

Características epidemiológicas do câncer oral no estado do Acre**Epidemiological characteristics of oral cancer in the state of Acre**

DOI:10.34117/bjdv6n10-462

Recebimento dos originais: 22/09/2020

Aceitação para publicação: 22/10/2020

Henrique Viana Xavier

Bacharelado em medicina

Universidade Federal do Acre - UFAC

Hospital de Urgência e Emergência e Pronto Socorro João Paulo II

Endereço: Av. Campos Sales, 4295 - Nova Floresta, Porto Velho - RO, CEP:76807-005

Email: henriquevx0@gmail.com

Auryane Laneska Gonçalves Rodrigues

Mestra em Ciências

Inovação e Tecnologia da Amazônia pela Universidade Federal do Acre-UFAC

Futura

Avenida Presidente Vargas, nº315 BL 1 AP 304, São Paulo, CEP:96202336, Rio Grande, Rio

Grande do Sul, Brasil

Email: auryanne.2012@gmail.com

Luiz Henrique Paranhos Tourinho

Bacharelado em medicina

Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Unidade de Pronto Atendimento Zaira

Avenida Washington Luiz, 1952 – Bairro Vila Magini, Mauá - SP

Email: luizhtourinho@hotmail.com

Clemeson Silva de Souza

Doutorando em Produção Vegetal

Universidade Federal do Acre-UFAC

Centro de Ciências Biológicas e da Natureza (CCBN), Universidade Federal do Acre, 69915-000,

Rio Branco-AC, Brazil

Email: clemesonsouza12@hotmail.com

RESUMO

O câncer de cavidade oral é considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O conhecimento do perfil epidemiológico do câncer oral é altamente relevante, pois permite, entre outras coisas, a compreensão da magnitude da morbidade da população, além de auxiliar na formulação de políticas públicas para a prevenção e controle dessa enfermidade. O objetivo desse estudo foi descrever o perfil clínico e epidemiológico de indivíduos diagnosticados com câncer oral atendidos no Hospital do Câncer de Rio Branco, Acre, no período de 1998 a 2017. Foram coletados dados de prontuários de 181 pacientes. As variáveis estudadas foram: sexo, raça, escolaridade, idade do diagnóstico, estado civil, tabagismo, etilista, localização anatômica da lesão, tempo de evolução, diagnóstico e tempo de sobrevida. Pessoas do sexo masculino (74,03%), raça parda (54,14%), adultos (60,77%) e idosos (32,04%) e com baixo nível de escolaridade foram as mais prevalentes. O tempo de evolução mais recorrente foi de 1,9 anos (frequência de 40,40%). A laringe (31,4%) e a língua (12,71%) foram os locais com maior prevalência e o carcinoma espinocelular foi o diagnóstico de

maior ocorrência (43,65% dos casos). No Acre, o câncer oral tem sido diagnosticado tardiamente e tem acometido majoritariamente os homens adultos ou idosos. Pessoas de raça parda e de baixa escolaridade são as mais afetadas.

Palavras-chave: neoplasia, bucal, carcinoma.

ABSTRACT

The oral cavity cancer is considered a public health problem in Brazil and worldwide. Knowledge of the epidemiological profile of oral cancer is highly relevant, as it allows, among other things, the understanding of the magnitude of the population's morbidity, in addition to assisting in the formulation of public policies for the prevention and control of this disease. The aim of this study was to describe the clinical and epidemiological profile of individuals diagnosed with oral cancer seen at the Rio Branco Cancer Hospital, Acre, from 1998 to 2017. Data were collected from medical records of 181 patients. The variables studied were: sex, race, education, age at diagnosis, marital status, smoking, alcoholic, anatomical location of the lesion, time of evolution, diagnosis and time of survival. Male (74.03%), mixed race (54.14%), adults (60.77%) and elderly (32.04%) people with low education levels were the most prevalent. The most recurrent evolution time was 1.9 years (frequency 40.40%). The larynx (31.4%) and the tongue (12.71%) were the most prevalent sites and squamous cell carcinoma was the most frequent diagnosis (43.65% of cases). In Acre, oral cancer has been diagnosed late and has mostly affected adult or elderly men. People of mixed race and low schooling are the most affected.

Keywords: neoplasm, buccal, carcinoma

1 INTRODUÇÃO

O câncer oral é uma patologia crônica não transmissível, a qual ocupa a quinta posição de neoplasias malignas no mundo e a quinta causa de morte para homens e a 11^a causa para mulheres no Brasil. No ano de 2012 foram diagnosticados 14.170 casos, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres (BRASIL, 2015). Esta neoplasia acomete principalmente indivíduos do sexo masculino a partir da quinta década de vida e na sua maioria de etnia caucasiana (DEVITIS et al. 2004; DAHER et al, 2008).

