

Caracterização dos Casos de Câncer de Cavidade Oral e Faringe da Região Norte do Brasil, 2012-2015

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2470>

Characterization of Oral Cavity and Pharyngeal Cancer Cases in Northern Brazil, 2012-2015

Caracterización de Casos de Câncer de Cavidad Oral y Faringe en el Norte de Brasil, 2012-2015

Cristiam Velozo da Silva¹; Ilce Ferreira da Silva²; Débora Melo de Aguiar³; Jeniffer Dantas Ferreira⁴

RESUMO

Introdução: O câncer de cavidade oral e faringe é um problema de saúde pública, apresentando elevadas taxas de incidência e mortalidade. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e os atrasos no diagnóstico e tratamento de casos atendidos nas unidades de referência da Região Norte do Brasil. **Método:** Estudo descritivo dos casos de câncer de cavidade oral e faringe registrados nas bases de dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de 2012 a 2015. Foram analisados os intervalos entre a primeira consulta e o diagnóstico, e o diagnóstico e o tratamento. As variáveis contínuas foram avaliadas por meio de medidas de tendência central e de dispersão. As diferenças entre proporções nas variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Entre os homens, os casos de orofaringe foram mais incidentes (19,2%) e nas mulheres os mais incidentes (16,3%) de outras partes e partes não especificadas da língua. A maior parte dos casos era de homens, cor parda, >60 anos, sem cônjuge, com escolaridade até o nível fundamental. O carcinoma de células escamosas foi o mais comum. Com relação ao tempo, 69,6% dos casos que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento foram diagnosticados até 30 dias após a primeira consulta, e 67,8% dos casos receberam o primeiro tratamento em até 60 dias. **Conclusão:** A maioria dos casos analisados apresentou tempo de diagnóstico dentro do prazo recomendado, porém foi observado que os casos com diagnóstico e sem tratamento demoraram mais de 60 dias. **Palavras-chave:** neoplasias bucais; neoplasias orofaríngeas; epidemiologia descritiva; registros hospitalares; tempo para o tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Oral cavity and pharyngeal cancer is a public health problem with high incidence and mortality rates. **Objective:** To characterize the clinical-epidemiological profile and delays in diagnosis and treatment of cases of oral cavity and pharyngeal cancer treated in reference units in Brazil's North Region. **Method:** Descriptive study of oral cavity and pharyngeal cancer registered in the Hospital-based Cancer Registry (HBCR) in the North Region from 2012 to 2015. The intervals between the 1st consultation and diagnosis and diagnosis and treatment were analyzed. Continuous variables were evaluated using measures of central tendency and dispersion. Differences between proportions in categorical variables were assessed using the chi square test, considering a significance level of 5%. **Results:** Among men, cases of oropharynx were more incidents (19.2%) and in women, the most incidents (16.3%) were from other parts and unspecified parts of the tongue. Most of the cases were males, brown, >60 years old, without spouse and elementary education. Squamous cell carcinoma was the most common. 69.6% of cases that arrived at the hospital without diagnosis and without treatment were diagnosed within 30 days after the 1st consultation and 67.8% of cases received the 1st treatment within 60 days. **Conclusion:** Most of the cases analyzed were diagnosed within the recommended timeframe. However, cases with diagnosis and without treatment took more than 60 days. **Key words:** mouth neoplasms; oropharyngeal neoplasms; epidemiology, descriptive; time-to-treatment; hospital records.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cavidad oral y faringe es un problema de salud pública, con altas tasas de incidencia y mortalidad. **Objetivo:** Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico y las demoras en el diagnóstico y tratamiento de los casos de cáncer de cavidad oral y faringe atendidos en unidades de referencia del Norte de Brasil. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de los casos analíticos de cáncer de cavidad oral y faringe registrados en las bases de datos del Registros Hospitalarios de Câncer (RHC) en la Región Norte de 2012 a 2015. Se analizaron los intervalos entre la primera consulta y el diagnóstico y diagnóstico y tratamiento. Las variables continuas se evaluaron mediante medidas de tendencia central y dispersión. Las diferencias entre proporciones en variables categóricas se evaluaron mediante la prueba chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Entre los hombres, los casos de orofaringe fueron más incidentes (19,2%) y entre las mujeres los de otras partes y partes no especificadas del idioma fueron los más incidentes (16,3%). La mayoría de los casos fueron del sexo masculino, moreno, >60 años, sin pareja, con educación hasta el nivel elemental. El carcinoma de células escamosas fue el más común. En cuanto al tiempo, el 69,6% de los casos que llegaron al hospital sin diagnóstico y sin tratamiento fueron dentro de los 30 días posteriores a la primera consulta y el 67,8% de los casos recibieron el 1er tratamiento dentro de los 60 días. **Conclusión:** La mayoría de los casos analizados presentaron tiempo de diagnóstico dentro del período recomendado. Sin embargo, se observó que los casos con diagnóstico y sin tratamiento demoran más de 60 días. **Palabras clave:** neoplasias de la boca; neoplasias orofaríngeas; epidemiología descriptiva; tiempo de tratamiento; registros de hospitales.

¹⁻³Universidade Federal do Acre (Ufac). Rio Branco (AC), Brasil. E-mails: cristiam.unijipa@gmail.com; ilce23@hotmail.com; debora_melo__@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7692-0899>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7134-3030>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2318-1540>

⁴Universidade de Brasília (UNB). Brasília (DF), Brasil. E-mail: [jenifferdantas@yahoo.com.br](mailto:jenniferdantas@yahoo.com.br). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6724-5614>

Endereço para correspondência: Cristiam Velozo da Silva. Ufac. Rodovia BR 364, Km 4 – Distrito Industrial. Rio Branco (AC), Brasil. CEP 69920-900. E-mail: cristiam.unijipa@gmail.com



INTRODUÇÃO

As neoplasias de cabeça e pescoço incluem os sítios: lábio, cavidade oral, faringe, laringe, glândulas salivares e tireoide, entre outras localizações¹. Em 2020, somente os sítios envolvendo a cavidade oral (C00-C08) acometeram mais de 400 mil pessoas por ano no mundo, e esse número passa dos 700 mil se forem incluídas também as neoplasias de faringe (C09-C14), correspondendo a uma taxa de incidência padronizada por idade de 8,2/100 mil pessoas².

