações. Como suas taxas padronizadas de mortalidade por câncer de pulmão também são as maiores do estado, é possível que a prevalência de tabagismo seja maior na região, ocasionando maior risco de desenvolvimento das neoplasias de boca e faringe. Um estudo irlandês que avaliou a variação regional da incidência de câncer de cavidade oral e faringe, também demonstrou a existência de maiores taxas de incidência nas regiões de maior aglomeração urbana (McCartan *et al.*, 2005). A maior concentração de serviços de saúde especializados em tratamento oncológico (CACON) nessa região também poderia funcionar como atrativo para mudança de domicílio de pacientes em tratamento para câncer, aumentando sua taxa de mortalidade.

A padronização de taxas, ideal para a comparação entre diferentes regiões, apontou a Baixada Litorânea como uma região com alta mortalidade por câncer de boca e faringe, o que era inicialmente desvalorizado pelas taxas brutas, em função do perfil mais jovem da população desta região. Esta regional apresentou os piores indicadores assistenciais do estado, tanto no acesso à detecção ou diagnóstico precoce, quanto no diagnóstico histológico e em todas as modalidades de tratamento. Estas deficiências assistenciais podem ter conseqüências na sobrevida média dos pacientes, aumentando a mortalidade.

A elevada taxa de mortalidade na Região Noroeste está, provavelmente, relacionada ao baixo Índice de Desenvolvimento Humano da região, o menor do estado (Neto *et al.*, 2004), o que é reconhecidamente associado a um maior risco de desenvolvimento de câncer de boca, seja por sua associação com o alcoolismo e tabagismo, seja por mecanismos ainda desconhecidos (Antunes *et al.*, 2001). Além disso, as baixas condições de vida estão associadas a um pior prognóstico dos pacientes com câncer de boca e faringe (Antunes *et al.*, 2001). Contudo, com relação aos indicadores de assistência à saúde, a região apresenta bom desempenho, quando comparada às demais regionais do estado. O bom desempenho nestes indicadores assistenciais poderia, também, explicar a elevada mortalidade, pela melhoria do diagnóstico de câncer de cavidade oral e faringe, além da atração de doentes com câncer de outras regionais. Todavia implicariam, também, em uma melhoria prognóstica, com diagnóstico precoce e tratamento adequado, o que, por outro lado diminuiria a taxa de mortalidade.

É importante ressaltar que as taxas de mortalidade por doenças crônicas e, especialmente por câncer, não são representações exatas das taxas de incidência do respectivo agravo. Porém, a inexistência de registros de câncer de base populacional, no estado do RJ, impede o conhecimento real da incidência de neoplasias no estado. Este estudo foi baseado em dados secundários oriundos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Um estudo recente demonstrou a confiabilidade e a validade (através de revisão de prontuários) das estatísticas sobre mortalidade por câncer de boca no município do Rio de Janeiro (Queiroz *et al.*, 2003). Entretanto, a existência de sub-registro de óbitos no estado deve ser considerada (Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2002). Se o sub-registro fosse diferencial entre as regiões, por diferenças no acesso ou qualidade a recursos diagnósticos e terapêuticos entre as regiões, sua correção implicaria em taxas mais altas para algumas regiões do estado.

Outra limitação do estudo é o nível de agregação de topografia, que inclui diferentes tipos de câncer com fatores determinantes diferenciados (McCartan *et al.*, 2005; Leite *et al.*, 1998; Franceschi *et al.*, 2000). O acesso a informações topográficas mais detalhadas, acompanhadas da análise de séries temporais possi-

bilitaria estudar o comportamento dos cânceres mais visíveis e, portanto, passíveis de prevenção, como os de lábio, gengiva e língua, e daqueles codificados como outras partes da boca e faringe, indicadores de diagnóstico tardio (Boing *et al.*, 2006; Antunes *et al.*, 2001). Porém, a diferenciação do câncer de cavidade oral e faringe é difícil em estágios avançados da doença, já tendo sido relatado um nível de má classificação de cerca de 6%, o que dificulta a separação destas topografias especialmente em estudos de mortalidade (Franceschi *et al.*, 2000).

