

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
MESTRADO PROFISSIONAL PESQUISA EM SAÚDE**

**SÉRIE TEMPORAL DO CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE:
ALAGOAS, 2017 - 2020**

JAQUELINE FARIAS BARBOSA COSTA

MACEIÓ
2022

Equipe técnica:

Jaqueline Farias Barbosa Costa - Mestre em Pesquisa em saúde

Kevan Guilherme Nobrega Barbosa - Doutor em Saúde coletiva

Catarina Rodrigues Rosa de Oliveira - Doutoranda em Clínicas odontológicas

Herbet Charles Silva Barros - Mestre em Ciências da saúde

Vanessa de Carla Batista dos Santos - Doutora em Patologia odontológica

Sonia Maria Soares Ferreira - Doutora em Ciências

AGRADECIMENTOS

Aos portadores de câncer de boca e orofaringe, usuários do Centro de Referência em Estomatologia da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, localizado no PAM Salgadinho - Bloco I.

RESUMO

O câncer de boca e orofaringe é o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo e é responsável por alta morbidade e mortalidade, sendo considerado um grave problema de saúde pública. A incidência de casos da doença no mundo, Brasil e em especial, no estado de Alagoas vem aumentando a cada ano, apesar da incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento levando a sérios prejuízos sociais ao paciente e o aumento de gastos públicos. Este relatório apresenta resultados da dissertação da egressa Jaqueline Farias Barbosa Costa, sob a orientação das Professoras Sonia Maria Soares Ferreira e Vanessa de Carla Batista dos Santos cujo tema foi: Série Temporal do Câncer De Boca e Orofaringe e Fatores De Risco para o Óbito. Estes resultados foram apresentados no Webinário Alagoano de Prevenção e Controle do Câncer de Boca promovido pelo CRO/AL em 22 de outubro de 2012. O relatório foi solicitado pelo CRO como demanda ao Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde. O estudo teve como objetivo realizar uma descrição da série temporal dos casos de câncer de boca e orofaringe, através dos dados contidos nos prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, no Centro de Referência em Estomatologia da Secretaria Municipal de Maceió. Trata-se de uma coorte retrospectiva de casos diagnosticados, no período de 2017 a 2020, em um centro de referência em estomatologia do estado de Alagoas. A série temporal foi decomposta de acordo com os fatores em análise no estudo: sociodemográficos; comportamentais; relacionados à neoplasia e relacionados ao tratamento, buscando comparar a evolução dos casos de maneira descritiva. Para organização dos dados, foram utilizados os programas SPSS® (versão 20.0) para análise estatística e Microsoft Excel 2016® para construção dos gráficos. Em todas as análises foi fixado o valor de p em 5%, sendo significativo valores menores que 0,05. Os resultados, indicaram 115 novos casos, com aumento progressivo do número de casos ao longo dos anos. O número de pacientes que evoluíram para óbito ao longo dos anos se manteve estável até 2019, e em 2020 o número foi mais baixo. Em relação a unidade temporal do mês da primeira consulta no centro especializado, observou-se que houve um aumento de atendimentos nos meses de junho a agosto, e uma diminuição entre dezembro e fevereiro. Houve predominância de homens, acima de 60 anos, residentes no interior do estado, em sua maioria pardos e negros, economicamente ativos, com renda de um salário-mínimo e sem instrução educacional, tendo como hábito o uso de álcool e/ou tabaco. A grande maioria dos casos foi de carcinoma espinocelular, com diagnóstico tardio. As lesões foram em sua maioria localizadas na região de língua e a maioria dos casos foi tratado com cirurgia, isoladamente ou combinada. Ao final da análise quase metade da população do estudo já havia falecido. O estudo permitiu conhecer o comportamento e características da população com câncer de boca e orofaringe e entender os fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento da doença e causas de óbito. Para além dos resultados deste estudo, e dos muitos aspectos envolvidos na promoção de saúde e prevenção do câncer de boca, foram apontadas algumas estratégias para a melhora no diagnóstico com foco no diagnóstico precoce. Ao longo do documento foram realizados alguns questionamentos e reflexões que podem contribuir para entender e ajudar no gerenciamento do cuidado do câncer de boca no estado.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de boca. Câncer de orofaringe. Epidemiologia.

. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução anual do número de novos diagnósticos clínicos de câncer de boca/orofaringe feito pelo CD da atenção básica de Alagoas.	20
Gráfico 2	Evolução mensal do número de novos diagnósticos de câncer de boca/orofaringe até a 1ª quinzena de 2020.	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos principais achados referentes às variáveis sociodemográficas, comportamentais e relativas à neoplasia e ao tratamento. Série temporal de câncer de boca/orofaringe, 2017 – 2020.	21
Tabela 2	Distribuição da localização das lesões nos pacientes.	22
Tabela 3	Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores sociodemográficos.	22
Tabela 4	Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores comportamentais de risco.	24
Tabela 5	Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores relacionados à neoplasia.	25
Tabela 6	Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com a modalidade e situação do tratamento.	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNA	<i>Deoxyribonucleic acid</i>
GLOBOCAN	<i>Global Cancer Observatory</i>
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
UV	Ultravioleta
CEC	Carcinoma espinocelular
UVB	Ultravioleta B
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCE	Carcinoma de células escamosas
CD	Cirurgiões-Dentistas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	DESENVOLVIMENTO	11
2.1	RESULTADO	11
2.1.1	Análise descritiva	11
2.1.2	Análise serie temporal	11
3	GRÁFICOS E TABELAS	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Perry et al. (2018) e o INCA (2020), o câncer é uma doença de causas múltiplas, influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes, com destaque para: o hábito de fumar, uso de bebidas alcoólicas, fatores genéticos e doenças infecciosas. Por estes fatores aumentam o risco de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo.

O câncer de cabeça e pescoço é o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo, sendo esperados, cerca de mais de 400.000 novos casos por ano, ocorrendo geralmente durante a sexta e sétima década de vida, constituindo-se de um grupo heterogêneo de doenças, sendo responsáveis por alta morbidade e mortalidade por câncer no Brasil e no mundo (ABATI et al., 2020).

O câncer de boca (CB) é a neoplasia maligna mais comum da cabeça e pescoço e é um dos cânceres mais agressivos, levando a um prognóstico ruim a quem é acometido por ele, devido seus efeitos significativos na qualidade de vida dos pacientes e probabilidade de morte (TORRES et al., 2015; DU et al., 2020).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o triênio 2020-2022, que serão diagnosticados no Brasil 15.190 mil novos casos de câncer de cavidade oral, correspondendo a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens e 3,71 para cada 100 mil mulheres, estando os homens na quinta posição e as mulheres na décima terceira posição entre os cânceres mais frequentes (INCA, 2019a).

Para o estado de Alagoas, são esperados 190 novos casos, com um predomínio do sexo masculino (120 homens e taxa bruta de 6.98/100mil hab.), seguido do sexo feminino (70 mulheres e taxa bruta de 4.20/100mil hab.), estando a maioria dos casos, residentes fora da capital para ambos os gêneros (INCA, 2020).

Como confirmado em estudos realizados por Moro et al. (2018), em Santa Maria (RS), Drumond e Armond (2015), em São Paulo e em Alagoas por Le Campion (2016), a maioria dos pacientes diagnosticados com câncer de boca e orofaringe foi do sexo masculino, a faixa etária mais acometida foi entre a sexta/sétima década de vida. Já em relação à raça, a maioria era não branca, com exceção da região Sul, em que a

maioria é da cor branca e o nível educacional, com menos de 8 anos de educação formal.

