

Marcelle Lemos Leal¹
Angela Soto Cunha¹
Erica Marvila Garcia²
Barbara Almeida Soares Dias³

**Characterizing hospitalization
due to neoplasms in the Public
Health System of Espírito
Santo state, Brazil,
2011-2015**

| Caracterização das internações hospitalares por neoplasias no Sistema Único de Saúde no Espírito Santo, Brasil, 2011-2015

ABSTRACT | Introduction: *The increasing number of cancer cases worldwide is a phenomenon caused by the epidemiological and demographic transition observed in the last centuries, which has been changing the health status of the world population. Objective:* *Characterizing hospital admissions due to malignant neoplasms in the Unified Health System (SUS) of Espírito Santo State (ES), Brazil, between 2011 and 2015. Methods:* *Descriptive study comprising all hospitalizations due to some neoplasia type performed in SUS, in ES. Descriptive analyses were performed based on absolute and relative hospitalization frequency, and on hospitalization coefficient. Results:* *The 10 main hospital admissions due to malignant neoplasms regarded cancer in the digestive system (lip and oral cavity and pharynx, esophagus, stomach, colon and rectum, rectum, anus and anal canal) and breast, as well as cancer in poorly defined or in secondary sites and cancer in unspecified sites, prostate and cervix cancer, and other malignant neoplasms of the skin - which recorded high incidence in the elderly population in the state. Conclusion:* *The epidemiological profile of malignant neoplasms in ES is an important tool for managers, health professionals and for SUS users, since it provides information to plan priority health actions, mainly to the early detection and treatment of these cancer types.*

Keywords | *Neoplasms; Hospitalization; Descriptive epidemiology.*

RESUMO | Introdução: O aumento da incidência do câncer no mundo, assim como no Brasil, é um fenômeno decorrente da transição epidemiológica e demográfica dos últimos séculos que modificaram e ainda modificam a situação de saúde da população. **Objetivo:** Caracterizar as internações hospitalares por neoplasias malignas no Sistema Único de Saúde (SUS) do Espírito Santo (ES), Brasil, no período de 2011-2015. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo cuja população compreendeu todas as hospitalizações por alguma neoplasia realizadas no SUS no ES. As análises descritivas foram realizadas por meio de frequência absoluta, relativa e coeficiente de internação hospitalar. **Resultados:** As 10 principais internações hospitalares por neoplasias malignas foram aquelas que acometem o sistema digestivo (lábio e cavidade oral e faringe, esôfago, estômago, cólon e junção reto, reto, ânus e canal anal), mama, localizações mal-definidas ou secundárias e de localizações não especificadas, próstata, colo de útero e outras neoplasias malignas de pele, com maior incidência na população idosa do Estado. **Conclusão:** O perfil epidemiológico das neoplasias malignas no ES é um importante instrumento para gestores, profissionais da saúde e público do SUS em geral, trazendo contribuições para o planejamento das prioridades em termos de ações em saúde, principalmente no que tange à detecção precoce e tratamento oportuno.

Palavra-chave | Neoplasias; Hospitalização; Epidemiologia descritiva.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O aumento da incidência do câncer no mundo, assim como no Brasil, é um fenômeno decorrente da transição epidemiológica e demográfica dos últimos séculos que modificaram e ainda modificam a situação de saúde da população¹. Essas transformações engendradas pelo aumento da expectativa de vida, urbanização acelerada, novos modos de vida e novos padrões de consumo se manifestam diferentemente entre as regiões geográficas, afetando, principalmente, os países de baixa e média renda^{2,3}.

