

Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar

Characteristics of Cases of Oral Cancer in the State of Bahia, 1999-2012: a Hospital-Based Study

Características de los Casos de Câncer Oral en el Estado de Bahia, 1999-2012: un Estudio de Base Hospitalaria

Líliá Paula de Souza Santos¹; Fábio Silva de Carvalho²; Cristiane Alves Paz de Carvalho³; Dandara Andrade de Santana⁴

Resumo

Introdução: O câncer bucal representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. As informações dos casos diagnosticados por câncer, assim como os indicadores de mortalidade por essa doença, traduzem o perfil da população acometida por ela, além de auxiliar na formulação de políticas públicas para a prevenção e controle dessa enfermidade e para a melhoria da assistência oncológica. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com câncer bucal atendidos em hospitais de referência do Estado da Bahia. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, dos casos de câncer bucal provenientes do Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer. Foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao uso de tabaco e álcool. **Resultados:** Foram incluídos 3.309 casos, com predomínio de homens (70,16%), idade superior a 54 anos (61,43%), pardos (84,15%), com nível de escolaridade baixo (78,68%) e provenientes do interior do Estado (73,20%). O estadiamento IV foi o mais frequente (55,23%), o tipo histológico foi carcinoma de células escamosas (83,61%) e a localização primária do tumor na língua (31,10%). Ao final do primeiro tratamento, apenas 9,31% encontravam-se sem evidência de doença/em remissão completa, enquanto 32,47% foram a óbito. A maioria dos indivíduos apresentava história de consumo de álcool e uso de tabaco. **Conclusão:** Na Bahia, o câncer bucal tem sido diagnosticado tardiamente e tem acometido mais homens, acima dos 54 anos, de cor parda, com baixa escolaridade, resultando em um percentual importante de óbitos.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Registros Hospitalares; Epidemiologia Descritiva

Trabalho realizado no Departamento de Saúde I da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié (BA), Brasil.

¹ Cirurgião-Dentista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana (BA), Brasil.

² Professor-Adjunto de Saúde Coletiva da UESB. Jequié (BA), Brasil. Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas pela Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo (FOB/USP). Bauru (SP), Brasil.

³ Professora-Adjunta de Saúde Coletiva da UESB. Jequié (BA), Brasil. Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas pela FOB/USP. Bauru (SP), Brasil.

⁴ Cirurgião-Dentista. Especialista em Saúde Coletiva pela UESB. Jequié (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Fábio Silva de Carvalho. UESB. Departamento de Saúde I, Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rua José Moreira Sobrinho, S/N - Jequié (BA), Brasil. CEP: 45206-190. E-mail: fscarvalho@uesb.edu.br.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo em consequência de relevante incidência e alto potencial de prevenção, como também dos altos custos clínico-assistenciais. Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o ano de 2014, foram estimados 576.580 casos novos de câncer no Brasil, sendo esperados 15.290 casos de câncer bucal¹.

Esse câncer tem como características prevalentes o acometimento de homens, de cor branca e na faixa etária superior aos 50 anos²⁻⁴. É uma doença crônica, multifatorial, resultante da interação entre fatores de risco, tais como: tabaco, álcool, radiação solar, dieta, infecções da cavidade oral e deficiência imunológica⁵⁻⁶. Outro fator importante no prognóstico da doença são as características clínicas; entre elas, a localização e o tipo histológico do tumor tem lugar de destaque, sendo a língua a localização anatômica mais comum^{2,4,6}; e o carcinoma espinocelular, o tipo histológico predominante^{2,4,6}.

A detecção do câncer bucal pode ser realizada por meio da inspeção visual e tátil, e seu diagnóstico confirmado por exame histopatológico, o próprio indivíduo pode detectar a doença por meio do autoexame da cavidade bucal. Entretanto, percebe-se que a maior parte dos casos é detectada em fase avançada, o que determina um pior prognóstico, como a morte prematura e a diminuição da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por ela^{3,4,7}. Adicionalmente, muitos profissionais mostram-se despreparados em relação ao diagnóstico desse câncer^{5,8-9}.

As informações de casos diagnosticados por câncer, assim como os indicadores de mortalidade por essa doença, traduzem o perfil da população acometida por ela, auxiliam na formulação de políticas públicas para a prevenção e controle dessa enfermidade e para a melhoria da assistência oncológica. O seu diagnóstico precoce amenizaria suas consequências, determinando a ocorrência de tratamentos menos invasivos e com melhor prognóstico¹⁰.