O câncer oral pode ser classificado em dois grandes grupos: carcinoma epidermóide e não-epidermóide. O primeiro é o responsável por mais de 90% dos casos de tumores orais e se subdividem em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado (ALVARENGA, 2008). Essa classificação no interior desse grupo está intimamente relacionada à eficácia ou mesmo a cura do paciente. Dessa forma é imprescindível um diagnóstico prematuro. Contudo, tumores no estágio inicial encontram-se na maior parte das vezes assintomáticos, evitando que o tratamento seja realizado no momento em que as chances de recuperação são maiores (SANTOS et al., 2010).

Diversos são os fatores de risco para o desenvolvimento Câncer Oral. Dentre eles, o tabagismo e o etilismo são causas etiológicas presentes na maioria dos pacientes diagnosticados com câncer oral. Cerca de 90% dos indivíduos portadores de carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço fazem

uso contínuo do tabaco (GALBIATTI et al., 2013). A ingestão de álcool, a quantidade e o tipo de bebida influenciam na metaplasia dos tecidos orais e esses fatores são determinantes no efeito diferenciador da célula, promovendo o aumento do número de casos de câncer potencialmente malignos. Outros fatores de risco secundários são: idade, exposição profissional, hábitos de higiene oral, irritação crônica dos tecidos orais, fatores nutricionais, estados de imunodeficiência, histórico familiar, baixo índice de massa corporal e infecções virais (GALBIATTI et al., 2013).

Infecções causadas por alguns tipos de vírus como, o papilomavírus humano (HPV) e o vírus Epstein-Barr (EBV) também estão associadas ao desenvolvimento de câncer de boca na população. Os vírus HPV-16 e HPV-18 demonstram ter grande tropismo por mucosa oral e genital, sendo isso um forte indicativo de transmissão orogenital. Essas duas classes apresentam alto potencial carcinogênico, sendo importantes como fatores envolvidos nos casos de câncer oral (GALBIATTI et al., 2013).

O conhecimento mais amplo sobre o câncer oral é necessário, pois permite que os indivíduos tenham diagnóstico mais precoce, preciso e rápido para serem encaminhados aos centros de tratamento especializado. Além disso, pacientes que tem lesões detectadas no início do surgimento da doença, sendo o tumor ainda pequeno, a taxa de sobrevivência pode ser aumentada e a mortalidade e morbidade reduzidas (Moro et al., 2018).

Pesquisas sobre o câncer de boca são de grande valia para o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito municipal, estadual e federal, no desenvolvimento e divulgação do tratamento, bem como de sua assistência terapêutica. Fazer a epidemiologia do câncer oral é de suma importância, pois contribui com os sistemas de vigilância, facilitando a compreensão da magnitude da morbidade que a população está sofrendo (BRASIL, 2015). As fontes usuais para a obtenção de dados da morbidade por câncer são os inquéritos epidemiológicos, os registros hospitalares de câncer e os registros de câncer de base populacional (Volkweis et al., 2014).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral tratados no Hospital do Câncer, integrada a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco, Acre, no período de 1998 a 2017.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, em que foram coletados dados de prontuários arquivados na UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) ou Hospital do Câncer, integrada a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco, Acre.

A população estudada foi composta por 181 pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não na UNACON, no período de 1998 a 2017. O laudo histopatológico foi considerado padrão ouro na confirmação do diagnóstico de câncer de boca. A pesquisa foi realizada entre agosto de 2017 a julho de 2018.

As variáveis estudadas foram: sexo, raça, escolaridade, idade do diagnóstico, estado civil, tabagismo, etilista, localização anatômica da lesão, tempo de evolução, diagnóstico e tempo de sobrevivência. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com auxílio do programa estatístico SISVAR[®] versão 5.6 (FERREIRA, 2011). A existência de associação entre as características de cada variável qualitativa foi avaliada pelo teste do qui-quadrado com 95% de confiança no programa PAST.exe[®] (*executable*), versão 2.17.

O estudo foi executado seguindo os princípios da bioética conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça foram totalmente seguidos. Respeitamos os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes, assegurando a privacidade e confidencialidade dos prontuários. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois as informações colhidas eram obtidas de prontuários de seres humanos. Entretanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado, visto que o estudo obtém dados secundários e teve o compromisso de manter o sigilo sobre todas as informações levantadas.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 181 prontuários, sendo 175 em situação ativa e 6 em óbito. A idade média dos pacientes era 56,3 anos e a variação da idade de 96 ± 4 anos. A distribuição dos pacientes por naturalidade está exposta na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com sua naturalidade.

