

Universidade de Taubaté

**Larissa Aparecida da Silva
Luiza de Jesus Novaes da Cunha**

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL EM TAUBATÉ E REGIÃO

**Taubaté-SP
2020**

Larissa Aparecida da Silva
Luiza de Jesus Novaes da Cunha

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL EM TAUBATÉ E REGIÃO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Disciplina Trabalho de
Conclusão de Curso do Departamento de
Odontologia da Universidade de
Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Prado
Schema

Taubaté-SP
2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI
Universidade de Taubaté – UNITAU**

S586m	<p>Silva, Larissa Aparecida da Mortalidade por câncer bucal em Taubaté e região / Larissa Aparecida da Silva , Luiza de Jesus Novaes da Cunha. -- 2020. 40 f. : il.</p> <p>Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, 2020. Orientação: Prof. Dr. Alexandre Padro Scherma, Instituto Básico de Biociências.</p> <p>1. Câncer bucal. 2. Diagnóstico bucal. 3. Mortalidade. 4. Prevenção. I. Cunha, Luiza de Jesus Novaes da. II. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III. Título.</p> <p>CDD – 616.994</p>
-------	---

LARISSA APARECIDA DA SILVA

LUIZA DE JESUS NOVAES DA CUNHA

Mortalidade por câncer bucal em Taubaté
e região.

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Data: 20 de novembro de 2020

Resultado: Aprovado

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma

Assinatura _____

Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo

Assinatura _____

Prof. Dra. Cristiane Aparecida de Assis Claro

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, principalmente a minha mãe Clarice, meu alicerce, que nos deixou este ano, minha eterna estrela. E as minhas irmãs Taína e Samanta e, ao meu companheiro de vida Vitor.

Larissa

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais, Conceição e Marcos, pilares da minha formação como ser humano.

Luiza

AGRADECIMENTO

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado saúde e força para enfrentarmos as dificuldades no decorrer desta caminhada;

À Universidade de Taubaté- UNITAU, na pessoa da Magnífica Reitora Profa. Dra. Nara Lucia Perondi Fortes;

À Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva, Chefe de Departamento de Odontologia da UNITAU;

Ao nosso orientador, Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma, um agradecimento especial pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo, por tanta atenção, e por todo profissionalismo que inspira acadêmicos como nós;

Aos nossos amados pais Clarice Aparecida A. de Siqueira Silva (em memória) e Galvão Donizete da Silva (em memória) e, Maria Conceição de Jesus Novaes da Cunha e Marcos Novaes da Cunha, por todo ensinamento, carinho e dedicação a suas filhas, sendo responsáveis por todas nossas conquistas até aqui;

Aos professores e funcionários, pelos ensinamentos e convívio desses anos;

A todos nossos queridos amigos e colegas de turma, com qual passamos momentos de dificuldades e alegrias durante esses anos.

RESUMO

O câncer bucal continua sendo um problema relevante de Saúde Pública, uma vez que, grande parte dos casos são diagnosticados em sua fase avançada. Pode acometer a região de língua, assoalho bucal, palato duro, lábios, gengiva inferior e superior, trígono retromolar, amígdalas, e as regiões de orofaringe, hipofaringe e laringe, sendo o câncer mais recorrente o carcinoma espinocelular. Devido às dificuldades no diagnóstico, esta neoplasia aumenta a taxa de mortalidade por câncer no Brasil, o que poderia ser evitado caso a população estivesse ciente de sua gravidade e evitasse a associação de álcool e tabaco, principais fatores predisponentes. O presente trabalho tem como objetivo realizar um levantamento da taxa de mortalidade por câncer bucal, no período de 2017 a 2019, em Taubaté-SP e região, com base nos dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE). Foram identificados 151 casos de óbito por câncer bucal no período estudado, Taubaté- SP apresentou o maior número de óbitos 45 (29,80%), além disso, verificou-se uma prevalência do sexo masculino (77,48%), etnia branca (76,82%), faixa etária entre 50 e 59 anos (33,77%) e a maioria das neoplasias ocorreu na região da orofaringe 43 (28,48%). Diante dos resultados conclui-se que o cirurgião-dentista tem um papel fundamental e deve estar capacitado para orientar, prevenir e diagnosticar corretamente. A população, por sua vez, deve ser estimulada a realizar frequentemente o autoexame bucal, assim como, a visitar periodicamente o cirurgião-dentista visando o diagnóstico precoce. Somente através desta força conjunta, contribuiremos substancialmente para a redução da incidência e mortalidade, uma vez que educação é fundamental para a prevenção e o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Câncer bucal, Mortalidade, Prevenção, Diagnóstico

ABSTRACT

Oral cancer remains a relevant public health problem since most cases are diagnosed in its advanced stage. It can affect the region of tongue, oral floor, hard palate, lips, lower and upper gingiva, retromolar triangle, tonsils and the regions of oropharynx, hypopharynx and larynx, the most recurrent cancer being squamous cell carcinoma. Due to difficulties in diagnosis, this neoplasia increases the cancer mortality rate in Brazil, and could be avoided if the population was aware of its severity and avoided the association of alcohol and tobacco, the main predisposing factors. This study aims to carry out a survey of the oral cancer mortality rate, in the period from 2017 to 2019, in Taubaté-SP and region, based on data from the Epidemiological Surveillance Group (GVE). 151 cases of death from oral cancer were identified in the period studied, Taubaté-SP had the highest number of deaths 45 (29.80%), in addition, there was a prevalence of males (77.48%), white ethnicity (76.82%), aged between 50 and 59 years old (33.77%) and most neoplasms occurred in the oropharynx region 43 (28.48%). Given the results, it is concluded that the dentist has a fundamental role and must be able to guide, prevent and diagnose correctly. The population, in turn, should be encouraged to frequently perform oral self-examination, as well as to periodically visit the dentist for early diagnosis. Only through this joint force will we contribute substantially to the reduction of incidence and mortality since education is essential for prevention and early diagnosis.

Keywords: *Oral cancer, Mortality, Prevention, Diagnosis.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com o ano e localização	27
Tabela 2 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e faixa etária	29
Tabela 3 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e etnia	29
Tabela 4 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e sexo	30
Tabela 5 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e município de residência	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Câncer Bucal.....	11
2.2 Prevenção Câncer Bucal	13
2.3 A Importância do Cirurgião Dentista em Relação ao Câncer Bucal	16
2.4 Dados Epidemiológicos.....	19
3 PROPOSIÇÃO	24
4 MATERIAL E MÉTODO	25
5 RESULTADO	26
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	41

1 INTRODUÇÃO

Kowalski et al. (2016) referem que o carcinoma espinocelular é o câncer bucal mais recorrente e representa, 90% dos casos. Dados do INCA (2020) registraram 5.898 mortes por câncer bucal no ano de 2015. Segundo Santana et al. (2011), essa doença exige um diagnóstico preciso, pois é muito silenciosa e por serem lesões na cavidade bucal, os pacientes não dão tanta importância e quando começam a sentir incômodo, procuram um médico clínico geral, ao invés de um cirurgião-dentista especializado, que dedica seus estudos para região de cabeça e pescoço.

Segundo Vidal et al. (2003) a população possui informações incorretas, negativas e até mesmo desinformação sobre o câncer bucal, implicando na prevenção e diagnóstico precoce. Para compreender os meios de prevenção é necessário que se conheça os fatores de riscos no desenvolvimento do câncer bucal para que estes sejam evitados ou controlados.

Campanhas e programas são os meios mais eficazes para que pessoas tenham um melhor prognóstico da doença, pois deixam a população ciente da associação do tabaco e do etilismo com o câncer na cavidade bucal. Além de apresentarem outros fatores ainda mais desconhecidos pela população como próteses mal adaptadas, exposição à radiação ultravioleta, álcool associado a alimentos gordurosos e outras lesões com potencial de malignidade (JUNIOR, 2006; MS, 2002).

