

# INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR NEOPLASIA DE ESÔFAGO EM MONTES CLAROS, MG

*HOSPITALIZATIONS AND DEATHS FROM ESOPHAGEAL CANCER IN MONTES CLAROS, MG, BRAZIL*

**Bruno Pires Santos<sup>a</sup>, Ewerton Nogueira Tolentino<sup>b</sup>, Frederico Raelmi Lopes Nobre<sup>c</sup>, Rafael Dourado Borges<sup>d</sup>, Henrique César Lancuna<sup>e</sup>, Marcos Vinícius Macedo de Oliveira<sup>f</sup>**

<sup>a</sup>brunopiressantos@hotmail.com, <sup>b</sup>entolentino@hotmail.com, <sup>c</sup>fredraelmi@gmail.com, <sup>d</sup>dourado898@hotmail.com, <sup>e</sup>henriquemed23@gmail.com, <sup>f</sup>mvmoliv@gmail.com

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – Montes Claros (MG), Brasil

Data de recebimento do artigo: 31/10/2016

Data de aceite do artigo: 15/02/2017

## ■ RESUMO

**Introdução:** O câncer de esôfago está em sexto lugar entre as principais causas de neoplasia maligna do mundo, representando, portanto, um desafio na medicina. **Objetivo:** Caracterizar as internações e óbitos por neoplasia de esôfago no município de Montes Claros, Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de delineamento quantitativo. Apresentou-se como universo de pesquisa a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde referente à taxa de internações e óbitos por neoplasia de esôfago no município de Montes Claros, no período de 2008 a 2015. Utilizou-se o software Microsoft Office Excel 12.0 para gerenciamento e análise dos dados. **Resultados:** O total de internações e óbitos por câncer de esôfago no período analisado foi equivalente a 3.055 e 274, respectivamente, tendo o ano de 2014 o maior registro de internações e óbitos. O sexo masculino apresentou 82% das internações e 78,46% dos óbitos, a faixa etária mais prevalente entre 50 a 69 anos (59,67% e 58,03%), sendo a maioria dos atendimentos em caráter de urgência (92,93% e 89,78%) e em regime privado (98,99% e 98,17%). **Conclusão:** O câncer de esôfago está entre as principais neoplasias no mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Diante deste fato, pode-se questionar a ineficiência das políticas de saúde no controle dessa enfermidade.

**Palavras-chave:** Neoplasia; esôfago; epidemiologia.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** Esophageal cancer is the sixth leading cause of malignant neoplasms in the world, representing therefore a challenge in medicine. **Objective:** To characterize the hospitalization and deaths due to esophageal cancer in the city of Montes Claros, Minas Gerais State, Brazil. **Materials and methods:** This is a retrospective, transversal and quantitative study. The database of the Hospital Information System of the Unified Health System was presented as the research universe referring to the hospitalization rate and the deaths due to esophageal cancer in the city of Montes Claros, from 2008 to 2015. We used Microsoft Office Excel 12.0 for data management and analysis. **Results:** The total number of hospitalizations and deaths from esophageal cancer during the study period was 3.055 and 274, respectively, and the year 2014 had the largest registry of admissions and deaths. Males presented 82% of admissions and 78.46% of deaths, with the most prevalent age group being between 50 and 69 years (59.67% and 58.03%) and the majority of assistances occurring on an emergency basis (92.93% and 89.78%) and in the private system (98.99% and 98.17%). **Conclusion:** Esophageal cancer is among the leading neoplasms in the world and is considered a serious public health problem. Given this fact, one can question the inefficiency of health policies in controlling this disease.

**Keywords:** Neoplasms; esophagus; epidemiology.

## Introdução

O câncer é um processo de disseminação incontrollável de células, podendo surgir em qualquer lugar do corpo, caracterizado pela multiplicação rápida e, consequentemente, pela invasão nos tecidos e órgãos<sup>1</sup>. É uma das maiores causas de mortalidade e morbidade no mundo, com mais de dez milhões de casos novos e mais de seis milhões de mortes por ano<sup>2</sup>.

O câncer de esôfago está em sexto lugar entre as principais causas de neoplasia maligna no mundo, representando 2% dos tumores malignos e a terceira causa de morte do trato gastrointestinal, com acometimento de mais de 450 mil pessoas no mundo e incidência crescente<sup>3</sup>. No Brasil, em 2012, ocorreram 10.420 novos casos, sendo 7.770 em homens e 2.650 em mulheres<sup>4</sup>.

