



FACULDADES NOVA ESPERANÇA
CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ULISSES ESTEVAM ALVES NETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A TAXA DE RECIDIVA DO CARCINOMA
ADENÓIDE CÍSTICO NO PERÍODO DE 1990 ATÉ 2020 NO BRASIL**

JOÃO PESSOA-PB

2023

ULISSES ESTEVAM ALVES NETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A TAXA DE RECIDIVA DO CARCINOMA
ADENÓIDE CÍSTICO NO PERÍODO DE 1990 ATÉ 2020 NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos
exigidos com fins de conclusão do curso de Bacharelado
em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rafaella Bastos Leite

JOÃO PESSOA-PB

2023

A481p

Alves Neto, Ulisses Estevam

Perfil epidemiológico e a taxa de recidiva do carcinoma adenóide cístico no período de 1990 até 2020 no Brasil / Ulisses Estevam Alves Neto. – João Pessoa, 2023.

45f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rafaella Bastos Leite.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

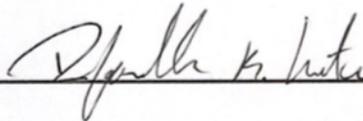
ULISSES ESTEVAM ALVES NETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A TAXA DE RECIDIVA DO CARCINOMA
ADENÓIDE CÍSTICO NO PERÍODO DE 1990 ATÉ 2020 NO BRASIL**

Monografia apresentada a Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos com fins de obtenção de título de Cirurgião-dentista.

João Pessoa - Paraíba, 31 de MAIO de 2023.

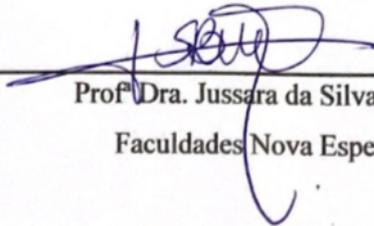
BANCA EXAMINADORA



Profª Dra. Rafaella Bastos Leite
Faculdades Nova Esperança



Profª Me. Amanda Lira Rufino de Lucena
Faculdades Nova Esperança.



Profª Dra. Jussara da Silva Barbosa
Faculdades Nova Esperança

Dedico este trabalho

Primordialmente a Deus,

Por ter me guiado para me encontrar e me protegido de todo mal nessa etapa laboriosa.

Aos meus pais, Wilson Soares Alves e Maria Quitéria Silva Alves,

Que nunca me desampararam e sempre se fizeram presentes, apesar da distancia.

Aos meus irmãos, Wilson Júnior e Willyane,

Que sempre me ajudaram e entendem minha ausência.

A minha sobrinha, Anny Beatriz,

Que fez com que eu amasse no mais puro e sincero amor.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, pela sua bondade e as bênçãos em minha vida, por ter me guiado e sustentado nos momentos mais difíceis e ter me conduzido para construção do meu ser humano durante essa jornada.

Aos meus pais, **Wilson Soares Alves e Maria Quitéria Silva Alves**, por nenhum momento me deixarem desamparado, por todo esforço que fizeram e fazem por mim, por todos os conselhos e palavras de conforto nos momentos que mais precisei, me ensinar a amar da maneira mais simples e sincera e por serem exemplos de resiliência.

Aos meus irmãos, **Wilson Júnior e Willyane**, por serem pacientes com toda a minha ausência e serem vetores na construção do meu sonho.

A minha sobrinha, **Anny Beatriz**, por ter me feito amar no meu mais puro sentimento e pelo companheirismo na época do pre-vestibular ao meu lado, nas inúmeras horas de estudo.

Ao meu cunhado, **Cidinaldo**, pela ajuda, dedicação e paciência em ter me ajudado sempre.

Ao meu avô, **Ulisses Estevam Alves**, que em vida deixou um exemplo de constância e resiliência, que me faz obrigação de ser um pouco do exemplo de ser humano que ele foi.

A minha avó, **Maria das Graças**, que em sua infinita bondade como profissional da saúde me fez ter como inspiração de vida, além de transparecer todo amor, carinho e fé.

Aos meus avós, **Gercina Soares e José Zumba**, que se tornaram meus exemplos de amor, que sempre me deram palavras de incentivo.

Aos meus **Familiares**, gratidão por todo amor, carinho, empenho e momentos de ajuda.

Aos meus professores, **Adriana Teles, Andressa Cavalcanti, Bruno Mesquita e Rafaella Bastos**, que durante a graduação se fizeram exemplos de profissionais e seres humanos que me inspiram e me fazem acreditar em uma odontologia de evidencia e humanista, além de se fazerem me encontrar na profissão e me acolherem de forma genuína e serem exemplos de professores.

Ao meu amigo, **Douglas Cunha**, que sempre se fez presente em todos os momentos da graduação, nunca duvidou da nossa aliança como amigo, além do exemplo de amizade.

Aos meus **Amigos**, que fizeram minha caminhada mais feliz, terem me dado força e pela paciência nos momentos mais difíceis.

Aos demais **Professores e colaboradores**, obrigado por toda dedicação, serão lembrados por todo aprendizado e carinho diretamente e indiretamente.

A minha professora do ensino medio, **Silvia Graciele**, que durante meu ultimo ano do ensino medio, me acolheu e orientou da melhor forma para conquistar a vaga na graduação.

RESUMO

O Carcinoma adenoide cístico (CAC), é uma das neoplasias malignas de glândula salivar menor mais comum. Sendo o palato a sua localização anatômica mais frequentemente acometida. Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico e a taxa de recidivas de pacientes diagnosticados com carcinoma adenóide cístico no território brasileiro, nos anos 1990 a 2020. Trata-se de uma pesquisa de caráter observacional, com corte transversal, caracterizada pela observação, análise, registro e quantificação dos carcinomas adenóides císticos diagnosticados na população brasileira, estabelecendo-se relações com parâmetros clínicos. Segundo dados do presente estudo, o CAC acometeu mais os pacientes do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, com picos de incidência a partir da 4ª década de vida. Mesmo exibindo a maior prevalência em pacientes pardos, não há predominância entre raça/cor. Em relação a localização, a glândula parótida, foi a mais acometida, seguida pelo palato, glândula submandibular e glândula sublingual, respectivamente. Não foi observado o hábito dos fatores de risco, tabagismo e etilismo, para a lesão estudada, assim como não houve relação com o histórico familiar de câncer. No que se refere à escolaridade, foi observado maior prevalência no público de baixa escolaridade, portanto concluiu-se ainda que o CAC possui o diagnóstico tardio, tendo um prognóstico desfavorável ao paciente. A queda nos números de novos casos, parece ter relação com isolamento social pelo covid-19. Entre as regiões do Brasil, o Sudeste obteve maior número de casos, sendo São Paulo o Estado com maior incidência.

Palavras chaves: Carcinoma adenóide cístico. Neoplasias. Epidemiologia Descritiva

ABSTRACT

The adenoid cystic carcinoma (ACC) is one of the most common malignant neoplasms of the minor salivary gland. The palate is its most frequently affected anatomical location. This paper aims to describe the epidemiological profile and the recurrence rate of patients diagnosed with cystic adenoid carcinoma in the Brazilian territory, in the years 1990 to 2020. This is a cross-sectional observational research characterized by the observation, analysis, recording and quantification of cystic adenoid carcinomas diagnosed in the Brazilian population, establishing relationships with clinical parameters. According to data from this study, ACC affected more females than males, with incidence peaks after the 4th decade of life. Even though the prevalence is higher in brown patients, there is no predominance between race/color. Regarding location, the parotid gland was the most affected, followed by the palate, submandibular gland and sublingual gland, respectively. It was not observed the habit of risk factors, smoking and alcoholism, for the lesion studied, as well as there was no relationship with family history of cancer. As far as education is concerned, a higher prevalence was observed in the public with low education, therefore it was also concluded that CCS has a late diagnosis, with an unfavorable prognosis for the patient. The decrease in the numbers of new cases, seems to be related to social isolation covid-19. Among the regions of Brazil, the Southeast region had the highest number of cases, with São Paulo being the state with the highest incidence.

Keyword: Carcinoma, Adenoid Cystic. Neoplasms. Epidemiology, Descriptive.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAC: Carcinoma Adenóide Cístico

GS: Glândulas Salivares

SisRHC: Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer

INTEGRADOR RHC: Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer

DATASUS: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

CNS: Conselho nacional de Saúde

RHC: Registros Hospitalares de Câncer

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Estados Brasileiros distribuídos por ano (1990-2001).

Tabela 2: Estados Brasileiros distribuídos por ano (2002-2011).

Tabela 3: Estados Brasileiros distribuídos por ano (2012-2020).

Gráfico 1: Gênero distribuído pela idade durante 1990 a 2020.

Gráfico 2: Distribuição da raça/cor e escolaridade durante 1990 a 2020.

Tabela 4: Distribuição da ocorrência de mais de um tumor com estadiamento clínico durante 1990 a 2020.

Gráfico 3: Distribuição do histórico de consumo de álcool e tabaco durante 1990 a 2020.

Gráfico 4: História familiar de câncer durante 1990 a 2020.

Tabela 5: Distribuição dos estados de origem e de diagnóstico durante 1990 a 2020.