O cirurgião-dentista tem grande importância no diagnóstico precoce de câncer bucal, porém quando diagnosticado, o tratamento deve ser realizado por médicos cirurgiões de cabeça e pescoço, radioterapeutas e oncologistas clínicos (Junior et al., 2013). Segundo Falcão et al. (2006) a porcentagem de cirurgiões-dentistas despreparados para o diagnóstico do câncer bucal é de 42,2%, diminuindo assim as chances de um prognóstico de sucesso.

Dados epidemiológicos são de grande importância para a compreensão de uma determinada doença, pois favorecem as estratégias de prevenção e controle. Neste contexto são levantados dados que permitem identificar o perfil das pessoas que são mais acometidas pela doença, sua faixa etária, etnia,

hábitos nocivos, escolaridade, tipo de lesão e sua localização, tempo de demora do diagnóstico e quem o realizou, em que estágio se encontrava a doença, tratamentos e número de óbitos. Os estudos específicos para mortalidade por câncer bucal servem como avaliadores da qualidade e do acesso aos serviços de saúde, e por apresentarem incidência elevada representam um grande problema na saúde pública (SANTOS, 2017; BRASIL, 2011).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento epidemiológico de dados sobre mortalidade por câncer bucal, no período de 2017 a 2019, no município de Taubaté - São Paulo, com base nos dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) da região de Taubaté.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer Bucal

Segundo Borges (2009) o câncer é uma doença crônica degenerativa, formado pelo aumento de células desordenadas, capaz de se expandir para distintas regiões do corpo.

É denominado carcinoma, quando atinge região de tecidos epiteliais, como pele e mucosa. E sarcoma, quando afeta os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem (INCA 2019).

O câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula, que passa a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas (INCA, 2019).

Segundo MS (2020), o câncer bucal pode atingir áreas de lábios e o interior da cavidade bucal, como língua (e suas bordas), assoalho bucal, palato duro, mucosa jugal, gengiva superior e inferior, sendo o lábio inferior o mais atingido, acometendo mais pessoas brancas. INCA (2020) refere região retromolar, amígdalas, glândulas salivares, e partes posteriores da cavidade, chamadas orofaringe, hipofaringe e laringe.

Os principais fatores relacionados ao câncer bucal são tabaco, álcool e a exposição solar. O álcool e o tabaco estão relacionados a 80% casos, e depende da quantidade utilizada diariamente, em relação à exposição solar o mais atingido são os lábios, pela excessiva exposição ao sol dos trabalhadores brasileiros. A dieta também pode ser um fator causador, pela ingestão abundante de gordura, sendo que frutas, legumes e verduras diminuem o risco (Pereira et al. 2012). Segundo Junior et al. (2013), o carcinoma bucal também pode ser influenciado por fatores genéticos, como por exemplo, disfunções relacionadas a genes de reparo.

Segundo Kowalski et al. (2016) o carcinoma espinocelular representa 90% dos casos do tumor maligno, sendo o mesmo desenvolvido por modificações genéticas do epitélio de revestimento bucal. Os carcinomas avançados apontam frequentemente dor, aspecto de úlceras infiltrativas, e região endurecida, como elevação das bordas. Em casos mais avançados pode haver sangramento, trismo, mobilidade dental, mau odor e linfadenopatia cervical, resultando em perda de peso do paciente. Há também o carcinoma verrugoso, representa um carcinoma espinocelular menos agressivo, que acomete mais pacientes idosos, apresenta formato irregular, pigmentação branco-acinzentado e, áreas avermelhadas, se tratado corretamente, apresentará um bom prognóstico.

Segundo Queiroz (2002) o câncer bucal tem um papel significativo nos casos de mortalidade, mas nem sempre são contabilizadas corretamente nos sistemas, uma vez que atestados de óbitos, muitas vezes encontram-se incompletos, que prejudica a atenção dos profissionais para a doença.

O tratamento do câncer bucal requer avaliação multidisciplinar que envolve cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião plástico, radioterapeuta, oncologista clínico, patologista e equipes de suporte compostas por cirurgião-dentista, nutricionista, fonoaudiólogo e psiquiatra/ psicólogo (KOWALSKI et al., 2016).

Os efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia podem prejudicar os pacientes de forma a terem que parar o tratamento, o efeito colateral mais comum é a mucosite, porém xerostomia e sensação de boca seca também podem ocorrer, e, acarretarem problemas relacionados à infecção bucal e cáries, pois com a diminuição da saliva aumenta a incidência de candidíase e, microrganismos cariogênicos. O tratamento também dificulta a fala do paciente e o consumo de alimentos sólido (Kowalski et al., 2016). Segundo Junior et al. (2013) 90% dos pacientes atendidos no Departamento de Estomatologia do A.C. Camargo Câncer Center, apresentam complicações odontológicas, como doenças gengivais (periodontite e gengivite), lesões periapicais (granulomas e cistos radiculares) e incômodo na mucosa bucal causado por próteses mal adaptadas, é importante estar atento com focos de infecção, para não interromper o tratamento radioterápico e quimioterápico e, evitar complicações graves como osteorradionecrose.

2.2 Prevenção do Câncer Bucal

O câncer bucal está entre os cinco tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil e ocorrências continuam crescendo, acredita-se que este dado está relacionado ao diagnóstico tardio em conjunto a fatores de risco como tabagismo e etilismo. As campanhas e programas de prevenção são os meios mais eficazes para diminuir esses casos, pois permitem que os fatores de risco citados sejam controlados ou evitados. É importante estar ciente sobre os fatores de risco no desenvolvimento do câncer bucal para que exista uma prevenção eficiente. Liberando 43 elementos químicos cancerígenos associados ao calor no local, o cigarro, se torna presente em 90% dos casos em homens e 60% em mulheres, indivíduos fumantes possuem quinze vezes mais chance de desenvolverem a doença se comparados aos não fumantes (DINGUELESKI, AH et al, 2016).

O álcool deve ser citado por interferir nas células da mucosa, o uso em excesso associado a um alto teor alcoólico aumenta em dez vezes as chances de desenvolver esta neoplasia, se associados ao tabagismo aumentam em cem se comparados a alguém sem estes hábitos nocivos. O álcool em conjunto com alimentos gordurosos, que possuem oxidantes responsáveis pela liberação de radicais livres no organismo, pode levar ao desenvolvimento de mutações ou acionamento de oncogenes (JUNIOR, 2006; MS, 2002). Deve se tomar cuidado com patologias que causam lesões ulcerativas na mucosa e promovem maior penetração de substâncias cancerígenas, como a leucoplasia, eritoplasia, queilite actínica e uso de próteses mal adaptadas principalmente quando associadas à candidose que se torna presente devido a má adaptação, favorecendo quadros de estomatite crônica (MS, 2002; NEVILLE et al. 2009).

A exposição à radiação ultravioleta (UV) é responsável pelo desenvolvimento do câncer de pele acometendo a região do lábio inferior, ocorrendo com frequência em trabalhadores rurais de pele clara que são submetidos a longas horas de exposição a luz solar (JUNIOR, 2006; BRENER, et al. 2007). Existem agravantes que dificultam o diagnóstico precoce de

neoplasias malignas, 60% a 80% das lesões são identificadas nos estágios avançados devido ao fato do câncer bucal em sua maioria se apresentar assintomático, o que torna mais demorada a busca do paciente pelo atendimento com o cirurgião dentista e como consequência seu diagnóstico. Outra questão é o cirurgião dentista não estar preparado para diagnosticar esta patologia, não efetuando exames complementares devido sua falta de recursos, que somados a um exame clínico superficial, resulta no atraso do diagnóstico e em prognósticos piores (PRADO, 2009; PASSARELLI, 2009; KOWALSKY et al. 1994).