No contexto mundial, bem como no Brasil, e em Alagoas a proporção de câncer de boca e orofaringe vem aumentando a cada ano, apesar da incorporação de novas tecnologias pelo setor de saúde nos últimos anos, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças.

O câncer de boca e de orofaringe continuam sendo diagnosticados nos estágios tardios da doença o que leva a efeitos devastadores para o paciente, causando desfigurações faciais com consequências socialmente relevantes e acarretando prejuízos na comunicação, na alimentação e no paladar (LEMOS et al., 2016; DRUMOND e ARMOND, 2015).

Uma série de fatores pode estar relacionada a este diagnóstico tardio desde o fato de que as lesões iniciais geralmente são assintomáticas, muitas vezes não valorizadas pelo próprio indivíduo nem pelos profissionais de saúde, desconhecimento sobre a patologia, o medo do diagnóstico e as dificuldades para acessar o sistema de saúde (SANTOS et al., 2010; KOWALSKI e SOUZA, 2001).

Este relatório apresenta resultados da dissertação da egressa Jaqueline Farias Barbosa Costa, sob a orientação das Professoras Sonia Maria Soares Ferreira e Vanessa de Carla Batista dos Santos cujo tema foi: *Série Temporal do Câncer De Boca e Orofaringe e Fatores De Risco para o Óbito*. Estes resultados foram apresentados no Webinário Alagoano de Prevenção e Controle do Câncer de Boca promovido pelo CRO/AL em 22 de outubro de 2012. O relatório foi solicitado pelo CRO como demanda ao Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde. A demanda solicitava também considerações sobre possíveis ações que possam mudar o cenário atual do câncer de boca no Estado de Alagoas.

No estudo foram avaliados os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com câncer de boca e orofaringe, diagnosticados no Centro de Referência em Estomatologia da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, localizado no estado de Alagoas, com o objetivo de elaborar uma análise temporal dos casos de câncer de boca e orofaringe, decomposta de acordo com os fatores em análise no estudo: fatores sociodemográficos; fatores comportamentais; fatores relacionados à

neoplasia e ao tratamento, buscando comparar a evolução dos casos de maneira descritiva.

2 DESENVOLVIMENTO

O câncer de boca e orofaringe é caracterizado por alta prevalência, mortalidade e baixos índices de sobrevida (BRAY et al., 2018; INCA, 2020d; INCA, 2017; SARODE et al., 2020). Sendo considerada a malignidade mais onipresente, desenvolvendo-se como um problema crescente em todo o mundo (DU et al, 2020; BRAY et al., 2018; INCA, 2020d; FREIRE et al., 2017). No estado de Alagoas e outros estados do Nordeste este triste cenário é também evidenciado (FARIA et al., 2020; LE CAMPION et al., 2017).

No estudo foram avaliados os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com câncer de boca e orofaringe, diagnosticados no único serviço de estomatologia do estado de Alagoas que atua nos blocos I e F do PAM Salgadinho. O PAM Salgadinho é uma unidade de ambulatórios especializados, da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. É considerada uma unidade de referência do Estado de Alagoas.

2.1 RESULTADOS

2.1.1 Análise Descritiva

A tabela 1 mostra a distribuição dos principais achados referentes às variáveis sociodemográficas, comportamentais e relativas à neoplasia e ao tratamento.

A maioria dos casos foi tratado com cirurgia, isoladamente ou combinada com quimioterapia e radioterapia. As lesões foram primeiramente percebidas pelos pacientes. Ao final da análise quase metade da população do estudo já havia falecido (Tabela 1).

2.1.2 Análise série temporal

A série temporal referente ao câncer de boca/orofaringe entre janeiro de 2017 até dezembro de 2020 indicou 115 novos casos.

Considerando a unidade temporal do mês da primeira consulta no CEO, foi observado que em geral há um aumento de atendimentos nos meses medianos (junho a agosto), e uma diminuição entre dezembro e fevereiro.

É notório no gráfico 1 que os anos de 2019 e 2020 representaram o maior encaminhamento de pacientes para o PAM-Salgadinho. Ressalta-se que em 2020, o ano foi marcado pelo início da severa crise na saúde global, causada pela pandemia da COVID-19, levando a população a manter-se em isolamento ou distanciamento social em seus domicílios. Desta forma, obrigando a algumas categorias de profissionais, em especial, os cirurgiões dentistas, a suspenderem seus atendimentos, uma vez que ficam expostos à saliva e sangue, além do contato pessoal direto com o paciente-dentista. No entanto, o local onde o estudo foi realizado (CEO), manteve seus atendimentos, e o número de pacientes diagnosticados com câncer de boca e orofaringe, manteve-se similar ao ano anterior.

Na tabela 3 pode ser observada os dados da Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores sociodemográficos.

Os achados mostram um perfil epidemiológico semelhante aos que têm sido observados na literatura: homens com mais de 60 anos de idade, com baixa renda e baixa escolaridade, sem instrução formal, pretos e pardos (SANTOS et al., 2010; SARODE et al., 2020; LE CAMPION et al., 2017; SANTOS et al., 2015). Com relação a cor de pele autorreferida os achados divergem de acordo com a região do país (FREIRE et al., 2017; LE CAMPION et al., 2017; SANTOS et al., 2015; GHANI et al., 2019).

Semelhante ao encontrado em outros estudos, a maioria dos pacientes tinham baixa renda e baixa escolaridade, a maioria sem instrução formal (INCA, 2019b; LEITE et al., 2021; PIETRO et al., 2005).

O presente estudo relata a face do câncer de boca no estado de Alagoas, que não é diferente do resto do país (INCA, 2017; PIETRO et al., 2005). Um país marcado por desigualdades socioeconômicas e com grande parte da população dependente do Sistema Público de Saúde (SUS), evidenciando, sob a ótica de seus determinantes socioeconômicos a fragilidade da saúde pública do país onde fatores individuais como sexo, idade, hábitos, renda e nível de escolaridade estão notavelmente associados aos maiores números de casos (FREIRE et al., 2017; CAMPOS et al., 2018).

O estudo mostrou que a maioria dos pacientes buscava o serviço proveniente de cidades localizadas no interior do estado de Alagoas. Este achado se repetiu ao

longo dos anos, com aumento de casos de procedência do interior nos últimos dois anos do estudo. A maioria dos pacientes do presente estudo foram procedentes do interior do estado. O Nordeste é uma das regiões do país com maiores taxas de mortalidade para o câncer de boca e orofaringe, sendo o estado de Alagoas, um dos detentores das maiores taxas de mortalidade para idade \geq de 40 anos, junto com Mato Grosso do Sul e Minas Gerais (FREIRE et al., 2017). A mortalidade, neste estudo, foi maior nas cidades do interior do estado, confirmando achados que o número de mortes é maior nas áreas menos desenvolvidas (CUNHA et al., 2020).

Na tabela 4 é possível observar os dados da Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores comportamentais de risco.

Com relação aos fatores comportamentais houve um padrão de pacientes que majoritariamente eram tabagistas e etilistas, mantendo-se o padrão ao longo de toda a série (Tabela 4). Os achados são semelhantes à maioria daqueles encontrados na literatura (INCA, 2020d; FREIRE et al., 2017; LEITE et al., 2021; SANTOS et al., 2010; SARODE et al., 2020; LE CAMPION et al., 2017; SANTOS et al., 2015).