Tabela 6: Distribuição dos estados de origem e de diagnóstico durante 1990 a 2020.

Tabela 7: Casos distribuídos por localização primária e estado da doença final no primeiro tratamento.

Tabela 8: Casos distribuídos por localização primária e estado da doença final no primeiro tratamento.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | REFERÊNCIAL TEÓRICO | 12 |
| 2.1 | GLÂNDULAS SALIVARES | 13 |
| 2.1.1 | EMBRIOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES | 13 |
| 2.1.2 | ANATOMOFISIOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES | 13 |
| 2.2 | CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO | 13 |
| 2.2.1 | FATORES EPIDEMIOLÓGICOS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO | 13 |
| 2.2.2 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO | 14 |
| 2.2.3 | CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO | 14 |
| 2.2.4 | CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO | 14 |
| 3 | OBJETIVO | 15 |
| 4 | METODOLOGIA | 15 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 15 |
| 4.2 | POPULAÇÃO E AMOSTRA | 15 |
| 4.3 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 15 |
| 4.3.1 | CRITÉRIO DE INCLUSÃO | 15 |
| 4.3.2 | CRITÉRIO DE EXCLUSÃO | 16 |
| 4.4 | DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO | 16 |
| 4.5 | INTERPRETAÇÃO DE DADOS | 16 |
| 4.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 16 |
| 4.7 | RISCOS | 16 |
| 4.8 | BENEFÍCIOS | 17 |
| 5 | RESULTADOS | 17 |
| 6 | DISCUSSÃO | 38 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 41 |
| | REFERÊNCIAS | |

1 INTRODUÇÃO

É indiscutível e notório que a expectativa de vida está tendo um aumento significativo no Brasil, e atrelado a isso, uma tendência a um aumento a exposição as enfermidades, que como consequência, gera um pico de incidência nas neoplasias malignas (IBGE 2018). Os carcinomas são causas importantes de morbidade e mortalidade, onde 3% de todos os casos de câncer acometem a cavidade oral (INCA 2022). Em 2019, segundo dados do INCA, foram 20.722 mortes por câncer de cabeça e pescoço (FERREIRA FILHO et al. 2021).

A maioria dos carcinomas orais tem crescimento rápido e infiltrativo e quando diagnosticados tardiamente comprometem estruturas vitais, o que dificulta o tratamento e eleva a taxa de mortalidade, além disso exibem piores prognósticos para os pacientes acometidos (SOARES et al., 2019).

Em relação a etiologia do câncer de cabeça e pescoço, esta, é multifatorial, porém a maioria dos casos está relacionado a fatores ambientais, merecendo destaque para o estilo de vida dos indivíduos. Um fato que vem gerando destaque, é o crescimento gradativo dos carcinomas de glândulas salivares (WYSOCKI et al., 2016).

Em especial o CAC, o qual é definido como um tumor maligno e é caracterizado como uma neoplasia relativamente rara, representando 10% a 15% das neoplasias de glândulas salivares maiores e cerca de 12.3% das neoplasias de glândulas salivares menores (FERREIRA FILHO et al. 2021; SOARES et al., 2019)

Clinicamente o CAC exibe um crescimento lento, apresentando um aumento de volume nodular de consistência endurecida, recoberto por mucosa íntegra, podendo apresentar ulcerações, e radiograficamente pode-se perceber destruição óssea (SOARES et al., 2019). O CAC é diagnosticado comumente em pacientes entre a 4ª e 7ª década de vida e uma forte associação com o tabagismo, e o consumo de álcool é observada. Além de ser um tumor diagnosticado predominantemente em pacientes do gênero feminino (2,5:1) e sem distinção entre raças (MONTEIRO 2014).

Em relação as características histopatológicas, o CAC pode exibir três padrões principais, composto por uma mistura de células ductais e células mioepiteliais, com formas variáveis, a saber: o padrão cribiforme, representado por cordões de células basalóides que se afluem originando espaços pseudocísticos; o padrão tubular, onde há estruturas tubulares compostas por células ductais e mioepiteliais e um estroma

hialinizado, sendo esse padrão o que exibe melhor prognóstico para o paciente, quando comparado à forma cribriforme, ao passo que o tipo sólido apresenta pior prognóstico e apresenta ilhotas ou ninhos celulares com raras formações pseudocísticas ou ductais, presença de atividades mitóticas e necrose (MONTEIRO 2014; SANTOS et al. 2011; PIRES et al. 2021; DANTAS et al. 2015).

Entre os pacientes acometidos com CAC, 40% exibem metástase e 80% a 90% morrem num período de 10 a 15 anos após esse diagnóstico, em função do alto número de recidiva e metástase. Pode-se dizer que o CAC em seio maxilar e em glândulas submandibulares possuem um prognóstico desfavorável, pois frequentemente invadem estruturas adjacentes. O carcinoma adenóide cístico tubular consiste em células em forma de tubos, é aquele com o melhor prognóstico, seguindo para o padrão cribriforme. O padrão sólido ou a presença de áreas sólidas, assim como a invasão perineural são indicadores de prognóstico desfavorável. Além do padrão histopatológico, outros fatores prognósticos incluem tamanho (T), localização anatômica, presença ou ausência de metástases (M) no momento do diagnóstico e condição da margem cirúrgica (DE NORONHA et al., 2022).

O tratamento para o CAC consiste em quatro modalidades distintas: terapia cirúrgica, radioterapia, quimioterapia e terapia combinada (cirurgia e radioterapia; radioterapia e quimioterapia). Esta última tem sido a modalidade de escolha na maioria dos casos, pois apenas a remoção cirúrgica ou a radioterapia não descarta a possibilidade de recidiva nas margens nem a ocorrência de metástases principalmente nos linfonodos cervicais, pulmões, ossos e cérebro (NAGANO 2014).

Em virtude do pequeno número de trabalhos publicados na literatura, abordando o perfil epidemiológico do carcinoma adenóide cístico e os principais fatores prognósticos relacionados nesse processo, a potencial implicação prognóstica dessa neoplasia permanece assunto de discussão.

Pretende-se, com esta pesquisa, contribuir com mais esclarecimentos a respeito dos mecanismos vinculados ao desenvolvimento e metástases destas lesões, fornecendo subsídios para uma possível aplicação dos principais indicadores prognósticos ou como alvos potenciais para estratégias imunoterapêuticas para os carcinomas adenóides císticos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GLÂNDULAS SALIVARES

2.1.1 EMBRIOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES

O desenvolvimento das glândulas salivares se inicia a partir do ectomesenquima e do endoderma com a invaginação do epitélio oral gerando grandes aglomerados celulares, onde esse processo tem seu desenvolvimento entre a sexta e nona semana de vida no embrião (RAMANAH 2014; MONTEIRO 2014).

A singularidade de cada GS é composta por elementos parenquimatosos revestidos e sustentados por tecido conjuntivo, onde nas extremidades da porção secretora os tipos celulares exibem, células serosas e/ou mucosas, além de células mioepiteliais (NAGANO 2014).

O tecido conjutivo é constituído pelo estroma glandular, exibindo ainda uma cápsula e septos conjutivos, que dividem os grupos de ácinos e de ductos em lobos e lóbulos contendo também vasos sanguíneos, linfáticos e fascículos nervosos (MONTEIRO 2014).

2.1.2 ANATOMOFISIOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES

As GS compõem um grupo de glândulas exócrinas sendo sua principal função a excreção da saliva através de estruturas denominadas ductos, sendo o seu controle feito através do sistema nervoso autônomo. As glândulas salivares maiores são caracterizadas em parótida, glândula submandibular e glândula sublingual e são responsáveis por 93% do total de saliva produzida na cavidade oral (SANTOS et al. 2011).

As glândulas salivares menores têm uma distribuição inespecífica ao longo do sistema aerodigestivo com exceção da gengiva inserida e porção anterior de palato duro, essas por sua vez, secretam saliva rica em glicoproteínas a qual confere viscosidade ao fluido salivar e lubrificação na cavidade bucal (RAMANAH 2013).

2.2 CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

2.2.1 FATORES EPIDEMIOLÓGICOS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

Apesar de poucos casos descritos na literatura o CAC é uma das neoplasias de glândulas salivares mais frequentes, exibindo picos de incidência entre a quarta e a

sétima década de vida com uma leve predileção pelo sexo feminino (DE PAULA, SIMONATO, FERNANDES 2022).

No tangente a localização, essa, pode ocorrer em qualquer glândula salivar, mas cerca da metade dos casos já diagnosticados foram observados nas glândulas salivares menores, mais frequentemente na região de palato (SANTOS et al. 2011; (DE PAULA, SIMONATO, FERNANDES 2022)

2.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

Os pacientes diagnosticados com carcinoma adenóide cístico exibem um aumento de volume ou nódulo enrijecido, recoberto por mucosa sadia, tendo dor como um dos sintomas relatados e comum nos achados. Quando as lesões se restringem ao palato duro é possível identificar úlceras na região, embora seja raro quando é acometido nas GS maiores (MONTEIRO 2014; SANTOS et al. 2011).