Nesse sentido, verifica-se que nos países desenvolvidos há predominância de cânceres associados à urbanização e ao desenvolvimento (os cânceres de pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), ao contrário dos países de baixa e média renda, onde há maior frequência de cânceres associados às infecções, como por exemplo, o câncer do colo do útero, estômago, esôfago e fígado⁴.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴ afirmam que o câncer está entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 14 milhões de novos casos em 2012. Estima-se que nas duas próximas décadas a incidência aumentará em cerca de 70%⁴. Em relação à mortalidade, o câncer é a segunda principal causa mundial, responsável por 8,8 milhões de mortes em 2015, sendo, aproximadamente, 70% destas mortes pertencentes aos países de baixo e médio desenvolvimento⁵. Projeções para o ano de 2030 indicam a ocorrência de 26 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes por câncer⁶.

No Brasil, estima-se, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer por ano, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos)¹. Quanto à mortalidade, estudos revelam que as neoplasias malignas foram responsáveis por 236.345 mortes no país em 2015, representando quase 17% do total estimado de óbitos⁷. Estudos apontaram que as neoplasias foram a terceira causa de internação no país no período de 2002 a 2012 e apresentaram tendências estáveis, com exceção da Região Norte⁸.

O perfil epidemiológico das neoplasias no Espírito Santo (ES) não é diferente do Brasil e da região sudeste do país. De acordo com Boletim Epidemiológico de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)⁹ do

ES, as neoplasias acometem todas as faixas etárias, com exceção dos menores de um ano. Além disso, com aumento da mortalidade proporcional entre 2006 e 2016, as neoplasias ocuparam a segunda posição nos óbitos do ES com tendência crescente, segundo projeções para 2022⁹. Quanto às internações hospitalares, o boletim epidemiológico mostrou que as doenças do aparelho circulatório (9,8%), seguidas pelas do aparelho digestivo (8,4%) e neoplasias (8,2%) respectivamente, são as principais causas⁹.

Nesse sentido, estudos regionais sobre as morbidades são relevantes por fornecerem indicadores locais, os quais podem ser usados no desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento e prevenção às DAN'T e na melhoria da gestão do sistema.

Diante desse contexto, o estudo tem por objetivo caracterizar as internações hospitalares por neoplasias malignas no Sistema Único de Saúde (SUS) do Espírito Santo (ES), Brasil, no período de 2011-2015.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo que compreendeu todas as hospitalizações por alguma neoplasia realizadas no SUS no ES no período de 2011 a 2015.

O ES, situado na região Sudeste do Brasil, possui uma população de 3.514.952¹⁰ habitantes e é dividido em quatro regiões de saúde, sendo elas: Central, Metropolitana, Norte e Sul.

Os dados para o estudo foram obtidos das projeções populacionais intercensitárias¹¹ e do Sistema de Morbidades Hospitalares do SUS (SIH/SUS)-Geral, por local de residência, a partir de 2008, disponibilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e de livre acesso por meio do portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹².

Para a seleção das internações hospitalares por neoplasias, foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), capítulo II – neoplasias (tumores).

Nas análises descritivas, inicialmente, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Em seguida, calculou-se o Coeficiente de Internação Hospitalar (CI) para selecionar as 10 principais neoplasias com os maiores CI. Este cálculo foi realizado dividindo-se o número de internações por neoplasia segundo região de saúde de residência no período – numerador – pela população residente na região de saúde no período – denominador –, multiplicado por 100 mil habitantes.

Após a seleção das neoplasias com maiores CI, foi realizado o agrupamento das neoplasias em: malignas do sistema digestivo (lábio e cavidade oral e faringe, esôfago, estômago, cólon e junção reto, reto, ânus e canal anal); e outras neoplasias benignas (pele; mama; mioma do útero; ovário; órgãos urinários; encéfalo e outras partes sistema nervoso central; outras neoplasias *in situ* benignas e comportamento incerto desconhecido).

Por último, o coeficiente de internação hospitalar foi estratificado por sexo e faixa etária, a partir da razão entre número de internações por neoplasia segundo estado de residência no período – numerador – e a população residente no estado no período – denominador, multiplicado por 100 mil habitantes.

A organização, adequação do banco de dados e cálculo dos Coeficientes de Internação Hospitalar foram realizados no *software Microsoft Office Excel*, versão 2010.