Na Europa, a taxa de incidência padronizada por idade em 2020 para o câncer de boca e faringe foi de 9,3/100 mil habitantes. No Brasil, para o mesmo ano, a taxa de incidência dessas neoplasias chegou a 7,1/100 mil², ocupando a quarta posição entre os sítios mais incidentes nos homens, com uma taxa de incidência ajustada de 10,8/100 mil; enquanto, nas mulheres, a taxa foi de 2,9/100 mil, correspondendo a 14^a posição entre as neoplasias mais incidentes³.

Na Região Norte do país, foram encontradas as maiores taxas de letalidade por câncer de boca e faringe no período de 2008 a 2017⁴. Já a mortalidade proporcional por neoplasias de cavidade oral entre homens e mulheres, na Região Norte, no ano de 2019, foi equivalente a 0,37 entre todos os óbitos no mesmo período⁵.

A literatura sugere uma multifatorialidade na etiologia do câncer de boca e faringe, sendo a idade >40 anos, o sexo masculino, o tabagismo, o consumo de álcool, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e a radiação solar ultravioleta (para os casos de câncer labial) os fatores mais conhecidos^{6,7}. Contudo, o perfil epidemiológico dessas neoplasias pode variar segundo a Região geográfica em função da variabilidade étnica, a variação da prevalência das exposições ambientais ao longo do tempo e o acesso aos serviços de saúde^{8,9}.

Embora o estudo do perfil dos casos das neoplasias seja útil tanto para o levantamento de hipóteses etiológicas quanto para servir como subsídio no planejamento de estratégias de prevenção, diagnóstico e controle da doença⁸, ainda são escassos os estudos que avaliaram o perfil dos casos de câncer de boca e faringe nas distintas Regiões do Brasil, com base nos dados oficiais dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC)¹⁰, que cobrem todos os casos de câncer atendidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a avaliação dos atrasos no diagnóstico e no início do tratamento é relevante, uma vez que estes expressam o acesso aos serviços de saúde e estão relacionados ao diagnóstico precoce⁹.

No Brasil, os estudos que caracterizaram o perfil de pacientes com câncer de boca e faringe são mais frequentemente realizados nas Regiões Sul, Sudeste e Nordeste¹¹⁻¹⁴. Já na Região Norte, embora três estudos

tenham avaliado o perfil dos casos de câncer de cavidade oral e faringe, as análises foram feitas no contexto da avaliação do conjunto das neoplasias de cabeça e pescoço ou das neoplasias em geral. Além disso, esses estudos não avaliaram o conjunto dos casos nos Estados da Região Norte, onde existe uma migração de casos de um Estado para outro em busca de tratamentos fora do domicílio, quando existe alguma barreira de acesso ao tratamento no Estado de origem¹⁵⁻¹⁷.

Assim, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de câncer de cavidade oral e faringe na Região Norte do Brasil, entre 2012 e 2015, e analisar os intervalos entre a primeira consulta, o diagnóstico e o início de tratamento, por meio dos dados do RHC¹⁰.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo do perfil dos casos de câncer de cavidade oral e faringe atendidos em unidades de referência oncológica do SUS da Região Norte do Brasil. As informações sobre os casos de câncer, no âmbito do SUS, foram obtidas por meio do IntegradorRHC¹⁰. Dessa forma, esta pesquisa dispensou a apreciação e a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cumprindo as exigências da Resolução n.º 466/12¹⁸ e suas complementares.

A população do estudo foi composta pelos casos analíticos de câncer de cavidade oral e faringe (C01-C14, exceto C07, C08 e C11)³ registrados nos RHC da Região Norte, atendidos no período de 2012 a 2015. Tais sítios foram selecionados por compartilharem fatores de risco semelhantes. Optou-se por utilizar apenas os casos analíticos, pois são os casos cujos tratamentos foram planejados e realizados no hospital informante.

Os casos selecionados foram estratificados de acordo com o sexo e o sítio de acometimento (cavidade oral, faringe, e ambos agrupados), sendo avaliados segundo as variáveis oriundas da ficha RHC¹⁹, classificadas em variáveis demográficas e de estilo de vida; variáveis de caracterização do diagnóstico; e variáveis de caracterização da neoplasia e do tratamento. As diferenças entre as variáveis foram analisadas por meio do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

A caracterização da distribuição dos casos no período do estudo foi efetuada por meio de distribuições por sítio, estadiamento ao diagnóstico, Unidade da Federação (UF) do RHC, e tempos entre a primeira consulta e o diagnóstico, e entre o diagnóstico e o início do tratamento, segundo o ano de atendimento (2012-2015).

Para a análise dos tempos entre a primeira consulta, o diagnóstico e o início do tratamento, foi efetuada

uma análise dos casos que chegaram à primeira consulta hospitalar sem diagnóstico e sem tratamento, seguida da análise dos casos que entraram com diagnóstico e sem tratamento (para esse segundo grupo, não foi feita a análise do tempo entre primeira consulta e diagnóstico). Foram excluídos os casos com datas incoerentes em relação a esse fluxo, aqueles que apresentavam a informação do tratamento ignorada e os que não receberam nenhum tratamento.

As variáveis de tempo foram analisadas por meio de medidas de tendência central e de dispersão, e as diferenças entre as distribuições foram avaliadas pelos testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Em seguida, foram categorizadas em ≤ 15 dias, 16-30 dias e > 30 dias para o tempo entre a primeira consulta e o

diagnóstico; e ≤ 60 dias e > 60 dias para o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Todas as análises foram efetuadas no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, em todos os dados.

