

Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 5, n.3 setembro/ dezembro 2014

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DE LÁBIO E CAVIDADE ORAL

Apresentação

Esta edição do Informativo Detecção Precoce apresenta os principais aspectos relacionados à prevenção e ao diagnóstico precoce dos cânceres de lábio e cavidade oral, assim como o cenário epidemiológico desse agravo no país.

As análises foram elaboradas a partir dos dados disponíveis em sistemas de informação, no Vigitel^a e nas evidências científicas atuais sobre o tema.

Espera-se que as informações apresentadas possam contribuir para o maior conhecimento dessa doença no Brasil e para subsidiar o processo de monitoramento das ações nessa área.

Incidência e mortalidade

Usualmente, o termo câncer de boca é utilizado para identificar neoplasias malignas que acometem os lábios e a cavidade oral. Contudo, por não existir uma norma ou padronização sobre quais estruturas anatômicas compõem essa classificação, há diferenças entre os sítios incluídos nas publicações nacionais e internacionais sobre esse assunto.

Essa falta de padronização dificulta a comparação entre as taxas de incidência e de mortalidade e os demais achados epidemiológicos para o câncer de boca existentes na literatura. Portanto, é necessário atentar para as escolhas metodológicas apresentadas com vistas a evitar comparações não fundamentadas.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em sua publicação de estimativas de incidência de câncer para o Brasil, considera neoplasias malignas da cavidade oral aquelas cuja localização primária acomete: os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe (C00-C10). Neste informativo, esse grupo de sítios anatômicos descritos no Quadro 1 será tratado como cânceres de lábio e cavidade oral.

Segundo as estimativas da Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (Iarc, do inglês, International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde, em 2012, ocorreram mais de 300 mil novos casos

Quadro 1. Sítios anatômicos incluídos no grupo de neoplasias malignas de lábio e cavidade oral, segundo códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a revisão (CID-10).

Código da CID-10	Sítio anatômico
C00	Lábio
C01	Base da língua
C02	Língua (outras partes)
C03	Gengiva
C04	Assoalho da boca
C05	Palato
C06	Outras partes e partes não especificadas da boca
C07	Glândula parótida
C08	Outras glândulas salivares maiores
C09	Amígdala
C10	Orofaringe

Fonte: CID-10, 2008.

de cânceres de lábio e cavidade oral (C00-C08) no mundo. Essas estimativas excluem o câncer de orofaringe e mostram diferenças significativas entre as regiões mais desenvolvidas, onde esses cânceres representam o 17^o tipo mais frequente, e as menos desenvolvidas, onde ocupam a 7^a posição. Além disso, há diferenças importantes na incidência da doença entre homens (5,5 casos a cada 100 mil homens) e mulheres (2,5 casos a cada 100 mil mulheres).

No Brasil, estimam-se, para 2014, cerca de 15 mil novos casos da doença, sendo o 5^o tipo de câncer mais incidente entre homens e o 12^o mais incidente entre mulheres (excluído o câncer de pele não melanoma). As taxas variam consideravelmente entre as regiões e até mesmo entre Unidades da Federação (UF) de uma mesma região. Por exemplo, em Sergipe, estima-se que, em 2014, nove homens a cada 100 mil desenvolverão um câncer no lábio ou na cavidade oral, enquanto, no Maranhão, esse risco é de dois homens a cada 100 mil.

^a Inquérito telefônico realizado anualmente pelo Ministério da Saúde para monitorar a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, os cânceres de lábio e cavidade oral são mais frequentes entre homens, a partir dos 40 anos e em indivíduos de cor branca. A orofaringe é o sítio mais acometido pela doença. Quando consideradas apenas as estruturas da boca, a língua (principalmente suas bordas) é a principal localização.

Já as taxas de mortalidade pela doença têm apresentado declínio, principalmente entre os homens, mas ainda existem diferenças significativas entre países e regiões. Enquanto, nos países mais desenvolvidos, é o 18º tipo de câncer em mortalidade, nos países em desenvolvimento, é o 11º.

No Brasil, representa a 8ª causa de morte por neoplasias em homens e a 18ª entre as mulheres, sendo também observadas variações entre UF e regiões, como ilustrado na Figura 1.

Observa-se que tanto a incidência quanto a mortalidade são maiores entre homens e que as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas da doença. As taxas de incidência no sexo masculino são de uma a três vezes maiores que as do sexo feminino em todas as regiões, exceto na região Sul, onde são cerca de cinco a seis vezes maiores entre homens. Destacam-se as elevadas taxas de incidência entre mulheres da Paraíba, do Ceará e do Rio Grande do Norte.

A análise da mortalidade, apresentada na Figura 1, reúne todas as topografias agrupadas como “cânceres de lábio e cavidade oral”. Mas, como essa denominação não representa uma única doença, e sim um conjunto de neoplasias malignas

que acometem diferentes estruturas anatômicas, conhecer a proporção de óbitos por cada tipo de neoplasia maligna que compõe esse agrupamento é fundamental para que profissionais de saúde fiquem alertas e saibam identificar as topografias mais acometidas, para dimensionar as demandas para a rede de atenção à saúde.

