

Centro Universitário de Patos  
 Curso de Medicina  
 v. 5, n. 4, Out-Dez 2020, p. 61-69.  
 ISSN: 2448-1394



**AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE ADVINDA DO CÂNCER DE FARINGE  
 (NASOFARINGE, OROFARINGE E HIPOFARINGE) NO ESTADO DA PARAÍBA**

*EVALUATION OF MORTALITY ARISING FROM PHARINGE CANCER (NASOPHARINGE,  
 OROPHARINGE AND HYPOOPHINGING) IN THE STATE OF PARAÍBA*

Jardeson Joaquim Bezerra  
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Caicó – RN – Brasil.  
[jardesonbezerra1990@gmail.com](mailto:jardesonbezerra1990@gmail.com)

Jeferson Chesman Marques Bezerra  
 Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Cuité – PB – Brasil.  
[Jefersonchesman30@hotmail.com](mailto:Jefersonchesman30@hotmail.com)

João Lucas Caldas Minervino<sup>I</sup>  
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Caicó – RN – Brasil.  
[lucasminervino.13@hotmail.com](mailto:lucasminervino.13@hotmail.com)

Cláudio Gonçalves Moreira  
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Caicó – RN – Brasil.  
[claudiogmoreira@hotmail.com](mailto:claudiogmoreira@hotmail.com)

Igor Gomes Esmeraldo  
 Universidade de Aquino Bolívia- UDABOL- Santa Cruz de la Sierra- SC- Bolívia.  
[igorgesmeraldo@hotmail.com](mailto:igorgesmeraldo@hotmail.com)

Nayara Ranielli da Costa  
 Universidade de Pernambuco - UPE – Recife – PE – Brasil.  
[nayaracosta1992@hotmail.com](mailto:nayaracosta1992@hotmail.com)

**RESUMO**

**Objetivos:** O objetivo desse trabalho foi avaliar a mortalidade no Estado da Paraíba decorrente de câncer de faringe no intervalo dos anos de 2010 a 2018. Além disso, identificar qual segmento da faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) provoca mais mortes, e se fatores como sexo e idade interferem na mortalidade.

**Métodos:** O trabalho foi realizado através da documentação dos dados presentes no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS), através do DATASUS, sendo avaliada a mortalidade em relação ao sexo e faixa etária.

**Resultados:** Desse modo, pôde-se averiguar que ocorreu um pequeno crescimento do número de óbitos advindos do câncer de faringe, passando de 36 casos em 2010 para 43 em 2018. Embora tenha ocorrido esse aumento no número de casos absolutos, não foi constatado crescimento do ponto de vista de porcentagem de mortalidade por câncer de faringe em relação às outras neoplasias, passando de 1,14% em 2010 para 1,08% em 2018. Outro ponto de relevância é, sobretudo, a região anatômica da faringe com maior mortalidade, sendo a região da orofaringe com maior número de casos. Outro ponto de

destaque é a predileção da mortalidade pelo sexo e idade, sendo o sexo masculino com maior prevalência em todas as porções da faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), e em relação à idade, mostrou-se segundo a pesquisa, como um fator preponderante para mortalidade em ambos os sexos e para todas as porções da faringe.

**Conclusões:** Pode-se concluir que, nos anos de 2010 a 2018, ocorreram variações na porcentagem da mortalidade do câncer faringe, no estado da Paraíba, com 2017 apresentando maior índice, 1,17%. Em relação à divisão anatômica da faringe, a porção da orofaringe representa o maior número de mortalidade. Além disso, é importante salientar que a idade tem influência marcante no número de óbitos, sendo indivíduos com 40 anos ou mais, os mais atingidos para todas as porções da faringe. Já em relação ao sexo, nota-se a maior prevalência para o sexo masculino, também para todas as partes da faringe.

**Palavras-chave:** Mortalidade. Câncer de faringe. Paraíba.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** The objective of this work was to evaluate the mortality in the state of Paraíba due to pharyngeal cancer, in the period from 2010 to 2018. In addition, to identify which segment of the pharynx (nasopharynx, oropharynx and hypopharynx) causes more deaths, and whether factors such as sex and age interfere in mortality

**Methods:** The work was carried out due to the documentation of the data present in the SUS hospital information system (SIH / SUS), through DATASUS, being evaluated the mortality in relation to sex and age group.