RESULTADOS

Na Tabela 1, entre os 67,7% dos casos analíticos de câncer de cavidade oral, faringe e glândulas salivares (C01-C14) registrados entre 2012 e 2015 nos RHC¹⁰ dos Estados da Região Norte, considerando todos os sítios de forma agrupada, a maior parte dos casos ocorreu em pacientes homens (71,7%), sendo os casos de orofaringe (C10) os mais frequentes (19,2%) entre eles; enquanto os

Tabela 1. Distribuição dos casos analíticos de câncer de boca, glândulas salivares e faringe (C01-C14), segundo o CID-O-3³ e o Estado informante, na Região Norte do Brasil, 2012-2015

Variáveis	Cavidade oral (C01-C06)		Faringe (C09-C14)						Glândula parótida (C07)		Outras glândulas salivares (C08)		Cavidade oral, glândulas salivares e faringe (C01-C14)	
	Homem	Mulher	Orofaringe (C09, C10, C14)		Nasofaringe (C11)		Hipofaringe (C12, C13)		Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
n (%)	362 (100)	160 (100)	182 (100)	52 (100)	52 (100)	27 (100)	54 (100)	8 (100)	31 (100)	18 (100)	18 (100)	11 (100)	699 (100)	276 (100)
Topografia														
C01	61 (16,9)	17 (10,6)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61 (8,7)	17 (6,2)
C02	118 (32,6)	45 (28,1)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	118 (16,9)	45 (16,3)
C03	10 (2,8)	8 (5,0)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10 (1,4)	8 (2,9)
C04	58 (16,0)	22 (13,8)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	58 (8,3)	22 (8,0)
C05	53 (14,6)	38 (23,8)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53 (7,6)	38 (13,8)
C06	62 (17,1)	30 (18,8)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	62 (8,9)	30 (10,9)
C07	–	–	–	–	–	–	–	–	31 (100)	18 (100)	–	–	31 (4,4)	18 (6,5)
C08	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18 (100)	11 (100)	18 (2,6)	11 (4,0)
C09	–	–	38 (20,9)	15 (28,8)	–	–	–	–	–	–	–	–	38 (5,4)	15 (5,4)
C10	–	–	134 (73,6)	33 (63,5)	–	–	–	–	–	–	–	–	134 (19,2)	33 (12,0)
C11	–	–	–	–	52 (100)	27 (100)	–	–	–	–	–	–	52 (7,4)	27 (9,8)
C12	–	–	–	–	–	–	4 (7,4)	0 (0,0)	–	–	–	–	4 (0,6)	0 (0,0)
C13	–	–	–	–	–	–	50 (92,6)	8 (100)	–	–	–	–	50 (7,2)	8 (2,9)
C14	–	–	10 (5,5)	4 (7,7)	–	–	–	–	–	–	–	–	10 (1,4)	4 (1,4)
p-valor	0,051		0,360		–		1,000		–		–		0,003	
Estados*														
Acre	11 (3,0)	6 (3,8)	6 (3,3)	2 (3,8)	3 (5,8)	5 (18,5)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	0 (0,0)	1 (9,1)	21 (3,0)	16 (5,8)
Amazonas	82 (22,7)	25 (15,6)	49 (26,9)	11 (21,2)	12 (23,1)	6 (22,2)	3 (5,6)	1 (12,5)	6 (19,4)	3 (16,7)	2 (11,1)	0 (0,0)	154 (22,0)	46 (16,7)
Amapá	11 (3,0)	2 (1,2)	8 (4,4)	4 (7,7)	1 (1,9)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	21 (3,0)	9 (3,3)
Pará	144 (39,8)	76 (47,5)	40 (22,0)	11 (21,2)	17 (32,7)	6 (22,2)	19 (35,2)	3 (37,5)	11 (35,5)	4 (22,2)	8 (44,4)	3 (27,3)	239 (34,2)	103 (37,3)
Rondônia	61 (16,9)	19 (11,9)	43 (23,6)	15 (28,8)	10 (19,2)	3 (11,1)	21 (38,9)	3 (37,5)	2 (6,5)	3 (16,7)	7 (38,9)	1 (9,1)	144 (20,6)	44 (15,9)
Tocantins	53 (14,6)	32 (20,0)	36 (19,8)	9 (17,3)	9 (17,3)	6 (22,2)	10 (18,5)	1 (12,5)	11 (35,5)	6 (33,3)	1 (5,6)	4 (36,4)	120 (17,2)	58 (21,0)
p-valor	0,088		0,849		0,455		0,935		0,316		0,027		0,046	

(*) O Estado de Roraima não apresentou nenhum caso no período de estudo.

casos de outras partes e partes não especificadas da língua (C02) foram mais frequentes (16,3%) entre as mulheres. Com relação à distribuição dos casos por Estado, o Pará apresentou o maior número de registros tanto em homens (34,2%) quanto em mulheres (37,3%).

Na Tabela 2, observa-se que, entre os casos de câncer de cavidade oral nos homens, foram verificadas maiores frequências entre indivíduos com idade ≥ 60 anos (44,2%),

cor de pele autodeclarada como parda (76,4%), possuem cônjuge (54,0%) e nível fundamental (60,6%). Entre as mulheres, idade ≥ 60 anos (52,2%), cor parda (82,2%) e nível fundamental (65,0%). Os homens apresentaram uma frequência de consumo atual de álcool (42,9%) e tabaco (42,4%) estatisticamente maior ($p < 0,001$) em relação às mulheres (24,4% e 32,3%, respectivamente) conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das características sociodemográficas e de estilo de vida dos casos analíticos de câncer de cavidade oral e faringe da Região Norte do Brasil, 2012-2015