Para realização desse estudo, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) uma vez que os dados utilizados são de domínio público.

RESULTADOS |

Foram registradas, no ES, 81.337 internações por neoplasias nos serviços hospitalares vinculados ao SUS no período de 2011 a 2015, o que corresponde a um coeficiente de internação de 423,8/100 mil habitantes. Dentre as regiões de saúde, verificou-se elevados coeficientes de internações por neoplasia nas regiões Metropolitana (482/100 mil hab.) e Sul (460/100 mil hab.), enquanto as regiões Norte e Central apresentaram CI menores, com 285/100mil hab. e 280,9/100mil hab., respectivamente (Tabela 1).

A partir dos CI, observou-se que as 10 principais neoplasias que ocasionaram internação hospitalar foram, respectivamente, sistema digestivo (lábio e cavidade oral e faringe, esôfago, estômago, cólon e junção reto, reto, ânus e canal anal) (100,5/100mil hab.), mama (40,9/100mil hab.), localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas (30,1/100mil hab.), próstata (19,1/100mil hab.), outras neoplasias malignas da pele (17,7/100mil hab.) e colo de útero (15,7/100mil hab.) (Tabela 1).

O Gráfico 1 mostra a evolução temporal dessas 10 principais neoplasias. Observa-se elevação dos CI nos quatro anos iniciais do estudo, com exceção da neoplasia de colo de útero que obteve pouca variação entre 2013 e 2014. Contudo, verificou-se um declínio acentuado de todos os CI por neoplasias a partir de 2014.

Na análise estratificada por sexo e idade, observou-se que as internações por neoplasias malignas do sistema digestivo foram maiores em homens (115,9/100mil hab.) acima de 60 anos (473,9/100mil hab.). Ainda, observa-se que, a partir dos 20 anos, o coeficiente de internação aumenta consideravelmente (Tabela 2).

Cabe ressaltar que não houve diferença nos coeficientes de internação estratificados por sexo nas “outras neoplasias malignas da pele”. Entretanto, nota-se que a faixa etária mais acometida em maiores de 60 anos (105,2/100mil hab.) (Tabela 2).

No que se refere à neoplasia de mama, observou-se maior coeficiente de internação em mulheres acima de 60 anos (123,6/100 mil hab.), ao contrário das internações por neoplasia maligna do colo do útero, que ocorreram principalmente nas mulheres maiores de 40 anos (Tabela 2).

Em relação à internação por neoplasia maligna de próstata, observou-se maior coeficiente em maiores de 60 anos (149,1/100 mil hab.) (Tabela 2).

Quando analisadas as internações por neoplasia maligna “localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas”, verificou-se semelhanças entre os sexos e maior coeficiente acima de 60 anos (112,8/100mil hab.) (Tabela 2).

Tabela 1 – Frequência absoluta, relativa e coeficiente de internação hospitalar (100 mil hab.) por neoplasias malignas segundo causas específicas e regiões de saúde do Espírito Santo, Brasil, 2011-2015

