



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

MARIANA BARBOSA GUIMARÃES

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E ITINERÁRIA
DO CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA/ES

2025

MARIANA BARBOSA GUIMARÃES

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E ITINERÁRIA DO
CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para o título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Danielle Resende Camisasca.

VITÓRIA/ES

2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

B238c BARBOSA GUIMARAES, MARIANA, 1999-
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA
E ITINERÁRIA DO CARCINOMA ESCAMOCELULAR
ORAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO / MARIANA BARBOSA
GUIMARAES. - 2025.
60 p. : il.

Orientadora: Danielle Resende Camisasca.
Coorientadora: Águida Cristina Gomes Henriques.
Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da
Saúde.

1. Carcinoma de células escamosas. 2. Boca - Câncer. 3.
Câncer - Epidemiologia. 4. Valores de referência. 5. Câncer -
Tratamento. I. Resende Camisasca, Danielle. II. Cristina Gomes
Henriques, Águida. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.314



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

39ª ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Ata da sessão de Defesa da Dissertação de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro de Ciências Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Mariana Barbosa Guimarães, candidata ao grau de Mestre em Ciências Odontológicas, às 14h do dia 15/08/2025, via Plataforma Conferencia Web RNP, a presidente da Comissão Examinadora, Professora Danielle Resende Camisasca Barroso, iniciou a sessão apresentando a Comissão constituída, por ela, que é a Orientadora, Professora Ágida Cristina Gomes Henriques Leitão, Coorientadora e pelas Professoras Tatiana Natasha Toporcov (Examinadora Externa) - USP e Carolina Dutra Degli Esposti (Examinadora Interna) – UFES. A seguir, a presidente passou à palavra a candidata, que, em 30 minutos, apresentou a sua dissertação, intitulada “Caracterização Sociodemográfica, Clínica e Itinerária do Carcinoma Escamocelular Oral em um centro de referência do Estado do Espírito Santo”. Finda a apresentação, a presidente passou a palavra aos membros da Comissão para procederem à arguição da candidata. Finda a arguição, a presidente convidou a Comissão para dirigir-se a uma sala reservada, para deliberação. Após a deliberação, a Comissão retornou, e a presidente informou aos presentes que a dissertação fora APROVADA e que a aluna fará jus ao título de Mestre em Ciências Odontológicas após o depósito da Dissertação com as alterações exigidas pela Banca Examinadora no Repositório Institucional da UFES. Logo após, a presidente declarou encerrada a sessão, e eu, Regina Lucia Sales, lavrei a presente ata, que é assinada pelos membros da Comissão Examinadora. Vitória, 15/08/2025.

Documento assinado digitalmente



DANIELLE RESENDE CAMISASCA BARROSO

Data: 21/08/2025 09:24:24-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Danielle Resende Camisasca Barroso (Orientadora) – UFES

Documento assinado digitalmente



AGIDA CRISTINA GOMES HENRIQUES LEITAO

Data: 21/08/2025 10:51:32-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Ágida Cristina Gomes Henriques Leitão (Coorientadora) – UFES

Documento assinado digitalmente



TATIANA NATASHA TOPORCOV

Data: 05/09/2025 06:10:11-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Tatiana N:

Documento assinado digitalmente



CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

Data: 21/08/2025 13:59:36-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ma) – USP

Prof.^a Dr.^a Carolina Dutra Degli Esposti (Examinadora Interna) – UFES

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE BOCA	14
2.2. FATORES ETIOLÓGICOS E DE RISCO	15
2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TRATAMENTO.....	17
2.4. FATORES ASSISTENCIAIS	18
3. OBJETIVOS.....	21
3.1. OBJETIVOS GERAIS.....	21
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. RESULTADOS.....	20
4.1. ARTIGO: O ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO É A CHAVE PARA A DETEÇÃO PRECOCE DO CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL? UM ESTUDO TRANSVERSAL.*	20
4.1.1. INTRODUÇÃO.....	20
4.1.2. METODOLOGIA.....	21
4.1.3. RESULTADOS	24
4.1.4. DISCUSSÃO	32
4.1.5. CONCLUSÃO	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
6. REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – MATERIAL SUPLEMENTAR.....	47
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO	57
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA UNIVERIDADE FEDERAL DA UFES.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação clínica e histopatológica dos casos incluídos no estudo. A – D, Mulher, 49 anos com úlcera circundada por placas brancas em borda de língua esquerda (C02) (A, B). Foi feita biópsia incisional com diagnóstico de carcinoma de células escamosas (C, D). Na histopatologia são observados o epitélio da mucosa e numerosas ilhas epiteliais neoplásicas invadindo o tecido conjuntivo (C, HE, objetiva 10x). No maior aumento observam-se as células neoplásicas infiltrando o músculo estriado esquelético adjacente (D, HE, objetiva 40x). E – H, Homem, 55 anos com placa branca e exofítica, com superfície verrucosa, com ulceração entremeada à lesão, em região de palato duro (C05), apresentando concomitantemente lesão ulcerada, eritroleucoplásica em mucosa jugal direita (C06) (E, F). Foi feita biópsia incisional que revelou ilhas de epitélio neoplásico em meio ao tecido conjuntivo, circundadas por intenso infiltrado inflamatório (G, HE, objetiva 10x), com diagnóstico de carcinoma de células escamosas. No maior aumento observam-se as ilhas mostrando atipia epitelial e o infiltrado composto por linfócitos (H, HE, objetiva 40x).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de diagnósticos de CEC por ano no período de 2015 a 2023.	24
Gráfico 2. Completude de preenchimento dos dados sociodemográficos.....	26
Gráfico 3. Completude de preenchimento dos dados clínicos e terapêuticos da lesão.	30
Gráfico 4. Distribuição dos casos atendidos no Serviço público ou privado (n=48).	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes da amostra no período de 2014- 2023.....	25
Tabela 2. Características clínicas e terapêuticas dos CECs da amostra no período de 2014-2023.....	29
Tabela 3. Intervalo do paciente, intervalo de diagnóstico e intervalo pré-tratamento (em meses).....	31
Tabela Suplementar 1. Associação entre as variáveis e os intervalos de tempo.....	47
Tabela Suplementar 2. Associação entre estadiamento e as demais variáveis do estudo.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEC – Carcinoma escamocelular

CID – Códigos Internacionais de Doenças

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DOPM – Desordens orais potencialmente malignas

ENDS – Sistemas Eletrônicos de Entrega de Nicotina

ES – Espírito Santo

ESB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPV – Papilomavírus Humano

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LVP – Leucoplasia verrucosa proliferativa

NI – Não informado

NaN – Não foi possível determinar estatisticamente devido à distribuição com ausência de dados em uma das células

OMS – Organização Mundial da Saúde

QT – Quimioterapia

RX – Radioterapia

SUS – Sistema Único de Saúde

TNM – Tumor-Linfonodos-Metástase

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO

O carcinoma escamocelular (CEC) é tipo histopatológico mais comum do câncer de boca, ocupando o 8º lugar em incidência no Brasil. O sítio mais acometido é a borda lateral de língua, causado principalmente pelo alto consumo de tabaco e álcool, e o seu diagnóstico tardio é uma das principais causas de morbimortalidade elevada entre a população. Este estudo visa analisar o perfil dos pacientes portadores do CEC oral numa população do Espírito Santo (ES), de acordo com suas características sociodemográficas, clínicas e itinerária. Trata-se de um estudo transversal, coletado através de prontuários de pacientes submetidos a tratamento para o CEC oral no período de 2015 a 2023 em um centro de referência. Análise descritiva, Teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizadas para análise das variáveis. Intervalos de tempos foram definidos para a investigação itinerária, bem como serviço ofertado e completude dos dados. Foram obtidos 48 casos, predominantemente homens (n=33, 68,7%), idade avançada (42 a 95 anos, média 60,7), pardos (n=33, 68,7%), tabagistas (n=19, 39,5%) e etilistas (n=21, 43,7%), com ensino fundamental incompleto (n=15, 31,2%). A maioria (n=29, 51,7%) das lesões estavam em língua, ulceradas e nodulares (n=26, 54,1%; n=10, 20,8%). A cirurgia foi o tratamento mais usado (n=35, 72,9%), e o serviço público o mais ofertado na consulta inicial (n=44, 91,6%) e tratamento (n=47, 100%). O intervalo da detecção da lesão pelo paciente até procurar atendimento em saúde obteve mediana de 6 (de 1 a 48) meses. O intervalo até o diagnóstico obteve mediana de 0,3 (de 0 a 65,7) meses, e o intervalo até o início do tratamento foi de 1 (de 0 a 15,8) mês. Houve associação entre pardos ($p=0,04$) e hipótese clínica de CEC ($p=0,04$) com o menor período de intervalo do paciente (0-6m), além da associação entre estágios iniciais I e II e tratamento cirúrgico ($p=0,04$). O perfil dos pacientes diagnosticados com CEC no ES evidenciam um padrão clássico e demonstram a relevância do serviço público. Os intervalos de tempo atendem a lei brasileira e seu estudo pode direcionar para políticas preventivas.

Palavras-chaves: câncer de boca; carcinoma de células escamosas oral; epidemiologia; intervalos de referência; intervalo para o tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca contempla neoplasias malignas de diferentes origens, sendo o tipo histopatológico mais comum o carcinoma escamocelular (CEC), também denominado de carcinoma de células escamosas, carcinoma espinocelular ou carcinoma epidermóide (Novaes *et al.*, 2019; Al-Sharif *et al.*, 2022). Considerando o CEC oral, de acordo com o Global Cancer Observatory (Ferlay *et al.*, 2024), ele está na 16ª posição em relação à incidência de novos casos e na 15ª posição em casos de mortes por câncer no mundo. No Brasil, é o oitavo tipo de câncer mais frequente e a estimativa para o triênio 2023 a 2025 é de 15.100 novos casos, o que equivale a uma taxa de 6,99/100 mil habitantes (INCA, 2022). O índice de mortalidade depende principalmente do estágio em que a doença se encontra no momento do diagnóstico e a sobrevida costuma ser baixa, entre 5 a 10 anos, em torno de 40%, mas se diagnosticada precocemente, essa taxa pode aumentar para 80% (Abati *et al.*, 2020; Ministério da Saúde, 2023).

O CEC oral acomete diferentes sítios anatômicos, incluindo lábio, mucosa labial, língua, gengiva, palato, assoalho, mucosa jugal e área retromolar (OMS, 2022). Dessas, a localização de maior acometimento é a borda de língua (Abati *et al.*, 2020). A 5ª edição de Tumores de Cabeça e Pescoço da Organização Mundial de Saúde (OMS) faz uma distinção clara do CEC da cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, laringe e trato nasossinusal. A Orofaringe é entendida como uma entidade a parte por se tratar de um dos principais locais da cabeça e pescoço onde a carcinogênese está relacionada ao Papilomavírus Humano (HPV), compreendendo as regiões de tonsila palatina (amígdalas), base de língua, palato mole, úvula e parede posterior da faringe (Johnson *et al.*, 2020; OMS, 2022).

Lesões ulceradas, leucoplásicas, eritroplásicas, eritroleucoplásicas, endofíticas, exofíticas ou nodulares são algumas das diversas apresentações clínicas do CEC oral (Neville *et al.*, 2023). Sua etiopatogenia é complexa e relaciona-se a fatores ambientais, culturais e comportamentais. Dentre os fatores de risco, os principais são o consumo excessivo de tabaco e álcool, que quando usados concomitantemente, multiplicam a probabilidade de sua ocorrência (Anwar *et al.*, 2020; Al-Sharif *et al.*,

2022). A exposição solar também tem sido relatada na literatura, porém atrelada ao CEC em vermelhão do lábio inferior principalmente (OMS, 2022).

Apesar do perfil clássico englobar predominantemente homens, acima de 40 anos de idade, etilistas e tabagistas, o perfil dos portadores de CEC oral tem mudado nos últimos anos. É possível encontrar pesquisas associando a lesão à alguns perfis com características em comum (Ministério da Saúde, 2023). A incidência tem aumentado entre os mais jovens, além da associação com outros fatores de risco além dos convencionais, como por exemplo o cigarro eletrônico (Du *et al.*, 2020; Ganapathy *et al.*, 2017). Outro perfil é o de mulheres, abaixo dos 40 anos de idade, não usuárias de álcool e tabaco (Dahlstrom *et al.*, 2007; Harris *et al.*, 2009). Há também a presença de jovens portadores do vírus HPV, intimamente relacionado ao câncer de orofaringe (Warnakulasuriya, 2010; Marur *et al.*, 2010; Du *et al.*, 2020). Casos de leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP) que malignizam em mulheres idosas também estão associados (Palaia *et al.*, 2021). Pacientes idosos usuários de implantes dentários também podem desenvolver CEC em regiões periimplantares com aspecto semelhante à inflamação gengival, sem história prévia de câncer ou desordem com potencial de malignização na região (Brabyn *et al.*, 2018).

O estadiamento clínico da lesão, de acordo com o sistema Tumor-Linfonodo-Metástase (TNM), influencia diretamente no tratamento e prognóstico do câncer, de modo que CECs identificados precocemente requerem um tratamento menos invasivo e propiciam maiores chances de sobrevida e qualidade de vida para o paciente (Kato *et al.*, 2020). O tratamento pode integrar cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo uma abordagem terapêutica multidisciplinar e multimodal (Chow, 2020; Ministério da Saúde, 2023).

Observa-se na literatura que a maioria dos casos de CEC oral é identificada em estágios avançados, o que mostra relação com o atraso no diagnóstico e início do tratamento, resultando em pior prognóstico para a doença (Silva *et al.*, 2023; Soares; Neto; Santos, 2019; INCA, 2022). Somado a isso, a maioria dos pacientes procuram atendimento médico ou odontológico somente em casos de dor, e o tempo médio entre a percepção do paciente frente a sinais e sintomas iniciais e o diagnóstico é de aproximadamente 2 a 5 meses (Abati *et al.*, 2020; Giglioti; Madathil; Makhoul, 2019).