**Results:** Thus, it was possible to verify that there was a small increase in the number of deaths from pharyngeal cancer, going from 36 cases in 2010 to 43 in 2018. Although this increase in the number of absolute cases occurred, there was no increase in the point view of the percentage of mortality from pharyngeal cancer in relation to other neoplasms, going from 1.14% in 2010 to 1.08% in 2018. Another relevant point is, above all, the anatomical region of the pharynx with the highest mortality, being the oropharynx region with the highest number of cases. Another highlight is the predilection of mortality by sex and age, with the male sex being more prevalent in all portions of the pharynx (nasopharynx, oropharynx and hypopharynx), and in relation to age, it was shown, according to the research, as a preponderant factor for mortality in both sexes and for all portions of the pharynx.

**Conclusions:** It can be concluded that, in the years 2010 to 2018, there were variations in the percentage of mortality from pharyngeal cancer, in the state of Paraíba, with 2017 showing the highest rate, 1.17%. Regarding the anatomical division of the pharynx, the portion of the oropharynx represents the highest number of mortality. In addition, it is important to note that age has a marked influence on the number of deaths, with individuals aged 40 years and over, the most affected for all portions of the pharynx. In relation to sex, there is a higher prevalence for males, also for all parts of the pharynx.

**Keywords:** Mortality. Pharynx cancer. Paraíba

#### **1. Introdução**

A faringe consiste em um tubo muscular pertencente a dois sistemas: sistema digestivo e respiratório, cujo objetivo comum é permitir a passagem do ar inspirado e do alimento ingerido. O órgão pode ser encontrado posteriormente à cavidade nasal (nasofaringe), bucal (orofaringe) e à laringe (laringofaringe).<sup>1,2,3,4</sup>

A nasofaringe é a parte da faringe que se comunica com a cavidade nasal através das coanas e apresenta como limite lateral o ouvido médio, que se comunica através das tubas auditivas, local onde são encontradas as tonsilas tubárias (tecido linfóide).<sup>5</sup> A

orofaringe é a região da faringe conectada a cavidade oral, que se encontra entre a nasofaringe (limite superior) e laringofaringe (limite inferior). A sua localização permite que a mesma seja capaz de transportar tanto o alimento ingerido, quanto o ar inspirado. A laringofaringe, região encontrada entre a orofaringe (limite superior) e o esôfago (limite inferior), está intimamente associada à obstrução da passagem para o esôfago durante a inspiração do ar, encaminhando-o para a laringe.<sup>6,7,8,9</sup>

O câncer de faringe é considerado um problema global de saúde pública.<sup>10</sup> O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estima que o risco de incidência seja de 7,8 por 100.000 habitantes, com 11,27 novos casos para cada 100.000 homens e 4,21 para cada 100.000 mulheres<sup>11</sup>. Estima-se que, em 2020, o câncer de boca e faringe corresponda a mais de 21 mil novos casos e mate mais de 10 mil pessoas no Brasil.<sup>12</sup>

A população masculina apresenta o maior risco de desenvolver esse tipo de câncer; no Brasil, para cada novo caso na população feminina, há três casos na população masculina. As regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentam as maiores incidências no País.<sup>13</sup>

As neoplasias malignas da faringe são frequentes dentre aquelas que acometem as vias aerodigestivas superiores, tendo como fatores de risco o álcool e o fumo<sup>14</sup> predominantes em homens na quinta década de vida.<sup>15,16</sup> Na Europa, as taxas de mortalidade por câncer de boca e faringe têm diminuído desde a década de 1970,<sup>17</sup> enquanto na Oceania<sup>(18)</sup> e em vários países da América Latina, essas taxas aumentam desde os anos 80.<sup>19</sup> O Brasil é o país com as maiores taxas de mortalidade nos dois locais da América Latina,<sup>20</sup> mostrando um aumento desde a década de 1980.<sup>21</sup>

Portanto, o objetivo do trabalho foi avaliar a porcentagem da mortalidade advinda do câncer de faringe no estado da Paraíba, bem como qual porção anatômica (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) tem o maior número de mortalidade. Além disso, avaliar se os fatores sexo e idade interferem ou não.