Neoplasias	Regiões de Saúde do Espírito Santo														
	Central			Metropolitana			Norte			Sul			Estado		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Lábio cavidade oral e faringe	465	5,3	14,9	2573	5	24,2	305	5,1	14,6	479	3,1	14,3	3822	4,7	19,9
Esôfago	392	4,5	12,5	2337	4,6	22	229	3,9	11	773	5	23	3731	4,6	19,4
Estômago	277	3,1	8,8	2030	4	19,1	209	3,5	10	691	4,5	20,6	3207	3,9	16,7
Cólon	246	2,8	7,9	2378	4,6	22,4	163	2,7	7,8	1693	11	50,5	4480	5,5	23,3
Junção reto, reto, ânus, canal anal	261	3	8,3	1861	3,6	17,5	222	3,7	10,6	776	5	23,1	3120	3,8	16,3
Fígado e vias biliares intra-hepático	113	1,3	3,6	649	1,3	6,1	64	1,1	3,1	107	0,7	3,2	933	1,1	4,9
Pâncreas	67	0,8	2,1	530	1	5	50	0,8	2,4	175	1,1	5,2	822	1	4,3
Órgãos digestivos	133	1,5	4,2	1168	2,3	11	96	1,6	4,6	191	1,2	5,7	1588	2	8,3
Laringe	283	3,2	9	1474	2,9	13,9	147	2,5	7	245	1,6	7,3	2149	2,6	11,2
Traquéia brônquios e pulmão	214	2,4	6,8	1536	3	14,5	135	2,3	6,5	512	3,3	15,3	2397	2,9	12,5
Órgão respiratório e intratorácico	61	0,7	1,9	348	0,7	3,3	32	0,5	1,5	101	0,7	3	542	0,7	2,8
Osso e cartilagem articulada	131	1,5	4,2	541	1,1	5,1	78	1,3	3,7	115	0,7	3,4	865	1,1	4,5
Pele	66	0,8	2,1	491	1	4,6	57	1	2,7	161	1	4,8	775	1	4
Outras neoplasias malignas da pele	448	5,1	14,3	2255	4,4	21,2	278	4,7	13,3	409	2,6	12,2	3390	4,2	17,7
Tecido mesotelial e tecidos moles	229	2,6	7,3	1007	2	9,5	153	2,6	7,3	306	2	9,1	1695	2,1	8,8
Mama	683	7,8	21,8	5546	10,8	52,2	534	9	25,6	1087	7	32,4	7850	9,7	40,9
Colo do útero	228	2,6	7,3	1938	3,8	18,3	417	7	20	426	2,8	12,7	3009	3,7	15,7
Outras porções e porção não específica do útero	173	2	5,5	1311	2,6	12,3	175	2,9	8,4	167	1,1	5	1826	2,2	9,5
Órgãos genitais femininos	91	1	2,9	924	1,8	8,7	136	2,3	6,5	277	1,8	8,3	1428	1,8	7,4
Próstata	388	4,4	12,4	2393	4,7	22,5	336	5,7	16,1	551	3,6	16,4	3668	4,5	19,1
Órgãos genitais masculinos	54	0,6	1,7	275	0,5	2,6	54	0,9	2,6	95	0,6	2,8	478	0,6	2,5
Bexiga	162	1,8	5,2	1103	2,2	10,4	94	1,6	4,5	254	1,6	7,6	1613	2	8,4
Outras do trato urinário	85	1	2,7	543	1,1	5,1	46	0,8	2,2	103	0,7	3,1	777	1	4

*continua.

*continuação.

Olhos e anexos	15	0,2	0,5	111	0,2	1	6	0,1	0,3	16	0,1	0,5	148	0,2	0,8
Encéfalo	95	1,1	3	445	0,9	4,2	102	1,7	4,9	146	0,9	4,4	788	1	4,1
Outras partes sistema nervoso central	20	0,2	0,6	121	0,2	1,1	19	0,3	0,9	42	0,3	1,3	202	0,2	1,1
Outro local mal definido secundário e não específico	490	5,6	15,6	3529	6,9	33,2	323	5,4	15,5	1438	9,3	42,9	5780	7,1	30,1
Doença de Hodgkin	87	1	2,8	266	0,5	2,5	45	0,8	2,2	90	0,6	2,7	488	0,6	2,5
Linfoma não-Hodgkin	176	2	5,6	1085	2,1	10,2	120	2	5,7	308	2	9,2	1689	2,1	8,8
Leucemia	369	4,2	11,8	1438	2,8	13,5	183	3,1	8,8	489	3,2	14,6	2479	3	12,9
Tecidos linfóide hematopoiético e relacionados	54	0,6	1,7	374	0,7	3,5	27	0,5	1,3	152	1	4,5	607	0,7	3,2
Carcinoma in situ de colo do útero	158	1,8	5	316	0,6	3	86	1,4	4,1	71	0,5	2,1	631	0,8	3,3
Outras neoplasias benignas	2081	23,7	66,5	8256	16,1	77,7	1024	17,2	49	2999	19,4	89,4	14360	17,7	74,8
Total	8795	100	280,9	51152	100	482	5945	100	285	15445	100	460	81337	100	423,8