O diagnóstico tardio é um dos principais fatores responsáveis pela elevada morbimortalidade da população com câncer de boca. Dentre as razões para o diagnóstico tardio estão aspectos relacionados à falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas do CEC oral, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto dos pacientes; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; escassez de investimentos e fragmentação dos serviços de saúde; e a falta de suporte técnico laboratorial para realizar os exames necessários para o diagnóstico definitivo (Soares *et al.*, 2015).

A identificação do perfil epidemiológico, clínico e das dificuldades que levam ao diagnóstico tardio do CEC oral, possibilita que sejam tomadas providências direcionadas ao diagnóstico precoce desta doença, implicando na seleção de tratamentos mais conservadores, melhor sobrevida e qualidade de vida para o paciente. Neste contexto, este trabalho se propõe conhecer o perfil dos pacientes portadores do CEC oral numa população espírito-santense, de acordo com suas características sociodemográficas, clínicas e assistenciais, a fim de contribuir com o planejamento de estratégias que favoreçam o diagnóstico precoce e instituição do tratamento nas fases iniciais da doença.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE BOCA

Por definição, o Carcinoma Escamocelular Oral (CEC) é um tumor de células malignas, de evolução crônica e com grande potencial de metástase, que se origina no epitélio escamoso estratificado, representando mais de 90% dos tumores malignos da cavidade bucal (Brito *et al.*, 2018). Possui também outras nomenclaturas como Carcinoma de Células Escamosas Orais, Carcinoma Espinocelular Oral e Carcinoma Epidermóide Oral, em razão de sua origem ser de células epiteliais da mucosa que revestem a cavidade oral (Johnson *et al.*, 2020).

Como ocorre em diferentes sítios anatômicos, a OMS, em conjunto com os Códigos Internacionais de Doença (CID) elaboraram uma classificação de acordo com a localização dos tumores, sendo eles o lábio (C00), língua (C02), gengiva (C03), assoalho de boca (C04), palato (C05) e outras partes não especificadas da boca (C06) respectivamente, excluindo lesões em orofaringe por se enquadrarem em uma categoria à parte (OMS, 2022).

Pesquisas globais apontam para um aumento nas incidências de câncer bucal em todo o mundo e a evolução da doença tem sido particularmente notável nas últimas décadas. No entanto, é importante destacar que, de acordo com diversos dados epidemiológicos, a prevalência da doença varia significativamente entre diferentes populações ao redor do mundo, com destaque para países desenvolvidos, sobretudo em regiões do sul e sudeste da Ásia, Europa ocidental e Pacífico (Johnson *et al.*, 2020; Ferlay *et al.*, 2024).

Um estudo realizado por Du *et al.* (2020), que compara a incidência de casos de cânceres em lábio e cavidade oral no período de 1900 a 2017, aponta que o surgimento de novos casos mais do que dobrou nesse intervalo de tempo, indo de 186.000 para 389.800 casos, dados que permanecem nos dias atuais (Ferlay *et al.*, 2024). Esse aumento de incidência se mostrou mais presente em indivíduos jovens entre 15 a 49 anos, e apesar dessa lesão acometer mais homens, o perfil das mulheres exibiram mudanças significativas, saindo de uma taxa de 1,33/100 mil habitantes de 1990 e indo para 2,09/100 mil habitantes em 2017. A taxa de mortalidade aumentou 98,7% nesse intervalo de tempo, saltando de 97.492 para 193.696 mortes (Du *et al.*, 2020; Ren *et al.*, 2020).

O território brasileiro foi apontado como um dos países com as maiores taxas de incidência entre os homens comparado às mulheres no período de 2008 a 2012 em relação ao câncer de boca (C03 a C06), ficando atrás da Índia, França, Eslováquia e Alemanha, respectivamente (Miranda-Filho; Bray, 2020). Além disso, o tipo de câncer de boca mais encontrado relatado por um estudo realizado no nordeste do país foi o CEC, presente no sexo masculino com média de idade de 46 anos (Ribeiro *et al.*, 2019). No Brasil, é estimado que 15.100 novos casos sejam diagnosticados para o triênio 2023 a 2025. Desse total, espera-se que 7.870 homens e mulheres sejam acometidos na região Sudeste, enquadrando a região com o maior número de casos de câncer de boca em todo o território nacional. Desses quase 8 mil casos, 360 são previstos para o estado do Espírito Santo (ES), ocupando a 4ª posição mais frequente em homens e a 13ª posição em mulheres, correspondendo a uma taxa de 8,43/100 mil habitantes (INCA, 2022). Embora seja uma quantia pequena em comparação aos demais estados da região, é importante destacar que o ES possui atualmente a maior taxa de mortalidade. Segundo o Atlas de Mortalidade do INCA, em 2020, 106 óbitos foram registrados no ES, o que equivale a 43,26% do total de casos para aquele ano.

2.2. FATORES ETIOLÓGICOS E DE RISCO

É uma doença multifatorial e o risco de desenvolvê-la está associado a vários fatores, incluindo localização geográfica, estilo de vida, condição social e econômica, exposições a agentes ambientais e antecedentes genéticos. O seu desenvolvimento está associado a fatores intrínsecos e/ou extrínsecos (Warnakulasuriya, 2009). Como fatores extrínsecos, tem-se o tabagismo e o consumo de álcool, os quais são os fatores de risco mais significativos no desenvolvimento desse tumor, e que quando consumidos concomitantemente, esse risco pode aumentar em até 5 vezes. Entretanto, podem ser igualmente prejudiciais quando usados individualmente. Além disso, existem outros fatores como a exposição a poluentes ambientes e à radiação solar, a correlação com infecções de origem bacteriana como a Sífilis, fúngica como a Cândida, e viral como o HPV. Como agentes intrínsecos, temos dieta ineficiente de vitaminas e minerais, predisposição genética, traumas crônicos, má higiene bucal e imunodeficiência (Neville *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Na língua, um dos locais mais frequentes de se desenvolver o CEC, possui alta correlação com o consumo de tabaco e álcool e o desenvolvimento dessa lesão (Miranda-Filho; Bray, 2020). Os índices são maiores quando se trata de países da Ásia, como China, Índia e Taiwan, devido à forte cultura de mascar tabaco e nozes de areca, sendo recomendados a dar mais atenção a higiene bucal e mudar os hábitos alimentares a fim de reverter os altos níveis de incidência em câncer de boca. O consumo de maconha também é citado como uma das possíveis causas do aumento de risco de desenvolvimento do câncer bucal, bem como HPV, principalmente em homens brancos, devido ao comportamento sexual crítico que mudou ao longo das décadas (Miranda-Filho; Bray, 2020; Ren *et al.*, 2020).

Há evidências de que a condição socioeconômica também pode contribuir para o surgimento da lesão. Regiões com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), baixo nível de escolaridade, deficiência alimentar e baixo índice corporal são alguns desses fatores que estão correlacionados com essa doença (Al-Sharif *et al.*, 2022; Lins *et al.*, 2019). Apesar das mudanças positivas na implementação de políticas públicas de prevenção e controle, a OMS apontou em 2019 que 80% dos fumantes no mundo vivem em regiões de média e baixa renda, uma vez que em países desenvolvidos há mais recursos capazes de modificar as políticas acatando as exigências da OMS enquanto que os programas de prevenção em nações em desenvolvimento não conseguem atingir o mesmo feito (Du *et al.*, 2020; Hoffman *et al.*, 2019).

Os Sistemas Eletrônicos de Entrega de Nicotina (ENDS) é outro motivo de preocupação. Conhecido popularmente como cigarro eletrônico, ganhou força na última década com uma proposta de ser uma alternativa mais segura a fim de reduzir os índices de consumo do cigarro convencional (Gallagher *et al.*, 2024). A nível molecular, há evidências de que sua composição pode induzir mutagênese no ácido desoxirribonucleico (DNA) impactando no surgimento de desordens orais potencialmente malignas (DOPM), enquanto a nível clínico, a liberação de subprodutos durante a ação de tragar o cigarro, podem causar ressecamento da mucosa, aumentando a camada de queratina facilitando a ação das células carcinogênicas (Gallagher *et al.*, 2024; Sousa *et al.*, 2023).

2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TRATAMENTO

O processo de evolução do CEC ocorre em etapas e costuma ser bastante agressivo, degradando a membrana basal e a matriz celular do epitélio escamoso estratificado, gerando uma resposta inflamatória exacerbada (Santana *et al.*, 2023). Independentemente da idade, os locais mais afetados são a língua, assoalho de língua e mucosa bucal, assim como os fatores de risco que desencadeiam a doença, sendo os tradicionais, tabaco e álcool (IARC, 2023; Ribeiro *et al.*, 2019).

As características clínicas variam de acordo com o estágio em que o câncer se encontra, que se iniciam com milímetros e podem chegar a centímetros em tamanho (IARC, 2023). Em estágios iniciais se manifesta como uma lesão indolor que não cicatriza, assumindo uma coloração eritoplásica, leucoplásica, ou a combinação de ambas, com superfície irregular e de consistência dura à palpação. Se não identificada precocemente, ocorre ulceração da superfície, de maneira exofítica ou endofítica, e a lesão passa a ser dolorosa, apresentando algumas dificuldades como fala e deglutição, que pode causar mau hálito e perda de peso, e em estágios mais avançados pode até causar restrição de movimentos quando invadido os músculos e aumento de linfonodos cervicais devido a capacidade de metástase do tumor (IARC, 2023; Neville *et al.*, 2023; Ribeiro *et al.*, 2019; Sankaranarayanan *et al.*, 2015).

Abrangendo quatro estágios (I, II, III e IV), o protocolo TNM é imprescindível para quantificar os parâmetros clínicos e definir o melhor manejo do tumor, no qual irá avaliar o tamanho em centímetros, o envolvimento de linfonodos locais, e a disseminação da metástase (Kato *et al.*, 2020). Dessa forma, pacientes que se encontram com a lesão em estágio IV, terão um pior prognóstico e menor sobrevida comparado a pacientes em estágio I (Chow, 2020; Ministério da Saúde, 2023).

O tratamento exige uma equipe multidisciplinar com profissionais da medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, assistência social (Ren *et al.*, 2020). As modalidades terapêuticas incluem ressecção cirúrgica (com esvaziamento cervical ou não), radioterapia e quimioterapia, e o tratamento será determinado de acordo com a complexidade do caso. O plano de tratamento será guiado por meio do diagnóstico obtido pela realização da biópsia seguida pelo exame anatomopatológico, exames de imagem quando necessário e estadiamento clínico através do sistema TNM (Abati *et al.*, 2020; Chow, 2020; Johnson

et al., 2020). Com exceção dos CECs em estágios iniciais cujo tratamento são excisão cirúrgica e radioterapia, combinadas ou não, a abordagem terapêutica para câncer de boca em estágios III e IV normalmente integra cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia (Sankaranarayanan *et al.*, 2015).

O prognóstico pode variar, pois depende das características do câncer, do tratamento instituído e da condição do paciente, sendo os fatores mais significativos o estágio da doença e a disseminação para o organismo à dentro, influenciando diretamente na taxa de sobrevida, que em casos de CEC costuma ser de até 5 anos, no entanto estudos recentes têm apresentado melhoras nesse aspecto em 66% (IARC, 2023; Liu *et al.*, 2021).

2.4. FATORES ASSISTENCIAIS

Apesar dos métodos de diagnóstico e de tratamento serem bem estabelecidos, há variáveis que impedem que esse processo seja exercido de maneira eficiente, provocando um atraso acentuado durante esse percurso, que pode ocorrer tanto por parte do paciente, quanto do profissional (França *et al.*, 2021; Gigliotti; Madathil; Makhoul, 2019). Soares *et al.* (2015) afirmam que há três fatores que podem contribuir para essa demora, que seria a) o paciente postergar a procura do atendimento especializado, b) o despreparo dos profissionais de saúde frente ao diagnóstico e o encaminhamento, e c) a escassez de serviços de saúde de referência capacitados no tratamento de lesões malignas.

Entende-se por itinerário terapêutico o conjunto de decisões e movimentos realizados pelo paciente a fim de recuperar ou preservar sua saúde, investindo em cuidados alternativos, seja eles caseiros, praticas religiosas e medicinais (Cabral *et al.*, 2011; Gerhardt *et al.*, 2016). A partir disso, observa-se que a identificação da lesão até a instituição do tratamento decorre de um processo demorado, que consiste em etapas, aprimoradas conforme o avanço de pesquisas referentes ao assunto (Onizawa *et al.*, 2003; Weller *et al.*, 2012).

A criação da Declaração de Aarhus surgiu para melhorar os estudos de diagnóstico e padronizar os intervalos de tempo a fim de identificar as lacunas no itinerário do paciente e melhorar a identificação precoce do câncer, inclusive na

cavidade oral (Weller *et al.*, 2012; Seoane *et al.*, 2015). A declaração determina a coleta de datas estratégicas como a “data dos primeiros sintomas”, “data da primeira apresentação a um profissional de saúde”, “data de encaminhamento para um médico ou serviço especializado”, e “data do diagnóstico”, que podem ser agrupadas em intervalos de tempo rotulados como “tempo de apresentação”, “tempo de diagnóstico” e “tempo para tratamento” (Weller *et al.*, 2012).

Estudos apontam que apesar de ser uma lesão de fácil identificação em razão de sua localização anatômica, fatores como falta de conhecimento, ausência de sintomas durante o desenvolvimento inicial e o medo do diagnóstico, fazem com que o paciente leve cerca de 2 a 5 meses para consultar um profissional de saúde (Gigliotti; Madathil; Makhoul, 2019). Também interferem no processo de diagnóstico e tratamento fatores como despreparo profissional de saúde sobre os fatores de risco e sintomatologia relacionados ao câncer de boca, a sobrecarga de trabalho e a não realização do exame da cavidade oral de forma completa. Além disso, a falta de serviços de saúde especializados e profissionais capacitados, devidamente distribuídos nas regiões, recursos precários, lentidão no atendimento, longas filas de espera, e de difícil localização, afetam o processo diagnóstico da mesma forma que os fatores citados anteriormente, o que sobrecarrega centros de referência gerando gastos agravantes (Soares *et al.*, 2015; Abati *et al.*, 2020; Milani *et al.*, 2021).

