



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**EMANUEL ESPERIDIÃO SILVA BORGES**

**ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE BOCA NO  
BRASIL E NA PARAÍBA (2003 – 2017)**

**Araruna / PB  
2017**

**EMANUEL ESPERIDIÃO SILVA BORGES**

**ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE BOCA NO  
BRASIL E NA PARAÍBA (2003 – 2017)**

Artigo apresentado à Coordenação do  
Curso de Odontologia da UEPB – Campus  
VIII como requisito para a obtenção do  
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Gomes  
Agripino.

**Araruna / PB**

**2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

B732a Borges, Emanuel Esperidião Silva.  
Análise das estimativas de incidência de câncer de boca no Brasil e na Paraíba (2003 – 2017) [manuscrito] / Emanuel Esperidião Silva Borges. - 2017  
30 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2017.

"Orientação : Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Incidência. 2. Epidemiologia. 3. Neoplasias bucais. 4. Carcinoma.

21. ed. CDD 616.992314

EMANUEL ESPERIDIÃO SILVA BORGES

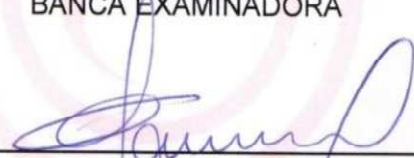
ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE BOCA NO BRASIL  
E NA PARAÍBA (2003 – 2017)

Artigo apresentado à Coordenação do  
Curso de Odontologia da UEPB –  
Campus VIII como requisito para a  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: 09/10/2017.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino (Orientador)

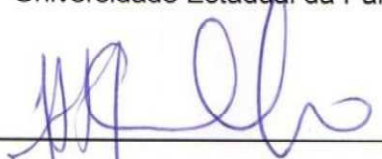
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Me. Sérgio Henrique Gonçalves de Carvalho

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Dedico a realização deste trabalho a Deus por ter me proporcionado tamanha experiência, aos meus pais Manoel Esperidião e Maria da Glória por todo amor e incentivo e a minha parceira fiel Evellynne Thanyara por sempre estar ao meu lado durante essa caminhada.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, autor de todas as coisas, por ter escolhido a mim e ter me permitido viver, aprender e crescer de forma sábia. Agradeço por ter sido meu sustento em dias difíceis, por ter me capacitado e ter permitido que chegasse ao fim dessa jornada ainda mais convicto do seu amor por mim. A Deus, a minha imensa e eterna gratidão!

Aos meus pais, Manoel e Maria da Glória, por todo apoio, cuidado, dedicação e zelo. Painho, no seu exemplo me espelho, nas suas lutas diárias encontro combustível para me tornar tão honesto e justo quanto o senhor. Obrigado por acreditar em mim, por nunca ter medido esforços para me ajudar e por ter contribuído para a conquista desse sonho. A minha, o meu amor, respeito e admiração. Em você encontro Deus, encontro carinho, encontro amparo; obrigado por estar sempre presente na minha vida, se dedicando ao máximo para que eu conseguisse chegar aqui, por ter acreditado que eu seria capaz, mesmo quando eu mesmo não acreditava. A vocês, dedico minhas conquistas e vitórias.

Agradeço àqueles com quem cresci e vivi a maior parte dos meus dias, meus irmãos. Obrigada por terem me feito experimentar a realidade de ser cuidado e cuidar, e de amar, independente das circunstâncias. Obrigado, porque eu sei que mesmo de longe, todos vocês, Emannelton, Elder e Elaine, sempre torceram e torcem por mim. Estamos prontos para enfrentarmos juntos todos os obstáculos que a vida nos oferece, como família, como irmãos.

A Maria Laura, minha sobrinha, a quem amo e cuido, agradeço por me fazer enxergar o quanto Deus é generoso, o quanto ainda há sentido na vida e no quanto eu preciso aprender e crescer como ser humano. Tão pequena, me fez experimentar um amor puro que me incentiva a querer chegar cada vez mais longe.

A minha namorada, Evelyne, que desde o princípio esteve ao meu lado, torcendo em cada conquista, sendo a minha força nos momentos mais difíceis. Com você, pude enxergar o amor de Deus por mim e, estar ao seu lado hoje é a prova disso. Obrigado, pois com você, aprendi o que é o amor.

Agradeço, em especial, ao meu orientador Gustavo Agripino, por ter sido sempre solícito e, mesmo em meio aos contratempos da profissão e do dia a dia, nunca hesitou em me auxiliar e contribuir positivamente na construção deste projeto. Obrigado por confiar no meu potencial e ter me encorajado a desenvolver de

maneira qualificada este trabalho que me possibilitou crescimento de tamanho inimaginável. Você é referência profissional para mim. Gratidão e respeito!

Às amizades a qual fui presenteado, agradeço a parceria de sempre. Paulo, Hugo, Douglas e Rodolfo, obrigado por terem tornado os meus dias melhores nesses cinco anos de convivência; com vocês aprendi, sorri, me desesperei, vivi e tive as melhores experiências. Obrigado por terem sido minha família em Araruna. Nós chegamos ao fim, juntos! A Paulo, em especial, por estamos juntos desde o princípio, compartilhando nossos sonhos, nossa vida; agradeço pela amizade e companheirismo, por todo o crescimento, por todas as coisas vividas. Obrigado por ter sido minha dupla de estudos e de clínica; por ter sido um irmão.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Esse é apenas o início de muitas outras conquistas que serão alcançadas, o princípio de uma nova jornada, o começo de uma nova vida.

# **ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE BOCA NO BRASIL E NA PARAÍBA (2003 – 2017)**

Analysis of incidence estimates of mouth cancer in Brazil and Paraíba (2003 - 2017)

## **RESUMO**

Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, de forma inquestionável, o câncer como um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento. É pensando nessa problemática que, desde 1995, o INCA (Instituto Nacional do Câncer) desenvolve, por meio de um conjunto de informações, uma estimativa do número de novos casos de câncer para o Brasil. Estes dados servem para traçar o perfil de magnitude de determinados tipos de câncer, bem como auxiliar os órgãos federal, estadual e municipal no estabelecimento de medidas de prevenção e controle da doença. Este estudo tem por objetivo analisar as estimativas de incidência de câncer de cavidade oral no Brasil e na Paraíba, publicadas pelo INCA, no período de 2003 até o biênio 2016/2017. Foram verificados os números de casos e as taxas brutas de incidência previstas para o Brasil, Paraíba e João Pessoa, comparando-se com as dos outros Estados e Capitais brasileiras. Também foi observada a incidência estimada para as localizações anatômicas mais acometidas pelo câncer, bem como a incidência para os sexos masculino e feminino. Para este fim, foi realizada uma pesquisa de caráter documental, com base nos dados obtidos a partir de documentos de Estimativa de Câncer no Brasil, publicados pelo INCA, onde foi feita uma análise comparativa da incidência do câncer de cavidade oral no Brasil e na Paraíba correlacionando com os sexos, masculino e feminino, e com os locais anatômicos primários. Nos últimos 15 anos, no Brasil e na região Nordeste, a cavidade oral foi uma das dez localizações anatômicas com maior número de casos novos de câncer estimados, ocupando a sétima posição. Na Paraíba, houve um aumento de 433,33% nas estimativas de incidência, alterando de 60 para 260 novos casos, a maioria atingindo a população masculina. Dentre os tipos de câncer mais incidentes, exceto pele não melanoma, a cavidade oral chegou a ser, no biênio 2014-2015, a quarta localização com maior número de casos estimados, ultrapassando outros sítios como colo do útero, pulmão e colón e reto. O número de casos novos de câncer de cavidade oral estimados aumenta a cada ano, tanto no Brasil como na Paraíba, apesar de a proporção entre homens e mulheres esteja diminuindo, ainda existe um maior número de casos entre os homens.

