

SAÚDE E AMBIENTE

V.9 • N.2 • 2023 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2023v9n2p194-207



## CÂNCER BUCAL NA REGIÃO NORDESTE BRASILEIRA E TEMPO DE INÍCIO DE TRATAMENTO

ORAL CANCER IN THE BRAZILIAN NORTHEAST REGION  
AND TIME OF TREATMENT START

CÁNCER ORAL EN EL NORDESTE BRASILEÑO Y TIEMPO  
DE INICIO DEL TRATAMIENTO

Beatriz Santos Pereira<sup>1</sup>

Naynne Soares de Lima<sup>2</sup>

Tatiane Cristina Vieira Souto<sup>3</sup>

Victor Arthur Rodrigues de Souza<sup>4</sup>

Regiane Cristina do Amaral<sup>5</sup>

### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar o tempo de início de tratamento a pacientes com câncer bucal/oral nos Estados do Nordeste do Brasil. Foram coletados dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do DATASUS sobre prevalência de câncer de lábio, base de língua, outras partes da língua, outras partes da boca, gengiva, assoalho da boca, palato e orofaringe, no período de 2015 a 2022. Foram analisados dados da região Nordeste do Brasil para as faixas etárias de 40 anos ou mais e tempo de início de tratamento oncológico. Ao se comparar o tempo de atendimento em ambos os sexos, por Estado (Anova One Way – seguido de Tukey) foi encontrado que o tempo de início de tratamento maior que 60 dias foi prevalente na maioria dos Estados, com diferença estatisticamente significativa. Sobre a Variação Percentual Anual, no período analisado, dos 9 Estados avaliados, 5 apresentaram-se de forma estacionária para o início do tratamento até 30 dias e 4 de forma crescente. Para o início do tratamento superior a 60 dias, 8 Estados apresentaram-se de forma estacionária e 1 de forma decrescente. O tempo tardio para início do tratamento se mostra prevalente entre os Estados analisados e tem se mostrado estacionário ao longo dos anos.

### PALAVRAS-CHAVE

Saúde Bucal. Neoplasias. Serviços de Saúde. Odontologia. Neoplasias Bucais.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to verify the time of initiation of treatment for patients with oral/oral cancer in the states of Northeast Brazil. Data were collected from INCA (National Cancer Institute) and DATASUS on the prevalence of cancer of the lip, tongue base, other parts of the tongue, other parts of the mouth, gums, floor of the mouth, palate and oropharynx, in the period from 2015 to 2022. Data from the Northeast region of Brazil were analyzed for the age groups of 40 years or older and time of initiation of cancer treatment. Comparing the length of care for both sexes, by State (Anova One Way – followed by Tukey) it was found that treatment initiation time greater than 60 days was prevalent in most States, with a statistically significant difference. About the Annual Percentage Variation, in the analyzed period, of the 9 States evaluated, 5 presented themselves in a stationary way for the beginning of the treatment up to 30 days and 4 in an increasing way. For the start of treatment longer than 60 days, 8 states were stationary and 1 was decreasing. The late time for starting treatment is prevalent among the States analyzed and has been stationary among of years.

## KEYWORDS

Oral Health. Neoplasms. Health Services. Dentistry. Mouth Neoplasms

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue verificar el momento de inicio del tratamiento para pacientes con cáncer oral/bucal en los estados del Nordeste de Brasil. Se recogieron datos del INCA (Instituto Nacional del Cáncer) y DATASUS sobre la prevalencia de cáncer de labio, base de lengua, otras partes de la lengua, otras partes de la boca, encías, piso de la boca, paladar y orofaringe, en el período de 2015 a 2022. Se analizaron datos de la región Nordeste de Brasil para los grupos de edad de 40 años o más y tiempo de inicio del tratamiento del cáncer. Comparando el tiempo de atención para ambos sexos, por Estado (Anova One Way – seguido de Tukey) se encontró que el tiempo de inicio del tratamiento mayor a 60 días prevaleció en la mayoría de los Estados, con una diferencia estadísticamente significativa. Sobre la Variación Porcentual Anual, en el periodo analizado, de los 9 Estados evaluados, 5 se presentaron de forma estacionaria para el inicio del tratamiento hasta los 30 días y 4 de forma creciente. Para el inicio de tratamiento mayor a 60 días, 8 estados fueron estacionarios y 1 decreciente. El tiempo tardío de inicio del tratamiento prevalece entre los Estados analizados y ha sido estacionario entre años.