CIDADE/ESTADO	Nº	CIDADE/ESTADO	Nº
ALENQUER/PA	1	IPIXUMA/AM	3
ALTO SANTO/CE	1	IVAIPORA/PR	1
ALVORADA DO SUL/PR	1	JACARACI/BA	1
B. DE SÃO FRANCISCO/ES	1	LABREA/AM	3
BATATAIS/SP	1	LIMOEIRO DO NORTE/CE	1
BOCA DO ACRE/AM	10	MANAUS/AM	1
BOLÍVIA	1	MANCIO LIMA/AC	4
BRASILEIA/AC	9	MANOEL URBANO/AC	1

BRASILIA DE MINAS/MG	1	MARECHAL THAUMATURGO/AC	1
CAPIXABA/AC	1	MIGUEL ALVES/PI	1
CLEVELÂNDIA/PR	1	MONTE AZUL/MG	1
COMENDADOR GOMES/MG	1	NOVA PRATA/RS	1
COTAPATA/BOLÍVIA	1	PELOTAS/RS	1
CRUZEIRO DO SUL/AC	18	PLACIDO DE CASTRO / AC	4
ENVIRA/AM	2	PORTO WALTER/AC	1
ESTADO DO ACRE	3	PRESIDENTE PRUDENTE/SP	1
ESTADO DO AMAZONAS	1	RIO BRANCO/AC	55
ESTADO DO PARÁ	1	RODRIGUES ALVES/AC	1
FEIJO/AC	9	SENA MADUREIRA/AC	13
FORTALEZA/CE	2	SENADOR GUIOMARD/AC	1
GEBERI/RS	1	TARAUACA/AC	6
GRANJA/CE	1	TUOUNDURA/RS	1
GUARATINGA/BA	2	UMBURATIBA/MG	1
IAVINIA/SP	1	XAPURI/AC	5
INVIRA/AM	1	-	-

Nº: número de casos por cidade.

Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

Dentre o rol de prontuários avaliados, havia pacientes naturais de diversas cidades do Brasil, sendo os de Rio Branco-AC com maior (30,39% dos casos) prevalência de acometimento pelo câncer oral. Os pacientes com naturalidade de Cruzeiro do Sul/AC, Sena Madureira/AC e Boca do Acre/AM compuseram 9,94%, 7,18% e 5,52% dos casos, respectivamente. A soma dos pacientes destas três localidades com os naturais de Rio Branco-AC perfizeram mais da metade dos prontuários.

A Tabela 2 apresenta as variáveis sociodemográficas dos prontuários avaliados no presente estudo, onde pessoas do sexo masculino, raça parda e com baixo nível de escolaridade foram as mais prevalentes. As variáveis que apresentaram diferença significativa pelo teste qui-quadrado foram raça ($p < 0,05$) e idade do diagnóstico ($p < 0,01$), mostrando que o câncer oral teve maior prevalência em pacientes cuja raça era parda (54,14%) e cujas faixas etárias foram adultos (60,77%) e idosos (32,04%).

Apesar de não ter sido verificado significância na variável tabagismo ($p > 0,05$), observou-se que mais da metade (52,49%) dos pacientes eram fumantes e que quatro dos seis óbitos faziam uso do tabaco. Uma observação interessante na variável é que o menor índice de pacientes acometidos pelo câncer oral foi verificado nos ex-tabagistas. Ressalta-se que o tabagismo esteve presente em

indivíduos que fumaram por menos de 10 anos, de 10 a 15 anos, de 15 a 20 anos, de 20 a 30 anos e de 30 a 40 ou mais anos. O tempo médio de prática direta do tabagismo foi de $34 \pm 17,1$ anos.

O etilismo esteve presente em 27,62 % (n=50) dos casos, ausente em 45,86% (n=83), ex-etilista 4,42% (n=8) e não informado em 22,10% (n=40). O tempo médio de prática direta do etilismo foi de $28,1 \pm 16,4$ anos.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas dos Pacientes encaminhados para tratamento de neoplasia maligna oral do Hospital das Clínicas de Rio Branco-AC, no período de 1998 a 2017.

Variáveis	Total		Ativo		Óbito		P-VALOR
	N	%	N	%	N	%	
SEXO							
FEMININO	47	25,97	43	23,76	4	2,21	0,370
MASCULINO	134	74,03	132	72,93	2	1,10	
RAÇA							
BRANCO	22	12,15	21	11,60	1	0,55	0,020
NEGRO	11	6,08	10	5,52	1	0,55	
PARDO	98	54,14	94	51,93	4	2,21	
NÃO SE APLICA	50	27,62	50	27,62	0	0,00	
ESCOLARIDADE							
ALFABETIZADO	3	1,66	3	1,66	0	0,00	0,816
ANALFABETO	26	14,36	25	13,81	1	0,55	
ENSINO FUNDAMENTAL	35	19,34	34	18,78	1	0,55	
ENSINO F. INCOMPLETO	18	9,94	16	8,84	2	1,10	
ENSINO MEDIO	16	8,84	15	8,29	1	0,55	
ENSINO M. INCOMPLETO	3	1,66	3	1,66	0	0,00	
ENSINO SUPERIOR	6	3,31	6	3,31	0	0,00	
ENSINO S. INCOMPLETO	1	0,55	1	0,55	0	0,00	
MAGISTERIO	1	0,55	1	0,55	0	0,00	
NÃO SE APLICA	72	39,78	71	39,23	1	0,55	
IDADE DO DIAGNOSTICO							
CRIANÇA/JOVEM	1	0,55	1	0,55	0	0,00	0,004
JOVEM	8	4,42	8	4,42	0	0,00	
ADULTO	110	60,77	110	60,77	0	0,00	
IDOSOS	58	32,04	53	29,28	5	2,76	
NÃO SE APLICA	4	2,21	3	1,66	1	0,55	