Variáveis	Cavidade oral (C01-C06)			Faringe (C09-14, exceto C11)			Cavidade oral e faringe (C01-14, exceto C07, C08 E C11)		
	Homem	Mulher	p-valor	Homem	Mulher	p-valor	Homem	Mulher	p-valor
*n (%)	362 (100,0)	160 (100,0)		236 (100,0)	60 (100,0)		598 (100,0)	220 (100,0)	
Idade									
<40	21 (5,8)	15 (9,4)	0,062	9 (3,8)	4 (6,8)	0,491	30 (5,0)	19 (8,7)	0,108
40-49	59 (16,3)	23 (14,5)		40 (16,9)	13 (22,0)		99 (16,6)	36 (16,5)	
50-59	122 (33,7)	38 (23,9)		70 (29,7)	18 (30,5)		192 (32,1)	56 (25,7)	
≥ 60	160 (44,2)	83 (52,2)		117 (49,6)	24 (40,7)		277 (46,3)	107 (49,1)	
Cor da pele									
Branca	50 (15,9)	18 (13,3)	0,482	40 (20,4)	5 (9,8)	0,121	90 (17,6)	23 (12,4)	0,101
Parda	240 (76,4)	111 (82,2)		138 (70,4)	43 (84,3)		378 (74,1)	154 (82,8)	
Preta	23 (7,3)	6 (4,4)		17 (8,7)	2 (3,9)		40 (7,8)	8 (4,3)	
Outras	1 (0,3)	0 (0,0)		1 (0,5)	1 (2,0)		2 (0,4)	1 (0,5)	
Estado civil									
Com companheiro(a)	183 (54,0)	61 (40,9)	0,008	127 (59,1)	28 (51,9)	0,337	310 (56,0)	89 (43,8)	0,003
Sem companheiro(a)	156 (46,0)	88 (59,1)		88 (40,9)	26 (48,1)		244 (44,0)	114 (56,2)	
Escolaridade									
Nenhuma	75 (22,9)	38 (26,6)	0,080	29 (14,9)	11 (22,0)	0,572	104 (20,0)	49 (25,4)	0,059
Ensino Fundamental ^a	198 (60,6)	93 (65,0)		132 (68,0)	31 (62,0)		330 (63,3)	124 (64,2)	
Ensino Médio ^a	45 (13,8)	8 (5,6)		25 (12,9)	5 (10,0)		70 (13,4)	13 (6,7)	
Ensino Superior ^a	9 (2,8)	4 (2,8)		8 (4,1)	3 (6,0)		17 (3,3)	7 (3,6)	
Histórico familiar de câncer									
Sim	75 (36,4)	34 (41,0)	0,470	60 (39,7)	16 (47,1)	0,433	135 (37,8)	50 (42,7)	0,344
Não	131 (63,6)	49 (59,0)		91 (60,3)	18 (52,9)		222 (62,2)	67 (57,3)	
Consumo de bebida alcoólica									
Nunca	42 (15,3)	70 (58,8)	<0,001	38 (19,6)	20 (46,5)	0,001	80 (17,1)	90 (55,6)	<0,001
Ex-consumidor	115 (41,8)	20 (16,8)		71 (36,6)	12 (27,9)		186 (39,7)	32 (19,8)	
Sim	118 (42,9)	29 (24,4)		85 (43,8)	11 (25,6)		203 (43,3)	40 (24,7)	
Consumo de tabaco									
Nunca	52 (17,2)	44 (33,1)	0,001	30 (14,3)	13 (27,7)	0,085	82 (16,0)	57 (31,7)	<0,001
Ex-consumidor	122 (40,4)	46 (34,6)		90 (42,9)	17 (36,2)		212 (41,4)	63 (35,0)	
Sim	128 (42,4)	43 (32,3)		90 (42,9)	17 (36,2)		218 (42,6)	60 (33,3)	

(*) Os totais podem variar de acordo com os *missings*.

Missings por variável: idade (n=2; 0,2%); cor da pele (n=122; 14,9%); estado civil (n=61; 7,5%); escolaridade (n=104; 12,7%); histórico familiar de câncer (n=344; 42,1%); consumo de bebida alcoólica (n=187; 22,9%); consumo de tabaco (n=126; 15,4%).

(^a) Escolaridade completa ou incompleta.

Em relação aos casos de câncer de faringe (C09-C14, exceto C11) nos homens, observaram-se as maiores frequências em casos com idade ≥ 60 anos (49,6%), cor da pele parda (70,4%), nível fundamental (68,0%) e que viviam com companheira (59,1%). Semelhantemente, entre as mulheres foram observadas as maiores frequências naquelas com cor da pele parda (84,3%), com nível fundamental de escolaridade (62,0%) e vivendo com companheiro (51,9%). A frequência de etilismo diferiu estatisticamente ($p=0,001$) entre homens (43,8%) e mulheres (25,6%). O mesmo padrão foi observado para o consumo de tabaco entre homens (42,9%) e mulheres (36,2%), mas sem significância estatística ($p=0,085$) de acordo com os dados da Tabela 2.

Nos anos de estudo, foi observado que cerca de 60% dos casos ocorreram na cavidade oral e >70% dos

diagnósticos apresentavam estádios III-IV, sem variações estatisticamente significativas ao longo do tempo. O Pará aparece como o Estado da Região Norte que mais registrou casos de câncer de cavidade oral e faringe em todos os anos do estudo, exceto em 2014. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento apresentou oscilação entre as proporções anuais de casos com início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, com frequências variando de 40,3% em 2013 a 56,1% em 2014. Verificou-se ainda que, em todos os anos do estudo, exceto 2014, mais de 50% dos casos receberam tratamento após 60 dias do diagnóstico (Tabela 3).