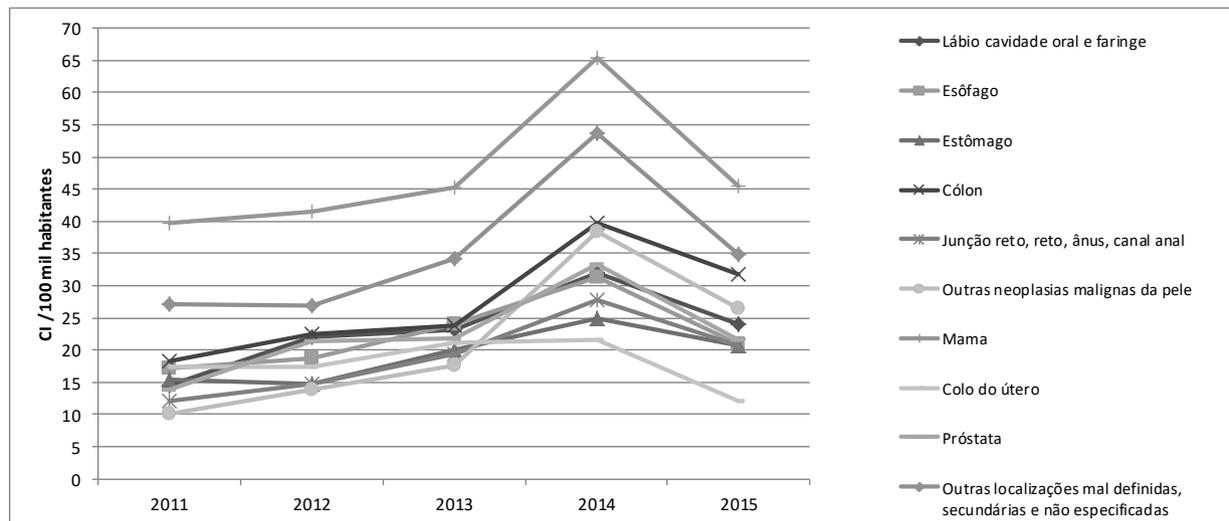
CI: Coeficiente de Internação Hospitalar. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 2 – Coeficiente de internação hospitalar (100 mil hab.) das principais neoplasias segundo causa específica, sexo e faixa etária no Espírito Santo, Brasil, 2011-2015

Variáveis	Sistema Digestivo		Malignas da pele		Mama		Colo do útero		Próstata		Mal definida, secundária e localização não específica	
	N	CI	N	CI	N	CI	N	CI	N	CI	N	CI
Sexo												
Masculino	11102	115,9	1678	17,5	95	1,0	-	-	3.668	38,3	2901	30,3
Feminino	7258	75,5	1712	17,8	7755	80,7	3009	31,3	-	-	2879	30,0
Faixa Etária												
≤ 9 anos	48	1,7	21	0,7	2	0,1	-	-	-	-	115	4,0
10 - 19 anos	124	3,9	21	0,7	42	1,3	10	0,3	3	0,1	184	6,5
20 - 39 anos	1203	18,5	152	2,3	849	13	938	14,4	12	0,2	1010	15,5
40 - 59 anos	7225	157,2	1030	5,4	4411	96,0	1426	31,0	583	12,7	2148	46,7
≥ 60 anos	9760	473,9	2166	105,2	2546	123,6	635	30,8	3070	149,1	2323	112,8