A radiação UV, fator de risco importante para o câncer, chega à superfície e penetram profundamente na pele e estão relacionados principalmente ao envelhecimento celular, contribuindo para o desenvolvimento do câncer, em especial câncer de pele e de lábios, uma vez que os raios UVB penetram na epiderme e são os principais responsáveis pelos danos diretos ao DNA (INCA, 2017; MIRANDA et al., 2019). Outros fatores têm sido associados ao câncer de boca e orofaringe, como dieta (pobre em frutas e vegetais) e má higiene oral (CHOW e LAURA, 2020; INCA, 2017; SARODE et al., 2020).

Apesar da epidemiologia do câncer de boca e em especial de orofaringe, ter mudado nos últimos anos, com o aumento dos casos de câncer relacionado ao papilomavírus humano (HPV), o tabaco e o álcool ainda são considerados os grandes

responsáveis pelo alto índice de registros (GOMES et al., 2015; PIOTTO et al., 2020; DI CREDICO et al., 2020; LORTET-TIEULENT et al., 2015).

Na Tabela 5 verifica-se os dados relacionados a Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores relacionados à neoplasia.

O carcinoma de células escamosas é o tumor maligno mais frequentemente diagnosticado em boca e cavidade oral (FREIRE et al., 2017; LE CAMPION et al., 2017; LE CAMPION et al., 2016). Neste estudo representou 92,2% dos casos estudados.

A maioria de todas as lesões diagnosticadas no serviço estavam em boca e em 2020 representou 93,5% de todos os casos diagnosticados. A localização mais frequente foi a língua (2/3 anteriores) seguida de gengiva/rebordo alveolar e assoalho de boca (Tabela 2). Como relatado na maioria dos estudos, a língua (2/3 anteriores) é o local de maior frequência para o câncer de boca (SANTOS et al., 2010; INCA, 2017; SARODE et al., 2020; SANTOS et al., 2015; RIBEIRO et al., 2020; GOMES et al., 2015; LE CAMPION et al., 2016; SCULLY e BAGAN, 2016; SILVA et al., 2020).

Dos fatores relacionados à neoplasia percebeu-se um padrão de linfonodos positivos em todos os anos da série. Todas as áreas de acometimento de câncer de boca e orofaringe apresentam drenagem linfática para o pescoço. A metástase para linfonodos submandibulares, submentonianos e cervicais piora o estadiamento e conseqüentemente a sobrevida dos pacientes. Sua verificação é determinante para o estadiamento e para a escolha do tratamento (SAKAMOTO et al., 2019; CHAVES et al., 2018).

Embora possa ser evidenciada no último ano da série, diagnóstico de tumores menores, percentual menor de linfonodos positivos e a conseqüente melhora no estadiamento, os achados, no geral, continuam sendo muito preocupantes e acompanham os relatos da literatura que constatam que os casos de câncer de boca e orofaringe são eminentemente diagnosticados no estágio tardio da doença (SAKAMOTO et al., 2019; SANTOS et al., 2010; SARODE et al., 2020; SANTOS et al., 2015; GOMES et al., 2015, RIBEIRO et al., 2020; LE CAMPION et al., 2016; SILVA et al., 2020; BEZERRA et al., 2018; INCA, 2020a).

Embora já tenhamos bastante conhecimento sobre a doença câncer de boca, continuamos a identificar o CEC em estágios avançados, dificultando assim as chances de cura no tratamento (SCULLY e BAGAN, 2016; CHAVES et al., 2018). A detecção precoce de uma lesão da mucosa oral facilitaria o diagnóstico no estágio inicial; favorece o tratamento adequado, com melhores resultados clínicos, diminuição da morbidade e mortalidade e menor custo (SAKAMOTO et al., 2019; ABATI et al., 2020; MIRANDA et al., 2019; CHAVES et al., 2018).

O atraso no diagnóstico do câncer de boca está relacionado ao atraso do paciente, do profissional e do sistema de saúde. O atraso do paciente é definido como o tempo decorrido desde a detecção dos primeiros sinais e sintomas até a procura pelo atendimento no sistema de saúde; o atraso do profissional, definido como tempo decorrido desde a primeira consulta ao profissional de saúde até o diagnóstico final; e o atraso do sistema de saúde definido como o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento (SCULLY e BAGAN, 2016).

Consoante aos resultados dos estudos, a identificação das lesões em estágio inicial na atenção básica e o encaminhamento desses pacientes para centros especializados em saúde bucal podem contribuir para o aumento do índice de resolução dos casos e redução da demanda hospitalar de pacientes em estágio avançado (CAMPOS, 2018).

Em 2012, foi sancionada no Brasil a lei que estabelece um prazo máximo de 60 dias entre o diagnóstico de uma neoplasia maligna e o primeiro tratamento oncológico, acrescida da alteração da lei 13.896, de 30/10/2019 que estabelece o prazo de trinta dias para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018). No presente estudo, a maior mediana do atraso encontrada foi a do atraso atribuído ao sistema de saúde. Estes achados são semelhantes aos relatados pelo Ministério da Saúde do Brasil em seu Painel-Oncologia que encontrou para o ano de 2018 um percentual de 45% dos casos de câncer de lábio e cavidade oral tratados com intervalo superior a 60 dias. O tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento do câncer de lábio e cavidade oral foi superior a 60 dias na maior parte dos casos nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste no período analisado (SCULLY e BAGAN, 2016; CUNHA et al., 2020; INCA, 2010).

De acordo com os dados do Registro Hospitalar de câncer (Integrador RHC) do INCA, para Alagoas, entre os anos de 2017 a 2019 os atrasos tiveram a seguinte distribuição: o tempo decorrido entre a consulta inicial e o diagnóstico em 2017 teve em média e mediana de dias respectivamente 62,5 e 37 dias, em 2018 43 e 27 dias e em 2019, 58 e 35 dias; já o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento, foi em 2017, em média e mediana de dias, respectivamente 118,3 e 68 dias, em 2018 71,3 e 49,5 dias e em 2019 66,7 e 52 dias. Comparando os achados do presente estudo com aqueles observados no Integrador RHC do INCA, podemos verificar um cenário melhor nos dados do Integrador. O que pode ser explicado pelo grande número de registros excluídos no integrador devido a inconsistências (INCA, 2010).

Em função dos resultados encontrados, o documento aponta para a necessidade de investigar a organização da rede de saúde e os fatores que podem influenciar neste longo intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico, para que o usuário tenha garantido acesso ao tratamento no menor intervalo possível (SCULLY e BAGAN, 2016).

A evidência existente enfatiza que as estratégias para reduzir atrasos no diagnóstico devem incluir a otimização dos serviços de saúde bucal na atenção primária, tanto no acesso à assistência odontológica, quanto na disponibilidade de diagnóstico e atendimento odontológico integral que precisam ser acessíveis a todos, principalmente as populações mais vulneráveis e não assistidas (FREIRE et al., 2017; CUNHA et al., 2020).

Na tabela 6 observa-se os dados da Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com a modalidade e situação de tratamento.

Os pacientes deste estudo foram atendidos majoritariamente nos Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) da capital do estado de Alagoas. Um pouco mais da metade do total de pacientes foi submetido a tratamento cirúrgico, isoladamente ou de forma combinada (52,2%). Estes achados diferem daqueles encontrados pelo relatório do INCA (SCULLY e BAGAN, 2016; SILVA et al., 2020), onde demonstra que a radioterapia foi a modalidade mais frequente como primeiro tratamento na maioria das regiões no período analisado (2018/2019).