Entre os casos de câncer de cavidade oral e faringe que chegaram à instituição de referência sem diagnóstico e sem tratamento, o tempo mediano entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 15 dias, variando de 0 a

Tabela 3. Distribuição dos casos analíticos de câncer de cavidade oral e faringe da Região Norte do Brasil, segundo os anos de estudo, 2012-2015

Ano	2012	2013	2014	2015	Teste X ² p-valor
	n* (%)	199 (100,0)	229 (100,0)	140 (100,0)	
Variáveis					
Sítio da neoplasia					
Cavidade oral (C01-C06)	133 (66,8)	148 (64,6)	81 (57,9)	160 (64,0)	0,391
Faringe (C09-C14, exceto C11)	66 (33,2)	81 (35,4)	59 (42,1)	90 (36,0)	
Estadiamento					
0	0 (0,0)	2 (1,5)	0 (0,0)	3 (2,3)	0,498
I	7 (6,4)	8 (5,8)	1 (1,6)	11 (8,5)	
II	14 (12,8)	15 (10,9)	5 (8,2)	21 (16,2)	
III	21 (19,3)	29 (21,2)	12 (19,7)	22 (16,9)	
IV	67 (61,5)	83 (60,6)	43 (70,5)	73 (56,2)	
UF da unidade hospitalar					
Acre	6 (3,0)	12 (5,2)	4 (2,9)	4 (1,6)	<0,001
Amazonas	45 (22,6)	50 (21,8)	39 (27,9)	37 (14,8)	
Amapá	5 (2,5)	4 (1,7)	7 (5,0)	9 (3,6)	
Pará	83 (41,7)	92 (40,2)	22 (15,7)	96 (35,8)	
Rondônia	18 (9,0)	33 (14,4)	42 (30,0)	69 (27,6)	
Tocantins	42 (21,1)	38 (16,6)	26 (18,6)	35 (14,0)	
Tempo entre a 1ª consulta e o diagnóstico^a					
≤15 dias	34 (43,0)	28 (46,7)	37 (56,9)	38 (57,6)	0,500
16-30 dias	15 (19,0)	13 (21,7)	12 (18,5)	11 (16,7)	
>30 dias	30 (38,0)	19 (31,7)	16 (24,6)	17 (25,8)	
Tempo entre o diagnóstico e o tratamento^b					
≤60 dias	83 (49,7)	72 (40,4)	64 (56,1)	109 (49,3)	0,060
>60 dias	84 (50,3)	106 (59,6)	50 (43,9)	112 (50,7)	

(*) Os totais podem variar de acordo com *missings*.

Missings por variável: estadiamento (n=381; 46,6%); tempo entre 1ª consulta e diagnóstico (n=548; 67,0%); tempo entre diagnóstico e tratamento (n=138; 16,9%).

(^a) Casos que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento.

(^b) Casos que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento ou com diagnóstico e sem tratamento.

631 dias; e cerca de 70% dos casos levaram até 30 dias para serem diagnosticados após a primeira consulta. Embora a mediana desse tempo não tenha variado significativamente segundo o estadiamento e o tipo de primeiro tratamento, observou-se que a mediana de tempo foi estatisticamente maior ($p < 0,001$) no Estado do Amazonas (31,5 dias) e bem menor nos Estados do Pará (10 dias) e Tocantins (11 dias). Em virtude do elevado número de dados faltantes, não foi possível avaliar esse tempo no Estado do Acre. Entre os casos que receberam a cirurgia como primeiro tratamento, 29,0% levaram mais de 30 dias até o diagnóstico; já entre aqueles que receberam radioterapia como primeiro tratamento, essa frequência foi de 34,1% (Tabela 4).

Em relação ao tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, no conjunto dos casos, o tempo mediano foi de 25 dias, variando de 0 a 311 dias. A frequência de atrasos (>60 dias) para o início do tratamento foi de 32,2%. Esse atraso foi estatisticamente maior ($p = 0,020$) para os casos de cavidade oral (37,3%) do que para os casos de faringe (22,6%). O tempo mediano do diagnóstico ao início do tratamento variou de 0 dias em Rondônia e Tocantins a 71 dias no Amazonas ($p < 0,001$), enquanto a frequência de atrasos para o início do tratamento variou de 4,2% em Rondônia a 59,4% no Amazonas ($p < 0,001$). Os casos que receberam a radioterapia como primeiro tratamento apresentaram o maior tempo mediano para início do tratamento (73 dias) e o maior percentual de atrasos (56,1%), seguido daqueles que receberam a quimioterapia como primeiro tratamento (mediana: 56 dias; frequência de atraso para início do tratamento: 46%).

Já para os casos de câncer de cavidade oral e faringe que chegaram às unidades de referência com diagnóstico e sem tratamento, o tempo mediano entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 77 dias, variando entre um e 1.841 dias, enquanto a frequência de atraso (>60 dias) para o início de tratamento foi de 62,8%. A mediana de tempo para o início do tratamento foi estatisticamente maior ($p < 0,001$) entre os casos de câncer de cavidade oral (91,5 dias) do que nos casos de câncer de faringe (63 dias), assim como a frequência de atrasos foi estatisticamente maior ($p = 0,002$) para os casos de câncer de cavidade oral (68,2%) do que nos casos de câncer de faringe (53,4%). A frequência de atrasos não variou significativamente ($p = 0,361$) segundo o estadiamento (Tabela 5).

O tempo mediano para o início do tratamento variou de 43 dias no Acre a 117 dias no Pará, com frequências de atrasos para o início do tratamento (>60 dias) variando de 35,2% em Rondônia a 78,5% no Pará. Os casos submetidos à cirurgia como primeiro tratamento apresentaram o maior tempo mediano para o início do tratamento (112 dias), quando comparados à radioterapia

(88 dias), à quimioterapia (79 dias) e a outros tratamentos (35 dias). Contudo, a maior frequência de atrasos foi observada entre os casos que receberam a radioterapia como primeiro tratamento (71,5%), com significância estatística ($p < 0,001$) segundo os dados da Tabela 5.