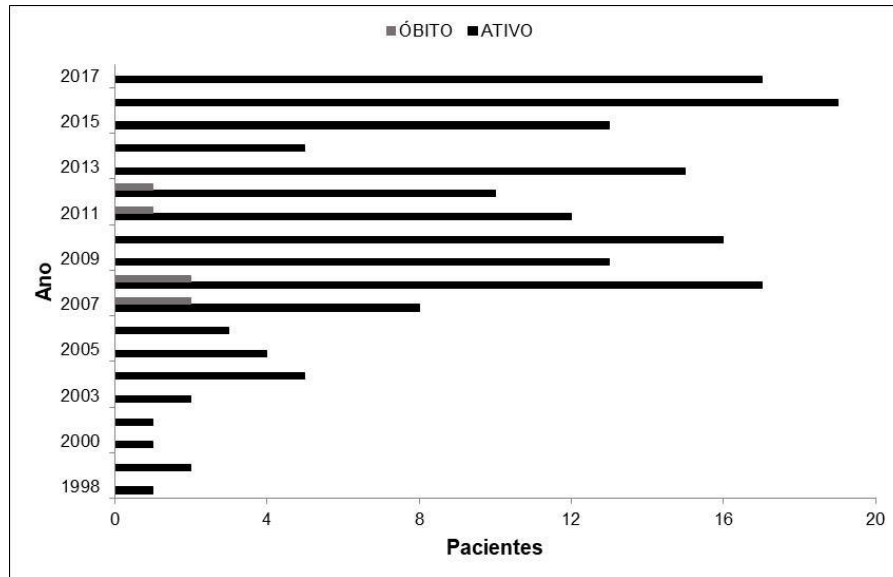
ESTADO CIVIL							
SOLTEIRO	42	23,20	40	22,10	2	1,10	
CASADO	82	45,30	78	43,09	4	2,21	
DIVORCIADO/SEPARADO	10	5,52	10	5,52	0	0,00	0,583
VIUVO	14	7,73	14	7,73	0	0,00	
NÃO SE APLICA	33	18,23	33	18,23	0	0,00	
TABAGISMO							
SIM	95	52,49	91	50,28	4	2,21	
NÃO	50	27,62	49	27,07	1	0,55	0,885
EX-TABAGISTA	4	2,21	4	2,21	0	0,00	
NÃO SE APLICA	32	17,68	31	17,13	1	0,55	
ETILISTA							
SIM	50	27,62	46	25,41	4	2,21	
NÃO	83	45,86	82	45,30	1	0,55	0,177
EX-ETILISTA	8	4,42	8	4,42	0	0,00	
NÃO SE APLICA	40	22,10	39	21,55	1	0,55	

Nº: número de casos por cidade. %: percentual. P-valor: Teste qui-quadrado

Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

A distribuição de casos de câncer oral por ano (figura 1) foi mais evidente em 2016. Ressalta-se, que 16 pacientes estavam sem informações no prontuário, os quais foram classificados como não se aplica. Portanto, se o prontuário de tais pacientes tivesse a informação exata de quando o câncer oral foi diagnosticado, a distribuição de casos por ano poderia ser alterada. De um ponto de vista abrangente, os exames anatomopatológicos positivos para câncer oral foram oscilantes entre os anos em que os dados foram coletados. Nos anos iniciais, de 1998 a 2006, a incidência foi baixa (indo de um a cinco casos por ano), comparado aos anos de maior ocorrência, cujo número de casos chegou a ser superior a 15 indivíduos. Dos seis prontuários de pacientes que foram óbito, quatro ocorreram em 2007 e 2008 (dois em cada ano) e dois em 2011 e 2012 (um em cada ano).

Figura 1. Distribuição de casos de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.



Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

Em relação ao diagnóstico verificou-se grande variação, totalizando 29 tipos distintos. Dentre os mais predominantes, o carcinoma espinocelular foi constatado em 43,65% (N = 78) dos casos (tabela 3), com variação do grau indo de I a III sendo o mais preeminente o grau II. Outro diagnóstico bastante frequente foi o de carcinoma epidermóide (22,65%). No que se refere à localização das lesões, a laringe foi o sítio com maior prevalência (31,4%) seguida da língua com 12,71% dos casos (Tabela 4).