Os principais tipos histológicos de câncer de esôfago são o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma que se diferenciam de acordo com seus fatores de risco e distribuições demográficas<sup>3</sup>. Segundo Felin et al.<sup>5</sup>, a neoplasia de esôfago pode estar associada aos seguintes fatores de risco: história familiar de câncer, sexo masculino, exposição a nitrosaminas, injúria térmica por bebidas quentes, deficiência de micronutrientes (riboflavina, retinol, ácido ascórbico, alfatocoferol, selênio, magnésio, zinco), dieta pobre em frutas e vegetais frescos, radiação, abuso de álcool e tabaco, lesões cáusticas do esôfago, acalasia ou infecção pelo papilomavírus humano. Além dos fatores já citados, o esôfago de Barrett é reconhecido como um fator de risco para o câncer de esôfago<sup>6</sup>. Conforme Ximenes et al.<sup>7</sup> as principais manifestações clínicas da doença são odinofagia, disfagia, perda de peso, dor torácica, febre, fadiga, desidratação e alteração no timbre da voz. A disfagia, geralmente, é progressiva, com necessária ingestão de líquidos durante a deglutição e o emagrecimento pode chegar a 10 kg em quatro meses.

O grande desafio na medicina é estabelecer o diagnóstico do câncer de esôfago no estágio inicial, quando os pacientes encontram-se assintomáticos e as alterações endoscópicas são discretas. O método mais eficaz para rastreamento da neoplasia esofagiana é a endoscopia digestiva alta, especialmente quando associada a técnicas de cromoscopia<sup>4</sup>. O prognóstico é baixo, com uma taxa de sobrevida de 15% em cinco anos. Se o diagnóstico ocorrer cedo, o prognóstico é significativamente melhor, com índice de sobrevida de 95% em cinco anos<sup>8</sup>.

As neoplasias de esôfago devem ser abordadas de acordo com o paciente, as características do tumor, a disponibilidade e a experiência de equipes multidisciplinares e equipes cirúrgicas<sup>7</sup>. Uma das alternativas de tratamento, conforme Felin et al.<sup>5</sup>, é a ressecção endoscópica na neoplasia esofagiana superficial.

Este estudo objetivou caracterizar o índice de internações e óbitos por neoplasia maligna de esôfago no município de Montes Claros (MG) entre 2008 e 2015.

## Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de caráter descritivo e quantitativo. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>, referentes à taxa de internações por neoplasia maligna de esôfago ocorridas no município de Montes Claros (MG), Brasil (16 44' 06" S 43 51' 43" O), no período de 2008 a 2015. Na cidade existem seis hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos. São exemplos de hospitais da cidade o Aroldo Tourinho, o Clemente de Faria (Universitário), a Fundação Hospitalar Dilson de Quadros Godinho, o Alpheu de Quadros, e a Santa Casa, que é considerado o maior estabelecimento de saúde da região do norte de Minas Gerais.

Utilizou-se o software Microsoft Office Excel 12.0 para gerenciamento e análise dos dados.

As variáveis avaliadas foram: número de internações de acordo com sexo; faixa etária entre 0 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 69 anos e maior ou igual a 70 anos; caráter de atendimento eletivo ou de urgência; regime de atendimento público ou privado; e número de óbitos por ano. Essas variáveis foram analisadas através do cruzamento dos dados dos pacientes internados por neoplasia maligna de esôfago durante o período citado confrontadas com a porcentagem de internações e óbitos.