Neoplasias malignas do sistema digestivo (Lábio cavidade oral e faringe, Esôfago, Estômago, Cólon e Junção reto, reto, ânus e canal anal). CI: Coeficiente de Internação Hospitalar. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Gráfico 1 – Evolução temporal das 10 principais internações hospitalares por neoplasias malignas no Sistema Único de Saúde do Espírito Santo, Brasil, 2011-2015



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

DISCUSSÃO |

No ES, os maiores coeficientes de internações por neoplasias foram registrados nas regiões de saúde Metropolitana e Sul, possivelmente devido à maior concentração de serviços de alta complexidade em oncologia, o que gera a migração de pessoas do interior em busca de assistência hospitalar para Vitória (região Metropolitana) e para Cachoeiro de Itapemirim (região Sul). Isto se deve ao fato dos atendimentos estaduais de oncologia infantil e adultos serem referenciados, principalmente, para os hospitais de alta complexidade em oncologia localizados nesses municípios¹³. Estudo realizado em Porto Alegre mostrou que 20% dos atendimentos são realizados em pessoas que se deslocam do interior para a região Metropolitana em busca de tratamento oncológico¹⁴.

Diante do exposto, é interessante observar que o ES evidencia uma divisão territorial quanto à assistência oncológica. De um lado, estão as regiões de saúde Metropolitana e Sul e, do outro, as regiões de saúde Norte e Central. Postula-se a existência de um vazio assistencial, ou seja, regiões de saúde sem cobertura, o que configura linhas de cuidado desvinculadas e que não garantem a continuidade da oferta de procedimentos necessários a cada paciente¹⁵.

As neoplasias malignas que acometeram o sistema digestivo foram mais comuns e geraram maior internação em homens idosos, provavelmente, reflexo do estilo de vida não saudável ao longo da vida e o histórico familiar. Dentre essas neoplasias, o câncer de cólon e reto e o gástrico são atualmente a terceira e a quarta causas mais comuns, principalmente, em países em desenvolvimento e estão atrelados ao aumento da população idosa^{16,17}, o que pode explicar os achados no ES.

Constatou-se, ainda, que a neoplasia maligna de mama representou o segundo maior coeficiente de internação e o primeiro entre as mulheres no ES, e acometeu indivíduos acima de 60 anos principalmente, o que demonstra a elevação das taxas de incidência com o aumento da idade. O câncer de mama é o tipo de carcinoma mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Considerado multifatorial, ele envolve fatores biológicos, fatores endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Além disso, o envelhecimento, a história familiar e a alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) são os mais conhecidos fatores de risco para o seu desenvolvimento¹⁷. Os métodos de rastreamento do câncer de mama (exame mamográfico, exame clínico e autoexame) têm como principal benefício a identificação de tumores apropriados para tratamento local e conservador, o que proporciona

a detecção precoce e, conseqüentemente, melhor prognóstico¹⁸.

Nesse estudo, as internações por neoplasia maligna de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas destacaram-se entre os idosos, possivelmente, devido à alta frequência de comorbidades comuns a esta faixa etária e à conseqüente dificuldade em definir a causa básica. Estudos mostram que o elevado coeficiente de internações por causas mal definidas compromete as análises da situação de saúde, principalmente, nesta faixa etária, e, conseqüentemente, afeta os estudos de morbidade^{19,20}.

Nota-se que a internação por neoplasia maligna de próstata foi mais recorrente em homens acima de 60 anos, sendo a idade o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento deste tipo de câncer de acordo com a literatura^{21,22}. Estudo aponta que a incidência de câncer de próstata aumenta, significativamente, depois dos 50 anos de idade e que mais de 70% dos casos acontecem em homens acima de 65 anos¹⁶. No Brasil, o Ministério da Saúde, assim como ocorre em países como a Austrália, o Canadá e o Reino Unido, não recomenda a organização de programas de rastreamento de câncer de próstata em virtude da incerteza sobre a existência de benefícios associados. Dessa forma, ações de controle da doença devem ser direcionadas para a prevenção primária e o diagnóstico precoce^{23,24}.