2.2.3 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

Em relação as características histopatológicas, o CAC pode exibir três padrões, composto por uma mistura de células ductais e células mioepiteliais, com formas variáveis, podendo ser descritos em três padrões principais: o padrão cribiforme, representado por cordões de células basalóides que se afluem originando espaços pseudocísticos; o padrão tubular, onde há estruturas tubulares composta por células ductais e mioepiteliais e um estroma hialinizado, sendo esse padrão o que exibe melhor prognóstico para o paciente, quando comparada à forma cribiforme, ao passo que o tipo sólido apresenta pior prognóstico e apresenta ilhotas ou ninhos celulares com raras formações pseudocísticas ou ductais, presença de atividades mitóticas e necrose (MONTEIRO 2014; SANTOS et al. 2011; PIRES et al. 2021; DANTAS et al. 2015).

2.2.4 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DO CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO

Os exames radiograficos de primeira escolha, que inclusive são padrão ouro para complementar o diagnóstico, é a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. No caso de ulcerações no palato, por exemplo, a apresentação na

radiografia se mostra com destruição óssea na maioria dos casos esse mesmo caso acontece quando as lesões se encontram próximo ao seio maxilar (DOS ANJOS et al., 2019).

3 OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico, características clínicas e a taxa de recidivas de pacientes diagnosticados com carcinoma adenóide cístico no território brasileiro, registrados entre os anos 1990 a 2020.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo desenvolvido consistiu em uma pesquisa de caráter observacional, com corte transversal, caracterizada pela observação, análise, registro e quantificação dos carcinomas adenóides císticos diagnosticados na população brasileira, estabelecendo-se relações com parâmetros clínicos.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população objeto do presente estudo foi constituída por todos os casos de carcinomas adenóides císticos, diagnosticados e arquivados no Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer (SisRHC) disponibilizados no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC) e publicados no endereço eletrônico <https://irhc.inca.gov.br>, no período entre janeiro de 1990 e dezembro de 2020. As informações foram acessadas através do TabNet, plataforma que faz parte do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em região de lábio, base da língua, língua, gengiva, assoalho da boca, palato duro, outras partes na boca não especificadas, glândula parótida, outras glândulas salivares maiores, amígdalas, orofaringe, nasofaringe, seio piriforme, hipofaringe, localizações mal definidas no lábio boca e faringe, cavidades nasais e ouvido médio e interno, seios da face, laringe e traqueia, no mês de dezembro de 2022.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de carcinoma adenóide cístico notificados no RHC, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2020.

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa, os casos que não apresentaram informações relativas e incompletas ao sexo e idade dos pacientes, bem como a características clínicas das lesões.

4.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Informações a respeito do sexo e idade dos pacientes, bem como em relação ao tamanho do tumor, presença de metástase em linfonodos regionais, presença de metástase à distância, estágio clínico, recidiva e desfecho foram coletadas no INCA. Para o estadiamento clínico, foi utilizado os parâmetros elencados na sexta edição da Classificação TNM dos Tumores Malignos (SOBIN; WITTEKIND, 2011).

5.5 INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os resultados obtidos após as análises dos casos de pacientes diagnosticados com carcinoma adenóide cístico utilizados, foram organizados em tabelas e banco de dados informatizado com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 17.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo não necessitou de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pelo fato que os dados utilizados foram de acesso irrestrito e de domínio público, sendo informações agregadas sem possibilidade de identificação individual dos usuários ou de equipes incluídas no estudo, sem infringir os preceitos éticos e científicos fundamentais. Portanto, todas as etapas do estudo foram realizadas em conformidade com as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho nacional de Saúde (CNS), bem como, com a lei nº12.527, de 18 de nov. 2011.

4.7 RISCOS

Por se tratar de uma pesquisa que realizará a coleta de dados de caráter irrestrito, os riscos potenciais implicados na participação nesta pesquisa não estão ao alcance de percepções. Portanto, não houve riscos.

4.8 BENEFÍCIOS

Ao permitir que os dados epidemiológicos e clínicos das lesões foram incluídos na pesquisa, os achados da presente pesquisa irão contribuir para a identificação de possíveis indicadores de agressividade do carcinoma adenóide cístico.

5 RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 foi feita uma análise de 1990 a 2001 onde foi possível identificar que os anos de 1992 e 1994 não existia no site da coleta de dados com todos os filtros aplicados, mas, com os anos obtidos foi possível identificar 260 casos diagnosticados. Ainda na tabela 1 foi possível observar, que entre 1990 a 1996 houve uma oscilação no número de casos, entre 1990 a 1991 o número de casos foi crescente, já comparando 1993 com 1991 o número sofreu redução, isso se repete quando existe casos diagnosticados de forma crescente de 1993 para 1995, mas, há dados decrescente de 1995 para o ano de 1996. Após a análise detalhada, os números começam a ficar de forma crescente até o ano de 2001 a partir de 1996, ainda é possível identificar que a entrada dos anos 2000 e 2001 foi onde se concentrou a maioria dos casos diagnosticados, somando 81% dos casos, e os outros 19% ficaram restritos na maioria dos anos investigados nessa primeira análise.

| UF da unidade hospitalar | 1990 | 1991 | 1993 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Total |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| TOTAL | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 8 | 9 | 19 | 89 | 123 | 260 |
| AC - ACRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AL - ALAGOAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| AM - AMAZONAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| PR - PARANÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| RJ - RIO DE JANEIRO | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 12 | 21 | 39 |
| RN - RIO GRANDE DO NORTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| RO RONDONIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RS - RIO GRANDE DO SUL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 7 |
| RR - RORAIMA | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| SC - SANTA CATARINA | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 10 |
| SE - SERGIPE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| SP - SÃO PAULO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 36 | 76 |
| TO TOCANTINS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |

Tabela 1: Estados Brasileiros distribuídos por ano (1990-2001) (Fonte: dados da pesquisa).

Na tabela 1 a distribuição de estados onde o número de casos ficou somado a zero foi, Acre, Goiás, Maranhão e Rondônia, outros estados brasileiros chegaram a diagnosticar apenas um caso, durante essa análise de 10 anos é possível listar esses estados, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Já os estados que diagnosticaram até 14 casos, como foi o caso do Ceará é possível listar em forma crescente em relação ao número de casos, sendo eles, Mato Grosso 2 casos, Tocantins 3, Paraíba 4, Amazonas 5, Pará 5, Distrito Federal 6, Paraná 6, Piauí 7, Rio Grande do Sul 7, Espírito Santo 8, Pernambuco 8, Bahia 9, Santa Catarina 10 e por último o Ceará.

A maioria dos estados supracitados têm uma distribuição em relação aos anos restritos aos dois últimos anos analisados e isso não é diferente quando se compara com os estados onde houve o maior número de casos diagnosticados, sendo eles, Rio de Janeiro 39 casos, Minas Gerais 47 e São Paulo 76, listados de forma crescente, respectivamente. Rio de Janeiro e Minas Gerais começam a uma distribuição desde os primeiros anos investigados, já São Paulo está com zero casos diagnosticados até 1999, ao passo que os dois anos seguintes é onde se concentra a maioria dos casos.

| UF da unidade hospitalar | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| TOTAL | 122 | 118 | 151 | 159 | 159 | 163 | 161 | 215 | 219 | 240 | 1707 |
| AC - ACRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| AL - ALAGOAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| AM - AMAZONAS | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 4 | 15 |
| AP - AMAPÁ | - | - | - | - | - | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BA - BAHIA | 8 | 4 | 2 | 9 | 4 | 14 | 5 | 13 | 15 | 10 | 84 |
| CE - CEARÁ | 2 | 4 | 4 | 7 | 6 | 1 | 8 | 11 | 9 | 10 | 62 |
| DF - DISTRITO FEDERAL | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 16 |
| ES - ESPIRITO SANTO | 3 | 3 | 5 | 6 | 10 | 4 | 4 | 5 | 2 | 5 | 47 |
| GO - GOIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| MA - MARANHÃO | 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 6 | 1 | 7 | 5 | 5 | 41 |
| MG - MINAS GERAIS | 15 | 14 | 18 | 12 | 13 | 30 | 23 | 31 | 36 | 50 | 242 |
| MS - MATO GROSSO DO SUL | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 16 |
| MT - MATO GROSSO | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 11 |
| PA - PARÁ | 1 | 2 | 5 | 4 | 6 | 1 | 4 | 4 | 4 | 1 | 32 |
| PB - PARAÍBA | 3 | 2 | 1 | 5 | 1 | 3 | 2 | 6 | 1 | 2 | 26 |
| PE - PERNAMBUCO | 0 | 1 | 11 | 7 | 6 | 7 | 5 | 10 | 9 | 14 | 70 |
| PI - PIAUÍ | 7 | 3 | 4 | 6 | 6 | 5 | 4 | 1 | 3 | 6 | 45 |
| PR - PARANÁ | 1 | 3 | 6 | 8 | 8 | 5 | 16 | 8 | 23 | 7 | 85 |
| RJ - RIO DE JANEIRO | 13 | 18 | 21 | 16 | 14 | 21 | 10 | 19 | 14 | 22 | 168 |
| RN - RIO GRANDE DO NORTE | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 9 | 6 | 4 | 3 | 8 | 45 |
| RO - RONDONIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RS - RIO GRANDE DO SUL | 9 | 13 | 7 | 11 | 14 | 8 | 14 | 17 | 14 | 7 | 114 |
| RR - RORAIMA | - | - | - | - | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| SC - SANTA CATARINA | 3 | 5 | 6 | 2 | 5 | 5 | 6 | 6 | 4 | 10 | 52 |
| SE - SERGIPE | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| SP - SÃO PAULO | 48 | 39 | 51 | 48 | 42 | 34 | 43 | 60 | 62 | 71 | 498 |
| TO - TOCANTINS | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 6 | 3 | 22 |

Tabela 2: Estados Brasileiros distribuídos por ano (2002-2011) (Fonte: dados da pesquisa).