Em ambos os sexos, as neoplasias malignas da orofaringe (C10), de outras partes e partes não especificadas da boca (C06) e da língua (C02) foram as principais causas de óbito, possivelmente em razão dos limites para visualização de regiões da orofaringe, do retardo no diagnóstico diferencial de lesões na língua e da existência de tumores em estágios muito avançados, dificultando a determinação do sítio primário (Figura 2).

Fatores de risco

São fatores de risco bem estabelecidos para os cânceres de lábio e cavidade oral:

- Tabagismo.
- Etilismo.
- Uso de betel^b.
- Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16.
- Exposição à radiação solar (para o câncer de lábio).

O tabagismo e o etilismo destacam-se como os principais fatores de risco para os cânceres de lábio e cavidade oral. O número de casos em fumantes chega a ser de duas a três vezes maior que entre não fumantes. Esse risco aumenta

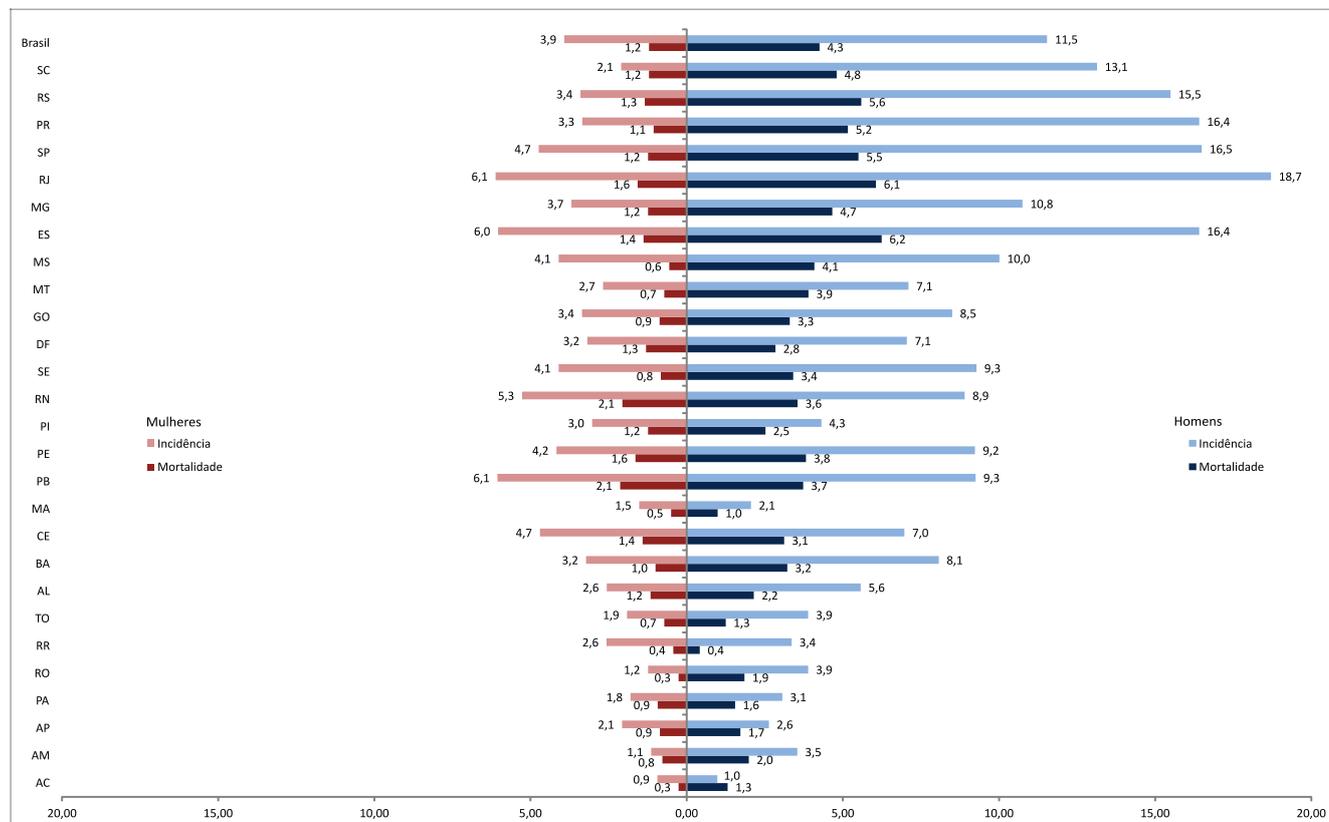


Figura 1. Taxas brutas de incidência de cânceres de lábio e cavidade oral estimadas para 2014, segundo sexo e UF, e taxas brutas de mortalidade por cânceres de lábio e cavidade oral em 2012, segundo sexo e UF

Nota: Taxas apresentadas por 100 mil habitantes.

Fontes: Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. INCA, 2014.

Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em agosto de 2014.

^bPalmeira da Ásia e da África Oriental onde é cultural o hábito de mascar as sementes.