Considerando a necessidade de conhecer as características dos indivíduos acometidos por câncer bucal no Estado da Bahia, para o controle e a prevenção da doença, este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com câncer bucal atendidos em hospitais de referência do Estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com análise de informações provenientes do Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC), referentes ao câncer bucal no Estado da Bahia no período de 1999 a 2012. Essas informações estão disponibilizadas no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC) e publicadas

no endereço eletrônico <https://irhc.inca.gov.br>. O acesso às informações ocorreu por meio do TabNet, tecnologia desenvolvida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS).

Estavam disponíveis no Integrador RHC para consulta na Internet informações referentes a 3.309 casos de câncer bucal, atendidos em dez unidades hospitalares do Estado da Bahia. O acesso à base de dados deu-se no mês de agosto de 2014. Foram incluídos os casos de câncer bucal das categorias C00 a C09 da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, terceira edição (CID-O3) (C00 lábio, C01 base da língua, C02 outras partes não específicas da língua, C03 gengiva, C04 assoalho da boca, C05 palato, C06 outras partes não específicas da boca, C07 glândula parótida, C08 outras glândulas salivares maiores, C09 amígdala).

As variáveis analisadas foram as seguintes:

- **Sociodemográficas:** faixa etária; sexo; raça/cor da pele (segundo critério do IBGE); escolaridade; procedência; unidade de tratamento.
- **Características clínicas:** ano de diagnóstico; localização anatômica dos tumores; tipo histológico; estadiamento (TNM: Tumor primário (T); Linfonodos (N); Metástases a distância (M)); Estado da doença ao final do 1º tratamento.
- **Fatores associados:** tabagismo, etilismo.

Foi realizada análise descritiva da população estudada por meio da frequência absoluta e relativa das variáveis selecionadas.

As informações utilizadas neste estudo são públicas e disponibilizadas na internet pelo INCA, sem identificação dos indivíduos. Por essa razão, não houve necessidade de encaminhamento do projeto para aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram encontrados 90.021 casos, no período de agosto de 2014, registrados no Integrador RHC; destes, 3.309 eram casos de câncer bucal (C00 a C09 referente ao CID-O3). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas desses indivíduos, com maior prevalência de homens, pardos, com baixo nível escolar, e 61,41% dos indivíduos encontravam-se acima dos 54 anos de idade no momento do diagnóstico.

As características clínicas são apresentadas na Tabela 2, que demonstra o estadiamento da doença no momento do diagnóstico, localização da lesão e o estado do indivíduo ao final do primeiro tratamento.

O tipo histológico predominante nos casos de câncer bucal foi o carcinoma de células escamosas, que ocorreu em 83,61% dos casos. Dessa casuística, apenas 57 casos (1,73%) foram diagnosticados em clínicas odontológicas; e, entre os tratamentos recebidos, a cirurgia encontrou-se com o maior percentual 17,20% (565 casos).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos com câncer bucal, Bahia, 1999-2012

Variável	Número de Casos	%
Sexo *		
Feminino	987	29,83
Masculino	2.321	70,14
Faixa etária *		
< 44	421	12,72
45-54	855	25,84
55-64	830	25,08
65-74	635	19,19
75 ou +	567	17,14
Raça/cor **		
Parda	2.690	81,29
Branca	207	6,26
Preta	296	8,95
Indígena	5	0,15
Escolaridade ***		
Nenhuma/analfabeto	956	28,89
Fundamental incompleto	1.396	42,19
Fundamental completo	306	9,25
Nível médio	273	8,25
Nível superior incompleto/completo	58	1,75
Procedência ****		
Capital	880	26,59
Interior	2.404	72,65
Unidade de tratamento		
Capital	2.882	87,10
Interior	427	12,90
Total	3.309	100,00

*Variável classificada como "sem informação" em 0,03% (n=1) dos casos;

**Variável classificada como "sem informação" em 3,35% (n=111) dos casos;

***Variável classificada como "sem informação" em 9,67% (n=320) dos casos;

****Variável classificada como "sem informação" em 0,76% (n=25) dos casos.

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer.