## PALABRAS CLAVE

Salud bucal; Neoplasmas; Servicios de salud; Odontología; Neoplasias de la Boca

### 1 INTRODUÇÃO

Câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo. O câncer tem como característica a rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais e podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos (OPAS, 2020).

O câncer da boca (também conhecido como câncer de lábio e cavidade oral) é um tumor maligno que afeta lábios, estruturas da boca, como gengivas, bochechas, palato, língua (principalmente as bordas) e a região embaixo da língua (INCA, 2022a). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se 15.190 novos casos de câncer de boca no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo o 13º mais frequente entre todos os tipos de cânceres (INCA, 2020). O câncer da boca ocorre mais frequentemente em homens acima de 40 anos, leucodermas, preferencialmente lábios, assoalho bucal e estruturas anexas como mucosa jugal e gengiva (INCA, 2022a).

A quimioterapia (QT) e a radioterapia (RT) são responsáveis por impedir a proliferação desenfreada das células e sua evolução. No caso da cirurgia, consiste em um procedimento diretamente relacionado a remoção do tecido neoplásico. É visto que a RT e a QT não são capazes de apresentar habilidades de diferenciar células normais das células cancerígenas, pois o objetivo desses tratamentos é eliminar a doença com associação de outro tipo de terapia em conjunto (CAMPOS *et al.*, 2018).

Os efeitos colaterais ou adversos em outras células do corpo durante a QT e RT são comuns. Ocorrem devido à diminuição da resistência do paciente, conseqüentemente contribuem para o surgimento de infecções, xerostomia, comprometimento no trato gastrointestinal, mucosite e outros (SPEZZIA, 2020). Estudos apontam que aproximadamente 40% dos pacientes adultos e mais de 90% das crianças menores de 12 anos, que se encontram em tratamento contra o câncer, apresentam alterações orais relacionadas à estomatotoxicidade, mucosite, xerostomia, herpes labial simples (infecções virais) e candidíase (infecções fúngicas) (VELTEN *et al.*, 2017).

O prognóstico e o tratamento dependem do local de envolvimento, tempo de diagnóstico e estágio do tumor, sendo o mais importante preditor de sobrevida pacientes com câncer de cabeça e pescoço (BARROS-SILVA *et al.*, 2020; JOHNSON *et al.*, 2010). O período entre os sintomas iniciais e o diagnóstico do câncer é muito importante, pois pode levar ao diagnóstico precoce e pode melhorar os resultados do tratamento se esse período for encurtado (NEAL *et al.*, 2014).

O diagnóstico tardio é dividido em três grupos. Primeiro, o atraso do paciente, ou seja, o período entre o momento em que o paciente percebe os sinais e sintomas pela primeira vez e o momento em que compartilha suas preocupações sobre esses sintomas com um terapeuta. Segundo, atraso

profissional, ou seja, o tempo entre a primeira consulta do paciente com o terapeuta e o diagnóstico patológico definitivo. Terceiro, atraso no diagnóstico geral, ou seja, o tempo entre o início dos primeiros sintomas e o diagnóstico patológico definitivo (GÓMEZ *et al.*, 2010).

O câncer pode ser tratado nos hospitais gerais credenciados pelos gestores locais e habilitados pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A diferença entre ambas as unidades de assistências, a UNACON apenas realizam tratamento de câncer mais prevalentes podendo ou não ter assistência radioterápica. Já o CACON realizam diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física (SBCO, 2021).

Muitos estudos destacaram a maior prevalência de câncer bucal em homens provavelmente por estarem mais expostos aos fatores de risco. Porém, o índice de mulheres acometidas por esta neoplasia vem aumentando ao longo dos anos, por elas estarem se expondo mais ao tabaco e ao álcool (MORO *et al.*, 2018).