A assistência odontológica está incorporada à Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro nível de atenção em saúde estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado para organizar o fluxo de serviços nas redes de saúde do Brasil (Vargas *et al.*, 2021). No entanto, no nível secundário, grande parte dos especialistas em cirurgia de cabeça e pescoço se encontram nas regiões Sudeste e Sul, criando uma lacuna e instituindo barreiras geográficas para os pacientes advindos de outras regiões. Como consequência, tem-se menor sobrevida, sofrimento, desconfiguração facial resultante de ressecções cirúrgicas complexas, limitando as funções da boca e gerando custos elevados para o sistema de saúde (Soares *et al.*, 2015).

Portanto, enfatiza-se a necessidade e a relevância de mais estudos epidemiológicos voltados para os indicadores dessa neoplasia e a disponibilidade de serviços de saúde no território nacional, para que os planejamentos sejam

aprimorados e o investimento adequado, a fim de reverter a incidência de novos casos diagnosticados tardiamente.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

Caracterizar os pacientes portadores de CEC oral numa população do estado do Espírito Santo de acordo com seus aspectos sociodemográficos, clínicos e o itinerário diagnóstico e terapêutico.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a completude dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes portadores de CEC oral disponíveis nos prontuários e fichas clínicas;
- Delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos por CEC oral, atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), bem como o intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico clínico, realização de biópsia e exame anatomopatológico até a instituição do tratamento;
- Descrever o tipo de serviço que realiza o diagnóstico clínico, biópsia e exame anatomopatológico dos pacientes acometidos por CEC oral, atendidos no HUCAM.
- Determinar o itinerário diagnóstico e terapêutico, através dos intervalos de tempos.

4. RESULTADOS

4.1. ARTIGO: O ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO É A CHAVE PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL? UM ESTUDO TRANSVERSAL.*

Mariana Barbosa Guimarães¹, Guilherme Santos Vinhandelli², Marco Homero de Sá Santos³, Águida Cristina Gomes Henriques¹, Danielle Resende Camisasca¹.

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.

²Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Vitória, Espírito Santo, Brasil.

*Artigo submetido de acordo com as normas da revista Cadernos de Saúde Pública.

4.1.1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca contempla neoplasias malignas de diferentes origens, sendo o tipo histopatológico mais comum o Carcinoma Escamocelular Oral (CEC), também denominado de Carcinoma de Células Escamosas, Carcinoma Espinocelular ou Carcinoma Epidermóide (1, 2). É caracterizado como um tumor de células malignas, de evolução crônica e com grande potencial de metástase, que se origina no epitélio escamoso estratificado, representando mais de 90% dos tumores malignos da cavidade bucal, ocorrendo em diferentes sítios anatômicos na cavidade oral (3, 4).

Considerando o CEC oral, de acordo com o Global Cancer Observatory, ele está na 16ª posição em relação à incidência de novos casos e na 15ª posição em casos de mortes por câncer no mundo (5). No Brasil, é o oitavo tipo de câncer mais frequente e a estimativa para o triênio 2023 a 2025 é de 15.100 novos casos por ano, o que equivale a uma taxa de 6,99/100 mil habitantes (6). Desse total, espera-se que 7.870 homens e mulheres sejam acometidos na região Sudeste, enquadrando a região com o maior número de casos de câncer de boca em todo o território nacional. Desses

quase 8 mil casos, 360 são previstos para o estado do Espírito Santo (ES), correspondendo a uma taxa de 8,43/100 mil habitantes (6).

Apesar dos métodos de diagnóstico e de tratamento serem bem estabelecidos, observa-se na literatura que a maioria dos casos de CEC oral é identificada em estágios avançados, o que mostra relação com o atraso no diagnóstico e início do tratamento, resultando em pior prognóstico para a doença e aumento na taxa de morbimortalidade da população com câncer de boca (6, 7, 8, 9).

Entende-se por itinerário terapêutico o conjunto de decisões e movimentos realizados pelo paciente a fim de recuperar ou preservar sua saúde, investindo em cuidados alternativos, seja eles caseiros, praticas religiosas e medicinais (10, 11). A partir disso, observa-se que a identificação da lesão até a instituição do tratamento decorre de um processo demorado, que consiste em etapas, aprimoradas conforme o avanço de pesquisas referentes ao assunto (13, 14). Essas etapas, posteriormente descritas e aprimoradas com a Declaração de Aarhus, foi elaborada com o objetivo de melhorar os estudos de diagnóstico e padronizar os intervalos de tempo através de datas estratégicas, a fim de identificar as lacunas no itinerário do paciente e melhorar a identificação precoce do câncer, inclusive na cavidade oral (13, 14, 15).

A identificação do perfil epidemiológico, clínico e das barreiras ao diagnóstico do CEC oral permite direcionar ações para o diagnóstico precoce, com impacto positivo na escolha do tratamento, sobrevida e qualidade de vida. Este estudo visa caracterizar os pacientes com CEC oral em uma população do Espírito Santo, considerando aspectos sociodemográficos, clínicos e itinerário diagnóstico e terapêutico, para subsidiar estratégias que promovam o diagnóstico e tratamento em estágios iniciais da doença.

4.1.2. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFES (aprovação 6.574.275) e do HUCAM/UFES (aprovação 6.686.876). Trata-se de um estudo transversal, guiada pelo checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A população constituiu-se por casos de pacientes portadores de CEC oral

tratados no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), um dos centros de referência no Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento do câncer no estado do Espírito Santo, e que dispões de três portas de entrada, sendo a) atendimentos de emergência e urgência, b) internação hospitalar e c) atendimento ambulatorial de consultas e exames (16). Para composição da amostra, foi inicialmente consultada a lista de todos atendimentos clínicos realizados no Serviço de Cabeça e Pescoço do HUCAM referente ao período de 2015 a 2023. Mediante o acesso ao sistema hospitalar de registro de pacientes, foram selecionados os prontuários digitais dos pacientes com diagnóstico histopatológico de Carcinoma Escamocelular Oral (ou, Carcinoma de Células Escamosas Oraais, Carcinoma Espinocelular Oral, Carcinoma Epidermoide Oral). Em caso de pacientes diagnosticados inicialmente no serviço de Anatomia Patológica Bucal do curso de Odontologia da UFES, esses dados foram complementados através de informações presentes nos prontuários do curso. Após a seleção dos pacientes que cumpriram o critério de inclusão, foram recuperados os prontuários médicos do HUCAM.

Os critérios de inclusão foram paciente portador de CEC nas localizações determinadas de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Códigos Internacionais de Doença-10^a Revisão (CID 10): lábio (C00), língua (C02), gengiva (C03), assoalho de boca (C04), palato (C05) e outras partes não especificadas da boca (C06), com mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram ausência do número de registro de prontuário, ausência do registro do diagnóstico e informações incompletas a respeito do diagnóstico histopatológico, impossibilitando a coleta e a correta interpretação dos dados. Também foram excluídos aqueles que apresentavam lesões exclusivamente em base de língua (C01) e/ou orofaringe (C10), por serem consideradas lesões de orofaringe conforme a OMS (4).

Em relação ao paciente/perfil sociodemográfico, os dados coletados foram referentes à idade, sexo (feminino e masculino), cor da pele (branco, pardo, preto, amarelo, indígena), nível de escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental, médio, superior e não informado), nível de formação (completa, incompleta e não informado), hábitos tabagista (tabagista, não tabagista, ex-tabagista e não informado) e etilista (etilista, não etilista, ex-etilista e não informado), exposição à radiação solar (sim, não e não informado), e presença de sintomas (sim, não e não informado). Como

havia poucos dados sobre a exposição solar, essa variável foi avaliada indiretamente ao relacionar quatro informações presentes nos prontuários: a cor da pele, local de residência, localização do CEC e profissão, sendo considerada sua presença em casos em que os pacientes moravam em zona rural, possuíam profissões em trabalho exercidas a céu aberto, ou presença de carcinoma em lábio (C00).

Em relação ao perfil clínico das lesões, os dados incluíram a localização (CID 10 – C00, C02, C03, C04, C05 e C06), o tamanho em centímetros, tipo de lesão fundamental (mácula, placa, nódulo, úlcera, vegetante, infiltrativa e não informado), hipótese diagnóstica clínica (CEC, outros e não informado), presença de recidiva (sim, não e não informado), tempo de evolução em meses, estadiamento clínico de acordo com o sistema TNM (I, II, III, IV, insuficiente e não informado) e, finalmente, a modalidade de tratamento oncológico instituída (somente cirurgia, cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia e radioterapia e/ou quimioterapia).

Para análise do itinerário diagnóstico e terapêutico, foram coletados três intervalos com base na Declaração de Aarhus (14): a) intervalo do paciente (tempo entre a percepção dos sintomas iniciais da lesão pelo paciente até a primeira consulta com profissional de saúde), b) intervalo de diagnóstico (da primeira consulta até o diagnóstico definitivo) e c) intervalo pré-tratamento (desde o diagnóstico definitivo até o início do tratamento). Para o intervalo do diagnóstico definitivo, foi considerado o tempo decorrido entre a data da primeira consulta e data da biópsia ou laudo histopatológico. Para o intervalo do pré-tratamento, foi considerado o tempo em meses entre a data da biópsia ou laudo histopatológico e a data do início de tratamento. Para análise estatística, o intervalo do paciente foi categorizado com base no ponto de corte de 6 meses, para o intervalo de diagnóstico 30 dias e para o intervalo pré-tratamento, 60 dias, de acordo com a Lei Federal 12.732/2012, que estabelece os direitos e deveres para com pacientes diagnosticados com qualquer tipo de câncer (17). Além disso, informações referentes à biópsia (incisional, excisional e não informado) e ao local (serviço público ou privado) também foram coletadas.

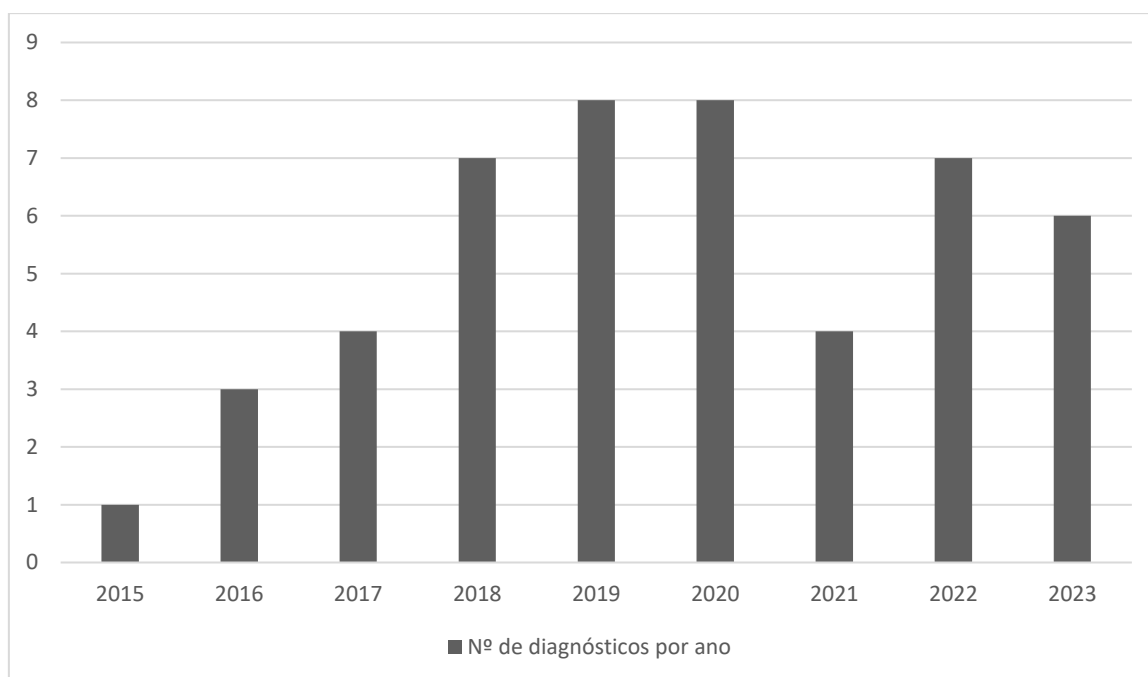
As variáveis armazenadas em um banco de dados no software Microsoft Excel (versão 2408/2019) e tratadas estatisticamente com o auxílio do software de acesso livre Jamovi versão 2.3.28.0 (disponível em jamovi.org). Para a análise sociodemográfica e clínica foi realizada a análise descritiva, usando números absolutos e proporções ou média/mediana, conforme a natureza das variáveis. Foi

feita a investigação da associação entre as variáveis estudadas e os intervalos categorizados do itinerário, bem como o estadiamento tumoral, utilizando os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância utilizado na decisão dos testes foi de 5%.

4.1.3. RESULTADOS

Foram obtidos 48 casos diagnosticados com CEC oral após a análise dos prontuários. Entre 2015 e 2023, o Hospital Cassiano Antônio de Moraes, localizado no município de Vitória, no estado do Espírito Santo, recebeu em média 5,3 pacientes por ano (mín. 1, máx. 8) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos casos de CEC por ano no período de 2015 a 2023 (n=48).



CEC - Carcinoma escamocelular.

4.1.3.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

A idade média dos pacientes foi de 60,7 anos $\pm$ 12,1. O sexo masculino foi o mais acometido (n=33, 68,7%), bem como indivíduos de cor de pele parda (n=33, 68,7%). A maioria dos pacientes apresentou nível de escolaridade até o ensino fundamental

incompleto (n=15, 31,2%). O uso de tabaco (n=19, 39,5%) e álcool (n=21, 43,7%) foram frequentes. A presença de exposição solar foi de n=6 (12,9%), sendo que quatro estavam localizados em lábio (C00). Houve registro dos sintomas em metade dos casos (n=24, 50,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com CEC oral no período de 2015 a 2023 (n=48).