Uma das principais e mais eficientes formas de diagnosticar precocemente é realizando o autoexame, este deve ser realizado diante de um espelho e com boa iluminação, o paciente deve ter como objetivo procurar alterações de cor, lesões que não cicatrizam por mais de duas semanas, irritações causadas por próteses mal adaptadas, ou caroços nas seguintes estruturas anatômicas: lábios, língua, assoalho, gengivas, bochecha, palato e tonsilas. Caso alguma dessas alterações sejam encontradas é necessário que consulte o cirurgião dentista. Se a população se conscientizar sobre a importância desse exame simples e ir periodicamente ao dentista irão contribuir para um melhor prognóstico da doença (MS, 2002; PRADO, 2009; PASSARELLI, 2009).

A prevenção tem como objetivo eliminar ou diminuir os fatores de riscos e assim reduzir a incidência e a mortalidade, respectivamente. As campanhas de diagnóstico precoce visam aumentar as chances de cura da doença. Deve se utilizar em campanhas folhetos educativos, capacitação de profissionais e orientação sobre o câncer feita por uma equipe multidisciplinar (JUNIOR, 2006). Existem no Brasil campanhas voltadas ao combate do consumo de tabaco e álcool, porém não são específicas para neoplasias malignas, sendo assim, não se tornam efetivas para orientação a respeito do diagnóstico de lesões (ANTUNES, 2007). De acordo com Almeida (2011) não é ideal que ocorram campanhas apenas anuais, tendo em vista a importância desta informação abranger um maior número de pessoas e de diferentes perfis, seria necessário utilização de jornais, revistas e emissoras de televisão repassando tais informações.

O conhecimento sobre o câncer bucal deve ser transmitido de maneira clara e objetiva, sem formalidades para que todos compreendam e tenha efetividade em logo prazo. As campanhas de prevenção, campanhas de diagnóstico e o autoexame não substituem o exame clínico do cirurgião-dentista, sendo assim é necessário que o acesso às consultas seja facilitado (JUNIOR, 2006).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que, durante o ano de 2010, seriam registrados 14120 novos casos de câncer bucal, e somente no Estado de São Paulo estimou-se 4120 novos casos. Tendo em vista diminuir esses dados, em 2001, embora algumas instituições realizassem de forma isolada ações de prevenção, não eram realizadas no Estado de São Paulo ações de grande amplitude do governo com essa finalidade, a partir de então, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em parceria com os municípios e organizações sociais ligadas à área da saúde, deram início à campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal e a partir de 2005 contou com o apoio da Fundação Oncocentro de São Paulo. A campanha ocorreu simultaneamente à campanha nacional de vacinação dos idosos contra a gripe, aproveitando a ida dos idosos às unidades de saúde para estimular o autocuidado e o autoexame da cavidade bucal. A junção das duas campanhas foi uma importante estratégia para a captação dessa população, que se encontra na faixa etária com as maiores taxas de incidência de câncer bucal, assim como um fator facilitador para o contato da equipe de saúde bucal com a população idosa, já que muitos idosos consideram desnecessárias as visitas ao cirurgião dentista, por serem totalmente desdentados. Os dados obtidos em nove anos, de 2001 a 2010, permitiram observar um aumento crescente de municípios envolvidos e de idosos examinados, esses esforços produziram efeitos na redução da incidência de casos novos de câncer bucal na população alvo, entre 2005 e 2009, houve redução significativa na taxa de casos confirmados de câncer bucal em cada 100000 examinados. A campanha permitiu benefícios à saúde da população idosa, acredita-se que tais estratégias poderiam ser ampliadas para outros grupos etários e outras regiões do país, sendo subsidio para este tipo de ação em outros países (MARTINS, JS et al, 2012).

Foi elaborado pelos docentes da disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Univag - Centro Universitário de Várzea Grande, no ano de 2005, um programa de diagnóstico e prevenção do câncer bucal, visando a qualidade de vida da população em geral e especificamente dos indivíduos portadores de lesões potencialmente malignas. Através do padrão internacional estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram exame visual para detecção de lesões em lábios, língua, mucosa jugal, palato duro, palato mole, orofaringe, gengiva, dentes e quando necessário realizações de citologia esfoliativa e biópsia da mucosa bucal, sempre sob a orientação de um professor da disciplina de Diagnóstico em Odontologia. Os acadêmicos participantes do programa realizavam palestras educativas e prestavam informações sobre a prevenção de câncer bucal e de outras doenças bucais, reiterando a importância do diagnóstico e tratamento das lesões de tecido mole da boca, informando que algumas dessas lesões podem evoluir para neoplasias. As pessoas que apresentavam lesões na boca e estruturas anexas foram encaminhadas para clínica de odontologia do Univag, onde receberam tratamento ou foram encaminhadas para serviços de referência. A partir de 2008 decidiram ampliar o alcance dos atendimentos para fora da instituição e começaram com ações em empresas, durante ação global/SESI, em Centros de Convivência para idosos, Fundações, Policlínicas e Clínicas odontológicas de Cuiabá e Várzea Grande. Durante os 5 anos desse programa foram atendidos 2573 pacientes, realizadas 249 biópsias, 73 citologias e com isso 13 casos de câncer bucal foram identificados, diagnosticados e tratados. A equipe de odontologia do Universidade mostrou que é possível realizar ações educativas e captar recursos agregando parceiros. E, que apesar das campanhas e dos esforços para conscientizar a população quanto à prevenção da doença, ainda há muito que ser feito (FRANÇA et al. 2010).

2.3 A Importância do Cirurgião-Dentista em Relação ao Câncer Bucal

Segundo Falcão (2010) o câncer bucal é reconhecido como uma patologia grave, que em algumas situações são diagnosticados em uma fase avançada, podendo dificultar o tratamento e a cura do paciente. Segundo Santos (2011)

muitos casos podem resultar em deformidades ao indivíduo, fazendo com que o mesmo deixe de frequentar o convívio social, exigindo um preparo psicológico, além de ser um tratamento de longo prazo.

Segundo Falcão et al. (2006), o câncer bucal vem causando mortes precoces em pacientes jovens. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente cirurgiões dentistas, atentar para os devidos cuidados, e um diagnóstico precoce.

Através de questionários aplicados para 240 cirurgiões dentistas do município Feira de Santana (BA), Falcão et al. (2006), avaliaram o conhecimento do cirurgião dentista em relação ao câncer bucal. Os autores verificaram que a maior parte dos entrevistados eram mulheres (62,9%), com idade entre 26 e 37 anos (55,7%) e 53,2% possuíam mais de 10 anos de formado. Uma boa parcela destes profissionais, 42,2%, informaram não ter estudado sobre câncer bucal no curso de odontologia. E que 49,2% dos profissionais não tinham especialização e para aqueles que tinham 50,8% era em dentística, periodontia, ortodontia e prótese. Dos entrevistados 69,5% referem baixo conhecimento e confiança para realizar o exame clínico para avaliação do câncer bucal. Sendo assim, os autores observaram uma falta de capacitação relacionada ao câncer bucal dos cirurgiões dentistas do município de Feira de Santana (BA).

Um grave problema relacionado ao câncer bucal é o alto índice de diagnóstico tardio resultando em significativa taxa de morbimortalidade. Em países de primeiro mundo os pacientes são tratados em estágio inicial, enquanto nos países emergentes o mais encontrado em ambulatório público são tumores avançados. A sobrevida e a seqüela do tratamento são ligadas ao estágio clínico em que a lesão é tratada, por isso o cirurgião dentista deve conhecer os fatores de risco do câncer e estar habilitado para fazer um exame clínico completo e detalhado da cavidade oral, tendo em vista que os pacientes o procuram quando a queixa está na cavidade oral (ANDRADE et al., 2014). O atraso de diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final, e pode ocorrer tanto por parte do profissional como do paciente, há relato na literatura de atrasos que vão de menos de um mês até mais de sete anos (SARGERAN, K et al., 2009).