De acordo com a Lei 14238/21 e Lei 12.732, a pessoa com câncer tem acesso ao tratamento oncológico em até 60 dias (BRASIL, 2021) garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto é observado desigualdade no tempo de espera por atendimento, o tempo de atendimento em 74% dos Estados avaliados, foi superior a 60 dias, podendo comprometer o resultado do tratamento (AMARAL *et al.*, 2022). Isso muito provável devido ao desigual número de hospitais especializados em tratamento oncológico no Brasil. Estes ficam localizados nas capitais, sendo necessário o deslocamento por parte dos pacientes, o que envolve muitas vezes custo para os mesmos (CARDOSO *et al.*, 2022).

Assim, o objetivo do presente estudo foi verificar o tempo de início de tratamento a pacientes com câncer bucal/oral nos Estados do Nordeste do Brasil

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico com uso de dados secundários do INCA e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2022). Foram coletados dados (prevalência) de: C00 - Neoplasia maligna do lábio, C01 - Neoplasia maligna da base da língua, C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua, C03 - Neoplasia maligna da gengiva, C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca, C05 - Neoplasia maligna do palato, C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca, C10 - Neoplasia maligna da orofaringe, no período de 2015 a 2020. Os dados foram filtrados para região Nordeste para as faixas etárias de 40 anos ou mais, anos de 2015 a 2022. Data da coleta 06/02/23.

Os dados passaram por análise de normalidade (Lilliefors) e homocedasticidade.

Foram realizadas análises comparativas entre o tempo para início do tratamento em ambos os sexos e para tal foi utilizado o teste Anova One Way, seguido de Tukey. O programa estatístico utilizado para as análises foi Bioestat 5.0

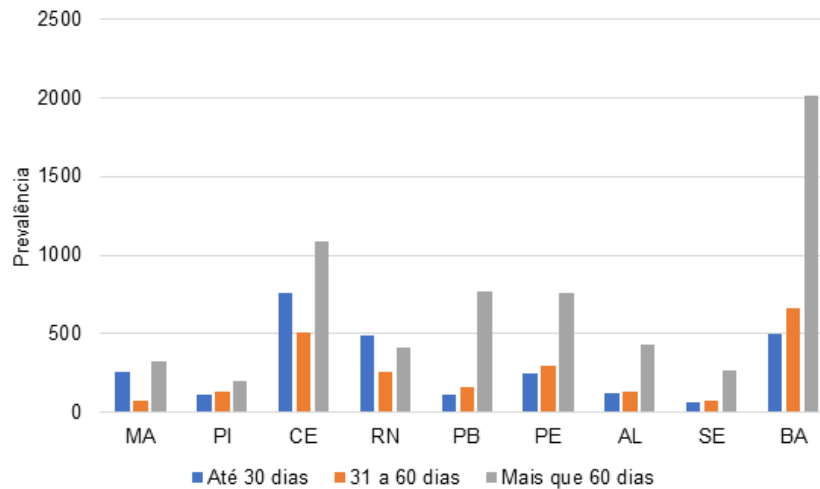
Para calcular a Variação Percentual Anual (VPA) das taxas, foi aplicada a regressão de Prais-Winsten, que prevê correção de autocorrelação de primeira ordem. A variável dependente foi o logaritmo das taxas, e a variável independente foram os anos da série histórica. O cálculo da variação percentual anual das taxas foi realizado com base nas fórmulas seguintes, como sugerido por Antunes e Waldman (1999). A análise foi realizada no programa Stata, versão 14.

### 3 RESULTADOS

Foram avaliados dados de prevalência de câncer bucal no período de 2015 a 2022 nos Estados do Nordeste brasileiro, por tempo de espera para início do tratamento.

Para o sexo masculino:

**Figura 1** – Tempo para início de tratamento para câncer bucal no período de 2015 a 2022 por Estado, para o sexo masculino. MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia.



