

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ESTADIAMENTO CLÍNICO DE PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA E LÁBIO TRATADOS NO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) NO ANO 2017.

Epidemiological profile and clinical staging of patients with squamous cell carcinoma of the mouth and lip treated in the National Instance of Cancer (INCA) in the year 2017.

Emanuelle de Melo Virissimo<sup>1</sup>, Giovanni Augusto Castanheira Polignano<sup>2</sup>, Paulo César Reis Junqueira<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Aluno/a do 5º ano do curso de Odontologia do UNIFESO – 2018/2; <sup>2</sup> Mestre em Patologia Buco-dental UFF, professor do curso de Odontologia do UNIFESO. <sup>3</sup>Especialista em Radiologia Odontológica PERJ, Especialista em Estomatologia UNIGRANRIO, professor do curso de Odontologia do UNIFESO.

## Resumo

O Carcinoma Espinocelular (CEC) tem sido responsável por mais de 90% das lesões malignas de cavidade oral, o sexo masculino é acometido de forma mais intensa, na maioria dos casos apresentam idade superior a 50 anos. Apesar de a cavidade oral apresentar fácil acesso para detecção do câncer, a maioria dos pacientes deram entrada nos hospitais em estágio avançado da doença. Este trabalho teve por objetivo investigar o estadiamento clínico de pacientes portadores de Carcinoma Espinocelular de boca e lábio atendidos no INCA - Hospital do câncer I (HC I) no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017 por meio de análise de 250 prontuários. Este estudo possui caráter retrospectivo, quantitativo, descritivo. Para análise de variáveis categóricas utilizou-se de medidas de frequências absolutas e percentuais, e para variáveis numéricas através de medidas descritivas: centralidade (média, mediana e moda), dispersão: desvio padrão, coeficiente de variação e máxima e mínima. O teste de  $\chi^2$  foi utilizado para comparações de variáveis categóricas de interesse com nível de significância de 5%. O CID-10 foi utilizado para definição dos sítios anatômicos e o estadiamento clínico foi observado com base no sistema TNM. Dos 250 prontuários 144 apresentaram-se habilitados para este estudo mediante fatores de inclusão. Observou-se que 74,3% dos casos eram do sexo masculino, as idades variaram de 27 a 96 anos, as décadas mais frequentes foram 5ª e 6ª (69,3%), o sexo feminino apresentou-se superior na 8ª década (12,3%); a cor branca predominou em 51% dos casos, 1º Grau incompleto foram 40%. Os fatores de risco mais observados foram o tabagismo (82,6%) e o etilismo (80,5%), a maior prevalência de exposição concomitante a carcinógenos foi o tabagismo e o

etilismo  $p = 0,0001$ ; a língua (43%) e o assoalho de boca (30%) representaram os sítios mais acometidos  $p = 0,001$ . O estágio IV foi predominante na amostra (51,3%). Nos casos de óbito as proporções foram 4,2:1 masculino/feminino, a cor parda representou 48,7%, o tabagismo e etilismo concomitante foram (35,8%) nos estádios IV, nenhum paciente foi observado em estágio I nos casos de óbito. Mediante aos achados, conclui-se a necessidade de implementar medidas preventivas e intervencionais para reduzir a prevalência dos estádios IV e otimizar a sobrevida dos pacientes com de câncer de boca.

**Palavras-chave:** carcinoma espinocelular, epidemiologia, estadiamento de neoplasias, TNM.

## Abstract

Spinocellular Carcinoma (SCC) has been responsible for more than 90% of oral cavity malignancies, the males are more severely affected, in most cases they are older than 50 years. Although the oral cavity has easy access for cancer detection, most patients were admitted to hospitals at an advanced stage of the disease. The objective of this study was to investigate the clinical staging of patients with Spinocellular Carcinoma of the mouth and lip treated at INCA - Cancer Hospital I (HC I) from January 1 to December 31, 2017 through analysis of 250 medical records. This study is retrospective, quantitative, descriptive. For analysis of categorical variables, we used absolute and percentage frequency measures, and for numerical variables through descriptive measures: centrality

(mean, median and fashion), dispersion: standard deviation, coefficient of variation and

maximum and minimum values. The  $\chi^2$  test was used for comparisons of categorical variables of interest with significance level of 5%. ICD-10 was used to define the anatomical sites and the clinical staging was observed based on the TNM system. Of the 250 medical records, 144 were eligible for this study through inclusion factors. It was observed that 74.3% of the cases were male, the ages ranged from 27 to 96 years, the most frequent decades were 5th and 6th (69.3%), female was higher in the 8th decade (12.3%); the white color predominated in 51% of cases, 1st incomplete Degree was 40%. The most frequent risk factors were smoking (82.6%) and alcoholism (80.5%), the highest prevalence of concomitant exposure to carcinogens was smoking and alcoholism  $p = 0.0001$ ; the tongue (43%) and the floor of the mouth (30%) represented the most affected sites  $p = 0.001$ . Stage IV was predominant in the sample (51.3%). In the cases of death the proportions were 4.2: 1 male / female, the brown color represented 48.7%, the smoking and concomitant alcoholism were (35.8%) in the IV stages, no patient was observed in stage I in the cases of death. Based on the findings, it is concluded the need to implement preventive and interventional measures to reduce the prevalence of IV stages and to optimize the survival of patients with oral cancer.

**Keywords:** squamous cell carcinoma, epidemiology, neoplasm staging, TNM.

## INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma neoplasia maligna dos tecidos da cavidade oral que inclui várias localizações primárias de tumor, que compreendem diferentes estruturas anatômicas, lábio, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral, assoalho da boca) e orofaringe (úvula, palato mole e base da língua). Mundialmente os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a 10% das neoplasias malignas e aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização encontra-se em cavidade oral, onde a língua e o assoalho bucal são as localizações mais acometidas. O Carcinoma Espinocelular (CEC) tem sido responsável por 90% a 95% das lesões malignas nesta região, acomete o gênero masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são em indivíduos acima dos 50 anos de idade (BRASIL, 2002; DEDIVITIS et al., 2004; BRENER et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2009; DA SILVA; LEÃO e SCARPEL, 2009; NOGUEIRA, et al., 2009; GAETTI-JARDIM et al., 2010; MELO et al., 2010; RIBEIRO, 2016; LE CAMPION, et al., 2016).

O CEC, que também carrega o nome de Carcinoma de Células Escamosas (CCE) ou Carcinoma Epidermóide (CE) tem sua origem no

epitélio de revestimento, apresenta comportamento agressivo e metastização cervical precoce. As características clínicas iniciais desta neoplasia apresentam aspectos “inofensivos”, caracterizada por área avermelhada, branca, branco-acinzentada, negra ou azulada, ou por um nódulo, ulcerada ou não, uma úlcera rasa ainda não infiltrada, ou ainda as combinações desses aspectos, ocasionalmente apresenta sintomatologia dolorosa. Com a evolução desta patologia o tamanho da lesão aumenta, apresenta contorno irregular da lesão, ou aumento da área ulcerada, neste momento apresenta consistência endurecida à palpação e sua base apresenta-se fixada as estruturas circunvizinhas (BRASIL, 2002; BRENER et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2009; MELO et al., 2010; RIBEIRO, 2016).

De acordo com Brasil (2002), desde o ano 1998 o câncer tem apresentado valores epidemiológicos preocupantes, pois ocupava a segunda causa de morte por doença no Brasil. Nos casos de câncer de boca, dados populacionais apontavam que os homens já apresentavam taxas consideravelmente mais altas que as mulheres e ocupavam o 4º lugar das neoplasias malignas mais frequentes no sexo masculino.

A estimativa bienal para os anos de 2018/2019 relatou 14.700 novos casos para câncer de boca (sendo 11.200 para homens e 3.500 para mulheres) que demonstra que a estimativa para novos casos reduziu em relação ao biênio anterior 2016/2017 onde foram estimados 15.490 novos casos, entretanto esta diminuição corresponde a estimativa para as mulheres, que antes era de 4.350, negando que a estimativa para os homens tenha diminuído, mas o contrário aumentou de um biênio para o outro, quando apresentava estimativa de 11,140 novos casos para câncer de boca (INCA, 2015; INCA, 2017).

Segundo INCA (2017), os homens ocupam 5º lugar para neoplasia de boca, sendo o câncer de boca o 12º entre todos os cânceres neste ano.