Em Divinópolis, no ano de 2013, dos 54 dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia que atendiam na rede pública, 33 compareceram e foram selecionados para participar de um programa de capacitação de profissionais, mas apenas 23 aceitaram (69,7%). Foi utilizado um questionário composto por 37 questões. Quanto ao perfil dos cirurgiões, 15 eram do sexo feminino (65,2%), a maioria possuía idade inferior a 50 anos (56,5%) e apenas um dentista era tabagista, o que sugere a conscientização dos profissionais dentistas sobre os malefícios do fumo, fazendo com que não adotem esse hábito. Se auto avaliaram com nível de conhecimento regular 47,8% destes e 17,4% como insuficiente. Os profissionais afirmaram realizar o exame clínico para o diagnóstico dessa doença na primeira consulta (86,9%), mas que não se sentiam capacitados, sendo assim, a maior parte dos cirurgiões dentistas ao identificar alguma lesão suspeita, encaminhavam o paciente à outro profissional. 69,6% apontou a úlcera indolor como aspecto inicial da lesão, mas quase metade (39,1%) não sabiam o tipo histológico mais comum do câncer bucal. 91,3% apontaram a leucoplasia como lesão precursora de câncer na boca. A região anatômica mais citada foi assoalho de boca e língua. Todos os participantes tinham conhecimento sobre a associação do tabaco com esta neoplasia, 95,7% o uso de álcool e exposição solar, e, 78,3% próteses mal adaptadas e má higiene. Apenas 13% afirmam terem abordado o exame de câncer bucal na graduação, e 82,6% referem ter participado de cursos sobre este tema nos últimos 2 a 5 anos. Essas informações destacam a necessidade de implementar estratégias com abordagem detalhada e informações a respeito de atitudes preventivas e diagnóstico do câncer na cavidade bucal nas faculdades de Odontologia, tendo em vista que a postura adotada pelo cirurgião ao longo da vida começa na vida acadêmica (ANDRADE et al., 2014).

Segundo Santos et al. (2011), o câncer bucal não deveria ser um obstáculo ao cirurgião dentista para um diagnóstico precoce, diminuindo assim a porcentagem de mortalidade. Porém em muitos casos os pacientes procuram médicos, que de início não ponderam ser uma neoplasia maligna, na qual outras medidas e tratamentos serão tomados, podendo agravar a recuperação da doença.

A relação do cirurgião dentista com o paciente durante o tratamento do câncer bucal é de suma importância, principalmente no que se refere a orientação e manutenção da higiene bucal, e, no acompanhamento de problemas como mucosite, osteorradionecrose, xerostomia e, cáries dentárias. Quando é necessário fazer extrações dos elementos dentários, é indicado realizar 15 dias antes do tratamento radioterápico e quimioterápico, evitando o pior efeito colateral, a osteorradionecrose. Pós-radioterapia e pós-quimioterapia, também é necessário cuidados odontológicos, seja em casos de cárie por radiação ou xerostomia (JUNIOR et al. 2013).

2.4 Dados Epidemiológicos

Segundo o INCA a incidência, morbidade e a mortalidade são medidas de controle para a vigilância que facilitam entender a ocorrência, distribuição e evolução de doenças. Em 2015, identificaram-se no Brasil 15.190 casos de câncer bucal, destes 11.180 eram homens e 4.010 mulheres, o número de mortes foi de 5.898 pessoas, sendo 4.672 homens e 1.226 mulheres. Já no ano de 2017, no Brasil, relataram-se apenas mortes do sexo masculino, 4.923 indivíduos, e assim, a mortalidade de homens por câncer na cavidade oral ocupou a nona posição em relação a localização primária de todos os tipos de câncer. A incidência estimada para o ano de 2020 no Brasil, são de 15.190 casos, sendo 4.010 mulheres e 11.180 homens (5%), ocupando a quinta posição se comparado as outras localizações, perdendo apenas para câncer de próstata, traqueia/brônquio/pulmão, cólon/reto e estômago.

O levantamento epidemiológico contribui para um melhor entendimento da progressão das enfermidades, sendo uma ação de grande importância para a sociedade. O objetivo é o monitoramento e a análise de possíveis mudanças nas características das enfermidades, observando a prevalência quanto ao sexo, faixa etária, etnia, hábitos de etilismo e tabagismo, localização da lesão primária e tipo histológico do câncer. Os dados obtidos auxiliam a direcionar as estratégias de prevenção e controle do câncer bucal (BRASIL, 2011).

Foram analisados 195 laudos histopatológicos de pacientes com câncer bucal, no período de janeiro de 1981 a dezembro de 2010, atendidos na Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Diante dos resultados obtidos os autores concluíram que o câncer bucal mais comum é o carcinoma espinocelular em indivíduos do sexo masculino, acima da 4ª década de vida e localização anatômica preferencial na língua. O tabagismo e etilismo se mostraram presentes como fatores predisponentes nesta patologia, os casos em mulheres estão aumentando devido ao aumento no consumo de tabaco e álcool. É necessário reforçar programas de prevenção com enfoque para o autoexame, já que a boca é uma região de fácil acesso e é possível um diagnóstico precoce, podendo mudar este aspecto epidemiológico alto (CASTILLO et al, 2012).

Daher et al. (2008) analisaram 101 casos de carcinoma epidermóide de boca registrados no Hospital de Uberaba, no período de 1999 a 2003. Constatou-se que o carcinoma epidermóide se mostrou mais frequente no sexo masculino, na 5ª e 6ª décadas da vida e em indivíduos de pele branca. A região anatômica de maior frequência foi a língua. Houve uma tendência de ocorrência dos estádios mais avançados da doença nos encaminhados por instituições públicas, referenciados por profissionais médicos e com nível de instrução até o 1º grau incompleto. A maioria dos que se concentravam no estágio T4 evoluiu para o óbito (63,04%). A taxa global de sobrevida em 5 anos foi de 38,71%, e o tempo mediano de sobrevida foi de 23 meses. Essas informações reforçam o quão necessário é uma maior atenção ao câncer bucal.

A Clínica de Diagnóstico Bucal do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté (Unitau), realizou uma análise retrospectiva dos prontuários de 35 pacientes atendidos no período de 1993 a 1998. A análise dos dados permitiu concluir que houve um predomínio de lesões em rebordo alveolar (28,57%), o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma epidermóide ou espinocelular (94,28%), apenas 17,14% dos casos estavam em estágio inicial, enquanto 51,43% estavam no quarto estágio. A radioterapia foi o único tratamento para 45,71% dos pacientes, seguida pela associação entre radioterapia e cirurgia em 22,86% e pela utilização exclusiva da cirurgia em 5,71%. Três pacientes não foram submetidos a qualquer tipo de tratamento

devido ao óbito ter ocorrido logo após o diagnóstico. Dos dez pacientes que vieram a óbito no período analisado 40% morreram em menos de um ano. É apresentada a importância do serviço da Universidade em âmbito regional tendo em vista que a maioria dos pacientes eram de cidades vizinhas, e em sua maioria, homem, da raça branca, na sexta década de vida, que notou a lesão há cerca de 2 a 4 meses, fumante e etilista, com carcinoma epidermóide em rebordo alveolar ou assoalho bucal. O diagnóstico da maioria dos casos foi feito em fases avançadas dificultando o tratamento e reduzindo o índice de sobrevivência dos pacientes (MACHADO et al., 2003).