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao se comparar os períodos de início de tratamento (Anova One Way – seguido de Tukey), verifica-se diferença estatisticamente significativa para o Estado do Maranhão no período de até 30 dias e de 31 a 60 dias ( $p < 0.05$ ) e 31 a 60 dias e mais que 60 dias ( $p < 0.05$ ), com maior média para o período de mais que 60 dias. Para o Estado do Ceará entre o período de 31 a 60 dias e mais que 60 dias ( $p < 0.05$ ). Rio Grande do Norte entre o período de até 30 dias e 31 a 60 dias ( $p < 0.05$ ). Paraíba, Pernambuco,

Alagoas, Sergipe e Bahia entre até 30 dias e mais que 60 dias ( $p<0.05$ ) e 31 a 60 dias e mais que 60 dias ( $p<0.05$ ). O Estado do Piauí **não deu diferença entre o tempo de atendimento. Verifica-se pela tabela 1 que o maior número de pacientes é atendido no tempo maior que 60 dias.**

Tabela 1 – Tempo para início de tratamento para câncer bucal/oral no período de 2015 a 2022 por Estado, para o sexo masculino. \*1=até 30 dias, 2= 31 a 60 dias, 3=mais que 60 dias para início do tratamento.

Ano	MA			PI			CE			RN			PB		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
2015	13	15	28	6	22	23	44	56	129	43	36	42	14	30	112
2016	17	11	48	13	23	21	60	69	128	47	33	42	8	39	84
2017	15	7	37	6	14	16	75	83	134	33	35	51	11	34	96
2018	33	13	40	18	17	30	114	58	178	72	33	55	23	15	117
2019	43	9	53	23	11	39	125	59	166	90	37	79	20	21	124
2020	47	6	75	11	21	33	156	80	154	73	30	82	18	5	137
2021	44	11	42	31	18	29	115	81	182	62	44	53	14	8	96
2022	44	4	6	9	2	5	74	18	14	66	8	7	8	4	5
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>76</b>	<b>329</b>	<b>117</b>	<b>128</b>	<b>196</b>	<b>763</b>	<b>504</b>	<b>1085</b>	<b>486</b>	<b>256</b>	<b>411</b>	<b>116</b>	<b>156</b>	<b>771</b>
Média	32,0	9,5	41,1	15,0	16,0	25,0	95,4	63,0	136,0	60,8	32,0	51,4	14,5	19,5	96,4
DP	14,7	3,7	19,9	8,8	6,9	11,0	37,9	21,3	53,6	18,7	10,5	23,5	5,5	13,7	40,7

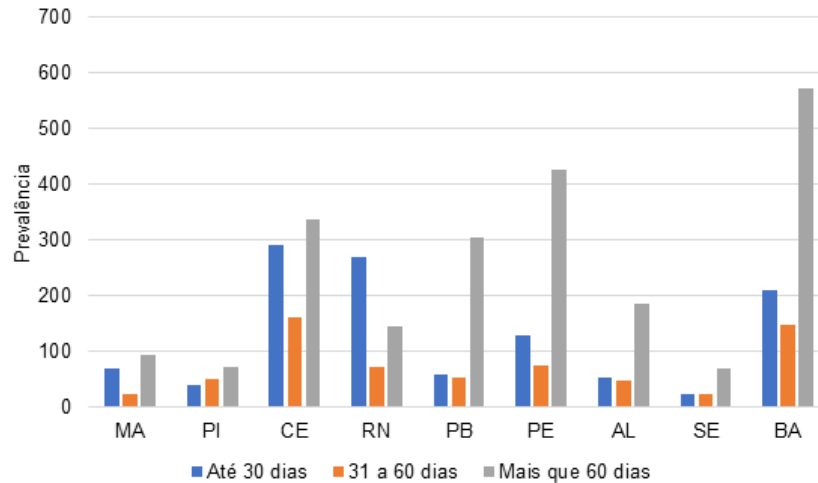
Ano	PE			AL			SE			BA		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
2015	23	44	243	10	19	69			6	43	48	198
2016	25	36	209	9	23	59	6	2	31	57	103	264
2017	23	38	219	8	17	57	5	8	51	49	97	254
2018	35	35	163	13	16	53	3	7	39	82	91	279
2019	59	39	175	22	18	50	8	14	37	79	95	333
2020	35	54	188	20	17	63	14	17	48	68	114	302
2021	38	43	221	25	15	69	19	23	55	80	85	347
2022	11	3	13	14	4	7	11	7	4	43	28	39
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>292</b>	<b>1431</b>	<b>121</b>	<b>129</b>	<b>427</b>	<b>66</b>	<b>78</b>	<b>271</b>	<b>501</b>	<b>661</b>	<b>2016</b>
Média	31,1	36,5	179,0	15,0	16,1	53,0	9,4	11,1	33,9	62,6	82,6	252,0
DP	14,3	14,8	72,0	6,4	5,5	20,0	5,6	7,2	19,5	16,7	29,3	98,0

MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia. DP: Desvio Padrão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para o sexo feminino:

**Figura 2** – Tempo para início de tratamento para câncer bucal/oral no período de 2015 a 2022 por Estado, para o sexo feminino. MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Sergipe; BA: Bahia.



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao se comparar os períodos de início de tratamento (Anova One Way – seguido de Tukey), verifica-se diferença estatisticamente significativa para o Estado do Maranhão no período de até 30 dias e de 31 a 60 dias ( $p < 0.05$ ). Para o Estado do Ceará entre o período de 31 a 60 dias e mais que 60 dias ( $p < 0.05$ ). Rio Grande do Norte entre o período de até 30 dias e 31 a 60 dias ( $p < 0.05$ ) **e até 30 dias com mais que 60 dias ( $p < 0.05$ )**. Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia entre até 30 dias e mais que 60 dias ( $p < 0.05$ ) e 31 a 60 dias e mais que 60 dias ( $p < 0.05$ ). O Estado do Piauí **não deu diferença entre o tempo de atendimento**. Verifica-se pela tabela 2 que o maior número de pacientes é atendido no tempo maior que 60 dias.

Tabela 2 – Tempo para início de tratamento para câncer bucal/oral no período de 2015 a 2022 por Estado, para o sexo feminino.\*1=até 30 dias, 2= 31 a 60 dias, 3=mais que 60 dias para início do tratamento MA: Maranhão; PI: Piauí; CE: Ceará; RN: Rio Grande do Norte; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; AL: Alagoas; SE: Segipe; BA: Bahia. DP: Desvio Padrão.

Ano	MA			PI			CE			RN			PB		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
2015	4	4	12	4	8	9	10	23	47	13	7	18	4	11	43
2016	4	2	14	1	5	7	17	19	44	13	15	14	8	13	26
2017	2	4	5	4	5	11	11	26	59	13	9	21	2	15	22
2018	6	0	8	7	2	13	44	21	40	50	7	25	6	6	63
2019	23	5	23	8	10	9	47	21	54	66	15	24	10	2	50
2020	20	1	11	4	3	11	64	24	42	37	5	21	9	4	52
2021	21	2	10	7	15	11	61	21	46	41	11	18	10	1	45
2022	16	4	1	5	2	1	37	7	5	36	2	4	9	0	3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>22</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>72</b>	<b>291</b>	<b>162</b>	<b>337</b>	<b>269</b>	<b>71</b>	<b>145</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>304</b>
Média	12	3	11	5	6	9	36	20	42	34	9	18	7	7	38
DP	8,8	1,7	6,5	2,3	4,5	3,7	21,6	5,8	16,3	19,5	4,6	6,7	2,9	5,8	19,5