## 2. Métodos

O trabalho é tipo documental, sendo utilizados os dados presentes no Sistema da base DATASUS/Ministério da Saúde. A coleta dos dados ocorreu em abril de 2020, entre os dias 02 a 12. As informações coletadas utilizaram a mortalidade hospitalar por local de residência, tendo como abrangência geográfica o estado da Paraíba.

O período analisado foi de janeiro de 2010 até dezembro de 2018, e como critério em relação ao capítulo – CID-10: neoplasia; em relação à lista de morbidade CID-10: neoplasias malignas de orofaringe; nasofaringe; hipofaringe. Foram avaliados ambos os sexos de modo juntos, bem como separados, seja só masculino ou só feminino. Em relação à cor, foram avaliadas todas as categorias; a respeito da faixa etária, foram

avaliadas pessoas com idade igual ou menor que 39 anos e outro grupo com 40 anos ou mais, levando em consideração os tópicos de escolaridade, estado civil e local de ocorrência. Primeiro passo foi avaliar todas as mortes ocorridas devido a neoplasias em geral no Estado da Paraíba desde 2010 até 2018. Para isso, o capítulo-CID-10 foi selecionado o tópico neoplasias, considerando a pesquisa para ambos os sexos e com todas as faixas de idade.

O segundo passo foi avaliar a mortalidade por neoplasias da faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe) no Estado da Paraíba. Assim, no capítulo CID-10 foi selecionado neoplasias e, na categoria CID-10, foi selecionado neoplasias malignas da (nasofaringe; orofaringe e hipofaringe), avaliando-se para ambos os sexos e de forma separada. Além disso, avaliou-se a faixa etária em dois grupos (39 anos ou menos) e (40 anos ou mais). Assim, para termos a mortalidade geral da faringe, somamos todos os resultados obtidos da mortalidade das suas porções (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) de 2010 até 2018. E, por fim, avaliou-se a porcentagem da mortalidade advinda do câncer de faringe e, para isso, seguimos a seguinte fórmula: % (câncer de faringe) por ano = número de óbitos de câncer de faringe por ano (independente do sexo e da idade) / número do óbito advindo de neoplasias por ano.