**PALAVRAS CHAVES:** Incidência. Epidemiologia. Neoplasias bucais. Carcinoma.



## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela/Figuras</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Tabela 1</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, na população brasileira.	14
<b>Tabela 2</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, na população brasileira.	15
<b>Tabela 3</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no nordeste brasileiro.	16
<b>Tabela 4</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no nordeste brasileiro.	16
<b>Tabela 5</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no estado paraibano.	17
<b>Tabela 6</b>	Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no estado paraibano.	18
<b>Tabela 7</b>	Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral em João Pessoa, entre 2003 e 2017, de acordo com o sexo.	19
<b>Figura 1</b>	Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral, entre 2003 e 2017, no Brasil.	15
<b>Figura 2</b>	Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral na Paraíba, entre 2003 e 2017, de acordo com o sexo.	18

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SIGLA</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>CID-10:</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão
<b>CONPREV:</b>	Coordenação de Prevenção e Vigilância
<b>INCA:</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MS:</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS:</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>RCBP:</b>	Registro de Câncer de Base Populacional
<b>SIM:</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SVS:</b>	Secretaria de Vigilância à Saúde
<b>VIGITEL:</b>	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

Página

RESUMO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARTIGO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	13
3 RESULTADOS .....	14
4 DISCUSSÃO .....	20
5 CONCLUSÃO .....	24
6 REFERÊNCIAS .....	27

## **ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE BOCA NO BRASIL E NA PARAÍBA (2003 – 2017)**

Analysis of incidence estimates of mouth cancer in Brazil and Paraíba (2003 - 2017)

Emanuel Esperidião Silva Borges<sup>1</sup>

Gustavo Gomes Agripino<sup>2</sup>

1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.
2. Professor Efetivo da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Gustavo Gomes Agripino

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Rua Drº Ivanildo Guedes Pessoa, 184 – Bessa – João Pessoa – PB – Brasil

CEP : 58037 – 325

E-mail: [gustavoagripino@gmail.com](mailto:gustavoagripino@gmail.com)

Telefone: (83) 9 9621-0303

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro vem sofrendo intensas modificações ao longo do tempo e tem apresentado a realidade de saúde/doença do país distribuído num contexto transparente que favorece o conhecimento dos principais problemas de saúde e os impactos provocados à sociedade (MELO et al, 2012).

Pelas estimativas aferidas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) é possível identificar dados estatísticos que apresentam resultados alarmantes de novos casos de neoplasia. Através desses resultados, o INCA, busca promover educação em saúde e incentivar os gestores públicos nacionais, estaduais e municipais, a trabalharem, através de mecanismos efetivos, uma proposta que vise, primordialmente, a prevenção antes mesmo da instalação da doença.

Atualmente, o câncer é, indiscutivelmente, considerado um problema de saúde pública (INCA, 2016). Buscar formas de prevenir, diagnosticar precocemente e tratar a doença constitui o elo base na busca do controle da neoplasia. Essas “Estimativas” auxiliam para o planejamento das ações de controle e são feitas por entidades responsáveis por unir informações relevantes ao resultado do número de novos casos.

O INCA, órgão responsável pela divulgação dos dados das “Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil” desde 1995, auxilia o embasamento de métodos que orientam a saúde oncológica brasileira traçando estratégias para o planejamento de programas de prevenção e controle da doença. O resultado das informações estimadas divulgadas pelo INCA é produzido pela Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) com base nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Ministério da Saúde (MS) centralizado nacionalmente pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS). O INCA leva em consideração as regiões anatômicas intrabucais, orofaringe e glândulas salivares para estimar o número de casos novos de câncer na cavidade oral segundo o CID-10 (C00C-10) (MELO, 2012).

No ano de 2000 à 2003, as “Estimativas” foram publicadas no próprio ano; depois passaram a ser divulgadas no ano anterior, por exemplo, as

estimativas de 2006 foram divulgadas em 2005. Para o ano de 2004, não foram publicadas estimativas. Após o ano de 2005, as “Estimativas” passaram a ser apresentadas de maneira bienal, ficando as publicações, desde então, disponibilizadas para os biênios 2006-2007; 2008-2009; 2010-2011; 2012-2013; 2014-2015 e 2016-2017.

A estimativa do biênio de 2016-2017 para o Brasil, divulgados pelo INCA, mostra que cerca de 600 mil novos casos de câncer são estimados nestes anos, sendo o câncer na cavidade oral expressada entre os cinco maiores tipos de neoplasia em homens (5,2%) e não encontrados entre os dez mais frequentes em mulheres. Esse número total de novos casos fragmenta-se ao número de 11.140 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.350 em mulheres. Assim também, as estimativas sobre o câncer de boca apresentam cerca de 260 casos novos no estado da Paraíba e 50 em João Pessoa. Esses dados são a base de todas as esferas de atuação no planejamento de ações para o enfrentamento da doença. (INCA, 2016).

Diante do exposto, faz-se necessário o estudo e análise dos levantamentos de base estimativa, em série histórica, a fim de promover o conhecimento adequado acerca da incidência do câncer na cavidade oral, e dos números que indicam a evolução da doença nos diferentes estados e regiões do Brasil, bem como nas diferenças entre os sexos e entre as demais localizações primárias, auxiliando a organização de políticas que contribuam no planejamento de programas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

O referido estudo é de caráter documental, com dados secundários obtidos a partir dos documentos de Estimativa do Câncer no Brasil, publicados pelo INCA, no período de 2003 até 2017.

De acordo com MELO et al, (2012) a metodologia empregada nas Estimativas passaram por várias modificações, porém acontece nos dias atuais dividindo-se o total de casos novos registrados num determinado intervalo de tempo pela soma dos óbitos, fornecidos pelo SIM, referentes ao mesmo local e período, sempre em locais onde existam o RCBP. Para isso, epidemiologistas, estáticos e especialistas têm se empenhado na intenção de se aproximar da real incidência de câncer em cada Estado.