Ano	PE			AL			SE			BA		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
2015	3	12	63	2	7	31			2	9	10	60
2016	10	8	72	4	13	29	0	3	11	16	18	54
2017	5	5	50	3	5	25	1	3	12	21	14	84
2018	23	6	58	11	12	29	2	2	14	33	33	79
2019	25	12	60	6	1	20	4	7	8	38	24	90
2020	29	17	65	9	7	27	6	4	11	47	22	102
2021	27	14	51	13	2	24	4	4	8	23	14	94
2022	8	0	7	4	1	0	5	0	2	24	13	10
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>74</b>	<b>426</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>185</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>68</b>	<b>211</b>	<b>148</b>	<b>573</b>
Média	16	9	53	7	6	23	3	3	9	26	19	72
DP	10,7	5,5	20,0	4,0	4,7	9,9	2,2	2,1	4,5	12,3	7,5	29,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram ainda avaliados a Variação Percentual Anual (VPA) para o início do tratamento de até 30 dias (ambos os sexos) e para mais que 60 dias (ambos os sexos). Verificou-se que para o início do tratamento até 30 dias a maioria permaneceu estacionária. Para o tempo mais que 60 dias para o início do tratamento o Estado de Pernambuco tem se mostrado de forma decrescente e os demais estacionária.



Tabela 3 – Variação Percentual Anual (VPA) e Intervalo de Confiança (IC) para início do atendimento oncológico nos Estados do Nordeste brasileiro, ambos os sexos, no período de 2015 a 2022

<b>Até 30 dias</b>		<b>VPA</b>		<b>IC</b>	
<b>Estados</b>	<b>2015-2022</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>tendência</b>	
Maranhão	24,23	0,08	0,43	crescente	
Piauí	13,58	0,03	0,25	crescente	
Ceará	13,00	-0,06	0,36	estacionária	
Rio Grande do Norte	11,81	-0,03	0,30	estacionária	
Paraíba	3,52	-0,10	0,19	estacionária	
Pernambuco	2,26	-0,21	0,32	estacionária	
Alagoas	15,82	0,03	0,30	crescente	
Sergipe	28,00	0,07	0,53	crescente	
Bahia	5,15	-0,09	0,21	estacionária	
<b>Mais que 60 dias</b>		<b>VPA</b>		<b>IC</b>	
<b>Estados</b>	<b>2015-2022</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>tendência</b>	
Maranhão	-14,20	-0,39	0,21	estacionária	
Piauí	-12,34	-0,35	0,19	estacionária	
Ceará	-8,95	-0,24	0,08	estacionária	
Rio Grande do Norte	-15,57	-0,41	0,21	estacionária	
Paraíba	-22,66	-0,50	0,19	estacionária	
Pernambuco	-6,57	-0,11	-0,01	decrecente	
Alagoas	-6,25	-0,13	0,01	estacionária	
Sergipe	-0,21	-0,31	0,45	estacionária	
Bahia	-7,05	-0,24	0,14	estacionária	

Fonte: Dados da pesquisa.

## 4 DISCUSSÃO

O câncer de boca e orofaringe é caracterizado por alta prevalência, mortalidade e baixos índices de sobrevida (WARNAKULASURIYA, 2009). No presente estudo, foram avaliados o tempo de atendimento a pacientes com câncer bucal na região do nordeste, sendo encontrado maior prevalência em

tratamento tardio. Na literatura, o momento do diagnóstico é o mais importante preditor de sobrevida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (JOHNSON *et al.*, 2010). Previsivelmente, um grande número de cânceres orais são diagnosticados tardiamente. O diagnóstico tardio aumenta o custo, causa invasividade, complica o tratamento e diminui a sobrevida e a qualidade de vida (WATSON *et al.*, 2009). Assim o tratamento imediato do paciente é importante para consequentemente haver uma redução de mortalidade e morbidade devido à doença (VAN DER DUSSEN, 1994).

O atraso no diagnóstico engloba tanto o atraso atribuído aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. Embora, o diagnóstico precoce seja a base da redução da mortalidade e ajude o diagnóstico do câncer nos estágios iniciais, é muito difícil determinar uma relação entre o atraso do paciente e o estágio da doença durante o diagnóstico (PAKRAVAN *et al.*, 2021). No presente estudo, foi observado que na maioria dos Estados avaliados a maior parte do tratamento se inicia com mais de 60 dias, podendo prejudicar o paciente.