Variáveis	Número de indivíduos por grupo	Porcentagem (%)
Idade (anos)		
40-59	25	52,0
60>	23	47,9
Sexo		
Feminino	15	31,2
Masculino	33	68,7
Cor de pele		
Branco	15	31,2
Pardo	33	68,7
Nível de Escolaridade		
Analfabeto	7	14,5
Ensino Fundamental Incompleto	15	31,2
Ensino Fundamental Completo	10	20,8
Ensino Médio Completo	8	16,6
Não informado	8	16,6
Tabagismo		
Sim	19	39,5
Não	12	25,0
Ex-tabagista	14	29,1
Não informado	3	6,25
Etilismo		
Sim	21	43,7
Não	15	31,2
Ex-etilista	8	16,6
Não informado	4	8,3

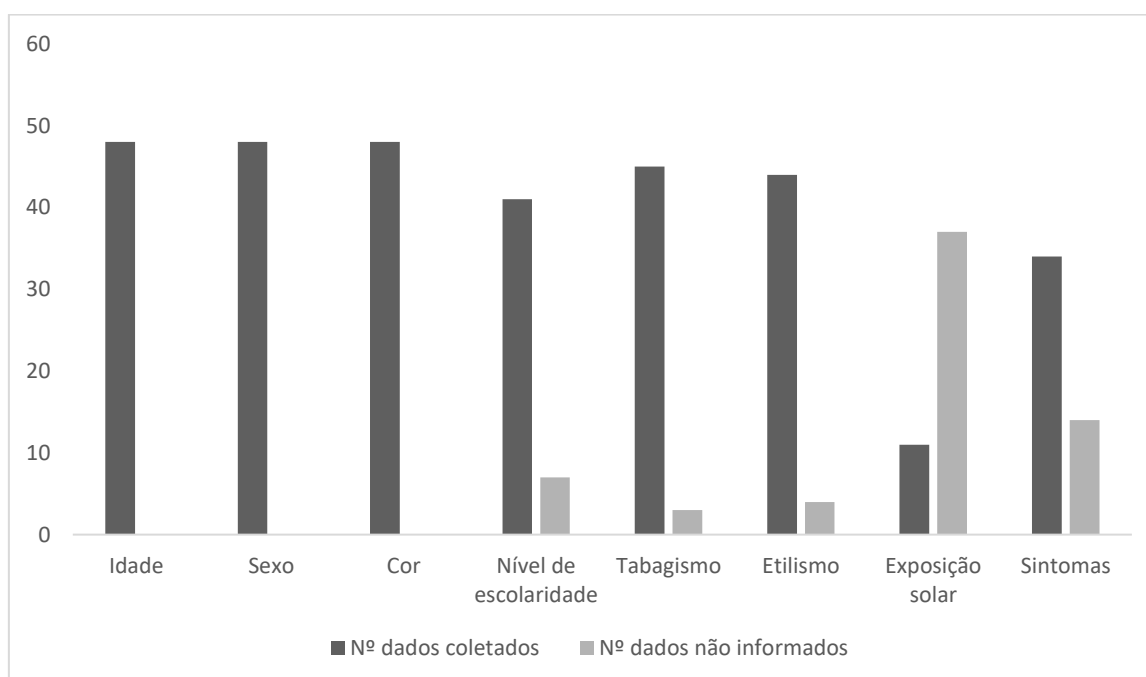
Exposição solar		
Sim	6	12,9
Não	5	11,1
Não informado	37	75,9
Sintomas		
Sim	24	50,0
Não	10	20,8
Não informado	14	29,1

Fonte: próprio autor.

CEC – carcinoma escamocelular.

Somente as variáveis idade, sexo e cor de pele obtiveram informações preenchidas em sua totalidade. Nas demais houve ausência de pelo menos algum dado, sendo que a exposição solar liderou com 37 (75,9%) dados não informados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Completude de preenchimento dos dados sociodemográficos (n=38).



Em alguns casos as lesões ocupavam mais de um sítio, ultrapassando o número amostral, tendo ao todo 56 localizações em 48 pacientes, sendo 8 pacientes com mais de um CID registrado. Os locais mais frequentes foram: língua (C02, n=29, 51,7%), lábio (C00, n=10, 17,8%), outras partes não especificadas (C06, n=8, 14,2%), palato

(C05, n=6, 10,7%), assoalho de boca (C04, n=2, 3,5%) e gengiva (C03, n=1, 1,7%). O tipo de lesão fundamental mais registrado foi a úlcera (n=26, 54,1%) e o nódulo (n=10, 20,8%). A hipótese diagnóstica clínica inicial foi de CEC em 87,5% dos casos (n=42), sendo que houve a suspeita de outros diagnósticos (n=4, 8,3%), como adenocarcinoma polimorfo, carcinoma adenóide cístico, carcinoma basocelular e papiloma invertido. Dois casos não informados (n=2, 4,1%), posteriormente foram confirmados como CEC pelo exame anatomopatológico (Figura 1). O câncer recidivou em 35% dos casos (n=17). Quanto ao estadiamento, os mais frequentes foram os estágios I (n=8, 16,6%) e II (n=8, 16,6%), seguido do estágio IV (n=5, 10,4%) e III (n=3, 6,25%), e aqueles com dados insuficientes (n=5, 10,4%) e não informados (n=19, 39,5%). A modalidade de tratamento mais instituída foi a cirúrgica (n=35, 72,9%), e o tipo de biópsia mais executada para envio e análise anatomopatológica foi a incisional (n=24, 50,0%). Por fim, o tamanho das lesões variou bastante, com mínimo de 0,5 cm e máxima de 7,1 cm $\pm 1,58$ (média 2,85), e a mediana de tempo de evolução observada pelos pacientes foi em torno de 9,03 meses (mín. 1, máx. 48) (Tabela 2).

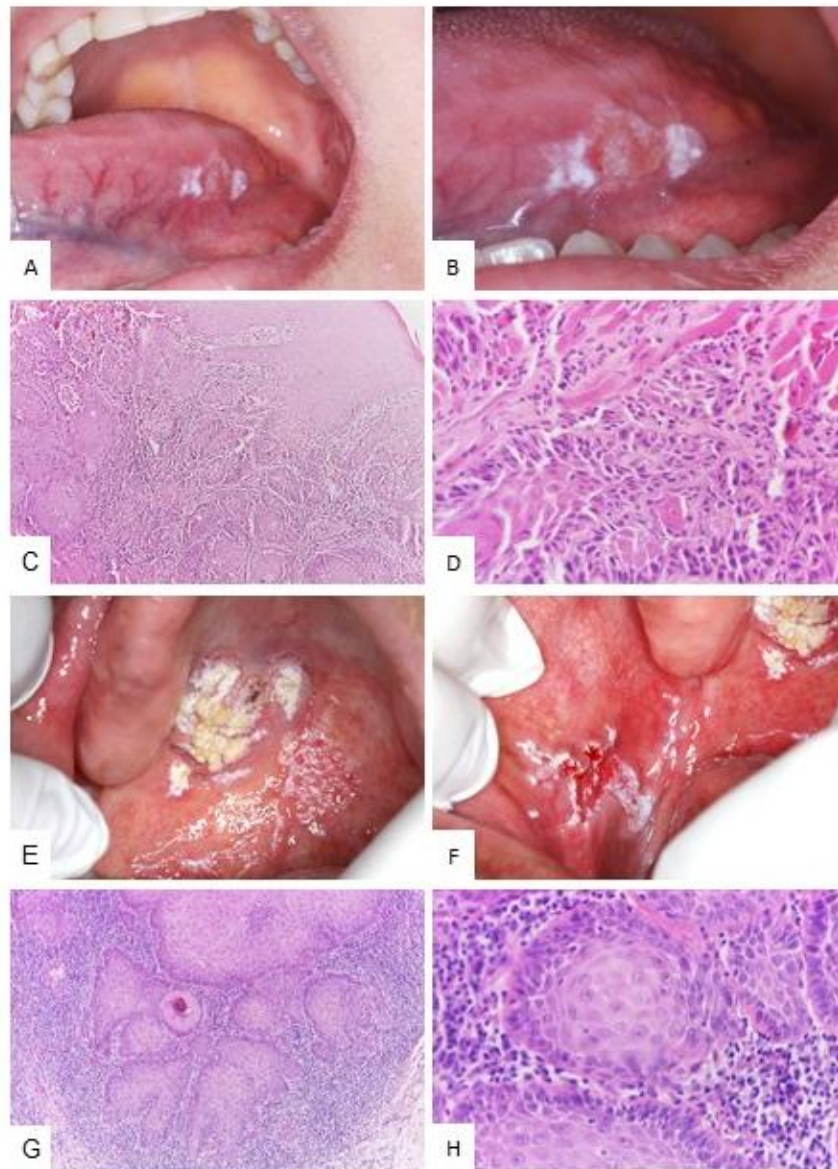


Figura 1: Representação clínica e histopatológica dos casos incluídos no estudo. A – D, Mulher, 49 anos com úlcera circundada por placas brancas em borda de língua esquerda (C02) (A, B). Foi feita biópsia incisional com diagnóstico de carcinoma de células escamosas (C, D). Na histopatologia são observados o epitélio da mucosa e numerosas ilhas epiteliais neoplásicas invadindo o tecido conjuntivo (C, HE, objetiva 10x). No maior aumento observam-se as células neoplásicas infiltrando o músculo estriado esquelético adjacente (D, HE, objetiva 40x). E – H, Homem, 55 anos com placa branca e exofítica, com superfície verrucosa, com ulceração entremeada à lesão, em região de palato duro (C05), apresentando concomitantemente lesão ulcerada, eritroleucoplásica em mucosa jugal direita (C06) (E, F). Foi feita biópsia incisional que revelou ilhas de epitélio neoplásico em meio ao tecido conjuntivo, circundadas por intenso infiltrado inflamatório (G, HE, objetiva 10x), com diagnóstico de carcinoma de células escamosas. No maior aumento observam-se as ilhas mostrando atipia epitelial e o infiltrado composto por linfócitos (H, HE, objetiva 40x).

Tabela 2. Características clínicas e terapêuticas dos CEC orais no período de 2015 a 2023 (n=48).

Variáveis	Número de casos por grupo	Porcentagem (%)
Localização*		
C00 (lábio)	10	17,8
C02 (língua)	29	51,7
C03 (gengiva)	1	1,7
C04 (assoalho de boca)	2	3,5
C05 (palato)	6	10,7
C06 (outras partes)	8	14,2
Lesão fundamental		
Mácula	2	4,1
Placa	2	4,1
Nódulo	10	20,8
Úlcera	26	54,1
Vegetante	2	4,1
Infiltrativa	4	8,3
Não informado	2	4,1
Hipótese diagnóstica clínica		
CEC	42	87,5
Outros	4	8,3
Não informado	2	4,1
Recidiva		
Sim	17	35,4
Não	18	37,5
Não informado	13	27,0
Estadiamento*		
I	8	16,6
II	8	16,6
III	3	6,25
IV	5	10,4
Insuficiente	5	10,4
Não informado	19	39,5
Tipo de biópsia		
Incisional	24	50,0
Excisional	10	20,8
Não informado	14	29,1
Tratamento		
Cirúrgico	35	72,9
Cirúrgico + RX e/ou QT	8	16,6

RX e/ou QT	4	8,3
Não informado	1	2,0

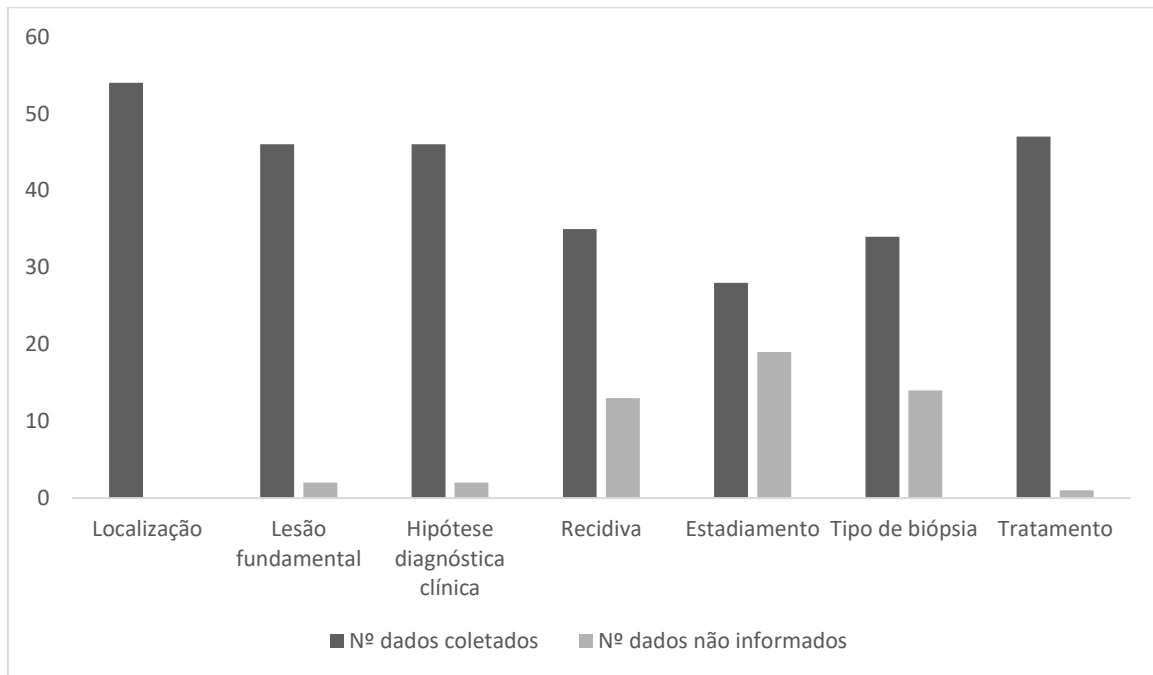
Fonte: próprio autor.

CEC – carcinoma escamocelular. RX – Radioterapia. QT – Quimioterapia.

* o número de locais (n=56) ultrapassa o número de casos incluídos (n=48) pois um tumor poderia ocupar mais de um local.