Tabela 3. Diagnóstico dos pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

Diagnóstico	N	%
Adenocarcinoma	1	0,55
Adenoma pleomórfico	3	1,66
Ameloblastoma	2	1,10
Câncer de laringe	1	0,55
Carcinoma adenoide cístico	6	3,31
Carcinoma basocelular	2	1,10
Carcinoma bem diferenciado	1	0,55
Carcinoma de células escamosas	2	1,10
Carcinoma de "pequenas células"	1	0,55

Carcinoma epidermóide	41	22,65
Carcinoma escamocelular invasivo	4	2,21
Carcinoma escamoso	4	2,21
Carcinoma espinocelular	79	43,65
Carcinoma mucoepidermoide	6	3,31
Carcinoma pouco diferenciado	3	1,66
Craniofaringioma supraselar	1	0,55
D- displasia epiltelial	1	0,55
Leucoplasia verrucosa	1	0,55
Linfoma não hodgkin de células b	2	1,10
Lipoma	1	0,55
Neoplasia de células basaloídes	1	0,55
Neoplasia difusa fusocelular	2	1,10
Neoplasia epitelial	3	1,66
Neoplasia intraepitelial	1	0,55
Neoplasia maligna difusa	2	1,10
Neoplasia mesenquimal	3	1,66
Neoplasia mista	2	1,10
Papiloma amigdaliano	1	0,55
Tumor misto	1	0,55
Não se aplica	3	1,66

Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

Tabela 4. Localização anatômica das lesões dos Pacientes encaminhados para tratamento de neoplasia maligna oral do Hospital das Clínicas de Rio Branco-AC, no período de 1998 a 2017.

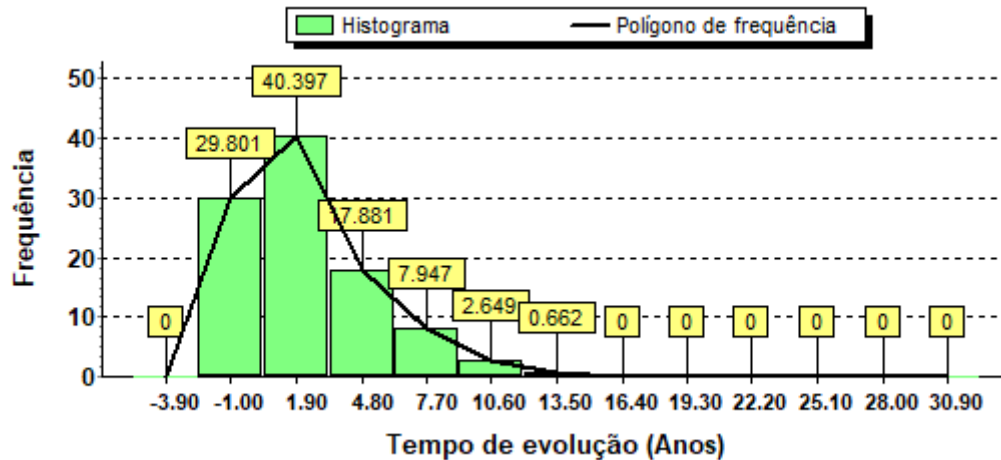
Localização	N	%	Localização	N	%
Amígdala	9	4,97	Maxila	4	2,21
Assoalho da boca	3	1,66	Mucosa gengival	2	1,10
Base da língua e supraglote	1	0,55	Mucosa oral	1	0,55
Boca	2	1,10	Nasofaringe	2	1,10
Cavidade oral	1	0,55	Orofaringe	12	6,63
Comissura labial	1	0,55	Palato	2	1,10
Cordas vocais	1	0,55	Palato duro	3	1,66

Epicentro em antro de maxila	1	0,55	Palato mole	3	1,66
Epiglote	2	1,10	Parotida	9	4,97
Faringe	5	2,76	Prega vocal	7	3,87
Glandula parótida	2	1,10	Processo zigomatico e maxila	1	0,55
Glandula salivar	4	2,21	Rebordo alveolar e assoalho bucal	1	0,55
Glandula submandibular	3	1,66	Região retromalar	2	1,10
Glote	3	1,66	Seio maxilar	1	0,55
Hipofaringe	1	0,55	Seio maxilar/etmoidal	1	0,55
Lábio inferior	1	0,55	Submandíbula	1	0,55
Lábio superior	2	1,10	Sulco gengival	1	0,55
Laringe	57	31,49	Tonsila palatina e base da língua	1	0,55
Linfonodo submandibular	1	0,55	Tonsila palatina e palato mole	1	0,55
Língua	23	12,71	Úvula	1	0,55
Mandíbula	2	1,10	-	-	-

Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

O tempo de evolução das lesões deixou de ser registrado em 31 prontuários (17,13 %). Nos demais pacientes cuja informação estava disponível, o tempo de evolução mais recorrente foi de 1,9 anos (frequência de 40,40%). Observou-se que 29,80% dos pacientes informaram que perceberam a lesão com menos de um ano de evolução. Destaca-se que um número expressivo (29,80%) de pacientes só notou a lesão do câncer oral com mais de dois anos antes de procurar ajuda profissional (Figura 2).

