

## MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR POR CÂNCER. RIBEIRÃO PRETO - SP, 1990/1993

*CANCER HOSPITAL MORBILITY AND MORTALITY IN THE CITY OF RIBEIRÃO PRETO, SP, 1990/1993.*

Maria Jacira Silva Simões<sup>1</sup>, Breno José Guanais Simões<sup>2</sup>

Docentes<sup>1,2</sup> dos Departamentos de: Ciências Biológicas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas<sup>1</sup> - UNESP; Medicina Social<sup>2</sup> da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CORRESPONDÊNCIA: Maria Jacira Silva Simões. Rodovia Araraquara-Jaú, km 1, CEP 14.801-902, Araraquara, SP.  
FAX (016) 222.0073 ou 232.1576

SIMÕES MJS & SIMÕES BJB. Morbimortalidade hospitalar por câncer. Ribeirão Preto, SP, 1990/1993. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29: 291-300, abr./set. 1996.

**RESUMO:** Estudou-se as taxas de morbidade e mortalidade hospitalar por tumores (grupo II da CID) em Ribeirão Preto, nos anos de 1990 a 1993, em pacientes atendidos nos hospitais gerais do município, realizando um levantamento dos dados das folhas de altas hospitalares. Os coeficientes de mortalidade hospitalar (CMH), por tumores malignos (câncer), apresentaram uma discreta variação e sempre maior entre os homens. A mortalidade, referente aos homens, diminuiu de 15,37%, em 1990, para 12,79% em 1993. Quanto à localização, em 1990 e 1991, os tumores dos órgãos respiratórios e intratorácicos apresentaram um CMH pouco acima de 20% e, em 1992 e 1993, a localização mais letal foi a dos órgãos digestivos e peritônio. A mortalidade por câncer entre as mulheres, em 1990, foi de 12,96%, em 1992, 7,61% e, em 1993, 9,22%. Durante o período, observou-se um aumento contínuo na proporção de internações, variando de 5,89%, em 1990, para 7,39% em 1993. Quanto à duração média de internação (DMI), diminuiu de 6,15 dias para 4,62 dias entre os homens e de 4,75 dias para 3,61 dias entre as mulheres. Entre os homens, houve um aumento das internações nas faixas etárias até 69 anos, subindo de 74,5% em 1990, para 85,5% em 1993. As neoplasias mais frequentes foram as de traquéia, brônquios e pulmões (CID-162) em primeiro (10%), em seguida as de estômago (CID-151), que diminuíram de 9 para 6%. Para as mulheres, não houve alterações nas faixas etárias no decorrer do estudo e o maior número de casos ocorreu na faixa de 40 a 59 anos (40%). Quanto às Neoplasias mais frequentes foram o câncer de mama (CID-174) com 11% (bem mais alto do que para as demais), em seguida as Neoplasias de colo de útero (CID-180), de ovário e anexos (CID-183) e leucemia mielóide (CID-205).

**UNITERMOS:** Mortalidade. Morbidade. Hospitais. Neoplasias.

### INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas estão entre as principais causas de mortalidade mundial, apresentando níveis crescentes nas últimas décadas, na maioria dos países<sup>1/11</sup>.

Os padrões de ocorrências de neoplasias malignas em diferentes regiões do mundo indicam, atualmente, grandes variações. Nos países em desenvolvi-

mento, em geral, observa-se taxas brutas de incidência, mais baixas que aquelas detectadas em nações desenvolvidas.

As análises estatísticas de mortalidade por neoplasias, no tempo, embora com algumas limitações, possibilitam avaliar as tendências do risco de morte por câncer associado à presença ou ausência de fatores ambientais no mesmo tempo e espaço geográfico<sup>1,3,4,9,11/17</sup>.

O câncer tem sido, juntamente, com as doenças do aparelho circulatório responsável pela maior parte das mortes nos países desenvolvidos e em grande número de países subdesenvolvidos.

Doll, 1980<sup>4</sup> comenta em sua pesquisa, que a urbanização é um importante fator extrínseco associado à determinação ambiental da doença, e que os fatores externos determinariam até 90% dos casos de câncer.

Segundo Joly, 1977<sup>6</sup>, progressivamente na América Latina, uma série de fatores tem transformado o câncer em relevante problema de Saúde Pública, sendo responsável, desde essa data, por cerca de 15% das mortes na maioria dos países latino-americanos.

As neoplasias que, em 1930<sup>18</sup>, ocupavam o quinto lugar, perfazendo apenas 2,7% do total de causas de morte no país, tiveram sua frequência relativa, consideravelmente, aumentada nas décadas seguintes. A partir de 1970, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ocupar o primeiro lugar entre as causas de morte, dando lugar a óbitos decorrentes das doenças do aparelho circulatório, das causas externas e do câncer.

Câncer é uma importante causa de óbito entre os indivíduos em idade produtiva, no Brasil. Em 1980, foi responsável por 10% de todos os óbitos registrados, já era a quinta causa de morte, sendo que, em regiões de melhor nível sócio-econômico, este percentual chegou a 14%, enquanto que, em áreas carentes, foi de 7%, guardando grandes diferenças regionais, tanto no que diz respeito ao quadro sócio-econômico, quanto ao perfil de morbimortalidade.