Somente a variável localização obteve informações preenchidas em sua totalidade. As variáveis que mais apresentaram ausência de dados foram o estadiamento (n=20, 41,6%) e o tipo de biópsia (n=14, 29,1%) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Completude de preenchimento dos dados clínicos e terapêuticos da lesão (n=38).



CEC - Carcinoma escamocelular.

4.1.3.2. DADOS DO ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

O intervalo do paciente variou de 1 mês a 48 meses, com mediana de 6 meses (intervalo interquartilico de 9 meses). O intervalo do diagnóstico variou de 0 a 65,7 meses, com mediana de 0 meses (intervalo interquartilico de 1,03 meses). O intervalo

pré-tratamento variou de 0 a 15,8 meses, com mediana de 1 mês (intervalo interquartilico de 2,6 meses) (Tabela 3).

Tabela 3. Intervalo do paciente, intervalo de diagnóstico e intervalo pré-tratamento (em meses) no período de 2015 a 2023.

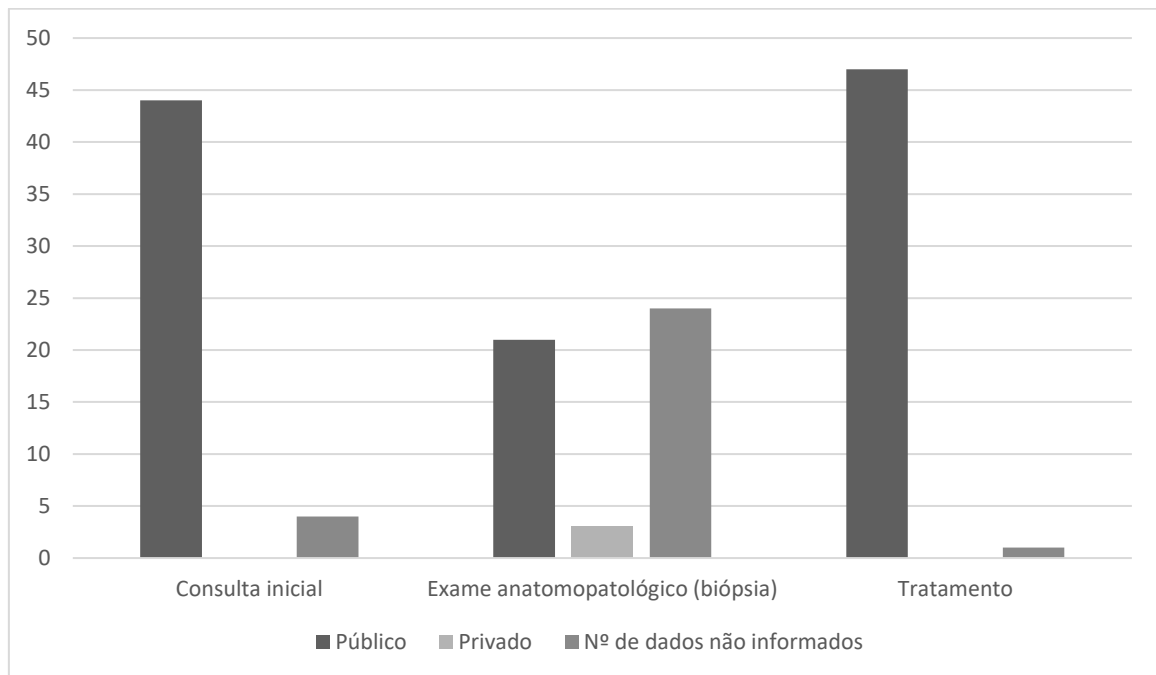
Variáveis	Intervalo do paciente			Intervalo de diagnóstico			Intervalo pré-tratamento		
	Min.-máx	Mediana	II	Min.-máx	Mediana	II	Min.-máx	Mediana	II
	1 - 48	6,00	9	0 – 65,7	0	1,03	0 – 15,8	1	2,6

Fonte: próprio autor.

Min., mínimo. Máx., máximo. II, intervalo interquartilico.

Foi identificado nos prontuários que os pacientes já iniciavam a consulta no hospital (n=42, 87,5%) ou chegavam através de encaminhamentos (n=2, 4,1%), concluindo que 91,6% (n=44) das consultas iniciais ocorreram em serviço público. Em relação ao resultado dos exames anatomopatológicos, apenas 27 laudos (56,2%) estavam disponíveis nos prontuários. Dos laudos identificados, 16 (33,3%) foram produzidos pelo Serviço de Anatomia-Patológica do HUCAM, 5 (10,4%) pelo Serviço de Anatomia-Patológica Bucal do Curso de Odontologia da UFES, e 3 (6,25%) por uma clínica privada. Além da modalidade cirúrgica, alguns casos necessitaram de radioterapia e/ou quimioterapia complementar, resultando no encaminhamento dos pacientes para o Hospital Santa Rita de Cássia, que também faz atendimento pelo SUS, sendo o serviço público ofertado em grande parte dos tratamentos (n=47, 97,8%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição dos casos atendidos no serviço público ou privado.



A análise da associação entre as variáveis estudadas e os intervalos de tempo (Tabela suplementar 1) evidenciou que indivíduos pardos ($p=0,046$) e a hipótese diagnóstica clínica de CEC ($p=0,042$) estavam associados a um menor intervalo de percepção do paciente. Também houve tendência a associação entre a localização C00 e o menor intervalo de percepção do paciente ($p=0,053$) (Tabela suplementar 1).

4.1.4. DISCUSSÃO

As características sociodemográficas, clínicas e itinerário dos pacientes diagnosticados com CEC oral foram investigados de forma a traçar uma trajetória a fim de identificar possíveis lacunas que impedem o diagnóstico oportuno da doença.

É notório que o perfil do paciente diagnosticado com CEC compreende homens, pardos, da 4ª a 6ª décadas de vida, com ensino fundamental incompleto, tabagista e etilista, e com presença de sintomas. Os resultados encontrados são compatíveis com estudos semelhantes referentes ao Brasil (3, 8, 9, 18) e em outras regiões do mundo, como América do Sul e Ásia (19, 20, 21).

Assumiu-se que o ponto de partida itinerário de grande parte dos pacientes começou através do sistema público até chegarem ao hospital universitário. Um estudo conduzido no Congo identificou um padrão na busca pela cura de uma determinada doença: iniciando pela automedicação e/ou obtenção de remédios sem exigência de receita na farmácia, a partir da provável dedução do que seria, com base no seu conhecimento prévio. Em seguida, optavam por um curandeiro tradicional da região, apelando para as práticas religiosas. Por fim, com o insucesso das alternativas anteriores, recorriam aos serviços de saúde mais próximo de sua residência. Essas decisões influenciadas pelos custos e recursos que aquele indivíduo dispunha, não sendo uma realidade exclusiva daquela região e se estendendo para outros lugares, até mesmo países (22).

Devido à falta de registro da Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem do paciente, possível lugar onde ocorreu a consulta inicial, tal circunstância influenciou diretamente na avaliação do intervalo do diagnóstico, o que também pode refletir uma falha organizacional no trabalho municipal integrado. Azzolini et al. alertam que a descontinuidade dos dados pode causar aumentos nos custos hospitalares, induzir a erros médicos e até mesmo recidivas. Por meio de auditorias internas em um hospital universitário, observou-se melhoras com escores acima de 50% em todas as categorias analisadas nos registros, aperfeiçoando a qualidade dos prontuários e crescimento profissional, itens fundamentais para a melhora da prestação de serviços nas instituições de saúde (22).

O itinerário terapêutico da presente pesquisa foi dividido em intervalos, visto que o caminho percorrido pelo paciente até o momento em que se inicia o tratamento de câncer pode gerar atraso e influencia no prognóstico e na sobrevida (9). As preocupações e investimentos na busca pela detecção precoce do câncer ocorrem em vários países, se adaptando aos desafios de seus respectivos sistemas de saúde, não sendo diferente no Brasil, com influência em pesquisas retrospectivas, tornando a busca pelos dados mais complexas e nem sempre lineares (14). Seone et al. apurou estudos que constatarem aumento da mortalidade através da associação entre intervalos de tempo e atraso no diagnóstico de câncer na cavidade oral (15). No presente estudo, os intervalos foram definidos conforme a realidade, o local de coleta e a disponibilidade de dados.

O tempo de percepção do primeiro sintoma até a procura do profissional foi de 1 mês até 48 meses, com mediana de 6 meses, corroborando estudos prévios (7, 23) em que foi visto que os pacientes podem levar de 2 a 5 meses até procurar ajuda, por falta de conhecimento ou por receio do diagnóstico, indicando que o paciente desconhece a dimensão da gravidade de uma lesão potencialmente maligna quando ela surge na cavidade oral (7, 23). Na busca pela identificação precoce dessas lesões, pode-se contar com o apoio de outros profissionais da área da saúde, principalmente os Agentes Comunitários da Saúde (ACS), inseridos através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para realizar esse primeiro contato e fortalecer o elo entre usuário e assistência da Atenção Primária à Saúde (APS) nas UBS (24). Além disso, Vargas et al. aponta a importância da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na APS, atestando que a baixa proporção de cobertura em regiões mais vulneráveis da sociedade com baixo índice socioeconômico e de desenvolvimento humano influencia no diagnóstico tardio, criando uma barreira geográfica (25). O HUCAM, localizado na capital, é um centro de referência no estado do Espírito Santo em tratamento oncológico de câncer de cabeça e pescoço em nível de atenção secundária à saúde, pertencente a região Sudeste, apontada como uma das regiões com mais especialistas em cirurgia de cabeça e pescoço, o que configura um caminho longo a ser percorrido para quem vem do interior ou de outras regiões do país (26).

O tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico definitivo foi cerca de 1,3 mês, enquanto a partir do diagnóstico até o início do tratamento foi de 1,8 mês. Esses intervalos de tempo se mostram satisfatórios segundo a Lei 12.732/2012, que dispõe sobre os prazos concedidos aos pacientes diagnosticados com câncer: quando a principal hipótese diagnóstica for de origem neoplásica maligna, os exames adequados devem ser feitos em até 30 dias, e a partir do diagnóstico definitivo, o tratamento deve ser iniciado em até 60 dias (17). Na Inglaterra, esse prazo é ainda mais reduzido: pacientes com suspeita de câncer devem receber atendimento especializado em até 14 dias, um exemplo a ser seguido por outras nações (27). França et al. informa que, mesmo após a nova lei instituída, as diferenças foram mais acentuadas somente a partir do ano de 2018, sendo a região Sudeste com maiores proporções (60,1%) para início de tratamento em até 60 dias em 2019 (28). O que se pode inferir a partir dos dados coletados, é que quando o paciente chega a um serviço de saúde os intervalos tendem a ser adequados, de acordo com a legislação brasileira.

Contudo, o tempo que o paciente dispõe até a primeira consulta (intervalo do paciente) parece ser o ponto frágil, e pode refletir a necessidade de maior informação em linguagem acessível e medidas para facilitar o acesso aos serviços de saúde, principalmente envolvendo o agente comunitário.

No perfil sociodemográfico, a idade coletada do atual estudo é referente ao momento de registro da 1ª consulta, dispostas conforme os perfis clássicos encontrados na literatura (3, 8, 19, 21). No entanto, apesar da idade avançada estar ligada ao surgimento dessa lesão, há registros de idades inferiores a 4ª década de vida concomitante com outros fatores de risco, dados que se mostram mais evidentes a cada ano (18, 29). A maioria dos casos em homens pode refletir o estilo de vida, com abuso de álcool e tabaco, bem como a negligência com os cuidados à saúde (30). Mas há indícios de aumento da prevalência da doença em mulheres, como em não usuárias de álcool e tabaco abaixo dos 40 anos de idade, e idosas com Leucoplasia Verrucosa Proliferativa com evolução para carcinoma (31, 32, 33, 34). Indivíduos pardos também foram a maioria, o que permitiu identificar associação entre a cor e o menor intervalo do paciente, um reflexo da atual formação da sociedade brasileira, onde grande parte se autodeclara parda no Brasil segundo o Censo Demográfico, consequência da miscigenação entre colonizadores, escravizados e os povos originários do nosso país na época do colonialismo (3, 18, 35, 36).

O ensino fundamental incompleto foi o nível de escolaridade que mais prevaleceu, um dos assuntos que pode estar ligado ao letramento em saúde, já que quanto menor o nível educacional, maior as limitações sobre o conhecimento da própria saúde e os cuidados necessários, inclusive no surgimento e desenvolvimento do CEC (37). Por isso, reforçar as estratégias de letramento em saúde e o acompanhamento longitudinal no SUS são necessárias para que o paciente se mantenha presente rotineiramente na atenção primária, bem como para os profissionais de saúde que tenham a percepção de que nem todos possuem entendimento sobre o bem-estar, adaptando, instruindo e ensinando aos usuários da rede pública, independente da escolaridade (38).

Hábitos deletérios como tabagismo e etilismo foram identificados nas fichas dos pacientes. O fato do tabaco e do álcool serem os principais fatores de risco, especialmente no Brasil, se devem ao fato dos hábitos culturais adquiridos na época

do colonialismo, devido à alta produção de tabaco, considerado uma mercadoria valiosa com propriedades medicinais, e da produção da cana-de-açúcar, com alto poder econômico e capacidade de vício, produzidos e consumidos pelos próprios escravizados, perpetuando esse hábito e impactando na epidemiologia dos cânceres de cabeça e pescoço (36). A exposição solar, bastante associada ao câncer de lábio, pode ser determinada com base no estilo de vida do paciente, principalmente se a sua profissão, em especial aquelas praticadas a céu aberto, apresenta algum risco (2). No entanto, apesar da profissão ser um dos tópicos a ser preenchido na ficha cadastral do paciente, 77,0% das fichas não continham essa informação, detalhe já observado em outro estudo realizado no estado, no qual também apresentou dados ausentes (39).

Alguns desses dados sociodemográficos, como ocupação, pretensão salarial, baixo nível educacional e privação social, são considerados como determinantes sociais, apresentando associações significativas com o aparecimento do CEC na cavidade oral. Portanto, o contexto socioeconômico em que o indivíduo está inserido pode determinar o surgimento do câncer de boca (40). Propõe-se que esses tópicos sejam mais explorados em investigações futuras.