Apesar do câncer de boca apresentar condições de identificação em fase inicial, pelo fácil acesso à cavidade oral, tanto por profissionais da área da saúde quanto pelos próprios pacientes, a maioria deu entrada nos hospitais em fase avançada da doença, cujo tratamento deixa de ser curativo, e na maioria dos casos é mutilante, o que influi no tempo e qualidade de sobrevivência desses pacientes (COSTA; MIGLIORATI, 2001; BRASIL, 2002; MELO et al., 2010; VOLKWEIS et al., 2014; AQUINO et al., 2015).

Antônio Fernando Tommasi iniciou o capítulo 26 de seu livro: Diagnóstico em Patologia Oral citando artigo de Queiroz e Mello Filho (1976) que trouxeram à tona a essência da medicina

oncológica ante um paciente diagnosticado tardiamente, e descreve que para os médicos esta condição promove imensa frustração ao tratar um paciente que não apresenta chances de cura. Ainda neste capítulo relata as palavras de Lily Beger “O diagnóstico de câncer deixa o homem sem futuro e isso modifica toda a estrutura de sua personalidade, seus contatos com o mundo e seus valores. Assim, o câncer não é apenas uma ameaça à vida física, mas também ao próprio sentimento de identidade que nos permite a sensação de continuarmos sendo iguais ao longo dos anos”, também citada no artigo de Queiroz e Melo filho (1976), todavia o desenvolvimento do capítulo acalentou-o, pois estava determinado que sua escrita traria impacto e ciência por partes de profissionais da saúde sobre a importância do diagnóstico precoce, mesmo que não de imediato, e a partir desta conquista o paciente que outrora “não tinha futuro” agora apresentaria chances reais de cura e reabilitação (TOMMASI<sub>b</sub> et al., 2013).

O câncer provém de alterações (mutações, transformações epigenéticas, translocações etc.) que podem afetar um ou mais genes de uma única célula resultado do processo da carcinogênese, onde as células passam a se reproduzir desordenadamente e não respondem mais a estímulos de comando de uma célula saudável. A carcinogênese ou oncogênese, assim também conhecido, desenvolvem-se afetando principalmente duas classes de genes, os proto-oncogenes e os genes supressores de tumor. Os protooncogenes atuam na codificação de proteínas e ajudam a regular o crescimento e diferenciação celular. Os supressores de tumor, como o nome mesmo já diz impedem que uma célula mutada se reproduza onde, após acúmulo de mutações genéticas ocorre a ativação dos proto-oncogenes, neste momento, oncogenes reproduzam as características da célula tumoral. A proteína p53 é o supressor de tumor que mais se observa associado a cânceres humanos, sua função é induzir a apoptose (morte celular), e quando esta também encontra-se modificada, não realiza mais esta função. As alterações genéticas se dão por: causas adquiridas pelo ambiente, hábitos de vida e oriundos de herança genética. Estes são os carcinógenos, ou seja, conjunto de fatores que afetam diretamente à genética celular (BRASIL, 2002; DAHER; PEREIRA e D'ARELLI OLIVEIRA, 2008; CARVALHO; SOARES e FIGUEIREDO, 2012).

Para que ocorra o desenvolvimento da carcinogênese, não obrigatoriamente é necessária a presença de carcinógenos, porém, a exposição prolongada a fatores de risco e interação entre eles aumentam a possibilidade de desenvolver uma

célula tumoral, estes fatores são causa da maioria dos cânceres. (DAHER; PEREIRA e D'ARELLI OLIVEIRA, 2008; CARLI et al, 2009; LIRA et al., 2009; INCA, 2011; AQUINO, 2015)

O câncer de boca do tipo CEC não é uma neoplasia maligna de carcinógeno isolado, mas um conjunto de agentes associados ao indivíduo que já apresente predisposição genética ao seu desenvolvimento. Sendo assim é de extrema importância que tanto o paciente quanto os profissionais da saúde conheçam o conjunto de fatores de risco que podem levar à evolução desta neoplasia maligna, bem como, os aspectos clínicos desta lesão (COSTA; MIGLIORATI, 2001; ANTUNES, et al., 2007; LIRA, et al., 2009; SASSI et al., 2010; DOS SANTOS; BATISTA e CANGUSSU, 2010; QUEIROZ; SILVEIRA, 2013; FONSECA et al., 2014).

Os fatores de risco para o câncer de boca podem apresentar caráter ambiental, fatores do próprio indivíduo e fatores do hospedeiro. Desta forma temos, fatores de riscos ambientais: tabagismo crônico, etilismo crônico, (ressaltando que o paciente que faça uso do fumo e álcool concomitante de aspecto crônico aumenta o risco para câncer de boca), exposição solar sem proteção (Radiação Ultravioleta) dieta pobre em nutrientes, pacientes que estejam expostos a fatores carcinógenos químicos (exposições prolongadas sem os devidos cuidados de segurança como agrotóxicos etc.) ou físicos (próteses dentárias mal adaptadas ou de outra origem de irritação crônica); fatores de risco do próprio indivíduo: o gênero (sexo masculino), idade superior a 40 anos; e pré disposição genética (hereditariedade) e; fatores do hospedeiro: a presença do vírus papiloma vírus humano (HPV) os tipos 16 e 18, indivíduos com o sistema imunológico enfraquecido seja por medicamentos, doenças autoimunes, etc. (QUEIROZ, et al., 2003; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA e ZUCOLOTO, 2006; ANTUNES et al., 2007; DOS SANTOS et al., 2009; CUNHA; CATÃO e COSTA, 2009; SASSI et al., 2010; DOS SANTOS; BATISTA e CANGUSSU, 2010; FONSECA et al., 2014; RIBEIRO, 2016).

Neste sentido, Brasil (2002) e Ribeiro (2016), relacionam que para determinar a ocorrência dos tumores na cavidade oral, estão interligados aos fatores intrínsecos, associados aos fatores extrínsecos e sua relação com o tempo de exposição.

Pierre Denoix desenvolveu o sistema TNM com a finalidade de unificar a linguagem dos oncologistas através da classificação dos tumores malignos, (França, anos 1943 e 1952). O estadiamento clínico (E.C.) de um tumor não reflete apenas a taxa de crescimento e a extensão da

doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. A classificação por esse sistema dependeria de três características: tamanho do tumor (T), em centímetros; acometimento dos linfonodos e sua extensão (N); e presença ou não de metástases distantes (M). Quanto maior a classificação do estadiamento, pior o prognóstico (UICC, 2004 apud BRENER et al., 2007; TOMMASI<sup>a</sup> et al. 2013; RIBEIRO, 2016).

As neoplasias malignas apresentam diferentes graus de disseminação, e com essas variações apontam diferentes comprometimentos, prognósticos e propostas de tratamento, logo se compreende a necessidade em classificar os tumores, pois, esta classificação realizada em função dos resultados de diversos exames, não estima somente a qualidade e o tempo de vida de cada paciente, mas também, reflete a taxa de morbidade populacional causada por neoplasias malignas (SILVA et al., 2009; TEIXEIRA et al., 2009; DOS SANTOS et al., 2009; INCA, 2017).

Diante do exposto este trabalho teve por objetivo investigar o estadiamento clínico de pacientes portadores de Carcinoma Espinocelular de boca e lábio atendidos no INCA - Hospital do câncer I (HC I) no ano de 2017, por meio de análise de 250 prontuários, e observar perfil epidemiológico através de dados mais recentes.

## METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido com intuito de analisar uma amostra pré-estabelecida de 250 prontuários médicos, de caráter retrospectivo, quantitativo, descritivo, de pacientes em tratamento de câncer do tipo Carcinoma Espinocelular de boca e lábio, que deram entrada no Instituto Nacional de Câncer (INCA); Hospital do câncer I (HC I), situado no endereço: Praça da Cruz Vermelha, 23 – Centro – RJ, no período de 01 de janeiro a 31 de Dezembro de 2017. Este trabalho foi submetido à Plataforma Brasil – Comissão de Ética Nacional em Pesquisa CONEP e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (CEP-INCA), sob a inscrição CEP/INCA Nº2762095 de

09/07/2018, obedecendo a Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, que se iniciou subsequente à sua aprovação. (ANEXO A)

Mediante critérios de exclusão previamente estabelecidos a esta pesquisa, os casos de restrição foram: 41 pacientes que vieram a óbitos ainda em 2017, pacientes que apresentaram CEC em outras regiões anatômicas (orofaringe, nasofaringe e outras), paciente diagnosticado com patologia diferente de CEC ou negativo para malignidade 37,

pacientes classificados com sítio anatômico Não Especificado (NE) mediante observação de alguns casos serem descritos posteriormente como orofaringe 12, prontuários indisponíveis no arquivo médico no período da coleta de dados 14, (sendo que 10 óbitos por CEC de boca em 2018 estavam incluídos nos casos de prontuários indisponíveis), prontuários incompletos 02, o total de prontuários que não puderam ser analisados somaram 106, sendo assim, o número de prontuários habilitados para investigação deste estudo foi de 144 (inclusos na amostra válida, 39 óbitos).

As variáveis consideradas nesta pesquisa foram sexo, idade, cor, escolaridade, fatores de risco para CEC incluindo (sexo: masculino; Idade > 40; e cor: branco), (tabagismo, etilismo, irritação crônica por prótese odontológica, exposição direta a raios UV, má higiene, deficiência nutricional), fatores do hospedeiro (agentes biológicos e sistêmicos: doenças autoimunes, HIV, HPV - 16 e 18 VHC), exposição a carcinógenos associado à ocupação/labor, pré-disposição genética (hereditariedade), estadiamento clínico TNM, região anatômica acometida (sítio primário), e óbitos por CEC de boca lábio e em 2018.

Para considerações de regiões anatômicas primárias de acometimentos encontrados, foi utilizada a 10<sup>a</sup> Revisão do Código internacional de Doença (CID-10), considerando os sítios anatômicos contidos em neoplasias foram agrupados da seguinte maneira:

C00 - Neoplasias Malignas de Lábio (C00.0 lábio externo superior, C00.1 lábio externo inferior, C00.3 lábio interno superior, C00.4 lábio interno inferior, C00.6 comissura labial);

C02 - Neoplasia Maligna de Língua (C02.0 dorso de língua, C02.1 borda de língua, C02.2 ventre de língua, C02.3 2/3 anteriores da língua, C02.8 lesão invasiva de língua);

C03 - Neoplasia Maligna da gengiva (C03.0 gengiva superior, C03.1 gengiva inferior);

C04 - Assoalho de boca (C04.0 assoalho anterior de boca, C04.1 assoalho lateral de boca, C04.8 lesão invasiva de assoalho);

C05.0 - Neoplasia Maligna de palato duro;

C06.0 - Neoplasia Maligna de mucosa oral e; □ C06.2 Neoplasia Maligna área retromolar.

O estadiamento clínico (E.C.) foi observado com base no sistema TNM, Estádio I - (T1 No Mo), Estádio II - (T2 No Mo), Estádio III - (T3 No Mo), (T1,2,3 N1 Mo), Estádio IV (T4 No,1 Mo), (T Qualquer N qualquer M1).

As informações obtidas foram colhidas em tabela confeccionada exclusiva para esta pesquisa (APÊNDICE A). Os dados compilados foram lançados em banco de dados do programa Excel® (do pacote de programas Microsoft de 2010).

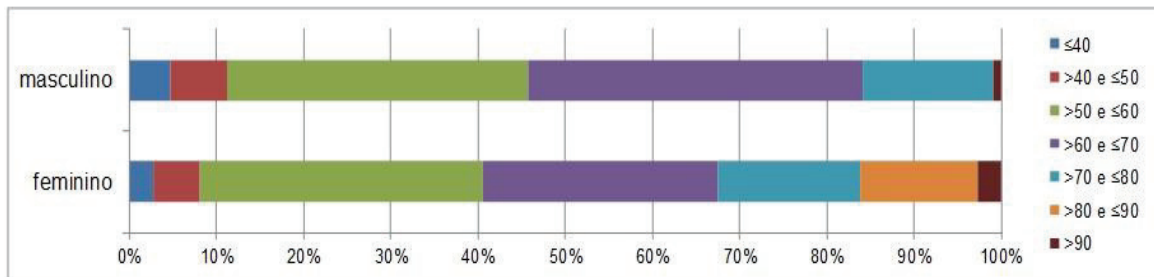
Para análise de variáveis categóricas utilizou-se de medidas de frequências absolutas e percentuais. Para variáveis numéricas através de medidas descritivas: centralidade (média, mediana e moda), Dispersão: desvio padrão, coeficiente de variação e máxima e mínima. O teste de  $\chi^2$  foi utilizado para comparações de variáveis categóricas de interesse, com nível de significância de 5%. A coleta de dados encerrou-se no dia 15 de outubro de 2018.

## RESULTADOS

Dos 144 prontuários analisados, 107 (74,3%) foram do sexo masculino, e 37 (25,7%) do sexo feminino, apresentando relação de 2,9:1. As idades no período em que foram estudados variavam de 27 a 96 anos, (sexo masculino, entre 27 e 95 anos e o feminino 37 e 96 anos) apresentando

62,13 de média entre as idades, DP =  $\pm 11,19$  e CV = 18,0 anos, (para o grupo de pacientes masculinos a média foi de 60,86 anos, DP=  $\pm 10,24$  e CV= 16,8 anos, para pacientes femininos 65,84 anos, DP = 13,01 e CV = 19,75) com nível de significância p = 0,05 para associação entre idade e sexo no acometimento do CEC. A idade mais observada foi 58 anos, a mediana foi de 62 anos que divide a amostra em duas partes iguais, a primeira metade de 27 a 62 anos e a segunda de 62 a 96 anos. Foram observados 6 pacientes com idade  $\leq 40$  anos (cinco casos de sexo masculino com as idades, 27, 31, 36, 39 e 40 anos, um caso feminino 37 anos). As décadas mais observadas para CEC de boca e lábio foram 5ª e 6ª para ambos os sexos (Gráfico 1), entretanto o grupo feminino apresentou taxa de acometimento mais tardio na 8ª década em relação ao masculino (Tabela 1).

**Gráfico 1** - Apresentação de distribuição das idades da amostra, comparando os grupos e idades de pacientes atendidos no, INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: a autora.

**Tabela 1** - Distribuição das idades da amostra de pacientes portadores de CEC de boca e lábio, INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.

Faixa etária (em décadas)	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤40	5	4,8	1	2,7	6	4,2
>40 e ≤50	7	6,5	2	5,4	9	6,3
>50 e ≤60	37	34,5*	12	32,4*	49	34*
>60 e ≤70	41	38,3*	10	27*	51	35,3*
>70 e ≤80	16	15	6	16,3	22	15,3
>80 e ≤90		0**	5	13,5**	5	3,5
>90	1	0,9	1	2,7	2	1,4
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

p= 0,05; \*Prevalência de CEC entre os grupos; \*\* Prevalência tardia aumentada no sexo feminino.

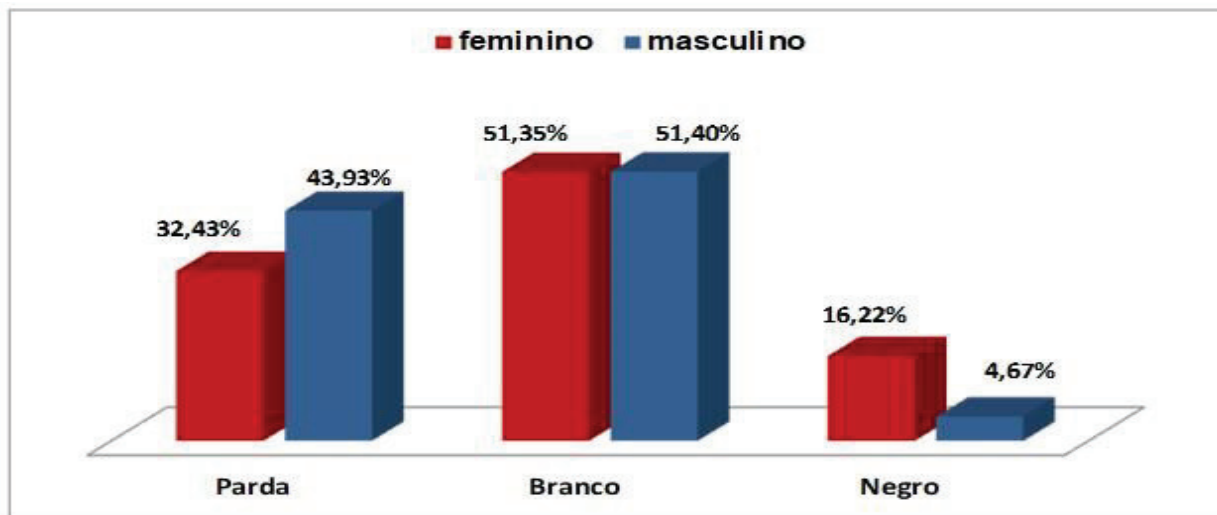
Fonte: a autora.