Na tabela 2 são investigados mais 10 anos, do ano de 2002 até 2011 e é possível identificar que há um aumento significativo comparados com os anos investigados de acordo com tabela 1, na tabela 2 houve quase sete vezes mais pessoas acometidas pelo CAC, somando 1707 casos. Analisando os anos da tabela 2 existe uma queda de 2002 para o ano de 2003, mas a partir desse ano o número de casos aumentam, tendo uma estabilização dos casos entre 2005 a 2006, mas há um crescimento de pessoas acometidas de 2006 para 2007, entretanto, a partir desse ano quando comparado com o ano seguinte é possível identificar um declínio no número de casos. Nos três últimos anos investigados é onde existe uma maior concentração de pessoas acometidas, somando 39%, os outros 61% ficaram distribuídos para os sete primeiros anos em análise.

Comparando os dados da tabela 2 com os dados da tabela 1, é possível perceber que existe uma semelhança, onde os primeiros anos investigados oscilam e quando se aproximam dos últimos anos, mais casos são diagnosticados. Na tabela 2 o estado de Rondônia continua liderando com zero casos, já os estados que tiveram até 47 casos, como foi o caso de Espírito Santo é possível listá-los de forma crescente, sendo eles, Acre e Sergipe com 3 casos, Goiás 4, Alagoas 6, Mato Grosso 11, Amazonas 15, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul com 16 casos, Tocantins 22, Paraíba 26, Pará 32, Maranhão 41, Piauí e Rio Grande do Norte com 45 casos e Espírito Santo com 47 casos. Já os estados que passaram de 50 casos foram, Santa Catarina 52 casos, Ceará 62, Pernambuco 70, Bahia 84 casos e Paraná com 85 casos.

Ainda analisando a tabela 2 os estados que tiveram o maior número de casos diagnosticados com CAC foi o Rio Grande do Sul somando 114 casos, em seguida Rio de Janeiro 168 casos, Minas gerais 242 e São Paulo 498 casos, sendo esses últimos três estados analisados, convergindo com os estados que também tiveram o maior número de casos da tabela 1. Nos quatro estados onde houve o maior número de casos há uma distribuição desde os primeiros anos onde há uma maior concentração nos últimos anos, com exceção do Rio Grande do Sul onde houve um declínio de 2009 para 2011. Isso se repete nos estados onde houve menos pessoas acometidas também, como o caso da Bahia, Ceará, Mato Grosso, Pará e Sergipe.

| UF da unidade hospitalar | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Sem informação | Total |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|-------|
| TOTAL | 205 | 228 | 229 | 225 | 184 | 203 | 191 | 138 | 3 | 64 | 1670 |
| AC - ACRE | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| AL ALAGOAS | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 16 |
| AM AMAZONAS | 0 | 3 | 4 | 4 | 2 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 22 |
| AP - AMAPÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - | - | - |
| BA - BAHIA | 10 | 9 | 14 | 8 | 1 | 9 | 6 | 3 | 0 | 0 | 60 |
| CE - CEARÁ | 10 | 14 | 14 | 20 | 13 | 19 | 6 | 1 | 0 | 28 | 125 |
| DF DISTRITO FEDERAL | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 12 |
| ES ESPIRITO SANTO | 1 | 6 | 4 | 6 | 5 | 12 | 5 | 1 | 0 | 0 | 40 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|-----|
| GO - GOIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| MA - MARANHÃO | 2 | 5 | 0 | 9 | 5 | 5 | 6 | 4 | 0 | 1 | 37 |
| MG - MINAS GERAIS | 22 | 28 | 41 | 32 | 26 | 27 | 34 | 24 | 0 | 6 | 240 |
| MS - MATO GROSSO DO SUL | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| MT - MATO GROSSO | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| PA - PARÁ | 3 | 6 | 8 | 10 | 9 | 13 | 11 | 5 | 0 | 0 | 65 |
| PB - PARAÍBA | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 0 | 0 | 21 |
| PE - PERNAMBUCO | 12 | 15 | 4 | 8 | 14 | 12 | 11 | 7 | 0 | 1 | 84 |
| PI - PIAUÍ | 3 | 5 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| PR - PARANÁ | 11 | 9 | 12 | 7 | 11 | 14 | 12 | 11 | 2 | 10 | 99 |
| RJ - RIO DE JANEIRO | 14 | 17 | 15 | 10 | 18 | 18 | 13 | 14 | 0 | 0 | 119 |
| RN - RIO GRANDE DO NORTE | 8 | 7 | 6 | 6 | 2 | 3 | 4 | 1 | 0 | 0 | 37 |
| RO - RONDONIA | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| RR - RORAIMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|-----|
| RS - RIO GRANDE DO SUL | 8 | 14 | 17 | 15 | 8 | 7 | 11 | 9 | 0 | 15 | 104 |
| SC - SANTA CATARINA | 20 | 10 | 7 | 7 | 2 | 2 | 7 | 5 | 0 | 0 | 60 |
| SE - SERGIPE | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| SP - SÃO PAULO | 69 | 69 | 69 | 67 | 56 | 46 | 43 | 44 | 1 | 0 | 464 |
| TO TOCANTINS | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 |

Tabela 3: Estados Brasileiros distribuídos por ano (2012-2020) (Fonte: dados da pesquisa).

Já na tabela 3, foram analisados nove anos 2012 a 2020, e diferente das outras tabelas a presente a ser descrita há os casos onde o INCA ofertou os casos distribuídos de acordo com os anos, mas, sem os estados onde os pacientes eram diagnosticados, somando 64 pessoas, esses números sem informações foram analisados a partir de 1990 até o ano de 2020. O total de casos somou 1670, tabela 3, tendo uma decrescência de diagnósticos quando comparado com os anos investigados na tabela 2, são 37 pessoas acometidas com o CAC a menos, mas quando comparado com a tabela 1 existe um aumento de mais de seis vezes do número total a mais de CAC.

É notório que a partir de 2012 até 2014, tabela 3, há um aumento dos casos diagnosticados, mas quando analisado o ano 2014 e 2015 o número de diagnósticos caíram, esse mesmo fenômeno se repete quando é investigado 2016 e 2017 onde esse número cresceu, mas já de 2017 para 2020 o declínio foi significativo, onde o ano de 2020 foi o quarto ano onde houve o menor número de diagnósticos de todos os anos analisados. Ainda no ano de 2020 os únicos estados que fizeram diagnóstico foram o Paraná com 2 casos diagnosticados e São Paulo com 1 caso.

A quantidade de casos correlacionados com os estados que ficaram sem informação relativa ao ano somou 64, onde houve a maior quantidade de casos foi o estado do Ceará com 28, Rio Grande do Sul 15 e Paraná 10. Ainda na tabela 3, Rondônia saiu da classificação que vinha recebendo desde o ano de 1990, em 2014 houve o primeiro caso diagnosticado segundo os RHC. De forma crescente os estados

que receberam até dez casos durante os nove anos analisados foram, Goiás 1 caso, Rondônia 3, Acre e Mato Grosso com 5, Mato Grosso do Sul 8 e Tocantins 10. Dos estados que tiveram até 40 casos, têm-se, Sergipe 11 casos, Distrito Federal 12, Alagoas 16, Paraíba 21, Amazonas e Piauí 22, Maranhão e Rio Grande do Norte 37 e Espírito Santo com 40 casos.

Já os casos que se aproximaram de 100 é notado nos estados da Bahia e Santa Catarina com 60, Pará 65, Pernambuco 84 e Paraná com 99. Os estados que tiveram a maior quantidade de casos segundo a tabela 3, foram o Rio Grande do Sul 104, onde na tabela 1 ele não se apresentava como um dos mais acometidos. O primeiro estado do nordeste brasileiro de acordo com os 29 anos analisados, Ceará com 125 casos, os estados que se mantiveram de acordo com a tabela 2 como um dos mais acometidos pelo CAC foi Rio de Janeiro com 119 onde há um declínio do número total de casos quando comparado com a tabela 2. Minas Gerais com 240 pessoas diagnosticadas onde também se repete o declínio quando comparado com a tabela 2 e como o estado onde se concentrou o maior número de casos de CAC, segue a liderança de São Paulo com 464 casos onde o mesmo fenômeno se repete quando nos anos de 2002 a 2011 houve mais casos comparando com os anos de 2012 a 2020.