No ES, as outras neoplasias malignas da pele ocupam a 9ª posição na ordenação das internações hospitalares e observou-se semelhança entre os sexos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pele não melanoma é o tumor mais incidente entre homens e mulheres no Brasil²⁵, corroborando os achados no ES. Apesar de ser curável na maioria dos casos, sua elevada incidência pode explicar a ocorrência de óbitos em frequência quase similar àquela do câncer de pele melanoma²⁶. Estudo apontou os possíveis fatores de risco para o câncer de pele não melanoma, como a exposição excessiva à radiação solar ultravioleta (UV), a cor de pele, a cor dos olhos e cabelos claros, assim como a história familiar ou pessoal de câncer de pele, o sistema imune debilitado por doenças ou em indivíduos transplantados por causa do uso de imunossupressores²⁷. Além disso, é importante destacar que trabalhadores da construção civil, agricultores, pescadores, guardas de trânsito, salva-vidas, atletas, agentes de saúde, entre outros, apresentam maior risco de câncer de pele não melanoma, o que pode estar relacionado às suas atividades laborais²⁵.

Assim como a neoplasia maligna de mama, o câncer de colo de útero é o que mais acomete e leva a internação hospitalar em mulheres acima de 60 anos no ES. Conforme projeções do INCA¹⁶, o câncer de colo de útero é responsável pelos óbitos de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Apesar da melhora na cobertura do exame citológico da população alvo (25 a 59 anos), ela ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade, fato que demanda uma reflexão acerca da ampliação do acesso às idosas. Este é um dos tipos de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, o que se justifica pela evolução lenta da doença, com etapas bem definidas e facilidade em detectar precocemente as alterações. O diagnóstico rápido viabiliza o tratamento eficaz, mas, fora das grandes capitais, o diagnóstico tardio dificulta o acesso aos serviços e revela, sobretudo, carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos²⁸.

Nesse sentido, para um cuidado eficaz ao paciente, é importante que a assistência esteja em sintonia em suas intervenções, compreendendo-o integralmente, com atenção à sua qualidade de vida. Além de controlar a doença e os sintomas, o tratamento oncológico deve considerar as modificações sofridas na vida das pessoas acometidas e contemplar os recursos de tecnologia assistida no processo de reabilitação, para preservar a funcionalidade do sujeito e garantir a citada qualidade de vida. Esta última se refere à percepção que cada pessoa tem sobre o impacto dos aspectos clínicos e não clínicos que influenciam sua saúde em relação à saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social e aspectos relacionados à doença²⁹.

Os fatores de risco para as dez principais causas de internação por neoplasia são na maioria evitáveis por mudanças no estilo de vida. Entretanto, tais neoplasias constituem-se em desafio importante à saúde pública no Brasil, uma vez que são condições sensíveis à atenção primária e, portanto, deveriam ser detectadas precocemente. São necessários estudos epidemiológicos que direcionem as intervenções necessárias para que se possa efetivamente prevenir e detectar as neoplasias em sua fase inicial, o que aumentará as chances de cura e redução da morbimortalidade.

É necessário ressaltar limitações do SIH/SUS que podem influenciar os resultados, como a diversidade de serviços e a cobertura limitada do sistema, que possui a capacidade de registrar cerca de 70 a 90% das internações hospitalares que ocorrem no país, variando de acordo com a parcela usuária de planos de saúde³⁰. No entanto, constitui-se

uma importante ferramenta para a definição de políticas e programas, a tomada de decisão.

CONCLUSÃO |

No ES, as 10 principais internações hospitalares por neoplasias malignas foram aquelas que acometem sistema digestivo (lábio e cavidade oral e faringe, esôfago, estômago, cólon e junção reto, reto, ânus e canal anal), mama, localizações mal definidas ou secundárias e de localizações não especificadas, próstata, colo de útero e outras neoplasias malignas de pele, com maior incidência na população idosa do estado.