Segundo dados de 1991<sup>2</sup>, o câncer já representa a terceira causa isolada de morte no Brasil, e a segunda em alguns Estados e, até meados da década de 90, estima-se uma ocorrência anual de, aproximadamente, 200 mil casos e 90 mil óbitos por esta patologia.

Considerando-se que, para muitas das neoplasias malignas, a letalidade continua alta e a sobrevida limitada, na realidade este aumento da mortalidade por câncer reflete, em última instância, um aumento na incidência dos tumores malignos na população. É evidente, porém, que alguns fatores podem estar contribuindo para isto, entre eles destacam-se a melhoria da qualidade da informação sobre a mortalidade e o aumento da vida média da população, o que implica em maior tempo de exposição a fatores, potencialmente, cancerígenos ao longo desses anos.

Sendo assim, o conhecimento de diferenças

regionais, em termos de ocorrência do problema, é imprescindível para a complementação de programas assistenciais e preventivos. Segundo alguns autores<sup>12,19,20,21</sup>, as diferenças de frequência entre as regiões tropicais e temperadas não podem ser imputadas unicamente ao clima, mas, às marcadas diferenças sociais e econômicas.

As limitações hoje existentes, no que diz respeito à atualização dos dados e ao aprimoramento da informação, não invalidam o esforço para consolidação dos mesmos. Ao contrário, divulgá-los e torná-los mais acessíveis contribuirá, certamente, para melhorar sua qualidade, na medida em que qualquer sistema de informação tende a se aperfeiçoar na razão direta da utilização de seus dados.

Comenta Gianotti, 1995<sup>22</sup>, que no Estado de São Paulo estamos nos aproximando de 100.000 casos novos de câncer por ano, com cerca de 26.000 óbitos anuais pela doença.

Lebrão, 1994<sup>13</sup>, em estudo da evolução da morbidade hospitalar no Vale do Paraíba, SP, afirma que os coeficientes de internação de 1975 a 1988 tiveram um acréscimo de 225%.

O Sistema de Informação em Câncer é fundamental para o fornecimento de subsídios para melhor compreensão do problema no país. É a partir de dados de bases sólidas, que se garantem o reconhecimento da ocorrência do câncer nas diversas regiões do país, como também será possível traçar estratégias que visem à prevenção do câncer e à sua assistência.

Daí a proposta de levantar-se os dados de Ribeirão Preto, apresentando a tendência nesses quatro anos (1990 a 1993), para que as autoridades municipais e estaduais tenham subsídios para traçarem as estratégias que visem a melhor prevenção e a assistência no nosso meio.

## MATERIAL E MÉTODO

Os dados foram coletados das Folhas de Alta Hospitalar, codificadas e computadas no Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, referente aos anos de 1990 a 1993.

Na metodologia para codificação dos tumores, segundo o local de origem e natureza, usou-se a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 9 - 1975)<sup>23</sup>.

<b>Códigos</b>	<b>Grupos Diagnósticos</b>
140-149	= Neoplasma maligno do lábio, boca e faringe
150-159	= Neoplasma maligno dos órgãos digestivos e peritônio
160-165	= Neoplasma maligno dos órgãos respiratórios e intratorácicos
170-175	= Neoplasma maligno dos ossos, tecido conjuntivo, pele e mama
179-189	= Neoplasma maligno dos órgãos genitourinários
190-199	= Neoplasma maligno de outras localizações ou sem especificação
200-208	= Neoplasma maligno dos tecidos linfáticos e hematopoiéticos.
210-229	= Neoplasma benigno
230-238	= Neoplasma de comportamento incerto
239	= Neoplasma de natureza não especificada

Todos os diagnósticos principais do capítulo II da CID9 foram incluídos no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ribeirão Preto conta com 9 hospitais gerais, onde se internam pacientes com tumores (Cap. II da CID-9). Na Tabela I, observa-se o total de altas dos hospitais da cidade, independente da procedência dos pacientes, desde 1988 até 1993. Neste período de seis anos, observa-se um aumento de 23% nas altas; 20,4%,

nos óbitos e 53,2% nas altas por tumores com uma estabilidade no Coeficiente de Mortalidade Hospitalar (CMH), em torno de 3,4%. Este resultado indica um aumento das internações por tumores, maior do que as das altas em geral, e numa percentagem menor que a encontrada por Germano Neto, 1988<sup>24</sup>, em Ribeirão Preto.

Ao se analisar a proporção de pacientes com tumores, segundo a procedência local ou total, vemos que Ribeirão Preto passou a atrair mais pacientes de fora para se tratarem de tumores em 93 do que em 90, conforme Tabela II.

**Tabela I - Frequência das altas e óbitos, capítulo II da CID e C.M.H. (%) dos hospitais gerais de Ribeirão Preto, S.P. 1988 - 1993**

Ano	Alta	Óbitos	C.M.H.	CID- II	% de II
1988	79000	2699	3,42	4685	5,93
1989	79200	2666	3,37	5048	6,37
1990	84040	3073	3,66	4953	5,89
1991	86505	2898	3,35	5725	6,62
1992	91350	2993	3,28	6405	7,01
1993	97169	3249	3,34	7178	7,39

**Tabela II - Distribuição dos pacientes internados com tumores, segundo a procedência**

Ano	Local (1)	Óbitos	CLH CID-II	Total (2)	% do (1/2) local/total
1990	2750	250	9,1	4953	55,5
1991	3155	255	8,1	5725	55,1
1992	3074	182	5,9	6405	42,8
1993	3457	248	7,2	7178	48,2

OBS.: Dados de coeficiente de letalidade hospitalar.