Ainda na tabela 3 é possível identificar que segue um padrão na maioria dos estados brasileiros em relação a distribuição dos casos de CAC, há uma queda, a partir do ano de 2016 até 2020, de 2016 a 2017 existe uma exceção dos estados, Amazonas, Goiás, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo. Já de 2017 para 2018 segue decrescendo, mas há alguns estados que seguem o número de casos, como Amazonas, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Norte e do Sul e Santa Catarina. De 2018 a 2019, Rio de Janeiro e São Paulo seguem crescendo os casos diagnosticados, onde todos os outros seguem decrescendo, isso não se repete nos anos de 2019 a 2020, tendo em vista que todos os estados brasileiros decresceram sem exceções.

De acordo com todos os anos analisados Rondônia foi o estado onde houve menos pessoas acometidas com o CAC com 3 casos, os anos com menos casos foram 1990 e 1993 empatados com um diagnóstico, já 2011 liderou com mais casos (240), tabela 2, nessa, foi possível identificar que São Paulo liderou também como o que

mais diagnosticou, com 498 casos. A região brasileira que teve menos pessoas acometidas foi o Centro-Oeste, já o que teve mais acometimentos foi o Sudeste.

O estado do Amapá e Roraima foram os estados onde foi obtido acesso aos casos diagnosticados de CAC de forma incompleta, nos RHC quando foi feita a busca ativa de Amapá e foi visto que existia os anos de 2009 a 2017, aplicando todos os filtros os casos foram zerados, mas quando analisado a tabela 5 foi visto que algumas pessoas que eram do Amapá, mas que foram diagnosticadas no estado do Pará. Já em Roraima esse mesmo fenômeno se repete, existe nos RHC os anos de 2008 a 2018, mas quando realizada a presente pesquisa, zero pessoas foram acometidas, todavia, pessoas que foram diagnosticadas com CAC no estado de Amazonas que eram oriundas de Roraima segundo a tabela 6

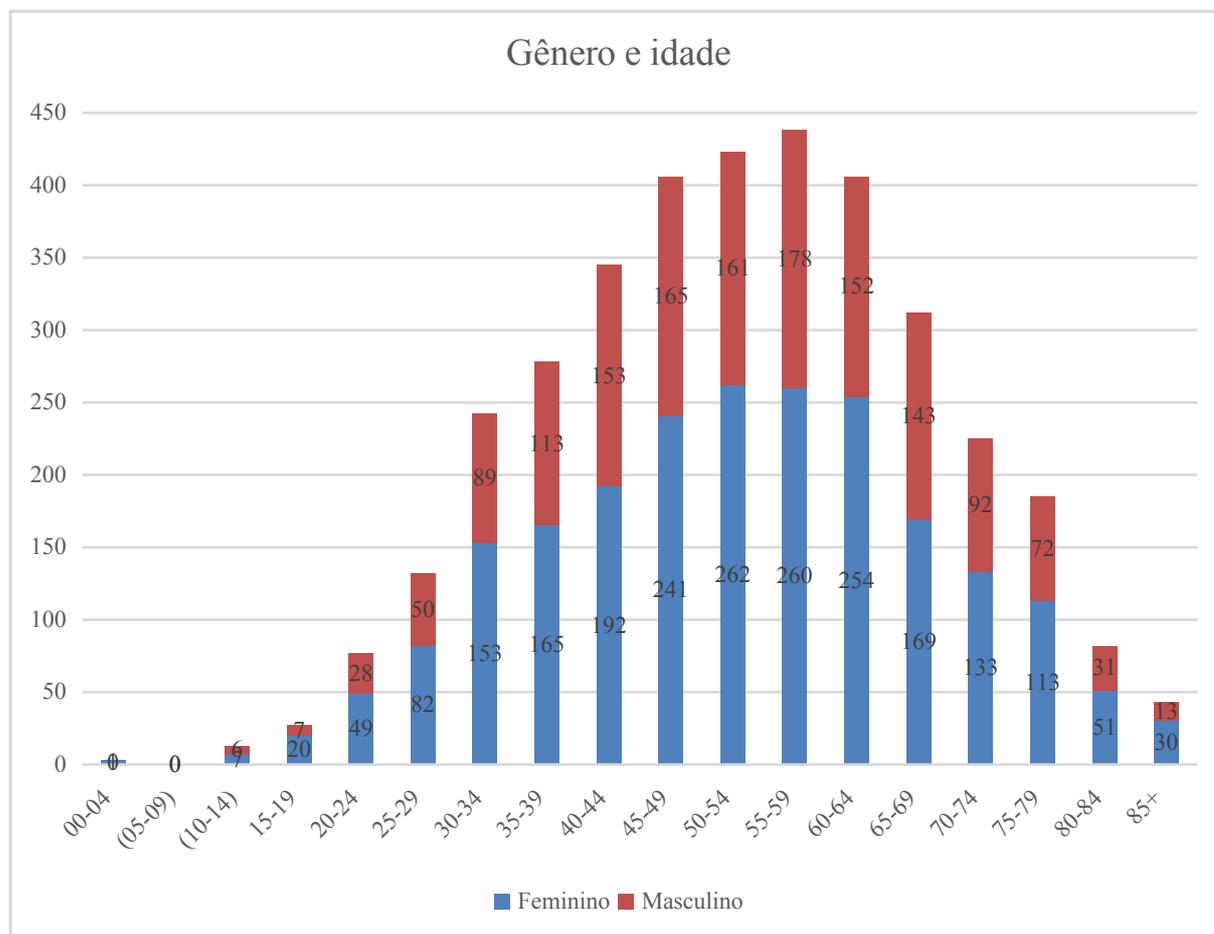


Gráfico 1: Gênero distribuído pela idade durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa)

No gráfico 1 mostra o somatório de todos os anos investigados, a idade dos participantes da presente pesquisa foi agrupada onde o primeiro grupo vai de zero a quatro anos, esse agrupamento vai ser seguido um padrão de quatro em quatro anos até o último grupo que são pessoas com mais de 85 anos de idade, além da correlação com o gênero entre masculino e feminino de cada pessoa diagnosticada com CAC.

O primeiro caso começou a ser diagnosticado no primeiro grupo de idade, 00 a 04 anos, oriundo do sexo feminino esses números aumentam até o décimo segundo grupo de idade, 55-59 anos, considerado a média de idade mais prevalente de pessoas acometidas com CAC, a partir desse grupo há dados decrescentes até o último grupo do gráfico 1. É possível identificar que a cor azul no gráfico 1 representa o sexo feminino e é a mais aparente, 60% dos casos diagnosticados de 1990 a 2020, quando comparado com a cor laranja a qual representa o sexo masculino, restando os 40%. A proporção de mulheres para homens é de 1,5:1, respectivamente.

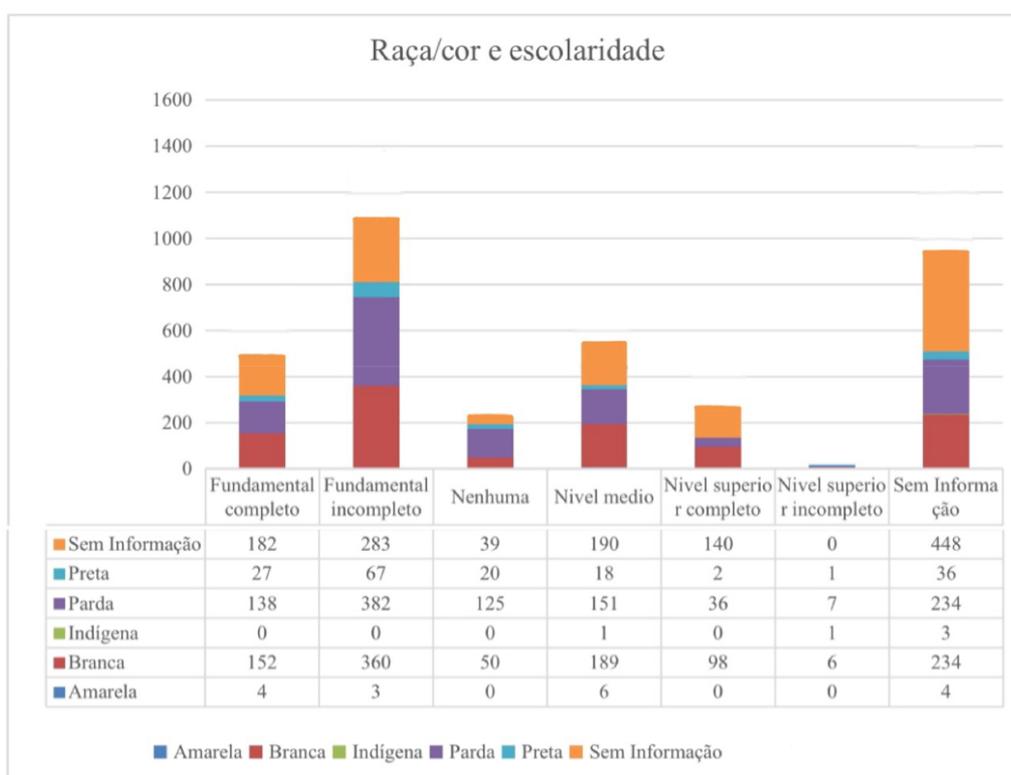


Gráfico 2: Distribuição da raça/cor e escolaridade durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa).