Foi realizada uma análise retrospectiva e descritiva avaliando o perfil epidemiológico de 101 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de boca e orofaringe, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia nível II (Cacon II) do município de Juiz de Fora (MG), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Nesse estudo predominou carcinomas epidermóides, a faixa etária, variou de 23 a 57 anos, com idade média de 56,5 anos e predominância de 51 a 60 anos (33,7%). Houve predomínio de homens, com escolaridade concentrada no Ensino Fundamental, 57,1% tinham primeiro grau. Quanto a profissão, houve um predomínio de trabalhadores braçais (35,8%), e entre as mulheres a ocupação predominante foi a de dona de casa (5,5%). Notou-se que homens estão mais expostos ao álcool do que mulheres, o relato de ingestão diária foi feito por 60% deles. Contudo na exposição ao tabaco não houve diferença entre homens e mulheres, 67,1% relataram o consumo e 26% declararam-se como ex tabagistas. O lugar predominante das lesões foi a língua (32%), seguido de orofaringe (18,5%) e assoalho de boca (12,4%). Houve maior número de tumores em T2 (31%) e T4 (39,4%). Logo, verificou-se que o sexo masculino é o mais acometido por essa neoplasia devido a maior exposição ao sinergismo álcool-tabaco que eleva a probabilidade do aparecimento da doença, nota-se a maioria trabalhadores braçais e com baixo nível de escolaridade. O diagnóstico tardio se mostra mais uma vez presente, 39,4% dos casos estavam no estadiamento T4, influenciando o prognóstico desfavorável (MELO et al., 2010).

Segundo Biazevic et al. (2006) o estudo de tendências da mortalidade por câncer é complexo e deve considerar fatores de natureza diversa, pois essas

tendências refletem níveis diferenciais de qualidade e acesso aos serviços de saúde, além da exposição a fatores de risco e proteção, devendo caracterizar variações na carga de doença e fornecer indicações sobre possíveis fatores associados a estas variações. Foram coletados dados sobre os óbitos de pessoas residentes no Município de São Paulo, ocorridos entre 1980 e 2002, cuja causa básica foi identificada pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) como sendo câncer de boca e orofaringe. A localização do câncer com maior concentração de óbitos foi a língua correspondendo a pouco mais de um terço do total, as que apresentaram menor óbito foram mucosa oral e vestíbulo da boca. A mortalidade foi 4,75 vezes mais elevada em homens se comparados as mulheres. Os grupos etários foram de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais. O registro de mortalidade foi crescente para a doença indicando que ainda há muito a ser feito para o controle de hábitos como tabagismo e alcoolismo que reduziriam seus efeitos deletérios sobre a saúde coletiva. O declínio da mortalidade por câncer de lábios, gengiva e área retromolar deve servir de incentivo para a implementação dos programas de câncer de boca e orofaringe, pois esses sítios anatômicos são os mais facilmente identificáveis durante o exame bucal de rotina, favorecendo o diagnóstico e introdução de recursos terapêuticos precocemente.

Segundo Santos (2017) no período de 2010 a 2015 foram notificados 4.105 novos casos de óbitos por câncer no município de Londrina, destes 196 casos foram confirmados por óbitos de câncer oral, o que representa 4,77%. Analisando estes casos, foi observado que a maior região anatômica acometida foi a língua com 37 óbitos. A faixa etária mais atingida foi aquela entre 55 a 64 anos com 55 casos. A média de idade dos pacientes com câncer foi de 54,5 anos. Houve predominância do sexo masculino, 159 casos (81,13%), enquanto que para o sexo feminino foram registrados 37 casos de mortalidade (18,87%). O ano de 2015 foi o que apresentou o maior número de óbitos com 40 casos, sendo 28 do sexo masculino e 12 óbitos do sexo feminino, enquanto em 2013 no sexo feminino havia sido menor com incidência de 4 para 32 casos. Quanto ao sexo e a faixa etária, não resta dúvida que o câncer oral é mais frequente em homens na faixa etária dos 50 aos 70 anos de idade e em indivíduos da raça branca ou caucasiana (82,65%), do que em indivíduos não brancos (17,35%).

Sendo assim, se torna necessária uma maior atenção ao câncer bucal nessa população, com intervenção dos órgãos públicos, dos profissionais da saúde e em especial o cirurgião dentista.

3 PROPOSIÇÃO

Realizar um levantamento epidemiológico dos casos de óbitos por câncer bucal, no período de 2017 a 2019, no município de Taubaté - São Paulo, com base nos dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE).

4 MATERIAL E MÉTODO

O trabalho realizado foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unitauc-CEP/UNITAU nº 4.133.225.

O presente estudo trata de uma investigação epidemiológica transversal e retrospectiva, no qual foi realizado um levantamento de dados sobre a mortalidade por câncer bucal no período de 2017 a 2019, na cidade de Taubaté-SP e região, com base nos dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) da região de Taubaté.

Os resultados obtidos foram apresentados percentualmente com a utilização de tabelas. As variáveis estudadas foram: total de óbitos, localização da neoplasia, faixa etária, sexo, etnia e município de residência.

Para o processamento dos dados utilizou-se o Microsoft Excel 2016. A análise estatística dos dados foi realizada através de análise descritiva.

5 RESULTADO

Ao longo do período estudado, 2017 a 2019, foram identificados 151 casos de óbito por câncer bucal na cidade de Taubaté-SP e região. Deste total, 41 casos (27,15%) ocorreram em 2017, 60 (39,74%) em 2018, e, 50 (33,11%) em 2019. Além disso, verifica-se que o maior percentual de casos foram encontrados em orofaringe 43 casos (28,48%), não especificado da língua 24 casos (15,89%), não especificado da boca 17 casos (11,26%). (Tabela 1)

Tabela 1 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com o ano e localização

Localização - Causa (CID10 3D)	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
C00 Neoplasia maligna do lábio	0	0,00	2	3,33	1	2,00	3	1,99
C01 Neoplasia maligna da base da língua	2	4,88	2	3,33	1	2,00	5	3,31
C02 Neoplasia maligna outras partes e não especificados da língua	7	17,07	13	21,67	4	8,00	24	15,89
C03 Neoplasia maligna da gengiva	1	2,44	0	0,00	0	0,00	1	0,66
C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca	2	4,88	1	1,67	0	0,00	3	1,99
C05 Neoplasia maligna do palato	1	2,44	3	5,00	3	6,00	7	4,64
C06 Neoplasia maligna outras partes e partes não especificadas da boca	7	17,07	5	8,33	5	10,00	17	11,26
C07 Neoplasia maligna da glândula parótida	1	2,44	4	6,67	0	0,00	5	3,31
C08 Neoplasia maligna outras glândulas salivares maiores e não especificado	2	4,88	1	1,67	0	0,00	3	1,99
C09 Neoplasia maligna da amígdala	1	2,44	1	1,67	0	0,00	2	1,32
C10 Neoplasia maligna da orofaringe	13	31,71	11	18,33	19	38,00	43	28,48
C11 Neoplasia maligna da nasofaringe	1	2,44	1	1,67	3	6,00	5	3,31
C12 Neoplasia maligna do seio piriforme	1	2,44	1	1,67	4	8,00	6	3,97
C13 Neoplasia maligna da hipofaringe	1	2,44	4	6,67	1	2,00	6	3,97
C14 Neoplasia maligna outros locais mal definidos lábios cavidade oral e faringe	1	2,44	11	18,33	9	18,00	21	13,91
Total	41	27,15	60	39,74	50	33,11	151	100

No ano de 2017 foram notificados 41 óbitos por câncer bucal em Taubaté e região. A localização com maior percentual de casos foi a orofaringe 13 casos (31,71%), seguido de Neoplasia maligna outras partes não especificadas da língua e Neoplasia maligna outras partes e partes não especificadas da boca com 7 casos cada (17,07%). Em 2018, houve um aumento no número de óbitos, 60 mortes. Sendo que, outras partes e não especificado de língua apresentaram o maior número de casos 13 (21,67%). Já em 2019, dos 50 óbitos ocorridos 19 (38,00%) estão relacionados à neoplasia maligna de orofaringe. Apesar do número significativo de casos, vários locais como gengiva, assoalho da boca, glândula parótida, outras glândulas salivares maiores não especificadas e amígdala não apresentaram notificações.