Em trabalhos anteriores<sup>12,25,26</sup> com informações de 1989, os valores, segundo dados do Cap. II, foram 2380 (47,1%) altas de Ribeirão Preto, no total de 5048 internações por tumores. Ou seja, só em 1990 e 1991 é que pacientes residentes na cidade ultrapassaram os que vinham de fora. Quanto aos pacientes com tumores e de Ribeirão Preto, houve um aumento de 25,7%, de 1990 a 1993<sup>26,27</sup>. Se compararmos estes resultados com a Tabela II no mesmo período, observamos que, de 1990 a 1993, os pacientes internados com tumores, procedentes de qualquer localidade, aumentaram em 44,9%, no período considerado. Estudos realizados por Lebrão et al.<sup>28</sup> em São Paulo, evidenciaram, também, um aumento das internações hospitalares por câncer, embora com diminuição dos coeficientes de mortalidade. Observa-se, ainda, que os óbitos apresentaram uma queda real no número de casos, diminuindo o Coeficiente de Letalidade Hospitalar por tumores (Cap. II da CID) de 9,1% para 7,2%. Contudo, em 1989, o CLH foi de 7,4%, quase igual ao de 1993. Isto sugere que a letalidade tem flutuado, sem apresentar uma tendência mais clara.

Na Tabela III, observada a distribuição das internações por tumores em Ribeirão Preto, nota-se que, em 1990, foram 2.750 altas, sendo 1.112 do sexo masculino (40,4%) e 1.638 (59,6%) do sexo feminino. Estes totais subiram para 3.457 altas, conservando as mesmas proporções de homens e mulheres, durante os quatro anos estudados. As internações por tumores sempre foram mais elevadas para as mulheres do que para os homens (em torno de 60% para as mulheres e 40% para os homens). Esses valores conferem com estudo anterior<sup>18</sup>, mas diferem de outros estudos, onde os homens têm maior número de casos de tumores<sup>9,29/32</sup>. Quanto à idade, observa-se que a proporção

de tumores é maior entre os homens na faixa etária até 19 anos e de 60 e mais anos, enquanto na faixa etária intermediária (20 a 59 anos) o predomínio é das mulheres, em todos os anos estudados. Dados do Estado de São Paulo<sup>33</sup> mostram um índice mais elevado nos homens, a partir dos 55 anos. E em Minas Gerais, Pioli et al., 1993<sup>34</sup>, encontraram um índice mais elevado nos homens entre 30 a 45 anos. O maior predomínio de tumores entre as mulheres nas faixas etárias de 20 a 59 anos se deve à maior incidência de tumores benignos. Segundo Hardy et al.<sup>35</sup>, há uma correlação entre as variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama. Pioli et al., 1993<sup>34</sup>, comentam que o câncer de colo de útero acomete mais freqüentemente mulheres na faixa etária de 30 a 45 anos, justamente na idade em que as pacientes, em sua maioria, já não se preocupam tanto com a reprodução e não procuram regularmente o ginecologista.

Na Tabela IV, tem-se a proporção dos casos, segundo a natureza e a localização, mais freqüente entre os homens e seus respectivos coeficientes de letalidade hospitalar. A proporção do total (altas mais óbitos) é maior entre os de natureza maligna (mais de 70%) do que os de outra natureza (abaixo de 30%). Entre os de natureza maligna, os tumores dos órgãos digestivo e do peritônio ocuparam o 1º lugar em 1990, 1991 e 1992, passando para 2º, em 1993. Os tumores dos órgãos respiratórios e intratorácicos ocuparam o 2º lugar, em 1990, 1991 e 1992, passando para 3º, em 1993. No ano de 1993, os tumores dos órgãos linfáticos e hematopoéticos passaram para o 1º lugar. Quanto ao coeficiente de letalidade hospitalar, observa-se que os tumores malignos apresentaram uma letalidade que variou de 15,37%, em 1990, a 11,06% em 1992. Já os de outra natureza, variaram de 3,14% em 1990 a

**Tabela III - Distribuição percentual das internações hospitalares por tumores, segundo sexo e faixa etária de pacientes, procedentes de Ribeirão Preto - S.P. 1990 - 1993**

Faixa etária	1990		1991		1992		1993	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0 - 19 a	13,6	7,0	14,9	9,7	15,7	8,8	22,3	10,8
20 - 39 a	10,1	22,3	15,9	19,4	16,2	23,4	11,8	20,0
40 - 59 a	26,5	41,3	24,6	40,1	29,1	39,2	30,2	42,4
60 - 69 a	24,4	15,0	21,0	16,3	19,9	14,0	21,1	14,4
70 - 79 a	17,4	11,1	19,6	11,0	15,2	10,7	9,5	9,4
80 e +	7,7	3,2	3,9	3,3	4,0	3,8	4,9	3,1
Prejudicado	0,4	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Quantidade	1112	1638	1244	1911	1218	1856	1396	2061