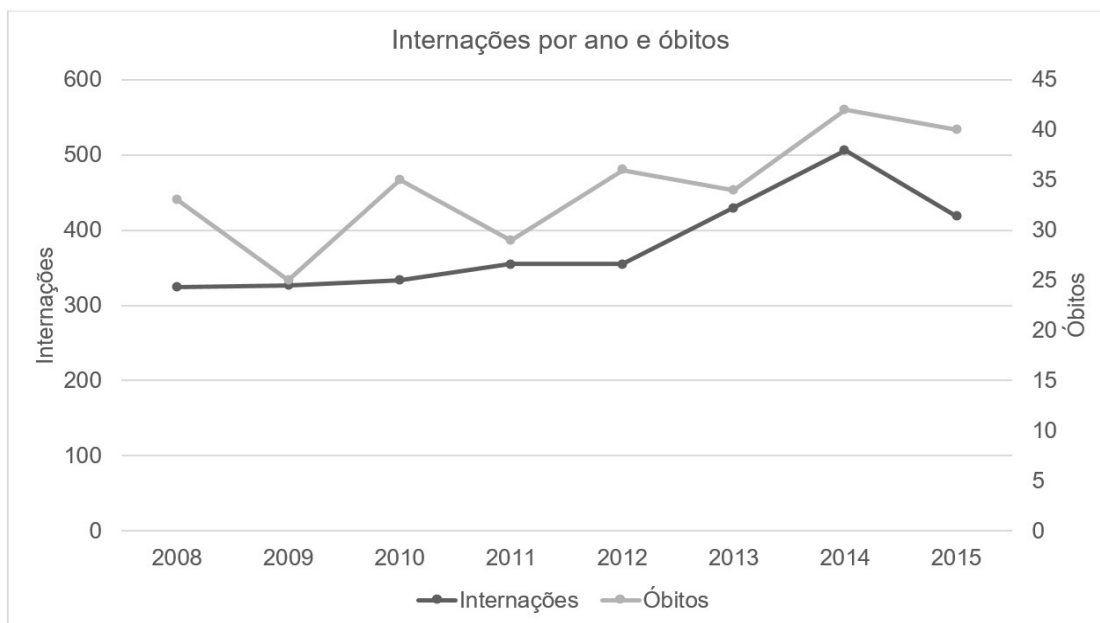
## Resultados

De acordo com os dados analisados sobre o índice de internações e óbitos por câncer de esôfago durante o período de 2008 a 2015, foi verificado no município de Montes Claros (MG) um total de 3.055 internações e 274 óbitos. Com relação às internações, observou-se uma progressão ascendente entre o período de 2008 (324 internações) a 2014 (506 internações), exceto entre os anos de 2011 a 2012 (355 internações), em que os índices permaneceram estáveis. Já no ano de 2015 houve um decréscimo de 17% (419 internações) em relação a 2014 (506 internações). Variação também foi notada de 2012 (355 internações) para 2013 (430 internações), com aumento de 21%. Em relação ao número de óbitos, houve uma oscilação durante o período analisado, uma vez que em 2009 houve o menor número de óbitos (25 óbitos) acompanhado do menor número de internações.

Do mesmo modo, em 2014 ocorreu o maior número de óbitos (42 óbitos) acompanhado pelo maior número de internações no referido ano (Figura 1).

Segundo os dados sociodemográficos dos pacientes avaliados na Tabela 1, verificou-se uma maior prevalência de internações (82%) e óbitos (78,46%) no sexo masculino. A população entre 50 a 69 anos também

apresentou maior frequência de internações (59,67%) e óbitos (58,03%). Ao analisar o caráter de atendimento, o de urgência foi o que mais apresentou internações (92,93%) e óbitos (89,78%). No que se refere ao regime de atendimento, houve grande ocorrência de internações e óbitos (98,17%) em regime privado (98,99%).



**Figura 1:** Índices de internações e óbitos por neoplasia maligna de esôfago por ano, Montes Claros, MG, 2008-2015.

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

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos dos pacientes internados por neoplasia maligna de esôfago. Montes Claros, MG, 2008-2015.

Variável	Internações	Óbitos
<b>Sexo</b>		
Masculino	2508 (82%)	215 (78,46%)
Feminino	547 (18%)	59 (21,54%)
<b>Faixa etária</b>		
0 a 19 anos	8 (0,27%)	—
20 a 49 anos	692 (22,65%)	58 (21,16%)
50 a 69	1820 (59,67%)	159 (58,03%)
≥70 anos	535 (17,51%)	57 (20,80%)
<b>Caráter de atendimento</b>		
Eletivo	216 (7,07%)	28 (10,22%)
Urgência	2839 (92,93%)	246 (89,78%)
<b>Regime de atendimento</b>		
Público	31 (1,01%)	5 (1,83%)
Privado	3024 (98,99%)	269 (98,17%)
<b>Total</b>	<b>3055</b>	<b>274</b>

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

## Discussão

A pesquisa revelou um aumento aproximado de 30% e 22% nos índices de internações e óbitos, respectivamente, no período em estudo decorrente ao câncer de esôfago. Essa tendência ao aumento no número de óbitos é corroborada por Rêgo e Fonseca<sup>9</sup> em um estudo sobre a taxa de mortalidade por câncer de esôfago feito na cidade de Salvador e em todo o estado da Bahia, em que se chegou à conclusão de que há uma tendência ao aumento da mortalidade por câncer de esôfago. Entretanto, esse aumento da mortalidade não é encontrado no continente europeu, segundo estudo de Castro et al.<sup>10</sup>, onde notou-se uma queda da mortalidade de 7% em homens e 3% em mulheres, no período entre 1980 e 2011.