Para a realização dessa pesquisa, foram analisadas a evolução da incidência do câncer na série histórica das estimativas publicadas pelo INCA, de 2003 até o biênio 2016/2017. Onde foram analisadas com estatística descritiva as seguintes variáveis:

1. Número de novos casos de câncer e da taxa bruta de incidência por 100 mil habitantes de cavidade oral previstos para o Brasil, no período entre 2003 e 2017, além da análise comparativa dessa incidência entre a Região Nordeste e demais regiões; Estado da Paraíba e demais unidades federativas; João Pessoa e demais capitais do país.
2. Análise comparativa da incidência do câncer de cavidade oral com as demais localizações primárias, no mesmo período de tempo, considerando também as diferenças entre a Região Nordeste e demais regiões; Estado da Paraíba e demais unidades federativas; João Pessoa e demais capitais do país.
3. Análise comparativa da incidência do câncer de cavidade oral no sexo masculino e feminino, no mesmo período de tempo, considerando as diferenças entre as demais localizações primárias; as diferenças entre a Região Nordeste e demais regiões; Estado da Paraíba e demais unidades federativas; João Pessoa e demais capitais do país.

### 3 RESULTADOS

Em relação aos tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, a cavidade oral sempre esteve entre as dez localizações anatômicas mais acometidas na população brasileira, ocupando a sétima posição durante todos esses anos (Tabela 1).

Analisando a população masculina, a cavidade oral sempre ocupou a quinta posição entre os sítios mais afetados. Nesse mesmo período, entre as mulheres, o câncer na cavidade oral oscilou entre a sexta e sétima posições, sendo o sexto mais prevalente no ano de 2003; o sétimo no período de 2005 até 2011; retornou à sexta posição nos anos de 2012 e 2013 e voltou à sétima posição entre 2014 até 2017 (Tabela 2).

Tabela 1 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, na população brasileira. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Brasil Total – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	35.240(40,49)	46.330(51,12)	47.280(51,41)	49.530(52,43)	52.350(53,84)	60.180(62,54)	68.800(70,42)	61.200(61,82)
Mama feminina	41.610(46,65)	49.470(52,93)	48.930(51,66)	49.400(50,71)	49.240(49,27)	52.680(52,50)	57.120(56,09)	57.960(56,20)
Colo de útero	16.480(18,32)	20.690(22,14)	19.260(20,31)	18.680(19,18)	18.430(18,47)	17.540(17,49)	15.590(15,33)	16.340(15,85)
Traquéia, brônquio e Pulmão	22.085(25,13)	25.790(28,19)	27.170(29,23)	27.270(28,58)	27.630(28,19)	27.320(27,98)	27.330(27,54)	28.220(28,03)
Cólon e reto	20.075(22,69)	26.050(28,29)	25.360(27,09)	26.990(28,11)	28.110(28,53)	30.140(60,69)	32.600(32,68)	34.280(33,94)
Estômago	20.640(23,48)	23.145(25,35)	23.200(24,95)	21.800(22,85)	21.500(21,95)	20.090(20,62)	20.390(20,60)	20.520(20,41)
Cavidade oral	10.635(12,15)	13.880(15,17)	13.470(14,49)	14.160(14,88)	14.120(14,40)	14.170(14,59)	15.290(15,46)	15.490(15,48)
Leucemia	7.380(8,36)	9.190(9,99)	9.550(10,27)	9.540(9,96)	9.580(9,73)	8.510(8,70)	9.370(9,44)	10.070(10,01)
Pele melanoma	4.370(4,86)	5.820(6,31)	5.760(6,08)	5.920(6,12)	5.930(5,96)	6.230(6,38)	5.890(5,88)	5.670(5,62)



Tabela 2 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, na população brasileira. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Brasil – Homens – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	35.240(40,49)	46.330(51,12)	47.280(51,41)	49.530(52,43)	52.350(53,84)	60.180(62,54)	68.800(70,42)	61.200(61,82)
Mama feminina	--	--	--	--	--	--	--	--
Colo de útero	--	--	--	--	--	--	--	--
Traquéia, brônquio e Pulmão	15.165(17,41)	17.110(18,88)	17.850(19,41)	17.810(18,86)	17.800(18,37)	17.210(17,90)	16.400(16,79)	17.330(17,49)
Cólon e reto	9.530(10,96)	12.410(13,69)	11.390(12,36)	12.490(13,23)	13.310(13,73)	14.180(14,75)	15.070(15,44)	16.660(16,84)
Estômago	13.630(15,67)	15.170(16,73)	14.970(16,30)	14.080(14,92)	13.820(14,25)	12.670(13,20)	12.870(13,19)	12.920(13,04)
Cavidade oral	7.750(8,93)	9.985(10,99)	10.060(10,91)	10.380(11,00)	10.330(10,64)	9.990(10,41)	11.280(11,54)	11.140(11,27)
Leucemia	4.065(4,67)	5.115(5,64)	5.330(5,82)	5.220(5,52)	5.240(5,40)	4.570(4,76)	5.050(5,20)	5.540(5,63)
Pele melanoma	2.185(2,46)	2.755(3,04)	2.710(2,92)	2.950(3,09)	2.960(3,04)	3.170(3,29)	2.960(3,03)	3.000(3,03)
	Brasil – Mulheres – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	--	--	--	--	--	--	--	--
Mama feminina	41.610(46,35)	49.470(52,93)	48.930(51,66)	49.400(50,71)	49.240(49,27)	52.680(52,50)	57.120(56,09)	57.960(56,20)
Colo de útero	16.480(18,32)	20.690(22,14)	19.260(20,31)	18.680(19,18)	18.430(18,47)	17.540(17,49)	15.590(15,33)	16.340(15,85)
Traquéia, brônquio e Pulmão	6.920(7,72)	8.680(9,31)	9.320(9,82)	9.460(9,72)	9.830(9,82)	10.110(10,08)	10.930(10,75)	10.890(10,54)
Cólon e reto	10.545(11,73)	13.640(14,60)	13.970(14,73)	14.500(14,88)	14.800(14,80)	15.960(15,94)	17.530(17,24)	17.620(17,10)
Estômago	7.010(7,81)	7.975(8,62)	8.230(8,65)	7.720(7,93)	7.680(7,70)	7.420(7,42)	7.520(7,41)	7.600(7,37)
Cavidade oral	2.885(3,22)	3.895(4,18)	3.410(3,58)	3.780(3,88)	3.790(3,76)	4.180(4,18)	4.010(3,92)	4.350(4,21)
Leucemia	3.315(3,69)	4.075(4,35)	4.220(4,45)	4.320(4,44)	4.340(4,33)	3.940(3,94)	4.320(4,24)	4.530(4,38)
Pele melanoma	2.185(2,40)	3.065(3,27)	3.050(3,16)	2.970(3,03)	2.970(2,92)	3.060(3,09)	2.930(2,85)	2.670(2,59)

A incidência de casos novos de câncer de cavidade oral no Brasil, de acordo com as estimativas entre 2003 e 2017, passou de 10.635 para 15.490, o que significa um aumento de 145,65% de novos casos. Entre os homens, o aumento foi de 143,74%, progredindo de 7.750 para 11.140. Para as mulheres, o acréscimo foi de 150,78%, passando de 2.885 para 4.350 novos casos (Figura 1).