2,40%, em 1993. Os dois grupos que apresentaram maior letalidade foram os tumores dos órgãos digestivo e peritônio e o dos órgãos respiratórios e intratorácicos, ambos com uma letalidade próxima de 20%, destacando-se os tumores do aparelho respiratório. Para os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro<sup>12,30,36,37</sup> quanto à localização do câncer, a mais freqüente para o sexo masculino (exceção da pele) foi a do estômago. Em Campinas<sup>9</sup>, dados de 1993, a mortalidade maior

entre os homens foi para tumores localizados na traquéia, brônquio e pulmão, seguida da do estômago. Dados, também, coerentes com os encontrados por Gianotti Filho, 1995<sup>22</sup>, quando justifica ser o câncer um grande problema de saúde pública no Brasil. Afirmam Coleman et al., 1993<sup>3</sup> que a mortalidade por câncer, associada ao tabagismo, está aumentando rapidamente, enquanto que a mortalidade por outros tipos de câncer não é tão evidente.

**Tabela IV- Distribuição percentual das internações hospitalares de pacientes do sexo masculino com tumores, segundo a natureza, localização e condições de saída. Ribeirão Preto - S.P. ,1990 - 1993**

Ano de 1990	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	3,6	6,8	4,0	20,45
	Órgãos digestivo e peritônio	17,3	25,8	18,3	16,67
	Órgãos respiratório e intratorácico	12,0	22,7	13,3	20,27
	Ossos, pele e mama	8,7	2,3	7,9	3,41
	Órgão geniturinário	9,0	12,1	12,3	15,38
	Outras localizações ou não especificadas	5,6	10,6	6,2	20,29
	Tecido linfático e hematopoiético	12,3	12,1	12,3	11,68
	<b>Total</b>	<b>68,6</b>	<b>92,4</b>	<b>71,4</b>	<b>15,37</b>
	Outras naturezas	31,4	7,6	28,6	3,14
Ano de 1991	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	4,2	4,7	4,3	10,87
	Órgãos digestivo e peritônio	14,7	32,1	16,4	19,21
	Órgão respiratório e intratorácico	12,6	30,2	14,4	20,65
	Ossos, pele e mama	7,6	0,9	7,0	1,33
	Órgão geniturinário	12,9	7,5	12,4	5,97
	Outras localizações ou não especificada	6,4	9,4	6,7	13,89
	Tecido linfático e hematopoiético	11,1	7,5	10,8	6,90
	<b>Total</b>	<b>69,6</b>	<b>92,5</b>	<b>71,8</b>	<b>12,65</b>
	Outras naturezas	30,4	7,5	28,2	2,63
Ano de 1992	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	5,3	5,8	5,3	9,23
	Órgãos digestivo e peritônio	14,5	34,6	16,3	18,18
	Órgãos respiratório e intratorácico	12,0	23,1	13,0	15,19
	Ossos, pele e mama	8,0	2,9	7,6	3,26
	Órgão geniturinário	7,5	7,7	7,5	8,79
	Outras localizações ou não especificada	8,4	11,5	8,7	11,32
	Tecido linfático e hematopoiético	12,8	5,8	12,2	4,03
	<b>Total</b>	<b>68,6</b>	<b>91,3</b>	<b>70,5</b>	<b>11,06</b>
	Outras naturezas	31,4	8,7	29,5	2,51
Ano de 1993	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	5,3	4,9	5,2	9,59
	Órgãos digestivo e peritônio	15,4	31,9	17,1	19,25
	Órgãos respiratório e intratorácico	11,9	24,3	13,2	19,02
	Ossos, pele e mama	7,9	2,1	7,3	2,94
	Órgão geniturinário	6,5	7,6	6,6	11,96
	Outras localizações ou não especificada	7,5	11,8	8,0	15,32
	Tecido linfático e hematopoiético	19,6	11,8	18,8	6,49
	<b>Total</b>	<b>74,0</b>	<b>94,4</b>	<b>76,1</b>	<b>12,79</b>
	Outras naturezas	26,0	5,6	23,9	2,40

Na Tabela V, observa-se que as mulheres apresentaram uma maior proporção de tumores de outra natureza, quando comparadas com os pacientes do sexo masculino (próximo de 50%, no sexo feminino, e cerca de 30%, no sexo masculino). Isto nas mulheres, talvez, pelo maior número de casos com diagnósticos de mioma uterino. Lebrão<sup>3</sup>, também, encontrou este aumento de tumores benignos no útero, em pacientes

internados no período de 1975 a 1988. Entre os tumores de natureza maligna, em primeiro lugar, sempre estiveram os tumores dos ossos, pele e mama (de 1990 a 1993) e, em segundo, os tumores malignos dos órgãos geniturinário. Alguns dados internacionais e nacionais de câncer feminino mostram que o câncer de mama e estômago vêm aumentando tanto na sua incidência, como na mortalidade <sup>1,3,8,12,19,24,29,30,32,34,38/41</sup>.