É importante chamar a atenção para o número de casos relacionados a locais não especificados e mal definidos, geralmente relacionados ao preenchimento incompleto ou incorreto das fichas de notificação, o que dificulta o preciso levantamento de dados epidemiológicos.

Em relação à faixa etária verificou-se que, no ano de 2017, o maior número de óbitos ocorreu em indivíduos de 60 a 69 anos, 17 casos (41,46%), seguido da faixa etária de 50 a 59 anos com 10 casos (24,39). Em 2018 foi notificado 1 caso tanto na faixa etária de 20 a 29 anos, como entre 30 a 39 anos, no entanto, a faixa etária de 50 e 59 anos foi a que apresentou o maior número de casos, 25 casos (41,67%), seguido da faixa etária de 60 e 69 anos, 15 casos (25,00%). Já em 2019, observou-se que o número de casos encontrados na faixa etária de 50 a 59 anos (16 - 32,00%) e 60 a 69 (15 - 30,00%) foram próximos. Quando analisado a totalidade dos casos, verifica-se que o maior percentual está relacionado a faixa etária de 50 aos 59 com 51 casos (33,77%), seguida da faixa etária entre 60 a 69 anos com 47 casos (31,13%). (Tabela 2)

Tabela 2 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e faixa etária

Faixa Etária	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
20-29 anos	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
30-39 anos	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
40-49 anos	4	9,76	6	10,00	3	6,00	13	8,61
50-59 anos	10	24,39	25	41,67	16	32,00	51	33,77
60-69 anos	17	41,46	15	25,00	15	30,00	47	31,13
70-79 anos	4	9,76	8	13,33	8	16,00	20	13,25
80 à cima	6	14,63	4	6,67	8	16,00	18	11,92
Total	41	100,00	60	100,00	50	100,00	151	100,00

Em relação à etnia, nota-se que no período estudado, a raça que apresentou o maior percentual de casos foi a branca com 116 casos (76,82%), seguida de pardos, 26 casos (17,22%), e negros 7 (4,64%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e etnia

Etnia	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Branco	31	75,61	45	75,00	40	80,00	116	76,82
Negro	1	2,44	2	3,33	4	8,00	7	4,64
Pardo	8	19,51	12	20,00	6	12,00	26	17,22
Não informado	1	2,44	1	1,67	0	0,00	2	1,32
Total	41	100,00	60	100,00	50	100,00	151	100,00

Em relação ao sexo, verificou-se uma discrepância no percentual de casos no período estudado, uma vez que do total de 151 casos notificados, 117 (77,48%) acometeram o sexo masculino, enquanto apenas 34 (22,52%) o sexo feminino (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e sexo

Sexo	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Masculino	31	75,61	48	80,00	38	76,00	117	77,48
Feminino	10	24,39	12	20,00	12	24,00	34	22,52
Total	41	100,00	60	100,00	50	100,00	151	100,00

Quando analisados os casos de mortalidade por câncer bucal de 2017 a 2019 por municípios de residência, verificou-se que o maior percentual de casos envolve os municípios de Taubaté 45 (29,80%), Pindamonhangaba 20 (13,25%) e Guaratinguetá 14 (9,27%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e percentual de casos de neoplasia de acordo com ano e município de residência.

Município de Residência	2017	%	2018	%	2019	%	Total	%
Aparecida	2	4,88	4	6,67	0	0,00	6	3,97
Bananal	1	2,44	0	0,00	0	0,00	1	0,66
Cachoeira Paulista	0	0,00	5	8,33	3	6,00	8	5,30
Campos do Jordão	1	2,44	4	6,67	4	8,00	9	5,96
Cruzeiro	2	4,88	4	6,67	5	10,00	11	7,28
Cunha	0	0,00	0	0,00	2	4,00	2	1,32
Guaratinguetá	6	14,63	2	3,33	6	12,00	14	9,27
Lagoinha	2	4,88	0	0,00	0	0,00	2	1,32
Lavrinhas	0	0,00	0	0,00	1	2,00	1	0,66
Lorena	1	2,44	4	6,67	5	10,00	10	6,62
Natividade da Serra	0	0,00	1	1,67	1	2,00	2	1,32
Pindamonhangaba	6	14,63	8	13,33	6	12,00	20	13,25
Piquete	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
Potim	1	2,44	1	1,67	2	4,00	4	2,65
Queluz	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
Redenção da Serra	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
Roseira	0	0,00	1	1,67	1	2,00	2	1,32
Santo Antônio do Pinhal	0	0,00	1	1,67	1	2,00	2	1,32
São Bento do Sapucaí	0	0,00	1	1,67	0	0,00	1	0,66
São José do Barreiro	0	0,00	0	0,00	1	2,00	1	0,66
São Luiz do Paraitinga	1	2,44	0	0,00	0	0,00	1	0,66
Taubaté	16	39,02	18	30,00	11	22,00	45	29,80
Tremembé	2	4,88	3	5,00	1	2,00	6	3,97
Total	41	100,00	60	100,00	50	100,00	151	100,00

No ano de 2017 ocorreram 41 óbitos, sendo Taubaté o município mais afetado, com 16 casos (39,02%), seguido por Guaratinguetá e

Pindamonhangaba, 6 casos em cada município (14,63%). Em 2018 foram notificados 60 óbitos, sendo os municípios que notificaram os maiores número de casos Taubaté 18 (30,00%), Pindamonhangaba 8 (13,33%) e Cachoeira Paulista 5 (8,33%). Já em 2019 foram registrados 50 óbitos, destes 11 (22,00%) ocorreram em Taubaté, 6 (12,00%) tanto em Guaratinguetá como em Pindamonhangaba, e 5 (10,00%) tanto em Cruzeiro como Lorena.

Bananal, Lavrinhas, Piquete, Queluz, Redenção da Serra, São Bento do Sapucaí, São José do Barreiro e São Luiz do Paraitinga foram os municípios que apresentaram o menor percentual de casos no período estudado, 1 caso em três anos (0,66%).

6 DISCUSSÃO

O câncer, definido como uma doença crônica multifatorial, sem o diagnóstico precoce resulta na invasão de estruturas vizinhas e na formação de metástases, podendo assim causar a morte do paciente (PARTRIDGE, 2000; COTRAN RS et al., 2000). O primeiro modo de prevenção do câncer bucal está relacionado ao estilo de vida do paciente e sua relação com os fatores etiológicos da doença, que podem ser evitados. Outro fator importante é a cavidade bucal ser facilmente acessível ao exame clínico, biópsia e tratamento, o que teoricamente facilita a prevenção (O'HANLON S et al., 1997). Porém, esta neoplasia é detectada tardiamente na maioria dos casos, encontrando-se em estágio avançado e tendo como consequência complicações maximizadas, resultados mais mutiladores e índice de sobrevida menor (SCULLY et al., 2000).

O sistema de saúde tem como objetivo diagnosticar pacientes com câncer bucal precocemente dando auxílio necessário para o tratamento, porém a metade dos casos vem sendo diagnosticada em estágio avançados. Constata-se pelo fato dos profissionais não saberem orientar seus pacientes e, o medo que os pacientes têm em procurar amparo de um profissional, por conta de um possível câncer, ou somente procuram quando atinge um estágio que dificulta a alimentação, fala e o convívio social (BONFANTE et al., 2014).