De acordo com os dados do Registro Hospitalar de Câncer (Integrador RHC) do INCA (INCA, 2010), em Alagoas, entre os anos de 2017 a 2019, as formas de tratamento envolvendo a cirurgia representou 38,3% de todas as modalidades de tratamento. Houve um aumento percentual ao longo dos anos de pacientes tratados por cirurgia, mas também foi observado um aumento percentual de casos sem tratamento ao longo dos anos. O percentual de pacientes sem tratamento pulou de 6,3% em 2017 para 12,3% em 2019.

O percentual de óbitos foi expressivo ao analisarmos a série temporal. Metade dos casos já havia morrido ao final de 3 anos. E se repetem aos observados em pesquisa similar, que analisou dados da mesma região e demonstrou uma baixa sobrevida dos casos de câncer de boca e orofaringe numa coorte retrospectiva de casos no período entre 2005 e 2013 (LE CAMPION et al., 2017).

Os achados do presente estudo, evidenciam o maior risco de morte ao longo dos anos para os pacientes. Este achado reforça as evidências que nas últimas décadas não ocorreu melhora na sobrevida de pessoas com câncer bucal nem a diminuição do número de mortos e isso se deve a busca tardia por atendimento (FREIRE et al., 2017; ABATI et al., 2020; MIRANDA et al., 2019; SILVA et al., 2020; MOI et al., 2018; RAYMUNDO et al., 2021).

A demora entre a primeira consulta e o diagnóstico de câncer de boca pode ser considerada um fator de risco, uma vez que os pacientes diagnosticados com câncer bucal, e tratadas em estágios iniciais, as taxas de sobrevivência ultrapassaram 80% e os diagnosticados em estágios avançados da doença, possuíam taxas de sobrevida em um máximo de 5 anos, equivalente a 20–50% (INCA, 2020b; CUNHA et al., 2020). Cerca de 50% dos pacientes com câncer oral marcam uma primeira consulta com um profissional de saúde dentro de 2 meses após a identificação de algum sinal ou sintoma, enquanto 20-30% dos pacientes demoram a procurar ajuda profissional por mais de 3 meses (RAYMUNDO et al., 2021).

No Brasil, a cobertura dos serviços públicos de saúde bucal passou por uma expansão acentuada desde 2004, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal o que proporcionou a ampliação do acesso à saúde bucal na atenção básica, além da implantação de serviços odontológicos especializados em todo o país, por

meio da criação dos Centros Especializados em Odontologia (CAMPOS et al., 2018; MIRANDA et al., 2019).

Dos 102 municípios do estado de Alagoas apenas 24 possuem Centros de Especialidades Odontológicas. A política nacional de saúde bucal do MS do Brasil determina que estes centros ofereçam à população dentre os serviços ofertados, minimamente o serviço de Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca. Apenas 3 destes Centros em Alagoas possuem Estomatologista (profissional responsável por fazer este atendimento).

Entre 2017-2019 foram registrados 284 casos novos de casos de câncer de boca e orofaringe nos CACONs e UNACONs de Alagoas. Destes, 158 eram residentes de cidades cuja referência à alta complexidade é a capital do estado (primeira macrorregião de saúde do estado de Alagoas) e 126 foram de residentes de cidades cuja referência à alta complexidade é a segunda maior cidade de Alagoas (segunda macrorregião de saúde do estado de Alagoas).

Neste estudo, dos pacientes atendidos no PAM salgadinho, 102 ou seja 89% dos casos foram de residentes da primeira macrorregião de saúde. Excluindo os casos novos de 2020, uma vez que os dados relativos ao ano de 2020 ainda não estavam disponíveis (Sistema Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (IRHC) temos no total 71 casos novos. Isto representa 44,9% do total dos casos da primeira macro registrados e 25% do total dos casos de Alagoas (INCA, 2010).

Ao olhar estes achados, embora confira acesso a praticamente metade da demanda macrorregional, percebe-se que a despeito de ser o único centro de referência em estomatologia do estado de Alagoas e ter potencial para absorver toda a demanda estadual, este serviço atende apenas um quarto da necessidade de atendimento do estado.

Frente a tais achados, questiona-se: 1. Que profissionais e serviços estão conferindo acesso a diagnóstico aos 75% dos demais casos de Alagoas? Especialmente na segunda macrorregião uma vez que não possui serviço de estomatologia nesta região. 2. Especificamente em relação ao primeiro Macro, que profissionais /serviço estão absorvendo os outros 55% dos casos?

Uma vez que o estomatologista é o especialista, dentro da Odontologia, responsável por fazer diagnóstico das lesões de boca, especialmente aquelas de câncer de cavidade oral questiona-se o que está sendo feito no sentido de organização de rede, estruturação dos serviços com esta especialidade, e estabelecimento de fluxos que favoreçam o diagnóstico precoce e o oportuno encaminhamento ao CACON para implementação da terapêutica em prazo adequado possibilitando maior e melhor sobrevida?

Para a população da primeira macrorregião de saúde, no período do estudo, o serviço de Estomatologia do PAM Salgado era o único com estomatologista e se constituía em um centro de referência nesta especialidade para o estado. Embora o serviço tenha em seus quadros a única especialista em atendimento no SUS/AL, ela ainda não está registrada no sistema de regulação do estado. O que pode significar que este serviço esteja sendo subutilizado, e que o diagnóstico pode não estar sendo adequadamente realizado podendo ser um dos responsáveis na triste cadeia de eventos do diagnóstico tardio e na alta taxa de mortalidade mostrando a necessidade urgente de ordenamento da rede de atenção ao câncer de boca no estado de Alagoas.

Outra reflexão se faz necessária em relação a quantidade de profissionais. Embora o estado tenha vários profissionais na área de Estomatologia, por que eles não são contratados?

O estudo permitiu conhecer o comportamento e características da população com câncer de boca e orofaringe e entender os fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento da doença, desta forma a população e os profissionais, poderão assumir a necessidade de rever não apenas as medidas de prevenção e controle, mas também, a assistência aos pacientes, permitindo assim intervenções mais efetivas e voltadas às reais necessidades de cada grupo, proporcionando melhores resultados da assistência à população, maior resolutividade e qualidade dos serviços de saúde e possível diminuição dos gastos públicos e principalmente menor morbidade e mortalidade dos casos.

3 GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1. Evolução anual do número de novos diagnósticos clínicos de câncer de boca/orofaringe feito pelo CD da atenção básica de Alagoas. (N = 115).

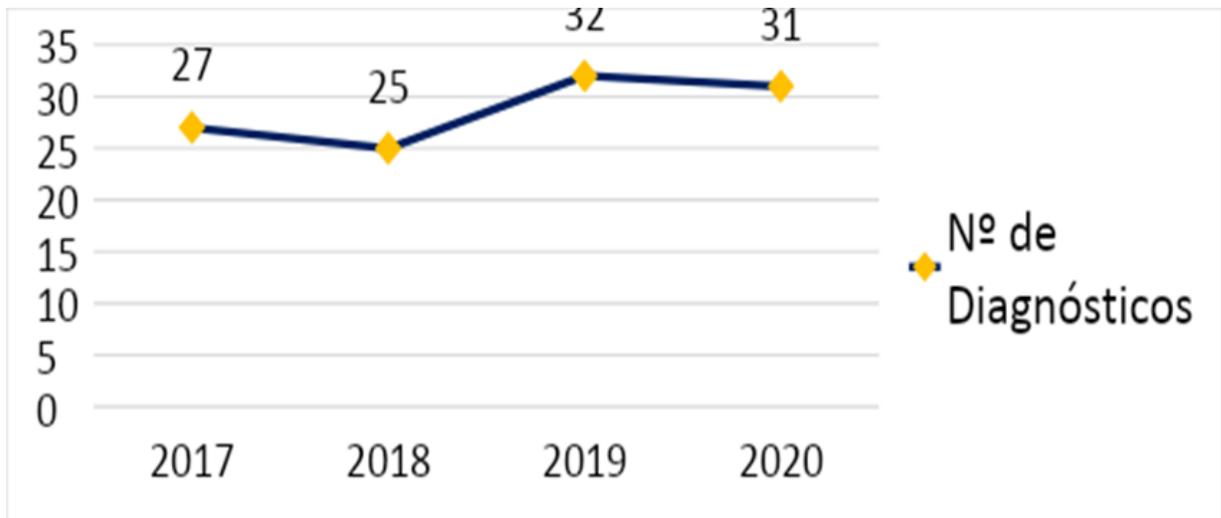


Gráfico 2. Evolução mensal do número de novos diagnósticos de câncer de boca/orofaringe. (N = 115).