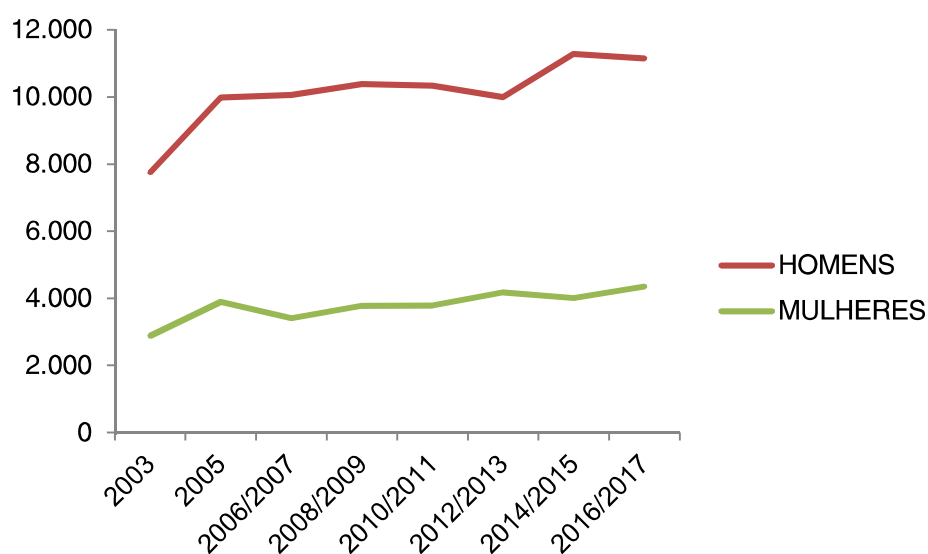


Figura 1 - Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral, entre 2003 e 2017, no Brasil, de acordo com o sexo. Fonte: INCA.

O cenário da região Nordeste não difere do quadro brasileiro. Dos tipos de câncer mais incidentes estimados, nos últimos 15 anos, exceto pele não melanoma, a cavidade oral ocupou a sétima posição (Tabela 3). Entretanto, quando analisados apenas os dados referentes ao sexo masculino, a cavidade oral foi a quarta localização mais afetada pelo câncer nos anos de 2003 até 2015, ocupando, atualmente, a quinta posição. O sexo feminino, nesse mesmo período, já ocupou a sexta (nos anos de 2003 até 2005), a sétima (2006 e 2007) e depois retomou a sexta (2008 até 2017) (Tabela 4).

Tabela 3 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no nordeste brasileiro. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Nordeste Total – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	4.270(17,69)	8.460(33,86)	8.730(34,53)	9.820(37,97)	11.570(43,77)	11.550(43,08)	12.930(47,46)	14.290(51,84)
Mama feminina	5.270(21,02)	7.090(27,23)	7.120(27,16)	7.360(28,38)	8.270(30,11)	8.970(31,90)	10.490(36,74)	11.190(38,74)
Colo de útero	3.570(14,16)	4.700(18,09)	4.410(16,75)	4.720(17,58)	5.050(18,42)	5.050(17,96)	5.370(18,79)	5.630(19,49)
Traquéia, brônquio e Pulmão	2.010(8,19)	3.100(12,22)	3.350(12,99)	3.630(13,81)	3.950(14,75)	3.890(14,16)	4.280(15,41)	4.790(16,99)
Cólon e reto	1.450(5,90)	2.390(9,43)	2.450(9,50)	2.680(10,18)	3.040(11,25)	3.280(11,97)	3.900(14,00)	4.470(15,82)
Estômago	2.170(8,87)	3.550(14,03)	3.680(14,31)	3.840(14,63)	4.280(15,90)	3.940(14,58)	4.610(16,64)	4.880(17,40)
Cavidade oral	1.230(5,09)	2.100(8,30)	2.170(8,43)	2.500(9,55)	2.810(10,37)	2.550(9,40)	3.020(10,88)	3.070(10,97)
Leucemia	970(3,99)	1.760(6,88)	1.820(7,12)	1.900(7,29)	2.070(7,66)	1.840(6,76)	2.080(7,55)	2.280(8,12)
Pele melanoma	200(0,73)	420(1,63)	450(1,67)	450(1,75)	540(2,03)	610(2,25)	770(2,77)	940(3,38)

Tabela 4 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no nordeste brasileiro. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Nordeste – Homens – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	4.270(17,69)	8.460(33,86)	8.730(34,53)	9.820(37,97)	11.570(43,77)	11.550(43,08)	12.930(47,46)	14.290(51,84)
Mama feminina	--	--	--	--	--	--	--	--
Colo de útero	--	--	--	--	--	--	--	--
Traquéia, brônquio e Pulmão	1.240(5,09)	1.920(7,67)	2.040(8,07)	2.220(8,55)	2.380(9,05)	2.290(8,52)	2.450(9,01)	2.690(9,75)
Cólon e reto	530(2,27)	1.030(4,14)	1.020(4,07)	1.130(4,40)	1.310(4,98)	1.420(5,31)	1.680(6,19)	1.940(7,05)
Estômago	1.400(5,81)	2.240(8,97)	2.300(9,07)	2.370(9,18)	2.620(9,92)	2.390(8,99)	2.790(10,25)	2.940(10,67)
Cavidade oral	720(3,04)	1.300(5,20)	1.390(5,48)	1.530(5,93)	1.740(6,56)	1.640(6,15)	1.960(7,16)	1.880(6,86)
Leucemia	590(2,44)	980(3,89)	1.010(4,01)	1.070(4,14)	1.130(4,25)	970(3,63)	1.110(4,15)	1.210(4,41)
Pele melanoma	85(0,32)	180(0,72)	210(0,78)	220(0,86)	270(1,04)	340(1,21)	440(1,65)	550(2,02)
LOCALIZAÇÃO	Nordeste – Mulheres – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	--	--	--	--	--	--	--	--
Mama feminina	5.270(21,02)	7.090(27,23)	7.120(27,16)	7.630(28,38)	8.270(30,11)	8.970(31,90)	10.490(36,74)	11.190(38,74)
Colo de útero	3.570(14,16)	4.700(18,09)	4.410(16,75)	4.720(17,58)	5.050(18,42)	5.050(17,96)	5.370(18,79)	5.630(19,49)
Traquéia, brônquio e Pulmão	770(3,10)	1.180(4,55)	1.310(4,92)	1.410(5,26)	1.570(5,70)	1.600(5,64)	1.830(6,40)	2.100(7,24)
Cólon e reto	920(3,63)	1.360(5,29)	1.430(5,43)	1.550(5,78)	1.730(6,27)	1.860(6,66)	2.220(7,81)	2.530(8,77)
Estômago	770(3,06)	1.310(5,06)	1.380(5,24)	1.470(5,45)	1.660(5,98)	1.550(5,59)	1.820(6,39)	1.940(6,73)
Cavidade oral	510(2,05)	800(3,10)	780(2,95)	970(3,62)	1.070(3,81)	910(3,25)	1.060(3,72)	1.190(4,11)
Leucemia	380(1,55)	780(2,99)	810(3,11)	830(3,15)	940(3,41)	870(3,13)	970(3,40)	1.070(3,71)
Pele melanoma	115(0,41)	240(0,91)	240(0,89)	230(0,89)	270(0,99)	270(1,04)	330(1,12)	390(1,36)