A área das ciências da saúde com maior enfoque na cavidade bucal é a odontologia, com isso, o cirurgião-dentista se torna o principal profissional responsável pela informação da população sobre o câncer bucal, diagnóstico precoce e diminuição da incidência, morbidade e mortalidade desta neoplasia. A maioria destes profissionais, não possuem o domínio das informações relacionadas a essa patologia e não são capazes de realizar corretamente o exame clínico que detectaria essas lesões, além de não passarem aos pacientes sob seus cuidados a importância do diagnóstico, prevenção e realização do auto exame (MELO et al., 2010).

Um estudo feito em 74 pacientes portadores de carcinoma espinocelular da cavidade bucal diagnosticados em um hospital em Alagoas, no período de julho de 2007 a setembro de 2008, observou que 41,9% dos pacientes sabiam

da lesão, mas só procuraram serviço da saúde quando começou a incomodar. Tornou-se notável a pouca valorização do autocuidado, autoexame e o desconhecimento em relação aos sinais da lesão, por serem inicialmente assintomáticas, os pacientes não se preocupam com tratamento. A recusa e a negação da doença reforçam o estigma negativo na população, pois enxergam o câncer como sentença de morte, geralmente sem possibilidade de tratamento, o que não ocorre nas lesões descobertas precocemente (SANTOS et al., 2010).

Em relação à localização das lesões, verificou-se neste trabalho, que a orofaringe apresentou o maior percentual de casos no período estudado, 43 (28,48%). Este dado difere da pesquisa de Santos (2017) que referiu a língua como a região anatômica mais acometida com 37 óbitos, Biazevic (2006) que também relata ser a língua a responsável pelo maior número de óbitos em seu estudo e Machado et al. (2003) que verificaram um predomínio de lesões em rebordo alveolar (28,57%). Neste trabalho, a língua representou 29 (19,2%) dos casos relatados, ocupando a segunda posição do total, além disso, foi a localização responsável pelo maior número de óbitos em 2018, 15 casos (25%).

Biazevic (2006) refere que em sua pesquisa mucosa oral e vestibulo da boca apresentam o menor número de casos. Nesta pesquisa, durante os três anos, o local menos acometido foi gengiva, com apenas um caso.

É importante registrar que Neoplasias malignas outras partes e não especificados da língua com 24 casos (15,89%), Neoplasias malignas de outras partes e partes não especificadas da boca 17 casos (11,26%) e Neoplasia maligna em outros locais mal definidos de lábio e cavidade oral e faringe 21 casos (13,91%), fazem com que o percentual de algumas localizações estejam subestimados visto que, a não especificação precisa da localização exata da lesão faz com que alguns percentuais apresentados estejam abaixo do esperado.

Neste trabalho constatou-se que a faixa etária mais acometida foi entre 50 aos 59 anos, 51 casos (33,77%), seguido pela faixa etária entre 60 e 69 anos que totalizaram 47 casos (31,13%). Dados semelhantes foram observados no estudo de Daher et al. (2008), que analisaram 101 prontuários e também registraram maior frequência de casos entre a 5ª e 6ª décadas de vida. Machado et al. (2003) ao realizarem uma análise retrospectiva dos prontuários de 35

pacientes na Universidade de Taubaté verificaram que a faixa etária mais acometida foi entre 51 a 60 anos. Melo et al. (2010) analisaram 101 prontuários de pacientes com câncer no Centro de Alta Complexidade em Oncologia nível II (Cacon II) de Juiz de Fora (MG), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, e também encontraram uma prevelência para a faixa etária de 51 a 60 anos. Santos (2017) a partir de 196 casos de óbito por câncer bucal, no período de 2010 a 2015, no município de Londrina, também observou que a faixa etária entre 55 a 64 anos foi a mais acometida. Volkweis et al. (2014) coletaram dados de 73 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer bucal do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, os dados destacam um predomínio de casos para pacientes acima dos 50 anos (68,49%) e Carli et al. (2009) avaliaram 49 casos de neoplasias bucais arquivados no laboratório da Universidade Federal de Alfenas, entre 1998 e 2006, e a década de vida mais acometida foi de 51 a 60 anos com 12 casos (24,49%).

Com relação à etnia, foi observado nesta pesquisa que o maior percentual de casos foi verificado para a raça branca 116 (78,82%), seguido por pardos 26 (17,22%) e negros 7 (4,64%). No estudo de Santos et al. (2017) também houve predomínio de indivíduos branca ou caucasiana (82,65%), enquanto apenas 17,35% estava relacionado as demais etnias. Daher et al. (2008) também refere um maior percentual de casos relacionados a raça branca, 89 casos (88,12%), seguido de 8 negros (7,92%) e 4 pardos (3,96%). A pesquisa de Castillo et al. (2012) também apresenta um predomínio de leucodermas com 89 (45,6%) casos, seguido por melanodermas 26 (13,3%) e feoderma com 12 (6,2%). Carli et al. (2009), encontraram predomínio de leucodermas com 55,1% dos casos entre os 49 estudados na Universidade Federal de Alfenas. Gouvea et al. (2010) constataram 24 caucasianos (52,2%), 13 pardos (28,3%), 8 negros (17,4%) e 1 amarelo (2,2%), ao descreverem os aspectos epidemiológicos de 46 pacientes acometidos pelo câncer bucal e atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia. Carvalho et al. (2012) notificaram 283 leucodermas (59,96%), 163 feodermas (34,50%) e 26 melanodermas (5,50%), após coletarem dados de 473 casos de pacientes com câncer bucal diagnosticadas entre 1999 e 2008, em Campina Grande- PB.

Dos 151 casos de óbito referidos nesta pesquisa, 117 casos (77,48%) acometeram o sexo masculino e 34 (22,52%) o sexo feminino. Dados do INCA (2015) registraram que dos 15.190 casos de câncer bucal 11.180 acometeram homens e 4.010 mulheres. A prevalência do sexo masculino pode ser observada em vários trabalhos como o de Castillo et al. (2012), após analisar 195 laudos registrou que 138 (70,8%) estavam relacionados ao sexo masculino e, 57 (29,2%) ao sexo feminino, e Daher et al. (2008) verificaram que dos 101 casos analisados, 80 (79,2%) acometeram o sexo masculino e 21 (20,8%) o sexo feminino. Mosele et al. (2008), também constataram que dos 80 casos analisados, 62 (77,50%) eram do gênero masculino e, 18 (22,50%) do gênero feminino. Oliveira et al. (2008), identificou que dos 67 casos de morte, 61 (91,04%) eram do sexo masculino, e apenas 6 (8,96%) do sexo feminino. Gouvea et al. (2010), referem que dos 46 indivíduos com câncer bucal estudados, 37 (80,4%) eram do sexo masculino e 9 (19,6%) do sexo feminino.

No presente estudo verificou-se que dos 151 casos avaliados, o maior percentual envolve os municípios de Taubaté 45 (29,80%), Pindamonhangaba 20 (13,25%) e Guaratinguetá 14 (9,27%). Em 2003, Machado et al., verificaram que dos 35 pacientes atendidos, em cinco anos, na Clínica de Diagnóstico Bucal do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, 54,29% eram de cidades vizinhas, 34,29% de Taubaté e 11,42% das cidades do litoral norte do Estado de São Paulo.

7 CONCLUSÃO

Dentre os municípios e período estudados, Taubaté- SP apresentou o maior número de óbitos 45 (29,80%), além disso, verificou-se uma prevalência do sexo masculino (77,48%), etnia branca (76,82%), faixa etária entre 50 e 59 anos (33,77%) e a maioria das neoplasias ocorreu na região da orofaringe 43 (28,48%).