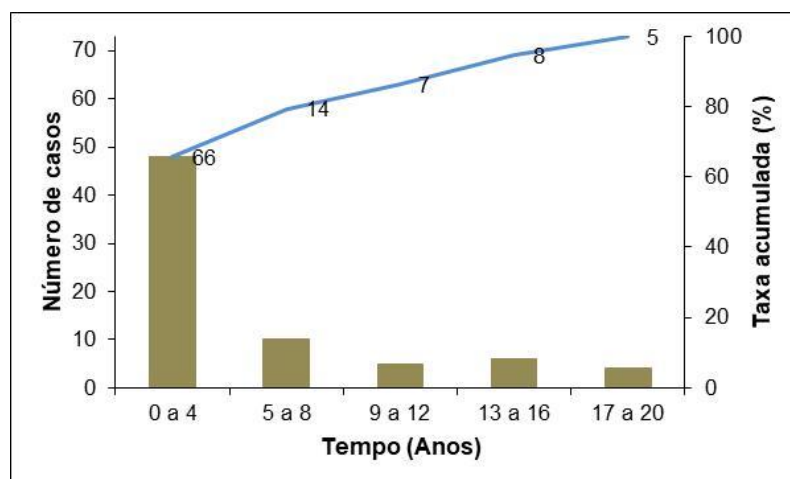
Figura 2. Tempo de evolução dos casos de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.



Fonte: prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

Quanto ao tempo de sobrevida, somente 73 pacientes foram incluídos na análise por apresentarem tal informação nos prontuários. A diminuição no número de amostral analisados nessa variável ocorreu em função dos pacientes que tiveram alta ou foram realizar tratamento em outro estado (N = 104). Além destes, outros quatro não tinha informação em seus prontuários. Salienta-se que a análise do tempo de sobrevida foi baseada considerando a data do diagnóstico histopatológico até o momento em que os dados foram coletados. A maioria dos pacientes (66%) estava com tempo de sobrevida entre 0 a 4 anos (Figura 3). Após este período o número de pacientes que estavam com tempo de sobrevida no intervalo de 5 a 8 anos, 9 a 12 anos, 13 a 16 anos e 17 a 20 anos caiu drasticamente, chegando a 14%, 7%, 8% e 5%, respectivamente.

Figura 3. Tempo de sobrevida de 73 pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.



Fonte: Prontuários de pacientes diagnosticados com exame anatomopatológico de câncer oral, tratados ou não no Hospital do Câncer no período de 1998 a 2017, integrados a estrutura do Hospital das Clínicas no município de Rio Branco-AC.

4 DISCUSSÃO

No câncer oral a lesões são perceptíveis, porém o diagnóstico inicial pode se tornar difícil devido a escassez de sintomas, fazendo com que a maioria das pessoas se recusem a aceitar ou até mesmo acreditar que a doença não existe, se negando a fazer tratamento no início da doença, elevando as chances de morte (SILVA et al. 2009; SANTOS et al. 2010; OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS et al., 2012).

Segundo Costa et al (2005), a incidência de câncer oral no Brasil se difere de acordo com a região, isso se deve a diferenciação nos locais que possuem prevalência nos fatores de risco como álcool, dieta, genética e tabaco.

Em relação ao sexo, os valores observados nessa pesquisa estão relacionados aos de outros estudos, os quais apresentaram maior ocorrência no sexo masculino. Embora tenha mostrado predominância de casos no sexo masculino os dados avaliados não apresentaram diferença significativa com base no teste de qui-quadrado. No que se refere ao período da vida, a idade de diagnóstico mais recorrentes relatada no nosso levantamento foi entre adultos e idosos, corroborando com a maioria das pesquisas, as quais relataram que há um aumento considerável de casos de câncer oral em pacientes dentro da sexta década de vida (MELO et al., 2010; CARVALHO et al., 2012; TORRES et al., 2012).

Os pacientes que se declararam pardos foram os mais acometidos pela doença, o que não é comumente observado, haja vista que a raça mais agredida pelo câncer oral são aqueles indivíduos declarados brancos (SANTOS et al., 2015). Essa variação pode ser devido à população do Estado do Acre ser formada em sua grande maioria por indivíduos autodeclarados pardos em relação às demais raças.

No que tange ao nível de escolaridade, as maiores incidências estavam entre as pessoas com baixo índice de escolaridade. Normalmente, pessoas com baixo nível de escolaridade tem pouco acesso a informações sobre a doença e, conseqüentemente, estão associadas com a precariedade na assistência de saúde, realização de higiene inadequada e níveis socioeconômicos baixos (SANTOS et al., 2015; ARAUJO et al., 2008). Ressalta-se que a falta de informação da população geral e dos profissionais de saúde sobre a prevenção dessa neoplasia, principalmente em indivíduos expostos a fatores de risco, atrasa o diagnóstico. Isso diminui a eficácia do tratamento e aumenta a gravidade das sequelas secundárias a ele, principalmente relacionadas à deglutição e à fonação, além de elevar os índices de mortalidade (SCHEUFEN et al., 2011).