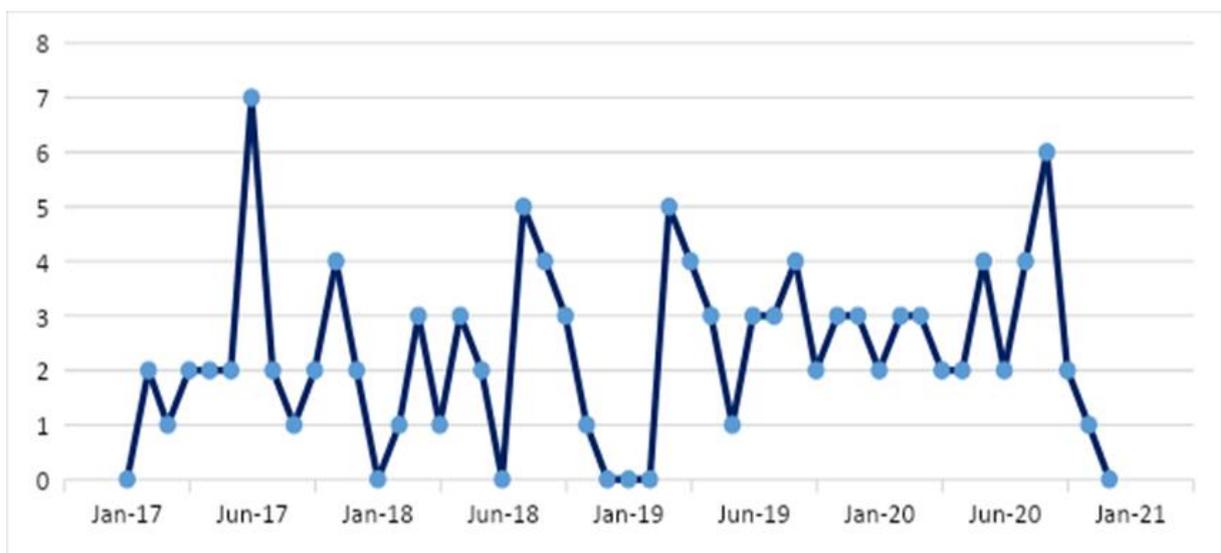


Tabela 1. Distribuição dos principais achados referentes às variáveis sociodemográficas, comportamentais e relativas à neoplasia e ao tratamento. Série temporal de câncer de boca/orofaringe, 2017 – 2020. N = 115.

Variável	Categoria	N (%)
Idade	60 ou mais	71 (61,7%)
Sexo	Masculino	70 (60,9%)
Cor da pele	Não Branco	71 (61,7%)
Localização de Origem	Interior	74 (64,3%)
Macrorregião	1ª Macro	102 (88,7%)
Renda	1 Salário Mínimo	78 (67,8%)
Tabagismo	Sim	104 (90,4%)
Etilismo	Sim	93 (80,9%)
Linfonodos	Sim	61 (53,0%)
Lesão Fundamental	Tumor	46 (40,0%)
Localização da lesão	CID C02 (língua)	36 (31,3%)
Tamanho	T2	39 (33,9%)
Estadiamento	3 ou superior	83 (72,2%)
Diagnóstico Histopatológico	CEC	106 (92,2%)
Detecção da Lesão	Paciente	58 (50,4%)
Modalidade de Tratamento	Cirúrgico	60 (52,2%)
Óbitos	Sim	52 (45,2%)

Tabela 2. Distribuição da localização das lesões nos pacientes.

Localização CID-10*	n	%
C00 (Lábio)	11	9,6
C01 (Língua Base)	2	1,7
C02 (Língua)	36	31,3
C03 (Gengiva e Rebordo)	21	18,3
C04 (Assoalho de boca)	17	14,8
C05 (Palato)	5	4,3
C08 (Outras glândulas salivares maiores)	3	2,6
C10 (Orofaringe)	16	13,9

Tabela 3. Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores sociodemográficos.

Fatores/ Total	2017	2018	2019	2020	TOTAL
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Idade

20-40 anos	1 (3,7%)	4 (16,0%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	6 (5,2%)
41-59 anos	9 (33,3%)	6 (24,0%)	12 (37,5%)	11 (35,5%)	38 (33,0%)
60 ou mais	17 (63,0%)	15 (60,0%)	20 (62,5%)	19 (61,3%)	71 (61,7%)

Sexo

feminino	9 (33,3%)	12 (48,0%)	13 (40,6%)	11 (35,5%)	45 (39,1%)
----------	-----------	------------	------------	------------	------------

masculino	18 (66,7%)	13 (52,0%)	19 (59,4%)	20 (64,5%)	70 (60,9%)
-----------	------------	------------	------------	------------	------------

Etnia

brancos	4 (14,8%)	6 (24,0%)	5 (15,6%)	3 (9,7%)	18 (15,7%)
---------	-----------	-----------	-----------	----------	------------

negros*	23 (85,2%)	19 (76,0%)	27 (84,4%)	28 (90,3%)	97 (84,3%)
---------	------------	------------	------------	------------	------------

Economicamente

ativo	11 (44,0%)	12 (54,5%)	22 (68,8%)	21 (70,0%)	66 (60,6%)
-------	------------	------------	------------	------------	------------

inativo	14 (56,0%)	10 (45,5%)	10 (31,2%)	9 (30,0%)	43 (39,4%)
---------	------------	------------	------------	-----------	------------

Alfabetização

sem instrução	18 (66,7%)	11 (45,8%)	16 (51,6%)	19 (61,3%)	64 (56,6%)
---------------	------------	------------	------------	------------	------------

alfabetizado	9 (33,3%)	13 (54,2%)	15 (48,4%)	12 (38,7%)	49 (43,4%)
--------------	-----------	------------	------------	------------	------------

Origem

capital	13 (48,1%)	10 (40,0%)	10 (31,2%)	8 (25,8%)	41 (35,7%)
---------	------------	------------	------------	-----------	------------

interior	14 (51,9%)	15 (60,0%)	22 (68,8%)	23 (74,2%)	74 (64,3%)
----------	------------	------------	------------	------------	------------

Macrorregião

1ª macro	26 (96,3%)	23 (92,0%)	27 (84,4%)	26 (83,9%)	102 (88,7%)
----------	---------------	------------	------------	------------	----------------

2ª macro 1 (3,7%) 2 (8,0%) 5 (15,6%) 5 (16,1%) 13 (11,3%)

Renda

até 1 SM 19 (70,4%) 15 (60,0%) 22 (68,8%) 22 (71,0%) 78 (67,8%)

2-3 SM 1 (3,7%) 4 (16,0%) 2 (6,2%) 5 (16,1%) 12 (10,4%)

4 SM 7 (25,9%) 6 (24,0%) 8 (25,0%) 4 (12,9%) 25 (21,7%)

*inclui pretos e pardos. SM = salários-mínimos.