A apresentação destes dados torna possível a visualização ampla de relação

entre as idades e os sexos, evidenciando que o sexo masculino foi acometido mais precocemente que o feminino quando comparadas as idades ≤40 anos e >80 e ≤90 anos décadas de acometimento.

Os pacientes brancos foram maioria 74 (51,3%), seguido de pacientes pardos 59 (41%) e negros 11 (7,6%), a amostra não apresentou nível de significância entre cor e sexo (p = 0,08), mas o contrário, demonstra que pacientes leucodermas, independente do sexo foram maioria absoluta na associação ao CEC (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Apresentação de distribuição das cores de pele da amostra entre os sexos, de indivíduos portadores de CEC de boca e lábio, INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: a autora.

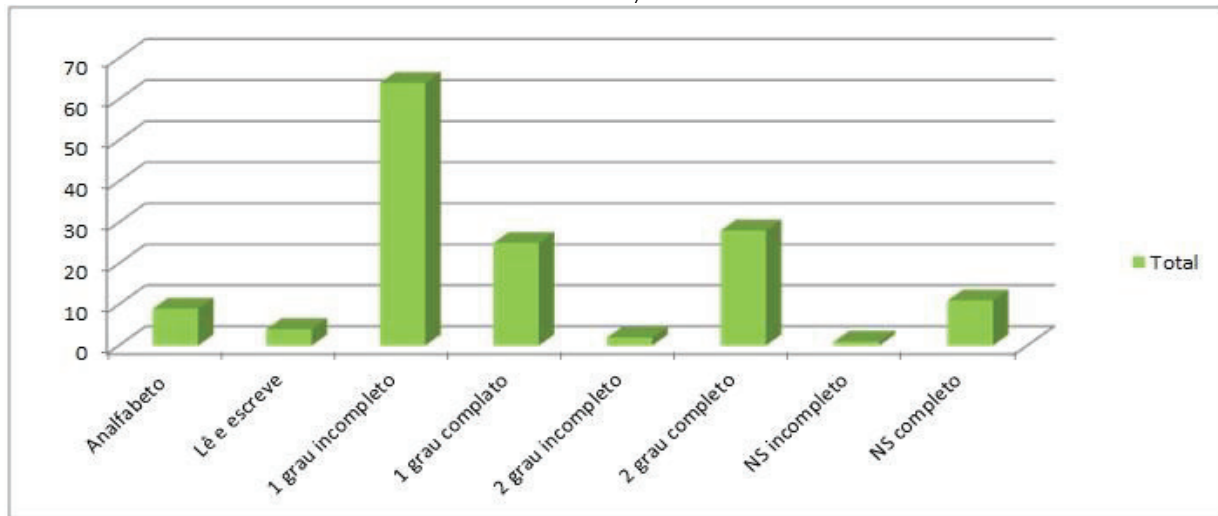
Quanto à escolaridade 57 pacientes denotaram o 1º Grau incompleto, que foi o nível de maior taxação da amostra 40%, analfabetos foram 9 (6%), sabem ler e escrever 4 (3%), 1º Grau completo 31 (22%), 2º Grau incompleto 2 (1%), 2º

Grau completo 28 (19%), Nível Superior incompleto 2 (1%) e Nível Superior completo 11 (8%). Os níveis de escolaridade apresentados pelos pacientes de sexo masculino e feminino contrastam pouco entre si e em relação à amostra (Gráfico 3; Gráfico 3.1), não houve significância de associação



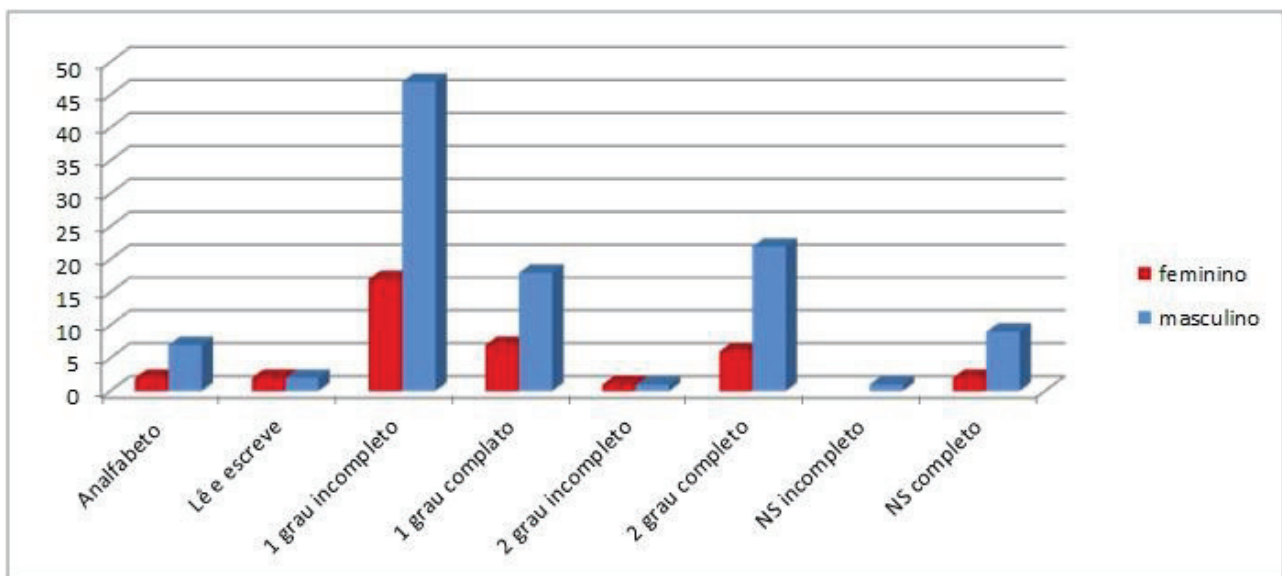
entre sexo e nível de escolaridade ( $p = 0,9$ ), isso reafirma o 1º Grau incompleto como frequência absoluta da amostra deste estudo.

**Gráfico 3** - A cima o primeiro gráfico exibe a distribuição dos níveis de escolaridade entres os participantes da amostra de pacientes com CEC de boca e lábio tratados no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: a autora.

**Gráfico 3.1** - O Gráfico a baixo apresenta os níveis de escolaridade entre os pacientes de sexo masculino e feminino, portadores de CEC tratados no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017. Este gráfico representa 100% para cada sexo e demonstra como se distribuem de forma semelhante ao total da amostra.



Fonte: a autora.

Com relação aos fatores de risco pertinente a hábito/exposição, o tabagismo e o etilismo foram os mais prevalentes na amostra, sendo tabagismo 119 (82,6%) e etilismo 116 (80,5%), a análise interdependente destes hábitos à amostra não apresentou nível de significância (tabagismo  $p = 0,5$  e etilismo  $p = 0,3$ ). Todavia, quando estuda a associação destes hábitos separadamente e os sexos

da mesma forma, o masculino apresentou significância de  $p = 0,002$  em relação ao etilismo, e o sexo feminino significância na associação ao tabagismo  $p = 0,04$ .

Na investigação de exposição concomitante a estes hábitos em relação ao sexo masculino e feminino, observou-se nível de significância elevado  $p = 0,001$ , e nível de significância ainda

mais elevado quando analisados ao total da amostra  $p = 0,0001$ .

Quanto aos outros fatores de risco relacionados pelos sujeitos da amostra, o 3º mais observado foi o genético 34 (23,6%), seguido de ocupação (associados à exposição à carcinógenos) 26 (18,1%), nutrição, 25 (17,4%) má higiene 9 (6,3%), Irritação crônica (prótese odontológica) 8 (5,6%) e fatores do hospedeiro 7 (4,9%).