DISCUSSÃO

Encontrou-se maior proporção de casos entre os homens tanto para as lesões de cavidade oral quanto de faringe, corroborando a literatura científica internacional²⁰⁻²² e nacional^{23,24}. No presente estudo, verificou-se que, nos estratos etários a partir dos 40 anos, as frequências de casos de câncer de cavidade oral e faringe foram mais semelhantes entre os homens e as mulheres do que no estrato etário inferior aos 40 anos. Em ambos os sexos, mais de 50% dos casos de câncer de cavidade oral e faringe foram observados na faixa etária acima dos 50 anos^{20-22,24}.

Em relação à cor da pele, embora a maioria dos estudos nacionais e internacionais observe uma maior frequência dos casos de câncer de cavidade oral e faringe em indivíduos de cor de pele branca^{14,20,24,25}, os resultados deste estudo mostraram que os casos foram mais frequentes em homens e mulheres com cor da pele parda. Tais resultados poderiam ser parcialmente explicados pela miscigenação ocorrida na Região Norte, além da presença de políticas identitárias e maior aceitação acerca da autodeclaração da cor da pele no Brasil²⁶.

Em relação ao estado civil, nos grupos dos casos de cavidade oral e faringe, a maioria dos homens vivia com cônjuge; em contrapartida a maior parte das mulheres vivia sem. Esses resultados poderiam ser explicados pelo *status* de viuvez observado em grande parte da amostra feminina²⁷. Em Barretos (SP), foi observado que as mulheres viúvas apresentaram proporção 2,7 vezes maior em relação aos homens viúvos²⁵.

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer – em inglês, *International Agency for Research on Cancer* (IARC)² –, o tabagismo e etilismo são os principais fatores de risco para o câncer de boca e faringe, uma vez que seus efeitos carcinogênicos são atribuídos ao seu potencial de levar a mucosa a uma condição de maior penetrabilidade dos carcinógenos presentes no cigarro e no álcool²⁸.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013²⁹ mostraram que, na Região Norte, 43,3% dos casos de câncer de boca e faringe masculinos eram consumidores de álcool, ao passo que essa proporção nas mulheres foi de 24,7%. Com relação ao tabagismo, a PNS observou que a proporção de pessoas com 18 anos ou mais, usuárias atuais de derivados do tabaco na Região Norte, foi de 19,2% entre os homens e 8,0% entre as mulheres.

Tabela 4. Distribuição do intervalo de tempo (dias) entre a 1ª consulta, o diagnóstico e o início do tratamento dos casos de câncer de cavidade oral e faringe que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento atendidos na Região Norte do Brasil, 2012-2015

Variáveis	Casos que chegaram à instituição sem diagnóstico e sem tratamento																
	Tempo entre a 1ª consulta e o diagnóstico						Tempo entre o diagnóstico e o tratamento										
	n=270 ^a	Média (±DP)	Mediana	Mín-Max	Teste não paramétrico	p-valor	n (%)	≤15 dias	16-30 dias	>30 dias	Teste X ²	p-valor	n (%)	≤60 dias	>60 dias	Teste X ²	p-valor
Topografia																	
Cavidade oral	177	40,88 (74,6)	15	0-631	0,912**	90 (50,8)	33 (18,6)	54 (30,5)	0,990*	161	52,1 (62)	36	0-311	101 (62,7)	60 (37,3)	0,020*	
Faringe	93	37,1 (58,1)	14	0-356		47 (50,5)	18 (19,4)	28 (30,1)		84	33 (40,2)	18	0-182	65 (77,4)	19 (22,6)		
Estadamento																	
0 e I	9	32 (51)	2	0-143		5 (55,6)	2 (22,2)	2 (22,2)		8	10 (28,3)	0	0-80	7 (87,5)	1 (12,5)		
II e III	38	30,6 (47,6)	13	0-193	0,727***	22 (57,9)	7 (18,4)	9 (23,7)	0,999*	35	33,5 (48,6)	1	0-163	25 (71,4)	10 (28,6)	0,641*	
IV	79	26,4 (47,6)	12	0-356		46 (58,2)	15 (19,0)	18 (22,8)		75	33,4 (45,8)	16	0-209	56 (74,7)	19 (25,3)		
Estado^b																	
Acre	2	31,5 (34,6)	31,5	7-56		1 (50)	0 (0,0)	1 (50)		2	59 (36,8)	59	33-85	1 (50,0)	1 (50,0)		
Amazonas	84	65,8 (79)	31,5	1-395		25 (29,8)	15 (17,9)	44 (52,4)		69	81,1 (54,2)	71	1-248	28 (40,6)	41 (59,4)		
Amapá	24	14,46 (13,1)	12	0-47		13 (54,2)	8 (33,3)	3 (12,5)		19	30,3 (37,5)	22	0-127	16 (84,2)	3 (15,8)	<0,001*	
Pará	59	38,5 (89,9)	10	0-631	<0,001***	34 (57,6)	9 (15,3)	16 (27,1)	<0,001*	54	65,5 (67,9)	49	0-311	30 (55,6)	24 (44,4)	<0,001*	
Roraima	24	28,3 (58,4)	14	0-292		15 (62,5)	5 (20,8)	4 (16,7)		24	9,13 (22,8)	0	0-109	23 (95,8)	1 (4,2)		
Tocantins	77	23,4 (40,2)	11	0-229		49 (63,6)	14 (18,2)	14 (18,2)		77	14,6 (29,8)	0	0-108	68 (88,3)	9 (11,7)		
1º tratamento																	
Nenhum	3	82 (54,7)	72	33-141		0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100)		-	-	-	-	-	-		
Cirurgia	145	35,3 (53,1)	18	0-395		66 (45,5)	37 (25,5)	42 (29)		123	30,7 (47,4)	2	0-210	98 (79,7)	25 (20,3)		
Radioterapia	41	61,0 (123,7)	11	0-631	0,088***	26 (63,4)	1 (2,4)	14 (34,1)	0,002*	41	78 (69,8)	73	0-311	18 (43,9)	23 (56,1)	<0,001*	
Quimioterapia	63	37,2 (50,4)	17	0-225		31 (49,2)	11 (17,5)	21 (33,3)		63	63,5 (52,6)	56	0-248	34 (54,0)	29 (46,0)		
Outros	18	26,4 (67,5)	9	0-292		14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)		18	10,4 (29,6)	0	0-114	16 (88,9)	2 (11,1)		
Total	270	39,6 (69,2)	15	0-631		137 (50,7)	51 (18,9)	82 (30,4)		245	45,6 (56,1)	25	0-311	166 (67,8)	79 (32,2)		

(*) Teste qui-quadrado.