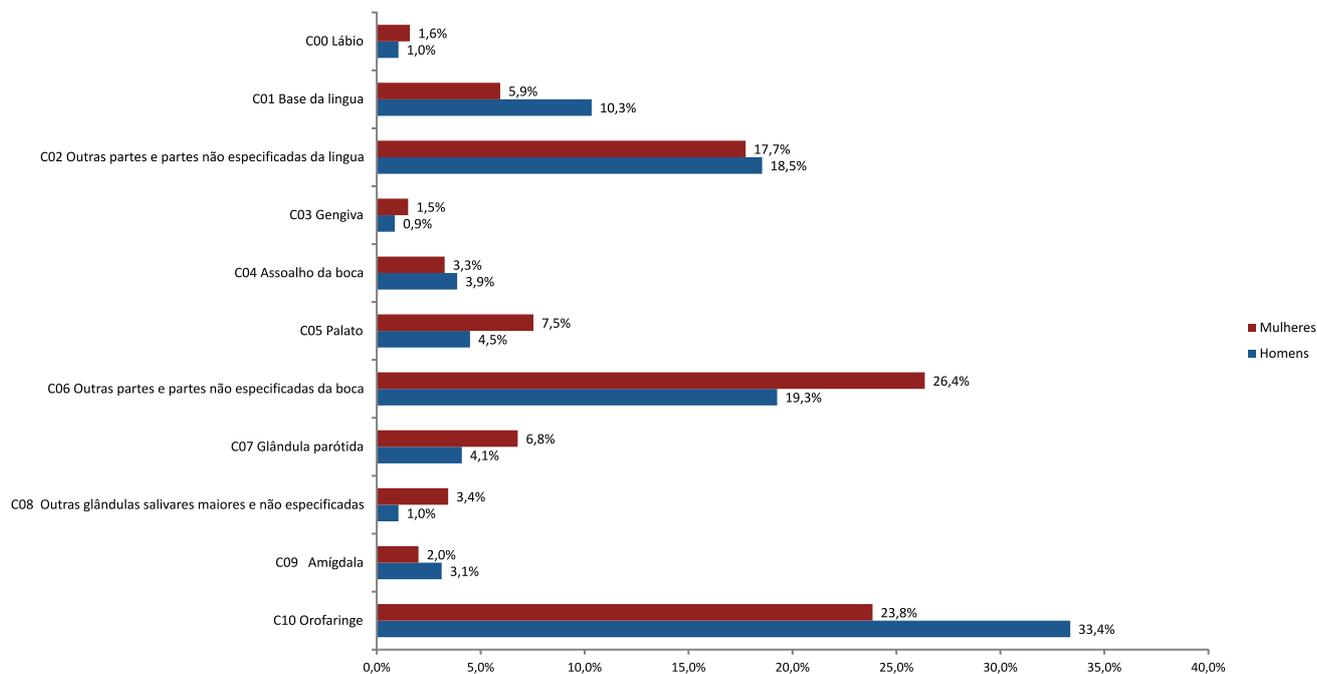


Figura 2. Distribuição proporcional dos óbitos por câncer de lábio e cavidade oral em homens e mulheres, segundo CID-10 do tumor primário, Brasil, 2013

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Acesso em setembro de 2014.

de acordo com o tempo de exposição ao fumo e com a carga tabágica (número de cigarros fumados por dia).

Pesquisas sugerem que há um sinergismo entre tabagismo e etilismo que potencializa o risco de desenvolver a doença. O Consórcio Internacional de Epidemiologia do Câncer de Cabeça e Pescoço, por meio da análise de uma série de estudos, estimou os percentuais de casos de cânceres de cabeça e pescoço atribuíveis a tabagismo, alcoolismo e combinação dos dois, além da razão de chances (OR, do inglês, *odds ratio*) de desenvolver a doença em cada grupo (Tabela 1).

Em resumo, a fração atribuível populacional estima que, em um cenário em que fosse possível eliminar o tabagismo e o etilismo, 72% dos casos de cânceres de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe poderiam ser evitados.

Além disso, o estudo também mostrou que o aumento da frequência do uso do tabaco e de bebidas alcoólicas é proporcional à chance de adoecer. O consumo diário de até 20 cigarros aumentou em cerca de duas vezes a possibilidade de adoecer, e, entre os que fumavam mais de 20 cigarros,

o aumento foi quatro vezes maior em relação aos que nunca fumaram e nunca consumiram bebidas alcoólicas. A combinação de até 20 cigarros e uma ou duas doses dessas bebidas por dia aumentou a chance de adoecer em três vezes e, na combinação de mais de 20 cigarros e mais de três doses dessas bebidas por dia, esse aumento chegou a cerca de 14 vezes.

Por outro lado, segundo o Fundo Mundial para Pesquisa de Câncer, aproximadamente 63% dos casos de cânceres de boca, faringe e laringe no Brasil poderiam ser prevenidos se padrões saudáveis de alimentação e nutrição fossem seguidos por toda a população. Nesse contexto, um padrão alimentar saudável consiste em uma alimentação com a inclusão predominante de alimentos de origem vegetal, como frutas, legumes, verduras, leguminosas e cereais minimamente processados, e exclusão de bebidas alcólicas e alimentos e bebidas ultraprocessadas, como bebidas açucaradas, *fast food* e produtos prontos para o consumo e prontos para aquecer.