**Tabela V - Distribuição percentual das internações hospitalares de pacientes do sexo feminino com tumores segundo a natureza, localização e condições de saída. Ribeirão Preto - S.P., 1990 - 1993**

Ano de 1990	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	0,7	0,0	0,7	0,00
	Órgãos digestivo e peritônio	6,8	19,5	7,7	18,25
	Órgãos respiratório e intratorácico	2,6	11,9	3,3	25,93
	Ossos, pele e mama	15,5	15,3	15,4	7,11
	Órgão geniturinário	13,6	16,1	13,7	8,44
	Outras localizações ou não especificada	4,9	18,6	5,9	22,92
	Tecido linfático e hematopoiético	4,6	11,9	5,1	16,67
<b>Total</b>		<b>48,6</b>	<b>93,2</b>	<b>51,8</b>	<b>12,96</b>
	Outras naturezas	51,4	6,8	48,2	0,89
Ano de 1991	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	0,7	2,0	0,8	15,38
	Órgãos digestivo e peritônio	8,4	27,0	9,5	16,67
	Órgãos respiratório e intratorácico	2,4	11,0	2,9	22,45
	Ossos, pele e mama	13,8	14,0	13,8	5,96
	Órgão geniturinário	12,8	19,0	13,2	8,48
	Outras localizações ou não especificada	5,2	17,0	5,9	17,00
	Tecido linfático e hematopoiético	8,1	3,0	7,8	2,26
<b>Total</b>		<b>51,4</b>	<b>93,0</b>	<b>53,9</b>	<b>10,15</b>
	Outras naturezas	48,6	7,0	46,1	0,89
Ano de 1992	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	0,6	0,0	0,6	0,00
	Órgãos digestivo e peritônio	8,2	25,6	8,9	12,12
	Órgãos respiratório e intratorácico	1,9	15,4	2,5	26,09
	Ossos, pele e mama	13,9	14,1	13,9	4,26
	Órgão geniturinário	11,4	7,7	11,2	2,88
	Outras localizações ou não especificada	5,7	20,5	6,3	13,68
	Tecido linfático e hematopoiético	7,5	9,0	7,6	4,96
<b>Total</b>		<b>49,2</b>	<b>92,3</b>	<b>51,0</b>	<b>7,61</b>
	Outras naturezas	50,8	7,7	49,0	0,66
Ano de 1993	Localização	Alta	Óbito	Total	CMH
Natureza Maligna	Boca, lábios e faringe	0,5	0,0	0,5	0,00
	Órgãos digestivo e peritônio	9,5	29,8	10,5	14,35
	Órgãos respiratório e intratorácico	2,1	8,7	2,5	17,65
	Ossos, pele e mama	13,2	23,1	13,7	8,48
	Órgão geniturinário	11,2	12,5	11,3	5,60
	Outras localizações ou não especificada	4,0	11,5	4,4	13,33
	Tecido linfático e hematopoiético	9,3	9,6	9,3	5,21
<b>Total</b>		<b>49,8</b>	<b>95,2</b>	<b>52,1</b>	<b>9,22</b>
	Outras naturezas	50,2	4,8	47,9	0,51

Azevedo & Mendonça, 1995<sup>1</sup>, comentaram em estudo da tendência mundial do câncer feminino, que quando se fez comparação de estudos de câncer de colo de útero, em Recife e Belém, encontraram-se os mais altos índices do mundo. E os coeficientes de câncer de mama em Fortaleza e São Paulo, estão próximos dos encontrados nas regiões de mais altos índices como Estados Unidos e países europeus. Quanto ao coeficiente de letalidade hospitalar, observa-se que os tumores malignos apresentaram uma letalidade variando de 12,96%, em 1990, a 7,61% em 1992, valores esses menores do que os encontrados entre os homens. Já os tumores de outra natureza variaram de 0,89%, em 1990 e 1991, a 0,51% em 1993, proporção bem menor que a dos homens. Talvez, porque entre as mulheres haja uma menor quantidade de casos de natureza incerta, e maior de carcinoma *in situ*, bem como de tumores benignos. Os grupos de tumores malignos que mais levaram a óbito foram: primeiro, os dos órgãos respiratório e intratorácicos, com letalidade de 26% a 17,6% nos 4 anos estudados. Em segundo, apareceram os de outros locais ou de local não especificado, com a letalidade de 22,5% a 13,7% (de 1990 a 1992) e, em 1993, se destacaram os tumores dos órgãos digestivo e peritônio, com 14,4%. Segundo resultados obtidos por Silva, 1995<sup>17</sup>, os anos potenciais de vida perdidos por câncer na mulher, au-

mentaram de 8,5% para 17,7% de 1977 a 1991, ocupando destaque os tumores de mama e colo uterino. Mostram, portanto, esses dados que a cobertura de assistência ginecológica no país ainda é bem deficiente. Há necessidade urgente de uma melhor definição de estratégias comuns no aproveitamento dos recursos existentes e na inserção da atividade de detecção precoce na assistência integral à saúde da mulher, para se obter uma expressiva expansão da cobertura da população feminina com garantia de efetividade e eficácia.