No gráfico 2 existe uma correlação com a raça/cor e a escolaridade dos pacientes que foram diagnosticados com CAC. O nível de escolaridade com menos pessoas

acometidas foi o superior incompleto, seguido pelos analfabetos, superior incompleto e fundamental completo, listados de forma crescente, respectivamente. Já o que se apresentou com mais pessoas acometidas foi o fundamental incompleto, perdendo para os casos onde o sistema não apresentou as informações sobre a escolaridade. A raça/cor dos pacientes menos acometidos foi a indígena e amarela, seguido pela preta. Já a raça/cor mais acometida foi a branca com 1090 casos, seguida pela parda com 1073

| Ocorrência de mais de um tumor | 1 | 1B | 2 | 2A | 2B | 3 | 3A | 3B | 4 | 4A | 4B | 4C | 88 | 99 | Total |
|--------------------------------|-----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|-----|------|-------|
| Duvidoso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 9 | 16 |
| Não | 153 | 1 | 285 | 1 | 0 | 234 | 1 | 1 | 89 | 295 | 43 | 56 | 265 | 1005 | 2430 |
| Sem Informação | 179 | 0 | 154 | 1 | 2 | 165 | 0 | 0 | 31 | 215 | 41 | 83 | 57 | 170 | 1098 |
| Sim | 5 | 0 | 8 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 4 | 15 | 2 | 4 | 7 | 42 | 94 |

Tabela 4: Distribuição da ocorrência de mais de um tumor com estadiamento clínico durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa).

A tabela 4 foi relacionada à ocorrência de mais de um tumor com o estadiamento clínico do CAC diagnosticado de 1990 a 2020. É possível identificar que o estadiamento clínico menos recorrente foi o 1B, 3A, 3B, 2A e 2B, onde os três primeiros citados há 1 caso cada, já o estadiamento clínico 2A e 2B tem 2 casos e o 4B, 4 e 4C apresentaram mais casos, com 86, 124 e 144 casos, respectivamente. De forma crescente, os estadiamentos clínicos que tiveram um número maior de casos de CAC foram 88, 1, 3, 2 e 4A, tendo 331 casos, 337, 406, 447 e 525, respectivamente. Já o estadiamento clínico que teve o maior número de diagnósticos foi o 99, com 1226 casos. Ainda na tabela 4 a ocorrência de mais de um tumor foi analisada, onde 2430 não teve mais de um tumor, dessas 1005 pessoas tinham o estadiamento clínico 99. Outras 94 pessoas tiveram mais de um tumor, sendo que 42 dessas pessoas exibiam o

estadiamento clínico também de 99, 1098 não tinha informações oriundas da variável investigada e a equipe de tratamento e controle julgou que em 16 pessoas é de forma duvidosa.

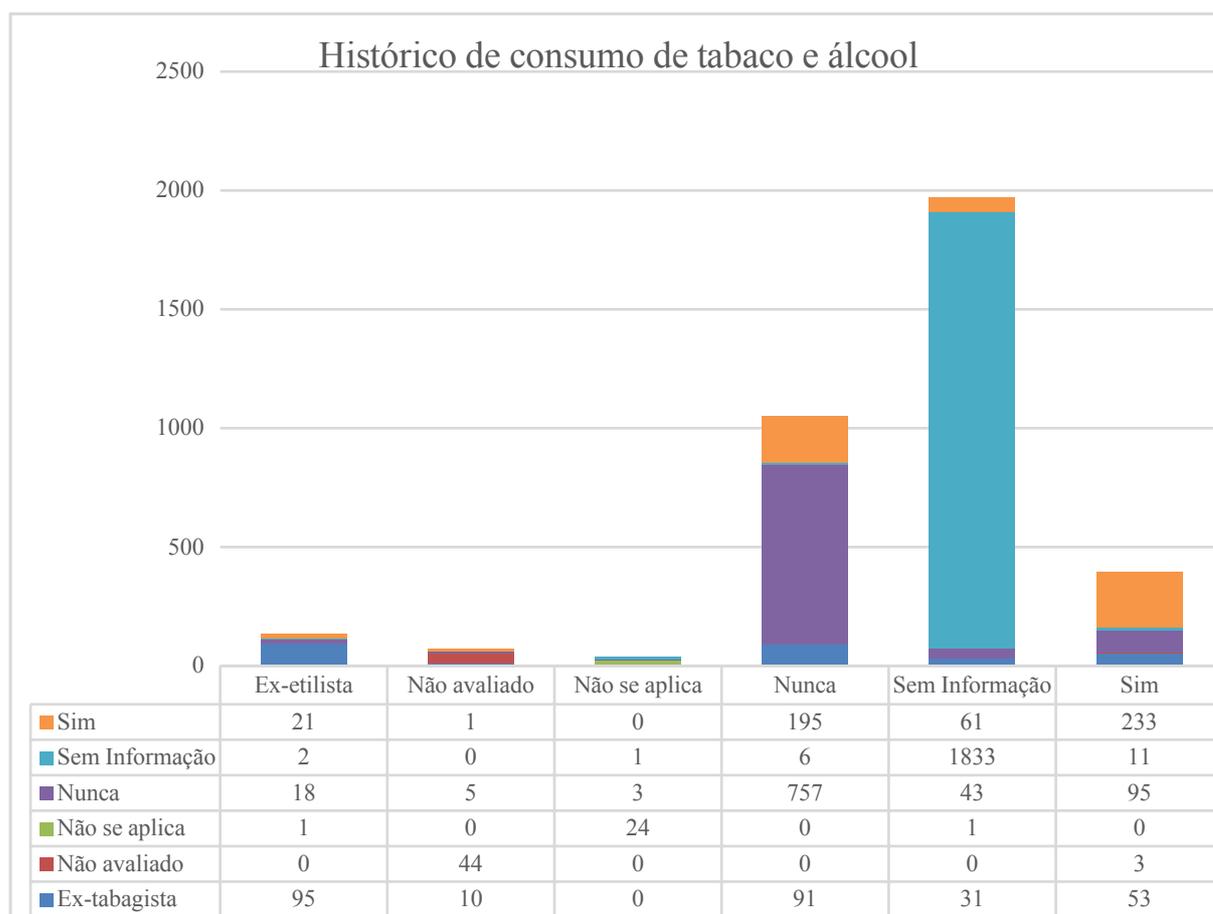


Gráfico 3: Distribuição do histórico de consumo de álcool e tabaco durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa)

No gráfico 3 foi correlacionado fatores de risco, o histórico de bebida alcoólica com o de tabaco de todos os anos analisados, mostrou que 402 pessoas ou fumam tabaco e consomem álcool, ou são ex-consumistas de ambos. 113 pessoas nunca fumaram, mas já beberam em algum momento da vida, 91 pessoas eram ex-fumantes e nunca beberam álcool, 195 pessoas fumam, mas nunca beberam e 757 pessoas nunca consumiram álcool nem tabaco. De todas as pessoas acometidas de 1990 a 2020, 1833 não tinham informações acerca do histórico de bebida alcoólica e de tabaco, onde no

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|----|-----|-----|----|----|---|----|-----|----|----|----|-----|
| AM - AMAZONAS | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 |
| AP - AMAPA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| BA - BAHIA | 0 | 0 | 0 | 151 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 155 |
| CE - CEARÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 199 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 199 |
| DF - DISTRITO FEDERAL | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| ES - ESPIRITO SANTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 94 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 95 |
| GO - GOIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| MA - MARANHÃO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 78 | 2 | 0 | 0 | 1 | 81 |
| MG - MINAS GERAIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 518 | 0 | 0 | 0 | 518 |
| MS - MATO GROSSO DO SUL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 24 |
| MT - MATO GROSSO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 0 | 16 |
| PA - PARÁ | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 98 | 102 |
| PB - PARAÍBA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PE - PERNAMBUCO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PI - PIAUÍ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PR - PARANÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RJ - RIO DE JANEIRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RN - RIO GRANDE DO NORTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| RO - RONDONIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| RR - RORAIMA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| RS - RIO GRANDE DO SUL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SC - SANTA CATARINA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SE - SERGIPE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SP - SÃO PAULO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TO - TOCANTINS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 5: Distribuição dos estados de origem e de diagnóstico durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa).

Na tabela 5, os estados foram divididos entre linhas e colunas, e foi correlacionado os estados que os pacientes são oriundos representado pelas linhas e onde eles eram diagnosticados e tratados representados pelas colunas. Amapá e Roraima não aparecem em nenhuma coluna da tabela 5 e tabela 6 pelo fato de nenhum paciente que é oriundo desses estados foi tratado no estado de origem, além disso nenhum outro paciente oriundo de outro estado brasileiro foi diagnosticado e/ ou tratado nos estados mencionados. Além do que houve uma fração, na tabela 5 as colunas são do estado do Acre até Pará, já na tabela 6 as colunas começam com o estado da Paraíba até Tocantins, essa divisão foi realizada por ordem alfabética para melhor entendimento das mesmas além do espaço resumido. Minas Gerais foi o estado que foi mais acometido com 529 diagnósticos em CAC, desses 518 eram de Minas Gerais. Já o estado de Goiás foi o que tratou menos pessoas, 5 casos.