### 3.Resultados

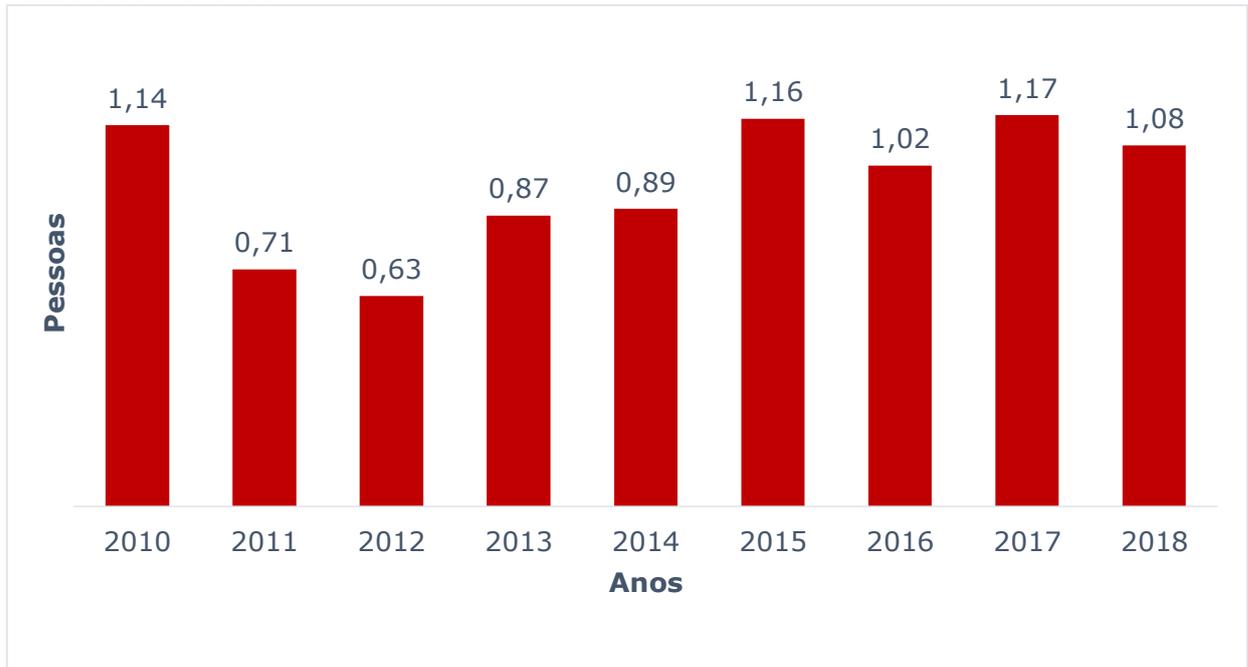
Verificou-se que o número de indivíduos que foram a óbito devido ao aumento de neoplasias vem seguindo uma crescente, passando de 3133 casos em 2010 para 3971 casos em 2018, conforme mostra a tabela 1. Em relação ao número de óbitos advindo da neoplasia de faringe, como mostra a tabela 1, observam-se picos de crescimento nos anos de 2015, 2017 e 2018, e decréscimos nos anos 2011 e 2012. Entretanto, ao ser avaliado, ocorreu um aumento do número discreto da mortalidade, passando de 36 casos no ano de 2010, para 43 casos no ano de 2018.

**Tabela 1: número de mortes advindas por neoplasias**

	Mortalidade de câncer de faringe no Estado da Paraíba	Mortalidade de neoplasia em geral no Estado da Paraíba
Ano	Nº de pessoas	Nº de pessoas
2018	43	3971
2017	45	3822
2016	38	3705
2015	44	3788
2014	32	3569
2013	31	3563
2012	22	3468
2011	23	3212
2010	36	3133

Fonte: Datasus adaptado, 2020.

**Gráfico 1: Porcentagem da mortalidade decorrente de câncer de faringe no Estado da Paraíba.**



Fonte: Datasus adaptado, 2020.

Conforme mostra a tabela 1, ocorreu o crescimento de óbitos devido ao câncer de faringe e aumento da mortalidade advinda de neoplasias em geral. Assim, a porcentagem da mortalidade do câncer de faringe em relação às neoplasias em geral ocorreu um discreto decréscimo, passando de 1,14% em 2010, para 1,08% em 2018.

**Tabela 2: Mortalidade advinda de câncer de nasofaringe, no estado da paraíba**

Com < 40				Com = ou > de 40 anos			
Ano		Homens	Mulheres	Ano		Homens	Mulheres
2018	0	0	0	2018	8	5	3
2017	1	1	0	2017	7	5	2
2016	0	0	0	2016	4	1	3
2015	1	1	0	2015	2	2	0
2014	2	1	1	2014	7	7	0
2013	0	0	0	2013	1	1	0
2012	0	0	0	2012	1	1	0
2011	0	0	0	2011	2	2	0
2010	0	0	0	2010	5	4	1

Fonte: Datasus adaptado, 2020.

**Tabela 3: Mortalidade advinda do câncer de hipofaringe, no estado da paraíba**

Com < 40 anos				Com = ou > de 40 anos			
Ano		Homens	Mulheres	Ano		Homens	Mulheres
2018	0	0	0	2018	4	4	0
2017	0	0	0	2017	8	8	0
2016	0	0	0	2016	4	4	0
2015	0	0	0	2015	5	4	1
2014	0	0	0	2014	2	1	1
2013	0	0	0	2013	3	1	2
2012	1	1	0	2012	3	2	1
2011	0	0	0	2011	1	1	0
2010	1	1	0	2010	6	6	0

Fonte: Datasus adaptado, 2020.