Tabela 4. Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores comportamentais de risco.

Fatores/ Total	2017	2018	2019	2020	TOTAL
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabagismo

sim 26 (96,3%) 18 (72,0%) 31 (96,9%) 29 (93,5%) 104 (90,4%)

não 1 (3,7%) 7 (28,0%) 1 (3,1%) 2 (6,5%) 11 (9,6%)

Etilismo

sim 19 (70,4%) 20 (80,0%) 30 (93,8%) 24 (77,4%) 93 (80,9%)

não 8 (29,6%) 5 (20,0%) 2 (6,2%) 7 (22,6%) 22 (19,1%)

Tabela 5. Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com fatores relacionados à neoplasia.

Fatores/Total	2017	2018	2019	2020	TOTAL
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Linfonodos</i>					
sim	15 (60,0%)	10 (50,0%)	20 (66,7%)	16 (53,3%)	61 (58,1%)
não	10 (40,0%)	10 (50,0%)	10 (33,3%)	14 (46,7%)	44 (41,9%)
<i>Tamanho</i>					
T1 ou T2	13 (48,1%)	11 (44,0%)	17 (53,1%)	22 (71,0%)	63 (54,8%)
T3 ou >	14 (51,9%)	14 (56,0%)	15 (46,9%)	9 (29,0%)	52 (45,2%)
<i>Estadiamento</i>					
1 ou 2	6 (22,2%)	6 (24,0%)	8 (25,0%)	11 (35,5%)	31 (27,0%)
3 ou >	21 (77,8%)	19 (76,0%)	24 (75,0%)	20 (64,5%)	84 (73,0%)
<i>Diagnóstico Histopatológico</i>					
CEC	24 (88,9%)	23 (92,0%)	29 (90,6%)	30 (96,8%)	106 (92,2%)
não CEC	3 (11,1%)	1 (4,0%)	1 (3,1%)	1 (3,2%)	6 (5,2%)
outra variante	0 (0,0%)	1 (4,0%)	2 (6,2%)	0 (0,0%)	3 (2,6%)

Detecção

médico	4 (14,8%)	9 (36,0%)	8 (25,8%)	8 (27,6%)	29 (25,9%)
dentista	6 (22,2%)	3 (12,0%)	8 (25,8%)	8 (27,6%)	25 (22,3%)
paciente	17 (63,0%)	13 (52,0%)	15 (48,4%)	13 (44,8%)	58 (51,8%)

Lesão

ulcerada	12 (44,4%)	8 (32,0%)	7 (21,9%)	10 (32,3%)	37 (32,2%)
nodular	1 (3,7%)	3 (12,0%)	5 (15,6%)	14 (45,2%)	23 (20,0%)
placa	1 (3,7%)	4 (16,0%)	2 (6,2%)	2 (6,5%)	9 (7,8%)
tumor	13 (48,1%)	10 (40,0%)	18 (56,2%)	5 (16,1%)	46 (40,0%)

Localização

boca	23 (85,2%)	21 (84,0%)	25 (78,1%)	29 (93,5%)	98 (85,2%)
orofaringe	4 (14,8%)	4 (16,0%)	7 (21,9%)	2 (6,5%)	17 (14,8%)

Tabela 6. Série temporal de novos casos de câncer bucal, 2017-2020, de acordo com a modalidade e situação de tratamento.

Modalidade/ Situação	2017	2018	2019	2020	TOTAL
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Modalidade de
Tratamento*

cirúrgico	15 (55,6%)	10 (40,0%)	18 (56,2%)	17 (54,8%)	60 (52,2%)
não cirúrgico	8 (29,6%)	6 (24,0%)	5 (15,6%)	3 (9,7%)	22 (19,1%)
não realizou*	3 (11,1%)	3 (12,0%)	3 (9,4%)	5 (16,1%)	14 (12,2%)
sem informação	1 (3,7%)	6 (24,0%)	6 (18,8%)	6 (19,4%)	19 (16,5%)

Situação Atual

vivo	6 (22,2%)	9 (36,0%)	10 (31,2%)	24 (77,4%)	49 (42,6%)
óbito	15 (55,6%)	14 (56,0%)	17 (53,1%)	6 (19,4%)	52 (45,2%)

*casos em que o paciente não fez ou se recusou ou faleceu sem tratar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu, conhecer o comportamento e características da população com câncer de boca e orofaringe e entender os fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento da doença.

Para além dos resultados deste estudo e de acordo com estudos relatados e dos muitos aspectos envolvidos na promoção de saúde e prevenção do câncer de boca, é possível apontar algumas estratégias para a melhora no diagnóstico com foco no diagnóstico precoce:

- a) Educação Permanente em saúde envolvendo a equipe de odontologia, tanto da atenção básica como os ambulatórios especializados (CEOs) envolvendo atualização clínica sobre câncer de boca (estratégias de rastreamento e melhora na habilidade em diagnosticar); pactuar com a educação permanente do Estado uma pauta anual. Criar parâmetro anual de treinamento sobre câncer de boca para os municípios anualmente.
- b) Intervenção em grupos de risco (como atuação em grupos de prevenção do tabagismo e dependência de álcool);
- c) Melhorar o acesso com horários alternativos: Criar estratégias para o atendimento ao paciente de maior risco para o câncer de boca, tais como:
 - C1: atendimento noturno e aos sábados,
 - C2: fazer busca ativa em horários e locais onde seja possível encontrar os pacientes em risco;
 - C3: Levantar em cada ESF os possíveis pacientes de risco- atuar junto ao agente comunitário de saúde e a estratégia de saúde da família (estabelecer metas de atendimento para estes grupos de risco no modelo de atendimento das gestantes;
- d) Corrigir a fragmentação do cuidado em saúde bucal: Levantar a cobertura de atenção primária; garantir estratégias que melhore a habilidade em diagnosticar, fazer a biopsia e entregar o laudo de forma assertiva e segura para o paciente; elaborar o fluxograma da rede de apoio entre os pontos de atenção estabelecer fluxo de referência e contrarreferência;

- e) Pactuar locais e critérios de referenciamento com metas de diagnóstico e tratamento- pactuar metas com número de consultas em cada ponto de atenção e pactuar metas de resolutividade para cada ponto de atenção;
- f) Elaborar os documentos que fomentem, orientem e assegurem o fluxo de cuidados ao câncer de boca (elaboração de fichas e formulários, aquisição de insumos, logística de biópsia e Histopatologia e exames complementares;
- g) A partir de relatórios como o apresentado aqui e outros caso exista, elaborar estratégias de gestão como matricialmente e buscar de forma coletiva o fluxo de cuidados e a gestão de referenciamento e contrarreferência;
- h) Verificar como as faculdades e cursos de odontologia podem atuar na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

Diante dos achados os autores também fazem alguns questionamentos e reflexões ao longo do texto que podem contribuir para entender e ajudar no gerenciamento do cuidado do câncer de boca no estado.

REFERÊNCIAS

ABATI, S.; BRAMATI, C.; BONDI, S.; LISSONI, A.; TRIMARCHI, M. Oral cancer and precancer: a narrative review on the relevance of early diagnosis. **International journal of environmental research and public health review oral**, p. 1-14, 2020.