O perfil epidemiológico das neoplasias malignas no ES é um importante instrumento para gestores, profissionais da saúde e público em geral do SUS, trazendo contribuições para o planejamento das prioridades em termos de ações em saúde. Tais ações visam, em última instância, à prevenção, ao controle, à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da população, principalmente, no que tange à detecção precoce e tratamento oportuno das neoplasias.

REFERÊNCIAS |

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>
2. Barreto ML, Carmo EH. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro CA, organizadores. Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 56-68.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: OPAS; 2002 [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_magnitude_cancerbrasil.pdf>.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 v1.0 [Internet]. Lyon: IARC; 2013 [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <<http://globocan.iarc.fr>>.
5. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1459-544.
6. Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis*. 2010; 31(1):100-10.
7. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(Supl. 1):102-15.
8. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):389-98.
9. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. Boletim epidemiológico de doenças e agravos não transmissíveis no estado do Espírito Santo (DANT's) 2006-2016 [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/BOLETIM%20VIGILANCIA%20DAS%20DANTS_.pdf>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estados: 2010 [acesso em 27 jul 2017]. Disponível em: URL: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es>>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015 - Brasil [acesso em 28 jul 2017]. Disponível em: URL: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Morbidade hospitalar do SUS: por local de residência - Espírito Santo 2011-2015 [acesso em 28 jul 2017]. Disponível em: URL: <<http://>>

- tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nres.def>.
13. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado: oncologia [Internet]. Vitória: SESA; 2016 [acesso em 27 jul 2017]. Disponível em: URL: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/PLANO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20ONCOLOGICA%20vers%C3%A3o%20final.pdf>>.
14. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(2):95-101.
15. Solla JJSP, Paim JS. Relações entre a atenção básica, de média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
16. Silva RMB, Freitas RR, Rocha TS. Perfil dos pacientes com câncer gástrico atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence no período de 2007 a 2012. *Rev Ciênc Saúde.* 2016; 6(1):25-42.
17. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: URL: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>.
18. Santos BGM, Santos SC, Machado ATR, Marques FF, Leidersnaider C. Frequência de realização do auto-exame das mamas e mamografia na detecção de nódulos em mulheres de baixa renda na população Sul Fluminense. *Rev Saúde.* 2016; 1(1):25-31.
19. Abreu DMX, Sakurai E, Campos LN. Evolução da mortalidade por causas mal definidas na população idosa em quatro capitais brasileiras, 1996-2007. *Rev Bras Est Pop.* 2010; 27(1):75-88.
20. Mendes JDVM. Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010-2011. *Bol Eletrôn Grupo Téc Aval Inform Saúde* [Internet]. 2010; 3(9):1-20 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/gais_jornal_9.pdf>
21. Noone AM, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. *SEER cancer statistics review, 1975-2015.* Bethesda: National Cancer Institute; 2017.
22. Veras R, Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-37.
23. Moyer VA. Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012; 157(2):120-34
24. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: URL: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf>.
25. Instituto Nacional de Câncer. Monitoramento das ações de controle do câncer de pele [Internet]. *Inform Detecção Precoce.* 2016 [acesso em 29 maio 2018]; 7(3):1-7. Disponível em: URL: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_03_2016.pdf>.
26. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Tipos de câncer [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>.
27. American Cancer Society. *Cancer facts e figures 2017* [Internet]. Atlanta: ACS; 2017 [acesso em 29 maio 2018]. Disponível em: URL: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>.
28. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo de útero: avaliação do acesso. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(2):240-8.
29. Gomes CA, Rugno FC, Rezende G, Cardoso RC, Carlo MMRP. Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. *Medicina.* 2016; 49(5):463-74.

30. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3807-16.

Correspondência para/Reprint request to:

Marcelle Lemos Leal

Avenida Augusto Emilio Estelita Lins, 305,

Bairro Jardim Camburi, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29060-180

Tel.: (28) 99884-1122

E-mail: marcelle.leal@outlook.com

Recebido em: 12/12/2017

Aceito em: 20/06/2018