Apenas metade das fichas continham registros dos sintomas relatados pelos pacientes, como dor, sangramento espontâneo e dificuldade na fala e deglutição. Há estudos que evidenciam a correlação entre os sintomas e o diagnóstico tardio do CEC, enfatizando a importância da conscientização sobre essa doença, principalmente pelo fato dela inicialmente se manifestar como uma lesão indolor. Seja pela baixa condição socioeconômica, ou pela carência de estratégias que alertem a população, a falta de conhecimento sobre os estágios iniciais do câncer, que impedem a busca por um profissional adequado, pode corroborar para um tratamento mais invasivo e um mau prognóstico (8, 23, 26, 41).

Em relação às características clínicas, o local mais afetado foi a língua (C02), localização mais prevalente para o CEC, encontrando também em outros estudos (18, 23, 26, 42, 43). As lesões de lábio mostraram tendência de associação com o maior intervalo do paciente, apesar de serem tumores de comportamento indolente e localização visível, que costumam ser mais facilmente percebidos pelo paciente,

conhecidos ou profissionais (2). Por outro lado, justamente por ter crescimento lento, o paciente pode demorar a procurar ajuda, pensando não se tratar de algo grave.

O tipo de lesão fundamental mais encontrada foi a úlcera, manifestação clínica mais frequente em estágios mais avançados da lesão (44), o que pode ter influenciado para que a hipótese diagnóstica inicial fosse CEC na maioria dos casos, levando à conduta terapêutica mais célere, o que levou à associação com o intervalo do paciente. Além disso, foram identificados alguns casos de recidiva, que acontecem em razão do CEC se caracterizar como uma neoplasia agressiva e com grande capacidade de metástase para linfonodos (45).

A biópsia incisional, método padrão-ouro no diagnóstico em casos de câncer de boca, foi a alternativa mais escolhida nesse estudo, assim como em anteriores (27, 45). Após a biópsia e exame anatomopatológico, é determinado o estadiamento clínico do tumor, através do sistema TNM (Tumor-Linfonodo-Metástase), onde os tumores são agrupados em estágios (I, II, III e IV), o que possibilita prever o prognóstico e o melhor tratamento a ser instituído (46, 47). A classificação TNM utilizada nas fichas de acompanhamento seguem a 7ª versão, apesar de já existir a 8ª, mas com pequenas alterações (46). O estadiamento dos tumores encontrados mostrou-se bem distribuído entre os quatro estágios, no entanto, mais da metade os casos (52,0%) não pôde ser identificada nos registros médicos, um item já observado em outro estudo, o que pode comprometer a análise de uma variável importante, pois determina o tratamento e a gravidade do caso (39). Dessa forma, recomenda-se que seja priorizado o registro do TNM e do estadiamento do tumor de forma sistemática nos prontuários médicos, problema já observado em um estudo anterior.

A modalidade de tratamento mais aplicada foi a cirurgia isolada, em quase $\frac{3}{4}$ dos casos. É preciso ressaltar que o atendimento em Cabeça e Pescoço no HUCAM não se limita aos casos oncológicos, ofertando para os casos de neoplasia maligna o tratamento cirúrgico de rotina, sendo que os casos que necessitam de terapia adjuvante são redirecionados pelo sistema público para outro hospital, com estrutura para radioterapia e quimioterapia. Portanto, o presente estudo apresenta maior prevalência em estágios iniciais, pois casos diagnosticados em estágios mais avançados, que necessitam de terapia neoadjuvante, seriam diretamente referenciados para outra instituição. Além disso, conforme aumenta a complexidade

do tratamento, também aumentam os custos, dessa forma quanto mais avançado o estágio da lesão, maiores os custos do tratamento (48). No Reino Unido, esses gastos podem variar de 6 mil a 45 mil reais gastos para cada paciente de acordo com a complexidade do caso (49). Já no Brasil, o gasto total com cânceres de boca entre os anos de 2008 a 2016 foi de 495,6 milhões de reais, tendo a cada 1.000 habitantes o custo relativo de 22 mil reais entre os homens e 7 mil reais entre as mulheres. Esses gastos incluem os custos ambulatoriais, de internação, serviços hospitalares e profissionais, além de procedimentos clínicos, com destaque justamente para as modalidades de tratamento radioterapia e quimioterapia. Além disso, dentre as cinco regiões do país, o Sudeste foi o que apresentou maiores gastos (48).

Assim como em estudos que analisam dados secundários, o presente estudo possuiu limitações, como dados perdidos ou não informados, estando sujeito a viés de memória, o que reforça a necessidade de um aperfeiçoamento no registro e atualização dessas informações. A completude dos dados encontrados é um tópico a ser discutido, visto que algumas variáveis importantes para a análise e compreensão do trabalho não estavam disponíveis. Dados como exposição solar e serviço ofertado na primeira consulta foram definidos conforme interpretação dos dados disponíveis, como local de residência, localização do CEC ou profissão ao ar livre e fichas de encaminhamento ou acompanhamento, gerando possíveis vieses de informação. A análise do estadiamento também foi comprometida, uma vez que estavam incompletas, dificultando a comunicação interprofissional, ponto chave para a condução do tratamento e evolução do paciente.

4.1.5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a análise do carcinoma escamocelular na cavidade oral, a partir do perfil sociodemográfico e clínico de uma população do Espírito Santo, contribui para uma compreensão mais ampla do câncer de boca no Brasil e pode orientar políticas de prevenção e tratamento. A investigação do itinerário diagnóstico e terapêutico, por meio de datas estratégicas, evidenciou adequação dos intervalos de diagnóstico e pré-tratamento, com maiores períodos para o intervalo do paciente, que representa o período entre a percepção da lesão até o acesso ao serviço de saúde. Houve tendência de associação do menor intervalo do paciente com lesões de lábio,

mais facilmente detectadas por sua localização extraoral. Os resultados mostram a necessidade de facilitar o acesso ao serviço de saúde do paciente com suspeita ou sob risco de desenvolver câncer de boca, aumentar a conscientização sobre as manifestações iniciais dessa neoplasia, bem como a qualificação do cuidado prestado.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao setor de Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes pela disponibilidade do local e fornecimento dos prontuários físicos para a coleta de dados e posterior análise.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES:PDPG-FAPIII (PDPG Parcerias Estratégicas nos Estados III), número do processo: 88887.902106/2023-00.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores da presente pesquisa declaram que não houve conflito de interesses.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que o perfil dos portadores de CEC da cavidade oral no Espírito-Santo são em maioria homens, idade avançada, pardos, com hábitos tabagista e etilista, com nível escolar até o ensino fundamental. A presença de sintomas e sinais foram confirmadas, no qual foi possível identificar grande parte das lesões em região de língua (C02), com aspectos ulcerados e nodulares. Tais características permitiram que os cirurgiões suspeitassem do CEC, confirmando após exame anatomopatológico, coletado através de biópsia, a maioria incisional. O estadiamento apresentou inconsistências, e a cirurgia foi o tratamento mais escolhido. Ocorreram casos de recidiva da lesão. O serviço mais ofertado foi o público em relação as instituições que ocorreram a primeira consulta e o tratamento.

O intervalo do paciente obteve mediana de 6 meses até procurar atendimento especializado. O intervalo do diagnóstico obteve mediana de 0,3 meses até o resultado definitivo e o intervalo pré-tratamento obteve mediana de 1 mês até o início do mesmo, itinerário satisfatório de acordo com a lei brasileira. Foram encontradas associações entre as duas variáveis cor de pele e diagnóstico clínico com menor período de tempo no intervalo do paciente. Também foi encontrado associação entre lesões em estágio I e II e a escolha de tratamento.

Com bases nos resultados achados, fica evidente que a completude dos dados é essencial para uma perspectiva mais assertiva dessa neoplasia maligna. A ausência de informações compromete a qualidade das intervenções terapêuticas, assistência prestada e o avanço do conhecimento sobre a doença. Além disso, atrapalha a elaboração de políticas públicas direcionadas e a alocação adequada de recursos, especialmente em regiões onde a incidência e a mortalidade por câncer bucal são elevadas. Do ponto de vista clínico, a falta de dados pode interferir diretamente no planejamento individualizado do tratamento, impactando negativamente o prognóstico e a sobrevida dos pacientes.

As descrições dos padrões e tendências dessa doença fornecem informações epidemiológicas que podem direcionar políticas para melhor conduta de prevenção e tratamento. O perfil sociodemográfico e clínico das lesões de CEC na cavidade oral numa população espírito-santense contribui para a formação de uma visão detalhada e mais ampla sobre o câncer de boca no Brasil, a partir de um estado da região

Sudeste. Acrescentado a isso, a investigação do itinerário diagnóstico e terapêutico do paciente informa sobre o panorama de desfecho do diagnóstico e tratamento, através de datas estratégicas que tornam o rigor metodológico mais assertivo.

6. REFERÊNCIAS

- ABATI, S.; BRAMATI, C.; BONDI, S.; LISSONI, A.; TRIMARCHI, M. Oral cancer and precancer: a narrative review on the relevance of early diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*, v. 17, n. 24, p. 9160, 2020.
- AL-SHARIF, R. M.; BATWA, D. Y.; ALOTAIBI, T. N.; ALWADAI, N. M.; ALSHARIF A. H.; AZHAR N. A.; MOULANA, S. M.; ALTHOBAITI, M. Y.; BAYYUMI, D. F.; ALZAHIRANI, W. I. Epidemiology and types of oral cancer. *Int J Community Med Public Health*, v. 9, n. 2, p. 1017-1022, 2022.
- ANWAR, N.; PERVEZ, S.; CHUNDRIGER, Q.; AWAN, S.; MOATTER, T.; ALI, T. S. Oral cancer: Clinicopathological features and associated risk factors in a high risk population presenting to a major tertiary care center in Pakistan. *PLoS One*, v. 15, n. 8, p. e0236359, 2020.
- AZZOLINI, E.; FURIA, G.; CAMBIERI, A.; RICCIARDI, W.; VOLPE, M.; POSCIA. Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. *J Prev Med Hyg*, v. 60, n. 3, p. E250–E255, 2019.
- BRABYN, P. J.; NAVAL, L.; ZYLBERBERG, I.; MUÑOZ-GUERRA, M. F. Oral squamous cell carcinoma after dental implant treatment. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*, v. 40, n. 4, p. 176-186, 2018.
- BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 23 nov. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: Condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRITO, R. T.; PERAZZO M. F.; PEIXOTO, T. S.; WEEGE-NONAKA, C. F.; COSTA, E. M. M. B.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Profile of patients and factors related to the clinical staging of oral squamous cell carcinoma. *Rev Salud Publica*, v. 20, n. 2, p. 221-225, 2018.
- CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CHOW, Laura Q. M. Head and Neck Cancer. *N Engl J Med*, v. 382, n. 1, p. 60-72, 2020.
- DAHLSTROM, Kristina Riss. The association of sexual behavior with oropharyngeal cancer and correlations with HPV-16 serologic status. Dissertation (Master of Science) –School of Public Health, The University of Texas. Houston, Texas, 2007.
- DIARRA, T.; OKEIBUNOR, J.; DIALLO, A. B.; ONYENEHO, N.; RODRIGUE, B.; YAO, M. N. K.; YOTI, Z.; FALL, I. S. Therapeutic Itineraries, Therapeutic Itinerances in Democratic Republic of Congo. *J Immunol Sci*, v. 12, suppl. 3, p. 88-101, 2023.
- DU, M.; NAIR, R.; JAMIESON, L.; LIU, Z.; BI, P. Incidence trends of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers: global burden of disease 1990-2017. *J Dent Res*, v. 99, n. 2, p. 143-151, 2020.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Serviços ofertados. In: HUCAM-UFES. Hospitais universitários / região sudeste / saúde / serviços ofertados. Brasília, DF: EBSERH, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hucam-ufes/saude/servicos-ofertados>.

Acesso em: 10 out. 2025.

ELAIWY, O.; EL ANSARI, W.; ALKHALIL, M.; AMMAR, A. Epidemiology and pathology of oral squamous cell carcinoma in a multi-ethnic population: Retrospective study of 154 cases over 7 years in Qatar. *Ann Med Surg*, v. 60, p. 195-200, 2020.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; LAVERSANNE, M.; COLOMBET, M.; MERY, L.; PIÑEROS, M.; ZNAOR, A.; SOERJOMATARAM, I.; BRAY, F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2024. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [14 April 2025].

FRANÇA, M. A. S. A.; NERY, N. G.; ANTUNES, J. L. F.; FREIRE, M. C. M. Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019. *Cad Saúde Pública*, v. 37, p. 10, p. e00293220, 2021.

GALLAGHER, K. P. D.; VARGAS, P. A.; SILVA, A. R. S. The use of E-cigarettes as a risk factor for oral potentially malignant disorders and oral cancer: a rapid review of clinical evidence. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 29, n. 1, p. e18-e26, 2024.

GANAPATHY, V.; MANYANGA, J.; BRAME, L.; MCGUIRE, D.; SADHASIVAM, B.; FLOYD, E.; RUBENSTEIN, D. A.; RAMACHANDRAN, I.; WAGENER, T.; QUEIMADO, L. Electronic cigarette aerosols suppress cellular antioxidant defenses and induce significant oxidative DNA damage. *PLoS One*, v. 12, n. 5, p. e0177780, 2017.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Salúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIGLIOTTI, J.; MADATHIL, S.; MAKHOUL, N. Delays in oral cavity cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v. 48, n. 9, p. 1131-1137, 2019.

GOLDEMBERG, D. C.; DE ARAUJO, L. H. L.; ANTUNES, H. S.; DE MELO, A. C.; THULER, L. C. S. Tongue cancer epidemiology in Brazil: incidence, morbidity and mortality. *Head and Neck*, v. 40, n. 8, p. 1834–1844, 2018.