O câncer bucal continua sendo um problema relevante de Saúde Pública, uma vez que, grande parte dos casos são diagnosticados em sua fase avançada. Além disso, estudos demonstram que tumores localizados na região de orofaringe apresentaram baixos índices de sobrevida. Logo, o cirurgião-dentista tem um papel fundamental e deve estar capacitado para orientar, prevenir e diagnosticar corretamente. A população, por sua vez, deve ser estimulada a realizar frequentemente o autoexame bucal, assim como, a visitar periodicamente o cirurgião-dentista visando o diagnóstico precoce, para isso ressalta-se a importância de políticas públicas através de campanhas promoção e prevenção de saúde.

Somente através desta força conjunta, contribuiremos substancialmente para a redução da incidência e mortalidade, uma vez que educação é fundamental para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.C.S. et al. Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal. – Parte II. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl, 1, p. 1589-1598, 2011.

ANDRADE SN, MUNIZ LV, SOARES JM, FREITAS AL, RIBEIRO RI. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 42-7, jan./jun. 2014.

ANTUNES, JL; FERREIRA, TNT; FILHO, VW. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Ver Panam Salud Publica**, v.3, p. 30-36, 2007.

BIAZEVIC MG, CASTELLANOS RA, ANTUNES JL, CROSATO EM. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/200. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2105-2114, out, 2006.

BONFANTE GM, MACHADO CJ, SOUZA PE, ANDRADE EL, ACURCIO FA, CHERCHIGLIA ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 30 (5) Maio 2014

BORGES DM, SENA MF, FERREIRA MA, RONCALLI AG. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):321-327, fev, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer – INCA. **Estatísticas do câncer – vigilância do câncer e de fatores de risco**. [acesso em 20 abr. 2011]. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/>.

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.

CARLI ML, SANTOS SL, PEREIRA AA, HANEMANN JA. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na

Universidade Federal de Alfenas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2009; 55(3): 205-211.

CARVALHO SH, SOARES MS, FIGUEIREDO RL. 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, 12(1):47-51, jan./mar., 2012.

Castillo KA, Pereira TT, Paes GB, Levantamento Epidemiológico do Câncer Bucal: casuística de 30 anos. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 19-23, mai./ago., 2012.

Daher GC, Pereira GA, Oliveira AC. 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** 2008; 11(4): 584-96.

DINGUELESKI, AH et al. A IMPOTÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO NO COMBATE AO CÂNCER BUCAL. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 37- 43, 2016.

FALCÃO, Michelle Miranda Lopes et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre. v.58, n.1, p.27-33, jan./mar. 2010.

França DC, Pinto MM, Monteiro AD, Silva AA, Zina O, Lima GS, Aguiar SM. Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. **Rev Odontol Bras Central** 2010;19(49).

GOUVEA, Sonia Alves et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. **Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça e Pescoço**. São Paulo. v. 39, n. 4, p. 261-265, out/nov/dez 2010.

Instituto nacional do câncer – INCA. **Estatísticas do câncer**. [acesso em 01 abr. 2020]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/>.

Instituto nacional do câncer – INCA. **O que é câncer**. [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/>.

JUNIOR, Celso Augusto Lemos et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Revista Associação Paulista de Cirurgião Dentista**. São Paulo. v.67, n.3, p.178-186, julh. 2013.

JUNIOR, SAS. Etiopatogenia do câncer bucal: fatores de risco e de proteção. **Sa Bios - Saúde e Biol**, v. 1, n. 2, p. 48-58, 2006.

KOWALSKI, L.P. et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. **Eur J Cancer B Oral Oncol**, v. 30B, n. 3, p. 167-173, 1994.

KOWALSKI, Luiz Paulo. ALVES, Fábio Abreu. In: ALMEIDA, Oslei Paes de Carcinoma Espinocelular.. Patologia Oral. 1ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2016. p. 88-93.

Machado AC, Tavares PG, Anbinder AL, Quirino MR. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, TRATAMENTO E SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER BUCAL EM TAUBATÉ E REGIÃO. **Rev. biociênc**. Taubaté, v.9, n.4, p.65-71, out-dez 2003.

Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD, et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(3):246–52.

MELO LC, SILVA MC, BERNARDO JM, MARQUES EB, LEITE IC. 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - Falando sobre o Câncer da Boca, p.8-49, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS, **Câncer de Boca**. [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cancerboca>.

MOSELE, João César et al. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. **Revista Odonto**. São Bernado do Campo-SP. n.32, jul. 2008.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3a ed. Elsevier Editora, 2009.

O'Hanlon S, Foster DP, Lowry RJ. Oral cancer in the Northeast of England: incidence, mortality trends and the link with material deprivation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:371-6.

OLIVEIRA, Carine Ervolino de et al. Características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001: uso de geoprocessamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo. v.11, n. 2, jun. 2008.

Partridge M. Oral cancer: 2. Clinical presentation and use of new knowledge about the biology of cancer to establish why tumours may recur. *Dent Update.* 2000;27(6):288-94.

PEREIRA, Cassius C. Torres et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 28 n. 1, p.30-39, jan., 2012.

PRADO, B.N.; PASSARELLI, D.H.C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2009.

QUEIROZ, Rejane Christine. **Validade e confiabilidade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro.** 2002. 73f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

SANTOS, Isabela Vieira. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Revista Odontologia Clínica Científica.** Recife. v.3, n.10, p.207-210, julh./set., 2011.

SANTOS, NC. **Análise Epidemiológica de mortalidade por Câncer de Cabeça e Pescoço no Município de Londrina.**2017. 42 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

SARGERAN K, MURTOMAA H, SAFAVIC SMR, TERONEN O. Delayed Diagnosis of Oral Cancer in Iran: Challenge for Prevention. **Oral Health Prev Dent** 2009; 7(1):69-76.

Scully C, Porter S. ABC of oral health: oral cancer. *BMJ.* 2000;321(7253):97-100.

VIDAL AKL, et al. Prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca: uma mediada simples e eficaz. *Odontologia. Clín-Científ.* 2003;2(2):109-114.

VOLKWEIS MR, BLOIS MC, ZANIN R, ZAMBONI R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.14 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2014.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL EM TAUBATÉ-SP E REGIÃO**Pesquisador:** Alexandre Prado Scherma**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 33949820.6.0000.5501**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 4.133.255**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto submetido para análise deste CEP irá realizar uma investigação epidemiológica transversal e retrospectiva, por meio de levantamento de dados sobre a mortalidade por câncer bucal no período de 2017 a 2019, na cidade de Taubaté-SP e região, com base nos dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) da região de Taubaté.

Os resultados obtidos serão apresentados percentualmente com a utilização de tabelas. As variáveis estudadas serão: total de óbitos, localização da neoplasia, faixa etária, sexo, etnia e município de residência.

Objetivo da Pesquisa:

Claro e bem definido pelo proponente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente apontados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa em tela poderá trazer importantes informações sobre mortalidade por câncer bucal na região

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 4.133.255

Recomendações:

Caso ocorra qualquer mudança metodológica importante, como a alteração na forma de coleta de dados ou do instrumento de coleta em decorrência do isolamento social em virtude da COVID 19, a alteração deverá ser informada ao CEP/UNITAU por meio de uma emenda postada na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto devidamente apresentado assim sou de parecer favorável a sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 03/07/2020, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1572299.pdf	19/06/2020 21:49:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEDISPENSADOTCLE1507313087.docx	19/06/2020 21:48:47	Alexandre Prado Scherma	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissodoPesquisador.doc	19/06/2020 21:48:31	Alexandre Prado Scherma	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativaausencia.docx	07/06/2020 16:35:23	Alexandre Prado Scherma	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCancerbucal.docx	07/06/2020 16:23:11	Alexandre Prado Scherma	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	07/06/2020 16:22:41	Alexandre Prado Scherma	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210	CEP: 12.020-040
Bairro: Centro	
UF: SP	Município: TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233	Fax: (12)3635-1233 E-mail: cep@unitau.br