Tabela 1. Fração atribuível populacional e OR para cânceres de cabeça e pescoço¹, segundo exposição ao tabaco e ao álcool

	Tabagistas que nunca consumiram álcool	Etilistas que nunca consumiram tabaco	Tabagistas e etilistas
Fração atribuível populacional ²	33%	4%	35%
Chance de desenvolver a doença em relação a não tabagistas e não etilistas (OR) ³	2,37	1,06*	5,73

*O valor não foi estatisticamente significativo (IC= 0,88-1,28).

¹ Inclui os cânceres de orofaringe, cavidade oral, hipofaringe, cavidade oral ou faringe sem outra especificação, laringe ou câncer de cabeça e pescoço não especificado.

² Refere-se ao percentual de casos da doença atribuídos à exposição a determinado fator de risco em determinada população.

³ Refere-se à chance de desenvolver a doença entre indivíduos expostos a determinado fator de risco em relação aos não expostos.

Fonte: Adaptado de Hashibe, M. et al., 2009. *Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium.*

Prevalência dos principais fatores de risco no Brasil

Segundo dados do Vigitel 2013, as prevalências de tabagismo e alcoolismo variaram entre as capitais do Brasil, sendo sempre maiores entre os homens (Figura 3).

Tanto para homens quanto para mulheres, o tabagismo foi mais frequente entre pessoas com menor nível de escolaridade (até 8 anos) e nos extremos de idade (antes dos 25 anos ou após os 65 anos).

Porto Alegre apresentou as maiores prevalências de tabagismo, 19% entre homens e 15% entre mulheres.

Uma das hipóteses para esse resultado é o fato de o Rio Grande do Sul ser o maior produtor nacional de fumo, tendo na fumicultura uma atividade agrícola de grande importância.

Em relação ao alcoolismo, destaca-se a elevada frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, entre homens (24,2%), que foi quase o triplo da encontrada entre as mulheres (9,7%) no Brasil.

Entre as mulheres, o percentual de adultos que consomem abusivamente bebidas alcoólicas variou de 4% em Curitiba a 15% em Belo Horizonte. Entre os homens, variou de 17% em Manaus a 35% em Aracaju.

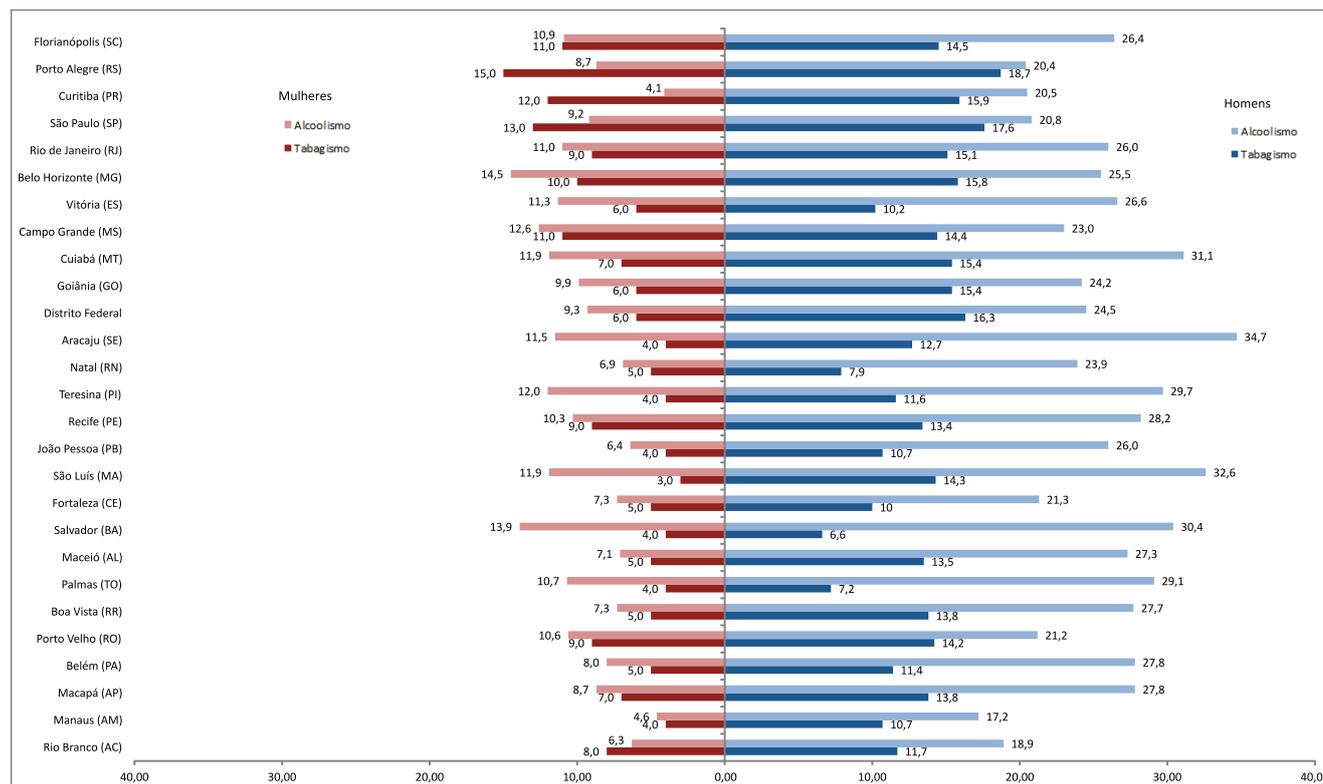


Figura 3. Percentual de tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcoólicas em adultos (> 18 anos), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal

Nota: O inquérito considerou como fumante todo indivíduo que fuma, independentemente de frequência e intensidade do ato de fumar. Já o consumo abusivo de bebidas alcoólicas refere-se ao consumo de quatro ou mais doses para mulheres ou cinco ou mais doses para homens, nos últimos 30 dias, em uma mesma ocasião.