Diante deste fato, pode-se questionar a ineficiência das políticas de saúde no controle dessa enfermidade ou afirmar que houve uma melhora no sistema de informações. Conforme Oliveira et al.<sup>11</sup> tais achados podem não decorrer simplesmente do aumento da incidência dessa doença, mas serem o reflexo de um maior acesso aos métodos diagnósticos que, por sua vez, levou a uma maior notificação da *causa mortis*, ou mesmo, de uma maior exposição da população aos principais fatores etiológicos, resultando, assim, na maior magnitude do incremento das taxas.

É possível notar neste estudo que o número de internações por neoplasia maligna de esôfago de pacientes do sexo masculino é quatro vezes maior que os do sexo feminino. Este dado corrobora com a literatura, já que ela demonstra uma diferença significativa com valores de 73% das internações totais em homens num estudo feito por Razuk Filho e Martinez<sup>12</sup> e uma incidência maior entre o sexo masculino (3 a 4 vezes mais comum) do que entre as mulheres<sup>13</sup>.

Percebe-se que essa discrepância entre os sexos está associada às diferenças na exposição aos fatores de risco relacionados a essa neoplasia, principalmente a duração do hábito de fumar e consumo médio de álcool por dia, sendo ambos os comportamentos predominantemente masculinos<sup>14</sup>.

Com relação às internações segundo faixa etária, neste estudo os resultados corroboram com a literatura, que mostra uma maior frequência a partir dos cinquenta anos de idade, sendo rara a ocorrência antes dos trinta anos. A idade média à época do diagnóstico e internação é de aproximadamente 67 anos. O risco de desenvolvimento de câncer de esôfago está relacionado principalmente ao maior tempo de exposição aos fatores de risco citados acima, e também com o baixo nível socioeconômico e hábitos alimentares<sup>9</sup>.

Quanto ao caráter de atendimento, as situações clínicas que caracterizam a urgência das internações por neoplasia de esôfago estão associadas à doença localmente avançada, podendo cursar com sangramento, perfurações ou obstrução.

Notou-se ainda que a maioria das internações ocorreu pelo regime privado, mediante sua maior eficiência e agilidade em diagnosticar e tratar essa afecção<sup>15</sup>.

A neoplasia de esôfago é um tumor de caráter insidioso, altamente agressivo com diagnóstico, na maioria dos casos, tardio e prognóstico muito individualizado<sup>16</sup>. Com isso, o número de detecção precoce que favoreceria o tratamento é menor e, associado a isso, existe a própria dificuldade de logística da saúde pública no Brasil que demora cerca de dois a três meses do tempo de diagnóstico até o início do tratamento do indivíduo. As principais barreiras que retardam o acesso pleno, equânime, rápido da população ao diagnóstico e tratamento são as disponibilidades de serviços e distribuição geográfica, existência e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, o dinheiro gasto e o modelo assistencial<sup>17</sup>. Portanto, apesar da maior possibilidade de acesso aos métodos diagnóstico e a melhor exposição de informações sobre os fatores de risco da neoplasia de esôfago, há uma ineficiência do sistema público em diagnosticar e tratar essa afecção precocemente. Consequentemente, esses pacientes são direcionados ao sistema privado, acarretando impacto financeiro em suas vidas. A adoção de políticas públicas voltadas ao cuidado de pacientes com neoplasia de esôfago é uma forma de promover o diagnóstico precoce, melhorar o prognóstico e amenizar o custo terapêutico da doença.

Este estudo aponta a necessidade de maiores investigações sobre essa doença, visto o elevado número de internações e óbitos registrados. No entanto, vale salientar que o estudo de dados brutos através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde não possibilitou fazer análises mais profundas das variáveis investigadas, restringindo apenas à descrição das mesmas, sem investigação de outros fatores de risco e seus impactos sobre o diagnóstico e prognóstico da doença. Segundo o Inca<sup>13</sup>, o câncer de esôfago encontra-se com aumento da sua incidência, sendo, então, considerado um grave problema de saúde pública. É fundamental, portanto, o conhecimento dessa afecção e de fatores de risco a ela associados para o estabelecimento precoce do seu diagnóstico e a promoção de maior eficácia no tratamento. A partir dessas medidas torna-se possível reduzir a morbimortalidade e as internações em consequência da neoplasia de esôfago.

## Conclusão

O índice de internações por neoplasia de esôfago durante o período analisado apresentou um aumento considerável até o ano de 2014, com uma queda após esse período, sendo que o número de óbitos, apesar das constantes variações, apresentou-se maior no ano em que houve o

índice superior de internações. Além disso, notou-se que o sexo masculino e a faixa etária de 20 a 59 anos concentram os maiores números de internações e óbitos, que ocorrem com mais frequência no caráter de urgência do sistema de saúde privado. Questiona-se, assim, a ineficiência das políticas de saúde no conhecimento e controle dessa afecção.

## Conflito de interesses

Apresentamos que o artigo intitulado “Internações e óbitos por neoplasia de esôfago em Montes Claros, MG” não possui conflito de interesses econômicos, éticos e operacionais que comprometam a fidedignidade dos dados e sua isenção científica, tanto em sua análise como apresentação.

## Referências

1. Santos BPD, Schwartz E, Feijó AM, Muniz RM, Zillmer JGV, Viegas ADC. Prontuário oncológico: instrumento de informação da doença e do tratamento. *Rev Aten Saúde*. 2015;13(46):99-106.
2. Cavalcante MLE, Chaves F, Ayala ALM. Câncer de mama: sentimentos e percepção das mulheres mastectomizadas. *Rev Aten Saúde*. 2016;14(49):41-52.
3. Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD. Oesophageal carcinoma. *The Lancet*. 2013;381(9864):400-12.
4. Arantes V, Forero Piñeros EA, Yoshimura K, Toyonaga T. Avanços na abordagem do carcinoma precoce de esôfago. *Rev Col Bras Cir*. 2012;39(6):534-43.
5. Felin FD, Felin ID, Muller GH, Nedel DL, Nunes TF, Fernandes EL. O câncer de esôfago sob o enfoque da Biologia molecular. *Blucher Med Proceedings*. 2014;1(5):36.
6. Zhang Y. Epidemiology of esophageal cancer. *World J Gastroenterol*. 2013;19(34):5598-606.
7. Ximenes M, Piauilino MA, Vaz Neto JP. Linfoma esofágico primário. *Rev Col Bras Cir*. 2012;39(3):243-6.
8. Mota OM, Curado MP, Oliveira JC, Martins E, Cardoso DMM. Risk factors for esophageal cancer in a low-incidence area of Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(1):27-4.
9. Rêgo MAV, Fonseca AAD. Tendência da mortalidade por câncer de esôfago na cidade de Salvador e no estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012. *Rev Bras de Cancerologia*. 2014;60(1):25-33.
10. Castro C, Bosetti C, Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, Negri E, et al. Patterns and trends in esophageal cancer mortality and incidence in Europe (1980-2011) and predictions to 2015. *Ann Oncol*. 2014;25(1):283-90.
11. Oliveira JFP, Koifman RJ, Monteiro GTR. Câncer de esôfago: tendência da incidência e da mortalidade no município de Fortaleza, Ceará. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(3):359-66.
12. Razuk Filho M, Martinez JC. Caracterização das neoplasias malignas de esôfago e estômago no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Rev Fac Cienc Méd Sorocaba*. 2014;16(1):19-21.
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
14. Modena CM, Martins AM, Ribeiro RBN, Almeida SSL. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37(3):644-60.
15. Falcão PR, Freitas R, Cola C, Guimarães-Filho MC. Urgências em cirurgia oncológica abdominal para o cirurgião geral. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2009;8(1):89-94.
16. Feil CC, Dal Bosco SM. Câncer de esôfago e desnutrição: estudo de caso. *Dest Acad*. 2015;7(3):31-5.
17. Aquino R, Rodrigues M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. *Rev Saúde.com*. 2016;12(1):11-9.

### Como citar este artigo:

Santos BP, Tolentino EN, Nobre FRL, Borges RD, Lancuna HC, Oliveira MVM. Internações e óbitos por neoplasia de esôfago em Montes Claros, MG. *Rev. Aten. Saúde*. 2017;15(51):57-61.