(**) Teste U de Mann-Whitney.

(***) Teste de Kruskal-Wallis.

(^a) Os totais podem variar de acordo com os *missings*.

Missing por variável da análise do tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico: estadamento (n=144; 53,3%).

Missing por variável da análise do tempo entre o diagnóstico e o tratamento: estadamento (n=127; 51,8%).

(^b) Exceto Roraima, que não apresentou nenhum caso.

Tabela 5. Distribuição do intervalo de tempo (dias) entre diagnóstico e início do tratamento dos casos de câncer de cavidade oral e faringe que chegaram à instituição com diagnóstico e sem tratamento atendidos na Região Norte do Brasil, 2012-2015

Casos que chegaram à instituição com diagnóstico e sem tratamento								
Variáveis	Tempo entre o diagnóstico e o tratamento				Teste não paramétrico	≤ 60 dias	> 60 dias	Teste X ²
	n=435 ^a	Média (± DP)	Mediana	Mín.-Máx.				
					p-valor	n (%)	n (%)	p-valor
Topografia								
Cavidade oral	274	127,4 (110,1)	91,5	1-699	<0,001**	87 (31,8)	187 (68,2)	0,002*
Faringe	161	98,9 (173,4)	63	1-1.841		75 (46,6)	86 (53,4)	
Estadiamento								
0 e I	17	148,8 (93,5)	145	28-413	0,062***	3 (17,6)	14 (82,4)	0,361*
II e III	85	133,5 (116,5)	103	11-699		25 (29,4)	60 (70,6)	
IV	145	120,9 (169)	81	1-1.841		49 (33,8)	96 (66,2)	
Estado^b								
Acre	22	66,3 (63,1)	43	12-273	<0,001***	14 (63,6)	8 (36,4)	<0,001
Amazonas	84	119,1 (99,2)	91	15-582		25 (29,8)	59 (70,2)	
Amapá	1	–	–	–		1 (100,0)	0 (0,0)	
Pará	195	153,5 (175,2)	117	7-1.841		42 (21,5)	153 (78,5)	
Rondônia	91	69,5 (81,3)	46	1-445		59 (64,8)	32 (35,2)	
Tocantins	42	74,5 (59,6)	62	1-279		21 (50,0)	21 (50,0)	
1º tratamento								
Cirurgia	104	137,2 (124)	112	1-699	<0,001***	35 (33,7)	69 (66,3)	<0,001
Radioterapia	144	117,1 (98,2)	88	7-582		41 (28,5)	103 (71,5)	
Quimioterapia	118	125,2 (193,8)	79	17-1.841		39 (33,1)	79 (66,9)	
Outros	69	71,7 (98,2)	35	1-517		47 (68,1)	22 (31,9)	
Total	435	116,8 (137,5)	77	1-1.841		162 (37,2)	273 (62,8)	

(*) Teste qui-quadrado.

(**) Teste U de Mann-Whitney.

(***) Teste de Kruskal-Wallis.

(*) Os totais podem variar de acordo com os *missings*.*Missings* por variável: estadiamento (n=188; 43,2%).

(*) Exceto Roraima, que não apresentou nenhum caso.

Embora seja reconhecida a importância desses fatores de risco para o câncer de boca³⁰, estudos de revisão de prontuários mostraram elevadas proporções de dados faltantes para essas informações, sendo o tabagismo e o etilismo itens do prontuário muitas vezes classificados como opcionais, podendo levar os profissionais a negligenciarem o preenchimento dessas informações^{9,30}.

Quanto ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico dos casos que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento, o presente estudo observou um tempo mediano de 15 dias para esse intervalo, variando entre 0 e 631 dias. Esses resultados corroboram outros dois estudos realizados no Brasil, que identificaram tempos medianos semelhantes, ambos no Estado do Alagoas (medianas de 17 e 14 dias em cada estudo)^{9,31}. Os estudos realizados na Europa mostraram tempos medianos acima do encontrado

nesta pesquisa: 18 dias (1-384) na Dinamarca³² e 22 dias (4-134) no Reino Unido³³.

O Amazonas foi o Estado que apresentou os piores resultados quanto ao tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, com mediana de 31,5 dias e uma proporção de mais de 50% de casos diagnosticados após 30 dias a partir da primeira consulta. Isso sugere a existência de barreiras no fluxo dos pacientes para os procedimentos. Embora esses resultados possam ser explicados pelo fato de que, à época do estudo, o Amazonas contava com apenas duas instituições – um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e uma Unidade de alta complexidade em Oncologia (Unacon) –, sendo o Estado com a segunda maior população da Região Norte.

No período do estudo, o intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico ainda não era normatizado por

lei. Contudo, em 2019, foi sancionada a Lei n.º 13.896, de 30 de outubro³⁴, que estipula prazo máximo de 30 dias para o diagnóstico de neoplasias malignas, e que entrou em vigor em 2020.