Em relação ao tabagismo observou-se que mais da metade (52.4%) dos pacientes com câncer oral eram fumantes ativos, mostrando que o tabagismo favorece o surgimento de lesões cancerosas na região oral. Muitos relatos reforçam que o ato de fumar é um fator de grande risco, a qual contribui

para o desenvolvimento de muitas doenças incluindo o câncer oral (ANTUNES et al., 2013; KHANDEKAR1, 2006; SANTOS et al., 2015; BATISTA et al., 2008).

Outro fator de alto risco é o alcoolismo, já que o consumo exacerbado de álcool prejudica o prognóstico do câncer bucal. Comumente, indivíduos que tem câncer oral estão relacionados ao elevado consumo de bebidas alcoólicas (GOUVEI et al., 2010; SILVA et al., 2009). Contraditoriamente, o levantamento da presente pesquisa mostrou a maior predominância de pacientes (45,8%) tratados no hospital de câncer do Acre não faziam uso de bebidas alcoólicas.

Em relação a localização, no presente estudo verificou-se maior prevalência na laringe, seguido da língua. Autores relatam que a localização na língua é bem recorrente entre casos de câncer oral (ABDO et al 2007; DAHER et al. 2008). De acordo com Zavras et al. (2001), os sítios anatômicos de prevalência elevada são o lábio inferior, a borda da língua e o assoalho bucal.

A maioria dos pacientes demora a perceber a lesão e procurar ajuda profissional. Com base nos portuários que apresentaram informação acerca do tempo de evolução, verificou-se que a grande maioria dos pacientes constatou a injúria com mais de um ano para dar início ao tratamento. Embora as informações sobre o tempo de evolução das lesões sejam escassas em estudos desta natureza, constatou-se que os pacientes com câncer oral tratados na UNACON foram, na grande maioria dos casos, tardios na identificação da lesão, pois o tempo médio que os pacientes com câncer bucal demoram a procurar cuidados profissionais varia de 3 a 5 meses (TORRES et al., 2016). É consenso na literatura que pacientes diagnosticados em estágio tardio da doença têm maiores índices de mortalidade (BONFANTE et al., 2014). As causas mais importantes no atraso do diagnóstico são a evolução inicial sem sintomatologia, o reduzido conhecimento sobre a doença entre pacientes e profissionais, o medo do diagnóstico e as dificuldades ao acesso médico (SCHEUFEN et al., 2011).

O carcinoma epidermóide oral é responsável pela maioria dos casos de câncer oral apresentando assim taxas de incidência de 12,8 e 7,5/100.000 em homens mulheres, respectivamente (VARSHITHA, 2015; SADIQ et al., 2015). Contraditoriamente ao que é verificado em outras pesquisas, nosso estudo observou que o diagnóstico de maior incidência nos pacientes tratados na UNACON é o carcinoma espinocelular (43,65%). No entanto, diagnóstico por carcinoma epidermóide também foi expressivamente frequente, constado em 41 pacientes (22,65%).

5 CONCLUSÕES

No Acre, o câncer oral acomete majoritariamente os homens, os adultos e idosos, pessoas com baixo nível de escolaridade e os autodeclarados pardos. O consumo de tabaco é uma característica de maior ocorrência relacionada aos hábitos de vida dos indivíduos com câncer oral. Por outro, o alcoolismos não é predominante entre a maioria dos pacientes, no entanto, é um habito que não pode

ser negligenciável. A laringe e a língua são os lugares de maior predominância de câncer oral nos pacientes tratados na UNACOM e o carcinoma espinocelular é o que apresenta maior prevalência. Os resultados deste estudo ressaltam a importância de ampliação do conhecimento da população sobre a possibilidade de cura ao diagnosticar o câncer oral no estágio inicial.

REFERÊNCIAS

- ABDO E. N., A.GARROCHO A. A., BARBOSA A. A., OLIVEIRA E. L., FRANCA-FILHO L., NEGRI S. L. C., PORDEUS I. A., **Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brasil.** Med Oral Patol Oral Cir Buca.;v.12, n.7, p. 469-73,2007.
- ALVARENGA, L. M.; RUIZ, M. T.; PAVARINO-BERTELLI, E. C.; et al. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.** Rev Bras Otorrinolaringol, v.74, n. 1, p. 68-73, 2008.
- ANTUNES J. L. F., TOPORCOV T. N., BIAZEVIC M. G. H., BOING A. F., SCULLY C., PETTI S. **Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study.** PLoS ONE; v.8, n.7. p.68132. 2013.
- ARAÚJO G. C., PEREIRA D. G. A., OLIVEIRA A. C. D., **Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce.** Rev Bras Epidemiol. v.11,n.4, p.584-96,2008.
- BATISTA A. B, FERREIRA F. M., IGNÁCIO A. S., MACHADO MAN, LIMA A. A. S. **Efeito do tabagismo na mucosa bucal de indivíduos jovens: análise citomorfométrica.** Rev Brasileira de Cancerologia; v.54,n.1,p.5-10.11,2008.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010. Acessado em 21 de maio de 2015.
- BONFANTE, G. M. D. S.; MACHADO, C. J.; SOUZA, P. E. A. D.; ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F. D. A.; CHERCHIGLIA, M. L. **Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n.5, p. 983-997, 2014.