A maior correlação de exposição a fatores de risco concomitantes por um único indivíduo foram 7 ( - sexo masculino, - branco, - idade >40, - tabagista, - etilista, herança genética, - Agente Biológico/imunossupressão) um paciente apresentou estes fatores. Também 7 para um único paciente ( - sexo masculino, - branco, - idade >40, - tabagista, - etilista, ocupação/exposição, má higiene bucal).

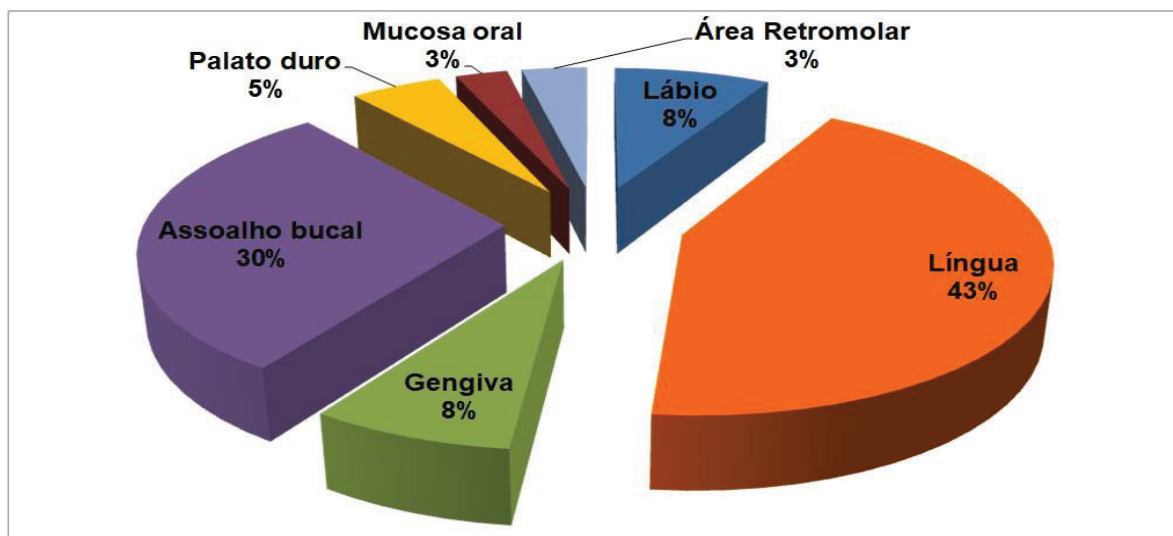
A menor associação a fator de risco a um único sujeito foi 1, dois pacientes apresentaram cada um 1 fator: branco; sexo masculino.

Fatores de risco observados em pacientes com idade  $\leq 40$  anos, do sexo masculino: um (27 anos) etilismo, tabagismo e ocupação/labor de risco; um (31 anos) branco, tabagismo e deficiência nutricional; um (36 anos) branco etilista; um (39 anos) etilismo e tabagismo; e um (40 anos) etilismo e tabagismo. Do sexo feminino: um (37 anos) etilismo e tabagismo.

A associação de exposição a fatores de riscos concomitantemente mais vistas foram 2 ( - tabagismo, - etilismo) 104 (72%) pacientes relataram associação a estes fatores de risco, seguido de 3 ( - paciente masculino, - tabagismo, - etilismo) 72 (50%) e 4 ( - paciente masculino, - idade >40, - tabagismo, - etilismo) 70 (48,6%).

Com relação à região anatômica de acometimento primário no início do tratamento, a língua (C02) foi a mais acometida 63, subsequente assoalho (C04) 43, lábio (C00) 12, gengiva (C03) 10, palato duro (C05.0) 7, mucosa oral (C06.0) 4, área retromolar (C06.2) 5, nível de significância  $p = 0.001$ , (Gráfico 4).

**Gráfico 4** - O Gráfico apresenta as regiões anatômicas de acometimento pelo CEC distribuídas pelos pacientes, tratados no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: a autora.

O Estádio IV foi o de prevalência absoluta da amostra, 74 pacientes apresentaram-se ao Hospital do Câncer I, encontrava-se neste Estádio Clínico, (51,3%), (59 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino (Tabela 2)) destes, 52 pacientes

apresentavam os hábitos de tabagismo e etilismo totalizando (36%), mais de 1/3 da amostra, E.C. I foram 14 (9,7%), E.C. II 29 (20%) e E.C. III 27 (18,7%).



**Tabela 2** - Relação dos Estadiamentos Clínicos total da amostra dos pacientes portadores de CEC de boca e lábio, no início do tratamento, INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.

Sexo	Estadiamento Clínico									
	E.C. I		E.C. II		E.C. III		E.C. IV		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
feminino	5	35,71	11	37,93	6	22,22	15	20,27	37	25,69
masculino	9	64,29	18	62,07	21	77,78	59	79,73	107	74,31
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora.

Dos sítios primários que se encontravam em fase avançada (IV), foram observados 56, sendo língua 28 e assoalho de boca também 28 (Tabela 3).

**Tabela 3** - Estadiamentos Clínicos e sítios de acometimento primário do total da amostra, no início do tratamento, INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.

Estadiamento Clínico	E.C. I		E.C. II		E.C. III		E.C. IV		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Lábio	1	7,1	6	21	3	11,1	2	2,7	12
Língua	9	64,3	17	58,7	9	33,3	28	37,8	63	43,75
Gengiva	1	7,1	0	0	3	11,1	6	8,1	10	6,94
Assoalho de boca	2	14,3	4	13,8	9	33,3	28	37,8	43	29,86
Palato duro	1	7,1	0	0	1	3,7	5	6,76	7	4,86
Mucosa Jugal	0	0	1	3,45	1	3,7	2	2,7	4	2,78
Área Retromolar	0	0	1	3,45	1	3,7	3	4	5	3,47
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora.

O tabagismo e o etilismo concomitantes foram observados em todos os estádios 104 (72,2%) casos, 52 (36,1%) encontravam-se em estágio IV, 20 em (13%) III, 20 (13%) em II e 12 (8,3) em estágio I. Nenhum paciente que negou ambos os hábitos foram encontrados em estágio I.

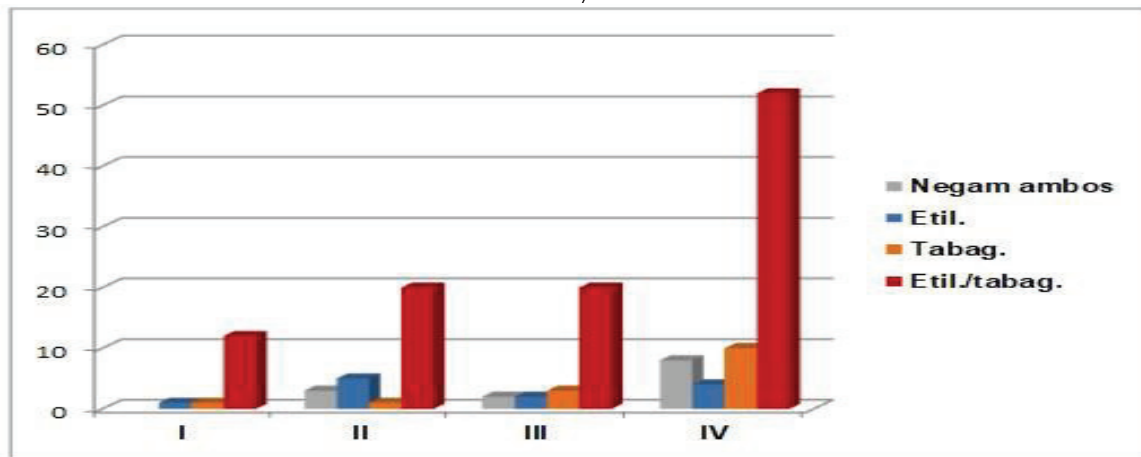
Dos pacientes que relatara apenas tabagismo, 10 (6,9 %) encontravam-se em estágio

IV, 3 (2%) em estágio III, 1 (0,69%) em II e 1 (0,69%) paciente em estágio I.