A localização do câncer bucal foi relacionada com o uso de álcool e tabaco para verificar a associação da localização com esses fatores. Esses resultados estão expostos na Tabela 3.

Na Figura 1, evidenciou-se a distribuição dos casos de câncer bucal segundo as regiões de saúde do Estado da Bahia, além de apresentar a localização dos centros de tratamento para câncer no Estado. Embora haja quatro Centros de Tratamento no interior do Estado, a maioria dos indivíduos procedentes do interior realiza seus tratamentos na capital (Tabela 1, Figura 1).

DISCUSSÃO

O câncer é uma doença ainda estigmatizada pela população, muitos indivíduos recusam o tratamento ou

Tabela 2. Características clínicas dos indivíduos com câncer bucal, Bahia, 1999-2012

Variável	Número de Casos	%
Localização anatômica dos tumores		
C00 Lábio	188	5,68
C01 Base da língua	309	9,34
C02 Outras partes não específicas da língua	720	21,76
C03 Gengiva	127	3,84
C04 Assoalho da boca	397	12,00
C05 Palato	467	14,11
C06 Outras partes não específicas da boca	459	13,87
C07 Glândula parótida	65	4,99
C08 Outras glândulas salivares maiores	55	1,66
C09 Amígdala	422	12,75
Estadiamento (TNM) *		
0	15	0,45
I	264	7,98
II	394	11,90
III	492	14,87
IV	1.437	43,43
Estado da doença ao final do primeiro tratamento **		
Sem evidência da doença/ Remissão completa	195	5,89
Remissão parcial	40	1,21
Doença estável	768	23,21
Doença em progressão	369	11,15
Fora de possibilidade terapêutica	42	1,27
Óbito	680	20,55
Total	3.309	100,00

*Variável considerada "sem informação" ou "não se aplica" em 21,37% (n=707) dos casos; ** Variável considerada "sem informação" ou "não se aplica" em 36,72% (n=1.215) dos casos.

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer.

tentam negar a existência da doença, pois representa uma sentença de morte, uma enfermidade sem tratamento¹⁰. Essa falta de informação repercute no diagnóstico tardio do câncer e conseqüentemente no pior prognóstico. O câncer bucal, por sua vez, apresenta lesões iniciais perceptíveis, entretanto o diagnóstico precoce é dificultado pela falta de sintomatologia e também pela não valorização do próprio indivíduo e/ou dos profissionais de saúde¹⁰⁻¹¹. A utilização de registros hospitalares de câncer contribui para o diagnóstico situacional da doença e na formulação de políticas públicas, além de poder esclarecer à população e aos profissionais do setor saúde sobre seus riscos. Os resultados desta pesquisa permitiram caracterizar os indivíduos acometidos por câncer bucal no Estado da Bahia.

Tabela 3. Distribuição dos casos segundo localização do câncer e consumo de álcool e/ou tabaco, Bahia, 1999-2012

Localização do câncer	Alcoolismo		Tabagismo		Nenhum		Total*	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Lábio	47	27,81	78	46,15	44	26,04	169	100,00
Base da língua	140	38,57	203	55,92	20	5,51	363	100,00
Outras partes não específicas da língua	321	39,05	401	48,78	100	12,17	822	100,00
Gengiva	47	33,10	62	43,66	33	23,24	142	100,00
Assoalho da boca	194	38,64	266	52,99	42	8,37	502	100,00
Palato	188	35,21	266	49,81	80	14,98	534	100,00
Outras partes não específicas da boca	164	33,00	246	49,50	87	17,50	497	100,00
Glândula parótida	36	26,87	37	27,61	61	45,52	134	100,00
Outras glândulas salivares maiores	12	27,91	9	20,93	22	51,16	43	100,00
Amígdala	188	36,29	252	48,65	78	15,06	518	100,00
TOTAL*	1.337	35,90	1.820	48,87	567	15,23	3.724	100,00

*Ao considerar o total de casos nesta tabela, observa-se o N maior que o encontrado nesta pesquisa, pois as informações da associação do tabagismo com a localização do tumor podem considerar casos concomitantes de alcoolismo e vice-versa. Os casos "sem informação" e "não se aplica" não ficaram disponíveis.

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer.