Fonte: Vigitel. Brasil, 2014.

Estratégias de prevenção

No controle dos cânceres de lábio e cavidade oral, tanto estratégias de prevenção primária, que visam a eliminar ou reduzir os fatores de risco para a doença, quanto estratégias de prevenção secundária, que têm por objetivo detectar precocemente lesões potencialmente malignas ou câncer em estágios iniciais, impactam na redução da incidência e da mortalidade pela doença.

Considerando que os principais fatores de risco para a doença podem ser evitados, algumas medidas de prevenção primária são de grande relevância para diminuir a incidência da doença e devem ser implementadas (Figura 4). Entre elas, destacam-se:

- Políticas e ações de prevenção da iniciação e de estímulo à cessação do tabagismo, de limitação do consumo de bebidas alcoólicas e de promoção do consumo diário de pelo menos cinco porções de frutas, legumes e verduras.
- Divulgação de orientações e informações sobre a importância de evitar a exposição solar, principalmente nos horários em que os raios ultravioletas são mais intensos, das 10 às 16 horas. Utilizar sempre roupas que protejam o corpo e chapéu com abas largas. O uso do protetor solar no corpo e nos lábios deve ser estimulado como adjuvante de proteção. Recomenda-se que, para os trabalhadores que exercem suas funções ao ar livre,

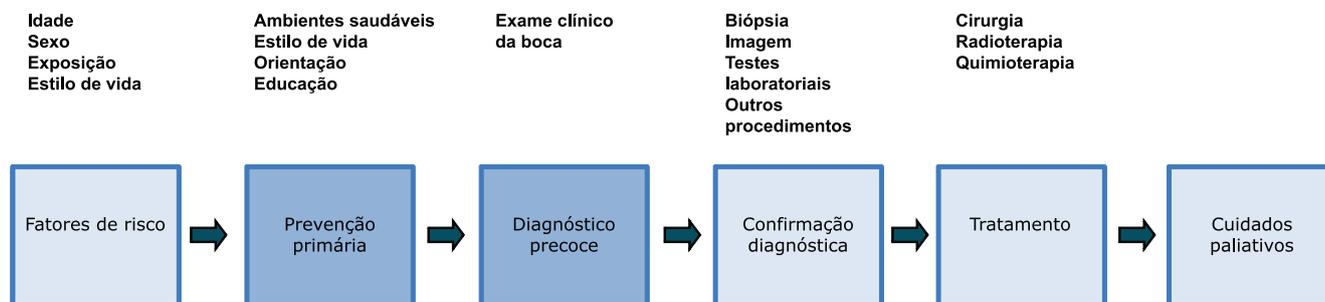


Figura 4. Níveis de prevenção na história natural do câncer de boca

seja feito um planejamento das atividades diárias, de forma a evitar os horários mais críticos de exposição solar, como a inclusão de horário estendido para almoço e trabalho em locais cobertos que confirmam sombra, sempre que possível.

Embora haja evidências de que o vírus HPV 16 é fator de risco para o câncer da cavidade oral, o impacto da vacina na redução desse tipo de câncer ainda é desconhecido. O uso de preservativos no sexo oral diminui o risco de infecção pelo HPV.

Quanto à prevenção secundária dos cânceres de lábio e cavidade oral, a estratégia de detecção precoce recomendada é o diagnóstico precoce das lesões suspeitas, uma vez que não há evidências científicas que sustentem o rastreamento como estratégia preventiva.

Vários critérios precisam ser considerados antes da implantação de um programa de rastreamento, tais como:

- a doença precisa ser considerada um problema de saúde pública;
- sua história natural deve ser bem conhecida;
- seu estágio pré-clínico deve ser passível de ser diagnosticado por meio de exames disponíveis, aceitáveis e confiáveis;
- a existência de exames disponíveis avaliados cientificamente quanto a sua eficácia, efetividade e custo-efetividade;
- o benefício da detecção e do tratamento precoces com o rastreamento deve ser maior do que sem essa estratégia.

Atualmente não existem evidências científicas suficientes sobre os benefícios e riscos do rastreamento do câncer oral. As revisões sistemáticas publicadas pela Cochrane (2013)^c e pela Força Tarefa Americana (2013)^c encontraram apenas um

Estratégias de detecção precoce

Rastreamento (screening): consiste em oferecer periodicamente exames a pessoas assintomáticas com objetivo de detectar lesões precursoras ou câncer quando ainda não existem sintomas.