Entre os indivíduos que declararam apenas hábito de etilismo, 4 (2,77%) encontravam-se no estágio IV, 2 (1,3%) em III, 5 (3,4%) em II e 1 (0,69%) no estágio I.

Pacientes que negaram ambos os hábitos foram observados 8 (5,5%) em estágio IV, 2(1,3%) em III e 3 (2%) em estágio II (Gráfico 5).

**Gráfico 5** - O Gráfico ilustra a relação entre E.C. associado aos hábitos concomitantes de tabagismo e o etilismo reportado pelos pacientes que compuseram esta amostra, tratados no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: A autora.

Concernentes aos pacientes que iniciaram tratamento no ano de 2017, 41 foram a óbito no mesmo ano, e por constituírem fator de exclusão desta pesquisa não tiveram seus perfis traçados, bem como 10 casos de óbitos no ano de 2018 que

As idades mais observadas nestes casos compreendem >50 e ≤70 anos, sendo 71,7% dos casos de óbito, 1 paciente apresentou idade ≤ a 40 anos.

Os pacientes apresentaram a cor parda como maioria destes casos 19 (48,7%), seguido de brancos 17 (41%).

Observou-se baixa escolaridade nos casos de óbito, 17 denotaram 1º Grau incompleto e 4 não

não se encontravam disponíveis nos arquivos médicos. Dos casos habilitados para análise desta amostra observou-se 39 (27%) casos de pacientes que foram a óbito em 2018, destes, 32 (82%) eram do sexo masculino e 7 (18%) do sexo feminino, 4,5:1.

sabiam ler e escrever totalizando 53,8% destes pacientes.

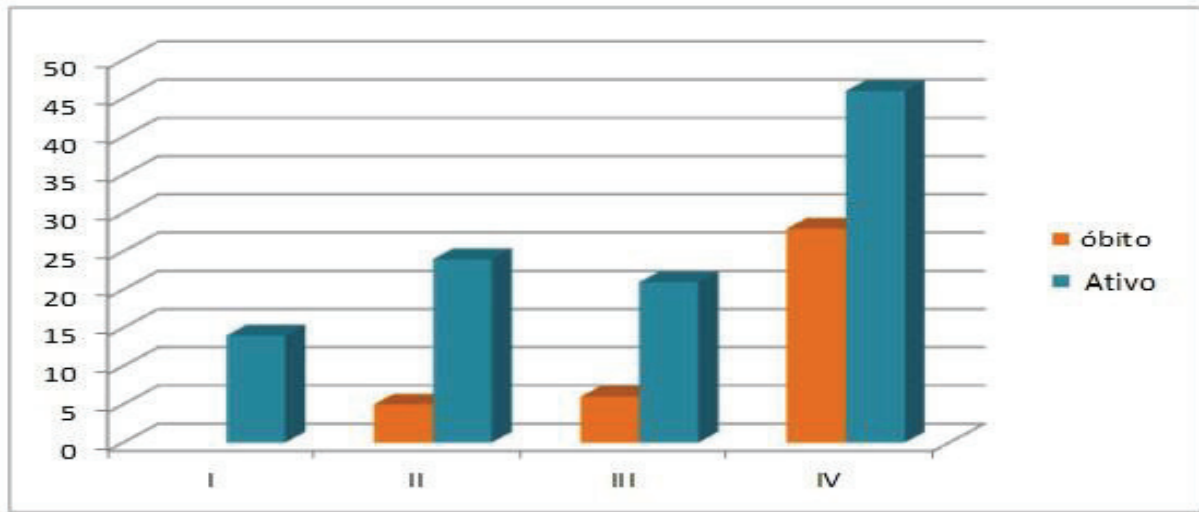
No que diz respeito aos estádios observados nestes pacientes, 28 (71,9%) foi classificada em E.C. IV da doença apresentando taxa mais elevada em relação aos pacientes ativos (em tratamento médico), (Tabela 4 e Gráfico 6).

**Tabela 4** - Relação dos Estadiamentos Clínicos associação dos casos de pacientes que vieram a óbito em 2018 e pacientes ativos no período da pesquisa, total de indivíduos da amostra, que iniciaram tratamento no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.

ESTADIAMENTO CLÍNICO	ÓBITOS/ATIVOS 2018											
	feminino				masculino				TOTAL			
	Óbitos		Ativos		Óbitos		Ativos		Óbitos		Ativos	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	Nº	%	Nº	%
I	0	0	5	16,7	0	0	9	12	0	0	14	13,33
II	3	60,0	8	26,7	2	40,0	16	21,33	5	12,82	24	22,86
III	1	16,6	5	16,7	5	83,3	16	21,33	6	15,39	21	20
IV	3	10,7	12	40	25	89,2	34	45,33	28	71,9	46	43,1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora.

**Gráfico 6** - O Gráfico demonstra a associação dos casos de pacientes que vieram a óbito em 2018 e pacientes ativos no período da pesquisa, total de indivíduos da amostra, que iniciaram tratamento no INCA – HC I, Rio de Janeiro em 2017.



Fonte: A autora.

O tabagismo e o etilismo concomitantes foram observados em todos os níveis de E.C. apresentados neste grupo refletindo 48,7% dos casos, tabagismo e etilismo concomitantes também representaram a maioria dos fatores de risco

## DISCUSSÃO

Dos diferentes achados epidemiológicos para CEC de boca e lábio no que se refere ao sexo o presente estudo observou predominância do sexo masculino semelhantes a outros estudos, corroborando os resultados encontrados pelos autores Dedivitis, et al. (2004), Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008), Da Silva, Leão e Scarpel (2009), Teixeira et al. (2009), Cunha, Catão e Costa (2009), Dos Santos, Batista e Cangussu (2010), e Fonseca et al. (2014) que apresentaram em torno de 75% de presença do sexo masculino em suas amostras.

Dos Santos et al. (2009) encontraram menor diferença entre os sexos em seu estudo, mesmo denotando maioria do sexo masculino observou taxa de 63,1%, com proporção de 1,7:1 masculino/feminino. Já Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006), encontraram 84,4%, a taxa de sexo masculino mais elevada dos autores comparados neste estudo.

Quanto as idades Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006), Teixeira et al. (2009), Dos Santos et al. (2009), Cunha, Catão e Costa (2009), apontaram idades médias, mínimas e máximas similares a esta pesquisa.

associados a este grupo em estágio IV 14 (35,8%). Cinco pacientes (12,8%) que compuseram os casos de óbito queixaram-se de irritação crônica por prótese odontológica associada a outros fatores de risco também se encontravam em estágio IV.

No estudo executado por Dedivitis, et al. (2004) não se observou pacientes abaixo de 46 anos, enquanto Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) e Da Silva, Leão e Scarpel (2009) encontraram pacientes com idade inferior a 20 anos.

Os pacientes com idade  $\leq 40$  anos de idade analisados neste estudo foram 6 (cinco casos de sexo masculino com as idades, 27, 31, 36, 39 e 40 anos, e um caso feminino 37 anos).

Lira et al. (2009) e Sassi et al. (2010) apontaram possíveis fatores para a crescente de câncer de boca do tipo CEC em pacientes cada vez mais jovens.

Lira et al. (2009) observaram caso de paciente de sexo feminino 35 anos, não branca e que não relatava hábitos de tabagismos e etilismo, apresentando lesão de CEC em borda de língua, e através de suas análises concluíram que existe uma ampla necessidade de estudos mais detalhados que venham esclarecer o papel dos fatores extrínsecos e intrínsecos para estes casos, em especial a participação do HPV e da hereditariedade em pacientes assim caracterizados.

Sassi et al. (2010) através de estudo de caso clínico de paciente de 21 anos usuário de tabaco e maconha, com lesão em estágio IV apontaram por

meio de pesquisas que o fumo de maconha pode ser considerado fator etiológico para neoplasias em vias aéreas superiores de jovens adultos e que o risco é aumentado em usuários frequentes da droga.

No que diz respeito às décadas mais prevalentes nos casos de CEC de boca e lábio Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) e Fonseca et al. (2014) indicaram as décadas encontradas neste estudo, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> décadas.

Teixeira et al. (2009) denotaram em seu trabalho 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> décadas de forma equilibrada, entretanto seus estudos apontaram que o sexo masculino prevaleceu-se nas 5<sup>o</sup> e 6<sup>a</sup> décadas, enquanto o feminino só apareceu como maioria na 7<sup>a</sup> década.