Dos 27 estados brasileiros, incluindo Distrito Federal, analisados de acordo com a tabela 5, sete deles tiveram seus pacientes diagnosticados e tratados nos seus próprios estados, sendo eles, Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, os outros 20 estados restantes saíram do seu estado de origem e foram diagnosticadas e tratadas.

| UF de procedência | PB | PE | PI | PR | RJ | RN | RO | RS | SC | SE | SP | TO | Total |
|------------------------------|----|-----|----|-----|-----|----|----|-----|-----|----|------|----|-------|
| TOTAL | 51 | 162 | 74 | 190 | 326 | 83 | 3 | 225 | 122 | 15 | 1038 | 35 | 2324 |
| 99 - SEM INFORMAÇÃO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3 | 1 | 9 |
| AC - ACRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| AL - ALAGOAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| AM - AMAZONAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 7 |
| AP - AMAPA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BA - BAHIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| CE - CEARÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| DF - DISTRITO FEDERAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 13 |
| ES - ESPIRITO SANTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 11 |
| GO - GOIAS | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 7 |
| MA - MARANHÃO | 0 | 0 | 16 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 23 |
| MG - MINAS GERAIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 0 | 30 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|-----|----|-----|-----|----|---|-----|-----|----|-----|----|---|-----|
| MS - MATO GROSSO DO SUL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 13 |
| MT - MATO GROSSO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 | 13 |
| PA - PARÁ | 0 | 0 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 | 4 | 0 | 19 |
| PB - PARAÍBA | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 |
| PE - PERNAMBUCO | 1 | 161 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 165 |
| PI - PIAUÍ | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 52 |
| PR - PARANÁ | 0 | 0 | 0 | 185 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 191 |
| RJ - RIO DE JANEIRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 310 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 314 |
| RN - RIO GRANDE DO NORTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 83 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 83 |
| RO - RONDONIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 6 |
| RR - RORAIMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RS - RIO GRANDE DO SUL | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 218 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 222 |
| SC - SANTA CATARINA | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 117 | 0 | 4 | 0 | 0 | 126 |
| SE - SERGIPE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| SP - SÃO PAULO | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 905 | 0 | 0 | 907 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| TO - TOCANTINS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 28 | 32 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|

Tabela 6: Distribuição dos estados de origem e de diagnóstico durante 1990 a 2020 (Fonte: dados da pesquisa).

Na tabela 6 o estado de São Paulo foi o que mais fez diagnósticos/tratamentos desde 1990 a 2020 com 1038 casos, desses, 905 eram oriundos do próprio estado e duas pessoas que eram oriundas de São Paulo foram diagnosticadas e tratadas no estado do Rio de Janeiro. Distribuídos por 21 estados, 133 pessoas acometidas com CAC saíram do seu estado de origem e foram diagnosticadas no estado de São Paulo os outros cinco restantes são: Amapá, Paraíba, Rio Grande do Norte, Roraima e Sergipe. O estado brasileiro que todos os pacientes foram diagnosticados e tratados no seu próprio estado foi o Rio Grande do Norte.

| Estado doença final 1 tratam | C00 LABIO | C01 BASE DA LINGUA | C02 LINGUA | C03 GENGIVA | C04 ASSOALHO DA BOCA | C05 PALATO | C06 OUTRAS PARTES DA BOCA E DAS NÃO ESPECIFICADAS | C07 GLANDULA PAROTIDA | Total |
|--|------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|--|------------------------------|--------------|
| TOTAL | 52 | 126 | 108 | 31 | 126 | 584 | 243 | 769 | 2039 |
| Doença em progressão | 0 | 1 | 5 | 4 | 6 | 17 | 14 | 31 | 78 |
| Doença estável | 4 | 14 | 8 | 1 | 14 | 78 | 19 | 102 | 240 |
| Fora de possibilidade terapêutica | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 5 | 3 | 9 | 21 |
| Não se aplica | 6 | 12 | 19 | 8 | 15 | 91 | 45 | 87 | 283 |
| Óbito | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 9 | 6 | 21 | 43 |
| Remissão parcial | 1 | 2 | 4 | 0 | 4 | 28 | 9 | 32 | 80 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|
| Sem evidência da doença | | | | | | | | | |
| Remissão completa | 19 | 21 | 19 | 4 | 20 | 94 | 41 | 114 | 332 |
| Sem Informação | 22 | 71 | 49 | 13 | 66 | 262 | 106 | 373 | 962 |

Tabela 7: casos distribuídos por localização primária e estado da doença final no primeiro tratamento (fonte: dados da pesquisa).

Na tabela 7, foi possível identificar uma sequência em relação as localizações primárias das pessoas que eram acometidas com CAC, em primeiro lugar a glândula parótida foi a mais afetada, seguido do palato, outras partes da boca não especificadas, base da língua, assoalho da boca, língua, lábio e gengiva.

| Estado doença final 1 tratam | C08 OUTRAS GLANDULAS SALIVARES MAIORES | C09 AMIGDALAS | C10 OROFARINGE | C11 NASOFARINGE | C12 SEIO PERIFORME | C13 HIPOFARINGE | C14 LOCALIZACOES MAL DEFINIDAS DO LABIO BOCA E FARINGE | Total |
|--|---|----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---|--------------|
| TOTAL | 860 | 20 | 45 | 172 | 7 | 15 | 17 | 1236 |
| Doença em progressao | 35 | 2 | 1 | 14 | 0 | 0 | 1 | 53 |
| Doença estavel | 91 | 1 | 7 | 17 | 1 | 2 | 5 | 124 |
| Fora de possibilidade terapeutica | 9 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Não se aplica | 96 | 4 | 4 | 22 | 2 | 1 | 1 | 130 |
| Óbito | 14 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 20 |
| Remissão parcial | 39 | 0 | 4 | 9 | 0 | 0 | 0 | 52 |

| | | | | | | | | |
|--|-----|---|----|----|---|----|---|-----|
| Sem evidência da doença Remissão completa | 139 | 3 | 7 | 14 | 0 | 0 | 1 | 164 |
| Sem Informação | 437 | 9 | 19 | 90 | 4 | 10 | 9 | 578 |

Tabela 8: casos distribuídos por localização primária e estado da doença final no primeiro tratamento.

Já na tabela 8 foi possível identificar uma sequência, nesse caso as estruturas que seguiram a sequência crescente foi, glândulas salivares maiores, nasofaringe, orofaringe, seguido de amígdalas, localizações mal definidas do lábios, boca e faringe, hipofaringe e seio piriforme.

No que se refere ao estado da doença final no primeiro tratamento, tanto a tabela 7, quanto a 8 tiveram a mesma sequência, sendo ela; pacientes sem informação para essa variável tiveram a maior parcela no número de pessoas acometidas, o que faz o estudo ter uma limitação em relação a essas informações. Seguindo a sequência, umas grandes parcelas de pacientes estavam sem evidência da doença/remissão completa, seguido de não se aplica, doença estável, remissão parcial, doença em progressão, óbito e fora de possibilidade terapêutica.

6 DISCUSSÃO

A disponibilização dos RHC no Brasil é importante para entender quais fatores estão relacionados à doença, assim como também tornar possível identificar como os pacientes foram diagnosticados, quais as formas de tratamento e conhecer o perfil dos pacientes. Os RHC são centros de informação que armazenam os dados dos pacientes oncológicos e as informações são disponibilizadas através de um sistema web, criado pelo INCA em 2007, o Integrador RHC, tem alcance nacional e permite a tabulação dos dados de todo Brasil (SOARES et al., 2019).

A entrada dos anos dois mil foi crucial nos resultados do presente estudo, pois foi onde houve um pico no número de pacientes acometidos, tendo uma concentração maior no ano de 2011.

Após o ano de 2014 que foi o ano que fez alusão ao julho verde, os números de cânceres começaram a cair, um dado interessante do presente estudo foi do ano de 2019 para 2020 onde o número de pessoas que tiveram CAC teve um declínio de 46 vezes menos. A federação Brasileira de hospitais em 2021 publicou que o isolamento social imposto pela pandemia do covid-19 trouxe reflexos diretos para o diagnóstico e o tratamento de diversos males que afetam a população. Os pacientes oncológicos estão no grupo que postergou os cuidados com a doença com reflexos diretos tanto no sistema público quanto no privado. Hospitais e clínicas registram até 70% de adiamento das cirurgias nos momentos de pico da pandemia (Oncoguia 2022; Soledad 2021).

O fenômeno não foi uma exclusividade brasileira, em Portugal, por exemplo, um estudo do Sistema Nacional de Vigilância de Mortalidade do país revelou que 10.390 pessoas vieram a óbito em julho, um número mais alto em um único mês nos últimos 12 anos. Soledad e colaboradores em sua pesquisa fizeram um comparativo com os dados de 2019 e observaram um crescimento de 26% no número de óbitos, onde apenas 159, ou 1,5%, estavam relacionados com a Covid-19. A Holanda também registrou queda no número de diagnósticos de câncer, assim como em outros países (Soledad 2021).