CARVALHO S. H. G. , SOARES M. S. M., FIGUEIREDO R. L. Q., **Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr.; v.12, n.1, p.47-51,2012.

CHU K. P. , SHEMA S. , WU S. , GOMEZ S. L. , CHANG E. T. , LE Q. T. ,**Head and neck cancer specific survival based on socioeconomic status in Asians and Pacific Islanders.** Cancer; n.117,p.1935-45,2011.

COSTA A. L. L., ARAÚJO-JÚNIOR R. F., RAMOS C. C. F., **Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral.** Rev Bras Otorrinolaringol; v.71, n.2, p.181-7,2005.

DAHER, G.C.A.; PEREIRA, G.A.; OLIVEIRA, A.C.D. **Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce.** Rev Bras Epidemiol., v.11, n. 4, p. 584-96, 2008.

DEDIVITIS, R. A. FRANÇA C. M., MAFRA A. C. B., GUIMARÃES F. T., GUIMARÃES A. V. **Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe.** Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. v.70, n.1, p.35-40, 2004.

FERREIRA, D. F. Sisvar: a computer statistical analysis system. **Ciência e Agrotecnologia**, v. 35, n. 6, p. 1039-1042, 2011.

GALBIATTI, A. L. S. , PADOVANI-JUNIOR J. A., MANÍGLIA J. V. , RODRIGUES C. D. S., PAVARINO E. C., GOLONI-BERTOLLO E. M. **5 Head and neck cancer: causes, prevention and treatment.** Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 79, n. 2, p. 239-247, 2013.

GANESH R., JOHN J., SARAVANAN S. **Socio demographic profile of oral câncer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study.** Indian J Cancer.; v.50, n.1, p.9-13, 2013.

GOUVEA A. S. , NOGUEIRA M. X. , OLIVEIRA Z. F. L. , PODESTÁ J. R. V., ZEIDLER S. V. **Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada.** Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. v.39, n.4, p. 261-5,2010.

KHANDEKAR S. P., BAGDEY P. S., TIWARI R. R. **Oral Cancer and Some Epidemiological Factors : A Hospital Based Study Indian.** Journal of Community Medicine, v. 31, n. 3, 2006.

MELO L. C., SILVA M.C., BERNARDO J. M. P., MARQUES E. B. , LEITE I. C. G., **Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe.** RGO - Rev Gaucha Odontol.;v.58,n.3, p.351-5. 2010.

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

OLIVEIRA J. M. B., PINTO L. O., LIMA N. G. M. , ALMEIDA G. C. M., **Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico.** Rev bras cancerol.; v.59, n.2, p.211-8,2013.

SADIQ H., GUPTA P., SINGH N., THAKAR S. S., PRABHAKAR I., THAKRAL J., **Vários sistemas de classificação da displasia epitelial oral: Uma revisão.** Int J Adv Health Sci.v.1,n. 1,p.20–6,2015.

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

SANTOS L. C. O. , BATISTA O. M. , CANGUSSU M. C. T. **Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas.** Braz J Otorhinolaryngol.;v.76, n.4,p.416-22. 2010.

SANTOS V. C. B.; ASSIS A. M. A.; SILVA L. E., FERREIRA S. M. S., DIAS E. P. **Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió** Rev. Bras. Odontol. v.69 n.2, 2012.

SILVA M. C., MARQUES E. B., MELO L. C. , BERNARDO J. M. P. , LEITE I. C. G. **Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG.** Rev bras cancerol.; v.55, n.4, p.329-35,2009.

TORRES-PEREIRA C. C. , ANGELIM-DIAS A. , MELO N. S. , LEMOS J. R. C. A., OLIVEIRA E. M. F. **Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde.** Cad Saúde Pública .n.28, p.S30-9,2012.

TORRES, S. S. V.; SBEGUE, A.; COSTA, S. Ce. B. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2016.

SCHEUFEN, R. C.; ALMEDIA, F. C. S.; SILVA, D. P.; ARAUJO, M. E.; PALMIERE, M.; PEGORETTI, T.; PINTO JUNIOR, D. S.; TAVARES, M. R. Prevenção e detecção precoce do câncer

de boca: screening em populações de risco. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 245-249, 2011.

VARSHITHA A. **Prevalência de câncer oral na Índia**. J Pharm Sci Res. v.1, n.7, p.845–8, 2015.

ZAVRAS A. I., DOUGLAS C. W., JOSHIPURA K., WU T., LASKARIS G., PETRIDOU E., ET AL. **Smoking and alcohol in the etiology of oral cancer: gender-specific risk profiles in the south of Greece**. Oral Oncol.v.37, n.1, p.28-35,2001.

VOLKWEIS, M. R.; BLOIS, M. C.; ZANIN, R.; ZAMBONI, R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 2, p. 63-70, 2014.