Diagnóstico precoce: consiste em identificar lesões o mais precocemente possível a partir de sintomas iniciais.

ensaio clínico, com alto risco de viés, no qual o rastreamento não foi capaz de reduzir a mortalidade na população em geral. Cabe ressaltar que esse ensaio clínico foi conduzido na Índia, que está entre os países de maior incidência da doença, e que o método utilizado para recrutamento dos pacientes (visitas de casa em casa) dificilmente poderia ser replicado em um programa de rastreamento. Contudo, a análise de um subgrupo de pacientes de alto risco que utilizavam tabaco, álcool ou os dois combinados mostrou redução da mortalidade nesse grupo, o que reforça a importância de atenção especial ao exame clínico nesses pacientes que apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da doença.

Recomenda-se que profissionais de saúde estejam atentos e vigilantes para os sinais de lesões potencialmente malignas e do câncer durante o exame clínico e que qualquer alteração que fuja da normalidade seja investigada.

O autoexame de rotina não é recomendado como estratégia de prevenção dos cânceres de lábio e cavidade oral em razão da dificuldade do público leigo em identificar uma lesão no estágio inicial.

Entretanto, a atenção ao corpo como forma de autocuidado é recomendada na prevenção de doenças.

Diagnóstico precoce dos cânceres de lábio e cavidade oral

O diagnóstico precoce dos cânceres de lábio e cavidade oral consiste em diminuir o máximo possível o intervalo entre a identificação de uma lesão suspeita e a confirmação diagnóstica.

O sucesso dessa estratégia também está diretamente relacionado ao diagnóstico das lesões consideradas potencialmente malignas. Para tanto, o reconhecimento dos principais sinais e sintomas e o acesso aos procedimentos diagnósticos devem ser garantidos.

Lesões potencialmente malignas são alterações nos tecidos da boca que podem se tornar tumores malignos em algum momento, sem que essa malignização seja um evento inevitável em sua história natural. Ou seja, são lesões que apresentam um potencial para se tornarem malignas.

Entre as lesões classificadas como desordens potencialmente malignas, destacam-se:

^c A Cochrane e a US Preventive Services Task Force são grupos independentes que conduzem revisões sobre efeitos de intervenções em saúde.

- as leucoplasias (placas brancas que não podem ser removidas por meio de raspagem e que não decorrem de alguma doença ou causa conhecida);
- as eritropiasias (lesões vermelhas que não decorrem de alguma doença ou causa conhecida). São mais frequentes e estão diretamente relacionadas ao tabaco e ao consumo excessivo de álcool.

Por serem, na maioria das vezes, lesões inespecíficas, a confirmação diagnóstica das lesões suspeitas precisa ser realizada imediatamente após a exclusão dos diagnósticos diferenciais, por meio de biópsia ou punção, seguida do exame anatomopatológico.

Os principais sinais e sintomas do câncer de lábio e cavidade oral são:

- Lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias.
- Placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) que não decorrem de outra doença ou causa conhecida.
- Nódulos (caroços) no pescoço.
- Rouquidão persistente.
- Dificuldade de mastigação e deglutição.
- Dificuldade na fala.
- Assimetria facial.

O diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno das lesões neoplásicas de lábio e cavidade oral têm papel fundamental não só no aumento da sobrevida dos pacientes como em sua qualidade de vida, uma vez que atrasos nessas etapas podem levar a sequelas estigmatizantes que comprometem a fala, a deglutição e o convívio social.

Contudo, de acordo com dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de hospitais habilitados em

alta complexidade em oncologia (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Unacon e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon), no Brasil, no período de 2007 a 2011, na maioria dos casos de câncer de lábio e cavidade oral, o tratamento foi iniciado em estádios avançados. Entre os homens, cerca de 80% dos tumores com informação de estadiamento foram registrados como estágio III e IV, e, entre as mulheres, 65%. Cabe ressaltar que cerca de 20% do total de casos (16% entre homens e 21% entre mulheres) não tinham informação para a variável estadiamento clínico do tumor, o que pode comprometer a análise dessa informação (Figura 5).

Confirmação diagnóstica

A biópsia de tecidos moles da boca é o método de escolha para o diagnóstico das lesões suspeitas de cânceres de lábio e cavidade oral. Embora seja um procedimento simples e passível de ser realizado em ambiente ambulatorial, exige que os profissionais estejam capacitados tanto na realização da técnica quanto no perfeito acondicionamento da peça para que essa possa seguir para um laboratório especializado nas condições ideais para ser analisada. Além disso, profissionais responsáveis pelo laudo do exame anatomopatológico também devem estar capacitados para o correto diagnóstico, que determinará o planejamento terapêutico.

A partir de 2011, a informação da CID-10 tornou-se obrigatória no registro dos procedimentos de biópsias dos tecidos moles da boca (código: 0201010526) e dos exames anatomopatológicos (código: 0203020030), permitindo o acompanhamento da produção desses procedimentos para as neoplasias de lábio e cavidade oral.