HARRIS, S. L.; KIMPLE, R. J.; HAYES, D. N.; COUCH, M. E.; ROSENMAN, J. G. Never-smokers, never-drinkers: unique clinical subgroup of young patients with head and neck squamous cell cancers. *Head Neck*, v. 32, n. 4, p. 499-503, 2010.

HOFFMAN, S. J.; POIRIER, M. J. P.; KATWYK, S. R. V.; BARAL, P.; SRITHARAN, L. Impact of the who framework convention on tobacco control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ*, v. 365, p. l2287, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Alfabetização - Resultados do universo.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade: Resultados do universo.

Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

International Agency for Research on Cancer. Oral cancer prevention. IARC Handbooks of Cancer Prevention, v. 19. Lyon: IARC, 2023.

JOHNSON, D. E.; BURTNES, B.; LEEMANS, C. R.; LUI, V. W. Y.; BAUMAN, J. E.; GRANDIS, J. R. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*, v. 6., n.1, p. 92, 2020.

KATO, M. G.; BAEK C. H.; CHATURVERDI, P.; GALLAGHER, R.; KOWALSKI, L. P.; LEEMANS, C. R.; WARNAKULASURYA, S.; NGUYEN, S.; DAY, T. A. Update on oral and oropharyngeal cancer staging – International perspectives. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, v. 6 n. 1, p. 66–75, 2020.

LEWIS, M. A. O. Mouth cancer: presentation, detection and referral in primary dental care. *Br Dent J*, v. 225, p. 833–840, 2018.

LOPES-JUNIOR, L. C.; DELL'ANTONIO, L. S.; PESSANHA, R. M.; DELL'ANTONIO, C. S.; SILVA, M. I.; SOUZA, T. M.; GRASSI, J. Completeness and Consistency of Epidemiological Variables from Hospital-Based Cancer Registries in a Brazilian State. *Int J Environ Res Public Health*, v. 19, n. 19, p. 12003, 2022.

LINS, L. S.; BEZERRA, N. V.; FREIRE, A. R.; ALMEIDA, L. D.; LUCENA, E. H.; CAVALCANTI, Y. W. Socio-demographic characteristics are related to the advanced clinical stage of oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 24, n. 6, p.e759–e763, 2019.

LISBOA, L. J.; AMORIM, M. M.; PIRES, A. L. P. V.; OLIVEIRA, A. C. B.; CALUMBY, R. T.; FREITAS, V. S. Perfil Epidemiológico e Fatores Relacionados ao Câncer de Cavidade Oral em Adultos Jovens Brasileiros e sua Relação com o Óbito, 1985-2017. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v 68, n. 2, p. e-142063, 2022.

LIU, T. P. J.; FISHER, B. M.; CHUA, B.; CLARK, J. R.; LOW, T. H. H.; BATSTONE, M. D. Survival outcomes following modern multidisciplinary management of oral squamous cell carcinoma in Australia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, v. 131, n. 1, p. 92-98, 2021.

MARQUES, S., R., L.; LEMOS, S., M., A. Health literacy and associated factors in adults primary care users. *Trab Educ Saúde*, v. 16, v. 2, p. 535-559, 2018.

MARUR, S.; D'SOUZA, G.; WESTRA, W. H.; FORASTIERE, A. A. HPV-associated head and neck cancer: a vírus-related cancer epidemic – a review of epidemiology, biology, vírus detection and issues in management. *Lancet Oncol*, v. 11, n. 8, p. 781-789, 2010.

MARTINS, B. N. F. L.; SANTOS, E. S.; FONSECA, F. P.; JUNIOR, W. N. W.; OLIVEIRA, T. B.; MARTA, G. N.; CHAVES, A. L. F.; RIBEIRO, A. C. P.; YUSUF, O. A.; CURADO, M. P., et al. The impact of colonialism on head and neck cancer in Brazil: a historical essay focussing on tobacco, alcohol and slavery. *Lancet Reg Health Am*, v. 31, p. 100690, 2024.

MARTINS, J. D.; ANDRADE, J. O. M.; FREITAS, V. S.; ARAÚJO, T. M. Social determinants of health and the occurrence of oral cancer: a systematic literature review. *Rev Salud Pública*, n. 16, v. 5, p. 786-798, 2014.

MILANI, V.; ZARA, A. L. S. A.; DA SILVA, E. N.; CARDOSO, L. B.; CURADO, M. P.; RIBEIRO-ROTTA RF. Direct healthcare costs of lip, oral cavity and oropharyngeal cancer in Brazil. *PLoS One*, v. 16, n. 2, p. e0246475, 2021.

MIRANDA-FILHO, A.; BRAY, F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. *Oral Oncol*, v. 102, p. 104551, 2020.

MUALLAH, D.; MATSCHKE, J.; MUALLAH, S.; KLIMOVA, A.; KROSCHWALD, L. M.; SCHRÖDER, T. A.; LAUER, G.; HAIM, D. Socioeconomic disparities between oral cavity cancer patients in Germany. *Front Public Health*, v. 10, p. 831479, 2022.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; CHI, A. C. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 5th ed. Missouri: Elsevier, 2023.

NOVAES, T. S. G.; SOARES R. P.; STEFANINI, A. R.; SIMONATO, L. E. Lesão maligna em lábio: do diagnóstico ao tratamento. *Arch Health Invest*, v. 8, n. 9, p. 506-509, 2019.

OLIVEIRA M. L. C.; WAGNER P. V.; SANT'ANA FILHO, M.; CARRARD, V. C.; HUGO, F. N.; MARTINS, M. D. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. *Braz Oral Res*, v. 29 n. 1, 2015.

ONIZAWA, K.; NISHIHARA, K.; YAMAGATA, K.; YUSA, H.; YANAGAWA, T.; YOSHIDA, H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol*, v. 39, n. 8, p. 781-788, 2003.

PALAIA, G.; BELLISARIO, A.; PAMPENA, R.; PIPPI, R.; ROMEO, U. Oral proliferative verrucous leukoplakia: progression to malignancy and clinical implications – systematic review and meta-analysis. *Cancers*, v. 13, n. 16, p. 4085, 2021.

REN Z. H.; HU C. Y.; HE H. R.; LI Y. J.; LYU J. Global and regional burdens of oral cancer from 1990 to 2017: Results from the global burden of disease study. *Cancer Commun*, v. 40, n. 2-3, p. 81-92, 2020.

RIBEIRO, K. R. B.; JÚNIOR, C. L.; MARINHO, S. A.; CARVALHO, S. H. G.; AGRIPINO, G. G.; SARMENTO, D. J. S. Epidemiological profile of young patients with squamous cell carcinoma in northeast Brazil. *J Invest Clin Dent*, v. 10, n. 4, p. e12436, 2019.

ROY, D.; SELVARAJU, T.; BORDOLOI, B.; PATHAK, B.; AHLUWALIA, D. Profiling of Oral Squamous Cell Carcinoma of Lower Assam Region - A Hospital-Based Retrospective Study. *Contemp Clin Dent*, v. 15, n. 4, p. 240-243, 2024.

SANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; AMARASINGHE, H.; SUBRAMANIAN, S.; JOHNSON, N. *Oral Cancer: Prevention, Early Detection, and Treatment*. 3th ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2015.

SANTANA, J. V. A.; ALVES P. E. F. A.; JESUS, V. L.; MARTINS, L. S.; SOARES, E. S.; BARRETO, L. R.; VALENTE, A. L. P.; CERQUEIRA, L. D. M. O uso de biomarcadores salivares para o diagnóstico do carcinoma escamocelular oral: uma revisão sistemática. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 1, p. 51–68, 2023.

SILVA, A. S.; SILVA M. S.; SILVA A. S. Oral cancer in Brazil: Epidemiology and clinical features of Squamous cell Carcinoma, 2009-2019. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n.3, p.8814-8828, 2023.

SILVA, E. B. A.; ZANIN, L.; OLIVEIRA, A. M. G.; FLÓRIO, F. M. Community-based health workers: Knowledge about oral health and associated factors. *Cad Saúde Pública*, v. 29, n. 2, p. 226-237, 2021.

SEOANE, J.; ALVAREZ-NOVOA P.; GOMEZ, I.; TAKKOUCHE B.; DIZ P.; WARNAKULASIRUYA S.; SEOANE-ROMERO J. M.; VARELA-CENTELLES, P. Early oral cancer diagnosis: the Aarhuns statement perspective. A systematic review & meta-analysis. *Head and Neck*, v. 38, n. S1, p. E2182-E2189, 2015.

SOARES, E. C.; NETO, B. C. B.; SANTOS, L. P. S. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, v. 64, n. 3, p. 192-198, 2019.

SOARES, J. M. A.; SILVA, G. W.; BELLIGOLLI, L. Q. G.; NUNES, L. L.; BRETAS, P. M. C.; NETO, S. C. P.; SANTOS, V. B. Por que tratamos câncer de boca em estádios avançados? *Rev Med Minas Gerais*, v. 25, n. 3, p. 395-399, 2015.

SOUSA, A. C. C.; FRANÇA, A. A. M. S.; RODRIGUES, A. G. L.; ERICEIRA, F. T.; RODRIGUES, T. A.; SILVA, V. G. S.; CUNHA, L. D. Impactos Do Uso De Cigarro Eletrônico Na Prevalência Do Câncer Bucal: Revisão De Literatura. *Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB*, v. 3, n. 1, 2023.

SPEIGHT, P. M.; PALMER, S.; MOLES, D. R.; DOWNER, M. C.; SMITH, D. H.; HENRIKSSON, M.; AUGUSTOVSKI, F. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technol Assess*, v. 10, n. 14, p. 1-144, 2006.

VARGAS, D. G. M; PROBST, L. F.; CUNHA, A. R.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; ZAFALON, E. J.; PEREIRA, P. Z.; DE-CARLI, A. D. Inclusion of oral health teams in primary health care promotes early diagnosis of oral and oropharyngeal cancers: a nationwide study. *BCM Oral Health*, v. 21, n. 1, p. 312, 2021.

WARNAKULASURIYA, Saman. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncol*, v. 46, n. 6, p. 407-410, 2010.

WARNAKULASURIYA, Saman. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*, v. 45, n. 4-5, p. 309-316, 2009.

WELLER, D.; VEDSTED, P.; RUBIN, G.; WALTER, F. M.; EMERY, J.; SCOTT, S.; CAMPBELL, C.; ANDERSEN, R. S.; HAMILTON, W.; OLESEN, F.; ROSE, P.; NAFEEES, S.; VAN RIJSWIJK, E.; HIOM, S.; MUTH, C.; BEYER, M.; NEAL, R. D. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer*, v. 106, n. 7, p. 1262-7, 2012.

WHO Classification of Tumours. Head and neck tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2022.

APÊNDICE A – MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela Suplementar 1. Resultado da investigação da associação entre as variáveis e os intervalos de tempo no período de 2015 a 2023.

Variável	Categorias	I. paciente		p-valor	I. diagnóstico		p-valor	I. pré-tratamento		p-valor
		0-6m n (%)	➤ 6m n (%)		0-30d n (%)	>30d n (%)		0-60d n (%)	>60d n (%)	
Idade	40-59 anos	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0,761	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0,465	7 (53,8%)	6 (46,2%)	1,000
	>60 anos	11 (57,9%)	8 (42,1%)		10 (58,8%)	7 (41,2%)		8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Sexo	Masculino	18 (62,1%)	11 (37,9%)	0,173	17 (70,8%)	7 (22,9%)	0,692	12 (57,1%)	9 (42,9%)	0,670
	Feminino	4 (36,4%)	7 (63,6%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Cor	Branco	4 (30,8%)	9 (62,9%)	0,046	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,271	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0,433
	Pardo	18 (66,7%)	9 (33,3%)		14 (60,9%)	9 (39,1%)		11 (61,1%)	7 (38,9%)	
Escolaridade	Analfabeto	4 (66,7%)	2 (33,2%)	0,977	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,165	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0,841
	Ens. Fund. Incompleto	6 (54,5%)	5 (45,5%)		10 (76,9%)	3 (23,1%)		6 (54,5%)	5 (45,5%)	
	Ens. Fund. Completo	5 (50,0%)	5 (50,0%)		4 (57,1%)	3 (42,9%)		3 (42,9%)	4 (57,1%)	
	Ens. Médio Completo	4 (50,0%)	4 (50,0%)		5 (100,0%)	0 (00,0%)		3 (60,0%)	2 (40,0%)	
	NI	3 (60,0%)	2 (40,0%)		3 (60,0%)	2 (40,0%)		3 (75,0%)	1 (25,0%)	
Tabagismo	Sim	11 (68,8%)	5 (31,3%)	0,399	8 (66,7%)	4 (33,3%)	1,000	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0,842
	Não	3 (33,3%)	6 (66,7%)		7 (70,0%)	3 (30,0%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)	
	Ex	6 (50,0%)	6 (50,0%)		7 (63,6%)	4 (36,4%)		4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	NI	2 (66,7%)	1 (33,3%)		1 (100,0%)	0 (00,0%)		1 (100,0%)	0 (00,0%)	

Etilismo	Sim	10 (58,8%)	7 (41,2%)	0,423	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0,695	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,178
	Não	4 (36,4%)	7 (63,6%)		8 (80,0%)	2 (20,0%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)	
	Ex	6 (75,0%)	2 (25,0%)		4 (57,1%)	3 (42,9%)		1 (16,7%)	5 (83,3%)	
	NI	2 (50,0%)	2 (50,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)		1 (100,0%)	0 (00,0%)	
Exposição solar	Sim	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0,644	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0,470	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,423
	Não	3 (75,0%)	1 (25,0%)		1 (33,3%)	2 (66,7%)		0 (00,0%)	2 (100,0%)	
	NI	17 (54,8%)	14 (45,2%)		18 (69,2%)	8 (30,8%)		13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Sintomas	Sim	15 (71,4%)	6 (28,6%)	0,083	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,109	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0,896
	Não	2 (28,6%)	5 (71,4%)		7 (77,8%)	2 (22,2%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)	
	NI	5 (41,7%)	7 (58,3%)		8 (88,9%)	1 (11,1%)		4 (50,0%)	4 (50,0%)	
C00	Sim	2 (22,2%)	7 (77,8%)	0,053	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,384	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,372
	Não	20 (64,5%)	11 (35,5%)		17 (63,0%)	10 (37,0%)		13 (59,1%)	9 (40,9%)	
C02	Sim	15 (65,2%)	8 (34,8%)	0,200	15 (68,2%)	7 (31,8%)	1,000	11 (57,9%)	8 (42,1%)	0,689
	Não	7 (41,2%)	10 (58,8%)		8 (66,7%)	4 (33,3%)		4 (44,4%)	5 (55,6%)	
C03	Sim	0 (NaN)	0 (NaN)	1,000	0 (00,0%)	1 (100,0%)	0,324	1 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000
	Não	22 (55,0%)	18 (45,0%)		36 (51,7%)	11 (41,4%)		14 (51,9%)	13 (48,1%)	
C04	Sim	0 (NaN)	0 (NaN)	1,000	1 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000	1 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000
	Não	22 (55,0%)	18 (45,0%)		22 (66,7%)	11 (33,3%)		14 (51,9%)	13 (48,1%)	