Conforme a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida por meio da Portaria 874/2013, assim que realizado o diagnóstico de câncer, o paciente deve receber assistência de forma especializada e integral na unidade habilitada mais próxima, seja da rede UNACON ou CACON, visando oferecer o tratamento (QT, RT, cirúrgico), a reabilitação e os cuidados paliativos adequados, permitindo a continuidade do cuidado ao paciente (BRASIL, 2022b).

Outro fator a se considerado é a chegada do paciente ao atendimento especializado. No estudo de Lombardo e colaboradores (2014), os autores descrevem que no estudo realizado em Porto Alegre há fatores que dificultam ou atrasam a chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade, como falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção.

O atraso na identificação do câncer e ainda a demora para ser atendido no setor especializado é vastamente discutido na literatura, sendo apontado por desconhecimento do profissional e do próprio paciente, enfatizando a necessidade de campanhas que auxiliem na identificação do câncer bucal (BAISHYA *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2021). No presente estudo foi possível verificar que ao longo dos anos avaliados o atendimento tardio se mostra estacionário, não sendo reduzido com o passar dos anos. Contudo, não foi verificado, no presente estudo, se este atendimento tardio faz referência ao diagnóstico tardio.

Em relação ao perfil epidemiológico dos dados coletados dos participantes deste estudo revelou que a grande maioria dos pacientes é do sexo masculino, como demonstrado na literatura. Entretanto, para os dois sexos, tivemos resultados semelhantes sendo encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tempo de atendimento acima de 60 dias nos dois grupos, concluindo que, independente do sexo do paciente, houve um maior número de casos para o atendimento considerado tardio.

Há evidências na literatura que os homens foram mais diagnosticados com câncer de boca do que as mulheres, provavelmente por estarem mais expostos aos fatores de risco. Porém, o índice de mulheres acometidas por esta neoplasia vem aumentando ao longo dos anos, por elas estarem se expondo mais ao tabaco e ao álcool (MORO *et al.*, 2018). Do mesmo modo, Schneider e colaboradores (2014), que no seu estudo já correlacionava o modo de vida dos homens e a exposição ao tabaco

maior do que nas mulheres, e que as mulheres percebem os sintomas da doença com mais facilidade do que os homens, o que pode levá-las a procurar assistência médica mais cedo, resultando em diagnóstico mais precoce e melhoria da sobrevivência (SCHNEIDER *et al.*, 2014).

Este estudo trata-se de um estudo com dados secundários, de modo transversal, em que podemos caracterizar o momento atual da doença, não sendo encontrado diferenças estatisticamente entre os dados sócio demográficos analisados.

## 5 CONCLUSÃO

Os dados analisados mostraram maior prevalência do câncer bucal no sexo masculino. A maioria dos pacientes tem início do tratamento após 60 dias de diagnóstico. Ao verificar o tempo de tratamento dos pacientes ao longo dos anos, verifica-se tendência estacionário para a maioria dos Estudos avaliados.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R.C. *et al.* Tendências de mortalidade por câncer bucal no Brasil por regiões e principais fatores de risco. **Rev Bras Cancerol**, v. 68, n. 2, e-081877, 2022.

ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A. Tuberculosis in the twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brazil, 1900-97. **Cad Saúde Públ**, v. 15, n.3, p.463-476, 1999.

BAISHYA, N. *et al.* A pilot study on factors associated with presentation delay in patients affected with head and neck cancers. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 16, n. 11, p. 4715-4718, 2015.

BARROS-SILVA, P.G. *et al.* Clinical-pathological and sociodemographic factors associated with the distant metastasis and overall survival of oral cavity and oropharynx squamous cell carcinoma. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 25, n. 3, p. e375-e382, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Brasília, DF: MS, 2022a. Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def). Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle. **Oncologia: Manual de bases técnicas**. 30. ed. Brasília: MS. 2022b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-de-bases-tecnicas-da-oncologia-sia-sus>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o estatuto da pessoa com câncer e dá outras providências.** Brasília: SG. 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm). Acesso em: 6 fev. 2023.