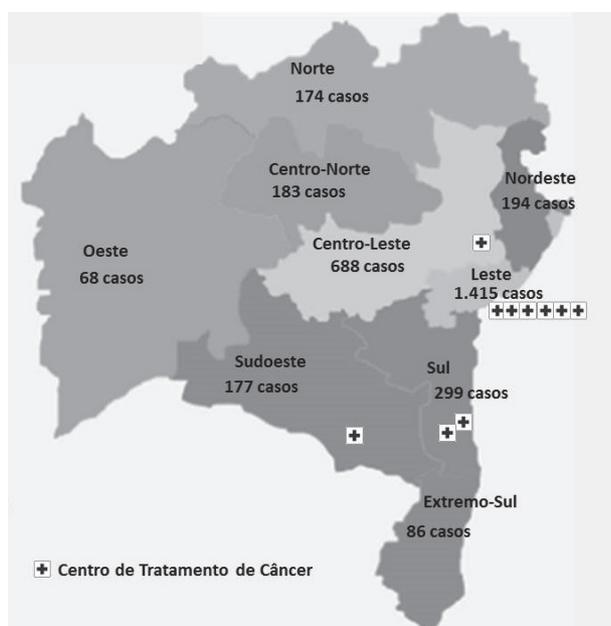


Figura 1. Distribuição dos casos de câncer bucal por regiões do Estado e localização dos centros de tratamento. Bahia, 1999-2012

Fonte: Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer.

Os achados da literatura relacionados às características sociodemográficas de indivíduos com câncer bucal revelaram informações semelhantes a esta pesquisa, com predominância do sexo masculino, idade média ou superior a 50 anos^{2-3,7,12-13}. A discordância dos resultados ocorreu em relação à variável raça/cor da pele, demonstrando maior ocorrência em indivíduos não brancos nesta pesquisa. Esse fato pode estar relacionado ao predomínio da cor parda e preta na população do Estado da Bahia¹⁴. Além disso, o Censo 2010 detectou mudanças

na composição da raça/cor da pele autodeclarada no Brasil, a população preta e parda passou a ser considerada maioria no país (50,70%)¹⁴. Como observado nos resultados, essa mudança pode influenciar as alterações na frequência e na distribuição das doenças entre os grupos raciais.

Ainda relacionado às variáveis sociodemográficas, Antunes et al. (2013)¹⁵ encontraram mudanças relacionadas à raça/cor da pele e ao sexo, ao analisarem tendências de mortalidade por câncer bucal em São Paulo, identificaram tendência crescente para negros e estacionária para brancos, assim como tendência crescente para mulheres e estacionária para homens. Essas informações, juntamente com os achados da presente pesquisa, demonstraram que o quadro epidemiológico das doenças sofrem transformações, consequentes do tempo, dos hábitos de vida e/ou das mudanças nos níveis socioeconômicos da população. Isso implica na importância da realização de estudos epidemiológicos para caracterização populacional das doenças.

Os níveis de escolaridade corroboram também a distribuição e a ocorrência de doenças. Os indivíduos analisados nesta pesquisa apresentaram baixo índice de escolaridade, assim como apresentado em outros estudos com populações de indivíduos com câncer bucal^{9,13,16}. Ganesh et al. (2013)¹³ identificaram diferença estatisticamente significativa na prevalência de câncer bucal entre os diferentes níveis de alfabetização e ocupação.

Diante desses fatores, evidenciou-se a influência dos determinantes sociais na saúde da população. Níveis baixos de escolaridade, cor da pele preta/parda são características relacionadas a precários níveis socioeconômicos e consequentemente a dificuldades no acesso à assistência à saúde¹⁴. A identificação das disparidades relacionadas

à educação, à ocupação, assim como raça/cor da pele indicam que os fatores sociais precisam ser considerados na elaboração de políticas públicas relacionadas ao câncer bucal.

Em relação às características clínicas do câncer bucal, os achados foram compatíveis com a literatura. A localização anatômica do tumor foi predominante na língua, corroborando alguns estudos^{3-4,7,16}, assim como o tipo histológico de carcinoma de células escamosas^{4,16} e a predominância do diagnóstico em estágio avançado da doença^{3-4,7}. Essas características são importantes no diagnóstico da doença; pois determinam o prognóstico e a terapêutica eleita para o seu tratamento.

O diagnóstico tardio acarreta aumento do risco de óbitos e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelo câncer, além da aplicação de tratamentos invasivos e mutiladores, com maior duração e maiores custos hospitalares¹⁷. A alta prevalência do diagnóstico tardio, encontrada neste estudo, assim como a alta ocorrência de óbitos ao final do primeiro tratamento fortalecem essas afirmações.

Quanto ao diagnóstico precoce relacionado ao câncer bucal, é natural que o cirurgião-dentista seja considerado o profissional de saúde mais adequado para realizá-lo. Entretanto, estudos indicaram que muitos desses profissionais mostram-se despreparados para a detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas relacionadas a esse câncer^{5,8-9}. Os resultados deste estudo confirmaram esses achados, pois se observou predomínio de casos diagnosticados em estágio avançado (estádio IV/43,43%), e os consultórios odontológicos colaboraram apenas em 1,73% dos diagnósticos (57 casos). Além disso, a busca pelo cirurgião-dentista também é menor quando as lesões não estão localizadas no dente ou na gengiva, refletindo o entendimento da população de que os dentistas são responsáveis apenas por essas estruturas¹¹. Presume-se que é fundamental a capacitação permanente dos profissionais da Odontologia, além do esclarecimento da população quanto ao papel desses profissionais.

A identificação de lesões potencialmente malignas e dos casos de câncer possibilita sucesso na prevenção, além de minimizar as consequências dessa doença. Almeida et al. (2012)¹⁸ observaram que campanhas de rastreamento de câncer bucal, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde e em conformidade com as políticas públicas do governo federal, produziram resultados bem-sucedidos na prevenção e detecção precoce do câncer bucal no Estado de São Paulo.

O consumo de álcool e tabaco também está associado ao prognóstico do câncer bucal, quanto maior o consumo, piores são as condições de prognóstico da doença⁶. Assim como em outros levantamentos epidemiológicos^{3,11,16}, os resultados deste estudo demonstraram que o consumo de tabaco isoladamente, como seu uso concomitante com o álcool, tem grande ocorrência em indivíduos com câncer

bucal. Antunes et al. (2013)¹⁹ verificaram que a utilização conjunta desses produtos tem associação significativa com o câncer bucal. Ações relacionadas ao controle do consumo desses produtos têm evidenciado impacto quantitativo sobre a incidência do câncer de boca e sua morbidade²⁰. Por esse motivo, esses fatores devem ser enfatizados na elaboração de políticas públicas voltadas para prevenção e controle desse câncer.

Entretanto, ainda sobre o consumo de álcool e tabaco, sua relação com a localização do câncer bucal não foi evidenciada pela literatura. Neste estudo, percebeu-se que a maior ocorrência do consumo desses produtos foi evidenciada em indivíduos com tumores localizados em partes não específicas da língua (C02). Essa associação pode ter ocorrido aleatoriamente, tendo em vista que a grande maioria dos casos deste estudo apresentou esse local como principal localização do tumor. Assim, estudos analíticos devem ser realizados para verificar essa hipótese de associação.

Outro fator relevante observado neste estudo foi a procedência dos casos de câncer bucal e sua distribuição pelas macrorregiões do Estado. A Bahia está organizada em nove macrorregiões de saúde (Norte, Nordeste, Leste, Sul, Extremo-Sul, Sudoeste, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste)²¹. A maioria dos Centros de Referência para tratamento de câncer bucal está localizada nas regiões com maior número de casos diagnosticados da doença (Leste e Centro-leste). Percebeu-se a falta desses centros em regiões mais distantes da capital, o que prejudica o diagnóstico e a assistência oncológica aos indivíduos acometidos por essa enfermidade.

Contudo, deve-se considerar na expansão da rede de assistência oncológica de alta complexidade, o impacto financeiro dessas ações e o contingente populacional atingido por ela. Como demonstraram os achados desta pesquisa, a maior ocorrência do câncer bucal está relacionada ao interior do Estado; no entanto, levando-se em consideração o contingente populacional, os casos da capital têm maior prevalência. Além disso, deve-se reconhecer o câncer como uma doença prevenível. A modificação do seu quadro epidemiológico está diretamente relacionada à necessidade de melhorias no acesso ao diagnóstico precoce e encaminhamento correto para a rede de referência; ou seja, a ações relacionadas à baixa e média complexidades^{17,22}.