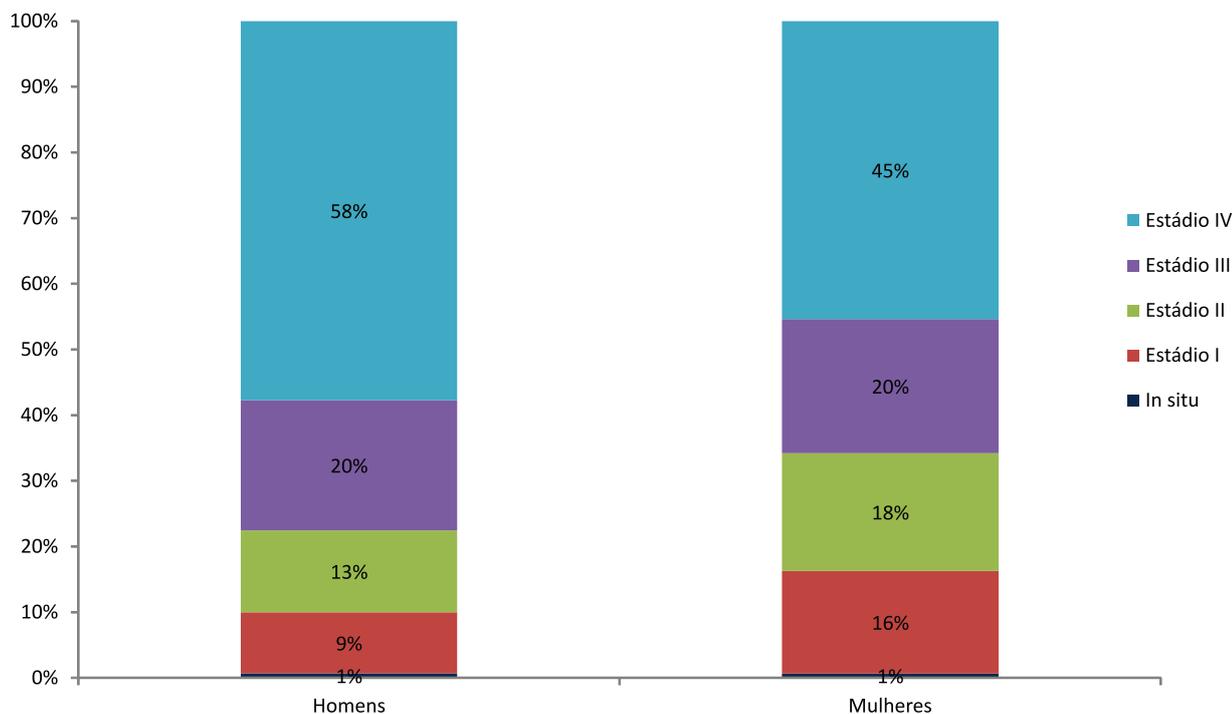


Figura 5. Estadiamento clínico dos pacientes com cânceres de lábio e cavidade oral atendidos em hospitais de alta complexidade em oncologia, Brasil, de 2007 a 2010

Nota: A informação sobre o estadiamento clínico do tumor segue a Classificação de Tumores Malignos TNM.

Fontes: Ministério da Saúde/ INCA/ IntegradorRHC/ Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC). <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>. Acesso em outubro de 2014. Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp). Acesso em outubro de 2014.

Destaca-se que ocorreu aumento da produção desses procedimentos no país entre 2012 e 2013, exceto de exames anatomopatológicos, o que não foi observado em todas as regiões. Por exemplo, na região Norte, houve uma diminuição de biópsias e um aumento expressivo de exames anatomopatológicos no período analisado, enquanto a região Sul teve aumento de biópsias e diminuição de exames anatomopatológicos (Tabela 2).

A partir do pressuposto de que cada biópsia resulte em pelo menos um exame anatomopatológico, chama a atenção a produção muito superior de biópsias em todas as regiões, com exceção da região Norte, no ano de 2013. Algumas hipóteses para justificar esses achados podem ser: o encaminhamento de material para leitura em laboratórios de universidades que não registram esse procedimento nos sistemas de informação do SUS, para laboratórios privados sem convênio com o SUS ou para laboratórios contratados por recursos próprios municipais; ou o erro na informação da produção desses procedimentos e/ou da informação da CID-10, tanto da biópsia quanto do anatomopatológico.

Considerações finais

Os cânceres de lábio e cavidade oral são um problema de saúde pública no Brasil, que atingem principalmente homens a partir dos 40 anos. Portanto, torna-se necessário ampliar o debate sobre as medidas de prevenção e controle dessa doença.

Ações que visem ao controle dos cânceres de lábio e cavidade oral precisam contemplar:

- **Capacitação dos profissionais:** profissionais de saúde devem conhecer os principais fatores de risco e de proteção para a prevenção primária da doença, bem como seus sinais e sintomas de alerta, tanto para orientar a população quanto para providenciar o diagnóstico e o tratamento com agilidade e qualidade. Além disso, devem reconhecer os indivíduos com maior risco de desenvolver a doença.
- **Conscientização da população:** a população deve ser orientada sobre os principais fatores de risco e de proteção para doença, seus sinais e sintomas de alerta e o serviço de saúde que deve procurar para buscar orientações ou atendimento.