BEZERRA, N. V.; LEITE, K. L.; DE MEDEIROS, M. M.; MARTINS, M. L.; CARDOSO, A. M.; NONAKA, C. F. W.; PADILHA, W. W.; CAVALCANTI, Y. W. Câncer de língua e assoalho bucal em estágio avançado está relacionado ao uso de tabaco e álcool. **Journal of Public Health**, v. 26, p.151-156, 2018.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 5–8, 2018.

CHAVES, A. L. F. et al. Capítulo 4 - Câncer de cabeça e pescoço. **Diretrizes oncológicas**, p. 53–70, 2018.

CHOW, M. D.; LAURA, Q. M. Head and neck cancer. **The New England journal of medicine**, v. 382, p. 60–72, 2020.

CUNHA, A. R. DA; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Intervalo De Tempo Entre O Diagnóstico E O Início Do Tratamento Oncológico Dos Casos De Câncer De Lábio E Cavidade Oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3075–3086, 2020.

DI CREDICO, G.; POLESEL, J.; DAL MASO, L.; PAULI, F.; TORELLI, N.; LUCE D.; RADOĚ, L.; MATSUO, K.; SERRAINO, D.; BRENNAN, P.; HOLCATOVA. I.; AHRENS, W.; LAGIOU, P.; CANOVA, C.; RICHIARDI, L.; HEALY, C.M.; KJAERHEIM, K.; CONWAY, DI.; MACFARLANE, G. J.; THOMSON, P.; AGUDO, A.; ZNAOR, A.; FRANCESCHI, S.; HERRERO, R.; TOPORCOV, T. N.; MOYSES, R. A.; MUSCAT, J.; NEGRI, E.; VILENSKY, M.; FERNANDEZ, L.; CURADO, M. P.; MENEZES, A.; DAUDT, A. W.; KOIFMAN, R. Alcohol drinking and head and neck cancer risk: the joint effect of intensity and duration. **British Journal of Cancer**, v. 123, n. 9, p. 1456–1463, 2020.

DRUMOND, J. P. N.; ARMOND, J. E. Incidência do câncer oral na cidade de São Paulo: Estudo retrospectivo de 6 anos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.44, nº 1, p. 1-6, jan-mar. 2015.

DU, M.; NAIR, R.; JAMIESON, L.; LIU, Z.; Bi, P. Incidence Trends of Lip, Oral Cavity, and Pharyngeal Cancers: Global Burden of Disease 1990-2017. **Journal of Dental Research**, v. 99, n. 2, p. 143-151, 2020.

FARIA, S. O.; NASCIMENTO, M. C. D.; KULCSAR, M. A. V. Malignant neoplasms of the oral cavity and oropharynx treated in Brazil: what do hospital cancer records reveal? **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, jun 2020.

FREIRE, J.C.P., NÓBREGA, M.T.C., RIBEIRO, E. D. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras. **REFACS**. Uberaba, v. 5, p.141-145, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a7f9/57e9a288ff3d69e246e8d9feaec547f20864.pdf> >. Acessado em: 08.11.2020.

FREITAS, R. M., RODRIGUES, A. M. X., JÚNIOR, A. F. M., OLIVEIRA, G. A.L. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista brasileira de análises clínicas**, v. 48, n. 1, p. 13-8, 2016.

GHANI, W. M. N. et al. Multi-ethnic variations in the practice of oral cancer risk habits in a developing country. **Oral diseases**, v. 25, n. 2, p. 447–455, mar. 2019.

GOMES, S. V. et al. Conhecimento sobre o câncer oral entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Maranhão **Rev. odontol. UNESP** vol.44 no.1 Araraquara Jan./Feb. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral. Painel-Oncologia. Rio de Janeiro: INCA, 2020a. 13p. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio-cancer-de-boca-2020.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil – Ano 2020. Rio de Janeiro: INCA, 2020b. 27p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/relatorio_cancer_de_boca_2020_0.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2020d.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>>. Acesso em: 05.09.2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. 120 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 17 outubro 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2015-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>> Acessado em 20.10.20.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 536 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/registros-hospitalares-de-cancer-2010.pdf>

KOWALSKI, I. S. G., SOUZA, C. P. Representações sociais de familiares e portadores de carcinoma escamoso de boca e orofaringe sobre a prevenção e diagnóstico do câncer. **Acta Oncol Bras**, V. 21, N. 1, P. 206-10 2001.

LE CAMPION, A. O. V.; RIBEIRO, C. M. B; LUIZ, R. R.; SILVA JÚNIOR, F. F.; BARROS, H. H. S; SANTOS, K. C. B.; FERREIRA, S. J; GONÇALVES, L. S.; FERREIRA, S. M. S. Low Survival Rates of Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. **International Journal of Dentistry**, v. 2017, p. 1–8, 2017.

LE CAMPION, A. O. V.; SANTOS, K. C. B.; CARMO, E. S.; JUNIOR, F. F. S.; PEIXOTO, F. B.; RIBEIRO, C. B.; GONÇALVES, L. S.; FERREIRA, S. M.S. Risk factors and prognosis for salivary gland adenoid cystic carcinoma in southern China: A 25-year retrospective study. **Medicine**, v. 96, n. 5, p. e5964, fev. 2017.

LEITE, R. B.; MARINHO, A. C. O.; COSTA, B. L.; LARANJEIRA, M. B. V., ARAÚJO, K. D. T.; CAVALCANTI, A. F. M. The influence of tobacco and alcohol in oral cancer: Literature review. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 57, n. 1, p. 1–5, 2021.

LEMOS, J.C.A.; ALVES, F.A.; TORRES-PEREIRA, C.C.; BIAZEVIC, M.G.H.; PINTO, J. D.S.; NUNES, F.D. **Oral cancer based on scientific evidences**. Rev Assoc Paul Cir Dent 2016; 67(3): 178-86.

LORTET-TIEULENT, J.; RENTERIA, E.; SHARP, L. Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010. **European Journal Cancer**, v. 51, p.1144–63, 2015.

MIRANDA, F. A.; ARAÚJO, L. O. DE.; MELO, M. R.; BARBOSA, R. C.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, F. P. S. L. Políticas Públicas Em Saúde Relacionadas Ao Diagnóstico Precoce E Rastreamento Do Câncer Bucal No Brasil. SANARE - **Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, p. 86–95, 2019.

MOI, G. P.; SILVA, A. M. C.; GALVÃO, N. D.; DE CASTRO, M. M., PEREIRA, A. C. Spatial analysis of the death associated factors due oral cancer in brazil: an ecological study. **BMC ORAL HEALTH**, v. 23; 18(1):14, JAN, 2018.

MORO, J.S.; MARONEZE, M.C.; ARDENGHI, .TM. BARIN, L.M.; DANESI, C.C. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevida. **Einstein** (São Paulo). 2018;16(2): eAO4248.

PERRY, B.J.; ZAMMIT, A.P.; LEWANDOWSKI, A.W.; BASHFORD, J. J.; DRAGOVIC, A.S.; PERRY, E. J. Sites of origin of oral cavity cancer in nonsmokers vs smokers: possible evidence of dental trauma carcinogenesis and its importance compared with human papillomavirus. **JAMA Otolaryngol Head Neck Surg**. 2015; 141:5-11.

PIOTTO, K. L.; UTZIG, E. K.; MOTTER, N. S.; YAMADA, R. S.; PRATES, R. T. C. Principais tipos de HPV presentes na carcinogênese da neoplasia maligna da orofaringe: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 42002–42009, 2020.