**Tabela 4: mortalidade advinda de câncer de orofaringe, no Estado da paraíba**

Com < 40 anos				Com = ou > de 40 anos			
Ano		Homens	Mulheres	Ano		Homens	Mulheres
2018	0	0	0	2018	31	25	6
2017	0	0	0	2017	29	22	7
2016	2	1	1	2016	28	23	5
2015	1	0	1	2015	35	25	10
2014	0	0	0	2014	21	18	3
2013	0	0	0	2013	27	21	6
2012	0	0	0	2012	17	14	3
2011	0	0	0	2011	20	10	10
2010	1	1	0	2010	23	17	6

Fonte: Datasus adaptado, 2020.

Conforme as tabelas 2, 3 e 4, a mortalidade do câncer de faringe é maior na orofaringe, seguida pela nasofaringe e, por último, a hipofaringe. Em relação às variáveis testadas, a idade e o sexo têm influência na mortalidade nas três porções da faringe, sendo o maior número de mortalidade para pessoas com 40 anos ou mais, para todas as partes da faringe. Vale salientar que abaixo de 40 anos de idade, a maior mortalidade ficou para o segmento da orofaringe e nasofaringe. Em relação à idade, a prevalência da mortalidade foi para o sexo masculino para todas as porções da faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe).

#### 4. Discussão

Diante dos dados obtidos, avaliou-se que a literatura mostra que alguns coeficientes de mortalidade por câncer de faringe foram de 2,04 por 100.000 habitantes

e apresentou variação percentual anual de -2,6%<sup>22</sup>; porém, a porcentagem de câncer de faringe no estado da Paraíba, segundo a pesquisa, foi no máximo de 1,17%, conforme o gráfico 1.

Em relação à porção anatômica da faringe que causa mais mortalidade, a pesquisa vai ao encontro da literatura vigente, pois ocorre maior frequência de câncer da orofaringe (61.8%) em relação à hipofaringe (31.4%) e à nasofaringe (6.8%)<sup>23,24</sup>, isso poderia explicar os 235 óbitos advindos do câncer da orofaringe, conforme a tabela 4. Além disso, tumores de orofaringe estão fortemente associados a metástases cervicais, com incidência em 50 a 70%<sup>25</sup> devido à sua maior disseminação tumoral, além de estarem localizados em regiões de difícil visualização e diagnóstico, contribuindo negativamente na sobrevivência dos pacientes.<sup>26</sup>

Já em relação às variáveis sexo e idade, a pesquisa avaliou que o sexo masculino é mais prevalente. Esse dado corrobora com dados na literatura, em que a relação entre o coeficiente médio masculino e feminino foi de 6:1 para o câncer de faringe.<sup>26</sup>

Em relação à idade, a pesquisa evidenciou a maior prevalência da mortalidade em pacientes com 40 anos ou mais. Esse resultado pode ser explicado devido ao fato que a idade média dos pacientes portadores de neoplasia de boca/faringe foi de 56,5 anos,<sup>27</sup> assemelhando-se aos achados que<sup>28</sup> explicam a maior mortalidade existente em indivíduos acima de 40 anos.

## 5. Conclusão

Concluimos que no Estado da Paraíba, no período de 2010 a 2018, houve um pequeno aumento no número de óbitos por câncer de faringe na população em geral. Esse aumento no número de casos, no entanto, não foi averiguado do ponto de vista de porcentagem de mortalidade advinda de câncer de faringe em relação às outras neoplasias. Vale salientar a maior prevalência para o sexo masculino e maior taxa de mortalidade em pessoas com 40 anos ou mais, sendo necessárias políticas para identificação precoce desse tipo de câncer. Do ponto de vista anatômico, constatou-se que a orofaringe apresenta a maior mortalidade. Entretanto, vale salientar que um diagnóstico precoce da neoplasia associado à necessidade da intensificação das ações de prevenção do câncer de faringe, por meio da melhoria no estilo de vida das pessoas e mudanças dos hábitos alimentares e redução do consumo de álcool, pode reduzir drasticamente esses dados de mortalidade no Estado da Paraíba.

## Referências

1. Dangelo, J.G.; Fattini C.C. Anatomia sistêmica e segmentar. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.  
*Journal of Medicine and Health Promotion*. 2020; 5(4): 61-69.