No que diz respeito ao estado paraibano, o câncer de cavidade oral foi o sexto mais prevalente no período de 2003 a 2005; ocupou a sétima posição nos anos de 2006 e 2007; a quinta no período de 2008 até 2013, chegando a ser a quarta localização mais prevalente em 2014. Atualmente, ocupa a sexta posição entre as localizações anatômicas mais afetadas (Tabela 5).

Analisando apenas o sexo masculino, a cavidade oral sempre esteve entre as quatro localizações primárias mais acometidas, ficando na quarta posição (2003 até 2007), terceira (2008 até 2015) e, atualmente, encontra-se na quarta posição (2017). Com relação à estimativa para o sexo feminino, a cavidade oral oscilou entre a sétima posição (2003 até 2007); quinta (2008 a 2011) e, em 2012, ficou na sexta posição, permanecendo até os dias atuais (2017) (Tabela 6).

Tabela 5 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no estado paraibano. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Paraíba Total – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	120(7,33)	280(16,20)	330(18,87)	550(30,63)	790(43,69)	940(50,59)	930(49,45)	1.040(54,49)
Mama feminina	270(15,09)	350(18,68)	350(18,97)	490(25,78)	550(28,68)	640(32,41)	750(37,62)	800(39,50)
Colo de útero	130(7,15)	150(8,24)	160(8,40)	230(12,23)	300(15,51)	320(15,96)	290(14,43)	330(16,21)
Traquéia, brônquio e Pulmão	100(5,70)	160(8,82)	180(9,26)	180(9,84)	220(12,04)	240(12,18)	280(14,38)	230(16,87)
Cólon e reto	60(3,51)	110(6,19)	120(6,77)	150(8,24)	180(9,66)	200(10,56)	230(11,72)	270(13,62)
Estômago	100(5,68)	170(9,85)	200(11,06)	250(13,69)	320(17,02)	340(18,01)	370(19,03)	410(20,70)
Cavidade oral	60(3,54)	110(6,29)	130(7,15)	190(10,36)	240(13,17)	250(13,14)	290(15,31)	260(13,81)
Leucemia	60(3,51)	110(6,23)	130(7,33)	150(8,37)	170(8,96)	150(8,01)	180(9,13)	180(9,34)
Pele melanoma	10(0,46)	20(1,36)	30(1,57)	30(1,95)	40(2,33)	50(2,41)	60(2,76)	70(3,43)

Tabela 6 - Tipos de câncer mais incidentes estimados, entre homens e mulheres, entre 2003 e 2017, exceto pele não melanoma, no estado paraibano. Fonte: INCA.

LOCALIZAÇÃO	Paraíba – Homens – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	120(7,33)	280(16,20)	330(18,87)	550(30,63)	790(43,69)	940(50,59)	930(49,45)	1.040(54,49)
Mama feminina	--	--	--	--	--	--	--	--
Colo de útero	--	--	--	--	--	--	--	--
Traquéia, brônquio e Pulmão	60(3,44)	100(5,58)	110(5,74)	110(5,95)	130(7,30)	140(7,32)	150(8,10)	180(9,37)
Cólon e reto	20(1,47)	50(2,72)	50(2,98)	70(3,73)	80(4,62)	90(4,96)	110(5,47)	120(6,20)
Estômago	60(3,48)	100(5,96)	120(6,74)	150(8,56)	190(10,46)	200(10,95)	210(11,11)	230(12,10)
Cavidade oral	40(2,22)	70(3,89)	80(4,42)	110(6,22)	150(8,43)	160(8,57)	170(9,25)	150(8,15)
Leucemia	30(1,98)	60(3,30)	70(3,95)	80(4,45)	90(4,88)	80(4,27)	90(4,76)	90(4,70)
Pele melanoma	5(0,26)	10(0,66)	10(0,69)	** (0,80)	20(1,02)	30(1,45)	40(1,89)	40(2,09)

LOCALIZAÇÃO	Paraíba – Mulheres – Caso (Taxa Bruta)							
	2003	2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017
Próstata	--	--	--	--	--	--	--	--
Mama feminina	270(15,09)	350(18,68)	350(18,97)	490(25,78)	550(28,68)	640(32,41)	750(37,62)	800(39,50)
Colo de útero	130(7,15)	150(8,24)	160(8,40)	230(12,23)	300(15,51)	320(15,96)	290(14,43)	330(16,21)
Traquéia, brônquio e Pulmão	40(2,26)	60(3,24)	70(3,52)	70(3,89)	90(4,74)	100(4,86)	130(6,28)	150(7,50)
Cólon e reto	40(2,04)	60(3,47)	70(3,79)	80(4,51)	100(5,04)	110(5,69)	120(6,25)	150(7,42)
Estômago	40(2,20)	70(3,89)	80(4,32)	100(5,13)	130(6,56)	140(7,06)	160(7,92)	180(8,90)
Cavidade oral	20(1,32)	40(2,40)	50(2,73)	80(4,14)	90(4,74)	90(4,57)	120(6,06)	110(5,66)
Leucemia	30(1,53)	50(2,93)	60(3,38)	70(3,92)	80(4,08)	70(3,74)	90(4,37)	90(4,64)
Pele melanoma	5(0,20)	10(0,70)	20(0,88)	20(1,15)	20(1,31)	20(0,96)	20(0,87)	30(1,34)

\* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

\*\* Menor que 15 casos.

Na Paraíba, houve um aumento considerável de incidência de câncer de cavidade oral, alterando de 60 para 260 novos casos, um aumento de 433,33%. Entre os homens, o aumento foi de 375%, pulando de 40 para 150 casos, e para as mulheres foi de 550% alterando de 20 para 110 novos casos (Figura 2).