C05	Sim	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0,642	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1,000	1 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000
	Não	20 (57,1%)	15 (42,9%)		22 (68,8%)	10 (31,3%)		14 (51,9%)	13 (48,1%)	
C06	Sim	6 (75,0%)	2 (25,0%)	0,258	4 (66,7%)	2 (33,3%)	1,000	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0,600
	Não	16 (50,0%)	16 (50,0%)		19 (67,9%)	9 (32,1%)		12 (50,0%)	12 (50,0%)	
Lesão fundamental	Mácula	0 (00,0%)	1 (100,0%)	0,763	0 (NaN)	0 (NaN)	0,416	0 (NaN)	0 (NaN)	0,709
	Placa	0 (00,0%)	1 (100,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)	
	Nódulo	5 (55,6%)	4 (44,4%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)		5 (71,4%)	2 (28,6%)	
	Úlcera	11 (52,4%)	10 (47,6%)		14 (70,0%)	6 (30,0%)		15 (32,4%)	3 (20,6%)	
	Vegetante	1 (50,0%)	1 (50,0%)		0 (00,0%)	1 (100,0%)		0 (00,0%)	1 (100,0%)	
	Infiltrativa	3 (75,0%)	1 (25,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)		0 (00,0%)	1 (100,0%)	
	NI	2 (100,0%)	0 (00,0%)		0 (00,0%)	1 (100,0%)		0 (NaN)	0 (NaN)	
Hipótese diagnóstica	CEC	20 (57,1%)	15 (42,9%)	0,042	20 (66,7%)	10 (33,3%)	1,000	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,484
	Outros	0 (00,0%)	3 (100,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)		0 (00,0%)	1 (100,0%)	
	NI	2 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)	
Recidiva	Sim	6 (42,9%)	8 (57,1%)	0,352	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0,899	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0,888
	Não	8 (53,3%)	7 (46,7%)		10 (71,4%)	4 (28,6%)		7 (53,8%)	6 (46,2%)	
	NI	8 (72,7%)	3 (27,3%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		5 (62,5%)	3 (37,5%)	
Estadiamento	I	3 (50,0%)	3 (50,0%)		4 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (100,0%)	2 (100,0%)	

	II	5 (83,3%)	1 (16,7%)		3 (75,0%)	2 (25,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)	
	III	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,289	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,410	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,373
	IV	3 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (66,7%)	1 (33,3%)		3 (100,0%)	0 (00,0%)	
	Insuficiente	3 (60,0%)	2 (40,0%)		3 (75,0%)	1 (25,0%)		1 (25,0%)	3 (75,0%)	
	NI	6 (37,5%)	10 (62,5%)		10 (71,4%)	4 (28,6%)		7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Tratamento	Cirúrgico	15 (50,0%)	15 (50,0%)		17 (70,8%)	7 (29,2%)		10 (47,6%)	11 (52,4%)	
	Cirúrgico + RX e/ou QT	6 (75,0%)	2 (25,0%)	0,285	4 (100,0%)	4 (100,0%)	0,449	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0,655
	RX e/ou QT	1 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)		2 (100,0%)	0 (00,0%)	
	NI	0 (00,0%)	1 (100,0%)		0 (NaN)	0 (NaN)		0 (NaN)	0 (NaN)	
Tipo de biópsia	Incisional	11 (50,0%)	11 (50,0%)		14 (73,7%)	5 (26,3%)		8 (50,0%)	8 (50,0%)	
	Excisional	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0,427	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,697	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0,591
	NI	8 (72,7%)	3 (27,3%)		5 (55,6%)	4 (44,4%)		5 (71,4%)	3 (28,6%)	
Serviço 1ª consulta	Público	18 (50,0%)	18 (50,0%)		20 (64,5%)	11 (35,5%)		13 (52,0%)	12 (48,0%)	
	NI	4 (100,0%)	0 (00,0%)	0,114	3 (100,0%)	0 (00,0%)	0,535	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1,000
Serviço exame	Público	11 (52,4%)	10 (47,6%)		14 (66,7%)	7 (33,3%)		10 (62,5%)	6 (37,5%)	
	Privado	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0,874	2 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000	0 (00,0%)	2 (100,0%)	0,259
	NI	10 (58,8%)	7 (41,2%)		7 (63,6%)	4 (36,4%)		5 (50,0%)	5 (50,0%)	

Fonte: próprio autor.

Teste Qui-quadrado e Exato de Fisher.

NI – Não informado. NaN– Não foi possível determinar estatisticamente devido à distribuição com ausência de dados em uma das células. CEC – Carcinoma Escamocelular. RX – Radioterapia. QT – Quimioterapia.

Tabela Suplementar 2. Resultado da investigação da associação entre as variáveis estudadas e o estadiamento no período de 2015 a 2023.

Variável	Categoria	Estadiamento		p-valor
		Estágio I e II	Estágio II e IV	
Idade	40-59 anos	8 (66,7%)	4 (33,3%)	1,000
	60> anos	7 (58,3%)	5 (41,7%)	
Sexo	Feminino	3 (60,0%)	2 (40,0%)	1,000
	Masculino	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
Cor	Branco	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0,351
	Pardo	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
Escolaridade	Analfabeto	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,774
	Ens. Fund. Incompleto	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
	Ens. Fund. Completo	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
	Ens. Médio	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
	NI	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Tabagismo	Sim	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0,529
	Não	3 (100,0%)	0 (00,0%)	
	Ex	5 (50,0%)	5 (50,0%)	
	NI	1 (100,0%)	0 (00,0%)	
Etilismo	Sim	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0,902
	Não	4 (80,0%)	1 (20,0%)	
	Ex	3 (60,0%)	2 (40,0%)	
	NI	1	0	

		(100,0%)	(00,0%)	
Exposição solar	Sim	1 (100,0%)	0 (00,0%)	1,000
	Não	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
	NI	12 (60,0%)	8 (40,0%)	
Sintomas	Sim	9 (60,0%)	6 (40,0%)	1,000
	Não	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
	NI	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
C00	Sim	0 NaN	0 NaN	1,000
	Não	15 (62,5%)	9 (37,5%)	
C02	Sim	13 (61,9%)	8 (38,1%)	1,000
	Não	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
C03	Sim	0 NaN	0 NaN	1,000
	Não	15 (62,5%)	9 (37,5%)	
C04	Sim	0 NaN	0 NaN	1,000
	Não	15 (62,5%)	9 (37,5%)	
C05	Sim	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,533
	Não	14 (66,7%)	7 (33,3%)	
C06	Sim	3 (60,0%)	2 (40,0%)	1,000
	Não	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
Lesão fundamental	Mácula	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0,152
	Placa	0	0	

		NaN	NaN	
	Nódulo	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
	Úlcera	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
	Vegetante	0 NaN	0 NaN	
	Infiltrativa	3 (100,0%)	0 (0,0%)	
	NI	2 (100,0%)	0 (0,0%)	
Hipótese diagnóstica	CEC	15 (62,5%)	9 (37,5%)	1,000
	Outros	0 NaN	0 NaN	
	NI	0 NaN	0 NaN	
Recidiva	Sim	7 (100,0%)	0 (0,0%)	0,060
	Não	5 (50,0%)	5 (50,0%)	
	NI	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Tratamento	Cirurgia	11 (73,3%)	4 (26,7%)	0,105
	Cirurgia, RX e QT	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
	RX e QT	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
	NI	0 NaN	0 NaN	
Tipo de biópsia	Incisional	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,092
	Excisional	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
	NI	4 (40,0%)	6 (60,0%)	
Serviço 1ª consulta	Público	14 (63,6%)	8 (36,4%)	1,000
	NI	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
Serviço exame	Público	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0,833

	Privado	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
	NI	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
Intervalo do paciente	0-6m	9 (64,3 %)	5 (35,7 %)	1,000
	≥ 6m	4 (66.7 %)	2 (33.3 %)	
Intervalo do diagnóstico	0-30d	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0,162
	>30d	2 (33.3 %)	4 (66.7 %)	
Intervalo pré-tratamento	0-60d	4 (50,0%)	4 (50,0%)	1,000
	>60d	3 (50,0%)	3 (50,0%)	

Fonte: próprio autor.

Teste Qui-quadrado e Exato de Fisher

NI – Não informado. NaN– Não foi possível determinar estatisticamente devido à distribuição com ausência de dados em uma das células. CEC – Carcinoma Escamocelular. RX – Radioterapia. QT – Quimioterapia.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE BOCA NUMA POPULAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Águida Cristina Gomes Henriques Leitão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70565123.3.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.574.275

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal observacional que propõe conhecer o perfil dos pacientes portadores do Carcinoma de células escamosas de boca numa população espírito-santense, atendidos pelo HUCAM, de acordo com suas características sociodemográficas, clínicas e assistenciais, a fim de contribuir com o planejamento de 7 estratégias que favoreçam o diagnóstico precoce e instituição do tratamento nas fases iniciais da doença. Serão incluídos na amostra os pacientes tratados no HUCAM no período de 2014 a 2023.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Caracterizar os carcinomas de células escamosas (CCE) de boca numa população do estado do Espírito Santo de acordo com seus aspectos sociodemográficos, clínicos e itinerários do diagnóstico a terapêutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos por CCE de boca, atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) da UFES;

Delinear o intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico clínico, realização de biópsia e exame anatomopatológico até a instituição do tratamento dos pacientes acometidos por CCE de boca, atendidos no HUCAM.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.574.275

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco

Extravio ou danificação de fichas clínicas, prontuários, lâmina ou bloco de parafina da lesão. Este risco será evitado pelo cuidado, organização e responsabilidade dos profissionais que irão manusear esse material e que já fazem isso rotineiramente: será designado apenas um dos pesquisadores para consultar as fichas clínicas e prontuários dos pacientes. Este realizará esta atividade em sala e mesa apropriados, longe de umidade e ficando estritamente proibida a retirada desses materiais da sala onde encontram-se arquivados. Ao final do período de análise, serão imediatamente devolvidas ao arquivo.

Benefícios:

- Proporcionar o maior conhecimento do perfil dos pacientes acometidos pelo CCE oral aos Cirurgiões Dentistas;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e para o menor tempo decorrido entre o diagnóstico e a instituição do tratamento dessa doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto apresentada e assinada.

Projeto principal apresentado.

Cronograma de execução apresentado.

Orçamento apresentado.

Anuência do Hospital apresentada.

Solicitação de dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido apresentada e assinada.

Termo de sigilo e confidencialidade apresentado e assinado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Salve melhor juízo, projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.574.275

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2162865.pdf	23/10/2023 14:58:52		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_HUCAM.pdf	23/10/2023 14:57:19	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	23/10/2023 14:56:33	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	16/06/2023 10:46:42	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_do_TCLE_CEP.pdf	16/06/2023 10:46:19	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso.pdf	16/06/2023 10:46:01	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/06/2023 10:41:02	Águida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 13 de Dezembro de 2023

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA UNIVERIDADE FEDERAL DA UFES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE BOCA NUMA POPULAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Águida Cristina Gomes Henriques Leitão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70565123.3.3001.5071

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.686.876

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2263883.pdf de 22/02/2024). Trata-se de estudo transversal observacional, baseado em dados registrados nos prontuários dos pacientes que foram submetidos a tratamento oncológico para o CCE oral no período de 2014 a 2023 no HUCAM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar os carcinomas de células escamosas (CCE) de boca numa população do estado do Espírito Santo de acordo com seus aspectos sociodemográficos, clínicos e itinerários do diagnóstico a terapêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco de extravio ou danificação de fichas clínicas, prontuários, lâmina ou bloco de parafina da lesão. Este risco será evitado pelo cuidado, organização e responsabilidade dos profissionais que irão manusear esse material e que já fazem isso rotineiramente: será designado

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.686.876

apenas um dos pesquisadores para consultar as fichas clínicas e prontuários dos pacientes. Este realizará esta atividade em sala e mesa apropriados, longe de umidade e ficando estritamente proibida a retirada desses materiais da sala onde encontram-se arquivados. Ao final do período de análise, serão imediatamente devolvidas ao arquivo.

Benefícios:

- Proporcionar o maior conhecimento do perfil dos pacientes acometidos pelo CCE oral aos Cirurgiões-Dentistas;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e para o menor tempo decorrido entre o diagnóstico e a instituição do tratamento dessa doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal observacional, baseado em dados registrados nos prontuários. Pesquisa unicêntrica. Sem retenção de amostra biológica. Solicita dispensa de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da documentação apresentada, identificou-se que os autores atenderam todas as solicitações realizadas por este CEP. Nesta versão, não foram encontrados óbices éticos que impeçam a aprovação da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório", para que sejam devidamente apreciados no CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.686.876

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2263883.pdf	22/02/2024 18:53:06		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	22/02/2024 18:51:19	Aguida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	23/10/2023 14:56:33	Aguida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_do_TCLE_CEP.pdf	16/06/2023 10:46:19	Aguida Cristina Gomes Henriques Leitão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 05 de Março de 2024

Assinado por:
Fernando Luiz Torres Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br