2. Andrade Filho, Eládio Pessoa de et al. Anatomia Geral. 1. ed. Sobral: INTA, 2015.
3. Tortora, G.J. princípios de anatomia humana. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
4. Moore, K.L. – anatomia humana para clínica, 6ºed, Guanabara Koogan, 2011.
5. Strandring, S. – gray´s anatomia, 40ºed, Elsevier, 2010.
6. Snell, R.S. anatomia clínica para estudantes de medicina, 5ºed, Guanabara Koogan, 2000.
7. Freitas, Valdemar– anatomia conceitos e fundamentos. São Paulo: artmed, 2004.
8. Moore, Keith L. anatomia orientada para a prática clínica. 4ºed. Rio de Janeiro: guanabara koogan, 2011.
9. Moore, K.L.; Dalley, A. F. Anatomia orientada para a clínica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 10-Schramm JMA, Oliveira AF, Leite ID, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e estudo de carga de doença no Brasil. Cienc Saude Coletiva.2004; 9 (4): 897-908. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2018 Feb 1]. Disponível em: <http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>
12. Organização Mundial da Saúde, Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer. Globocan. 2012 [citado em 1 de fevereiro de 2018].Disponível em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
13. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa de 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro:INCA; 2014. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultadoscomentarios.asp> (Acessado em 10 abril de 2020).
14. Maier H, Dietz A, Gewelke U, Heller WD, Weidaver H. Tobacco and alcohol and the risk of head and neck cancer. Clin Invest.1992;70(3-4):320-7.
15. Johansen LV, Grau C, Overgaard J. Hypopharyngeal squamous cell carcinoma: treatment results in 138 consecutively admitted patients. Acta Oncol. 2000;39(4):529-36.
16. Prout MN, Sidari JN, Witzburg RA, Grillone GA, Vaughan CW. Head and neck cancer screening among 4611 tobacco users older than forty years. Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;116(2):201-
17. Garavello W., Bertuccio P., Levi F., Lucchini F., Bosetti C., Malvezzi M. et al. A epidemia de câncer de boca na Europa Central e Oriental. Int J Cancer. 2010; 127 (1): 160-71. <https://doi.org/10.1002/ijc.25019>

18. Ariyawardana A, Johnson NW. Tendências de câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe na Austrália 1982-2008: boas notícias em geral, mas com taxas crescentes na orofaringe. *BMC Cancer*. 2013; 13: 333. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-333>
19. Riera-S P, Martínez-R B. Morbidade e mortalidade por câncer de boca e faringe no Chile. *Rev Med Chile*. 2005; 133 (5): 555-63. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000500007>
20. Wunsch Filho V. A epidemiologia do câncer de boca e faringe no Brasil. *Oral Oncol*. 2002; 38 (8): 737-46. [https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(02\)00066-0](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(02)00066-0)
21. Boing AF, Peres MA, Antunes JLF. Mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil: tendências e padrões regionais, 1979-2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 20 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000700001>
22. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendência da mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período de 2002 a 2013. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:10.
23. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol*. 2002;38(8):737-46.
24. De Stefani E, Boffetta P, Oreggia F, Mendilaharsu M, Deneo-Pellegrini H. Smoking patterns and cancer of the oral cavity and pharynx: a case-control study in Uruguay. *Oral Oncol*. 1998;34(5):340-6.
25. Becker M. Oral cavity, oropharynx and hypopharynx. *Semin Roentgenol*. 2000;35(1):21-30. Review
26. Vogel DW, Zbearen P, Thoeny CH. Cancer of the oral cavity and oropharynx. *Cancer Imaging*. 2010;10(1):62-72
27. Letícia de Cássia Melo; Marcelle Cristina da Silva; Joyce Maria de Paula Bernardo; Eduardo Bertarini Marques; Isabel Cristina Gonçalves Leite. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe RGO, *Rev. gaúch. odontol.* (Online) vol.58 no.3 Porto Alegre Jul./Set. 2010
28. Campos JLG, Chagas JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(2):65-8.