Entre as vantagens do estudo, pode-se destacar o ineditismo em avaliar os casos de câncer de cavidade oral e faringe de todos os Estados da Região Norte, apresentando um perfil clínico-epidemiológico e informações acerca do tempo entre as ações necessárias até o tratamento na Região como um todo. Nesse sentido, são necessários estudos futuros a fim de verificar a adequação dos Cacon/Unacon quanto ao tempo que levam para diagnosticar os casos que chegam sem diagnóstico e sem tratamento. Por outro lado, a principal limitação deste estudo diz respeito à fonte das informações, tornando-se sujeito a possíveis perdas.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram observar que o perfil clínico-epidemiológico dos casos de câncer de cavidade oral e faringe da Região Norte é semelhante ao perfil dos casos atendidos em outras Regiões do Brasil e do mundo, diferindo apenas no fato de que a cor da pele parda foi a mais frequente. O estudo buscou, além de caracterizar o perfil clínico-epidemiológico, contribuir para o conhecimento da realidade dessa Região, constituindo uma fonte de informações para o planejamento de ações de saúde pública e futuras intervenções ligadas à prevenção, ao rastreamento e ao tratamento dessas neoplasias na Região.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; assim como na redação e revisão crítica e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

- Ganci F, Sacconi A, Manciocco V, et al. Molecular genetics and biology of head and neck squamous cell carcinoma: implications for diagnosis, prognosis and treatment. In: Agulnik M, editors. Head and neck cancer. Croatia: Intech; 2012. p. 73-122. doi: <https://doi.org/10.5772/31956>
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global cancer observatory: cancer today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2020 Jan 28]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
- Organização Mundial da Saúde. CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia [Internet]. 3. ed. São Paulo: Edusp; c2000 [acesso 2020 fev 2]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42344/9241545348_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Silva TLBM, Alves WA, Rosado LPL, et al. Hospitalização para casos de câncer de boca e faringe no Brasil. Arq Odontol [Internet]. 2020 [acesso 2021 ago 15];56:e20. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivesodontologia/article/view/20256>
- Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. c1996-2014 - [acesso 2021 ago 26]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb>
- Cawson RA, Odell EW. Fundamentos básicos de patologia e medicina oral. 8. ed. São Paulo: Santos; 2013.
- Faria SO, Nascimento MC, Kulcsar MAV. Malignant neoplasms of the oral cavity and oropharynx treated in Brazil: what do hospital cancer records reveal? Braz J Otorhinolaryngol. 2022;88(2):168-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.019>
- Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. Rev Odontol Univ Cid São Paulo [Internet]. 2014 [acesso 2021 jul 9];26(1):46-52. Disponível em: https://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2014/Odonto_26_2014_46_52.pdf
- Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(4):416-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>
- Integrador RHC: Registros Hospitalares de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. [2012] – [acesso 2021 ago 15]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br>
- Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(1):68-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>
- Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador- BA. Rev CEFAC. 2009;11(Suppl 3):441-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700020>

13. Santos VCB, Assis AMA, Silva LE, et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol* [Internet]. 2012 [acesso 2021 jul 9];69(2):159-64. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-72722012000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
14. Castro MAF, Nardi CEM, Dedivitis RA. Câncer de boca e orofaringe em centro de referência terciária. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010;39(1):24.
15. Carvalho AMC, Koifman RJ, Koifman S. Caracterização da demanda de atenção para neoplasias de cabeça e pescoço no hospital do câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* [Internet]. 2010 [acesso 2021 jul 10];39(4):255-60. Disponível em: <https://docplayer.com.br/61660246-Caracterizacao-da-demanda-de-atencao-para-neoplasias-de-cabeca-e-pescoco-no-hospital-do-cancer-de-rio-branco-ac.html>
16. Carvalho AMC, Koifman RJ, Koifman S. Mortalidade por neoplasias de cabeça e pescoço no Estado do Acre, 1980-2006 e incidência estimada no Município de Rio Branco, 2007-2009. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010;39(4):248-54.
17. Nakashima JP, Koifman RJ, Koifman J. Cancer incidence in the Western Amazon: population-based estimates in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2125-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100012>
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13 [acesso 2021 ago 15]; Seção 1:59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Instituto Nacional de Câncer. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [acesso 2021 ago 2]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/registros-hospitalares-de-cancer-2010.pdf>
20. Weatherspoon DJ, Chattopadhyay A, Boroumand S, et al. Oral cavity and oropharyngeal cancer incidence trends and disparities in the United States: 2000-2010. *Cancer Epidemiol*. 2015;39(4):497-504. doi: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.04.007>
21. Villagómez-Ortiz VJ, Paz-Delgado DE, Marino-Martínez I, et al. Prevalencia de infección por virus del papiloma humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y laringe. *Cir Cir*. 2016;84(5):363-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.01.006>
22. Flores-Ruiz R, Castellanos-Cosano L, Serrera-Figallo MA, et al. Evolution of oral neoplasm in an andalusian population (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(1):e86-e91. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.21839>
23. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac* [Internet]. 2014 [acesso 2021 ago 2];14(2):63-70. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-52102014000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
24. Moro JS, Maroneze MC, Ardenghi TM, et al. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(2):1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4248>
25. Avi ALRO, Tanimoto HM, Queiroz CDS, et al. Neoplasia de boca e orofaringe: um estudo transversal na Fundação Pio XII: Hospital do Câncer de Barretos, Brasil. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2012 [acesso 2021 ago 3];41(4):273-80. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/5880192d7f8c9d0a098b500b/pdf/rou-41-4-273.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2021 jul 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [data desconhecida]. *Projeções da População: Tabelas: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade simples: 2010-2060; 2018 [atualizado 2020 dez 9; acesso 2020 fev 16]*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
28. Reidy J, McHugh E, Stassen LFA. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *Surgeon*. 2011;9(5):278-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2011.01.010>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso 2021 jul 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
30. Daher GCA, Pereira GA, Oliveira ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):584-96. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000400007>
31. Le Champion ACOV, Santos KCB, Carmo ES, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):178-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>

32. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1995;20(1):21-5. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2273.1995.tb00006.x>
33. Rogers SN, Pabla R, McSorley A, et al. An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2007;43(7):648-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.08.001>
34. Presidência da República (BR). Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2019 out. 30 [acesso 2021 ago 21]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13896.htm

Recebido em 17/11/2021
Aprovado em 15/12/2021