Dos Santos et al. (2009) apresentaram prevalência de 6<sup>a</sup> década em seus achados, todavia sua pesquisa relatou que 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> década aumentada para o sexo masculino quando avaliados os sexos separadamente.

Teixeira et al. (2009) e Dos Santos et al. (2009) apoiam a indicativa de que o sexo masculino tem sido mais precocemente acometido que o sexo feminino.

Referente à cor Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) Dos Santos et al. (2009) Dos Santos, Batista e Cangussu (2010) Fonseca et al. (2014) denotaram a cor de perfil epidemiológico discrepantes dos encontrados nesta pesquisa.

Dos Santos et al. (2009) denotaram pacientes de cor parda com maior prevalência, 69,15%. Dos Santos, Batista e Cangussu (2010), apresentaram informações sobre a cor dos pacientes como branco e não brancos, não brancos foram 62,2%.

Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) e Fonseca et al. (2014) encontraram taxas elevadas para indivíduos de cor branca, foram 88,12% e 74,35% respectivamente. Dedivitis, et al. (2004), relatou 91,7% casos de indivíduos de cor branca.

Quanto à escolaridade e nível de instrução foram encontrados relatos semelhantes e divergentes aos achados desta pesquisa. Dos Santos et al. (2009) apresentaram 46,56% relatos de 1<sup>o</sup> Grau incompleto, Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) denotou taxa deste nível ainda mais elevada 64,36%.

Dos Santos, Batista e Cangussu (2010) relataram alfabetizados ou mais 40,3% e analfabetos 37,2%, Fonseca et al. (2014) apontaram 30,11% dos indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade.

Os levantamentos de Cunha, Catão e Costa (2009) foram os mais discrepantes em relação aos casos de analfabetismo, declararam 75% dos casos de sua amostra.

No tocante aos hábitos/fatores de risco o presente estudo observou o tabagismo e etilismo como fatores mais prevalentes na amostra, bem como exposição concomitante deste, que apontaram maiores percentuais de associação. Daher, Pereira e

D'arelli Oliveira (2008) encontraram dificuldades para observação destes fatores, pois 53,47% dos prontuários apresentavam-se sem dados sobre tabagismo, e 65,35% sem informações sobre etilismo, dos prontuários que pode analisar 37,62% relataram tabagismo e 26,73% etilismo apenas 1 (0,99%) prontuário encontrava-se preenchido denotando trauma por prótese.

Dos santos et al (2009) também encontram dificuldades para avaliar os fatores de risco, não puderam relatar com veracidade os hábitos associados ao tabagismo e etilismo em função da não obrigatoriedade de notificação destes dados, tendo apenas 36 (9,09%) dos prontuários preenchidos com dados sobre o tabagismo e 34 (8,60%) sobre o etilismo.

Dos Santos, Batista e Cangussu (2010) apresentaram dados inferiores em relação aos fatores de risco concomitante de tabagismo e etilismo em comparação a esta pesquisa, onde relataram 39,1% de casos concomitantes de etilismo e tabagismo, 37,8% dos indivíduos declararam apenas tabagismo e 2,7% hábito apenas de etilismo, 20,3% negaram tabagismo e etilismo. Entretanto, apresentaram taxa 44,6% referente à ocupação/exposição a fatores de risco, percentual superior que os encontrados nesta pesquisa.

Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006) relataram que 68,5% apresentavam hábitos de tabagismo e etilismo, 18,5% só tabagismo e 1,5% apenas etilismo, 4,7% negam ambos os hábitos e 6,8% dos prontuários não continham estas informações. Ainda em seus estudos Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006), apresentaram alta relação de trauma por prótese odontológica, 20% dos casos de uma amostra composta por 340 prontuários, enquanto os achados na presente pesquisa foram de 5,6%.

Cunha, Catão e Costa (2009) relataram 79,8% de casos associados a tabagismo e etilismo concomitantemente, 15,5% só tabagismo e 1,2% só etilismo.

Fonseca et al. (2014) relataram 20,1% de taxa em relação à ocupação/exposição a fatores de risco, dado mais semelhante aos casos deste estudo quanto aos fatores de risco para CEC de boca e lábio.

Quanto aos sítios anatómicos acometidos, os dados desta pesquisa apontam a língua como região mais acometida seguida de assoalho de boca, embasando os estudos de Dedivitis et al. (2004),

Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006), Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008), Da Silva, Leão e Scarpel (2009), Dos Santos et al. (2009), , encontraram maiores taxas de acometimento em língua e denotara assoalho em 2º lugar como área anatômica mais acometida onde apresentava diferença percentuais pequenas entre os sítios relatados.

Fonseca et al. (2014) seguem os autores que encontraram língua seguida de assoalho de boca como regiões mais acometidas, no entanto apresentou taxa bem mais elevada de acometimento em língua em relação a assoalho de boca onde foram 53,4% e 5,7% respectivamente.

Dos Santos, Batista e Cangussu (2010) também observaram a língua como sítio de maior acometimento 36,5%, porém o 2º lugar foi dividido igualmente entre assoalho de boca e área retromolar apresentando 10,8% cada região anatômica.

Os resultados apresentados por de Teixeira et al. (2009) divergiram dos achados dos outros autores, as taxas se inverteram para língua e assoalho de boca, onde assoalho de boca aparece em 1º lugar com 22,7% e língua 21,8%, e apresenta taxa mais elevada para área retromolar de 16%.

No que se referem ao estadiamento clínico de lesões de tipo CEC de boca os autores Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008) 42,85%, Teixeira et al. (2009) 41% e Dos Santos, Batista e Cangussu (2010) 44%, correspondendo ao estágio IV ao diagnóstico das lesões de seus relatos.

Em contrapartida, Dedivitis et al. (2004) e Dos Santos et al. (2009) observaram o estágio II em maior prevalência constando 32,5% e 57,05% respectivamente.

Dos Santos et al. (2009) foram os que apresentaram a menor taxa de E.C. IV 12,37% dos casos.

As análises dos casos de óbito desta amostra assemelharam-se aos achados de Daher, Pereira e D'arelli Oliveira (2008), onde relataram o sexo masculino como maioria 45,54% de sua amostra, relatou que destes casos 63,04% apresentavam se em estágio IV no momento do diagnóstico e não observou nenhum paciente que tenha sido diagnosticado em estágio I.

Queiroz et al. (2003) e Nogueira et al. (2009) utilizaram mesmo método para observar confiabilidade e validade de declaração de óbitos por câncer de boca, ambos relataram predominância do mesmo sexo masculino em suas amostras, semelhantes a este estudo, relataram 70,1% e 60,9% respectivamente.

Quanto as décadas mais predominantes, Queiroz et al. (2003) relataram 5ª década 32,3% entre os casos de sua pesquisa. Nogueira et al.

(2009) apontaram percentual superior a este estudo 6ª e 7ª décadas 73,9%.

No que diz respeito à cor apresentada pelos pacientes Queiroz et al. (2003) relataram indivíduos de cor branca como maioria de sua amostra 61,4%, enquanto Nogueira et al. (2009) denotaram maioria entre pacientes de cor parda, assim como os achados deste estudo, porém com percentual mais elevado 69,6%.

Concernente ao nível de escolaridade os resultados deste estudo acompanham os achados de Queiroz et al. (2003) e Nogueira et al. (2009), onde relataram maioria dos casos de baixa escolaridade em maior taxação, Queiroz et al. (2003) observaram baixa escolaridade ou nenhuma 75% e Nogueira et al. (2009) apontaram nenhuma escolaridade 43,4% como maioria de seus casos.

## CONCLUSÃO

Dos 250 prontuários, 144 apresentaram-se habilitados para esta pesquisa. Os resultados obtidos no presente estudo denotaram o sexo masculino como maioria da amostra (74,3%).

A média entre as idades dos pacientes foi de 62,13 anos e as décadas mais observadas na amostra foram 5ª e 6ª totalizando (69,3%), todavia o sexo feminino apresentou-se superior na 8ª década (13,5%) para o acometimento de CEC. Seis pacientes com idade ≤ 40 anos com proporção de 5:1 masculino/feminino, o estudo aponta o acometimento mais tardio para pacientes do sexo feminino.

A cor branca apresentou-se predominante na amostra (51,3%) e também se mostrou superior em ambos os sexos.