- **Organização da assistência:** garantia de acesso ao exame clínico da boca na atenção primária e, em caso da presença de alterações suspeitas, garantia de que o processo de confirmação diagnóstica seja iniciado o mais breve possível. Quando a biópsia não puder ser realizada na atenção primária, é essencial assegurar a referência para unidades secundárias. Além disso, o fluxo de encaminhamento do material para o laboratório que realiza o exame anatomopatológico deve estar bem estabelecido. Os casos de câncer confirmados pela biópsia devem ser prontamente encaminhados para tratamento nos hospitais habilitados. Nos casos de diagnóstico de lesões potencialmente malignas, deve-se garantir o acompanhamento clínico do paciente e a orientação quanto ao risco de malignização, especialmente na presença de tabagismo e/ou etilismo.

Ressalta-se que o estímulo à cessação do tabagismo, além de importante medida de prevenção primária da doença, também deve ser reforçado na presença de lesão suspeita ou diagnóstico de câncer. Isso porque o tabagismo aumenta o risco de malignização das lesões potencialmente malignas, e a cessação produz uma melhora na resposta aos tratamentos quimio e radioterápicos. Por isso, orientações quanto à cessação do tabagismo e o encaminhamento à rede de tratamento do tabagismo no SUS devem fazer parte do tratamento do câncer.

É essencial que gestores avaliem e monitorem as informações disponíveis sobre as ações de controle da doença, assim como a produção de biópsias de tecidos moles da boca, exames anatomopatológicos, cirurgias, quimioterapia e radioterapia que podem ser consultadas no SIA-SUS. Outras informações sobre o tratamento estão disponíveis no IntegradorRHC, que consolida as informações dos RHC do Brasil, e no sistema da Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp), que consolida as informações dos RHC desse Estado.

Tabela 2. Produção de procedimentos de biópsias dos tecidos moles da boca e de exames anatomopatológicos de lesões suspeitas*

	2011				2012				2013			
	Biópsia		Anatomopatológico		Biópsia		Anatomopatológico		Biópsia		Anatomopatológico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BRASIL	11.944	100,0	3.531	100,0	14.456	100,0	6.191	100,0	15.743	100,0	4.873	100,0
NORTE	700	5,9	12	0,3	646	4,5	20	0,3	545	3,5	704	14,4
NORDESTE	2.126	17,8	817	23,1	2.427	16,8	1.996	32,2	2.681	17,0	642	13,2
CENTRO-OESTE	227	1,9	225	6,4	360	2,5	197	3,2	1.623	10,3	295	6,1
SUDESTE	7.051	59,0	2.124	60,2	8.428	58,3	3.682	59,5	8.179	52,0	2.985	61,3
SUL	1.840	15,4	353	10,0	2.595	18,0	296	4,8	2.715	17,2	247	5,1

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS(SIA/SUS). Acesso em agosto de 2014.

*CID's consideradas: C00 - neoplasia maligna do lábio; C01 - neoplasia maligna da base da língua; C02 - neoplasia maligna outras partes e NE da língua; C03 - neoplasia maligna da gengiva; C04 - neoplasia maligna do assoalho da boca; C05 - neoplasia maligna do palato; C06 - neoplasia maligna outras partes e partes NE da boca; C07 - neoplasia maligna da glândula parótida; C08 - neoplasia maligna outras glândulas salivares maiores e NE; C09 - neoplasia maligna da amígdala; C10 - neoplasia maligna da orofaringe; D10 - neoplasia benigna da boca e da faringe; D11 - neoplasia benigna de glândulas salivares maiores; K13 - Outras doenças do lábio e da mucosa oral

Dicas e informes

O INCA disponibiliza, em sua página na internet, material informativo (folder) com orientações para a população sobre:

- **Câncer de boca:** acesse o endereço http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cancer_boca_2013_web.pdf ou solicite pelo e-mail atencao_oncologica@inca.gov.br.
- **Vigilância e análise de situação:** acesse <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>; <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>;
- **Alimentação e câncer:** acesse o endereço <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/alimentacao.pdf> ou solicite pelo e-mail alimentacao@inca.gov.br.
- **Tabagismo:** acesse o endereço <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/> ou solicite pelo e-mail prevprim@inca.gov.br.
- **Exposição ocupacional, ambiental e câncer:** acesse o endereço http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/pele_2012web.pdf ou solicite pelo e-mail voa@inca.gov.br.

Com intuito de promover a troca de experiências (exitosas ou não) para o controle dos cânceres de lábio e cavidade oral, todos são convidados a compartilhar conosco tais iniciativas pelo e-mail atencao_oncologica@inca.gov.br.

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

© 2014 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional.

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição

Coordenação de Prevenção e Vigilância
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5979

Elaboração: Adriana Atty, Caroline Ribeiro e Danielle Nogueira
Coordenação de elaboração: Maria Beatriz Kneipp Dias
Colaboradores: Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede; Divisão de Controle do Tabagismo; Divisão de Vigilância e Análise de Situação; Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer; Unidade Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer; José Roberto Menezes Pontes; Héilton Spindola Antunes

Supervisão Editorial: Letícia Casado. **Edição:** Taís Facina. **Revisão:** Rita Rangel de S. Machado. **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá