

Featuring death cases due to neoplasms of the oral cavity in Espírito Santo State, Brazil

| Caracterização dos casos de óbitos por neoplasias da cavidade oral no estado do Espírito Santo, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Neoplasms of the oral cavity are a public health issue, whose main risk factors comprise concomitant cigarette smoking and alcohol intake. Objective:* *Featuring death cases associated with neoplasias of the oral cavity in the population living in Espírito Santo State, from 2011 to 2016. Methods:* *Data were collected in the Mortality Information System by taking into account the following variables: municipality of residence, year of death, age group, sex, race, schooling, marital status and place of death. Results:* *In total, 548 deaths associated with neoplasias of the oral cavity were recorded throughout the investigated period, 77% of cases were men, 49.4% of them were white, 30.5% were in the age group 50-59 years, and 37.8% were married. Moreover, 48.2% of records about schooling was neglected, and the main place of death was the hospital environment (79.6%). The metropolitan health region comprised 60.6% of cases; CID-10 categories C02 (malignant neoplasm of other parts and non-specified parts of the tongue) and C06 (malignant neoplasm of other parts and non-specified parts of the mouth) were the most affected ones - they were followed by C01 (malignant neoplasm of the base of the tongue). Conclusion:* *It is necessary expanding and providing the population with access to basic oral health care to enable early diagnosis, better treatment and identification of lesions, mainly in populations presenting similar features to those observed in the current study.*

Keywords | Mouth; Cause of Death; Mouth Neoplasms.

RESUMO | Introdução: As neoplasias da cavidade oral representam um problema de saúde pública, e entre os fatores de risco para seu desenvolvimento está, principalmente, o uso concomitante de cigarro e álcool. **Objetivo:** Caracterizar os casos de óbito por neoplasias da cavidade oral na população do estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2016. **Métodos:** Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade, levando-se em consideração as seguintes variáveis: município de residência, ano do óbito, faixa etária, sexo, raça, escolaridade, estado civil e local de ocorrência. **Resultados:** No período, foram registradas 548 mortes por neoplasias da cavidade oral, sendo 77% dos casos no sexo masculino, 49,4% em indivíduos brancos, 30,5% com idade entre 50-59 anos, e 37,8% casados. Um percentual de 48,2% dos registros para Escolaridade foi ignorado, e o principal local de óbito foi o ambiente hospitalar (79,6%). Na região de saúde metropolitana ocorreram 60,6% dos casos, e a categoria CID-10 mais acometida foi a C02 (neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua) e C06 (neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca), seguidas de C01 (neoplasia maligna da base da língua). **Conclusão:** Conclui-se que há a necessidade de ampliação e disponibilização de acesso aos cuidados básicos de saúde oral para o diagnóstico precoce, e também um melhor tratamento e reconhecimento das lesões, principalmente para a população que apresenta as mesmas características observadas no estudo.

Palavras-chave | Boca; Causa de Morte; Neoplasias Bucais.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Sabe-se que a neoplasia é uma desordem do crescimento celular, provocada por uma série de mutações adquiridas as quais afetam uma única célula e sua descendência clonal. As mutações causais proporcionam às células neoplásicas uma vantagem de sobrevivência e de crescimento, decorrendo em multiplicação excessiva, autônoma aos sinais fisiológicos de crescimento¹⁻⁴. Diferentemente das neoplasias malignas, as neoplasias benignas têm seu crescimento lento e localizado, e não se dissemina para outras áreas¹⁻⁴.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias são o consumo do cigarro e a ingestão de álcool, e o efeito sinérgico na potência cancerígena do seu uso concomitante já foi demonstrado⁵⁻⁸. São considerados como fatores de risco emergentes a infecção viral, o uso de imunossupressores (azatioprina e ciclosporina), dieta – sobretudo aquela que é baseada em alto consumo de carnes processadas – e a condição social, por exemplo, baixa renda e falta de saneamento básico⁵⁻⁸.

Um dos principais tipos de câncer que vem ganhando relevante destaque como um problema de saúde pública é o câncer na cavidade oral, pois configura-se como o sexto tipo mais comum de câncer, principalmente em países subdesenvolvidos⁹⁻¹¹. Por ser uma neoplasia maligna, pode se alastrar e destruir estruturas próximas, e provocar metástases¹. A sua manifestação clínica está dependente da localização e tamanho, e a principal reclamação é a presença de tumor e dor no local. No início, manifesta-se de forma pouco sintomática, sendo os sintomas de diagnóstico característicos da doença já em estágio avançado, com perda de peso, linfonodos cervicais evidenciados, dor no momento de deglutição, percepção de corpo estranho, disfagia e disfonia, e outros¹².

Segundo o Instituto Nacional de Câncer¹³, são estimados 14.700 novos casos de câncer de cavidade oral para o ano de 2018 no Brasil. Um risco estimado de 10,86 novos casos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição entre os tipos de cânceres que acometem os homens; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o décimo segundo mais frequente na população feminina. É importante destacar que o instituto levou em consideração neoplasias malignas de lábio e cavidade oral aquelas que tenham como localização primária os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe (C00-C10), segundo a CID- 10.

Diante disso, faz-se necessário o conhecimento dos casos de óbitos por neoplasias da cavidade oral e suas variáveis, para que os profissionais de saúde possam fazer uma reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde. Além disso, esses dados poderão servir de subsídio para a tomada de decisões pelos gestores de saúde, no sentido de promover o desenvolvimento de medidas de enfrentamento e controle da mortalidade da população.

Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar os casos de óbito por neoplasias da cavidade oral na população do estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2016.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de série temporal com dados secundários referentes aos óbitos por neoplasias da cavidade oral na população do Estado.

O estado do Espírito Santo está localizado na região sudeste do Brasil. É composto por 78 municípios e por uma população de 3.514.952 pessoas. Possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,740, e sua população urbana representa 83,4% do total populacional¹⁴⁻¹⁶.

Os dados, de domínio público, foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (DATASUS). O SIM foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular e abrangente de dados sobre mortalidade no país. Baseando-se nesses dados, as esferas da saúde pública podem realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área¹⁷.

Levaram-se em consideração as seguintes variáveis: município de residência (municípios do estado do Espírito Santo), ano do óbito (2011 a 2016), faixa etária (1-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e de 80 ou mais anos), sexo (masculino e feminino), cor/raça (branca, preta, parda), escolaridade (nenhuma, de 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado, outro) e local de ocorrência (hospital, domicílio, via pública, outro estabelecimento de saúde, outros). Foram considerados objeto de estudo os óbitos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10), por neoplasia maligna do lábio (C00), neoplasia maligna da base da língua (C01), neoplasia maligna de outras partes e partes não especificadas da língua (C02), neoplasia maligna

da gengiva (C03), neoplasia maligna do assoalho da boca (C04), neoplasia maligna do palato (C05), neoplasia de outras partes e partes não especificadas da boca (C06), no período de 2011 a 2016.

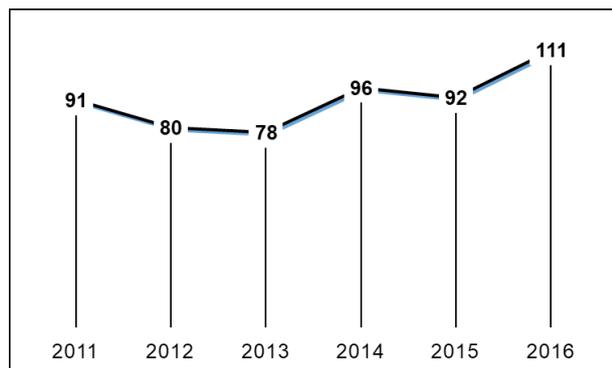
Os dados coletados foram exportados para o programa *Microsoft Excel*, para tabulação dos dados. Para análise, esses dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas, e os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos de frequência, relativa e absoluta. Em relação aos aspectos éticos, é importante ressaltar que as informações utilizadas foram de fonte secundária, o que dispensou a necessidade de aprovação deste estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS |

No período de 2011 a 2016, no estado do Espírito Santo, foram registradas 548 mortes por neoplasias da cavidade oral. Desses casos, houve maior frequência em indivíduos do sexo masculino (77%), brancos (49,4%), com idade entre 50-59 anos (30,5%), e casados (37,8%). Em relação à escolaridade, foi registrado que 20,8% dos casos possuíam de 1 a 3 anos de estudos, porém 48,2% dos óbitos tiveram os registros para esse item ignorados; o principal local de óbito foi o ambiente hospitalar (79,6%) (Tabela 1).

A média anual de casos foi de 91,3, e o ano de 2016 registrou o maior número de óbitos (Figura 1).

Figura 1 - Número de óbitos por Neoplasias da Cavidade Oral nos anos de 2011 a 2016



Fonte: Dados provenientes do DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Elaboração da tabela pelos autores.

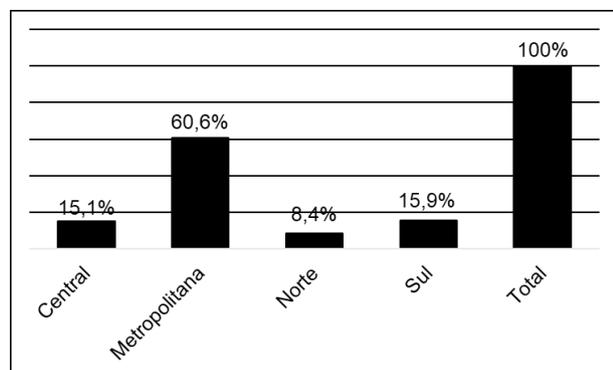
Tabela 1 - Caracterização dos óbitos por Neoplasias da Cavidade Oral (C00 a C06) no estado do Espírito Santo, de 2011 a 2016

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 422 | 77,0 |
| Feminino | 126 | 23,0 |
| Cor/Raça | | |
| Branca | 238 | 49,4 |
| Preta | 56 | 11,6 |
| Parda | 188 | 39,0 |
| Idade (Anos) | | |
| 1-29 | 3 | 0,5 |
| 30-39 | 21 | 3,8 |
| 40-49 | 59 | 10,8 |
| 50-59 | 167 | 30,5 |
| 60-69 | 137 | 25,0 |
| 70-79 | 93 | 17,0 |
| 80 ou mais | 68 | 12,4 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 132 | 24,1 |
| Casado | 207 | 37,8 |
| Viúvo | 66 | 12,0 |
| Separado | 48 | 8,7 |
| Outro | 12 | 2,2 |
| Ignorado | 83 | 15,1 |
| Escolaridade | | |
| Nenhuma | 60 | 10,9 |
| 1 a 3 anos | 114 | 12,0 |
| 4 a 7 anos | 66 | 5,8 |
| 8 a 11 anos | 32 | 2,2 |
| 12 anos ou mais | 12 | 48,2 |
| Ignorado | 264 | 20,8 |
| Local de Ocorrência | | |
| Hospital | 436 | |
| Outro estabelecimento de saúde | 8 | 79,6 |
| Domicílio | 100 | 18,2 |
| Via pública | 2 | 0,4 |
| Outros | 2 | 0,4 |

Fonte: Dados provenientes do DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Elaboração da tabela pelos autores.

A região Metropolitana apresentou o maior número de mortes (332 óbitos) entre as quatro regiões de Saúde do Estado (Figura 2), e Vitória ocupou a primeira posição entre as cidades, com 75 óbitos, seguida por Vila Velha, com 73 óbitos, e Cariacica, com 62 casos.

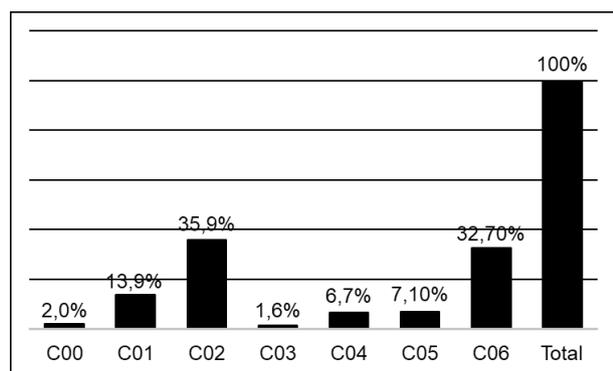
Figura 2 - Óbitos por Neoplasias da Cavidade Oral por Região de Saúde, de 2011 a 2016



Fonte: Dados provenientes do DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Elaboração da tabela pelos autores.

A região anatômica mais acometida por neoplasia foi a de outras partes e partes não especificadas da língua (C02), com 197 óbitos, seguida de outras partes e partes não especificadas da boca (C06), com 179 óbitos, e base da língua (C01), com 76 óbitos (Figura 3).

Figura 3 - Óbitos por Neoplasias da Cavidade Oral por Categoria CID-10, de 2011 a 2016



Fonte: Dados provenientes do DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Elaboração da tabela pelos autores.

DISCUSSÃO |

O câncer oral está entre os principais agravantes que elevam as taxas de morbimortalidade no mundo, por isso merece atenção especial dos profissionais de saúde. Seu diagnóstico inicial – que requer uma observação mais sistemática dos tecidos da cavidade oral e reconhecimento das possíveis alterações encontradas –, quanto mais precoce e associado a um rápido tratamento, poderá aumentar a sobrevida do indivíduo, enquanto o diagnóstico tardio pode representar a morte do paciente^{12,18,19}. Dessa maneira, os registros de câncer oral são fontes importantíssimas para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas com vistas ao planejamento e avaliações de controle²⁰.

Ao analisar os dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), observou-se o predomínio de óbitos em indivíduos do sexo masculino. Tal fato também foi observado no estudo realizado por Perea et al⁹, que analisaram a tendência das taxas de mortalidade por câncer de boca e de faringe no período de 2002–2013 no Brasil, na qual se percebeu que aproximadamente oito em cada 10 óbitos aconteceram em homens. Para Coaracy et al.²¹, a maior ocorrência de casos de carcinoma de células escamosas ou espinocelular, que consiste na neoplasia maligna mais comum na cavidade oral, deve-se ao fato de que certos hábitos, como o uso do cigarro, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a maior exposição a agentes cancerígenos, ainda serem mais comuns nos homens.

Sobre a raça/cor, houve predomínio de óbitos entre sujeitos brancos, com 49,4% dos casos. Daher et al.²² descreveram que 88,12% dos pacientes diagnosticados com carcinoma epidermoide oral (CEC), no período de 1999 a 2003, em um centro de tratamento de Uberaba-MG, eram brancos. Já no trabalho de Gois Santos et al.²³, a classificação predominante dos óbitos foi da cor parda, e seus dados também mostram que em 25,6% dos casos a classificação foi ignorada.

Foram observados apenas 3 casos (0,5%) de óbitos em indivíduos com idade inferior a 30 anos. Pôde-se perceber uma elevação no número de acometimentos a partir dos 30 anos de idade, com a maioria dos casos ocorrendo entre os 50-59 e 60-69 anos, representando 55,5%. Um estudo realizado na cidade de Aracaju²³, capital do estado de Sergipe, que investigava o perfil epidemiológico dos óbitos

por câncer de boca no período de 10 anos, evidenciou não ter havido mortes em indivíduos com idade inferior a 30 anos. O mesmo estudo demonstrou que, dos 78 casos de óbitos, 56,4% ocorreram no grupo com 50-60 e 60-70 anos de idade. No estado de Minas Gerais, Fonseca et al.²⁴ investigaram as frequências e taxas de mortalidade por câncer de boca entre os anos de 2009 e 2013, e foi observado que 52,82% dos óbitos ocorreram nesse período da vida.

Um importante trabalho sobre as neoplasias da cavidade oral no Espírito Santo²⁵ mostrou que, nos anos de 2001 a 2010, os óbitos estiveram concentrados na faixa etária de 50 a 79 anos. Sabe-se que o aumento do tempo de vida é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer oral, devido ao processo de envelhecimento celular. Outro importante problema é o diagnóstico tardio, que resulta em uma sobrevida reduzida²⁶⁻²⁹.

A maior parte dos óbitos ocorreram entre os analfabetos e/ou indivíduos com pouca escolaridade (31,7%), e vários estudos concordam com esses resultados²³⁻²⁵. Esses trabalhos também destacam a alta prevalência de informação ignorada no item escolaridade, e isso também pode ser percebido neste trabalho, onde 48,2% dos óbitos não foram especificados. Abdo, Garrocho e Aguiar³⁰, ao aplicarem uma entrevista aos pacientes em tratamento de carcinoma epidermoide oral, observaram uma dificuldade de absorverem informações escritas pela população de seu estudo, mesmo entre aqueles que não foram considerados analfabetos (a porcentagem de iletrados foi de 44,8%).

A região de saúde metropolitana do Espírito Santo, formada por 20 municípios e representa 55,06% da população do estado³¹, apresentou o maior número de óbitos.

A categoria CID-10 mais acometida foi a de neoplasias maligna de outras partes e outras partes não específicas da língua (C02), seguida pelas neoplasias de outras partes e partes não especificadas da boca (C06). Fonseca et al.²⁴ obtiveram os mesmos resultados em seus estudos, sendo a porcentagem de 32,95% e 30,64%, respectivamente. Várias outras pesquisas, como as de Andreotti et al.³² e Santos³³, confirmam esses resultados. Nos trabalhos de Daher et al.²², Perussi et al.²⁸, Santos et al.³⁴ e Drumond e Armond³⁵, o sítio de maior frequência foi a língua, e, em segundo lugar, o assoalho da boca; já nos estudos de Sousa et al.³⁶, a língua e o lábio foram os mais acometidos, respectivamente. O

conhecimento das principais regiões anatômicas afetadas se torna necessário, visto que o exame deve ser realizado de uma forma adequada para a melhor identificação da lesão³⁷.

Almeida et al.³⁸ explicam que o comportamento biológico da doença pode estar relacionado à sua localização e à proximidade do câncer com vasos calibrosos, o arranjo histológico dos tecidos afetados e a presença de anastomoses vasculares e linfáticas. Segundo eles, também, os cânceres de língua e assoalho merecem atenção e tratamento usualmente agressivo, e os da mucosa jugal, por exemplo, se contrapõem com menor agressividade. A localização também afetaria o seu prognóstico, dado que a área anatômica afetada pode determinar a acessibilidade e extensão do tratamento cirúrgico.

Diante dos dados apresentados, é importante ressaltar que a prevenção do câncer de cavidade bucal ainda é difícil de se implementar, já que fatores de risco da doença acompanham os usuários por muitos anos, mesmo antes dos sinais aparecerem³⁹. Além do mais, um estudo⁴⁰ realizado com 238 cirurgiões-dentistas de Fortaleza-CE percebeu que esses profissionais são capazes de desempenhar papel importante na prevenção do câncer bucal, especialmente nos níveis de prevenção primária e secundária, para propor ações facilitadoras do reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e práticas que busquem o diagnóstico precoce das suspeitas de lesões. Embora identifique claramente a relevância da mortalidade do câncer bucal na população, a grande maioria dos dentistas pesquisados não está preparada para realizar a biópsia como uma atividade de rotina. Considerando que a grande maioria das biópsias dos tecidos orais é realizada em ambulatório – com baixa complexidade tecnológica exigida para a realização do procedimento, bem como com comprovada eficácia para o diagnóstico precoce do câncer de boca –, é essencial a realização desse procedimento na atenção primária, o que pode efetivamente contribuir para a diminuição da mortalidade por câncer oral.

É importante frisar que uma das limitações deste estudo é a dependência, em grande parte, de informações preenchidas por outras pessoas, cuja preparação e motivação para preenchimento correto são muito frágeis. Dessa maneira, o preenchimento incorreto das declarações de óbitos foi o principal obstáculo para realização desta pesquisa, conforme apresentado em dados ignorados de escolaridade,

por exemplo. Isso indica a necessidade de se frisar aos médicos a importância do preenchimento cuidadoso das declarações de óbito, reafirmando o importante valor epidemiológico desse documento, pelos dados que contém, e que este não pode ser visto apenas como um documento necessário para o sepultamento.

CONCLUSÃO |

Com base nos dados deste trabalho, pode-se concluir que os óbitos por neoplasias da cavidade oral no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2016, foi mais frequente em pessoas do sexo masculino, brancas, com idade entre 50-59 anos, casadas, com baixo grau de escolaridade, e que suas mortes ocorreram principalmente em ambiente hospitalar. Os municípios da região de saúde metropolitana, a mais populosa do Estado, apresentou o maior número de casos. A língua foi a principal região anatômica atingida pelas neoplasias.

Fica evidente que o desafio atual para o controle das neoplasias da cavidade oral é o diagnóstico precoce, realizado pelos profissionais de saúde, que devem ser devidamente treinados para um melhor tratamento e reconhecimento das lesões nos pacientes. Também são necessárias estratégias de prevenção e educação da população, centradas no combate ao tabagismo e etilismo, e o estímulo a uma alimentação saudável, sobretudo para a população que apresenta as mesmas características observadas no estudo. Como medida urgente, há a necessidade de ampliação e disponibilização do acesso a esses cuidados básicos de saúde oral.

Destaca-se, ainda, a importância do incentivo institucional a programas que visem à qualificação do profissional de saúde, com base na busca de um cuidado de qualidade, priorizando as ações preventivas e proteção do usuário, com vistas ao fortalecimento da Educação Permanente e Educação Popular em Saúde.

Além do mais, devido à escassez de estudos sobre o assunto na atualidade, os achados citados nesta pesquisa poderão servir de subsídios para outras pesquisas futuras, com o objetivo de ampliar a discussão sobre o tema e fortalecer a produção de cuidado aos usuários que buscam os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011; 144(5):646-74.
2. Gonçalves AA, Pitassi C, Assis Junior VM. The case of INCA'S national tumor bank management system in Brazil. *J Inf Syst Technol Manag*. 2014; 11(3):549-68.
3. Hayakawa Y, Kawada M, Nishikawa H, Ochiya T, Saya H, Seimiya H, et al. Report on the use of non-clinical studies in the regulatory evaluation of oncology drugs. *Cancer Sci*. 2016; 107(2):189-202.
4. Feinberg AP, Ohlsson R, Henikoff S. The epigenetic progenitor origin of human cancer. *Nature Reviews Genetics*. 2006; 7:21-33.
5. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol*. 2009; 45(4-5):340-50.
6. Toporcov TN, Antunes JLF, Tavares MR. Fat food habitual intake and risk of oral cancer. *Oral Oncol*. 2004; 40(9):925-31.
7. Radoi L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013; 41(2):97-109.
8. Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer: an appraisal of controversies. *British Dental Journal*. 2009; 207(10):471-5.
9. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendências de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52:10.
10. Shah J, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer: surgery. *Oral Oncol*. 2009; 45(4-5):394-401.
11. Boyle P, Levin B. World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008.
12. Tomassi MHM. Diagnóstico em patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
13. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.

14. Brasil. Resolução nº. 4, de 28 de agosto de 2017. Divulgar, as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2017, constantes da relação anexa, para os fins previstos no inciso VI do Art. 1º da Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992. Diário Oficial da União 30 ago 2017.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Sinopse do censo demográfico 2010 [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. IBGE cidades e estados 2017 [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>.
17. DATASUS [Internet]. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>.
18. Costa EG, Migliorati CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001; 47(3):283-9.
19. Mota KM. Câncer bucal: diagnóstico precoce através do auto-exame. Fortaleza [Internet]. Projeto de Intervenção [Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família] - Escola de Saúde Pública do Ceará; 2009 [internet] [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1110:cancer-bucal-diagnostico-precoce-atravs-do-auto-exame&id=124:esp-prticas-clnicas-em-sade-da-familia.
20. Brasil. Ministério da Saúde. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
21. Coaracy AEV, Lopes FF, Cruz, MCFN, Bastos EG. Relação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. *J Bras Patol Med Lab*. 2008; 44(1):31-5.
22. 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.
23. Santos VTG, Santos VS, Carvalho RAS, Guedes SAG, Trento CL. Mortality from oral cancer in Aracaju/SE, Brazil: 2000-2009. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(3):204-10.
24. Fonseca EP, Brizon VSC, Lopes AG, Milagres CS, Freitas BC, Meneghim MC. Mortalidade por câncer de boca em Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2014; 16(3):99-106.
25. Mattos CA, Esposti CDD, Santos Neto ET. Mortalidade por neoplasias relacionadas à cavidade bucal no Espírito Santo de 2001 a 2010. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2014; 16(2):93-100.
26. Almeida PASM, Catão MFM, Costa LJ. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relatos de pacientes portadores. *Braz Dent Sci*. 2009; 12(4):18-24.
27. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto, et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Revista Panam de Salud Pública*. 2012; 31(3):246-52.
28. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(4):341-4.
29. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(4):1099-109.
30. Abdo EN, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerologia*. 2002; 48(3):357-62.
31. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. Plano Diretor de Regionalização da Saúde 2011 [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanosDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.

32. Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wunsch-Filho V. Ocupação e câncer de cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(3):543-53.

33. Santos NCC. Análise epidemiológica de mortalidade por câncer de cabeça e pescoço no município de Londrina-PR [Internet]. Londrina. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Odontologia] - Universidade Estadual de Londrina; 2017 [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2017/NAARA%20CRISTINA%20CARVAVALHO%20DOS%20SANTOS.pdf>.

34. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MC. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(4):416-22.

35. Drumond JPN, Armond JE. Incidência do câncer oral na cidade de São Paulo: estudo retrospectivo de 6 anos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2015; 44(1):1-6.

36. Sousa FACG, Paradella TC, Rosa LEB, Faig-Leite H. Carcinoma epidermoide em mucosa bucal: um breve levantamento. *Rev. Fac. Odontol., Porto Alegre*, 2008, jan./abr,49(1), 5-7.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Falando sobre câncer da boca. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

38. Almeida FCS, Cazal C, Nunes FD, Araújo ME, Dias RB, Silva DP. Fatores prognósticos no câncer de boca. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(4):471-8.

39. Patton LL, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists: implications for diagnosis and referral. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(5):602-10.

40. Noro LRA, Landim JRL, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Ciênc Saúde Coletica*. 2017; 22(5):1579-87.

Correspondência para/Reprint request to:

Bruno Valério da Silva

*Rua José de Alencar, 105,
Maruípe, Vitória/ES, Brasil
CEP: 29043-060*

E-mail: brunovaleriodasilva@botmail.com

Recebido em: 01/11/2018

Aceito em: 11/03/2021