Por ser um estudo de base hospitalar, as informações desta pesquisa representaram apenas as pessoas que obtiveram tratamento da doença durante o período pesquisado, excluindo os casos que não foram diagnosticados ou que foram a óbito sem tratamento hospitalar. Por esse motivo, os resultados não podem ser extrapolados para a população. Entretanto, a utilização de fontes de dados secundários na pesquisa em saúde possibilita a coleta de informações epidemiológicas e clínicas de forma abrangente e com baixo custo, o que é difícil de averiguar em pesquisas de base populacional.

Assim, enfatiza-se a fundamental importância de levantamentos epidemiológicos para diagnóstico e vigilância do câncer bucal. Essas pesquisas dão subsídios para os planejamentos na área da saúde, guiando os gestores quanto à distribuição e frequência das doenças, aos fatores de risco relacionados e ao perfil dos indivíduos que são acometidos por ela. Em adição, possibilita ao profissional de saúde a identificação de indivíduos expostos ao risco de desenvolver a doença e a implementação de medidas de controle específicas. Como o Brasil é um país de grande extensão territorial e possui muitas variações regionais, tanto geográficas como populacionais, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas específicas por Estado, para verificar as características de sua população. Este trabalho cumpriu o papel de elucidar as características clínicas e epidemiológicas do câncer bucal no Estado da Bahia.

CONCLUSÃO

Na Bahia, o câncer bucal tem sido diagnosticado tardiamente e acometido em sua maioria homens, acima dos 54 anos, de cor parda, com baixa escolaridade, procedentes do interior do Estado, tendo a língua como a principal localização anatômica do tumor, e o carcinoma de células escamosas como tipo histológico predominante, além de apresentar um percentual importante de óbitos. O consumo de tabaco e o uso concomitante com o álcool foram as características de maior ocorrência relacionadas aos hábitos de vida desses indivíduos, além de estarem relacionadas com os tumores localizados na região lingual. Esses resultados demonstram que deve ser dada maior atenção para a detecção e tratamento precoce dessa doença, reforçando a necessidade de atualização profissional e conscientização da população acerca dos fatores de risco e dos sinais e sintomas da doença, bem como a expansão da assistência oncológica, desde a atenção primária em saúde até os centros de alta complexidade.

CONTRIBUIÇÕES

Lília Paula de Souza Santos contribuiu na concepção e no planejamento da pesquisa; na obtenção, análise e interpretação dos dados; assim como na elaboração do texto final do artigo. Fábio Silva de Carvalho contribuiu na concepção e planejamento da pesquisa; assim como na redação e revisão crítica do texto final do artigo. Cristiane Alves Paz de Carvalho e Dandara Andrade de Santana contribuíram na revisão crítica do texto final do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2014. [acesso em 2014 ago 31]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
2. Carli ML, Santos SL, Pereira AAC, Hanemann JAC. Características clínicas, epidemiológicas e microscópicas do câncer bucal diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. *Rev bras cancerol.* 2009; 55(3):205-11.
3. Gouvea AS, Nogueira MX, Oliveira ZFL, Podestá JRV, Zeidler SV. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2010; 39(4):261-5.
4. Carvalho SHG, Soares MSM, Figueiredo RLQ. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012; 12(1):47-51.
5. Oliveira JMB, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. *Rev bras cancerol.* 2013; 59(2):211-8.
6. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. *Rev bras cancerol.* 2012; 58(1):21-9.
7. Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2010; 58(3):351-5.
8. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2010; 58(1):27-33.
9. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Rev bras cancerol.* 2010; 56(2):195-205.
10. 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.
11. Silva MC, Marques EB, Melo LC, Bernardo JMP, Leite ICG. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev bras cancerol.* 2009; 55(4): 329-35.
12. Sharma RG, Bang B, Verma H, Mehta JM. Profile of oral squamous cell cancer in a tertiary level medical college hospital: a 10 yr study. *Indian J Surg Oncol.* 2012; 3(3):250-4.
13. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. *Indian J Cancer.* 2013; 50(1):9-13.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições

- de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2014 set 31]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
15. Antunes JLF, Toporcov TN, Biazevic MGH, Boing AF, Bastos JL. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(3):470-8.
 16. Jesus RR, Meyer TN, Leite ICG, Pereira AAC, Armond MC. Epidemiologic profile and quality of life of patients treated for oral cancer in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(1):e20-4.
 17. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:S30-9.
 18. Almeida FCS, Cazal C, Pucca Jr GA, Silva DP, Frias AC, Araújo ME. Reorganization of secondary and tertiary health care levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil. *Braz Dent J.* 2012; 23(3):241-5.
 19. Antunes JLF, Toporcov TN, Biazevic MGH, Boing AF, Scully C, Petti S. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study. *PLoS ONE* 2013; 8(7):e68132.
 20. Torrer-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res.* 2010; 24(Spec Iss 1):37-42.
 21. Bahia. Secretaria da Saúde . Regiões de Saúde do Estado da Bahia 2007 a 2013. Salvador: SESAB, 2013. [acesso em 2014 ago 31]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_POP2012_atualizado10-07-2013.pdf
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília* (2013 maio 17); Sec.1:129-32.

Abstract

Introduction: Oral cancer is a major public health problem in Brazil and in the world. The information collected from cancer diagnosed cases, as well as its mortality indicators reflect the profile of the population affected by the disease, and assist in the formulation of public policies for the prevention and control of this type of cancer, in addition to improving cancer care. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological profile of patients with oral cancer treated at hospitals in the Brazilian State of Bahia. **Method:** A retrospective, descriptive study of cases of oral cancer retrieved from the Electronic System of Hospital Cancer Records (Sistema de Informatização de Registros Hospitalares de Câncer). A descriptive analysis of socio-demographic, clinical, and other variables associated with the use of tobacco and alcohol was performed. **Results:** 3,309 cases were involved in this study. Among these subjects, 70.16% were male, 61.43% were above 54 years old, 84.15% were “pardos”, 78.68% had a low level of education, and 73.20% came from the countryside of the state. Stage IV cancer was the most frequent (55.23%); the most common histological type was squamous cell carcinoma (83.61%); and the tongue was the most common primary tumor site (31.10%). At the end of the first treatment, only 9.31% were in complete remission/had no evidence of disease, while 32.47% passed away. Many of the individuals had a history of alcohol consumption and tobacco use. **Conclusion:** In Bahia, oral cancer cases have been receiving a late diagnose, and the disease affects primarily those over 54 years old; of mixed ethnicity; with low levels of education; and mostly men. A significant percentage of these cases result in death.

Key words: Mouth Neoplasms; Hospital Records; Epidemiology, Descriptive

Resumen

Introducción: El cáncer oral es un problema grave de salud pública en Brasil y en todo el mundo. Las informaciones de los casos diagnosticados de cáncer así como los indicadores de mortalidad por esta enfermedad reflejan el perfil de la población afectada por ella. Por otra parte, ayudan a formar políticas públicas para la prevención y control de esta enfermedad y para mejorar el tratamiento contra el cáncer. **Objetivo:** Describir el perfil clínico y epidemiológico de individuos con cáncer oral atendidos en hospitales del estado de Bahía. **Método:** Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de cáncer oral provenientes del Sistema de Informatización de Registros Hospitalarios de Câncer. Se realizó un análisis de las variables sociodemográficas, clínicas y otras relacionadas, como el consumo de tabaco y alcohol. **Resultados:** Fueron incluidos 3.309 casos. El sexo predominante era el masculino (70,16%), edad superior a 54 años (61,43%), mestizos (84,15%), con nivel de escolaridad bajo (78,68%) y provenientes del interior del estado (70,20). El más frecuente fue el estadio IV (55,23%), el tipo histológico fue carcinoma de células escamosas (83,61%) y el 31,10% de la localización primaria del tumor fue en la lengua. Cuando se concluyó el primer tratamiento solamente el 9,31% se encontraban sin evidencia de la enfermedad / en remisión completa, mientras que el 32,47% murió. Muchos de los individuos tenían historial de consumo de alcohol y tabaco. **Conclusión:** En Bahía, el cáncer oral ha sido diagnosticado tardíamente y ha afectado en su mayoría a hombres mayores de 54 años, mestizos, con bajo nivel de escolaridad, lo que resulta en un porcentaje significativo de óbitos.

Palabras clave: Neoplasias de la Boca; Registros de Hospitales; Epidemiología Descriptiva