CAMPOS, F. *et al.* Manifestações bucais decorrentes da quimioterapia em crianças. **Rev Campo Saber**, v. 4, n. 5, p. 136-149, 2018.

CARDOSO, M.C.A.C. *et al.* Perfil de mortalidade por leucemias mieloide e linfóide no Brasil: 2000 a 2018. **Braz J Develop**, v. 8, n. 3, p. 22033-22046, 2022.

GÓMEZ, I. *et al.* Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis**, v. 16, n. 4, p. 333-342, 2010.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de boca.** Brasília, DF: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/boca>. Acesso em: 6 fev. 2023.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2020: incidência do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 6 out. 2022.

JOHNSON, S. *et al.* Socio-economic factors and stage at presentation of head and neck cancer patients in Ottawa, Canada: A logistic regression analysis. **Oral Oncol**, v. 46, n. 5, p. 366-368, 2010.

LIMA, A.M. *et al.* Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 26, n. 6, p.e815-e824, 2021.

LOMBARDO, E.M. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciêñ Saúde Col**, v. 19, n. 4, p. 1223-1232, 2014.

MORO, J. S. *et al.* Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevida. **Albert Einstein**, v. 16, n. 2, p. E404248, 2018.

NEAL, R.D. *et al.* Patient-reported measurement of time to diagnosis in cancer: development of the Cancer Symptom Interval Measure (C-SIM) and randomised controlled trial of method of delivery. **BMC Health Serv Res**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde. **Câncer. Folha informativa.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 6 fev. 2022.

PAKRAVAN, F. *et al.* Relationship between oral cancer stage and elapsed time from the onset of signs and symptoms to diagnosis and treatment. **Cancer Treat Res Commun**, n. 28, p. 100428, 2021.

SBCO - Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. **Diferenças entre CACON X UNACON**. Rio de Janeiro: SBCO. 2021. Disponível em: <https://sbco.org.br/diferencas-cacom-unacom/>. Acesso em: 6 out. 2022.

SCHNEIDER, I.J. *et al.* Survival rates of patients with cancer of the lip, mouth and pharynx: a cohort study of 10 years. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. 3, p. 680-691, 2014.

SPEZZIA, S. Mucosite oral em pacientes cancerosos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev Ciên Odontol**, v. 4, n. 1, p. 36-40, 2020.

VAN DER DUSSEN *et al.* Oral cancer. The importance of early diagnosis and role of the dentist. **Rev Belge Med Dent**, v. 49, n. 1, p. 35-49, 1994.

VELTEN, D.B. *et al.* Prevalence of oral manifestations in children and adolescents with cancer submitted to chemotherapy. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, p.1-6, 2017.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol**, v. 45, n. 4-5, p. 309-16, 2009.

WATSON, J.M. *et al.* Factors associated with early-stage diagnosis of oral and pharyngeal cancer. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 4, p. 333-341, 2009.

---

**Recebido em:** 9 de Novembro de 2022

**Avaliado em:** 18 de Fevereiro de 2023

**Aceito em:** 9 de Maio de 2023

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Odontóloga, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe – (PRODONTO) – UFS.

E-mail: [beatrizpereira11@academico.ufs.br](mailto:beatrizpereira11@academico.ufs.br)

2 Odontóloga, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe (PRODONTO) – UFS. E-mail: [nayne@academico.ufs.br](mailto:nayne@academico.ufs.br)

3 Odontóloga, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe (PRODONTO) – UFS.

E-mail: [tatianevsouto@academico.ufs.br](mailto:tatianevsouto@academico.ufs.br)

4 Odontólogo, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe (PRODONTO) – UFS. E-mail: [victinho27@academico.ufs.br](mailto:victinho27@academico.ufs.br)

5 Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Sergipe – UFS; Odontóloga e Tecnóloga em Processamento de Dados. ORCID: 0000-0002-9191-0960. E-mail: [amaralre@yahoo.com.br](mailto:amaralre@yahoo.com.br)

Copyright (c) 2023 Revista Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