PRIETO, L.; SILVA, O. M. P. DA; ACCIOLY JUNIOR, H.; OLIVEIRA, E. F. DE; BLACHMAN, I. T A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. **Rev. odontol. UNESP**, v. 34, n. 4, p. 185–191, 2005.

RAYMUNDO, M. L.; FREIRE, A. R.; GOMES-FREIRE, D. E.; SILVA, R. O.; ARAÚJO, E. C.; ISHIGAME, R. T.; SOUSA, S. A.; LUCENA, E. H.; CAVALCANTI, Y. W. Trend of hospitalized cases of oral cancer in Brazil and its relationship with oral health coverage in public health system between 2009 and 2017. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal**, v. 26, n. 1, p. 78-83, 2021.

RIBEIRO, I.L.A.; MEDEIROS, J.J.; RODRIGUES, L.V.; VALENÇA, A.M.G.; NETO, E.A.L. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 618–629, 2015.

SAKAMOTO, A. J.; BRIZON, V. S. C.; BULGARELI, J. V.; AMBROSANO, G. M. B.; HEBLING, E. Influence of municipal socioeconomic indices on mortality rates for oral and oropharyngeal cancer in older adults in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, 2019.

SANTOS, L. C. O.; DE MEDEIROS BATISTA, O.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416–422, 2010.

SANTOS, L. P.; CARVALHO, F. S.; CARVALHO, C. A. P.; SANTANA, D. A. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n.1, p. 7-14, 2015;

SARODE, G. MANIYAR, N.; SARODE, S. C.; JAFER, M.; PATIL, S.; AWAN, K. H. Epidemiologic aspects of oral cancer. **Disease-a-Month**, v. 66, n. 12, p. 100988, 2020.

SCULLY, C.; BAGAN, J. Oral squamous cell carcinoma overview. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4–5, p. 301–308, 2009.

SILVA, T. L. M.; ALVES, W. A.; ROSADO, L. P. L.; SOUZA, B. K. L.; AQUINO, S. N. Hospitalização para casos de câncer de boca e faringe no Brasil. **Arquivos em Odontologia**, v. 56, n. e-20, p. 1–11, 2020.

TORRES, L. A., BRAY, F., SIEGEL, R. L., FERLAY, J., LORTET-TIEULENT, J., JEMAL, A. Global cancer statistics, 2012. **CA Cancer Journal for Clinicians**. 2015.

DADOS DO RELATÓRIO TÉCNICO E/OU CIENTÍFICO	
Título e subtítulo: Série temporal do câncer de boca e orofaringe e fatores de risco para o óbito: Alagoas, 2017-2020	Classificação de segurança: Nº
Tipo de relatório: Técnico	Data: 20 de junho de 2022
<p>Título do projeto: Série temporal do câncer de boca e orofaringe e fatores de risco para o óbito: Alagoas, 2017-2020</p> <p>Programa: Mestrado profissional pesquisa em saúde</p> <p>Centro Universitário Cesmac</p>	
<p>Autor(es)</p> <p>Jaqueline Farias Barbosa Costa</p> <p>Kevan Guilherme Nobrega Barbosa</p> <p>Catarina Rodrigues Rosa de Oliveira</p> <p>Herbet Charles Silva Barros</p> <p>Vanessa de Carla Batista dos Santos</p> <p>Sonia Maria Soares Ferreira</p>	
<p>Instituição executora e endereço completo:</p> <p>Centro Universitário CESMAC.</p> <p>Rua Professor Ângelo Neto, 51- Farol / 57051-530</p>	
<p>Instituição Demandante e endereço completo:</p> <p>Conselho Regional de Odontologia</p> <p>R. Cel. Francisco Silva, 290 - Pitanguinha, Maceió - AL, 57052-190</p>	
<p>Resumo:</p> <p>O câncer de boca e orofaringe é o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo e é responsável por alta morbidade e mortalidade, sendo considerado um grave problema de saúde pública. A incidência de casos da doença no mundo, Brasil e em especial, no estado de Alagoas vem aumentando a cada ano, apesar da incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento levando a sérios prejuízos sociais ao paciente e o aumento de gastos públicos. Este relatório apresenta resultados da dissertação da egressa Jaqueline Farias Barbosa Costa, sob a orientação das Professoras Sonia Maria Soares Ferreira e Vanessa de Carla Batista dos Santos cujo tema foi: Série Temporal do Câncer De Boca e Orofaringe e Fatores De Risco para o Óbito. Estes resultados foram apresentados no Webinário Alagoano de Prevenção e Controle do Câncer de Boca promovido pelo CRO/AL em 22 de outubro de 2012. O relatório foi solicitado pelo CRO como demanda ao Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde. O estudo teve como objetivo</p>	

realizar uma descrição da série temporal dos casos de câncer de boca e orofaringe, através dos dados contidos nos prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, no Centro de Referência em Estomatologia da Secretaria Municipal de Maceió. Trata-se de uma coorte retrospectiva de casos diagnosticados, no período de 2017 a 2020, em um centro de referência em estomatologia do estado de Alagoas. A série temporal dos novos casos de câncer foi decomposta de acordo com os fatores em análise no estudo: sociodemográficos; comportamentais; relacionados à neoplasia e relacionados ao tratamento, buscando comparar a evolução dos casos de maneira descritiva. Para organização dos dados, foram utilizados os programas SPSS® (versão 20.0) para análise estatística e Microsoft Excel 2016® para construção dos gráficos. Em todas as análises foi fixado o valor de p em 5%, sendo significativo valores menores que 0,05. Os resultados, indicaram 115 novos casos, com aumento progressivo do número de casos ao longo dos anos. O número de pacientes que evoluíram para óbito ao longo dos anos se manteve estável até 2019, e em 2020 o número foi mais baixo. Em relação a unidade temporal do mês da primeira consulta no centro especializado, observou-se que houve um aumento de atendimentos nos meses de junho a agosto, e uma diminuição entre dezembro e fevereiro. Houve predominância de homens, acima de 60 anos, residentes no interior do estado, em sua maioria pardos e negros, economicamente ativos, com renda de um salário-mínimo e sem instrução educacional, tendo como hábito o uso de álcool e/ou tabaco. A grande maioria dos casos foi de carcinoma espinocelular, com diagnóstico tardio. As lesões foram em sua maioria localizadas na região de língua e a maioria dos casos foi tratado com cirurgia, isoladamente ou combinada. Ao final da análise quase metade da população do estudo já havia falecido. O estudo permitiu conhecer o comportamento e características da população com câncer de boca e orofaringe e entender os fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento da doença e causas de óbito. Para além dos resultados deste estudo, e dos muitos aspectos envolvidos na promoção de saúde e prevenção do câncer de boca, foram apontadas algumas estratégias para a melhora no diagnóstico com foco no diagnóstico precoce. Ao longo do documento foram realizados alguns questionamentos e reflexões que podem contribuir para entender e ajudar no gerenciamento do cuidado do câncer de boca no estado.

Palavras-chave/Descritores: Câncer de boca. Câncer de orofaringe. Epidemiologia.

Edição	Nº de páginas	Nº do volume/parte	Nº de classificação
ISSN		Tiragem	Preço

Distribuidor

Observações/notas

Relatório Técnico solicitado ao Mestrado Profissional Pesquisa em saúde
Contém dados da Dissertação de JAQUELINE FARIAS BARBOSA COSTA.
Elaborada com a orientação de Sonia Maria Soares Ferreira e Vanessa de Carla Batista dos Santos.

Contribuíram para a elaboração deste documento: Kevan Guilherme Nobrega Barbosa; Catarina Rodrigues Rosa de Oliveira e Herbet Charles Silva Barros.