O Brasil está dividido em 5 regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul) e a distribuição do câncer de boca nessas regiões, teve maior percentual no Sudeste, seguido da região Nordeste, o que corrobora com os dados do presente estudo. Estas duas regiões apresentam o maior porte populacional do país, correspondendo, respectivamente a 40,82% e 27,12% da população brasileira (IBGE, 2010). No estudo de Soares et al., 2019 os autores sugerem que talvez este coeficiente populacional tenha influenciado os valores percentuais de maior ocorrência de casos (SOARES et al., 2019).

No trabalho de Esperança et al., 2022 foi empregada uma metodologia similar a do presente estudo, apesar de se tratar de um estudo com variantes semelhantes, o estudo de Esperança et al., 2022 realizou uma análise de 15 anos de pacientes diagnosticados com CAC.

No estudo de Moskaluk et al., 2013 a maioria dos pacientes diagnosticados com CAC, apresentaram a faixa etária para o diagnóstico ampla, com lesões surgindo

com a mesma incidência em todas as décadas de vida, corroborando com os dados do presente estudo (LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016).

No que se refere à escolaridade o estudo de Esperança et al., 2022 destacou que a maior porcentagem de pessoas acometidas com a lesão estudada, tinham o ensino fundamental incompleto, seguido do nível médio, e do nível fundamental completo, superior completo e superior incompleto. O que divergiu a ordem dessa distribuição no presente estudo. Entre o nível superior completo para o incompleto houve uma discrepância acentuada no número de pessoas acometidas, no presente estudo as pessoas que nunca frequentaram nenhum nível de escolaridade está a frente no número de pessoas acometidas, por último as pessoas que tem o nível superior incompleto (LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

Quando se trata de raça/cor, o estudo de Esperança et al., 2022 notou uma sequência; parda, branca, preta, amarela e indígena, respectivamente. O que convergiu com os dados e sequência da presente pesquisa (SOARES et al., 2019; LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

Sobre o estadiamento TNM, o estudo de Esperança et al., 2022 divergiu com as informações obtidas no presente estudo, na sequência do estudo de Esperança et al., 2022 a maior quantidade se concentra classificado em 1, já no presente estudo 30% dos casos se concentram classificado 99, depois 88. Mas Esperança et al., 2022 sugere ainda em seu estudo, que o diagnóstico parece ser tardio, tendo em vista a classificação. Mas, sugere-se de acordo com dados do presente estudo que o estadiamento TNM quando foi correlacionado com a recidiva da lesão/ocorrência de mais de um tumor, 2430 pessoas não apresentaram, seguido por um número grande de pessoas que não tinham essas informações cadastradas no RHC (SOARES et al., 2019; LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

O presente estudo teve como principal limitação o uso de dados secundários, devido ao fato que, quando acessado em ocasiões diferentes, podem ter alterações nos resultados. Esse fato pode ter acontecido devido ao preenchimento incorreto do sistema ou fora do prazo ordenado pelo Ministério da Saúde. Além disso, em uma parcela dos números e gráficos do presente estudo a quantidade pessoas acometidas sem informação se sobressai em relação às variáveis estudadas. No estudo de Ferreira

Filho et al. 2021, foi um estudo utilizando os dados secundários do INCA e compartilharam da mesma limitação.

No estudo de Moskaluk et al., 2013 as variáveis sobre histórico de bebida e tabaco convergiram com o presente estudo, não foi observado uma predileção para quem fazia consumo de ambos (SOARES et al., 2019; LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; ESPERANÇA et al., 2022).

Quando se refere ao histórico familiar de câncer, no estudo de Esperança et al., 2022 foi observado que na maior parcela dos casos os indivíduos não tinham histórico de câncer, o presente estudo corrobora com os dados da pesquisa de Esperança et al., 2022 (LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

Se tratando da localização primária das lesões o estudo de Esperança et al., 2022 corroborou com o presente estudo, e a sequência coincidiu com os dados da pesquisa (LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

Soares Et al., 2019 sugerem também que pelo fato da região Sudeste contar com maior suporte tecnológico para tratamento oncológico, muitas pessoas de outras regiões migram em busca de melhor tratamento médico. O que divergiu segundo dados do presente estudo, a quantidade de casos que saem dos estados que fazem o diagnóstico não é um número exacerbado, o caso de São Paulo que teve o maior número de casos e o maior de pacientes oriundos de outros estados, ainda assim 87% dos casos eram oriundos do próprio estado (LI et al., 2012; WYSOCKI et al., 2016; MOSKALUK et al., 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo dados do presente estudo, o CAC é uma neoplasia maligna relativamente comum que, no Brasil, acomete mais pacientes do sexo feminino, quando comparado ao masculino e possui uma concentração na incidência a partir da 4ª década de vida. Mesmo tendo a maior prevalência em pacientes pardos, não há predominância entre raça/cor. Em relação a localização, a região mais acometida foi a glândula parótida foi a mais acometida, seguida do palato, glândula submandibular e glândula sublingual, respectivamente. Não foi observado relação com o surgimento da

lesão e o hábito dos fatores de risco, tabagismo e etilismo, para a lesão estudada, assim como não houve relação com o histórico familiar de câncer.

No que se refere à escolaridade, foi observado maior prevalência de CAC em pacientes de baixa escolaridade, portanto concluiu-se ainda que o CAC possui o diagnóstico tardio, tendo um prognóstico desfavorável ao paciente. A queda nos números de novos casos, parece ter relação com isolamento social pelo covid-19. Entre as regiões do Brasil, o Sudeste obteve maior número de casos, sendo São Paulo o estado com maior incidência.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) (2022). **INCA promove campanha de prevenção ao câncer de cabeça e pescoço**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

DANTAS, A. N. et al. Características clinicopatológicas e invasão perineural do carcinoma adenoide cístico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, p. 329-335, 2015.

DE NORONHA, Mariana Saturnino et al. **Avaliação da expressão da proteína EZH2 em carcinoma adenoide cístico e adenoma pleomórfico**. 2022.

DE PAULA, R. F.; SIMONATO, L. E.; FERNANDES, K. G. C. Carcinoma adenoide cístico Adenoid cystic carcinoma. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 32292-32301, 2022.

DOS ANJOS, C. L. et al. Aspecto histopatológico do Carcinoma Adenoide Cístico em cavidade bucal: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 35, p. e1355-e1355, 2019

ESPERANÇA, F. N.; DA SILVA, M. A. B. **CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO EM GLÂNDULAS SALIVARES: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE 15 ANOS NO BRASIL**. 2022.

FERREIRA FILHO, M. N. et al. Perfil epidemiológico e distribuição demográfica do câncer de língua na região nordeste, Brasil. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 10, n. 8, p. 1220-1224, 2021

G1. (2013). **Ator disse em 2010 que enfrentaria câncer com quimio e radioterapia. Vírus HPV é a origem da doença, falou ao jornal inglês 'The Guardian'**. Disponível em: <https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2013/06/michael-douglas-diz-que-sexo-oral-provocou-cancer-de-garganta-hpv.html>. Acesso em: 10 de maio. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico**. (2010). Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevidaindicaadoresmi-nimostabela1.shm>. Acesso em 10 de maio 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2018). **Estimativa da População Residente Segundo as Unidades da Federação e Municípios em 2018**. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=55&data=29/08/2018>. Acesso em: 8 set. 2022.

LI, N. et al. A comparison of the demographics, clinical features, and survival of patients with adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary glands versus less common sites within the Surveillance, Epidemiology, and End Results registry. **Cancer**, v. 118, n. 16, p. 3945-3953, 2012.

MONTEIRO, R. M. C. **Tumorigênese das glândulas salivares**. 2014. Tese de Doutorado.

MOSKALUK, Christopher A. Adenoid cystic carcinoma: clinical and molecular features. **Head and neck pathology**, v. 7, p. 17-22, 2013.

NAGANO, C. P. **Análise clínica, histopatológica e imunoistoquímica comparativa do fenótipo de tumores primários e tumores metastáticos de glândulas salivares**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Oncoguia. (2022). **Dia Mundial de Prevenção do Câncer de Cabeça e Pescoço: conheça as causas, sintomas e prevenção**. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/dia-mundial-de-prevencao-do-cancer-de-cabeça-e-pescoco-conheca-as-causas-sintomas-e-prevencao/15531/7>. Acesso em: 10 de maio. 2023.

PIRES, A. et al. Carcinomatose paquimeníngea: um local incomum de metastização de carcinoma adenoide cístico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 87, p. 489-492, 2021.

RAMANAH, R. et al. Brain and lung metastasis of Bartholin's gland adenoid cystic carcinoma: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 7, n. 1, p. 1-4, 2013

SANTOS, T. de S. et al. Carcinoma adenoide cístico mandibular. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77, p. 807-807, 2011.

SOARES, É. C.; NETO, B. C. B.; DE SOUZA SANTOS, L. P. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 192-198, 2019.

SOBIN, L. H.; GOSPODAROWICZ, M. K.; WITTEKIND, C. (Ed.). TNM classification of malignant tumours. **John Wiley & Sons**, 2011.

Soledad. (2021). **A oncologia na pandemia**. Disponível em: <https://fbh.com.br/a->. Acesso em: 10 de maio. 2023.

WYSOCKI, Piotr T. et al. Adenoid cystic carcinoma: emerging role of translocations and gene fusions. **Oncotarget**, v. 7, n. 40, p. 66239, 2016.