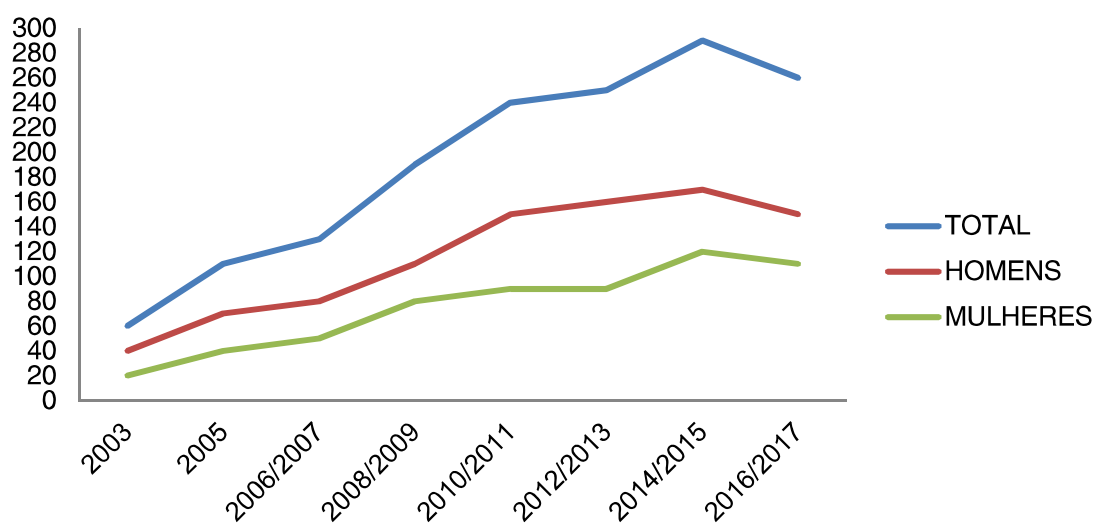


Figura 2 - Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral na Paraíba, entre 2003 e 2017, de acordo com o sexo. Fonte: INCA

Quanto a João pessoa, no ano de 2003 foram estimados 30 casos (20 homens e 10 mulheres). Nos anos de 2005 até 2007, estimaram 40 casos (20 homens e 20 mulheres). Entre 2008 e 2017, as estimativas de câncer de cavidade oral mantiveram-se as mesmas, num total de 50 casos, sendo os homens mais acometidos que as mulheres entre esses anos. Nos biênios 2010-2011 e 2012-2013, não foram publicadas estimativas para mulheres, apenas a informação de que seriam menos de 15 casos (Tabela 7).

Tabela 7 - Estimativas de casos novos de câncer de cavidade oral em João Pessoa, entre 2003 e 2017, de acordo com o sexo. Fonte: INCA

ANO	JOÃO PESSOA		
	HOMENS	MULHERES	TOTAL
2003	20	10	30
2005	20	20	40
2006/2007	20	20	40
2008/2009	30	20	50
2010/2011	40	**	50
2012/2013	40	**	50
2014/2015	30	20	50
2016/2017	30	20	50

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

\*\* Menor que 15 casos.

O número absoluto de casos não permite a comparação entre os estados e as regiões do país. Para tal análise, são mais indicadas as taxas brutas ou ajustadas de incidências por 100 mil habitantes. Na Paraíba, a referida taxa bruta deixou de ser o vigésimo segundo para ser o décimo estado com maior incidência de câncer de boca, sendo o sexto (seu ápice) no biênio 2014/2015. No caso dos homens, o estado passou de 2,22 em 2003 para 9,25 em 2015 (seu topo) e hoje está com o valor igual a 8,15. O estado, que já ocupou a vigésima segunda posição em 2003, atualmente é o décimo quarto estado da federação com maior incidência de casos novos por 100 mil habitantes. Quanto às mulheres, a taxa passou de 1,32 (2003) para 6,06 (2015) e atualmente tem o valor igual a 5,66, colocando a Paraíba na terceira posição, sendo que, no biênio anterior, chegou a ser, proporcionalmente, o segundo estado com maior incidência estimada de casos em mulheres.

Comparando João Pessoa com as outras capitais, o aumento da taxa bruta também foi bastante significativo. Percebe-se que, de acordo com as estimativas do biênio 2014-2015, João Pessoa ficou, proporcionalmente, entre as dez capitais do país com maior número de casos novos de câncer de cavidade oral estimados. Entre os homens, o valor alterou de 5,96 (2003), subiu até 12,97 (2010/2011) e caiu para 9,42 (2017) (décima quarta posição). Para as mulheres, iniciou com o valor de 2,97, atingiu o ápice de 6,02 (2005) e, para o período 2016-2017, é igual a 5,79. Essa última estimativa destacou João Pessoa como a quinta capital do país com maior número de casos novos de câncer de cavidade oral estimados para as mulheres e na primeira posição entre as capitais do Nordeste.

#### **4 DISCUSSÃO**

De acordo com o INCA (2016) é necessário precaução na interpretação e na aplicação das “Estimativas”, pois, em virtude de sucessivas mudanças ocorridas na metodologia, elas apresentam diferenças. Outra limitação das “Estimativas” está relacionada aos dados de mortalidade, obtidos pelo SIM, pois os mesmos apresentam discrepância de dois anos, e variação no quadro de mortalidade teriam resultados retardados nas estimativas de incidência. Entretanto, embora as “Estimativas” possam ser atingidas por diversos fatores e, conseqüentemente, correrem o risco de não serem totalmente fidedignas à realidade, elas se baseiam em dados reais de mortalidade, proporcionando, assim, que gestores e profissionais da área, tendo acesso a esses dados, consigam apontar, mais facilmente, uma orientação com relação aos mais diversos tipos de câncer, especialmente o de cavidade oral.

No presente estudo, observa-se que o câncer constitui-se como a segunda causa de morte por doença no Brasil e, desde 2003, a cavidade oral foi uma das localizações anatômicas mais acometidas pelo câncer, excetuando-se pele não melanoma, estando sempre na sétima posição. Esses dados corroboram os resultados apresentados por Dedivitis et al (2004), onde o câncer de cavidade oral constituiu-se a sexta neoplasia de maior incidência no mundo e a mais comum na região de cabeça e pescoço, excluindo o câncer de pele. Segundo Alvarenga et al (2008), países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam elevadas taxas de mortalidade e possuem alta prevalência

em comparação aos países desenvolvidos. Casati et al, (2012) também discutem essa questão, explicando que os fatores socioeconômicos podem ser considerados como favorecedores ao desenvolvimento do câncer. Os autores explicam que, geralmente, uma população menos favorecida economicamente pode estar mais vulnerável aos fatores de risco. Além disso, essa população, em geral, reside em áreas com menor qualidade dos serviços de saúde e dificuldade de acesso, o que agrava ainda mais as dificuldades no diagnóstico e tratamento, interferindo na mortalidade.