A amostra apontou prevalência de baixo nível de escolaridade, onde o 1º Grau incompleto foi superior (40%) aos outros relatados.

Dos carcinógenos observados, o tabagismo (82,6%) e o etilismo (80,5%) apresentaram percentuais bastante elevadas, também ocuparam prevalência nas exposições a fatores de risco concomitantes (72%),  $p= 0,0001$ . Os resultados de sinergia a estes hábitos apresentaram alta associação de significância quando comparada a pacientes que negaram ambos os hábitos.

O E.C. IV obteve maior taxa da amostra (51,3%), onde os hábitos de tabagismo e etilismo foram os mais relatados pelos indivíduos neste estágio e também prevaleceram à exposição concomitante destes fatores (36%) a este nível de classificação.

A língua foi o sítio primário de maior percentual (43%) seguido de assoalho bucal (30%), entretanto ambos apresentaram índice de estadiamento IV elevados e de prevalência igual.

A análise dos casos de óbitos se assemelhou a amostra, entretanto apresentaram aumento em proporções 4,5:1 masculino/feminino, indicando diferença na prevalência de pacientes de cor parda (48,7%), o tabagismo e o etilismo concomitantes representaram a maioria dos fatores de risco associados a este grupo em estágio IV 14 (35,8%), foram aumento de taxa de relato de irritação crônica por prótese odontológica (12,8%) associada a outros fatores de risco e estadiamento clínico, onde nenhum paciente que foi a óbito iniciou tratamento em estágio I da doença, alertando para a importância do diagnóstico precoce e aplicações protéticas odontológicas de acompanhamento mais criterioso.

Após amplo estudo, observou-se que os indivíduos de baixa escolaridade e os pacientes do sexo masculino foram os mais frequentes nos acometimentos de CEC de boca e lábio. Propõe-se implementação de combate ao câncer de boca voltada para população de baixa escolaridade, e campanhas específicas ao público de sexo masculino.

Mesmo a cavidade bucal apresentando fácil acesso à detecção precoce desta neoplasia, a maioria dos pacientes apresentaram-se ao Hospital do Câncer I em estágio IV da doença, e como o tratamento para o câncer em instituições privadas não são acessíveis à população de baixo poder aquisitivo, preconiza-se a inclusão de Cirurgiões Dentistas da rede pública de saúde em protocolo de acompanhamento ao paciente oncológico, antecipando-se na execução de adequação bucal enquanto o paciente aguarda início do tratamento, esta proposta otimiza a saúde do paciente, todavia para que se torne possível esta inclusão é necessário que sejam consideradas essa necessidade em secretarias de saúde de todas as esferas, municipais, estaduais e federais.

Cabe reflexão sobre inclusão de carga horária em oncologia nos cursos de graduação em odontologia, bem como outras graduações da área de saúde mesmo que não relacionada diretamente à boca do paciente.

As propostas aqui realizadas estão respaldadas pela Portaria Ministerial Nº 874, de 16 de maio de 2013, onde se instituiu a Política Nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que em seu CAPÍTULO III - DAS RESPONSABILIDADES - Seção I Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS dispõe:

*Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de*

*Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;*

*XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política;*

*XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer;*

*XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e a garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (BRASIL, 2013).*

*Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete:*

*IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (BRASIL, 2013).*

*Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete:*

*II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais;*

*V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (BRASIL, 2013).*



Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 2013).

## REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, A. A. et al. Câncer da língua: estudo retrospectivo de vinte anos; Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 36, n. 3, p.152 -154, jul/ago /set, 2007.
2. AQUINO, R. C. A. et al. Aspectos Epidemiológicos da Mortalidade por Câncer de Boca: Conhecendo os Riscos para Possibilitar a Detecção Precoce das Alterações na Comunicação; Rev. CEFAC, v.17 n. 4 p. 1254-1261, jul/ago, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer, Falando Sobre Câncer da Boca, Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/falandosobrecancerdebooca.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2017
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html)> Acesso em: 15 set 2018.
5. BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto; Revista Brasileira de Cancerologia, v.53, n.1, p. 63-69, 2007.
6. CARVALHO, S. H. G.; SOARES, M. S. M; FIGUEIREDO, R. L. Q.; Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil; Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa; v. 12, n. 1, p. 47-51, jan/mar, 2012.
7. CARLI, M. L. et al. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas; Revista Brasileira de Cancerologia; v. 55, n. 3, p. 205-211, 2009.
8. COSTA, G. E.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento; Revista Brasileira de Cancerologia, v.4, n.3, p.283-89, 2001.
9. CUNHA, P. A. S. M. A.; CATÃO, M. F. M.; COSTA, L. J. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relatos de pacientes portadores; Braz Dent Sci, v.12 n.4, p.18-24, out/dez, 2009.
10. DA SILVA, P. S.; LEÃO. V. M. L.; SCARPEL R. C. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA; Rev CEFAC, v.11, n.3, p.441-447, 2009.
11. DAHER, G. C. A.; PEREIRA G. A.; D'ARELLI OLIVEIRA, A. C. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce; Rev Bras Epidemiol; v. 11, n. 4, p 584-96, 2008.
12. DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe; Rev Bras Otorrinolaringol. v.70, n.1, p.35-40, jan/fev, 2004.
13. DOS SANTOS, O. C. L. et al. Oral Cancer: Population Sample of the State of Alagoas at a Reference Hospital; Braz J Otorhinolaryngol., v. 75 n. 4, p.524-9, 2009.
14. DOS SANTOS, O. C. L.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas; Braz J Otorhinolaryngol., v. 76, n. 4, p. 416-22, 2010.
15. FONSECA, E. P. et al., Mortalidade por câncer de boca em Minas Gerais, Brasil; Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v.16, n.3, p. 99-106, jul/set, 2014.
16. GAETTI-JARDIM, E. C. et al. Carcinoma de Células Escamosas de Grandes Dimensões; Revista Odontológica de Araçatuba, v. 31, n. 2, p. 09-13, jul/dez, 2010.
17. INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)>. Acesso em: 13 dez 2017.

18. INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro: Inca, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2017.
19. INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Estimativa 2018 - Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 03 jun 2018.
20. LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência; Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 24 n. 2, p. 178-184, 2016.
21. LIRA, A. A B. et al. Squamous cells carcinoma undifferentiated in young patients: a case report; IJD International Journal of Dentistry, v.8 n.3,p. 172-17, 2009.
22. MELO, L. C. et al. Perfil Epidemiológico de Casos Incidentes de Câncer de Boca e Faringe; RGO – Rev. Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-355, jul/set, 2010.
23. NOGUEIRA, L. T et al. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município de Teresina, Piauí, Brasil, no período de 2004 e 2005; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25 n.2 p.366-374, fev, 2009.
24. OLIVEIRA, R. L.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira; J Bras Patol Med Lab., v. 42, n. 5, p. 385-392, out, 2006.
25. QUEIROZ, R.C.S. et al. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19 n.6 p.1645-1653, nov/dez, 2003.
26. QUEIROZ, L. M.; SILVEIRA. E. J. D; Epidemiologia do Câncer de Boca. IN: TOMMASI M. H. et al. Diagnóstico em Patologia Oral. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 24, p. 820-842.
27. RIBEIRO, R. L. Patologia Epitelial. IN: NEVILLE et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Cap. 10, p. 638-789.
28. SASSI, L. M. et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco; Rev Sul-Bras Odontol. Mar; v.7, n.1, p.105-9, 2010.
29. SILVA, M. C. et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG; Revista Brasileira de Cancerologia, v.55, n.4, p. 329-335, 2009.
30. TEIXEIRA, A. K. M. et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza; Revista Brasileira de Cancerologia, v. 55, n. 3, p. 229-236, 2009.
31. TOMMASI, A. F.a; SASSI, F. M.; STRAMANDINOLI-ZANICOTTI, R. T.; Semiologia do Câncer Bucal. IN: TOMMASI M. H. et al. Diagnóstico em Patologia Oral. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 25, p. 847-879.
32. TOMMASI, A. F.b; Conduta Profissional após um Diagnóstico Positivo de Câncer. IN: TOMMASI M. H. et al. Diagnóstico em Patologia Oral. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 26, p. 907-916.
33. VOLKWEIS, M. R. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO; Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe, v.14, n. 2, p. 63-70, abr/jun, 2014.