Na Tabela VI, tem-se a distribuição dos tumores malignos mais freqüentes entre os homens, segundo o diagnóstico principal, no período de 1990 a 1993. Os dois principais tumores foram as neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões (CID - 162) numa proporção de 9,7% a 11,2%. Em seguida, tem-se as neoplasias do estômago (CID - 151) numa proporção de 6,1% a 9,0%, dados estes, semelhantes aos encontrados na população da cidade de Campinas (SP), em 1993<sup>9</sup>. Para a população do Estado de São Paulo, em 1994<sup>39</sup>, as incidências mais elevadas eram: câncer de pele 18,4%, pulmão, 13,4%; estômago 5,3% e próstata 5,1%. Segundo estudo de Rebelo, 1995<sup>42</sup>, no Brasil, o câncer de próstata teve um aumento de 300% na sua incidência, em homens de 45 a 49 anos. Em Ribeirão Preto, as neoplasias de próstata só apareceram entre as

**Tabela VI - Principais diagnósticos de tumores malignos (altas e óbitos) entre os pacientes do sexo masculino, internados nos hospitais gerais de Ribeirão Preto, S.P., 1990 - 1993**

Ano	Diagnóstico Principal	Altas	Óbitos	CMH
1990	162-Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões	9,9	18,9	22,73
	151-Neoplasias de estômago	9,0	12,1	16,00
	188-Neoplasias de bexiga urinária	4,3	4,5	12,50
	173-Outras Neoplasias da pele	4,0	0,8	2,27
	204-Leucemia Linfóide	3,7	3,0	9,76
1991	162-Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões	11,2	24,8	22,32
	151-Neoplasias de estômago	6,1	12,9	21,31
	204-Leucemia Linfóide	5,9	0,0	0,00
	185-Neoplasias de próstata	5,3	5,0	9,43
	188-Neoplasias de bexiga urinária	4,1	3,0	7,32
1992	162-Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões	9,7	18,3	16,10
	151-Neoplasias de estômago	7,9	11,5	12,50
	201-D. de Hodgkin	3,9	0,0	0,00
	202-Outras Neoplasias tecido Linfóide	3,5	2,9	69,77
	185-Neoplasias de próstata	3,1	3,8	10,53
1993	162-Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões	10,2	20,1	20,28
	151-Neoplasias de estômago	6,5	11,8	18,68
	205-Leucemia Mielóide	5,9	6,3	10,84
	170-Neoplasias dos ossos, cartilagens e articulações	3,9	0,7	1,85
	185-Neoplasias de próstata	3,5	5,6	16,33

cinco primeiras de 1991 a 1993, numa proporção de 5,3% a 3,1%. Quanto aos coeficientes de letalidades os mais elevados estão entre as duas neoplasias citadas acima. A CID - 162 com uma letalidade variando de 22,7% a 16,1% e a CID - 151 de 21,3% a 12,5%. Quando Rebelo & Abib, 1995<sup>42</sup>, compararam os dados de 1970 a 1992 para o Brasil, encontraram a mortalidade aumentada em 50%.

Na Tabela VII, observa-se que na distribuição segundo o sexo feminino, as neoplasias de mama (CID - 174) se destacam bem à frente das demais (mais do dobro de qualquer outra maligna), variando de

11,5% a 10,5% e a segunda mais freqüente foram as neoplasias de colo de útero (CID - 180), variando de 5,4% a 3,1%. Os dados populacionais para o Estado de São Paulo em 1994 foram: de mama, 15,4% e de colo de útero, 14%. Quanto à letalidade, as neoplasias da traquéia, brônquios e pulmões foram as maiores com 27,5%, em 1990. As neoplasias de estômago, também, se destacaram com uma letalidade de 14,8% a 23,1%. As neoplasias da mama tiveram uma letalidade de 5,6% a 8,8%. Para a população de São Paulo, em 1994<sup>39</sup>, as mais elevadas foram as de mama, seguidas da de estômago.

**Tabela VII- Principais diagnósticos de tumores malignos (altas e óbitos) entre os pacientes do sexo feminino, internados nos hospitais gerais de Ribeirão Preto, S.P., 1990 - 93**

Ano	Diagnóstico Principal	Altas	Óbitos	CMH
1990	174-Neoplasias de mama	11,5	12,7	7,94
	180-Neoplasias de colo de útero	4,7	7,6	11,69
	183-Neoplasias de ovário e anexos	3,5	4,2	8,62
	1162-Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões	3,1	11,9	27,45
	182-Neoplasias de corpo do útero	2,7	0,8	2,27
1991	174-Neoplasias de mama	10,5	12,5	8,16
	180-Neoplasias de colo de útero	5,4	7,3	9,33
	183-Neoplasias de ovário e anexos	4,9	7,3	10,29
	204-Leucemia Linfóide	4,0	0,0	0,00
	151-Neoplasias de estômago	3,7	12,5	23,08
1992	174-Neoplasias de mama	10,5	14,1	5,61
	183-Neoplasias de ovário e anexos	4,8	3,8	3,37
	180-Neoplasias de colo de útero	3,1	2,6	3,51
	151-Neoplasias de estômago	2,6	14,1	22,45
	205-Leucemia Mielóide	2,6	0,0	0,00
1993	174-Neoplasias de mama	11,0	19,2	8,77
	205-Leucemia Mielóide	4,2	1,0	1,16
	180-Neoplasias de colo de útero	4,1	4,8	5,88
	183-Neoplasias de ovário e anexos	3,2	2,9	4,55
	151-Neoplasias de estômago	2,9	8,7	14,75

Na Tabela VIII, apresenta-se a Duração Média de Internação (DMI), segundo o sexo nos quatro anos estudados. Observa-se que os homens apresentam uma DMI (6,15 a 4,62 dias) maior do que as mulheres (4,75 a 3,61 dias), diminuindo ano após ano. Esta diminuição da letalidade para ambos os sexos associada também, à alta dos pacientes em fase terminal (aconselhados a morrerem junto aos familiares), faz-nos supor que estas baixas no número de dias de internação podem ser, parcialmente, atribuídas a esta nova tendência.