Diante dos resultados da atual pesquisa, observou-se um aumento, a cada ano, nas estimativas de câncer de cavidade oral no Brasil e na Paraíba. Em consonância com isso, os autores Guerra et al (2005) asseguram que o problema de câncer de cavidade oral e faringe seguiria num progressivo aumento nas próximas décadas, principalmente ao que diz Mayne et al (2009), devido às deficiências na oferta em qualidade e quantidade dos serviços de saúde oferecidos, programas sociais e condutas terapêuticas específicas. Casati et al (2012) também concordam com os autores citados, acrescentando que tais fatores influenciam diretamente na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento; favorecendo assim um pior prognóstico, menores chances de sobrevivência e comprometimento na qualidade de vida destes pacientes, podendo, ainda, aumentar as taxas de seqüelas e, inclusive, de mortalidade.

Do total de casos novos de câncer de cavidade oral estimados para os paraibanos, a maioria atinge a população masculina. Esse resultado é compatível com o trabalho de Carvalho, Soares e Figueiredo (2012) que coletaram dados em prontuários de pacientes portadores de neoplasias malignas de cavidade oral, em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, entre 1999 e 2008. Nesse estudo foi observado que a maioria das neoplasias também acometeram o sexo masculino. O mesmo aconteceu com o estudo de Meireles e Costa (2006), o qual apresentou uma prevalência de 64,5% das neoplasias no sexo masculino.

Observou-se na atual pesquisa que, no Brasil e na Paraíba, a cavidade oral está entre as dez localizações anatômicas mais acometidas. No estado paraibano, seu ápice ocorreu no biênio 2014-2015, ocupando a quarta posição entre as localizações anatômicas mais acometidas. Segundo o INCA (2016), a neoplasia maligna que mais acomete a população brasileira é aquela do tipo

pele não melanoma. Para os homens, os outros sítios anatômicos mais afetados são próstata, pulmão, cólon e reto e estômago. Entre as mulheres, destacam-se os cânceres de mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão. Atualmente, na Paraíba, as neoplasias malignas de cavidade oral são o quarto tipo de câncer mais incidente entre os homens e o sexto entre as mulheres. Se compararmos a outras localizações o câncer de cavidade oral, nesse Estado, há mais casos novos do que câncer de cólon e reto, leucemias ou pele melanoma. Chatenoud et al (2010) mostraram uma tendência de altas taxas de mortalidade por câncer de cabeça e pescoço nas próximas duas décadas, comparando a outras localizações anatômicas, principalmente em relação ao sexo masculino.

Em relação ao estado paraibano, tem-se verificado um grande número de casos novos de câncer de cavidade oral entre as mulheres, que representa a neoplasia mais comum, para esse sexo, entre todos os estados do Nordeste. A diminuição entre as discrepâncias existentes entre as proporções para homens e mulheres pode estar associada à modificação dos hábitos e costumes do público feminino que vem expondo-se com maior freqüência aos fatores de riscos como o consumo de álcool, fumo e exposição à luz solar, o que fez reduzir, consideravelmente, as diferenças existentes entre homens e mulheres (MEIRELES, COSTA, 2006; PINTO et al, 2011; MAYNE et al, 2009). Dessa maneira, o aumento na freqüência do uso de álcool e tabaco, influencia diretamente a incidência dessa neoplasia na população feminina.

As “Estimativas” são feitas a partir de dados fornecidos pelo SIM. Sendo assim, é importante entender os dados relacionados à mortalidade por neoplasias malignas para a análise dos resultados da presente pesquisa. O SIM é constituído por documentos, assinados pelos médicos, que comprovam o óbito. Dessa maneira, falhas no preenchimento desses atestados causam prejuízo de informações que resultam nas “estimativas”. Dos poucos estudos na literatura a cerca da confiabilidade das declarações de óbitos por câncer de cavidade oral, o de Queiroz et al (2003) conclui que tais documentos são confiáveis e que seus resultados são, provavelmente válidos, devido ao fácil acesso aos exames histopatológicos e/ou manifestação clínica. Apesar disso, chama atenção a discrepância entre a estimativa do câncer de cavidade oral, tanto na população masculina quanto feminina, nos Estados do Piauí e



Maranhão, comparados aos demais estados do Nordeste. Nesses Estados, a incidência dessa neoplasia apresenta-se, em média, 3 vezes menor que nos estados vizinhos.

Diversas são as causas que influenciam na mortalidade pelo câncer de cavidade oral, e o atraso no diagnóstico configura-se como um importante fator. Quanto à Paraíba, não existem dados específicos para tal análise, porém estudo transversal de base populacional, em população brasileira, como o de Casati et al (2012), demonstra que a maioria das neoplasias de cavidade oral são diagnosticados em estadiamentos mais avançados e com metástase, o que impacta diretamente na sobrevida do paciente.

O INCA (2006), na intenção de expressar a atual condição do câncer no Brasil, apresentou dados retrospectivos sobre a distribuição de 10 tumores primários mais freqüentemente acometidos segundo seu estadiamento clínico a partir de atendimentos realizados o Hospital do Câncer entre 1999 e 2003. Considerando os estágios avançados (III e IV), a cavidade oral situou-se entre os seis tipos de câncer de maior porcentagem e, em relação ao estágio IV, foi o segundo sítio de maior freqüência. Esses dados possibilitam enxergar o crescente número de novos casos em relação aos outros sítios anatômicos e mensurar, a partir do estadiamento diagnóstico, o aumento da mortalidade e do índice das estimativas a cada ano.

É de fundamental importância considerar o fato de que, apesar de as estimativas de incidência na Paraíba terem apresentando, nos últimos 15 anos, um aumento de aproximadamente 433,33%, na capital João Pessoa, o acréscimo não alcançou tal nível em comparação a todo o Estado. Isso indica que o interior do estado apresenta, cada vez mais, um número maior de casos.

Os dados epidemiológicos evidenciam a relação entre o câncer de cavidade oral e seus fatores de risco como etilismo, tabagismo e exposição solar (INCA, 2016). Esses promotores e iniciadores da carcinogênese que, em sinergismo com fatores coadjuvantes, a destacar má higiene, próteses mal adaptadas, imunossupressão, infecções virais pelo papiloma e herpes-vírus I, potencializam a indução e aquisição dessa neoplasia (MELO et al, 2010). O conhecimento desses fatores de riscos constitui a base para o diagnóstico precoce, tratamento em estágios iniciais e, principalmente, na efetiva prevenção da doença.