Mesmo com a considerável variabilidade entre regiões, as taxas padronizadas de todas as regionais de saúde do estado do RJ estão entre as mais altas do Brasil (Brasil, 2002a). Além das altas taxas de incidência (Brasil, 2005b), a alta mortalidade no estado pode, também, ser reflexo do diagnóstico tardio e do retardo na instituição de terapêutica adequada. Em um estudo realizado entre 1986 e 1987, no Hospital do Câncer I (município do Rio de Janeiro), 80% dos pacientes apresentavam doença estagiada como III ou IV no momento do diagnóstico (Leite *et al.*, 1998). Nesse estudo, o tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico histológico foi de mais de 15 meses e o tempo médio entre a suspeita clínica e a confirmação histológica excedeu os nove meses (Leite *et al.*, 1998). Dados atuais, do Registro Hospitalar de Câncer do mesmo hospital, demonstram que houve uma maior precocidade no diagnóstico dos casos de câncer de cavidade oral e faringe, com 73% dos casos com câncer avançado, no período de 1999 a 2004. No entanto, esta proporção ainda é muito elevada em comparação com a observada em outros hospitais brasileiros (Carvalho *et al.*, 2001; Dedivitis *et al.*, 2004).

5. Conclusões

As taxas de mortalidade por câncer de boca e faringe, de todas as regiões do estado do RJ, estão entre as maiores do Brasil. Além da elevada prevalência de fatores de risco, a baixa cobertura de assistência odontológica em todo o estado e dificuldade de acesso a tratamentos especializados, como radioterapia e cirurgia de cabeça e pescoço, são fatores que provavelmente influenciam as altas taxas de mortalidade encontradas.

Na Região Metropolitana, que apresentou a maior taxa (9,3 por cem mil habitantes), e o Noroeste Fluminense, as altas taxas de mortalidade encontradas devem estar relacionadas à maior prevalência de fatores de risco como o tabagismo e o alcoolismo. É possível ainda, que a mortalidade na Região Metropolitana seja influenciada pelo óbito de pacientes que mudam o município de residência em busca de tratamento.

A Baixada Litorânea, teve a terceira maior taxa do estado, a região os piores indicadores assistenciais estudados, apresentando deficiências em toda a linha de

cuidado dos pacientes com câncer de boca e faringe.

Ações para o melhor acompanhamento do comportamento deste agravo, como a reativação dos registros de base populacional, devem ser consideradas como prioridade. Pesquisas sobre a prevalência de fatores de risco nas regionais do estado, acompanhadas de estudos qualitativos sobre o tema, poderão subsidiar políticas específicas para o controle do tabagismo e do alcoolismo nas diversas regiões do estado. A implantação de registros hospitalares de câncer, em unidades com atendimento oncológico, permitiria melhor avaliação do acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ANDREOTTI, M.; RODRIGUES, N. A.; CARDOSO, L. M. N.; FIGUEIREDO, R. A. O.; ELUF-NETO, J.; WÜNSCH-FILHO, V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 543 - 352, 2006.
- ANTUNES, J. L. F.; BIAZEVIC, M. G. H.; ARAÚJO, M. E.; TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. E. M.; NARVAI, P. C. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980 -1998. *Oral Oncology*. v. 37, p. 345 -350, 2001.
- BOING, A. F.; PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979–2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 20, n. 1, p. 1 - 8, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. 2009. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 mai. 2009.
- _____. *Portaria nº 741*, de 19 de dezembro de 2005a. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/sas05/sasdez05.htm>>. Acesso em: 2 mai. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *DATASUS. Dados demográficos*. 2006a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtrj.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2006.
- _____. *Estatísticas vitais*. 2006b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprij.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Atlas de mortalidade-por câncer no Brasil 1979 - 1999*. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

_____. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005b. 98p.

_____. *Falando sobre câncer de boca*. Rio de Janeiro: INCA, 2002b. 52p.

_____. *Onde se tratar de câncer pelo SUS*. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/ondetratar_sus.asp>. Acesso em: 8 mar. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de informações ambulatoriais do SUS SIA/SUS*. 2007b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/parj.def>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

CARVALHO, M. B.; LENZI, J.; LEHN, C. N.; FAVA, A. S.; AMAR, A.; KANDA, J. L.; WALDER, F.; MENEZES, M. B.; FRANZI, S. A.; MAGALHÃES, M. R.; CURIONI, O. A.; MARCEL, R.; SZELIGA, S.; SOBRINHO, J. A.; RAPOPORT, A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 47, n. 3, p. 208 - 214, 2001.

CURTIN, L. R.; KLEIN, R. J. *Direct Standardization (Age-Adjusted Death Rates)*. *Health People 2000 – Statistical Notes; nº 6*. Centers for Disease Control and Prevention/ National Center for Health Statistics, 2005.

DEDIVITIS, R. A.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C. B.; GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*. v. 70, n. 1, p. 35 - 40, 2004.

FRANCESCHI, S.; BIDOLI, E.; HERRERO, R.; MUÑOZ, N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*. v. 36, p. 106 -115, 2000.

LEITE, I. C. G.; KOIFMAN, S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Oral Oncology*. v. 34, p. 347 - 352, 1998.

MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M.; GÓIS-FILHO, J. F.; KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, M. B.; ABRAHÃO, M.; LATORRE, M. R. D. O.; ELUF-NETO, J.; WÜNSCH-FILHO, V. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 553 - 564, 2007.

MCCARTAN, B. E.; COWAN, C. G.; HEALY, C. M. Regional variations in oral

cancer incidence in Ireland. *Oral Oncology*. v. 41, p. 677 - 686, 2005.

NETO, E.; AMORIM, E.; BLANCO, M.; ROCHA, R. *O desenvolvimento humano no estado do Rio de Janeiro na década de 90: uma análise comparada*. 2004. Disponível em: <<http://www.iets.org.br>>. Acesso em: 2 mar. 2007.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *Jornal Brasileiro Patologia e Medicina Laboratorial*. v. 42, n. 5, p. 385 - 392, 2006.

PARKIN, D. M.; WHELAN, S. L.; FERLAY, J.; TEPPA, L.; THOMAS, D. B. *Cancer Incidence in five continents*. v. IARC Scientific Publications n°. 155, VIII. Lyon: IARC, 2002.

QUEIROZ, R. C. S.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, S.; MONTEIRO G. T. R. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1645 - 1653, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; THOMAS, G.; MUWONGE, R.; THARA, S.; MATHEW, B.; RAJAN, B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *The Lancet*. v. 365, p. 1927 - 1933, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Fundação Oncocentro de São Paulo. *Mortalidade por câncer no estado de São Paulo: tendências temporais e características regionais 1987 a 2003*. São Paulo: FOSP, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Plano estadual de saúde 2005 - 2008*. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Nova%20Home/PES/index.shtml>>. Acesso em: 2 mar. 2007

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 33 - 55

VOKES, E. E. Head and neck cancer. In: FAUCI, A. S.; BRAUNWALD, E.; ISSELBACHER, K. J.; WILSON, J. D.; MALTIN, J. B.; KASPER, D. L. *Harrison's principles of internal medicine*. McGraw-Hill, 1998. p. 549 - 552.

WÜNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncology*. v. 38, p. 737 - 746, 2002.

WÜNSCH-FILHO, V.; MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 48, n. 3, p. 250 - 257, 2002.

Recebido em: 02/01/2009

Aprovado em: 04/06/2009