**Tabela VIII - Duração média das internações hospitalares (dias) por câncer, segundo sexo, em pacientes procedentes de Ribeirão Preto, S.P. 1990 - 1993**

Ano	Masculino	Feminino
1990	6,15	4,75
1991	5,11	4,42
1992	5,25	3,99
1993	4,62	3,61



## CONCLUSÕES

Baseado nos resultados obtidos, conclui-se que:

1. Durante o período estudado o C.M.H. por câncer apresentou uma discreta variação, sendo sempre maior entre os homens.
2. Entre os homens, a mortalidade por câncer diminuiu de 15,37%, em 1990, para 11,06%, em 1992. Quanto à localização do tumor, as neoplasias da traquéia, brônquios e pulmões (CID - 162) tiveram as freqüências mais elevadas, seguidas das neoplasias de estômago (CID - 151). A duração média de internação caiu de 6,15 dias para 4,62. Quanto à idade, na faixa etária de até 69 anos aumentou sua proporção de 74,5%, em 1990, para 85,5% em 1993.
3. Entre as mulheres, o C.M.H. mais alto foi de 12,96% em 1990, caindo para 7,61% em 1992, sendo que o mais elevado foi para as neoplasias de estômago. A duração média de internação variou de 4,75 dias, em 1990, para 3,61 dias em 1993. Neste período, não houve variação significativa quanto às faixas etárias, predominando o grupo de 40 a 59 anos (40%). Quanto à neoplasia, a mais freqüente foi a de mama (CID - 174), não apresentando grandes variações nas suas proporções, nos anos de 1990 a 1993.
4. Durante todo o período estudado, houve um aumento contínuo na proporção de internação por câncer que variou de 5,89%, em 1990, a 7,39% em 1993.

SIMÕES MJ & SIMÕES B.J.G. Hospital cancer morbidity and mortality in the city of Ribeirão Preto, SP, 1990/1993. **Medicina de Ribeirão Preto**, 29: 291-300, apr./sep. 1996

**ABSTRACT:** The rates of cancer morbidity and mortality were determined in Ribeirão Preto city during the years 1990 to 1993 in patients of the Hospitals of the county. We realized a survey from hospitals discharges. The coefficient of cancer hospital mortality had a change discreet and always major in the men than women. The mortality decreased of 15,37% in 1990 to 12,79% in 1993. All that localization of the tumor in 1990 and 1991 were of tumors of the respiratory organs and inner thoracic organs with a CMH above 20% in 1992 and 1993. The localization more letal was in the digestive organs and peritoneum. The mortality in the women in 1990 was 12,96%; 7,6 in 1992 and 9,22 in 1993. It was observed a constant increase in the proportion of internment changing of 5,89 in 1990 to 7,39 in 1993. The average duration of internment was 6,15 to 4,62 days for men and 4,75 to 3,61 for women. The men had a internment increase at the age to 69 years olds with elevation of 74,5% in 1990 to 85,5% in 1993. The neoplasms more frequents were: trachea, bronchi and lungs, 10% followed by stomach that decrease of 9 to 6%. The majority of the cases occurred at the age 40 to 59 years olds (40%). The neoplasms more frequents were mamma cancer with 11% (the most elevate rates) continued by neoplasms of uterus; ovary and annex and mieloid leuquemia.

**UNITERMS:** Mortality. Morbidity. Hospitals. Neoplasias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AZEVEDO G & MENDONÇA S. Tendência da ocorrência de câncer no cenário mundial. In: Resumos, **V Congresso Nacional de Epidemiologia**, COOP/MED/ABRASCO, Salvador-BA, p. 398, abril 1995.
- 2 - BANCO MUNDIAL. Brasil: Novo desafio à saúde do adulto. Washington. D.C., 1991 (Datilografado).
- 3 - COLEMAN MP et al. Trends in cancer incidence and mortality. International Agency for Research on Cancer. **IARC Sci Publ** 121: 1-806, 1993.
- 4 - DOLL R. The epidemiology of cancer. **Cancer** 45: 2475-2485, 1980.
- 5 - ESTEVES RA; GOES JS & ALVAREZ CA. Oncologia: manual para el control del cancer em America Latina. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1978.
- 6 - JOLY DJ. Recursos para la lucha contra el cancer en America Latina: encuesta preliminar. **Bol Of Sanit Panam** 83: 330-340, 1977.
- 7 - MENDONÇA GA de S. Câncer no Brasil: um risco crescente. In: **Anais, II Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO, p. 63-77, 1994.
- 8 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do tabagismo, um desafio. Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, 1992. 33 p.
- 9 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Boletim nº 11 e 12, julho a dezembro de 1993.