O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de cavidade oral, sendo o agente que influencia diretamente no surgimento de novos casos. Desde 2006, foi instituído em todas as capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, uma pesquisa do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), a qual é realizada anualmente e contém, entre outros fatores, dados sobre o tabagismo. Em todas as 11 edições do VIGITEL, João Pessoa apresentou um dos menores percentuais de adultos fumantes, com uma média de aproximadamente 10,5% (VIGITEL, 2006; VIGITEL, 2007; VIGITEL, 2008; VIGITEL, 2009; VIGITEL, 2010; VIGITEL 2011; VIGITEL 2012; VIGITEL, 2013; VIGITEL, 2014; VIGITEL, 2015; VIGITEL, 2016). Sabendo que o tabagismo é um dos principais agentes de risco para o câncer de cavidade oral, esse baixo percentual de fumantes na capital pode ser uma das razões que tem levado a queda da participação de João Pessoa nas estimativas de incidência na Paraíba.

Esses tipos de pesquisas definem um perfil populacional, o qual ajuda a guiar gestores (nacionais, estaduais e municipais), pesquisadores e profissionais da saúde a formular políticas públicas que promovam ações visando sempre orientar a população quanto ao risco desses fatores, como o consumo do tabaco; que busquem diminuir ainda mais essas estimativas de incidência de câncer de cavidade oral e, conseqüentemente, procurem melhorar a qualidade de vida da população.

## **5 CONCLUSÃO**

Foi possível verificar, a partir das Estimativas de Incidência de Câncer, divulgadas pelo INCA entre 2003 e 2017 que, no Brasil e na região Nordeste, o câncer de cavidade oral está entre os sete sítios anatômicos mais acometidos pela neoplasia e, a cada ano, esse número só aumenta. Conclui-se ainda que, apesar de a proporção entre homens e mulheres esteja diminuindo, ainda existe um maior número de casos entre os homens.

Na Paraíba, o câncer de cavidade oral, que já chegou a ser o quarto sítio mais acometido, hoje é a sexta localização anatômica mais afetada. Comparando com as outras unidades federativas, a Paraíba é o décimo estado com o maior número de casos novos dessa neoplasia; sua capital João Pessoa é hoje a décima segunda entre todas as demais capitais, mas, a depender do

sexo do indivíduo, ela passa a ser uma das cinco capitais com maior acometimento de câncer de cavidade oral, se igualando, inclusive, aos casos de colón e reto.

Diante dos dados obtidos por esta pesquisa, nota-se a necessidade em buscar novos métodos para a reformulação e/ou criação de políticas públicas com o objetivo de mudar a percepção da sociedade quanto aos fatores de risco do câncer de cavidade oral no Brasil e na Paraíba, a permitir, principalmente no interior desse estado, onde as índices de incidência são preocupantes, uma melhoria na qualidade e acesso aos serviços de saúde, além de reduzir o número de novos casos, auxiliar no diagnóstico precoce e melhorar o tratamento e prognóstico dos pacientes.

## **ANALYSIS OF INCIDENCE ESTIMATES OF MOUTH CANCER IN BRAZIL AND PARAÍBA (2003 - 2017)**

### **ABSTRACT**

Currently, the World Health Organization (WHO) unquestionably views cancer as a public health problem, especially among developing countries. It is thinking about this problem that, since 1995, the INCA (National Cancer Institute), through a set of information, an estimate of the number of new cancer cases for Brazil. These data serve to outline the magnitude profile of certain types of cancer, as well as assist federal, state and municipal agencies in establishing disease prevention and control measures. This study aims to analyze how estimates of incidence of oral cavity cancer in Brazil and Paraíba, published by INCA, from 2003 to the 2016/2017 biennium. The other numbers of the cases and the gross incidence rates foreseen for Brazil, Paraíba and João Pessoa, comparing like the other Brazilian States and Capitals. An estimated incidence was also observed for anatomic sites most affected by cancer, as well as an incidence for the male and female sexes. For this purpose, a documentary research was done, based on the data obtained from documents of Cancer Estimate in Brazil, published by INCA, where a comparative analysis of the incidence of oral cavity cancer in Brazil and in Paraíba correlating with the male and female sexes, and with the primary anatomical sites. In the last 15 years, in Brazil and in the Northeast, an oral cavity for one of the ten anatomical locations with the highest number of new cases of cancer estimated, occupying the seventh position. In Paraíba, an increase of 433.33% in incidence estimates, changing from 60 to 260 new cases, the majority in a male population. Among the more accessible types of cancer, except for nonmelanoma skin, an oral cavity became, in the biennium 2014-2015, a fourth with a higher number of estimated cases, surpassing other sites such as the cervix, lung and colon and rectum. The number of new cases of oral cavity

estimate cancer increases each year, both Brazil and Paraíba, despite a large proportion of men and women, there are still more cases among men.

**KEY WORDS:** self-perception. Oral health. Oral hygiene. Dentistry.

## 6 REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2003: Incidência de Câncer no Brasil 2005**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 94p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2005: Incidência de Câncer no Brasil 2005**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 98p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2006-2007: Incidência de Câncer no Brasil 2006-2007**. Rio de Janeiro: INCA, 2005. 98p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2008-2009: Incidência de Câncer no Brasil 2008-2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 96p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010-2011: Incidência de Câncer no Brasil 2010-2011**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 100p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012-2013: incidência de câncer no Brasil 2012-2013**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 122p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014-2015: incidência de câncer no Brasil 2014-2015**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 126p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2016-2017: incidência de câncer no Brasil 2016-2017**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 126p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2007. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2008.** 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2009.** 114 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2010.** 152 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2011.** 153 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2012.** 134 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2013.** 135 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2014.** 166 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2015.** 154 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2016.** 173 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2017.** 162 p.

CASATI, M. F. M, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 41, n. 4, p. 186-91, 2012.

CHATENOUD, L et al. Trends in cancer mortality in Brazil, 1980–2004. **European Journal of Cancer Prevention**, v. 19, n. 2, p. 79-86, 2010.

ALVARENGA, L. M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 74, n. 1, 2008.

DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 70, n. 1, p. 35-40, 2004.

CARVALHO, S. H. G.; SOARES, M. S. M; FIGUEIREDO, R. L. Q. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 1, 2012.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev bras cancerol**, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

MAYNE, S. T. et al. Alcohol and tobacco use prediagnosis and postdiagnosis, and survival in a cohort of patients with early stage cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 18, n. 12, p. 3368-3374, 2009.

MEIRELES, S. S; COSTA, L. J. Ações preventivas contra o câncer bucal e perfil da doença no estado da Paraíba. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 47, n. 2, 2006.

MELO, A. U. C. de et al. Análise das estimativas de incidência de câncer de boca no Brasil e em Sergipe (2000-2010). **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 11, n. 1, p. 65-70, 2012.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.

PINTO, F. R. et al. Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 57, n. 2, p. 168-173, 2011.

QUEIROZ, R. C. S. et al. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, p. 1645-1653, 2003.