- 10 - SOLIS CV; CERVANTES ML & TONEY SV. Principales características epidemiológicas de la mortalidad por cancer en Mexico. **Salud Pública Méx** 28: 543-550, 1986.
- 11 - WORLD HEALTH STATISTIC ANNUAL, World Health Organization, Geneve, 1990, 169 p.
- 12 - BOSCHI PC; COLEMAN MP & CASTILHO EA de. Diferenciais regionais de mortalidades por câncer no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1979-1981. **Rev Saúde Pública** 25: 267-275, 1991.
- 13 - LEBRÃO ML. Evolução da morbidade hospitalar. Vale do Paraíba, 1975 e 1988. Tese Livre-Docência, **Faculdade de Saúde Pública da USP**, São Paulo. p. 1-117, 1994.
- 14 - LILIENTHAL AM PETERSEN E & DOWD JE. Cancer epidemiology: methods of study. Johns Hopkins, Baltimore, 1967.
- 15 - PARKIN DM; STJERNSWARD J & MUIR CS. Estimates of the twelve major cancers. **Bull World Health Organ** 62: 163-182, 1984.
- 16 - PERCY C; STAWEK E & GLOECKLER L. Accuracy and cancer death certificates its effect on cancer mortality statistics. **Am J Public Health** 71: 242-250, 1981.
- 17 - SILVA MGC da. Evolução dos anos potenciais de vida perdidos por câncer, em Fortaleza, no período de 1970 a 1991. In: Resumos, **V Congresso Nacional de Epidemiologia**, COOP/MED/ABRASCO, Salvador-BA, p. 310, abril 1995.
- 18 - SIMÕES MJS & SIMÕES BJG. Mortalidade e morbidade hospitalar por câncer, em Ribeirão Preto, SP, 1989. **Medicina**, Ribeirão Preto 25: 306-314, 1992.
- 19 - AZEVEDO G & MENDONÇA S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev Saúde Pública** 27: 68-75, 1993.
- 20 - CARVALHO ARL. Câncer como problema de Medicina Tropical. **Rev Bras Cancerol** 23: 65, 1977.
- 21 - RICE DP & HODGSON TA. Social and economic implications of cancer in the United States of America. **World Health Stat Q** 83: 56-100, 1980.
- 22 - GIANOTTI FILHO O. O câncer como problema de Saúde Pública, *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. **Atualização Médica**. p. 15, julho de 1995.
- 23 - MANUAL DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS, LESÕES E CAUSAS DE ÓBITOS. 9ª revisão. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, São Paulo, 1980.
- 24 - GERMANO NETO J. O paciente geriátrico no hospital. Ribeirão Preto, SP, 1988. Dissertação de Mestrado, **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**, Ribeirão Preto. p. 1-157, 1991.
- 25 - SIMÕES MJS & SIMÕES BJG. Morbimortalidade por câncer. Ribeirão Preto, 1989. 91. In: Resumos, **IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Olinda-Recife-PE, p.32, junho de 1994.
- 26 - SIMÕES MJS & SIMÕES BJG. Mortalidade e morbidade Hospitalar por câncer em Ribeirão Preto - SP, 1990. In: Resumos, **IV Congresso Paulista de Saúde Pública**, São Paulo- SP, p. 96, 1993.
- 27 - SIMÕES MJS & SIMÕES BJG. Mortalidade Hospitalar por Tumores Malignos em pacientes internados em Hospitais de Ribeirão Preto, SP. 1990/93. In: Resumos, **V Congresso Nacional de Epidemiologia**, COOP/MED/ABRASCO, Salvador-BA, p. 310, abril 1995.
- 28 - LEBRÃO ML et al. Estudo da morbidade dos pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP., 1989. **Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo** 48: 189-198, 1993.
- 29 - BARCELOS LB & PECCIN DA. Incidência e mortalidade por câncer no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Saúde Pública** 17: 367-376, 1983.
- 30 - BOSCHI PC & COLEMAN MP. Câncer mortality in Rio de Janeiro. **Int J Cancer** 46: 173-177, 1990.
- 31 - CURADO MP. Registro de câncer de base populacional de Goiânia. **Rev Bras Cancerol** 36: 43-44, 1990.
- 32 - SILVA MGC da. Câncer em Fortaleza: 1978-1980. Instituto de Registro de Câncer do Ceará, Fortaleza, 1982.
- 33 - SOUZA JMP. Incidência e mortalidade por câncer em São Paulo. **Rev Saúde Pública** 17: 152-153, 1983.
- 34 - HARDY EE et al. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: estudo do caso-controle desenvolvido no Brasil. **Bol Of Sanit Panam** 115: 93-102, 1993.
- 35 - PIOLI ER et al. Caracterização da demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais. Brasil. 1984/88. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9: 421-427, 1993.
- 36 - AGARIE CA et al. Contribuição ao estudo da prevalência das neoplasias, atendidas nos Hospitais Escolas da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. **Arq Med do ABC** 6: 25-28, 1983.
- 37 - QUADRA AAF & MACIEL MS. Epidemiologia do câncer, registrado no Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: características de pessoa. **Rev Bras Cancerol** 30: 25-40, 1984.
- 38 - ALEIXO NETO A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. **Rev Ass Med Brasil** 39: 146-150, 1993.
- 39 - FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Informe da Unidade de Epidemiologia. nº 1, junho 1994.
- 40 - MENDONÇA GA de S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev Saúde Pública** 27: 68-75, 1993.
- 41 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade: Brasil - 1980. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1983.
- 42 - REBELO MS & ABIB AR. Câncer de próstata - Risco crescente no Brasil. In: Resumos, **V Congresso Nacional de Epidemiologia**, COOP/MED/ABRASCO Salvador-BA, p. 200, abril 1995.

Recebido para publicação em 26/04/96

Aprovado para publicação em 03/07/96